

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Т.В.Каймак, А.К.Калиева, Д.П.Брыжахин, Мансуров Р.Г., А.Т.Жунусова

ГМУ г.Семей, КГКП ПСТ №5 г.Семей, Казахстан

Значимость работы определяется высокой распространенностью вертебральной патологии среди населения: по данным ВОЗ до 85-90% людей в возрасте старше 40 лет. При этом боль в спине и шее является второй по распространенности причиной обращения пациентов к врачу после острых респираторных заболеваний [7], что диктует поиск наиболее эффективных средств для патогенетической терапии данной патологии. Это нашло отражение в анализе результатов использования отечественного препарата из группы НПВП с хондропротективным эффектом - ацеклорана. По последним данным, ацеклоран (Ацеклофенак) показал наличие высочайшего IC50 соотношения ЦОГ-1:ЦОГ-2 класса лекарственных препаратов, включая rofecoxib, celecoxib, нимесулид, теноксикам [8]. Ацеклоран является производным фенилацетиловой кислоты и по структуре близок к диклофенаку, но значительно менее токсичный. Его степень связывания с белком достигает 99%. При применении per os быстро и полностью адсорбируется и спустя 1,5–2 часа достигает своей максимальной концентрации в крови. Период полувыведения 3,6–6,2 часа. Имеет 100%-ю пероральную биоэквивалентность; прием пищи не влияет на уровень абсорбции. Ацеклоран не обладает кумулятивной активностью даже при длительном применении. Его фармакокинетика не зависит от возраста пациентов, что имеет большое значение для лиц пожилого возраста [5,6,8].

Синдром позвоночной артерии – это комплекс симптомов, обусловленных компрессионным воздействием на позвоночную артерию и окружающее ее нервное симпатическое сплетение. Наиболее существенным этиопатогенетическим фактором развития данных нарушений является патология шейного отдела позвоночника, в последние годы имеющая значительную распространенность, в особенности у лиц молодого возраста [1,2]. Основная причина – нарушение положения шейных позвонков, или нестабильность позвонков. Нарушения могут быть врожденными, не связанные с травмами; развившиеся вследствие травм; связанные с деградиционными процессами. Функционирование позвоночных артерий напрямую связано с положением позвонков, поэтому очень многие нарушения опорно-двигательного аппарата любого происхождения могут повлечь за собой сбой кровотока, вплоть до изменения его направления. Ведущее место в патогенезе данных нарушений также отводится аномальным процессам со стороны атланта, аномалии Киммерли, Пауэрса, базилярной импрессии, что ведет к компрессионному сужению позвоночных артерий под влиянием внесосудистых факторов и объединяется термином синдром позвоночной артерии (СПА) [2]. Кроме механической компрессии может возникать спазм сосуда в результате раздражения

периартериального нервного сплетения. Чаще наблюдается сочетание этих факторов. В МКБ-10 синдром позвоночной артерии рассматривается под шифром G99.2, отражает клиническую классификацию синдрома позвоночной артерии (Калашников В.И., 2009) [1].

1. Патогенетические факторы СПА (по характеру компрессионного воздействия на ПА):

1. Подвывих суставных отростков позвонков.
2. Патологическая подвижность (нестабильность, гипермобильность) позвоночно-двигательного сегмента.
3. Сдавление остеофитами.
4. Спазм сосуда в результате раздражения периартериального нервного сплетения.
5. Сдавление в области атланта (аномалия Клиппеля - Фейля, аномалия Киммерли, аномалии атланта, платибазия).
6. Унковертебральный артроз.
7. Артроз дугоотростчатых суставов.
8. Блокады и нестабильность суставов.
9. Грыжи межпозвонковых дисков.
10. Рефлекторные мышечные компрессии.

Целью работы являлся анализ опыта клинического применения ацеклорана в случае синдрома позвоночной артерии при доминировании болевой симптоматики по данным амбулаторного приема в МЦ ГМУ и КГКП ПСП №5 г.Семей за 2012 год.

Нами обследованы и пролечены 50 пациентов (1-я группа), 24 мужчин и 26 женщин в возрасте от 18 до 57 лет (средний возраст 28,4 года). В 10 случаях были диагностированы многоуровневые протрузии дисков шейного уровня; в 3 случаях – грыжа С4-С5 и С5-С6; в 5 случаях аномалия Киммерли, в 23 случаях – нестабильность С3-С4, С4-С5 позвоночных двигательных сегментов, в 9 – рефлекторные мышечные компрессии. Во всех случаях болевой синдром расценивался как выраженный, с нарушением двигательных функций, в 60% с мышечно-тоническим синдромом. У всех диагноз был подтвержден рентгенологическими, КТ/МРТ исследованиями и данными развернутой клинической картины в стадии обострения. У обследованных нами пациентов во всех случаях ведущей жалобой были головные боли. А. Ю. Ратнер классифицирует усиления боли на малые (от 2 до 10 минут) и большие (несколько часов) приступы [4]. Ацеклоран назначался на фоне вспомогательной (вазоактивной и венотонической) терапии в дозе 100 мг 2 раза в день в течение от 30 дней (27 больных – 1-я группа) до 60 дней (23 больных – 2-я группа). Клинический эффект оценивался внутри каждой группы пациентов по динамике болевого синдрома, изменению объема движений в пораженном двигательном сегменте, изменению вегетативных, чувствительных нарушений, представленных в сводной таблице №1.

№ п/п	Показатели неврологического статуса	До лечения		После лечения	
		1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
1	Угол поворота головы	40°±5	30°±10	65°±10	75°±10
2	Положительный симптом Нери	Резко выражен- ный у 50%; умер.- 40%	Резко выражен- ный у 70%, умер.- 30%	Умеренно выраженный у 40%	Умеренно выраженный у 40%

3	Головная боль (по ВАШ)	7,3 балла	8,6 балла	2 балла	3,2 балла
4	Кривошея	Резко выражен (n=7)	Резко выражен (n=11)	Умеренно выражен у 1; abs-у 26	Слабо выражен-3, abs-у 20
5	Напряжение паравертебрал. мышц шеи	Грубое (n=15), умер. (12)	Грубое (n=17); умер.(6)	Умеренное у 11, слабое у 5, abs-у 11	Умеренное у 9, слабое у 7; abs-у 7
6	Пароксизмальные несистемные головокружения	Умерен. выраж. - n=19	Резко выраж. - n=5; умер. - n=14	Умерен. n=5	Резко - abs; умер. - n=7
7	Чувствительные нарушения (парестезии, жжение, болезненность кожи головы)	Грубые (n=4), умеренные (n=10), легкой ст. (n=13)	Грубые (n=7), умеренные (n=14),	Умеренные (n=7), легкой ст. (n=9), без динамики n=1, abs-у 10	Умеренные (n=10), легкой ст. (n=5), без динамики n=3, abs-у 5
8	Зрительные нарушения	Умеренные (n=13), легкой ст. (n=14)	Умеренные (n=16), легкой ст. (n=7)	Умеренные (n=2), легкой ст. (n=5)	Умеренные (n=7), легкой ст. (n=9)
9	Тошнота, рвота	n=19	n=23	n=2	n=3
10	Вегетативные нарушения	n=27	n=23	n=10	n=14

Всеми больными препарат переносился хорошо, без побочных эффектов. В начале терапии (в первые 4 дня) при выраженном болевом синдроме пациенты отмечали исчезновение боли через 45 мин. – 1ч. на 4-4,5 часа, затем боли медленно возвращались, но не достигали исходного уровня, а были по ВАШ на 30-40% меньше; в последующие дни после утреннего приема боли исчезали в течение 30 минут, со значительным нарастанием обезболивающего эффекта в первый час после приема. После 14 дней приема пациентами отмечался выраженный положительный эффект (включая 2 случая с грыжей С5-С6 диска) по всем клиническим параметрам, через месяц приема 90% пациентов (24 человека) 1-ой группы и 70% пациентов (16 человек) 2-ой группы констатировали клинически нормальное самочувствие с практическим отсутствием головных болей.

Приведенный сопоставительный анализ частоты и степени выраженности динамики перечисленных показателей позволяет сделать вывод о хорошей клинической эффективности ацеклорана в случаях синдрома позвоночной артерии при выраженном болевом компоненте, включая протрузии и грыжи, а также рекомендовать данный НПВП как препарат выбора в комплексной схеме лечения данных пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии // *Therapia*. — 2007. — № 10. — С. 31-33.
2. Петрянина Е.Л., Исмагилов М.Ф. Синдром позвоночной артерии, обусловленный аномальным строением шейного отдела позвоночника // *Неврологический вестник*. — 1994. — Т. XXVI, вып. 3-4. — С. 58-59.
3. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1989. — 463 с.
4. Ратнер А.Ю. Шейный остеохондроз и церебральные нарушения. — Казань: Изд-во Казанского университета, 1970. — 231 с.
5. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза. «*Consilium medicum*», 2005, т. 7, № 8.

6. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. — 301 с.

7. http://tkzural.ucoz.ru/publ/sindrom_pozvonochnoj_arterii/1-1-0-30

8. Macta Doly, Carolina M. Spenser, Cristoffer G. Dann. — переводное издание - «Ацеклофенак - Действие Ацеклофенака при болях и ревматических заболеваниях» - Общество международной медицинской помощи, Окленд, Новая Зеландия. - 2006г, 48с.

ТҮЙІН

Бұл жұмыс ацеклоран(ацеклофенак) қолданысының Семей қаласы амбулаторлық жағдайда омыртқа синдромында қолданудың анализіне арналған. 50 емделушінің қатысуымен жүргізілген жұмыста ацеклоранның жоғары тиімділігі және жағымсыз әсерлерінің болмағандығы және оның қабынуға қарсы және хондропротективтік әсерлерінің арқасында, бұл ацеклоранды бірінші талғам препараты етіп көрсетеді.

РЕЗЮМЕ

Работа посвящена анализу применения ацеклорана (ацеклофенака) и при синдроме позвоночной артерии по данным амбулаторного приема в г.Семей. На опыте применения у 50-ти пациентов Ацеклорана выявлена его высокая эффективность при отсутствии каких-либо побочных эффектов, что позволило рекомендовать ацеклоран как препарат выбора при данной патологии с учетом его противовоспалительного и хондропротективного эффектов.

SUMMARY

The article is devoted to the analysis of Acecloran' (aceclofenac) efficiency in case of the vertebral artery's syndrome on the data of the polyclinical patients research in Semey. The clinical experience of use Acecloran at 50 of the patients has revealed it higher efficiency and absence of any side-effects, expressed in significant reduction of all clinical symptoms of the vertebral artery's syndrome, that has allowed to recommend acecloran as a preparation of a choice at the given pathology.