

УДК 616.546-009.7-085:615.276

Д.С. АЛЬЖАНОВА, Н.В. ШЕВЧЕНКО

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана,

Филиал ТОО «Open clinic», г. Астана

МИДОКАЛМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ



Альжанова Д.С.

Актуальность проблемы обусловлена чрезвычайной распространенностью хронических болевых синдромов, связанных с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника.

Цель исследования. Изучение эффективности препарата Мидокалм (толперизон) в комплексном лечении пациентов с хронической болью в нижней части спины.

Материал и методы. Нами было обследовано 34 пациента с длительной (более 3 мес.) болью в нижней части спины, сопровождающейся мышечно-тоническим синдромом, выявляемом при объективном обследовании. В основной группе были 22 пациента, получавших в течение 20 дней амбулаторное лечение нестероидными противовоспалительными средствами инъекционно и в виде мазей, лечебную гимнастику, массаж, антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а также Мидокалм инъекционно в дозе 1,0 мл (100 мг) внутримышечно 2 раза в день на протяжении первых 10 дней с последующим переходом на таблетированный прием в дозе 150 мг 3 раза в сутки в течение последующих 10 дней. Контрольную группу составили 12 пациентов, которым также была назначена комплексная терапия только без применения Мидокалма. Обе группы были сопоставимы по возрасту, нозологии, результатам нейровизуализационных данных.

Эффективность лечения оценивалась клинически по выраженности напряжения мышц спины, пальпаторной паравертебральной болезненности, определению объема активных движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E. C., 1974).

Результаты и обсуждение. У всех больных при объективном обследовании до лечения выявляли вертебральный и мышечно-тонический синдромы в пояснично-крестцовом отделе позвоночника умеренной степени выраженности. После курса лечения в основной группе у 77,27% пациентов отмечался полный регресс вертебрального и мышечно-тонического синдромов: исчезли пальпаторная болезненность остистых отростков и межостистых связок, симптомы напряжения многораздельных мышц, деформация в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в полной мере восстановился объем движений. В контрольной группе полное исчезновение вертебрального и мышечно-тонического синдромов наблюдалось лишь у 41,66% пациентов.

Динамическая оценка выраженности боли после курса лечения выявила уменьшение среднего балла ВАШ с $4,5 \pm 1,1$ балла до $1,7 \pm 0,4$ балла в группе с применением в комплексном лечении Мидокалма, что отражает положительную динамику в 62,22%. В группе сравнения разница в баллах ВАШ до и после лечения была существенно меньше и составила 26,92% (с $5,2 \pm 1,4$ балла до лечения до $3,8 \pm 0,9$ балла после лечения).

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о высокой эффективности миорелаксанта центрального действия аминокетоновой группы Мидокалма (толперизон) в комплексной терапии хронической боли в спине с использованием ступенчатой схемы лечения. Повышение эффективности комплексной терапии с включением Мидокалма связано с полным регрессом мышечно-тонического и вертебрального синдромов, усилением анальгетического эффекта, сокращением сроков лечения, хорошей переносимостью препарата.

Ключевые слова: хронические боли в спине, Мидокалм.

Боль в спине – одно из самых распространенных расстройств. Она является второй по частоте причиной обращений за медицинской помощью после респираторных заболеваний. Около половины людей трудоспособного возраста в течение жизни переносят эпизоды болей в спине, не связанные с воспалительными, системными, онкологическими, метаболическими расстройствами. Так же велики экономические и финансовые потери общества и пациентов, обусловленные частыми госпитализациями и длительной временной утратой трудоспособности. В со-

временном мире в связи с изменившимися условиями жизни (урбанизация, низкая двигательная активность, изменения режима и качества питания) остеохондрозом болеют от 40 до 80% жителей земного шара [1, 2, 3].

Особую актуальность последние десятилетия приобретают хронические болевые синдромы, связанные с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника. Международная ассоциация по изучению боли рассматривает хроническую боль как боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления (наиболее

Контакты: Альжанова Динара Сагындыковна, доцент кафедры невропатологии с курсом психиатрии и наркологии АО "Медицинский университет Астана", г. Астана. Тел. +7 701 373 37768, + 7 7172 31 44 63, e-mail: dinara.alzhanova@yandex.ru

Contacts: Dinara Sagyndykovna Alzhanova, Associate Professor of the Department of Neurology with the Course of Psychiatry and Addiction of "Astana Medical University" JSC, Astana c. Ph. +7 701 373 37768, + 7 7172 31 44 63, e-mail: dinara.alzhanova@yandex.ru

подходящим сроком, по мнению экспертов, является срок в 3 мес.). Помимо длительности для хронической боли характерны отсутствие четкой связи с первоначальным этиологическим фактором, персистирующий характер, неэффективность анальгетиков, вовлечение как периферических, так и центральных механизмов ноцицепции. Проще говоря, хроническая боль – это боль, которая «оторвалась» от основного заболевания, утратила свою «сигнальную» функцию и приобрела «надорганный» характер [1, 4, 5].

Остеохондроз и сопутствующий ему спондилоартроз с подвывихами и артрозами унко-verteбральных сочленений всегда сопровождается афферентной импульсацией из рецепторов пораженного позвоночно-двигательного сегмента, особенно из задней продольной связки на мотонейроны передних рогов спинного мозга с последующим повышением тонуса и изменением трофики соответствующих мышц. Формируется порочный круг «боль-спазм-боль» или так называемый мышечно-тонический синдром. У людей, имеющих предрасположенность к развитию устойчивых патологических состояний, в первую очередь, вследствие чрезмерной, неадекватной повреждению реактивности структур ЦНС с насаиванием эмоциональных факторов, как правило, происходит трансформация острой ноцицептивной боли в хроническую [5, 6, 7].

В этой связи применение миорелаксантов с центральным механизмом действия в комплексном лечении хронической боли в спине представляется патогенетически обоснованным.

Цель нашего исследования – изучение эффективности Мидокалма (толперизон) в комплексном лечении пациентов с хронической болью в нижней части спины.

Материал и методы

В нашем исследовании в комплексном лечении хронической боли в нижней части спины (*low back pain*) применялся миорелаксант центрального действия аминокетоновой группы – Мидокалм (толперизон). Механизм действия связан с регуляцией функции каудальной части ретикулярной формации. При этом угнетается повышенная рефлекторная возбудимость спинного мозга. Также Мидокалм влияет на периферические нервные окончания. Является Н-холинолитиком. Толперизон обладает стабилизирующим действием на мембраны в первичных афферентных волокнах и двигательных нейронах, обусловленным влиянием на рефлекторную деятельность спинномозговых синапсов. Вторично замедляет выход медиаторов вследствие торможения процесса поступления Ca^{2+} в синаптические структуры нервных волокон. Воздействие на ретикулоспинальный путь проявляется в замедлении процессов возбуждения [8, 9].

Толперизон снижает патологический гипертонус мышц и ригидность. Облегчает совершение произвольных активных движений, при этом не влияет на кору головного мозга, тем самым сохраняя в полном объеме уровень бодрствования. Толперизон обладает незначительно выраженным спазмолитическим и адреноблолирующим эффектами, за счет чего улучшается перфузия тканей [8, 9].

Эффективность применения Мидокалма в лечении длительного болевого мышечно-тонического синдрома неспецифического вертеброгенного генеза оценивалась в двух клинических группах больных в возрасте от 25 до 64 лет, обратившихся на прием к неврологу и получавших амбулаторное лечение в филиале ТОО «Open clinic», г. Астана. Всего

за период с апреля 2014 по июнь 2015 гг. было обследовано 34 пациента с длительной (более 3 мес.) болью в нижней части спины, сопровождающейся мышечно-тоническим синдромом, выявляемом при объективном обследовании.

Всем исследуемым больным на основании результатов МРТ- или КТ- исследования позвоночника были исключены специфические (воспалительные, опухолевые, травматические) причины боли в спине, а также грубые дискогенные неврологические компрессионные синдромы. В исследование включались пациенты с дегенеративно-дистрофическими изменениями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с наличием протрузий межпозвонковых дисков по данным нейровизуализационных исследований.

В основную клиническую группу были включены 22 больных (8 мужчин и 14 женщин) в среднем возрасте $41,75 \pm 7,38$ года, получавших в течение 20 дней амбулаторное лечение нестероидными противовоспалительными средствами инъекционно и в виде мазей, лечебную гимнастику, массаж, антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а также Мидокалм инъекционно в дозе 1,0 мл (100 мг) внутримышечно 2 раза в день на протяжении первых 10 дней с последующим переходом на таблетированный прием в дозе 150 мг 3 раза в сутки в течение последующих 10 дней.

В группе сравнения наблюдались 12 пациентов (8 женщин и 4 мужчин), сопоставимых по возрасту, нозологии, результатам нейровизуализационных данных с основной клинической группой. Больные контрольной группы получали комплексное лечение по тому же плану, что и в основной группе, с назначением аналогичных препаратов, соблюдением тех же дозировок и сроков терапии за исключением применения миорелаксанта (Мидокалм).

Эффективность лечения оценивалась клинически по выраженности напряжения мышц спины, пальпаторной паравертебральной болезненности, определению объема активных движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также с помощью Визуальной Аналоговой Шкалы (ВАШ) Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E. C., 1974).

Этот метод субъективной оценки боли заключается в том, что пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая – «худшая боль, какую можно себе представить».



Объективная оценка степени выраженности вертебрального и мышечно-тонического синдромов и интенсивности боли в обеих клинических группах проводилась дважды: в день обращения пациентов, т.е. до вышеописанного курса терапии и по истечении 20 дней комплексного лечения.

Результаты и обсуждение

Все обратившиеся больные при объективном обследовании до лечения выявляли вертебральный и мышечно-тонический синдромы в пояснично-крестцовом отделе позвоночника умеренной степени выраженности. Клинически это выражалось в виде исчезающего напряжения

многораздельных мышц после наклона туловища вперед на 20° и более и симптома гомолатерального напряжения многораздельной мышцы. В норме эта мышца при стоянии на одной ноге расслабляется на гомолатеральной и резко напрягается на гетеролатеральной стороне. Кроме того, интенсивная пальпация обнаруживала болезненность остистых отростков и межостистых связок на уровне пораженного позвоночного сегмента, отмечалась сглаженность поясничного лордоза и незначительное ограничение активных движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Компрессионных радикулярных или радикулоишемических синдромов в обеих клинических группах не наблюдалось.

При оценке интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале было выявлено, что на момент обращения большинство больных испытывали боль ближе к умеренному значению. Средний балл по ВАШ в основной группе составил $4,5 \pm 1,1$ балла, в группе сравнения средний балл по ВАШ был сопоставим с основной группой и равнялся $5,2 \pm 1,4$ балла.

Через 20 дней после курса амбулаторного лечения в основной группе у 17 (77,27%) из 22 пациентов отмечался полный регресс вертебрального и мышечно-тонического синдромов: исчезли пальпаторная болезненность остистых отростков и межостистых связок, симптомы напряжения многораздельных мышц, деформация в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в полном мере восстановился объем движений.

В контрольной группе по окончании терапии полное исчезновение вертебрального и мышечно-тонического синдромов наблюдалось у 5 больных из 12, что составило 41,66%.

Динамическая оценка выраженности боли по окончании курса лечения выявила уменьшение среднего балла ВАШ с $4,5 \pm 1,1$ балла до $1,7 \pm 0,4$ балла в группе с применением в комплексном лечении Мидокалма, что отражает положительную динамику в 62,22% (рис. 1). В группе сравнения разница в баллах ВАШ до и после лечения была существенно меньше и составила 26,92% (с $5,2 \pm 1,4$ балла до лечения до $3,8 \pm 0,9$ балла после лечения) (рис. 2).

Выводы

Боли в нижней части спины, как правило, сопровождаются мышечно-тоническим синдромом той или иной степени выраженности. При условии неадекватной повреждению реактивности структур ЦНС с присоединением психогенных факторов, как правило, происходит трансформация острой ноцицептивной боли в хроническую, продолжительностью более 3 месяцев.

Лечение хронической боли в спине должно быть комплексным с применением как медикаментозных средств (нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, антидепрессанты), так и немедикаментозных лечебных мероприятий (массаж, лечебная гимнастика, соблюдение правильного двигательного стереотипа).

Использование в комплексной терапии миорелаксанта центрального действия аминокетоновой группы Мидокалма (толперизон) существенно улучшает исходы лечения, что подтверждается более значимым в процентом соотношении (у 77,27% больных) полным регрессом мышечно-

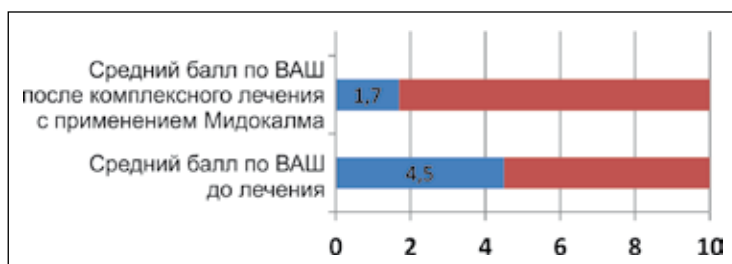


Рисунок 1 – Динамика среднего балла Визуальной Аналоговой Шкалы боли до и после лечения в группе больных с применением в комплексной терапии Мидокалма

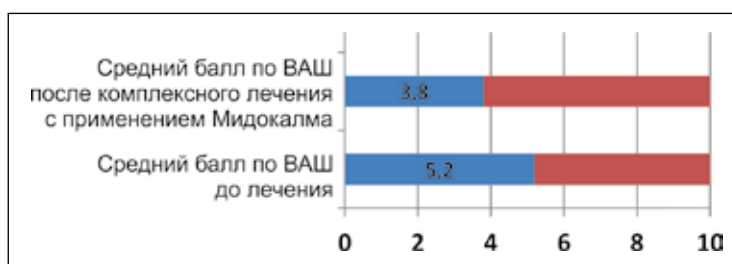


Рисунок 2 – Динамика среднего балла Визуальной Аналоговой Шкалы боли до и после лечения в группе больных без применения в комплексной терапии Мидокалма

тонического и вертебрального синдромов по сравнению с контрольной группой, где регресс типичных симптомов наблюдался лишь у 41,66%.

Применение Мидокалма способствует более значимому регрессу боли, что подтверждается сравнительной динамической оценкой среднего балла Визуальной Аналоговой Шкалы боли до и после лечения: в группе пациентов, получавших Мидокалм, средний балл ВАШ за 20 дней лечения уменьшился на 62,22%, в группе сравнения динамика была существенно менее заметной и составила 26,92%.

В качестве эффективной схемы лечения хронической боли в спине рекомендуется использование в комплексном лечении ступенчатой терапии Мидокалмом: инъекционно в дозе 1,0 мл (100 мг) внутримышечно 2 раза в день на протяжении первых 10 дней с последующим переходом на таблетированный прием в дозе 450 мг в сутки в течение последующих 10 дней, при этом достигаются существенный терапевтический эффект и хорошая переносимость препарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Др Балинт Геза, Др Себени Бела. Диагностика и терапия поясничной боли // *Lege Artis Medicinae*. – 1997. – N7. – P. 242-254
2. Waddell G. The back pain revolution, Churchill Livingstone, 1998
3. Andersson GBJ: Epidemiological features of chronic lowback pain // *Lancet*. – 1999. – N 354. – P. 581-585
4. Cohen RI, Chopra P, Upshur C. Low back pain // *Geriatrics*. – 2001. – N 56. – P. 26-37
5. Вейн А.М. и др. Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: МЕДпресс, 1999. – 372 с.
6. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Дорзалгии: классификация, механизмы патогенеза, принципы ведения // *Невролог. журнал*. – 1996. – №2. – С. 8-12
7. Болезни нервной системы: Руководство для врачей в

2 т. / Под ред. Яхно Н.Н. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005 – 1297 с.

8. Парфенов В.А. Мидокалм в лечении болезненного мышечного спазма при болях в спине // Неврологический журнал. – 2004. – №6. – С. 39–42

9. Авакян Г.Н., Чуканова Е.И., Никонов А.А. Применение мидокалма при купировании вертеброгенных болевых синдромов // Журн. неврол. и психиат. – 2000. – №5. – С. 26–31

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Д.С. ӘЛЖАНОВА, Н.В. ШЕВЧЕНКО

«Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ.,
«Open clinic» ЖШС филиалы, Астана қ.

АРҚАНЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ МИДОКАЛМДЫ ПАЙДАЛАНУ

Проблеманың өзектілігі омыртқаның дегенеративті-дистрофикалық зақымдануына байланысты созылмалы ауру синдромының кең таралуына байланысты болып отыр.

Зерттеудің мақсаты. Арқасының төменгі бөлігі созылмалы ауыратын пациенттерді кешенді емдеудегі Мидокалм (толперизон) препаратының тиімділігін зерттеу.

Материал және әдістері. Біздің тарапымыздан арқасының төменгі бөлігі ұзақ уақыт бойына (3 ай) ауырып келген 34 пациент тексерілді, объективті зерттеу кезінде бұлшықеті синдромының қоса болғандығы анықталды. Негізгі топта 22 пациент болды, олар 20 күн бойына стероидті емес қабынуға қарсы құралдарды егу арқылы қабылдаған және жақпа май, емдеуші гимнастика, уқалау, серотониннің қайта байланыстыру селективті ингибиторлары тобынан антидепрессантты амбулаториялық ем түрінде алып келген. Мидокалмның 1,0 мл дозасы (100 мг) бұлшық ет ішіне күніне екі рет алғашқы 10 күн бойы егілген, артынан бірте-бірте таблетка қабылдауға ауыстырылған, оның дозасы 150 мг, тәулігіне 3 рет, таблетканы соңғы он күн бойы қабылдап отырған. Бақылаушы топта 12 пациент болды, оларға да кешенді ем белгіленген, бірақ бұл жағдайда Мидокалм берілмеген. Екі топ та жасы, нозология, нейровизуализациялық мәліметтерінің нәтижелері жағынан салыстырмалы болатын.

Нәтижелері және талқылау. Емдеуге дейін айқындылығы аздаған дәрежедегі науқастардың барлығында объективті зерттеу кезінде омыртқаның бел-сегізкөз аймағында вертебральды және бұлшықет –тоникалық синдромы анықталды. Ем қабылдау курсынан кейін негізгі топтағы науқастардың 77,27% -да вертебральды және бұлшық ет -тоникалық синдромының толық регресі байқалды: қылқан өсіндісінің және өсінді аралық байламдарының пальпация кезіндегі ауру сезімінің тоқтауы анықталды, көп бөлікті бұлшық етінің кернеу симптомы және омыртқаның бел-сегізкөз бөлігіндегі деформациясы жойылды, тірек қимыл қызметі толығымен орнына келді. Бақылаушы топта вертебральды және бұлшық ет –тоникалық синдромдарының толық жойылуы науқастардың тек 41,66% ғана байқалды.

Зерттеу тобындағы науқастарға Мидокалмды кешенді ем құрамында қолдану ем қабылдау курсынан соң ауру сезімі айқындылығының динамикалық бағалануы орташа балдың ВАШ 4,5±1,1 балдан 1,7±0,4 балға дейін азайғандығын көрсетті, бұл 62,22% -да оң динамиканы көрсетіп отыр.

Салыстырмалы топта ВАШ балының айырмашылығы ауруға дейін біршама аз болған, емнен кейін 26,92% құрады (емге дейін 5,2±1,4 балл, емнен кейін 3,8±0,9 балл).

Қорытынды. Келтірілген деректер емдеудің сатылы жүйесін пайдалану арқылы арқаның созылмалы ауруын

емдегенде аминокетоноты топтағы Мидокалм (толперизон) миролексантының орталық әсерінің жоғары тиімділігін дәлелдейді. Мидокалмды қосу арқылы кешенді терапия жүргізгенде тиімділіктің артуы бұлшық ет-тоникалық және вертебральды синдромның толық регресіне, анальгетикалық әсердің артуына, емдеу мерзімінің қысқаруына, препаратты жақсы көтеруге байланысты болып отыр.

Негізгі сөздер: арқаның созылмалы ауру сезімдері, Мидокалм.

SUMMARY

D.S. ALZHANOVA, N.V. SHEVCHENKO

“Astana Medical University” JSC, Astana c.,
Branch of “Open Clinic” LLP, Astana c.

MYDICALM IN TREATMENT OF CHRONIC BACK PAIN

The topicality of the problem is caused by extraordinary prevalence of chronic pain syndrome associated with degenerative-dystrophic lesions of spine.

Objective of research. The study of efficacy of Mydocalm (Tolperisonum) in complex therapy of patients with chronic pain in lower back.

Material and methods. We examined 34 patients with long-term (more than 3 months) pain in low back, accompanied by muscular tonic syndrome, revealed by objective examination. In the main group there were 22 patients, who during 20 days received outpatient treatment by NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs), injected and in the form of ointments, therapeutic exercises, massage, antidepressant from the group of selective serotonin reuptake inhibitors, as well as Mydocalm, injected at a dose of 1.0 ml (100 mg) intramuscularly, two times a day for the first 10 days, followed by transfer to tablet taking in a dose of 150 mg three times a day during next 10 days. The control group consisted of 12 patients, for whom complex treatment also has been prescribed, but without administration of Mydocalm. Both groups were comparable in age, nosology, and results of neuroimaging data.

Results and discussion. In all patients, during the objective examination before treatment, vertebral and muscular tonic syndromes in lumbosacral spine of moderate severity have been identified. After the course of treatment, in the main group, in 77.27% of patients, a complete regression of vertebral and muscular tonic syndromes in lumbosacral spine has been noted: palpatory soreness of spinous processes and interspinous ligaments, symptoms of tension of Multifidus muscles, and deformity in lumbosacral spine are disappeared, a range of motions is fully recovered. In control group, complete disappearance of vertebral and muscular tonic syndromes was observed in only 41.66% of patients.

Dynamic assessment of severity of pain after the course of treatment revealed the decrease in average score of VAS (visual analogue scale) from 4.5±1.1 points to 1.7±0.4 points in the group with using Mydocalm in complex treatment, reflecting an improvement in 62.22%. In the reference group, the difference in VAS scores before and after treatment was significantly lower and was 26.92% (with 5.2±1.4 points before treatment and up to 3.8±0.9 points after treatment).

Conclusions. These data confirm the high efficiency of central muscle relaxant of aminoketone group Mydocalm (tolperisonum) in complex treatment of chronic back pain with a step regimen. Increasing efficiency of complex treatment with including Mydocalm is associated with complete regression of muscular tonic and vertebral syndromes, increasing analgesic end-point, reducing the duration of treatment, and high tolerability of the drug.

Key words: chronic back pains, Mydocalm.

Для ссылки: Альжанова Д.С., Шевченко Н.В. Мидокалм в комплексной терапии хронической боли в спине // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No 8 (158). – P. 31-34

Статья поступила в редакцию 18.08.2015 г.

Статья принята в печать 25.08.2015 г.