

Коррекция хронического болевого синдрома

В практике врачей всех специальностей больные с хронической болью различной локализации встречаются часто. Высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста вследствие поражения опорно – двигательного аппарата возводит проблему лечения боли в ранг актуальной. В арсенале врачей разных специальностей (терапевтов, неврологов, ревматологов, травматологов) появился новый препарат ревомоксикам для терапии хронических болевых синдромов.

Боль, так же как голод и жажда, относится к первичным феноменам жизни и является одной из самых полезных «изобретений» природы, поскольку именно она немедленно сигнализирует об опасности, грозящей организму со стороны повреждающего фактора и открывает путь к распознаванию и лечению многих заболеваний.

Боль для пациента – один из важнейших клинических признаков любого патологического процесса и одно из самых отрицательных проявлений болезни, принимая черты самостоятельного заболевания, она доставляет пациенту страдания, подтачивая его силы. Боль – наиболее частая причина обращения к врачу и она поражает наиболее трудоспособный возраст (от 30 до 50 лет).

Различают острую и хроническую боль. Острая боль непосредственно связана с повреждением поверхностных и глубоких тканей; длительность боли ограничивается временем восстановления поврежденных тканей, но требует курсового лечения. Через 6 месяцев острая боль приобретает хроническое течение. Хроническая боль – продолжается после завершения репарации ткани в «отрыве» от первоисточника болевой афферентации, требует постоянного купирования. Она сохраняется или появляется после заживления, не неся защитной функции, и напротив, становясь причиной страдания, связана с органическим поражением ПНС и ЦНС.

Различают хроническую боль воспалительного, механического, сосудистого, нейрогенного, ноцицептивного и психосоматического генеза. Хроническая боль может быть обусловлена различными патогенетическими механизмами. Она может быть следствием или симптомом многих заболеваний и развивается в тех случаях, когда происходит десенситизация последнего кортика – кортикального синаптического уровня афферентным сенсорным потоком.

Самые распространенные боли в суставах и перивентрикулярных тканях при остеоартрозе (ОА), боли в спине и в мышцах при синдроме фибромиалгии, при вертеброгенных заболеваниях. Хорошо известно развитие на фоне эндокринопатий, генетических дефектов или как исход воспалительных заболеваний суставов. У 40 % больных, страдающих боля в спине, она приобретает хронический характер.

Хроническая боль по природе является невропатической, но она может быть и ноцицептивной. В ряде случаев невропатический болевой синдром возникает на фоне имеющейся ноцицептивной боли.

Понятие невропатической боли объединяет целую группу хронических болевых синдромов, которые ранее рассматривались самостоятельно. К этой группе относят болевой синдром при различных моно – и полинейропатиях (наиболее часто возникающих при диабетической и алкогольной полинейропатиях), при органическом поражении или нарушении функции различных отделов нервной системы на любом уровне от периферических нервов до коры. Невропатическая боль обусловлена изменением состояния периферических и центральных отделов соматосенсорной системы: она плохо локализована, всегда сопровождается нарушением поверхностной чувствительности.

Считается, что ноцицептивная боль связана с воздействием на организм повреждающего фактора (воспаление, механическая травма, ожог) на периферические болевые рецепторы при интактности других отделов нервной системы, имеющего достаточную эффективность, чтобы вызвать генерацию потенциала действия в периферических болевых рецепторах. Ноцицепторы являются свободными нервными окончаниями, и реагирует лишь на патологические раздражители, т.е. возбуждаются во время работы мышц под влиянием алгических веществ в условиях ишемии, чтобы вызвать генерацию потенциала действия в периферических болевых рецепторах.

Отличительной чертой ноцицептивной боли, как особо тяжелого варианта хронической боли, являются постоянные интенсивные глужие или простреливающие боль, которые продолжаются в течение трех – шести месяцев подряд. Она может исходить из поврежденного фиброзного кольца, мышц, суставов, связок и нервных корешков. Ноцицептивная боль – как сигнал болевых рецепторов о нарушении целостности ткани и является транзитной, острой, четко локализованной. К ней относятся мышечный спазм, артралгии, ожог и, боль, сопровождающую воспаление.

Группа смешанных болей включает люмбоишалгию, туннельные синдромы, онкологическую боль. Боль в спине имеет смешанное (и воспалительное, и миогенное) происхождение (включает ноцигенные и нейрогенные элементы, то есть многогранность клинических проявлений поясничной дорсалгии у части пациентов обусловлена участием сразу нескольких механизмов формирования болевых ощущений). Хроническая боль, независимо от ее первоначальной причины, является следствием развертывания в периферической и центральной нервной системе в ответ на длительную болевую стимуляцию ряда последовательных изменений, постепенно приобретающих характер типичного патологического процесса.

Эти изменения сводятся в основном к следующему (Павленко С.С., 2003):

1. Усиление потока болевой импульсации с периферии вследствие повышенного высвобождения тканевых и плазменных алгенов (гистамин, серотонин, простагландин, лейкотриены, цитокины, брадикинин) и развития периферической сенситизации, проявляющейся первичной гиперальгезией и аллодинией;
2. Возникновение антидромной стимуляции и развития в месте поражения нейрогенного воспаления с высвобождением нейрогенных алгенов и нейротрофических факторов (субстанция Р, кальцитонин – ген – связанный пептид), способствующих усилению периферической сенситизации и потока болевых импульсов в ЦНС;
3. Активация NMDA – рецепторов нейронов задних рогов спинного мозга, повышенное высвобождение в синапсах специфических нейромедиаторов и нейромодуляторов (глутамат, ионы кальция, окись азота, субстанция Р, нейрокинин -1), развитие центральной сенситизации с последующим истощением и гибелью нейронов, развитие зон вторичной гиперальгезии;
4. Ослабление и дезинтеграция естественной антиноцицептивной системы; развитие опиатной толерантности.
5. Образование в дорзальных рогах спинного мозга и других отделах центральной нервной системы агрегатов гиперативных нейронов с ослабленным тормозным контролем;
6. Формирование патологической алгической системы, включающей различные уровни ЦНС и определяющей течение и характер всех компонентов патологической боли: болевой перцепции, страдания и болевого поведения.

Исходя, из патогенеза хронической боли основными направлениями фармакотерапии хронических болевых синдромов должны быть следующие:

– воздействие на периферическую ноцепцию с целью ликвидации или уменьшения периферической сенситизации;

- воздействие на систему NMDA – рецепторов и синаптическую передачу болевых стимулов с целью снижения центральной сенситизации;
- усиление влияния антиноцицептивной системы на передачу болевого сигнала;
- воздействие на деятельность патологической алгической системы с целью ослабления ее влияния.

Ведущую роль в механизме формирования воспалительной боли (ноцицептивной и/или невропатической) при повреждении тканей играет цикл арахидоновой кислоты и его конечные продукты распада – мощные медиаторы воспаления и боли: простагландины, простаглицлины и тромбоксан, брадикинин, субстанция P.

При боли происходит выброс алгических соединений в межклеточную жидкость, окружающую ноцицепторы, играющих ключевую роль в формировании боли, обусловленной повреждением, ишемией или воспалением. Они являются медиаторами воспаления и вызывают химическое раздражение болевых рецепторов.

Ключевую роль в этом цикле занимает провоспалительный изофермент ЦОГ-2. Понимание, что ЦОГ играет огромную роль в индукции боли как в очаге воспаления, так и при ее передаче в спинной мозг, подавление воспалительной боли должно осуществляться с первую очередь нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Они угнетают синтез провоспалительных медиаторов посредством блокады ЦОГ и способны прервать афферентную импульсацию из первоисточника боли – поврежденной соединительной ткани. Большинство НПВП не избирательно ингибируют ЦОГ.

К препаратам, селективно ингибирующим ЦОГ-2 относится ревомоксикам. Препарат принадлежит к классу оксикамов, является производным энोलевой кислоты. Это хондронейтральный препарат является избирательным ингибитором ЦОГ-2.

Нами проведено исследование эффективности ревомоксикама у больных с хроническими болями различной локализации. Ревмоксикам назначался в дозе 7.5 мг (иногда в дозе 15 мг) в течение недели у 30 больных, страдающих болями различной локализации (5– боли суставов рук, 10–боли в области коленных суставов, 14– в области позвоночника, 1– мигренозные боли). У 25 больных боли уменьшились, у 4 – исчезли и только у 1 больной, в анамнезе которой был перелом ноги эффект не отмечался. Побочных эффектов у больных не наблюдалось.

Назначение ревомоксикама у больных болями в позвоночнике, в суставах рук и ног позволило быстро и эффективно купировать болевой синдром и снять ограничения двигательной активности, что позволяет снизить сроки реабилитации у больных с болевым синдромом при отсутствии выраженных побочных эффектов. Интенсивность болевых ощущений уменьшается уже в 1 –е сутки приема и эффект постепенно нарастал и достигал максимального уровня уже на 4-5 сутки. Препарат вызывал увеличение объема движений в суставах, уменьшение окружности пораженных суставов, преимущественно за счет ликвидации или уменьшения сопутствующего воспалительного процесса.

Таким образом Ревмоксикам является эффективным средством для снижения выраженности болевого синдрома при различной локализации болевых ощущений, в том числе при заболеваниях костно – мышечной системы (боль на уровне шейного и грудного отделов позвоночника, боль в нижней части спины, остеоартроз крупных суставов), наиболее он эффективен при остеоартрозе крупных суставов

Так как, хроническая боль требует подчас многолетней терапии для улучшения качества больного различными медикаментозными препаратами, то целесообразно использовать ревомоксикам (фирма «Фармак», Украина) при лечении боли различной локализации, учитывая, что препарат, воздействуя на патогенетические стороны боли, быстроту их купирования и отсутствия отрицательного воздействия на гастродуоденальную зону.

Литература:

1. П.Р. Камчатов. Современные подходы к ведению больных с болью в спине. CONSILIUM medicum. Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. Том 06/№6, 2004, -с. 1 -6.
2. Н.В. Чичасов, к.м.н. Е.В. Иголкина. Особенности лечения хронических болевых синдромов.
3. А.Н. Баринов, М.В. Новосадова. Периферические невропатии: практический подход к диагностике и лечению. Невр. Журн. 2002 №4, – с. 53 -61
4. В.В. Поворознюк. Боль в нижней части спины. Журнал для практических врачей, 2005, №115 -25

Созылмалы ауыру сезімінің коррекциясы

И.М. Кальменова

Әр түрлі маманды дәрігерлердің тәжірибесінде орналасқан созылмалы ауру сезімі бар науқастар жиі кездеседі. ХДСҰ мәліметі бойынша, дүние жүзі халықының 4 % буын мен омыртқаның әр түрлі ауруларымен ауырады. Тірек – қимыл жүйесінің зақымдалуынан жасы жұмысқа қабілетті адамдарда жиі кездесіп, мүгедектікке әкелетіндіктен ауру сезімін емдеу маңызды болып табылады. Ауру сезімін емдеу СЕКҚД (или ҚСЕРД, НПВС) тағайындаудан басталады. СЕКҚД арасында ең әсерлісі Ревмоксикам болып табылады. Әр түрлі ауру сезімі бар 20 науқасқа Ревмоксикамның 15 (7,5) мг тағайындау жақсы өсерін көрсетті.

Сонымен, әр түрлі дәрігерлердің (терапевт, невролог, ревматолог, травматолог) қолында енді созылмалы ауру сезімін емдеу үшін жаңа Ревмоксикам дәрісі бар.

Correction of chronic pain syndrome

I.M. Kalmeneva

Practicing physicians of all professions frequently meets patients with chronic pain of different localization. According to WHO, up to 4% of earth population suffer from different kinds of joint and spine disease. High disabling rates among able-bodied population in consequence of affection of musculoskeletal system elevates the treatment of pain to urgent problem of today. Treatment of pain syndrome starts with NSAIDs. Among all NSAIDs Revmoksikam becomes most effective than others. By treating with Revmoksikam in a doze 15 (7,5) mg of 20 patients suffering from different localized pain syndrome revealed excellent results.

Thereby, physicians of all professions now have new medicine Revmoksikam which will help to treat chronic pain syndrome.

И.М. Кальменова

Кафедра нервных болезней КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Тегі: боль

