

УДК 616.711-08

КУШНИР Г.М., МИКЛЯЕВ А.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»,  
кафедра нервных болезней с курсом неврологии ФПО, г. Симферополь

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

**Резюме.** Статья посвящена хроническому болевому синдрому в неврологии. Уделяется внимание развитию депрессивных состояний у пациентов с длительно существующим хроническим болевым синдромом. Что касается применения антидепрессантов у данной категории больных, в последнее время наибольшее внимание уделяется препаратам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, одним из которых является эсциталопрам. Приведены данные собственного исследования эффективности и безопасности эсциталопрама у пациентов с хронической вертеброгенной люмбалгией, люмбоишиалгией.

**Ключевые слова:** хронический болевой синдром, депрессия, эсциталопрам.

Хроническая боль — это болевой синдром, который в течение определенного времени приносит дискомфорт пациенту. Момент перехода острой боли в хроническую весьма условен. Существуют различные подходы к оценке длительности хронической боли. По мнению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, о хронической боли следует говорить в тех случаях, когда ее длительность составляет не менее 3 мес. [1]. Хроническая боль является конечным результатом целого ряда физиологических, психологических и социальных процессов. Эти биопсихосоциальные составляющие хронической боли взаимодействуют и влияют друг на друга [2]. Хронический болевой синдром (ХБС) — наиболее частая причина обращения пациента за медицинской помощью и основная причина ухудшения качества жизни больных при большинстве заболеваний. Он может доминировать в их клинической картине — быть основным, а иногда и единственным проявлением болезни [3].

Пациент с хроническим болевым синдромом часто перестает обращать на боль внимание, начинает воспринимать ее как нечто должное и неизбежное и продолжает заниматься своей нормальной повседневной деятельностью. Во многих случаях пациенты с хроническим болевым синдромом, наоборот, становятся чрезмерно подчиненными и зависимыми: они требуют к себе большего внимания, чувствуют себя серьезно больными, начинают

больше отдыхать и снимают с себя ответственность за выполнение некоторых обязанностей. Это препятствует процессу выздоровления и затягивает его.

Характерные признаки хронического болевого синдрома таковы:

- 1) внимание пациента постоянно сосредоточено на боли;
- 2) отмечаются постоянные жалобы на боль;
- 3) пациент драматизирует свои болевые ощущения и всем своим видом демонстрирует, что болен (например, гримасничает, охает, стонет, хромает);
- 4) используется большое количество самых разных лекарственных средств;
- 5) пациент начинает чаще обращаться за медицинской помощью;
- 6) семейные отношения меняются в худшую сторону. Супруг/супруга пациента с хроническим болевым синдромом также испытывает беспокойство, депрессию и страх [2].

Распространенность хронических вертеброгенных болевых синдромов (ХВБС) в популяции

### Адрес для переписки с авторами:

Кушнир Григорий Матвеевич  
95006, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7  
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

© Кушнир Г.М., Микляев А.А., 2014  
© «Международный неврологический журнал», 2014  
© Заславский А.Ю., 2014

чрезвычайно велика. Только заболеваниями позвоночника и связанными с ними болевыми синдромами страдают 30–80 % мужчин и женщин разных возрастных групп [4, 5].

ХВБС встречается у 30 % населения развитых стран мира и является одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности, в особенности у больных моложе 45 лет [6].

Наиболее часто вертеброгенная боль обусловлена дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника (остеохондроз). Неврологические проявления остеохондроза позвоночника — одни из самых частых причин временной нетрудоспособности и составляют 32–161 день на 100 работающих лиц, что ведет к значительным экономическим потерям [7].

Основной причиной возникновения хронического болевого синдрома считается центральная модификация входящего сенсорного импульса. Данная теория предполагает наличие нескольких синапсов на пути сенсорного стимула в кору головного мозга, наиболее важными из которых являются задние рога спинного мозга, ствольные структуры, таламус и сама кора.

Наиболее важными нейромедиаторами, оказывающими воздействие на уровне задних рогов спинного мозга, являются субстанция Р (индуцирующая болевой импульс) и эндогенные опиоиды, например метэнкефалин (ингибирующие болевой импульс). Также возможно тормозное влияние со стороны кортикоспинального тракта за счет нейротрансмиттера глицина. Это может быть основой анальгетического действия некоторых миорелаксантов при невропатическом болевом синдроме. На уровне задних рогов спинного мозга оказывают воздействие самые сильнодействующие из всех известных групп обезболивающих средств — наркотические анальгетики. Но эффективность наркотических анальгетиков (сходных по своей структуре с эндогенными опиоидами) оказывается наиболее высокой в острой стадии развития болевого синдрома, когда афферентный сенсорный приток еще не преодолел спинальный уровень передачи ноцицептивного импульса. При хронической боли опиаты оказываются неэффективными [1].

На уровне ствола мозга ингибирующее воздействие оказывают серотонинергические и норадренергические структуры. Умеренная кратковременная недостаточность серотонинергических структур приводит к развитию тревоги и боли, при длительно существующем дефиците серотонина может развиваться депрессия.

Следующий синаптический уровень включает в себя таламус, лимбическую систему и прилежащие субкортикальные и кортикальные структуры головного мозга. Здесь происходит субъективная оценка болевого ощущения, о которой говорилось выше. Предполагается, что именно на этом уровне оказывают анальгетическое действие антиконвульсанты.

Хронизация боли развивается, когда происходит сенситизация последнего кортико-кортикального синаптического уровня афферентным сенсорным притоком. Полагают, что эта трансформация осуществляется в течение 6 месяцев.

Большинство пациентов с хронической болью одновременно страдают от психопатологических расстройств. Наиболее часто при хронических болевых синдромах наблюдаются депрессивные расстройства [8]. По данным многих авторов, представленность депрессивных синдромов у пациентов с хронической болью весьма вариабельна и колеблется в пределах 10–100 % [9, 10]. По мнению большинства авторов, депрессия чаще является следствием хронической боли и ответом на инвалидизацию пациентов, а не причиной ХБС [8].

Частое сочетание хронической боли с депрессией вполне объяснимо. Длительно существующий ХБС порождает отрицательные эмоции, нарушает сон, значительно ограничивает возможности больного, снижает качество его жизни и, соответственно, может стать причиной формирования депрессивных расстройств. Развитие депрессии при хронической боли чаще происходит у пациентов, предрасположенных к развитию депрессивных расстройств или имевших в анамнезе депрессивные эпизоды. Присоединяющаяся к боли депрессия ухудшает переносимость боли, усиливает ее и способствует ее хронизации [8].

Появлению депрессии при болевых синдромах может способствовать и лекарственная терапия. Так, длительный прием препаратов с анальгетическим эффектом, в частности нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), может приводить к формированию депрессивной симптоматики [11, 12].

Это приводит к тому, что в клинической практике в комплексном лечении ХВБС все чаще используются препараты из группы антидепрессантов. Препаратом первой линии и наиболее эффективным, по данным различных исследований, является amitриптилин [1]. Главное его преимущество перед другими группами антидепрессантов — это холинолитическое действие: препарат оказывает умеренный седативный, миорелаксирующий и снотворный эффект. Но это преимущество является и главным препятствием для применения amitриптилина. Препарат имеет массу побочных эффектов, свойственных холинолитикам, таких как ортостатическая гипотензия, головокружение, тахикардия, диплопия, сухость во рту, запоры, задержка мочи, седация, увеличение веса тела, усиление аппетита. Препараты данной группы обладают кардиотоксичностью и выраженным лекарственным взаимодействием, следует учитывать и их поведенческую токсичность — замедление психомоторных функций и нарушение когнитивных процессов, которые осложняют повседневную жизнь пациента

[11]; их плохо переносят пожилые больные, они не рекомендуются для приема лицам, работа которых связана с быстрой реакцией.

Поэтому в последнее время наибольшее внимание уделяется препаратам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые легко переносятся, нетоксичны, безопасны при передозировке, не обладают поведенческой токсичностью, имеют минимум лекарственных взаимодействий [12].

Механизмы противоболевого действия антидепрессантов связаны:

- с редукцией депрессии;
- потенцированием действия как экзогенных, так и эндогенных анальгезирующих веществ, в основном опиоидных пептидов;
- со стимуляцией антиноцицептивных нисходящих, в основном серотонинергических систем мозга.

Еще одним преимуществом ингибиторов СИОЗС перед другими препаратами является их влияние на массу тела в сторону ее снижения [13], что особенно актуально для пациентов с вертеброгенной патологией.

Целью данной работы являлось определение эффективности применения эсциталопрама при комплексной терапии хронического неосложненного болевого синдрома, который имеет следующие признаки:

- боль зависит от физической активности (уменьшается после отдыха);
- приступ провоцируется подъемом тяжестей или поворотом;
- рецидивы эпизодов;
- возраст больных — 20–55 лет;
- боль локализуется в спине, в верхней части ноги;
- отсутствие повреждения конского хвоста, признаков миелопатии, радикулоишемии;
- нормальное соматическое состояние [14].

Выбор эсциталопрама обусловлен тем, что данный препарат представляет собой S-изомер рацемического циталопрама, который в 100 раз активнее, чем R-энантиомер. Он не влияет на обратный захват норадреналина, дофамина и ГАМК. Препарат и его метаболиты не оказывают антидопаминового, антиадренергического, антисеротонинового, антигистаминного и антихолинергического действия. Эсциталопрам не влияет на проводящую систему сердца, артериальное давление и не усиливает эффект алкоголя. Препарат имеет прекрасный профиль безопасности и минимум противопоказаний.

Эсциталопрам использовался как адъювантная терапия при стационарном, а затем и амбулаторном лечении у 20 пациентов с ХВБС (50 % женщин и 50 % мужчин). Средний возраст составил  $47,5 \pm 5,0$  года (от 45 до 54 лет). Применялась стандартная

дозировка 10 мг однократно утром после завтрака. Данные пациенты получали стандартизированную терапию: НПВС, миорелаксанты, физиолечение с последующим амбулаторным этапом.

Всем пациентам был выставлен диагноз: хроническая вертеброгенная люмбалгия, люмбоишиалгия. Причиной были верифицированные поражения позвоночника — спондилолистез (30 %), выраженный остеохондроз (40 %), посттравматические изменения (30 %). Стаж болевого синдрома у всех пациентов был более 1 года. Частота обострений — не менее 2 раз в год. Критерии исключения: наличие болевого синдрома без значимых патологических изменений позвоночника, лица с выраженной депрессией (более 19 баллов по шкале Бека), у которых болевой синдром может являться симптомом самостоятельного депрессивного расстройства, пациенты с сопутствующей психиатрической патологией и лица, уже принимавшие ранее антидепрессанты.

Группу сравнения составили 18 пациентов с идентичной патологией, которым проводилась только стандартная терапия ХВБС.

Применялись следующие методы обследования:

- 10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) «Качество жизни»;
- шкала депрессии Бека;
- методы объективизации болевого синдрома [15]: 10-балльная ВАШ боли, Мак-Гилловский болевой опросник (McGill Pain Questionnaire), краткий болевой опросник (Brief Pain Inventory).

Оценка проводилась до назначения терапии и через месяц после ее начала.

## Результаты работы и их обсуждение

Из 20 человек, начавших принимать эсциталопрам, закончили исследование 18. Один больной не явился на контрольный осмотр по причинам, не связанным с состоянием здоровья. Одна пациентка прекратила прием препарата по причине побочных явлений — развития ощущения «жара в теле, внутренней дрожи, невозможности сосредоточиться», четко связанного с приемом препарата и отмечавшегося в первой половине дня.

Группу сравнения составили 18 человек с идентичной патологией того же возрастно-полового состава, которым проводилась только стандартная терапия ХВБС.

Для статистической обработки использовались критерии непараметрической статистики: критерий знаков и критерий Вилкоксона — Манна — Уитни (U) [15]. В связи с этим не рассчитывалась ошибка среднего. Результат считался достоверным при  $p < 0,05$ .

Данные эмоционального статуса и оценки качества жизни представлены в табл. 1.

Таблица 1. Показатели эмоционального статуса и качества жизни

Шкала, баллы	Основная группа		Группа сравнения	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ВАШ «Качество жизни»	3,9	5,4*	3,3	5,9*
Шкала депрессии Бека	15,6	9,6*	16,8	13,7*. **

Примечание: здесь и в табл. 2–4 разница достоверна: \* — по сравнению с показателем до лечения ( $p < 0,05$ ); \*\* — по показателям после лечения между основной группой и группой сравнения ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2. Динамика показателя 10-балльной ВАШ боли

	Основная группа		Группа сравнения	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Показатель 10-балльной ВАШ, баллы	6,1	3,1*	6,5	3,6*

Таблица 3. Динамика показателей сенсорной, аффективной и эвалюативной шкал Мак-Гилловского болевого опросника в процессе лечения

	Основная группа		Группа сравнения	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Сенсорная шкала	18,3	9,8*	21,0	13,4*. **
Аффективная шкала	8,3	3,6*	9,1	6,6*. **
Эвалюативная шкала	2,7	1,6	2,6	1,9

Таблица 4. Динамика показателей краткого болевого опросника в процессе лечения

Влияние боли	Основная группа		Группа сравнения	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
На общую активность	6,5	3,7*	7,0	4,5*
На настроение	7,4	3,7*	7,0	5,9**
На способность ходить	3,6	3,0	4,1	3,2
На способность работать	6,6	3,4*	5,9	4,0*
На взаимоотношения с другими людьми	5,2	2,8*	5,9	5,5**
На сон	7,5	2,3*	8,0	6,6**
На наслаждение жизнью	7,8	3,8*	6,9	5,9**

Субъективная оценка качества жизни в обеих группах достоверно улучшилась без достоверных различий между группами. По показателю депрессии отмечена достоверная разница в основной группе до и после лечения, чего не было в группе сравнения. Также обнаружена достоверная разница в показателях после лечения по сравнению с группой сравнения, чего ожидали, учитывая основное действие эсциталопрама.

Количественная оценка болевого синдрома начиналась с показателя 10-балльной ВАШ боли. Эти данные представлены в табл. 2.

При оценке общего уровня интенсивности болевого синдрома отмечалось его достоверное уменьшение в обеих группах. При этом после лечения у пациентов основной группы в отличие от группы сравнения наблюдалась тенденция к снижению

его уровня, не достигающая, однако, достоверного значения.

При оценке данных Мак-Гилловского болевого опросника отдельно оценивалась каждая его часть. Сенсорная шкала характеризует боль при механическом или термическом воздействии, изменении пространственных или временных параметров. Аффективная шкала отражает эмоциональную сторону боли, обусловленной напряжением, страхом, гневом или вегетативными проявлениями. Эвалюативная шкала состоит из пяти слов, выражающих субъективную оценку интенсивности боли пациентом и в какой-то степени дублирует 10-балльную ВАШ боли. Динамика этих показателей представлена в табл. 3.

Анализ представленных данных показывает, что достоверно улучшились показатели по сенсорной и

аффективной шкалам по сравнению с показателями до лечения. Наряду с этим отмечено и улучшение данных показателей в основной группе по отношению к группе сравнения, что говорит о том, что пациенту на фоне приема эсциталопрама было значительно легче переносить боль и она не оказывала на его эмоциональный статус выраженного влияния. Показатель эвалюативной шкалы после лечения не отличался достоверно в основной группе и в группе сравнения, что соответствует данным об отсутствии различий по 10-балльной ВАШ боли.

Показатели краткого болевого опросника представлены в табл. 4.

Таким образом, при адьювантной терапии эсциталопрамом отмечено достоверное улучшение по данной шкале показателей влияния боли на настроение, взаимоотношения с людьми, наслаждение жизнью и особенно на качество сна по сравнению как с показателями до лечения, так и с группой, получающей только стандартную терапию.

Резюмируя результаты проведенной работы, можно сделать и другой немаловажный вывод: применение эсциталопрама при ХВБС оправданно и у пациентов без выраженной депрессии. На фоне приема данного препарата значительно улучшается эмоциональное состояние больного, что позволяет намного легче переносить данное патологическое состояние и в конечном итоге повышает качество жизни.

В заключение хочется отметить, что 30 % больных решили продолжить прием препарата и после окончания срока терапии.

## Список литературы

1. *Management of chronic pain; Scottish Intercollegiate Guidelines Network — SIGN (Dec 2013).*
2. *Lefkowitz M. Хроническая боль // Неврология и нейрохирургия. Опубликовано 07-12-2003, www.medlinks.ru*

3. *Хроническая боль: ящик Пандоры // Здоров'я України. — 2009. — № 3. — С. 3-4.*

4. *Coward D.M. Pharmacology and mechanisms of action of tizanidine (Sirdalud) // Spasticity: The current status of research and treatment / Ed. by M. Emre, R. Benecke. — Carnforth: The Parthenon Publishing Group, 1989. — P. 131-140.*

5. *Жданова М.П., Голубчиков М.В., Мищенко Т.С. Стан неврологічної служби України в 2006 році та перспективи розвитку. — Харків, 2007. — 24 с.*

6. *Low Back Pain initiative. — WHO, 1999. — P. 4.*

7. *Баринев А.Н. Современные подходы к лечению болей в спине и радикуллопатии // Врач. — 2011. — № 7. — С. 1-4.*

8. *Вознесенская Т.Б. Хроническая боль и депрессия // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2008. — № 11 (108). — С. 98-101.*

9. *Fishbain D.A., Cutler R., Rossomoff H.L. et al. Chronic pain associated depression. A review // Clin. J. Pain. — 1997. — 13. — 116-37.*

10. *Verma S., Gallagher R.H. Evaluating and treating comorbid pain and depression // Int. Rev. Psychiatry. — 2000. — 12(2). — 103-15.*

11. *Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб., 1995. — 565 с.*

12. *Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — 432 с.*

13. *Табеева Г.П., Вейн А.М. Фармакотерапия депрессии // Consilium Medicum. — 2000. — № 1.*

14. *Горулева Е.И., Верткин А.Л., Вовк Е.И. Острые болевые синдромы и их лечение // Доктор.Ру. — 2005. — № 1. — www.medafarm.ru*

15. *Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of pain // British Journal of Anaesthesia. — 2008. — № 101 (1). — P. 17-24.*

16. *Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение критериев непараметрической статистики для оценки различий двух групп наблюдений в медико-биологических исследованиях. — М.: Медицина, 1969. — 32 с.*

Получено 12.02.14 ■

Кушнір Г.М., Мікляєв О.О.

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, кафедра нервних хвороб із курсом неврології ФПО, м. Сімферополь

## ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

**Резюме.** Стаття присвячена хронічному больовому синдрому в неврології. Приділяється увага розвитку депресивних станів у пацієнтів із тривало існуючим хронічним больовим синдромом. Що стосується вживання антидепресантів у даної категорії хворих, останнім часом найбільша увага приділяється препаратам групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, одним із яких є есциталопрам. Наведено дані власного дослідження ефективності та безпеки есциталопраму в пацієнтів із хронічною вертеброгенною люмбагією, люмбоішіалгією.

**Ключові слова:** хронічний больовий синдром, депресія, есциталопрам.

Kushnir G.M., Miklyayev A.A.

State Institution «Crimean State Medical University named after S.I. Georgiyevsky», Department of Nervous Diseases with the Course of Neurology of the Faculty of Postgraduate Education, Simferopol, Ukraine

## FEATURES OF THERAPY FOR CHRONIC VERTEBROGENIC PAIN SYNDROME

**Summary.** Article deals with chronic pain syndromes in neurology. Attention is paid to the development of depressions in patients with long-existing chronic pain syndrome. As for the use of antidepressants in this group of patients, recently the most attention is paid to selective serotonin reuptake inhibitors, one of which is escitalopram. The data of our own investigation of the efficacy and safety of escitalopram in patients with chronic vertebrogenic lumbodynia, lumboischialgia are provided.

**Key words:** chronic pain syndrome, depression, escitalopram.