

Возможности терапии пациентов с болями в области шеи, плеча, верхней конечности

К.м.н. А.М. Тынтерова¹, профессор А.П. Рачин², А.Ю. Дорогинина³

¹НУЗ «Дорожная больница на ст. Калининград ОАО «РЖД», Калининград

²ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, Москва

³ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск

РЕЗЮМЕ

Боль в области шеи, плеча и верхней конечности (CANS — complaints of the arm, neck and shoulder) представляет собой важную медицинскую и социально-экономическую проблему в силу своей высокой распространенности среди трудоспособного населения. В статье представлены патогенетические аспекты, классификационный подход к диагностике данного состояния. В настоящее время приобретает актуальность применение альтернативных схем лечения болевых синдромов с учетом довольно широкого спектра нежелательных эффектов нестероидных противовоспалительных препаратов, являющихся приоритетными в терапии боли. Одним из альтернативных направлений лечения болевых синдромов является назначение структурно-модифицирующих противовоспалительных препаратов замедленного действия (SYSADOA) уже на первых этапах лечения. Препараты этой группы благодаря своей многоплановой биологической активности обладают хондропротекторным, противовоспалительным, анальгезирующим и регенераторным эффектами. Реализация данных эффектов дает основание для назначения SYSADOA в качестве альтернативной терапии болевых синдромов у пациентов ревматологического и неврологического профилей. Представителем этой группы является Алфлутон, продемонстрировавший безопасность и эффективность при терапии CANS.

Ключевые слова: боль в шее, плече, верхней конечности, CANS, анальгетический эффект, противовоспалительное действие, Алфлутон.

Для цитирования: Тынтерова А.М., Рачин А.П., Дорогинина А.Ю. Возможности терапии пациентов с болями в области шеи, плеча, верхней конечности. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;7:17–20.

ABSTRACT

Treatment modalities for complaints of the arm, neck and/or shoulder

A.M. Tynterova¹, A.P. Rachin², A.Yu. Doroginina³

¹Railway Hospital on Kaliningrad Station of Russian Railways, Kaliningrad

²National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology, Moscow

³Smolensk State Medical University, Smolensk

Complaints of the arm, neck and/or shoulder (CANS) is an important medical, social, and economic issue due to its high prevalence among working age population. The paper addresses pathogenic aspects and classification approach to CANS diagnosis. Currently, alternative treatment strategies for pain relief gain popularity since nonsteroidal anti-inflammatory drugs mainly used to treat pain provoke multiple adverse reactions. Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA) are amongst alternative therapeutic agents prescribed early for pain management. Multifaceted biological activity of this drugs has chondroprotective, anti-inflammatory, analgesic and regenerative effects. The implementation of these effects provides a basis for their appointment as an alternative therapy for pain syndromes in patients with rheumatological and neurological profiles. The representative of this group is Alflutop demonstrated safety and efficacy in the treatment of CANS.

Keywords: complaints of the arm, neck and/or shoulder, CANS, analgesic effect, anti-inflammatory effect, Alflutop.

For citation: Tynterova A.M., Rachin A.P., Doroginina A.Yu. Treatment modalities for complaints of the arm, neck and/or shoulder. RMJ. Medical Review. 2019;7:17–20.

ВВЕДЕНИЕ

Боль и дисфункция в плече, шее и верхней конечности является распространенной причиной обращения за амбулаторной помощью. Тактика ведения пациента с подобными жалобами предполагает участие специалистов различного профиля: невролога, ревматолога, ортопеда-травматолога и др. [1]. CANS (complaints of the arm, neck and shoulder) определяется как «скелетно-мышечные жалобы в области руки, шеи и/или плеча, не вызванные острой травмой или каким-либо системным заболева-

нием». Эксперты классифицировали 23 расстройства как специфические CANS, они были оценены как диагностируемые расстройства. Все остальные нарушения называются неспецифическими CANS [2]. CANS представляет собой важную медицинскую и социально-экономическую проблему в силу своей высокой распространенности среди трудоспособного населения. Зарубежные проспективные когортные исследования в отношении CANS определяют основные диагностические подходы, причины хронизации болевого синдрома, перспективы восстановления и свидетельствуют

о необходимости мультидисциплинарного подхода к терапии [3]. Причинами болевого синдрома в области шейного отдела, плеча и верхней конечности могут быть: неврологические нарушения (шейная миелопатия, шейные радикулопатии, шейно-плечевые плексопатии, плексопатии плечевого сплетения, поражение пучков плечевого сплетения, неспецифическая боль в шейном и др. отделах, поражение параартикулярных тканей плеча [4].

Причины CANS

CANS является сложным синдромом, в его появлении могут играть роль несколько факторов одновременно. Поэтому, как и при многих других заболеваниях, необходимо выяснить причины, способствовавшие его развитию, чтобы знать, каким должно быть правильное лечение.

Цервикобрахиалгия является одним из самых частых расстройств в рамках CANS. Источником отраженной боли в области плеча, надплечья, верхней конечности могут быть патологии фасеточных (межпозвоноковых) суставов, фиброзных колец, межпозвоноковых дисков, связок, мышц и сухожилий [5].

Радикулярные боли как причина CANS связаны со сдавлением корешков C6 (20%), C7 (70%), C8 и C5 (10%) в межпозвоноковых отверстиях на фоне дегенеративных изменений унковертебральных сочленений, гипертрофии фасеточных суставов [6].

В обычной практике неврологи чаще всего сталкиваются с болевым синдромом, ограничивающим повседневную активность или сопровождающимся клиникой радикулопатии, что соответствует 2–3 классу NPTF (The Neck Pain Task Force) [7, 8]. Поражение параартикулярных тканей области плеча также является частой причиной CANS. Наиболее часто диагностируются энтезопатии надостной и подлопаточной мышц [9]. Также причинами болевых синдромов могут быть кальцифицирующий тендинит, бурсит плеча и импиджмент-синдром [10]. Определение ведущего механизма развития боли, ее продолжительность, степень нарушения качества жизни важны для правильного выбора тактики лечения.

Лечение CANS

В неврологической и ревматологической практике для лечения пациентов с болевым синдромом используется широкий спектр различных групп препаратов. Наиболее часто применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые обеспечивают как противовоспалительный, так и обезболивающий эффекты [11]. Однако с учетом наличия у НПВП ряда побочных нежелательных явлений применение их весьма ограничено, в связи с чем возникает необходимость использования альтернативных схем лечения [12, 13].

У пациентов с преобладающей клиникой дегенеративно-дистрофических процессов в шее и спине, суставной патологией целесообразно назначение структурно-модифицирующих противовоспалительных препаратов замедленного действия (SYSADOA — Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis) уже на первых этапах лечения. В отечественной и зарубежной литературе представлено немало исследований, в которых изучалась эффективность данной группы препаратов в терапии болевых синдромов. Значительное внимание уделяется противовоспалительному эффекту этой группы препаратов [14].

В группу SYSADOA входит Алфлутоп — оригинальный биологический препарат, в составе которого имеются гликозаминогликаны (хондроитин-4-сульфат, хондроитин-6-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат), глюкуроновая кислота, глицерофосфолипидные соединения, миоинозитолфосфаты, аминокислоты и соли Na, K, Ca, Mg, Cu, Fe, Zn. На сегодняшний день работами разных авторов доказано, что препарат обладает хондропротекторным, противовоспалительным, анальгезирующим и регенераторным эффектами [15]. Идентификация мишеней для препарата Алфлутоп в экспериментальных исследованиях *in vitro* позволила определить механизмы реализации эффектов препарата [16]. Хондропротекторный эффект развивается вследствие его влияния на антиоксидантную ферментную систему. Повышая каталитическую активность супероксиддисмутазы и каталазы, Алфлутоп снижает риск окислительного стресса, характерного для дегенеративных изменений хрящевой ткани. Данный эффект также реализуется посредством ингибирования фактора роста эндотелия сосудов VEGF (vascular endothelial growth factor), который важен для ангиогенеза и оказывает деструктивное влияние на суставной хрящ [17]. Противовоспалительный эффект препарата реализуется посредством ингибирования интерлейкинов ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1b, VEGF. Механизмы действия препарата Алфлутоп на цитокиновую систему и ангиогенез подробно изучены и отражены в исследованиях L. Olariu et al. на клеточной линии нормальных хондроцитов человеческой костной ткани CHON-001, представляющей специфические свойства субхондральной суставной ткани [18]. Обезболивающий эффект Алфлутопа является следствием противовоспалительного и хондропротекторного действия препарата. Регенераторный эффект препарата обеспечивается за счет активации TGF- β (transforming growth factor β), регулирующего баланс синтеза и деградации белка и играющего роль в восстановлении хряща [19].

Исследования, посвященные купированию CANS биоактивным хондропротектором

На протяжении последних лет был накоплен значительный положительный опыт применения препарата Алфлутоп в терапии пациентов с болевыми синдромами. Большинство исследований было посвящено применению препарата у больных ревматологического профиля [20, 21]. Эффективная терапия болевых синдромов у пациентов с остеоартритом способствовала тому, что Алфлутоп стали применять у пациентов неврологического профиля. За последние 10 лет опубликован ряд исследований, демонстрирующих эффективность применения препарата в лечении хронических болей [22, 23]. В отечественной и зарубежной литературе представлены данные исследований о безопасности и эффективности его применения при терапии болевых синдромов CANS.

Так, проф. О.С. Левиным и соавт. было проведено открытое многоцентровое исследование по оценке эффективности препарата Алфлутоп у пациентов с вертеброгенной цервикобрахиалгией. В исследовании приняли участие 209 пациентов. Результаты демонстрируют снижение болевого синдрома уже в течение первых 2 нед. после начала лечения и нарастание лечебного эффекта в течение первых 3 мес. после завершения курса терапии, увеличение подвижности шейного отдела позвоночника и плечевого сустава после курса внутримышечного и паравертебрального введения препарата, улучшение функциональных возможностей и качества жизни пациентов [24].



АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ



- 💧 Достоверное уменьшение боли
- 💧 Улучшение функции суставов
- 💧 Достоверное повышение уровня гиалуроновой кислоты в суставной щели
- 💧 Уменьшение деградации матрикса суставного хряща*

ПОВЫШАЕТ УРОВЕНЬ ЗАЩИТНЫХ P_g В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА**



БИОТЕНОС
115432, Москва,
пр-т Андропова,
д. 18, корп. 6
8 (495) 150-24-71
www.alflutop.ru

* Л.И. Алексеева, Е.П. Шаропова, Е.А. Таскина, Н.В. Чичасова, Г.Р. Имамединова, Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, Л.Н. Денисов. Много-центровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014; 52(2): 174-177. DOI:10.14412/1995-4484-2014-174-177.

** В.Н. Дроздов и соавт. Алфлутоп – в современной симптом- модифицирующей терапии остеоартрита. Терапевтический архив. 2019, №5.



ЗдоровьеСуставов.рф

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

В исследовании М.А. Якушина и соавт. было показано антиноцицептивное и вторичное миорелаксирующее действие препарата Алфлутоп при внутримышечном и паравертебральном введении у больных с плечелопаточным периартрозом, синдромами нижней косой мышцы головы, лестничной мышцы [25].

Эффективность препарата Алфлутоп при локальной инъекционной терапии пациентов с поражением параартикулярных тканей области плеча и болями в области шейного отдела продемонстрирована в исследовании Н.А. Хитрова (2017). Пациентам с энтезопатиями надостной и подлопаточной мышц препарат вводили в болевые точки, соответствующие анатомическому расположению энтезисов (2 мл Алфлутопа с раствором новокаина) 2 раза в неделю, 5 процедур за курс. На период проведения инъекций другая терапия включала только рекомендации по режиму и прием НПВП в тех же лекарственных формах и дозировках, что и до лечения Алфлутопом. На фоне курсового лечения у больных снизился болевой синдром, увеличился объем движений в плечевом суставе, уменьшилась потребность в приеме НПВП [26].

Эффективность и безопасность включения препарата в комбинированную терапию пациентов с поражением параартикулярных тканей плеча представлены в работе С.М. Носкова и соавт. В исследование было включено 54 пациента с периартритом плеча. Клинические формы периартрита плеча были представлены субакромиальным и субдельтовидным бурситами, тендинитами вращающей манжеты и длинной головки бицепса. Пациенты получали локальную терапию Алфлутопом и бетаметазоном в качестве монотерапии или комбинации (однократно бетаметазон с последующей серией инфильтраций Алфлутопом по 2 мл, 5 инъекций на курс). Курс параартикулярных инфильтраций Алфлутопом оказался сопоставим по эффективности с однократным введением бетаметазона. Применение комбинированной схемы обеспечивало наилучший терапевтический эффект независимо от характера течения и клинической формы параартикулярного поражения плеча [27].

И.Ю. Головач и соавт. (2011) провели исследование, целью которого было изучение эффективности и безопасности локальной терапии пациентов с поражением параартикулярных тканей плеча препаратом Алфлутоп. В исследовании приняло участие 64 пациента с различными формами периартрита плечевого сустава: поражением вращательной манжеты плеча, тендинитом длинной головки двуглавой мышцы плеча, бурситами плечевой области. Препарат вводили параартикулярно по 2,0 мл в болевые точки через день 7 раз. Исследование показало значительное снижение болевого синдрома (по ВАШ), увеличение мышечной силы, уменьшение потребности в НПВП [28].

Исследования показали не только эффективность применения Алфлутопа при внутримышечном, параартикулярном и паравертебральном введении препарата, но и возможность его применения в фармакопунктуре и физиотерапии [29].

Одной из серьезных проблем лечения болевых синдромов является развитие нежелательных явлений при назначении медикаментозной терапии, в частности НПВП. Появление у больного эрозивных и язвенных дефектов в слизистой желудка требует отмены НПВП. Применение Алфлутопа за счет его симптом-модифицирующего действия позволяет снизить дозировку и длительность их при-

ема или даже отказаться от приема НПВП. В исследовании В.Н. Дроздова и соавт. было изучено влияние комплексного препарата Алфлутоп на течение НПВП-гастропатий. На фоне применения НПВП при развитии НПВП-гастропатии уровень простагландинов достоверно снижался. После отмены НПВП и продолжения терапии внутримышечным введением Алфлутопа отмечалось восстановление уровня простагландинов до нормальных показателей. Сроки заживления язв и эрозий двенадцатиперстной кишки и желудка в группе с применением Алфлутопа на фоне стандартной противовоспалительной терапии были достоверно короче по сравнению с таковыми у пациентов, получавших только стандартную противовоспалительную терапию [30].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хондропротекторный, противовоспалительный, анальгезирующий эффекты препарата Алфлутоп определяются его многоплановой биологической активностью (модуляция TGF- β , ингибирование гиалуронидазы, антицитокиновая активность в отношении ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1 β , VEGF). Кроме того, Алфлутоп обладает гастропротективным эффектом, связанным с восстановлением уровня защитных простагландинов в слизистой желудка, сниженным на фоне приема НПВП. Реализация данных эффектов дает основание для назначения Алфлутопа в качестве альтернативной терапии болевых синдромов, что важно как для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сопутствующей патологией ЖКТ, так и просто для принимающих НПВП. Анализ клинических исследований показал эффективность и безопасность локальной терапии препаратом у пациентов с CANS.

Литература

1. Долгова Л.Н., Красивина И.Г. Боль в плече и шее: междисциплинарные аспекты лечения. Медицинский совет. 2017;17:50–57. [Dolgova L.N., Krasivina I.G. Pain in the shoulder and neck: interdisciplinary aspects of treatment: Medical advice. 2017;17:50–57 (in Russ.).]
2. Huisstede B.M.A., Miedema H.S., Verhagen A.P. et al. Multidisciplinary consensus on the terminology and classification of complaints of the arm, neck and/or shoulder. Occupational and Environmental Medicine. 2007;64(5):313–319. DOI: 10.1136/oem.2005.023861.
3. Huisstede B.M.A., Miedema S., Koes B.W., Verhaar J.A. Een eenduidige kijk op arm-, nek- en schouderklachten: het CANS-model. Huisarts Wet 2008;51(11):567–569.
4. Широков В.А. Боль в плече: патогенез, диагностика, лечение. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ; 2012. [Shirokov V.A. Pain in the shoulder: pathogenesis, diagnosis, treatment. 2-nd ed. M.: MEDpress-inform; 2012 (in Russ.).]
5. Алексеев В.В. Неврологические аспекты диагностики и лечения острых вертеброгенных болевых синдромов. Consilium medicum. 2008;1:56–63. [Alekseev V.V. Neurological aspects of the diagnosis and treatment of acute vertebral pain syndromes. Consilium medicum. 2008;1:56–63 (in Russ.).]
6. Левин О.С., Макотрова Т.А. Вертеброгенная шейная радикулопатия. Человек и лекарство. Казахстан. 2013;8(24):80–86. [Levin O.S., Makotrova T.A. Vertebrogenic cervical radiculopathy. Man and medicine. Kazakhstan. 2013;8(24):80–86 (in Russ.).]
7. Исайкин А.И. Боль в шейном отделе позвоночника. Трудный пациент. 2012;10(7):36–44. [Isaykin A.I. Pain in the cervical spine. Difficult patient. 2012;10(7):36–44 (in Russ.).]
8. Guzman J., Haldeman S., Carroll L.J. et al. Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4):199–213.
9. Хитров Н.А. Параартикулярные ткани: варианты поражения и их лечение. РМЖ. 2017;3:177–184. [Khitrov N.A. Paraarticular tissues: lesion variants and their treatment. RMJ. 2017;3:177–184 (in Russ.).]
10. Бельский А.Г. Субакромиальный (impingement) синдром. РМЖ. 2005;13(8):545–547. [Belenky A.G. Subacromial syndrome. RMJ. 2005;13(8):545–547 (in Russ.).]

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>