

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕНАРКОТИЧЕСКОГО АНАЛЬГЕТИКА КЛАССА SNEPCO В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЛЮМБОИШИАЛГИИ

В. Сафронова¹,
С. Исаенко²,
Т. Шумик¹

¹Лечебно-диагностический центр, Ангарск

²Центральная медико-санитарная часть №28, Ангарск

E-mail: safronova-vera@mail.ru

Показана эффективность комплексного лечения с применением анальгетика класса SNEPCO (флупиртин) у пациента со спондилогенной люмбоишиалгией вследствие дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника и сопутствующей гастропатией на фоне язвенной болезни желудка в стадии обострения.

Ключевые слова: неврология, острая боль, миофасциальный болевой синдром, люмбоишиалгия, флупиртин.

Люмбоишиалгия — это боль в пояснице, которая иррадирует в одну или обе ноги. В основном она распространяется по ягодице, а также по задненаружной поверхности ноги, не достигая пальцев ног. При этом в процесс вовлечены спинномозговые корешки, в частности седалищный нерв. Все большее значение в последнее время придается патологическим изменениям, возникающим в фасеточных (межпозвоночных) суставах с формированием фасеточного синдрома. Примерно в 1/4 случаев причиной болей в спине является патология фасеточных суставов. При этом боль имитирует поражение корешка и иррадирует по ноге. В ответ на болевую импульсацию появляется мышечный спазм. Таким образом формируется порочный круг: боль — мышечный спазм — боль.

Влечению вертеброгенного болевого синдрома средствами первой линии являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), вследствие чего необходимо уделять особое внимание пациентам с сопутствующей патологией.

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки — одно из самых распространенных заболеваний органов пищеварения. ЯБ страдают 25% взрослого населения (в Российской Федерации — 3 млн больных, среди которых оперируется каждый 10-й). В Японии она встречается у 11,2% всех страдающих заболеваниями желудка и кишечника, а на Среднем Востоке — у 25%. В Швейцарии ЯБ страдает от 2,9 до 7,5% населения, а в США — до 10%.

ЯБ является важной социально-экономической проблемой, поражая людей в наиболее активном творческом возрасте, часто обуславливая временную, а порой и стойкую потерю трудоспособности. Пациентам, входящим в группу высокого риска, от приема НПВП лучше воздержаться.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Н., 52 лет, водитель. Находится под наблюдением невролога с 2014 г. При поступлении жалобы

на острую боль в области поясницы и копчика, больше слева, умеренной интенсивности. Боль возникает при движении, наклонах, по мере «расхаживания» уменьшается. В положении лежа на спине на твердой поверхности болей нет.

Отмечается также тупая боль средней интенсивности в левом тазобедренном суставе, усиливается при движениях в нем.

Из сопутствующих заболеваний: ЯБ желудка, средней тяжести, часто рецидивирующая. Гипертоническая болезнь (стадия — I, степень — II, риск — 2).

Из анамнеза: после поднятия тяжести при погрузке автомобиля почувствовал резкую боль в области поясницы. После приема дома диклофенака стал ощущать тяжесть в животе; прекратил прием препарата и обратился в поликлинику по месту жительства. Болеет с 2010 г. Обострения 1–2 раза в год, как правило, после подъема тяжести либо после переохлаждения. С легкой и умеренной болью справляется самостоятельно с помощью массажа, втирания мазей. Последнее обострение — в ноябре 2015 г. Было назначено лечение: мелоксикам внутримышечно по 1,5 мл 3 инъекции, омепразол — 20 мг/сут., толперизон — по 150 мг 3 раза в день в течение 10 дней, синусоидальные модулированные токи (СМТ) — 10 процедур, магнитотерапия, лечебная физкультура (ЛФК). Временная утрата трудоспособности — 20 дней.

Данные объективного осмотра. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Видимые слизистые розовые, лимфатические узлы не изменены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания — 16 в минуту; сердечные тоны ясные, ритмичные, АД — 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 67 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез — в норме (со слов пациента).

Неврологический статус. Черепные нервы — без патологии. Объем движений в конечностях полный, тонус и трофика не нарушены, сила — 5 баллов. Сухожильные рефлексы с рук — живые; S=D, коленные — оживлены; S=D, ахилловы — понижены. Патологические рефлексы отсутствуют. Чувствительность на конечностях и туловище не нарушена. Координационные пробы выполняет точно. В позе Ромберга устойчив.

Вертебрология. Положение сидя вынужденное. Сглажен поясничный лордоз, анталгический сколиоз поясничного отдела, выраженное напряжение паравертебральных мышц, больше слева, резко ограничены наклоны туловища вперед и в стороны, выраженная болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. Симптом Ласега (+) под углом 50° слева.

Результаты обследования. Общий анализ крови: л. — $3,98 \cdot 10^9$ /л, э. — $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ — 5 мм/ч, Hb — 131 г/л, формула: э. — 2,1%, п. — 0,4%, с. — 63,4%, лимф. — 26,7%, мон. — 7,4%, тр. — $167 \cdot 10^9$ /л. Общий анализ мочи: порция — 100 мл; светло-желтого цвета, прозрачная, реакция нейтральная, отн. плотность — 1020, белок — отр., лейкоциты — отр., плоский эпителий — единичные клетки. Содержание сахара в крови — 5,06 ммоль/л, креатинин — 106,2 мкм/л.

MPT — картина дегенеративно-дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника: спондилез, спондилоартроз, остеохондроз II–III стадии. Экстрафронтальная грыжа диска L5–S1 слева, циркулярная дорсальная протрузия дисков L2–L3, L3–L4, L4–L5.

Лечение: флупиртин (Нолодатак) — анальгетик класса SNFPCO (селективные нейрональные открыватели калиевых каналов) — по 100 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней, поливитамины (Комбилипен) — по 2 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней. Физиотерапевтическое лечение: СМТ — 5 сеансов, затем магнитотерапия на поясничный отдел позвоночника — 10 сеансов. С 5-го дня лечения ЛФК, массаж поясничной области и левой ноги.

Осмотр пациента — в 1-й, 10-й и 15-й дни. Динамику болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), степень нарушения жизнедеятельности — по опроснику Освестри, самооценку тревоги — по шкале Цунга. На время лечения выдан листок нетрудоспособности. Проводился контроль жалоб на изменение со стороны органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы.

Интерпретация полученных данных. На фоне терапии понижалась интенсивность болевого синдрома по ВАШ с 7 до 2 баллов; отмечены снижение уровня тревоги, некоторое уменьшение депрессии.

На 10-й день терапии — значительная положительная динамика: увеличение объема активных движений в поясничном отделе позвоночника; нормализовался тонус мышц спины. Положение сидя нормальное. Походка не изменена. Нарушений в рефлекторной и чувствительной сфере нижних конечностей не наблюдается. Эмоциональный фон нормализовался.

В ходе лечения пациент оценил эффективность терапии Нолодатаком как хорошую. Побочных эффектов со стороны органов ЖКТ не отмечалось. Длительность временной нетрудоспособности составила 10 дней.

Среди препаратов, применяемых в клинической практике для лечения острой боли, наиболее широко используются анальгетики, НПВП и миорелаксанты. В этой связи для лечения остро болевое синдрома интересным представляется флупиртин (Нолодатак).

Важными преимуществами препарата Нолодатак являются уникальный механизм действия (ненаркотический анальгетик класса SNEPCO) и способность одновременно устранять боль и мышечный спазм. Обезболивающий эффект флупиртина не связан с взаимодействием с системой циклооксигеназы. Отсутствие подавления синтеза простагландинов представляется важным свойством препарата Нолодатак, по-

скольку означает отсутствие ulcerогенного влияния на слизистую оболочку ЖКТ.

За счет непрямого антагонизма по отношению к NMDA-рецепторам, активирующим нисходящие механизмы модуляции боли и ГАМКергические процессы, препарат оказывает аналгезирующее, миорелаксирующее и нейропротективное действие.

Таким образом, применение препарата Нолодатак у пациентов с острым болевым синдромом в области поясницы и с сопутствующей ЯБ желудка является оптимальным, поскольку позволяет минимизировать риски развития побочных эффектов со стороны органов ЖКТ. При этом нет необходимости дополнительно назначать гастропротекторы, поскольку защитные свойства желудка под влиянием флупиртина не снижаются. Препарат Нолодатак обладает необходимым анальгетическим, а также миорелаксирующим эффектом, что позволяет использовать его в монотерапии лечения болевого синдрома.

Рекомендуемая литература

1. Лапина Т.Л. Гастропатия, индуцированная нестероидными противовоспалительными препаратами: пути решения проблемы // Рус. мед. журн. — 2009; 11 (2): 54–7.
2. Hawkey C., Lanas A. Doubt and certainty about non-steroidal anti-inflammatory drug in the year 2000: a multidisciplinary expert statement // Am. J. Med. — 2001; 110: 79–100.
3. Farah D., Sturrock R., Rusell R. Peptic ulcer in rheumatoid arthritis // Ann. Rheum. Dis. — 1988; 47: 478–80.
4. <http://www.spina.co.ua/lechenie/ljumboishalgija/>
5. http://www.vip-doctors.ru/stomak/ulser_diversity.php
6. Маслова О. Клинико-статистическое исследование распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и тактика ее лечения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань, 2006.
7. Чернин В.В. Язвенная болезнь / Тверь: РИЦ ТГМА, 2000; 287 с.
8. Васильев Ю.В. Болезни органов пищеварения. Блокаторы H₂-рецепторов гистамина / М.: Дубль Фрейг, 2002.
9. Лазебник Л.Б. и др. Терапия кислотозависимых заболеваний: проект (первое московское соглашение, 5 февраля 2003 г.) / М.: Анахар-сис, 2003.
10. Маев И.В., Вьючнова Е.С. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: учебное пособие / М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003; 96 с.

EXPERIENCE IN THE USE OF NON NARCOTIC ANALGESIC CLASS SNEPCO IN THE TREATMENT OF VERTEBRAL SCIATICA

V. Safronova¹; S. Isayenko²; T. Shumik¹

¹Medical and Diagnostic Center, Angarsk

²Central Medical and Sanitary Unit Twenty-Eight, Angarsk

A clinical case of using flupirtine in case of musculo-tonic pain in a patient with dorsopathy. The efficiency of complex treatment using SNEPCO (flupirtine) class of analgesic in a patient with spondylogenic sciatica due to degenerative changes of the spine, concomitant gastropathy, against gastric ulcer in the acute stage

Key words: neurology, myofascial pain syndrome, sciatica, flupirtine.