

Л.А. Дзяк, д.м.н., професор, В.М. Сук, А.С. Цуркаленко,
кафедра нервних болезней и нейрохирургии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии

Лечение мышечного спазма с использованием препарата Тизалуд

Одной из наиболее актуальных проблем в медицине является боль в спине. По обобщенным данным различных авторов, до 80% населения Земли отмечают боль в спине. Этот симптом неизменно входит в тройку лидеров среди основных причин временной утраты трудоспособности.

Стремительное развитие науки и техники дает врачу небывалые до этого возможности для диагностики и лечения болевого синдрома, но вместе с тем возникают определенные трудности, связанные с выбором того или иного метода терапии. Огромный ассортимент лекарственных препаратов для патогенетической и симптоматической терапии, многочисленные методики физиотерапевтического лечения и оперативных вмешательств требуют от врача профессионализма и эрудиции для обоснованного выбора. Только знание всех этиопатогенетических звеньев такой сложной и динамичной патологии, как боль в спине, может обеспечить успех в лечении. В сложном причинно-следственном каскаде при боли в спине одним из самых важных является болезненный мышечный спазм. Это один из первых облигатных симптомов, который в начале заболевания носит компенсаторно-приспособительный характер. Встраиваясь в сложный ноцицептивный ансамбль, болезненный мышечный спазм со временем формирует собственную алгическую систему и порождает замкнутый круг: боль — мышечный спазм — боль. На сегодняшний день основным методом лечения этого патологического состояния при боли в спине является фармакотерапия с использованием миорелаксантов. Хорошо зарекомендовал себя проверенный препарат для лечения болезненного мышечного спазма — миорелаксант центрального действия тизанидин. Механизм его действия связан со стимуляцией пресинаптических α_2 -рецепторов, что приводит к подавлению высвобождения возбуждающих аминокислот (кислота глутаминовая, кислота аспарагиновая), которые стимулируют рецепторы к N-метил-D-аспартату.

Вследствие этого на уровне промежуточных нейронов спинного мозга происходит подавление полисинаптической передачи возбуждения, что приводит к уменьшению возбудимости α - и γ -мотонейронов в спинном мозге и, как следствие, исчезновению мышечного спазма. Тизанидин оказывает умеренный центральный анальгезирующий эффект, обусловленный угнетением функции вставочных нейронов задних рогов спинного мозга. Он не влияет на нервно-мышечную передачу, его миорелаксирующий эффект не сопровождается снижением мышечной силы.

К немаловажным достоинствам этой молекулы следует отнести ее гастропротективные свойства, обусловленные воздействием на α_2 -рецепторы ЦНС и желудка.

Все вышеперечисленные уникальные свойства тизанидина дают возможность в одной лекарственной форме получить мощное средство влияния на многочисленные звенья сложного патологического процесса, которым является болезненный мышечный спазм.

Многочисленные исследования доказали эффективность и безопасность тизанидина при лечении не только вертеброгенной патологии, но и других заболеваний, сопровождающихся болезненным мышечным спазмом, таких как рассеянный склероз, инсульт, различные травмы, головная боль и др.

Наше исследование было посвящено опыту применения препарата Тизалуд (tizанидин) Киевского витаминного завода в комбинированной терапии болезненного мышечного спазма у пациентов с вертеброгенной патологией. Целью исследования было изучение безопасности и эффективности препарата при различных дозах и разной длительности применения.

Материал и методы исследования

Проведено лечение 40 пациентов с вертеброгенной поясничной патологией (люмбалгией, люмбоишиалгией, радикулопатией) с умеренным и выраженным болевым мышечно-тоническим синдромом. В соответствии с существующими протоколами оказания медицинской помощи всем пациентам были выполнены общеклинические обследования, неврологическое и мануальное обследование, рентгенограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника с функциональными пробами, КТ/МРТ. Для решения поставленных задач проводилась оценка субъективного восприятия болевого синдрома пациентом с использованием опросника боли Макгилла (McGill Pain Questionnaire, 1987), позволяющего оценить интенсивность (ВАШ), сенсорный и аффективный компонент боли (четырёхбалльная оценка, где 0 баллов соответствует отсутствию болевых ощущений, 3 балла — сильной боли), а также объективирующая шкала «Пятибалльная оценка вертеброневрологической симптоматики» (врачом оценивались объем движений в пораженном отделе позвоночника, степень сколиоза, корешковая симптоматика, нейродистрофический синдром; 0 баллов соответствовало отсутствию нарушений, 4 балла — максимальной степени выраженности указанных признаков).

В исследование включались пациенты в возрасте 18–65 лет. Все пациенты получали стандартную комбинированную терапию согласно существующим протоколам лечения с использованием анальгетиков, НПВС, физиотерапевтического лечения, приемов мануальной терапии. В качестве миорелаксанта в комплексном лечении использовался Тизалуд (tizанидин), таблетки в дозировке 2 и 4 мг по 1 таблетке 3 раза в день (соответственно 6 и 12 мг/сут) в течение 10 дней. Методом целевого отбора сформированы две группы пациентов по 20 человек. Первую группу составили пациенты с умеренным (сумма баллов подфункций «Объем движений в пораженном отделе позвоночника» и «Сколиоз» более 4 и менее 6), вторую — с выраженным (сумма баллов подфункций «Объем движений в пораженном отделе позвоночника» и «Сколиоз» более 6) мышечным болевым спазмом. Пациенты первой группы получали препарат Тизалуд (tizанидин) 6 мг/сут, пациенты второй — 12 мг/сут. Эффективность терапии оценивалась на 5-й и 10-й день.

Результаты и их обсуждение

В структуре включенных в исследование пациентов преобладали мужчины — 55% в первой группе (11 человек) и 65% (13 человек) во второй. Женщин

соответственно было 45% (9 человек) и 35% (7 человек). Средний возраст пациентов составил 52 года в первой группе и 54 года во второй.

Оценка пациентами результатов комплексного лечения с использованием опросника боли Макгилла показала выраженное положительное влияние проведенной терапии на субъективное восприятие болевого синдрома пациентами обеих групп. Так, по подшкале ВАШ исходная субъективная оценка боли у пациентов первой группы составила в среднем 7,2, на пятый день терапии — 4,9, к десятому дню — 2,2; у пациентов второй группы исходное значение боли в среднем составило 8,4; на пятый день — 5,7; на десятый — 3,2.

Динамика субъективной оценки боли у пациентов обеих групп по шкале ВАШ представлена на рисунке 1.

Влияние проведенной терапии на

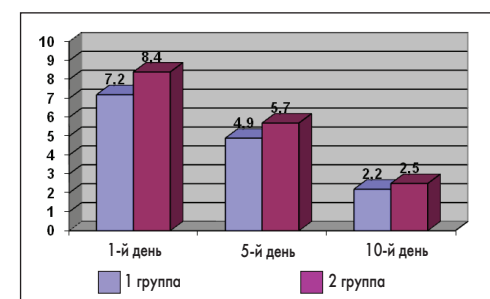


Рис. 1. Динамика субъективной оценки боли по ВАШ

сенсорный и аффективный компонент боли оценивался с помощью соответствующей четырехбалльной подшкалы. Результаты динамики сенсорного и аффективного компонента боли в процессе лечения представлены в таблице 1.

Установлено, что исходная оценка сенсорного компонента боли у пациентов первой группы в среднем составила 22 балла, на пятый день терапии — 17 баллов, к десятому дню — 14 баллов; у второй группы пациентов эти показатели составили 29 баллов в начале лечения, 23 балла на пятый, 18 баллов на десятый день терапии (рис. 2).

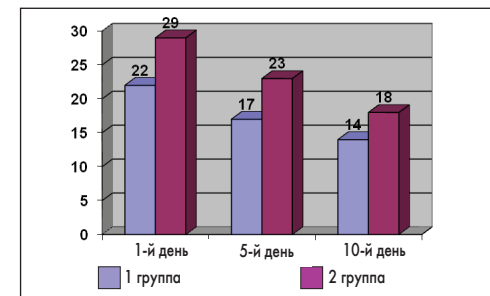


Рис. 2. Динамика сенсорного компонента боли

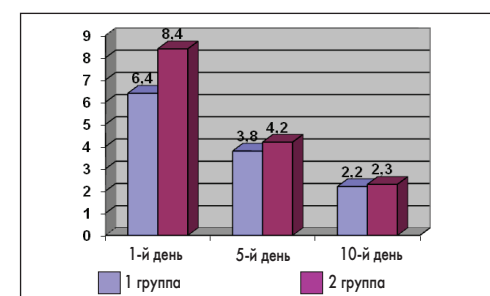


Рис. 3. Динамика аффективного компонента боли

Таблица 1. Динамика сенсорного и аффективного компонента боли в процессе лечения препаратом Тизалуд

День	1-я группа			2-я группа		
	0-й	5-й	10-й	0-й	5-й	10-й
Сенсорный балл	22	17	14	29	23	18
Аффективный балл	6,4	3,8	2,2	8,4	4,2	2,3
Общий балл	28,4	20,8	16,2	37,4	27,2	20,3

Таблица 2. Результаты лечения с использованием препарата Тизалуд по шкале «Пятибалльная оценка вертеброневрологической симптоматики»

Функция/день	1-я группа			2-я группа		
	0-й	5-й	10-й	0-й	5-й	10-й
Объем движений в пораженном отделе позвоночника	2,5	1,5	1,3	3,5	1,75	1,5
Сколиоз	2,75	1,9	1,4	3,3	2,1	1,5
Корешковый синдром	2	1,5	1,3	3	2,6	2,4
Нейродистрофический синдром	2,75	1,5	1,4	2,4	2,4	1,3
Среднее значение	10	6,4	5,4	12,2	8,85	6,7

Для аффективного компонента боли эти показатели для пациентов первой группы составили 6,4 балла в первый день, 3,8 на пятый, 2,2 на десятый день. Для пациентов второй группы соответственно 8,4; 4,2 и 2,3 балла (рис. 3).

Обращает на себя внимание тот факт, что при исходно большем значении аффективного компонента боли у пациентов второй группы в начале лечения к десятому дню эти показатели не отличались, что, по-видимому, объясняется дополнительным седативным и анксиолитическим эффектом более высоких доз Тизалуда (тизанидина).

Результаты проведенного лечения, оцениваемые врачами по шкале «Пятибалльная оценка вертеброневрологической симптоматики» у пациентов обеих групп представлены в таблице 2.

С целью выяснения влияния различных доз Тизалуда (тизанидина) на болезненный мышечный спазм отдельно проанализированы подфункции «Объем движений в пораженном отделе позвоночника» и «Сколиоз» (рис. 4, 5).

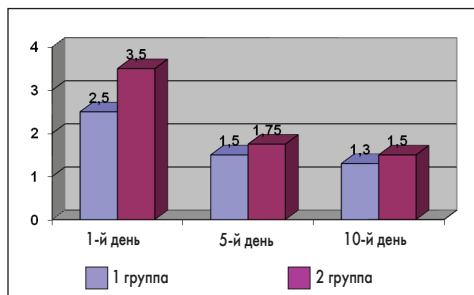


Рис. 4. Результаты лечения с использованием препарата Тизалуд (подфункция «Объем движений в пораженном отделе позвоночника»)

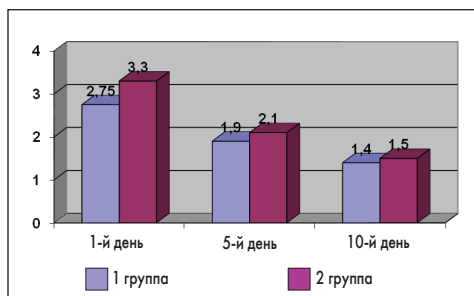


Рис. 5. Результаты лечения с использованием препарата Тизалуд (подфункция «Сколиоз»)

При сопоставлении субъективной оценки результатов лечения пациентами (общий балл по опроснику Макгилла (рис. 6) и объективизированной оценки, проведенной врачами (шкала «Пятибалльная оценка вертеброневрологической симптоматики» (рис. 7), установлено, что и пациенты, и врачи отметили положительный эффект комплексной терапии умеренного и выраженного вертеброгенного болевого мышечно-тонического синдрома с применением препарата Тизалуд (тизанидин) в дозах 6 и 12 мг/сут.

Приведенные результаты демонстрируют выраженное положительное влияние препарата Тизалуд (тизанидин) на уменьшение боли, патологического мышечного спазма, заключающееся в увеличении подвижности в пораженном отделе позвоночника, уменьшении степени нарушения осанки. Действие препарата дозозависимо – во второй группе пациентов, принимавших Тизалуд (тизанидин) 12 мг/сут, на десятый день отмечен сопоставимый с первой группой результат при исходно большей степени выраженности болезненного мышечного спазма.

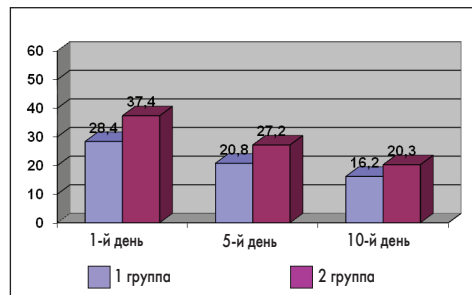


Рис. 6. Субъективная оценка результатов лечения пациентами (общий балл по опроснику Макгилла)

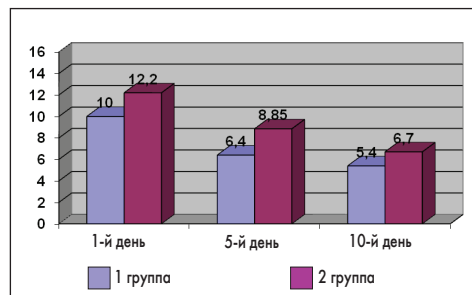


Рис. 7. Объективизированная оценка терапии (шкала «Пятибалльная оценка вертеброневрологической симптоматики»)

Также обращает на себя внимание скорость наступления эффекта – 65–70% миорелаксирующего действия препарата проявляется в первые пять дней терапии.

В процессе лечения нами не отмечено побочных реакций, связанных с приемом Тизалуда (тизанидина). Статистический анализ не проводился, ввиду малого количества пациентов мы ограничились проведением качественного сравнительного анализа.

Выводы

1. Тизалуд (тизанидин) является эффективным средством комплексной терапии умеренного и выраженного вертеброгенного болевого мышечно-тонического синдрома в дозах 6 и 12 мг/сут.

2. Тизалуд (тизанидин) обладает дозозависимым действием с быстрым развитием миорелаксирующего эффекта.

3. Препарат Тизалуд (тизанидин) обладает также гастропротективным, седативным, анксиолитическим действием, что делает незаменимым его применение в комплексной терапии вертеброгенных болевых синдромов.

На наш взгляд, наличие на фармацевтическом рынке Украины отечественного препарата Тизалуд (тизанидин) позволит врачам многих специальностей обогатить свой арсенал лекарственных средств борьбы с болью, а приобретенный врачами и пациентами опыт его использования позволит по достоинству оценить все преимущества этого препарата в лечении различных заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом.

Список литературы находится в редакции.



Дайджест • Боль

Механическая нагрузка на позвоночник как фактор риска поясничного болевого синдрома

Боль в нижней части спины для всех стран мира является актуальной медико-социальной проблемой с негативными экономическими последствиями. Лечение данного болевого синдрома далеко не всегда дает стойкий эффект, поэтому перспективной представляется разработка профилактических мер, для чего необходимы расширение и систематизация знаний о факторах риска развития боли в спине.

Коллективом исследователей из Нидерландов выполнен систематический обзор публикаций, посвященных изучению роли различных вариантов механической нагрузки на позвоночник в возникновении боли в нижней части спины. Поиск в базах данных Medline, Embase, PsycINFO и CINAHL выявил 18 проспективных когортных исследований высокого методологического качества, в которых оценивалось потенциальное влияние тех или иных видов нагрузки на позвоночник во время работы и/или отдыха у лиц старше 18 лет, никогда ранее не испытывавших поясничной боли. Общее число участников исследований составило 24 315.

По результатам обобщенного анализа данных исследований получены строгие доказательства отсутствия связи боли в нижней части спины с умеренной физической активностью и занятиями спортом во время отдыха, сидячей, стоячей работой или работой, связанной с длительной ходьбой. Данные в отношении других видов досуга (домашняя работа, ремонт, садоводство), воздействия на организм общей вибрации, тяжелой физической работы, а также работы, связанной с нефизиологическими положениями тела, противоречивы, и не позволяют сделать единого заключения. Не было найдено ни одного исследования, в котором изучались бы такие возможные причины боли в спине, как неправильная поза во время сна или профессиональные занятия спортом.

Bakker E.W., Verhagen A.P., van Trijffel E., Lucas C., Koes B.W. Spine (Phila Pa 1976). 2009 Apr 15; 34(8): E281-93.

Роль нейровизуализации при боли в нижней части спины

Некоторые клиницисты при обращении к ним пациента с поясничным болевым синдромом сразу направляют его на нейровизуализацию, даже при отсутствии признаков опасности (симптомов, дающих повод заподозрить опухолевый, нейродегенеративный процесс или другие серьезные причины боли в спине) по результатам сбора анамнеза и клинического осмотра.

Исследователи из США попытались оценить влияние рутинной нейровизуализации на прогноз и сравнить ее с обычной стратегией ведения пациентов с болью в нижней части спины. Для этого был проведен поиск рандомизированных контролируемых исследований, в которых сравнивались стратегии с немедленным назначением нейровизуализационного обследования (радиография, магнитно-резонансная томография или компьютерная томография) и без него у больных без клинических признаков серьезных причин боли в нижней части спины. Критериям включения соответствовали 6 исследований с общим числом пациентов 1804. В рамках исследований проводилась оценка эффективности лечения поясничного болевого синдрома по критериям купирования боли, восстановления двигательной

активности и работоспособности, а также улучшения качества жизни. Методологическое качество исследований независимо друг от друга оценивали два обозревателя, используя критерии Кокрановского сотрудничества. Мета-анализ исследований был выполнен с применением модели случайных эффектов.

В результате анализа не получили статистически достоверных различий исходов лечения поясничного болевого синдрома в группах пациентов, проходивших и не проходивших немедленное нейровизуализационное обследование. Различия в эффективности купирования болевого синдрома и восстановления функционального статуса больных не были достоверными как при анализе краткосрочных результатов лечения (до 3 мес), так и в отдаленном периоде (6–12 мес). Различия в протоколах исследований, примененных методах нейровизуализации и длительности болевого синдрома до начала лечения не повлияли на результат, хотя достоверность данного анализа существенно ограничена из-за малого числа исследований. Полученные результаты являются наиболее достоверными для пациентов с острой и подострой болью в нижней части спины, которые обращались за помощью в учреждения первичного звена медицинской помощи.

На основании полученных данных авторы обзора заключили, что нейровизуализация не помогает улучшить клинические исходы у пациентов с болью в нижней части спины без подозрений на серьезные причины болевого синдрома.

Chou R., Fu R., Carrino J.A., Deyo R.A. Lancet. 2009 Feb 7; 373(9662): 463-72.

Габапентин при послеоперационной боли

Известно, что благодаря способности подавлять механизм центральной сенситизации (усиление болевых ощущений за счет формирования в ЦНС замкнутой цепи циркуляции ноцицептивных импульсов) антиконвульсант габапентин облегчает послеоперационную боль с нейропатическим компонентом, однако до недавнего времени данные о применении габапентина в хирургии были достаточно разрозненными.

В попытке систематизировать накопленную доказательную базу бразильские авторы проанализировали данные 26 рандомизированных клинических исследований, выполненных с 2002 по 2007 год и посвященных применению габапентина для купирования болезненных ощущений после оперативных вмешательств. В 17 исследованиях пациенты получали препарат однократно за 30 мин–2 ч до операции в дозе от 300 до 1200 мг. В остальных исследованиях габапентин назначался в промежутке от 1 до 24 ч перед операцией, а также после вмешательства на срок до 10 дней в дозах 1200–1800 мг/сут. Выраженность послеоперационной боли пациенты оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) или ее числовому варианту, где интенсивность боли обозначена числами от 1 до 10. Объединенный анализ показал, что положительный эффект в виде купирования или облегчения послеоперационной боли отметили 75% больных, получавших габапентин однократно, и 55,6% пациентов, принимавших препарат до и в течение 10 дней после операции. При этом потребность в применении опиатных анальгетиков уменьшилась на 82,4% в первой и на 77,8% во второй группе больных.

Clivatti J., Sakata R.K., Issy A.M. Rev. Bras. Anestesiol. 2009 Jan-Feb; 59(1): 92-8, 87-92.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**