

Оценивали также потребность в приеме НПВП (табл. 2). Таким образом, сразу по окончании курса лечения потребность в НПВП в целом уменьшилась на 17,1%, а через полгода — на 11,4%. Пациенты, которые на момент исследования работали (3 человека в возрастной группе до 50 лет), отметили, что за 6 мес потребность в листке временной нетрудоспособности в связи с данным заболеванием не возникла благодаря уменьшению выраженности болевого синдрома.

Комбинированная терапия пероральным хондропротектором и препаратами ГЛК при ОА коленного сустава способствует ослаблению болевого синдрома, улучшению функциональной активности. Убедительных данных о замедлении темпов прогрессирования ОА не получено, возможно — из-за небольшого срока наблюдения. Положительный симптоматический эффект комбинированной терапии сохраняется в течение полугода с тенденцией к уменьшению со временем. Целесообразно повторение курса локальной терапии препаратами ГЛК через 6 мес.

Литература

1. Бельный А.Г. Препараты гиалуроновой кислоты в лечении остеоартроза. — М., 2005. — 28 с.
2. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз / Практик. рук. — К.: Морион, 2005. — 592 с.
3. Лила А.М. Оптимизация лечения остеоартроза: препараты гиалуроновой кислоты // Consilium medicum. — 2008; 7: 124–128.
4. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний / Рук. для практ. врачей. — Т. III, гл. 12. — М.: Литтерра, 2003.
5. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза // Cons. med. — 2005; 8: 634–638.
6. Dougados M., Nguyen M., Listrat V. et al. High molecular weight sodium hyaluronate (hyalectin) in osteoarthritis of the knee: a 1 year placebo controlled trial // Osteoarthritis Cartilage. — 1993; 21: 97–103.
7. Jordan K., Arden N., Doherty M. et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESTISIT) // Ann. Rheum. Dis. — 2003; 62: 1145–1155.
8. Lahmander L., Dalen N., Englund G. Intra-articular hyaluronan injections in the treatment of osteoarthritis of the knee: a randomized, double blind, placebo-controlled multicentre trial // Ann. Rheum. Dis. — 1996; 55: 424–431.
9. Pavelka K., Gatterova J., Olejarova M. et al. Glucosamine Sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis // Arch. Int. Med. — 2002; 162: 2113–2122.
10. Pendleton A., Arden N., Dougados M. et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT) // Ann. Rheum. Dis. — 2000; 59: 936–944.
11. Reginster J., Deroisy R., Rovati L. et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomized, placebo-controlled clinical trial // Lancet. — 2001; 357: 251–256.

USE OF HYALURONIC ACID PREPARATIONS IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

N. Mikhlina; I. Menshikova; Candidate of Medical Sciences; Professor V. Sulimov, MD

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

Combination therapy with an oral chondroprotector and hyaluronic acid preparations in knee osteoarthritis promotes pain syndrome relief and better functional activity. A positive symptomatic effect of the combined therapy persists during 6 months, although it decreases with time. It is expedient to repeat a course of local therapy in 6 months.

Key words: osteoarthritis, knee joint, hyaluronic acid, intraarticular injection.

МИОРЕЛАКСАНТЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

В. Андреев, кандидат медицинских наук,
Е. Баранцевич, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Порхун, кандидат медицинских наук,
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
E-mail: andreevspbnevrol@mail.ru

Изучены возможности использования баклофена при возникновении мышечно-тонического синдрома у больных с дорсопатией. Показана эффективность комплексного лечения с применением миорелаксантов у больных со спондилогенной радикулоишемией вследствие дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника.

Ключевые слова: дорсопатии, грыжа диска, радикулоишемия, мышечно-тонический синдром, Баклосан.

Спондилогенные заболевания нервной системы распространены довольно широко; они характеризуются высокой обращаемостью за медицинской помощью, часто обуславливают стойкую утрату трудоспособности с необходимостью ограничения физической активности в возрасте до 45 лет. Боль в спине поражает до 80% населения в возрасте 20–50 лет и является 2-й по частоте (после респираторных заболеваний) причиной обращения к врачу и 3-й по частоте причиной госпитализации [3].

В МКБ-10 дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (остеохондроз) включены в раздел дорсопатий. В структуре первичного синдрома болей в нижней части спины указанные изменения служат одной из основных причин возникновения спондилогенных болевых синдромов. Формирование протрузий и грыж межпозвоночных дисков в большинстве случаев приводит к возникновению компрессионно-ирритативных синдромов. Дегенеративные заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника являются причиной временной нетрудоспособности у 15–25% работающего населения в возрасте 30–60 лет [1]. Боли в нижней части спины, в том числе и спондилогенные, продолжительностью около 3 нед классифицируются как острые. При неблагоприятном течении болевой синдром может быть подострым (3–12 нед) или хроническим (более 12 нед — до 25 эпизодов в год) [8]. В США ежегодно по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника выполняется не менее 450 операций на 1 млн жителей [9].

Ведущий механизм патогенеза спондилогенных радикуло- и миелопатий — компрессионно-ишемический. В указанную группу заболеваний входят дегенеративные изменения в межпозвоночных дисках (остеохондроз), межпозвоночных суставах (деформирующий спондилоартроз) и связочном аппарате (спондилез). Особое анатомическое расположение спинного мозга, корешков, радикулярных и радикуломедуллярных сосудов (артерий и вен), межпозвоночных дисков, суставов обуславливает возникновение сосудисто-ирритативных или проводниковых синдромов ком-

прессионного характера как при патологических изменениях в межпозвонковых дисках, так и в связочно-суставных структурах позвоночного двигательного сегмента. Наибольшая механическая нагрузка на единицу площади межпозвонкового диска является причиной более раннего возникновения дегенеративно-дистрофических изменений в нижнешейных и нижнепоясничных сегментах [8, 10].

Первоначальные дегенеративные изменения затрагивают студенистое ядро, а затем – фиброзное кольцо. Происходят дегидратация и снижение высоты межпозвонкового диска. Изменяются физико-химические свойства студенистого ядра, снижается устойчивость эластических волокон к механической нагрузке, происходят разрыв волокон фиброзного кольца и проникновение фрагментов ядра в поврежденные участки. При прогрессировании изменений зона повреждения эластических волокон увеличивается, присоединяются локальные микроциркуляторные нарушения воспалительного характера в оболочках кармана твердой мозговой оболочки и корешков спинного мозга. Проникновение фрагментов студенистого ядра в участки поврежденного фиброзного кольца формируют протрузии и грыжи диска. В последующем присоединяются реактивно-дистрофические изменения в фиброзном кольце (краевые костные разрастания), связках (спондилез), межпозвонковых суставах (деформирующий спондилоартроз). Выраженность и уровень дегенеративных процессов в позвоночном двигательном сегменте определяют локализацию и характер неврологических синдромов. Поддерживающим фактором компрессии в межпозвонковом отверстии является участие асептического иммунного воспаления при контактировании антигенов студенистого ядра с иммунокомпетентными клетками. Наибольшая податливость венозной стенки служит причиной раннего возникновения венозного полнокровия, хронической венозной гипоксии и отека.

Среди основных факторов, приводящих к дегенеративным изменениям в дисках, имеют значение повышенная осевая нагрузка (особенно импульсная большой интенсивности) с микротравматизацией студенистого ядра и фиброзного кольца, конституционально-дизрафические особенности анатомического строения позвонков и молекулярно-биохимического состава структур межпозвонкового диска и связочного аппарата. Важную роль играет участие иммунной системы с асептическими воспалительными реакциями в зоне поврежденного диска и вторичных мышечно-тонических реакций, приводящих к активированию сегментарных мышц на уровне поврежденного диска. Таким образом, протрузия или грыжа межпозвонкового диска выступают в роли объемного процесса, воздействующего на сосудисто-нервные структуры. Мышечно-тонические синдромы носят рефлекторный характер и преобладают среди осложнений дорсопатий. В результате ирритации формируется тоническое напряжение пара- и экстравертебральных мышц. Возникающий мышечный спазм характеризуется длительными сокращениями скелетной мускулатуры, вызывающими боль. Формируется порочный круг, при котором мышечный спазм усиливает первопричину возникновения боли [2]. Кроме компрессионных, возможны рефлекторные (мышечно-тонические) синдромы, которые обусловлены раздражением рецепторов в ответ на изменения в дисках, связках и суставах позвоночника. Импульсы от рецепторов достигают двигательных нейронов спинного мозга, что сопровождается повышением тонуса соответствующих мышц и со временем (если не наступает снижения мышечного тонуса) – трофическими изменениями в мышцах.

БАКЛОСАН®

БАКЛОФЕН – СЕЛЕКТИВНЫЙ АГОНИСТ β -РЕЦЕПТОРОВ ГАМК



**БОЛЬ
В СПИНЕ И СПАЗМ?
ПОМОЖЕТ
БАКЛОСАН!**

ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА
ПРИ БОЛЕЗНЕННЫХ МЫШЕЧНЫХ СПАЗМАХ¹

ПОЗВОЛЯЕТ СОКРАТИТЬ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В СПИНЕ²

ТАБЛЕТКИ ПО 10 МГ И 25 МГ №50

ОПТИМАЛЬНЫЕ СУТОЧНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
ДОЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ
БОЛИ И СПАЗМА – ОТ 30 МГ ДО 75 МГ

1. Гусев Е.И., Бойко А.Н., Столяров И.Д. Рассеянный склероз. – М. 2009. 25 с.
2. Карнеев А.Н., Соловьева Э.Ю., Федин А.И. Применение Баклосана в комплексном лечении боли в спине. Журнал неврологии и психиатрии, 5, 2007, 65-66 с.

**АКРИХИН
ФАРМА**

Активное развитие фармакологии и нейрохирургии позволяет применять дифференцированные лечебные методики на разных стадиях болезни. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, лечение болевых синдромов в нижней части спины зависит от формы и варианта течения. Нестероидные противовоспалительные препараты занимают центральное место. Предпочтительно применение селективных ингибиторов циклооксигеназы-2, поскольку в этом случае существенно снижается риск эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечного тракта. Большое значение имеет назначение миорелаксантов. Консервативное лечение позволяет купировать болевой синдром, уменьшить компрессию радикулярных и радикулотомедулярных артерий, уменьшить мышечно-тонические реакции, улучшить кровообращение в зоне компрессии, повысить устойчивость к гипоксии. Подбор наиболее адекватного и хорошо переносимого мышечного релаксанта – одна из задач лечебной тактики.

Баклофен (Баклосан) – агонист ГАМК-рецепторов, центральный миорелаксант, применяется при спастичности спинального и церебрального происхождения. В результате действия баклофена снижается тонус скелетных мышц, отмечается анальгезирующий эффект, что определяет сферу клинического применения препарата: лечение патологических состояний, связанных с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника [8].

Кроме того, применяются нейрохирургические вмешательства. Активное совершенствование техники операций, разработка минимально инвазивных методов позволяют увеличить количество хирургических вмешательств при грыжах дисков. Частота рецидивов болевого синдрома при нейрохирургических операциях составляет 15–45% [2, 5–7, 12, 13]. Современная нейрохирургическая техника позволяет снизить частоту рецидивирования болей до 3–8% [10, 11]. При этом повторные операции выявляли рецидивирование грыжи диска в 1,9–29% случаев [1, 2, 4, 5]. Основной причиной возобновления болей являются возникновение рубцово-спаечных процессов в эпидуральном пространстве и стенозирование позвоночного канала, изменение биомеханики позвоночного двигательного сегмента в зоне оперативного вмешательства. Причиной появления вертеброгенных и корешковых синдромов могут быть неполное удаление или оставление мигрировавших секвестрированных фрагментов измененного диска, недостаточная декомпрессия сосудисто-нервных структур в межпозвонковом отверстии. Это создает необходимость применения лечебно-диагностических мероприятий, позволяющих эффективно и в короткие сроки устранить компрессию сосудисто-нервных структур корешка и спинного мозга и минимизировать неврологический дефицит, предупредить рецидивирование.

Изучена эффективность препаратов миорелаксантного действия в комплексном лечении спондилогенных заболеваний. С этой целью нами проанализированы результаты лечения 172 больных (119 женщин и 53 мужчины), находившихся на стационарном лечении в клинике, а также на амбулаторном лечении. Возраст обследованных женщин был 18–79 лет, мужчин – от 22 лет до 81 года. Были оценены клинико-неврологические данные (интенсивность болевого синдрома определяли по Визуальной аналоговой шкале – ВАШ) и характеристика эффективности лечения по субъективным ощущениям больных.

Всем больным проводилось комплексное лечение с применением препарата миорелаксантного действия Баклосан

в течение 2 нед. При обращении больных учитывали выраженность болевого синдрома по ВАШ; проводили диагностику клинических неврологических синдромов (компрессионно-ишемической радикулопатии, мышечно-тонического синдрома или их сочетания), оценивали остроту развития заболевания. В анализируемой группе проводили инструментальное обследование – рентгенографию позвоночника, КТ или МРТ позвоночника. После окончания назначенного лечения оценивали динамику болевого синдрома, мышечно-тонического и миофасциального синдромов, а также эффективность и переносимость Баклосана, наличие побочных эффектов.

Изначально у всех пациентов отмечались боли в нижней части спины, которые распространялись в нижние конечности в зону иннервации соответствующего корешка. У 24% пациентов выявлялись боли в шейном отделе, у 7% – грудном. Мышечно-тонический синдром отмечался в 84% случаев.

Баклосан назначали в дозе 25 мг/сут; продолжительность приема – 14 дней.

На фоне терапии Баклосаном интенсивность болевого синдрома в начале курса лечения составляла до 4,6 балла по ВАШ, в конце наблюдения – до 0,6 балла. Отмечено также снижение интенсивности болей при движении после окончания лечения от 6,0 до 1,2 балла.

Побочные эффекты выявлены у незначительного количества больных; они не затрудняли продолжение лечения. При этом только у 8 (4,7%) пациентов Баклосан был отменен из-за плохой переносимости. Другими проявлениями были: сонливость (у 29% больных), головокружение (у 15%), ощущение мышечной слабости (у 21%), артериальная гипотензия (у 4,5%), реже встречались жалобы на судороги в мышцах конечностей (у 2,5%) и тремор (около 1% больных).

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности комплексного консервативного лечения при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника с применением Баклосана, которое позволяет добиться стойкой ремиссии у большинства больных. Использование этого препарата имеет четкую патогенетическую обоснованность при дорсопатиях с компрессионной радикуломиелоишемией. Применение комплексного лечения способствует устранению болевого и мышечно-тонического синдрома.

Литература

1. Амброзайтис К.-В.К. Повторные хирургические вмешательства при дискогенных пояснично-крестцовых синдромах // Акт. вопр. нейрохир. – 1986; 1: 175–181.
2. Дривотинов Б.В. Результаты хирургического лечения клинических проявлений поясничного остеохондроза. Этапное восстановительное лечение вертеброгенных заболеваний нервной системы. – Ставрополь, 1987. – С. 162–165.
3. Павленко С.С. Эпидемиология боли // Боль и ее лечение. – 1998; 9: 12–19.
4. Паймре Р.И., Раудам Э.И. Повторные операции дискогенных пояснично-крестцовых синдромов // Акт. вопр. неврол. и нейрохир. – 1984; 6: 107–108.
5. Продан А.И., Грунтовский Г.Х., Волков Е.Б. и др. Причины неудач хирургического лечения поясничного остеохондроза и анализ результатов повторных операций // Ортопед., травматол. и протезир. – 1987; 8: 39–44.
6. Саматокин Б.А., Верховский А.И. Послеоперационные рецидивы неврологических синдромов поясничного остеохондроза и их хирургическое лечение // Вопр. нейрохир. – 1993; 6: 30–34.
7. Фурсова Л.А. Рецидивирующие синдромы у больных после удаления грыж поясничных межпозвонковых дисков: Дис. ... канд. мед. наук. – Мн., 1989.
8. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. – Казань: Медицина, 2006. – С. 135–217.
9. Шостак Н.А., Насонова В.А., Шеметов Д.А. и соавт. Боль в нижней части спины как многодисциплинарная проблема // Тер. арх. – 2000; 10: 57–60.
10. Davis R. A Long-term outcome analysis of 984 surgically treated herniated lumbar discs // J. Neurosurg. – 1994; 80 (3): 415–421.
11. Dowd G. Rusich G., Conolly E. // Neurosurg. Quart. – 1998; 8 (2): 140–160.
12. Lewis P., Weir B., Broad R. et al. Long-term prospective study of lumbosacral discectomy // J. Neurosurg. – 1987; 67 (1): 49–53.
13. Mall J., Kaiser J., Heithoff K. Computed Tomography of the Spine and Spinal