

Применение баклосана в комплексном лечении болей в спине

А.Н. КАРНЕЕВ, Э.Ю. СОЛОВЬЕВА, А.И. ФЕДИН

The use of baklosan in the complex treatment of back pain

A.N. KARNEEV, E.YU. SOLOV'IOVA, A.I. FEDIN

Кафедра неврологии факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета, Москва

Боль в спине (дорсалгия) — вторая после острой респираторно-вирусной инфекции по частоте причина обращения к врачам амбулаторной практики. Главной ее особенностью является чрезвычайная распространенность во всех возрастных группах и у представителей самых разных профессий.

Преобладает представление о том, что основную роль в развитии рассматриваемой патологии играют дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике, которые длительное время протекают бессимптомно. Однако обнаружение соответствующих изменений на спондилограммах, особенно у лиц молодого и среднего возраста, не является безусловным доказательством вертеброгенной причины болевого синдрома в спине и не может полностью определять лечебную тактику. Поэтому с клинической точки зрения для выбора терапии при болевом синдроме в спине первичным является выявление источника болевой импульсации и проведение дифференциального диагноза с онкологическим, травматическим, инфекционным и другими процессами. При вертеброгенном дегенеративно-дистрофическом заболевании источник болевой импульсации может исходить как из позвоночника, так и других структур: суставов, связок, мышц, периферических нервов, нервных корешков, чувствительных и вегетативных ганглиев, спинного мозга. Главными патогенетическими факторами при этом являются: компрессионные механизмы и рефлекторные влияния, сопровождающиеся воспалительным процессом, микроциркуляторными расстройствами и их сочетанием.

Частым источником боли в спине являются спазмированные мышцы, которые могут страдать и первично. В этом случае речь идет о невертеброгенном миофасциальном синдроме, который развивается при длительной иммобилизации, перенапряжении мышц, ушибах, переохлаждении, аномалиях развития или структурных несоответствиях костной системы. В любом случае болевая импульсация, независимо от ее источника, активирует α - и γ -мотонейроны передних рогов спинного мозга, что в свою очередь усиливает спастическое сокращение мышцы, иннервируемой данным сегментом спинного мозга. В то же время мышечный спазм, возникающий при сенсомоторном рефлексе, усиливает стимуляцию ноцицепторов мышцы. Так, по механизму обратной связи формируется замкнутый порочный круг: спазм — боль — спазм — боль. Помимо этого, в спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, так как аллогенные химические вещества (брадикинин, простагландины и др.) оказывают выраженное действие на сосуды, вызывая вазогенный отек тканей. В итоге формирующийся порочный круг включает мышечный спазм, боль, локальную ишемию, дегенеративные изменения, которые поддержи-

вают друг друга, усиливая первопричину возникновения патологических изменений.

Исходя из сказанного, актуальным становится выбор такой терапии, которая, обладая анальгезирующим и миорелаксирующим действием, способна разорвать указанный порочный круг. С этой целью в клинической практике последних лет для лечения рефлекторных болевых синдромов в спине стали широко применяться комбинации препаратов нестероидного противовоспалительного ряда с миорелаксантами центрального действия. «Золотым стандартом» противовоспалительной терапии является широкоизвестный препарат баклосан (baclofen). Представляя собой производное γ -аминомасляной кислоты (ГАМКb-стимулятор), он является миорелаксантом центрального действия. Действуя преимущественно на спинальном уровне, препарат снижает возбудимость концевых отделов афферентных чувствительных волокон и подавляет промежуточные нейроны, он угнетает моно- и полисинаптическую передачу нервных импульсов; уменьшает предварительное напряжение мышечных веретен, при этом не оказывая влияния на нервно-мышечную передачу.

Цель настоящего исследования состояла в изучении роли баклосана в достижении эффективного комплексного лечения острых болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации, обусловленных скелетно-мышечными расстройствами.

Материал и методы

В рандомизированное контролируемое исследование были включены 40 пациентов 18—74 лет со скелетно-мышечными болевыми синдромами, обусловленными мышечно-тоническим синдромом мышцы, выпрямляющей позвоночник, миофасциальным синдромом ишиокруральной мускулатуры, дисфункцией дугоотростчатых и крестцово-подвздошных сочленений с длительностью заболевания не более 7 дней.

Они были разделены на 2 группы по 20 больных. Первой группе больных назначался диклофенак в дозе 2,0 мг внутримышечно. Второй группе больных в дополнение к инъекциям диклофенака назначался препарат баклосан в дозе 5 мг внутрь 3 раза в день, на 4-й день лечения дозу увеличивали на 5 мг, т.е. до 30 мг/сут (по 10 мг 3 раза в день). Одновременно пациентам обеих групп был назначен комплекс физиотерапевтических, ортопедических процедур, лечебная физкультура, витаминные препараты. Лечение проводилось в течение 3 нед.

Интенсивность болей оценивали на 7, 14 и 21-й дни лечения с помощью цифровой рейтинговой шкалы — ЦРШ (с диапазоном оценок от 0 до 5 баллов) и визуальной аналоговой шкалы ВАШ (5- и 100-балльная). Соответствующие данные заносились в «Карту оценки болевого синдрома», регистрировались характеристики боли в покое, при движении и ночью в градациях: нет боли — 0, легкая боль — 1

© Коллектив авторов, 2007

Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2007;107:5:65—66

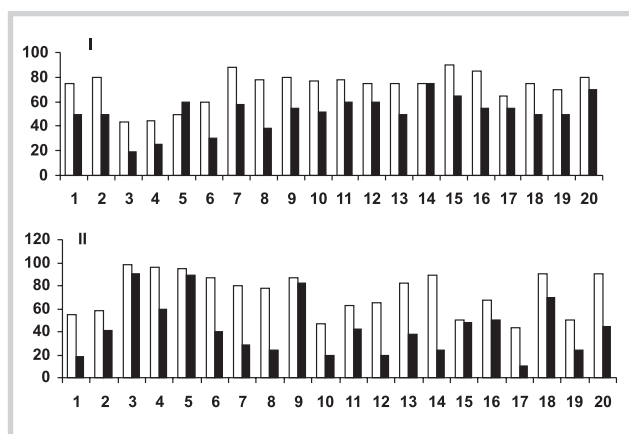
ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ, 5, 2007

65

Сравнительная оценка интенсивности боли по шкалам ЦРШ и ВАШ в разных группах больных до и после лечения

Шкала	1-я группа (n=20)		2-я группа (n=20)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ЦРШ				
боль в покое	2,6	1,9 <i>p</i> =0,05		1,6 <i>p</i> =0,01
боль при движении	3,9	2,8 <i>p</i> =0,01	4,1	2,4 <i>p</i> =0,01
боль ночью	3,0	2,1 <i>p</i> =0,01	3,4	1,9 <i>p</i> =0,01
общее значение	9,5	6,8 <i>p</i> =0,03	10	5,9 <i>p</i> =0,01
ВАШ				
	76,7	52,1 <i>p</i> =0,01	77,3	44,7 <i>p</i> =0,01

Примечание. Значения *p* даны по отношению к периоду лечения.



Показатели ВАШ до (светлые столбики) и после (темные) лечения в первой (I) и второй (II) группах больных. По оси ординат — баллы, по оси абсцисс — индивидуальные данные.

балл, боль, вызывающая дискомфорт, — 2 балла, раздражающая боль — 3 балла, сильная боль — 4 балла и мучительная — 5 баллов.

Результаты и обсуждение

Сравнительная оценка динамики интенсивности боли приведена в таблице. Получено достоверное снижение (*p*<0,05) интенсивности болевого синдрома у большинства пациентов в обеих группах. Однако у больных второй группы, получавших баклосан, наблюдается тенденция к более выраженному снижению интенсивности болевого ощущения. Для получения более точных результатов лечения значения ВАШ были дифференцированы (разделены) на 100 баллов. Это позволяло ввести показатель снижения интенсивности боли менее или более чем на 50%, т.е. соответственно положительное влияние лечения или его отсутствие. Частота положительных исходов в первой группе была 20%, во второй — 50%, т.е. разница в частоте благоприятных исходов между группами составила 30%. Относительное увеличение частоты благоприятных исходов при дополнительном назначении баклосана составило 230%.

При анализе динамики значений ВАШ в разные сроки лечения выявлено снижение интенсивности боли более чем на 50%. Так, в первой группе на 14-й день у 10% пациентов, на 21-й — у 20%; во второй группе (с баклосаном) на 7-й день — у 20%, на 14-й — у 40%, на 21-й — у 50% пациентов (см. рисунок).

В процессе исследования регистрировались побочные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта. Оказалось, что количество побочных эффектов в первой и второй группах не отличалось, составляя 20% от общего числа больных в каждой группе (по 4 человека): диспепсия была соответственно у 1 и 1 больного, боли в животе — только у 1 во второй группе, тошнота и рвота — у 3 и 2.

Результаты настоящего исследования в целом показывают, что включение баклосана в комплексное лечение больных с острым болевым синдромом пояснично-крестцовой локализации, обусловленным скелетно-мышечными расстройствами, на 30% повышает показатели, характеризующие снижение интенсивности боли (снижение более чем на 50%). При этом дополнительное назначение баклосана способствует обеспечению выраженного анальгезирующего эффекта уже с 7-го дня проводимой терапии, что может быть объяснено его полипатогенетическим воздействием на различные звенья формирования мышечных спастических синдромов. Важно подчеркнуть, что несмотря на преимущественно спинальные механизмы действия препарата, не следует недооценивать и его влияние на регуляторные процессы в головном мозге, комплексное аналгетическое действие с участием опиатной и катехоламинергической систем как на корковом, так и на подкорковом уровне; наличие противосудорожного и антиклонического эффектов, позволяющих воздействовать на другие важнейшие клинические компоненты спастического синдрома.

Аналгезирующее действие лечения в группе больных, получавших нестероидный противовоспалительный препарат и миорелаксант баклосан, превосходит аналогичное влияние первого, позволяя использовать указанную комбинацию лечебных средств для укорочения сроков госпитализации в 40% случаев. Вместе с тем отсутствие увеличения числа побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта при дополнительном назначении баклосана, свидетельствует о безопасности данного средства, что позволяет рассчитывать на уменьшение осложнений со стороны пищеварительной системы при сокращении сроков применения нестероидных противовоспалительных препаратов в случаях быстрого наступления анальгезирующего эффекта.