

# Болевой синдром, обусловленный остеохондрозом грудного отдела позвоночника: оптимизация лечения комбинацией лорноксикама и актовегина

Н.И. Гапонова<sup>1</sup>, В.Р. Абдрахманов<sup>1</sup>, Ш.В. Абдрахманов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>МГМСУ, <sup>2</sup>ФГУ УНЦ МЦ УД Президента РФ, Москва

В последние годы особую актуальность в клинической практике, в частности в неврологии и терапии, приобретает проблема вертеброгенной боли, поскольку экономический ущерб, связанный с нетрудоспособностью таких пациентов, весьма велик [1, 2]. При этом больные с повторными эпизодами вертеброгенной боли лишаются трудоспособности на более длительное время, а затраты на их лечение возрастают многократно [3]. Вместе с тем многие вопросы диагностики и терапии болевого синдрома, обусловленного позвоночным остеохондрозом, находятся на стадии обсуждения и изучения [4, 5].

Как известно, тяжесть болевого синдрома определяется рядом факторов [2, 5]:

- механические факторы, вызывающие нарушения микроциркуляции и гипоксические повреждения;
- действие вазоактивных веществ, нарушающих ауторегуляцию сосудистой стенки;
- выброс цитотоксических медиаторов, повреждающих мембраны и клетки (свободные радикалы, протеазы, различные цитокины и др.).

Ведущее место в купировании вертеброгенного болевого синдрома занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Основной механизм действия этих препаратов связан с ингибированием фермента циклооксигеназы (ЦОГ) и торможением образования простагландинов. Избыточная продукция простагландинов происходит при нарушении целостности клеточных мембран в результате травм и воспалительных заболеваний. Простагландины являются основным медиатором, возбуждающим периферические нервные окончания и центральные сенсорные нейроны, пусковым фактором боли и воспаления [5–7].

НПВП оказывают выраженное анальгетическое и противовоспалительное действие за счет угнетения продукции простагландинов в очаге боли и воспаления. Одним из часто используемых НПВП является **лорноксикам**. Лорноксикам относится к неселективным ингибиторам ЦОГ, которые ингибирует не только ЦОГ 2, ответственную за продукцию медиатора боли и воспаления простагландина E<sub>2</sub>, но и ЦОГ 1, участвующую в регуляции ряда важных физиологических процессов, в частности агрегации тромбоцитов,

почечного кровотока, защиты слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и т.д. В связи с этим важно помнить, что наряду с анальгетическим и противовоспалительным действием лорноксикам может давать побочные эффекты и осложнения, в частности вызывать снижение функции почек, повышенную кровоточивость, гастропатию и др.

В клинической картине вертеброгенной боли большое значение имеют вегетативные расстройства. Нередко они носят пароксизмальный характер, вызывая на высоте боли нарушения кровообращения с развитием гипердинамической реакции, что подтверждается подъемом АД и тахикардией. На ЭКГ наблюдаются вариабельность сердечного ритма, нередко миграция водителя ритма по предсердиям, атриовентрикулярная блокада и нарушения реполяризации желудочков.

Исходя из этого целесообразно использование комплексного подхода, сочетающего обезболивание с вегетостабилизацией и восстановлением нарушенного кровообращения.

Вазоактивный препарат **актовегин** способствует восстановлению кровообращения в зоне ишемии. Применение актовегина при гипоксии миокарда уменьшает выраженность морфологических и биохимических нарушений, повышая концентрацию богатых энергией фосфатов. В результате улучшается картина ЭКГ, нормализуется минутный объем сердца и уменьшается периферическое сопротивление [8].

Таким образом, препарат оказывает предупреждающее действие на развитие гипоксических и реперфузионных нарушений структуры и метаболизма миокарда. Также выявлен антиагрегационный эффект актовегина.

Установлено, что актовегин улучшает процессы сокращения и релаксации, влияя на комплекс глутатион–Ca<sup>2+</sup>–аденозин, стабилизирует соотношение вазодилатации и вазоконстрикции, устраняет активность свободнорадикальных процессов, восстанавливает каркасную и матричную функцию мембран [8].

Есть данные, что при острых травматических повреждениях с разрывами мышечной ткани актовегин использовали по 3 инъекции в поврежденные мышцы каждые 3–4 дня. При этом полное восстановление поврежденной мышцы наблюдалось через 5,5

## Ф А Р М А К О Т Е Р А П И Я

Таблица 1. Динамика интенсивности боли (в баллах по ВАШ;  $M \pm m$ )

Препарат	До лечения	Сутки терапии		
		3-и	6-е	10-е
Лорноксикам ( $n=20$ )	2,6±0,6	2,2±0,5	1,1±0,3	0,4±0,1
Лорноксикам + актовегин ( $n=20$ )	2,7±0,8	1,4±0,5	0,3±0,0	0,2±0,0

дениях и в режиме холтеровского мониторинга, велоэргометрию, анализы крови — клинический, биохимический (уровень трансаминазы, фибриногена, глюкозы, креатинина) и общий анализ мочи.

Таблица 2. Динамика показателей дыхания и кровообращения на фоне терапии ( $M \pm m$ )

Препарат	Показатель	Сутки терапии			
		До лечения	3-и	6-е	10-е
Лорноксикам	САД, мм рт. ст.	131,0±11,4	129,1±10,1	128,1±7,6	125,2±8,6
	ДАД, мм рт. ст.	76,2±6,3	75,6±5,8	74,4±5,3	72,9±4,7
	ЧСС в минуту	93,3±8,0	83,8±6,5	76,2±8,2	66,4±5,1
Лорноксикам + актовегин	САД, мм рт. ст.	132,8±13,5	121,9±11,6	120,7±11,0	121,5±11,1
	ДАД, мм рт. ст.	76,8±7,7	74,0±7,4	71,0±6,9	74,9±4,8
	ЧСС в минуту	93,5±8,8	75,3±6,5	72,2±5,8	65,7±3,8

**Примечание.** САД — систолическое, ДАД — диастолическое АД.

нед, в то время как в контрольной группе — только через 8,3 нед.

В спортивной медицине актовегин применяли для лечения острого паратендинита ахиллова сухожилия. В исследовании профессора Pfister актовегин использовали в течение 18 сут, затем проводили УЗИ и клинический контроль. У 21 из 30 пациентов получен очень хороший результат, у 7 — хороший, что подтверждает значительное улучшение состояния больных после лечения актовегином.

Мы изучали возможности оптимизации лечения больных с вертеброгенной кардиалгией комбинацией анальгетика лорноксикама (**ксефокам**) и вазоактивного препарата **актовегина** («Никомед»), у 40 пациентов в возрасте 21 года — 65 лет (в среднем — 44,3 года) с синдромом кардиалгии, обусловленной остеохондрозом грудного отдела позвоночника. 20 больным проводили курсовое лечение лорноксикамом в средней суточной дозе 16 мг в течение 10 дней (1-я группа); еще 20 больным — комбинированное лечение лорноксикамом (средняя доза — 16 мг/сут) и актовегином в инъекциях (средняя доза — 200 мг/сут; 2-я группа).

Для оценки эффективности терапии изучали интенсивность болевого синдрома по 5-балльной ВАШ, показатели АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), выполняли ЭКГ в 12 стандартных отве-

Оценка полученных данных показала, что на фоне монотерапии лорноксикамом значительное улучшение с восстановлением трудоспособности достигалось в среднем на 10-й день лечения, в то время как при использовании комбинации лорноксикама с актовегином — уже к 6-му дню терапии (табл. 1).

Положительный клинический результат сопровождался улучшением показателей гемодинамики (табл. 2), ЭКГ, лабораторных данных. При этом добавление к лечению актовегина способствовало более быстрой нормализации АД, ЧСС, ритма сердца, лабораторных показателей крови, в частности содержания фибриногена, СРБ и СОЭ.

По данным велоэргометрии, к концу лечения в группе лорноксикама доля пациентов с высокой толерантностью к физической нагрузке составила 79%, а в группе лорноксикама в сочетании с актовегином — 95%.

Таким образом, комбинированная терапия НПВП лорноксикамом и вазоактивным препаратом актовегином открывает новые возможности в лечении кардиалгии, обусловленной остеохондрозом позвоночника. Такой подход позволяет не только устранить болевой синдром в более ранние сроки, но и качественно улучшить системное и регионарное кровообращение, способствуя быстрому и полноценному восстановлению трудоспособности пациентов [6, 7].

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Borenstein D. Эпидемиология, этиология, диагностическая оценка и лечение поясничной боли. *Международный журнал* 2000; 35: 36–42.
2. Wasiake R., Kim J., Pransky G. Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: longer and more costly than in first episodes. *Spine* 2006; 31(2): 219–5.
3. Б. Нордвик. Австрия. В сб.: Актовегин. Новые аспекты клинического применения. М.: 2002: 18–24.

4. Попелянский Я.Ю. Позвоночный остеохондроз — болезнь антигравитационного приспособления взрослого (постхордального) человека. *Ж неврол и психиатр* 2000; 7: 65–6.
5. Шостак Н.А. Некоторые аспекты диагностики и лечения болей в спине. *Фарматека* 2006; 11: 67–71.
6. Румянцев С.А. Современные концепции тера-

7. Воробьева О.В. Болевой синдром в шейном отделе позвоночника: диагностика и терапия. *Фарматека* 2007; 19: 46–52.
8. Бояринов Г.А., Румянцев С.А., Военнов О.В. Актовегин в интенсивной терапии и реаниматологии: Учебное пособие. Нижний Новгород, 2003; 70 с.