

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укріошми»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – XXI СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день

Миорелаксанти в ліченні болю в спині

Боль в спині займає одне з ведучих місць серед причин обращаемости к врачу. Чаще всего она локализуется в пояснично-крестцовой области, реже – шейной или грудной. Под болью в нижней части спины (БНС) понимают боль, локализирующуюся между XII парой ребер и ягодичными складками, которая может иррадиировать в нижние конечности.

Во всем мире боль в спине является достаточно распространенным симптомом. Об этом свидетельствуют данные статистики, согласно которым новые случаи боли этой локализации ежегодно возникают у 5% населения. Сегодня от боли в спине страдает 15-20% популяции; хотя бы раз в жизни ее испытывали 60-80% человек (О.Г. Морозова, 2006). В экономически развитых странах боль в спине по масштабам сравнима с пандемией и является серьезной медицинской и социально-экономической проблемой. И хотя в большинстве случаев эта патология не сопровождается потерей трудоспособности, она значительно ухудшает качество жизни людей.

Етиологія

Боль в спине чаще всего имеет неспецифическое (скелетно-мышечное) происхождение, то есть возникает вследствие мышечного перенапряжения (например, при неподготовленном движении) или интенсивной физической активности, что приводит к травме мышц шеи и спины, надрывам мышечных и соединительнотканых волокон. Такая боль обычно усиливается при движении с участием соответствующих мышц и отделов позвоночника, в определенных позах. При обследовании выявляют ограничение двигательной функции, напряжение мышц, болезненность при пальпации мышц и/или области фасеточных суставов при отсутствии парезов, расстройств чувствительности и выпадения рефлексов.

При обследовании пациента с болью в спине необходимо исключить опасные состояния, иногда скрывающиеся под маской скелетно-мышечной патологии. К таким симптомам относят нетипичную картину болевого синдрома (отсутствие связи между болью и движениями позвоночника; необычная локализация боли); наличие в анамнезе недавней травмы спины или злокачественного новообразования; лихорадку, симптомы интоксикации; симптомы нарушения функции тазовых костей или поражения спинного мозга либо корешков конского хвоста; признаки психического заболевания, которое может сопровождаться болью в спине.

Место миорелаксантов в современных международных руководствах по лечению боли в спине

Применение миорелаксантов обусловлено важной ролью мышечного спазма в патогенезе неспецифической боли в спине. Боль различного генеза (вследствие поражения мышц, фасеточных суставов позвоночника, межпозвонковых дисков) повышает активность двигательных нейронов спинного мозга, что приводит к мышечному спазму, который играет значительную роль в поддержании боли.

Патологически повышенный мышечный тонус обладает различными механизмами усиления боли: непосредственное раздражение болевых рецепторов мышц, ухудшение кровоснабжения мышц, что приводит к усилению мышечного спазма и сопровождающей его боли. Миорелаксанты разрывают порочный круг «боль – мышечный спазм – боль» и благодаря этому способны ускорять процесс выздоровления.

В рекомендациях по диагностике и лечению БНС, совместно разработанных Американской коллегией клиницистов и Американским обществом боли (АСР/APS, 2007), миорелаксанты характеризуются как неоднородная группа препаратов (часть из них – с неизвестным механизмом действия), рассматриваемых вместе, поскольку одним из показаний для их применения является лечение скелетно-мышечной патологии или спастичность. Хорошо изученным препаратом при БНС является тизанидин, в то время как для баклофена и дантролена данных об эффективности накоплено недостаточно. Так как миорелаксанты относятся ко многим фармакологическим группам, их соотношение польза/риск теоретически может различаться. Например, каризпродол метаболизируется до мепробамата – вещества, связанного с риском развития зависимости и передозировки; тизанидин и хлорзоксазон ассоциируются с обратимой нетяжелой гепатотоксичностью; дантролен может вызывать фатальную печеночную недостаточность.

Европейские рекомендации по ведению неспецифической БНС были разработаны European Commission COST B13 Management Committee (2006). При острой неспецифической БНС в качестве препарата первого выбора рекомендован парацетамол, второго – НПВП. При неэффективности этих препаратов следует назначать короткий курс миорелаксантов в монотерапии или в комбинации с НПВП. Оценивая целесообразность назначения миорелаксантов, авторы данных рекомендаций ссылаются на три систематических обзора (24 рандомизированных контролируемых исследования; n=1662), в которых было убедительно показано, что миорелаксанты уменьшают боль, причем различные типы препаратов обладают одинаковой эффективностью. В европейских рекомендациях в отличие от американских бензодиазепины также входят в группу миорелаксантов.

Мидокалм – миорелаксант выбора при боли в спине

Среди разнородной группы миорелаксантов одним из наиболее эффективных и безопасных препаратов является толперизон (Мидокалм), имеющий полувековую историю клинического применения. Его отличительной

особенностью является отсутствие седативного эффекта, крайне нежелательного при лечении в амбулаторных условиях, особенно у пациентов, которым по роду деятельности необходима высокая концентрация внимания и точная координация движений. Применение Мидокалма в комплексной терапии с НПВП позволяет снизить суточную и курсовую дозу последних, что существенно снижает риск побочных эффектов со стороны пищеварительного тракта. Кроме того, в отличие от большинства других миорелаксантов Мидокалм не усиливает действие алкоголя на центральную нервную систему.

Оказывает мембраностабилизирующее, местноанестезирующее действие, тормозит проведение нервных импульсов в первичных афферентных волокнах и двигательных нейронах, что приводит к блокированию спинномозговых моно- и полисинаптических рефлексов. Дополнительно препарат усиливает периферический кровоток, что также способствует быстрому купированию боли.

Отсутствие седативного эффекта и мышечной слабости при приеме Мидокалма было доказано в двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с участием 72 здоровых мужчин и женщин в возрасте 19-27 лет (A. Melka et al., 1997). Его результаты продемонстрировали, что по сравнению с плацебо прием Мидокалма в суточной дозе 150 мг или 450 мг не вызывает седативного эффекта и замедления психомоторных реакций. Это свидетельствует о хорошей переносимости Мидокалма и возможности назначения его в случаях, когда пациент управляет автомобилем или его работа требует сохранения быстрых реакций и внимания.

Влияние Мидокалма на боль в спине изучалось в ряде рандомизированных плацебо-контролируемых исследований. Так, в немецком исследовании участвовали более 5 тыс. пациентов с болезненным рефлекторным мышечным спазмом (53% мужчин и 47% женщин) в возрасте от 13 до 98 лет. Средняя суточная доза Мидокалма у 57% пациентов составила 300 мг (минимальная суточная доза – 150 мг, максимальная – 450 мг). Лечение проводили в течение 10-25 дней, на протяжении которых состояние пациентов оценивали по таким стандартизированным показателям, как интенсивность болевого синдрома, мышечное напряжение, ограничение подвижности позвоночника. Выраженный клинический эффект (снижение болевого синдрома) при лечении Мидокалмом был достигнут в 75% случаев; степень выраженности мышечно-тонического синдрома снизилась у 70% пациентов; улучшение подвижности отмечалось в 75% случаев. Суммарный показатель доказанной клинической эффективности в этом исследовании составил 73%, при этом и врачи, и пациенты назвали эффективность препарата Мидокалм высокой в 91% случаев. Частота возникновения клинически значимых побочных эффектов (мышечной слабости, головной боли, сонливости, реакций гиперчувствительности) при назначении Мидокалма не превышала 1% (K. Kohne-Volland, 1999).

Эффективность и безопасность курсового применения препарата Мидокалм при неспецифической боли

в спине была доказана в проспективном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, проведенном в 1996 г. в Европе на базе 8 исследовательских центров (H.G. Pratzel et al., 1996). В исследовании участвовали 110 пациентов с миофасциальной болью в спине и вертеброгенным мышечно-тоническим синдромом в возрасте 20-75 лет. В основной группе больных назначали Мидокалм внутрь в дозе 300 мг/сут, в контрольной – плацебо. Лечение проводили в течение 21 дня в сочетании с физиотерапией и лечебной гимнастикой. В результате было установлено, что через три недели терапии порог болевого восприятия у пациентов, получавших Мидокалм, был

достоверно выше, чем у больных группы плацебо. Эффективность проведенного лечения, по оценкам врачей и пациентов, оказалась значительно выше в группе Мидокалма.

Таким образом, синдром боли в спине в большинстве случаев имеет скелетно-мышечное происхождение, что обуславливает целесообразность назначения миорелаксантов как в монотерапии, так и в комбинации с НПВП. Во многих странах, где существуют жесткие требования к регистрации и применению препаратов, чаще всего предпочтение отдают Мидокалму, миорелаксирующее действие которого

основывается на стабилизации клеточных мембран и блокировании каналов ионов натрия. В отличие от других препаратов этой группы Мидокалм не ухудшает психомоторных функций и не оказывает седативного действия.

Мидокалм можно считать препаратом выбора в терапии неспецифической боли в спине, поскольку он позволяет бороться с тремя основными симптомами заболевания: непосредственно с болью, мышечным спазмом и ограничением двигательной функции.

Подготовил **Алексей Терещенко**



МИДОКАЛМ®

толперизон

СВОБОДА ДВИЖЕНИЯ

Без боли в спине

и седативного эффекта

ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА

150 мг x 3 раза в день

Толперизон (Мидокалм) входит в Европейское руководство по лечению неспецифической боли в спине

European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. November, 2004

Рихтер Геден

Основано в 1901 году

Представительство "Рихтер Геден" в Україні: м. Київ, вул. Тургенівська, 17-Б.
Тел./факс: (044) 492-99-11 • E-mail: ukraine@richter.kiev.ua
www.richter.com.ua

RGD6641R

Пер. свид. № П.05.03/06848 от 21.05.2003, П.05.03/06888 от 21.05.2003