

# Лікування гострої попереково-крижової радикулопатії у практиці сімейного лікаря

*Н.В. Литвиненко, Г.Я. Силенко, І.І. Ковтун, В.А. Пінчук, Т.В. Пілюгіна*  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено клініко-неврологічне обстеження 50 хворих (27 жінок і 23 чоловіки) у віці 35–55 років з гострим больовим синдромом, зумовленим радикулопатією L5, S1. У пацієнтів досліджували ефективність лікування гострої попереково-крижової радикулопатії з використанням лорноксикаму.

Використання лорноксикаму в лікуванні хворих з гострою попереково-крижовою радикулопатією сприяє значному зменшенню клінічних проявів больового синдрому, покращує показники статико-динамічної функції хребта, відновлює життєдіяльність пацієнтів, а також зменшує концентрацію маркерів ноцицептивної системи (субстанції Р та ФНП). Результати проведеного дослідження дозволяють рекомендувати застосування лорноксикаму в лікуванні пацієнтів з гострою попереково-крижовою радикулопатією.

**Ключові слова:** лорноксикам, лікування, радикулопатія.

До найпоширеніших неврологічних захворювань людини належать вертеброневрологічні ураження, зумовлені дегенеративно-дистрофічними змінами [1]. Епідеміологічні дослідження у різних країнах встановили, що біль у спині протягом життя виникає у 60–80% населення, а у 20% осіб має хронічний характер [2, 3]. Біль у попереково-крижовому відділі хребта призводить до тривалої втрати працездатності людей у період активної трудової діяльності [4, 5]. В Україні вертеброгенна патологія в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності посідає друге місце і становить 20–30%, а у структурі захворюваності периферійної нервової системи – 80% випадків втрати працездатності [2].

Найважчим варіантом вертеброгенних больових синдромів є попереково-крижова радикулопатія. Гострий больовий синдром є першим та основним неврологічним проявом попереково-крижової радикулопатії. Приблизно у 35% людей серед населення всього світу виникає попереково-крижова радикулопатія, яка є найбільш частою причиною стійкої втрати працездатності, хоча лише 5% випадків болю у спині становить біль при радикулопатії [6]. Больовий синдром при радикулопатії може тривати тижні або місяці та в частині випадків – роки [7].

Стимуляція та активація ноцицепторів відбувається в результаті механічного розтягнення або компресії нерва та у відповідь на хімічне подразнення простагландінами та іншими медіаторами запалення [8]. Больова імпульсація спричинює синтез Р-субстанції, яку вважають специфічним медіатором болю [9].

Незважаючи на існуючі підходи до терапії на сьогодні не має єдиного методу, який може надати стійкий терапевтичний ефект при больовому синдромі, зумовленому дискогенною радикулопатією. Традиційно для лікування больового синдрому попереково-крижового відділу хребта використовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) [10, 11].

Механізм дії НПЗП полягає у гальмуванні циклооксигенази (ЦОГ) – ключового ферменту в каскаді метаболізму арахідонової кислоти, яка є попередником простагландинів,

простагландинів та тромбоксанів. Унаслідок зменшення синтезу простагландинів знижується продукція медіаторів набряку та запалення, зменшується чутливість нервових структур до брадикініну, гістаміну, оксиду азоту, які утворюються в тканинах при запаленні [12, 13].

**Мета дослідження:** вивчення ефективності лікування хворих з гострим больовим синдромом, зумовленим радикулопатією L5, S1 з використанням лорноксикаму.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було проведено клініко-неврологічне обстеження 50 пацієнтів (27 жінок, 23 чоловіки) віком 35–55 років з гострим больовим синдромом, зумовленим радикулопатією L5, S1.

Хворі були розділені на дві групи. До I групи увійшли 25 пацієнтів з радикулопатією L5, S1, які отримували базисну терапію, що включала НПЗП – натрієву сіль диклофенаку в дозі 75 мг внутрішньом'язово щоденно протягом 7 днів, міорелаксанти – толперизон 100 мг внутрішньом'язово щоденно – 10 днів, вітамінні препарати були представлені комплексом: тіаміну гідрохлорид 100 мг, піридоксину гідрохлорид 100 мг, ціанкобаламіну 1 мг, призначали внутрішньом'язово через день 5 днів.

II групу склали 25 пацієнтів з радикулопатією L5, S1, які отримували традиційну терапію за наведеною вище схемою, при цьому натрієву сіль диклофенаку було замінено на лорноксикам 16 мг внутрішньом'язово щоденно 7 днів.

Усім хворим проводили клініко-неврологічне обстеження, загальні лабораторні дослідження, комп'ютерну томографію, МРТ хребта, спондилографію. Для об'єктивізації оцінки больового синдрому використовували: візуально-аналогову шкалу (ВАШ), шкалу інтенсивності больового синдрому, опитувальник болю Мак-Гілла. Ступінь порушення життєдіяльності визначали за допомогою опитувальника Роланда–Морріса [14]. Усім хворим визначали у сироватці крові маркери ноцицептивної системи (рівень субстанції Р, концентрація прозапального цитокину фактора некрозу пухлин – ФНП). Оцінювання стану хворих проводили щоденно. Аналіз результатів здійснювали до та після лікування.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічні прояви компресійного синдрому супроводжувались компресією L5 (10 хворих – 60%) та S1 (15 хворих – 40%) корінців. Основним клінічним симптомом був біль у попереково-крижовому відділі хребта з іррадіацією у нижню кінцівку. У пацієнтів реєстрували протибольовий сколіоз (19 хворих – 76%), помірне (6 хворих – 24%) та виражене (19 хворих – 76%) напруження м'язів спини, зниження (4 хворих – 16%) або зникнення (11 хворих – 44%) ахілового рефлексу; гіпестезію (18 хворих – 72%), гіперестезію (7 хворих – 28%), гіпотонію м'язів (3 хворих – 12%) у ділянці ураженого корінця. Вираженими були симптоми натягання Ласега, функціональні порушення стану хребта, у разі компресійного синдрому біль чітко локалізувався у зоні іннервації L5, S1 корінців.

За даними обстеження за допомогою ВАШ шкали оцінки

Таблица 1

**Динамика показателей боли та статико-динамичної функції хребта у пацієнтів з попереково-крижовою радикулопатією**

Метод дослідження	Традиційна терапія, n=25		Лорноксикам + традиційна терапія, n=25	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ВАШ, см	7,0±0,58	3,5±0,34*	7,1±0,63	2,1±0,25**
Ранговий індекс болю за Мак-Гіллом, бали	19,8±0,98	9,0±0,76*	19,5±0,1,32	5,8±0,83*
Шкала інтенсивності больового синдрому, бали	8,6±0,52	6,4±0,48*	8,7±0,58	4,0±0,54**
Шкала Роланда–Морріса, бали	9,1±0,65	3,3±0,28*	8,7±0,0,58	1,3±0,54*

Примітки: \* – достовірність різниці між групами нелікованих та лікованих (p<0,05); \*\* – достовірність різниці між групами лікованих (p<0,05).

Таблица 2

**Динамика біохімічних параметрів гострого больового синдрому на фоні лікування**

Показник	Традиційна терапія, n=25		Лорноксикам + традиційна терапія, n=25	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Субстанція Р, мг/мл	18,8±2,96	12,92±3,14*	19,7±1,80	9,1±1,58*
ФНП, пкг/мл	4,2±1,56	2,3±0,35*	4,7±0,12	1,1±0,09**

Примітки: \* – достовірність різниці між групами нелікованих та лікованих (p<0,05); \*\* – достовірність різниці між групами лікованих (p<0,05).

інтенсивності больового синдрому у пацієнтів обох груп біль оцінювали як виражений. Хворі характеризували біль як стріляючий, пекучий, ниючий згідно з даними опитувальника Мак-Гілла. Больовий синдром в нижній частині спини супроводжувався вираженим порушенням життєдіяльності пацієнтів. Про це свідчила наявність обмежень, пов'язаних з болем, за даними опитувальника Роланда–Морріса (табл. 1).

В обох групах обстежених у сироватці крові спостерігалось підвищення рівня субстанції Р та ФНП (табл. 2).

Після проведеного лікування в обох групах пацієнтів відзначали зменшення больового синдрому в нижній частині спини. Згідно зі шкалою ВАШ спостерігалось зменшення цього показника у 2 рази в I групі та в 3 рази у II групі. Ранговий індекс болю Мак-Гілла став менше у 2,2 разу у хворих, які отримували традиційну терапію, та у 3,3 разу – у пацієнтів, які лікувались лорноксикамом.

Разом із тим, у хворих обох груп зменшилась кількість балів за шкалою інтенсивності больового синдрому. При цьому потрібно підкреслити, що у хворих I групи цей показник зменшився в 1,3 разу, а в II групі – у 2 рази.

Зменшення больового синдрому у хворих обох груп сприяло зростанню повсякденної рухової активності та об'єму рухів у попереково-крижовому відділі хребта. Досягнуті клінічні ефекти підтверджувались даними опитувальника Роланда–Морріса.

Під впливом лікування у пацієнтів обох груп позитивна динаміка клінічних параметрів була об'єктивізована достовірними змінами концентрації маркерів ноцицептивної системи у сироватці крові (субстанції Р, ФНП). Після проведеного лікування спостерігали достовірне зменшення субстанції Р в обох групах обстежених, зокрема, в 1,4 разу в I і в 2,1 разу у II групі. Не було встановлено достовірної різниці між показником субстанції Р після проведеного лікування в групах обстежених.

Показник ФНП достовірно знижувався після проведеного лікування в обох групах, але був достовірно нижчий під час лікування із застосуванням лорноксикаму в 2 рази.

**ВИСНОВКИ**

Використання лорноксикаму у лікуванні хворих з гострою попереково-крижовою радикулопатією сприяє значному зменшенню клінічних проявів больового синдрому, покращує показники статико-динамічної функції хребта, відновлює життєдіяльність пацієнтів. Зменшення концентрації маркерів ноцицептивної системи (субстанції Р та ФНП) підтверджує отримані дані про зниження больового синдрому у пацієнтів під впливом лорноксикаму.

Результати проведеного дослідження дозволяють рекомендувати застосування лорноксикаму в лікуванні пацієнтів з гострою попереково-крижовою радикулопатією.

**Лечение острой пояснично-крестцовой радикулопатии в практике семейного врача  
Н.В. Литвиненко, Г.Я. Силенко, И.И. Ковтун,  
В.А. Пинчук, Т.В. Пилюгина**

Проведено клініко-неврологічне обстеження 50 хворих (27 жінок і 23 чоловіки) в віці 35–55 років з острым больовим синдромом, обусловленим радикулопатією L5, S1. У пацієнтів досліджували ефективність лікування острої пояснично-крестцової радикулопатії з використанням лорноксикама. Використання лорноксикама в лікуванні хворих з острої пояснично-крестцової радикулопатії значно зменшує клінічні прояви больового синдрому, покращує показники статико-динамічної функції позвоночника, відновлює життєдіяльність пацієнтів, а також зменшує концентрацію маркерів ноцицептивної системи (субстанції Р і ФНО). Результати проведеного дослідження дають можливість рекомендувати застосування лорноксикама в лікуванні пацієнтів з острої пояснично-крестцової радикулопатією.

**Ключевые слова:** лорноксикам, лечение, радикулопатия.

**Treatment of acute lumbosacral radiculopathy in the practice of the family doctor  
N.V. Lytvinenko, G.Ya. Silenko, I.I. Kovtun,  
V.A. Pinchuk, T.V. Pilyugina**

Clinical and neurological examination of 50 patients (27 women and 23 men) aged 35–55 years with acute pain caused by radiculopathy L5, S1. Patients studied the efficacy of the treatment of acute lumbosacral radiculopathy with lornoxicam. The use of lornoxicam in the treatment of patients with acute lumbosacral radiculopathy significantly reduces clinical signs of pain, improves the static-dynamic function of the spine, restores the patient's vital signs, as well as reduces the concentration of markers of nociceptive system (substance P and TNF). The results of this study make it possible to recommend lornoxicam in the treatment of patients with acute lumbosacral radiculopathy.

**Key words:** lornoxicam, treatment, radiculopathy.

## Сведения об авторах

**Литвиненко Наталья Владимировна** – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 56-42-37

**Силенко Галина Ярославовна** – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

**Ковтун Ирина Игоревна** – 5-я городская клиническая больница, 36024, г. Полтава, ул. Духова, 6

**Пинчук Виктория Анатольевна** – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36024, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

**Пилогина Татьяна Васильевна** – 5-я городская клиническая больница, 36024, г. Полтава, ул. Духова, 6

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Dagenais S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally / S. Dagenais, J. Caro, S.A. Haldeman // Spine J. – 2008. – Jan-Feb., Vol. 8 (1). – P. 8–20.
2. Міщенко Т.С. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії / за ред. Т.С. Міщенко, В.С. Підкоритова – К. : Доктор-Медіа, 2008. – 624 с.
3. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертебрoneврология): руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 627 с.
4. Морозова О.Г. Острая боль в спине: подходы к терапии / О.Г. Морозова // Здоров'я України. – 2007. – № 6/1. – С. 22–23.
5. Freynhagen R. The evaluation of neuropathic components in low back pain / R. Freynhagen, R. Baron // Curr Pain Headache Rep. – 2009. – Jun, № 13 (3). – P. 185–190.
6. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / О.С. Левин // Consilium medicum. – 2010. – Т. 3, № 2. – С. 547–555.
7. Боль (практ. рук. для врачей) / [Г.Р. Абузарова и др.]; под ред.: Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина; Рос. акад. мед. наук. – М.: Изд-во РАМН, 2013. – 511 с.
8. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф.А. Хабиров. – Казань: Медицина, 2006. – 518 с.
9. Кукушкин М.Л. Хронический болевой синдром / М.Л. Кукушкин // Лечащий врач. – 2010. – № 4. – С. 20–23.
10. Баринов А. Современные подходы к лечению болей в спине и радикулопатии / А. Баринов // Врач. – 2011. – № 7. – С. 5–9.
11. Bogduk N. Medical management of acute and chronic low back pain / N. Bogduk, B. Mc Guirk. – Amsterdam: Elsevier, 2002. – 224 p.
12. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain / T. Kuijpers, M. van Middelkoop, S.M. Rubinstein [et al.] // Eur Spine J. – 2011. – Vol. 20. – P. 40–50.
13. Abstracts of the Second International Congress on Neuropathic Pain (NeuPSIG), June 7–10, 2007, Berlin, Germany // Eur J Pain. – 2007. – Vol. 11, Suppl 1. – S. 1–209.
14. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. – М., 2004. – 432 с.

*Статья поступила в редакцию 27.02.2015*