

УДК 616.711.6-03

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ДОРСОПАТИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХОНДРОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Мусабекова Т.О., Тороев Д.С., Кан Д.В.

Кыргызско - Российский Славянский
Университет,
Национальный Госпиталь МЗ КР.

Комплексное лечение с применением хондропротекторных препаратов «Алфлутоп» и «Структум» достоверно уменьшают болевой синдром, а так же влияние боли на жизнедеятельность и улучшают качество жизни больных с неосложненными дорсопатиями в сочетании с фасеточным синдромом.

Ключевые слова: дорсопатия, фасеточный синдром, хондропротектор, Структум, Алфлутоп.

ХОНДРОПРОТЕКТОРЛОРДУ КОЛДОНУУ МЕНЕН ОТО ООР ЭМЕС ДОРСОПАТИЯ ООУЛАРЫН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛОО

Кыргызстан Россия Славян Университети,
Улуттук Госпиталь ССМКР.

Хондропротектордук препараттардык олдонуп фасеттик синдром менен оор эмес дорсопатиялык оорууларын, комплекстуу дарылоочунында оорунун синдром ункусуз дондуруп, оорулунун жашоо иш-аракетине терс таасир берусуназ айтат, жана жашоонун сапатын жакшырат.

Негизги сөздөр: Дорсопатия, фасеттик синдрому, хондропротекторлор «структум», «алфлутоп».

Спондилогенные заболевания являются актуальной проблемой современной медицины, так как они приводят к снижению качества жизни и трудоспособности, а в некоторых случаях и к инвалидизации пациентов. За последние годы боли в нижней части спины в Российской Федерации составляют от 33% до 57% случаев временной нетрудоспособности у лиц молодого и среднего возраста [11;12]. Так по данным ВОЗ (2006г.) болевые синдромы спондилогенного происхождения имеют место в 30-40% случаях обращения к врачам неврологам.

Несмотря на этиологическую и патогенетическую вариабельность боли в спине, недооценённой считается гипермобильность позвоночно-двигательного сегмента, возникающая в процессе дегенеративно-дистрофических изменений дугоотростчатых суставов [2]. Будучи весьма прочным, позвоночный столб удивительно подвижен. Его подвижность обеспечивается с помощью различного рода соединений позвонков, главными из которых являются фасеточные суставы.

Суставные отростки выше – и ниже лежащего позвонков сочленены между собой дугоотростчатými (межпозвоночными, фасеточными; от французского *facette* – фасет, малая поверхность) суставами, а остистые и поперечные – связками. Фасеточные суставы являются обычными синовиальными и покрыты гиалиновым хрящом, поверхность, которой идеально гладкая. Они имеют вертикальное расположение суставных поверхностей, фиксируются в основном капсулой и связками, скольжение которых, друг относительно друга, обеспечивает движение позвоночника. Каждый фасеточный сустав и околосуставное пространство богато иннервируется из двух или трех прилежащих друг к другу уровней - обеспечивает взаимное перекрытие распространения боли от соседних поясничных фасеточных суставов. Боль от сустава L5-S1 отражается в область копчика, тазобедренного сустава, задней поверхности бедра, иногда - в паховую область. Раздражение капсулы L4-L5 характеризуется болью, иррадиирующей в ягодицу, заднюю поверхность бедра и тазобедренного сустава и, лишь изредка, в копчик. От L3-L4 боль распространяется в грудную область, боковую поверхность живота, пах, достигает передней поверхности бедра и очень редко – копчика и промежности. Раздражение фасеточных суставов более высокого уровня (Th12-L1, L1-L2, L2-L3) ограничивается появлением болезненных ощущений в верхних отделах спины и живота, грудном и даже в шейном отделах. Отдельно выделяют синдром Мейжна – разновидность фасеточного синдрома при поражении межпозвоночного сустава Th12-L1. Дисфункция этого сустава ведет к появлению отраженной боли в области подвздошного гребня на больной стороне. Биомеханические исследования показали, что гипермобильность и нестабильность двигательного сегмента позвоночника приводит к перерастяжению суставных капсул, что в конечном итоге вызывает боль [7]. При фасет-синдроме боль усиливается при разгибании и уменьшается при сгибании. Фасеточная боль может быть более или менее схваткообразной. Характерно появление кратковременной утренней скованности и нарастание боли к концу дня. Боль усиливается от длительного стояния, разгибания, особенно, если оно сочетается с наклоном или ротацией в большую сторону, при перемене положения тела из лежащего в сидячее и наоборот. Разгрузка позвоночника – легкое его сгибание, принятие сидячего положения, использование опоры (стойка, перила) – уменьшает боль. При осмотре обнаруживается слаженность поясничного лордоза, ротация или искривление позвоночника в грудинно-поясничном или пояснично-крестцовом отделах, напряжение паравертебральных мышц и квадратной мышцы спины на больной стороне, мышц подколенной ямки, ротаторов бедра. Можно обнаружить локальную болезненность над пораженным суставом. Пальпаторно определяется напряжение мышц вокруг межпозвоночного сустава. Как правило, не бывает каких-либо неврологических

чувствительных, двигательных и рефлекторных расстройств. В отличие от корешкового синдрома, симптомы «натяжения» не характерны, также как и нет ограничения движений в ногах. Иногда, в хронических случаях выявляется некоторая слабость выпрямителей позвоночника и мышц подколенной ямки. При рентгенологическом исследовании и компьютерной томографии выявляют гипертрофию межпозвонковых суставов, наличие на них остеофитов. При активном артрозе с помощью радионуклидной скинтиграфии обнаруживают накопление изотопа в межпозвонковых суставах. Окончательный диагноз фасеточного синдрома устанавливается после параартикулярной блокады местным анестетиком подозрительного межпозвонкового сустава.

Цель работы: оценка эффективности и безопасности применения хондропротекторных препаратов, Румынской фирмы Biotechnos S.A. «Алфлутоп» из концентрата морских рыб и Французской Pierre Fabre Medicament Production «Структур», содержащий хондроитин сульфат в дозе 500 мг, в лечении больных с дорсопатиями, в виде остеоартроза и остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и его осложнения фасеточным синдромом, без компрессии сосудов.

Материалы и методы: в ходе работы проделанной за период исследования с 2010 по 2013 гг. на базе отделения Неврологии №1 Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, нами были обследованы 142 пациентов, из них 75 женщина, 67 мужчин, с длительностью заболевания от 1 мес до 12 лет и периода обострения от 10 дней до 6 месяцев (в среднем 3 мес). Критерием включения больных в программу служило: боль в нижней части спины, обусловленной различного генеза дорсопатиями, возраст от 18 до 45 лет и согласие больного на участие в программе. Больные были распределены на 4 группы, сопоставимые по возрасту, тяжести состояния и количеству больных. Все они получали базисную терапию в виде НПВС, препарата Диклофенак 3,0 внутримышечно один раз в день, до купирования болевого синдрома. Сосудорасширяющие – Пентоксифилин 5,0 в разведении с физиологическим раствором 200,0, внутривенно капельно, курсом 5 дней или в виде таблеток 100 мг 3 раза в день 10 дней, при амбулаторном ведении больных. Антидепрессант – Амитриптилин 0,025 по ¼ таблетки 3 раза в день и витаминотерапии Нейромультивитом по 1 таблетке 3 раза в день. Немедикаментозное лечение включало: постизометрическую релаксацию мышц пояснично-крестцового отдела позвоночника, тракционную терапию по схеме аппарата Finntrac 10, лечебную физкультуру и физиолечение в виде магнитотерапии. Помимо базисного лечения группа «А» дополнительно получала препарат «Алфлутоп» 1,0 паравертебрально путем в/м блокад в зоне поражения и включала 46 больных. В группу «В» входило 30 больных, которые получали препарат «Структур», 1000 мг в сутки перорально. Препарат «Мидокалм» получал 34 больной, группа

«С», в дозе 150 мг 3р/д в таблетках, группа «D», 32 больных, получала только базисную терапию. Длительность комплексного лечения 10 дней.

Диагностика и оценка эффективности лечения проводилась путем клинического неврологического и вертебро-неврологического обследования, а так же данных параклинических исследований - спондилограммы в двух проекциях, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии пояснично-крестцового отдела позвоночника на аппарате НІТАСНІ в центре лучевой диагностики ЮРФА. При осмотре больного заполнялась анкета с его добровольного согласия. Данные о наличии и распространённости чувствительных расстройств, болезненности болевых точек и симптомов натяжения в градусах, наличии и степени выраженности нормальных и патологических рефлексов, углах наклонов в пояснично-крестцовом отделе позвоночника в различных плоскостях, наличии вегетотрофических изменений нижних конечностей, степени выраженности сколиоза. Полученные клинические данные вносились в анкету в начале, середине и в конце 10 дневного лечения. Объективизация болевого синдрома проводилась по следующим шкалам: Мак-Гилловский болевой опросник, опросники Освестри и Роланд-Морриса. Мак-Гилловский болевой опросник отражает количественную и качественную характеристику изменения болевого синдрома после лечения, включает 20 пунктов с различными описаниями боли, из которых должен выбрать больной для описания собственных ощущений. Опросники Освестри и Роланд-Морриса определяют влияние боли на самообслуживание и качество жизни пациента [1]. Опросник Освестри состоит из 18 пунктов описания различных дел или действий, в которых приходится ограничивать себя больному из-за болевого синдрома. Опросники Роланд-Морриса состоит из 10 разделов, каждый отражает различную часть повседневной, трудовой и бытовой жизни человека с описанием влияния на них болевого синдрома. Подсчет результатов проводился согласно формулам оценки достоверности.

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

где P_1 и P_2 – сравниваемые показатели, m_1 и m_2 – средние ошибки сравниваемых показателей.

При t равном 2, $p < 0,05$ и вероятность безошибочного прогноза составляет 95%. Эти данные соответствуют высокой степени безошибочного прогноза для клинических исследований.

Результаты: клиническое улучшение отмечается у всех 4 групп больных, в разной степени выраженности. В вертеброневрологическом обследовании, после проведенного лечения, улучшение проявлялось в увеличении объема активных движений в поясничном отделе позвоночника. Объективно болевой синдром, согласно Мак-Гилловскому опроснику, в группе «А»

Таблица 1
Средние данные изменений
вертебрoneврологических тестов после лечения.

Группы:	«А»	«В»	«С»	«D»
РОМ индексе (наклон вперед до появления болевого ощущения)	5,2см ±0,3	4,9см ±0,4	4,2см ±0,5	3,4см ±0,5
Измененный тестом Скобера (наклон туловища вперед до появления ограничения)	4,9см ±0,3	4,2см ±0,2	3,7см ±0,4	2,8 см ±0,5
Измерение угла наклона туловища при наклоне вперед	24° ±1,2	23,1°±1	20°±1,5	18°±2,1
Измерение угла наклона при разгибании назад	10°±1	8°±1,1	7,5°±1	6°±1,3

уменьшился в среднем на 8, следовательно, эффективность составила $73,38\% \pm 0,03$, в группе «В» на 7,8 и $71,5 \pm 0,03$. В Группе «С» уменьшение рангового индекса боли после лечения на 7,4, что составило $67,88\% \pm 0,02$, а в группе «D» на 5,8, что составило $49,2\%$.

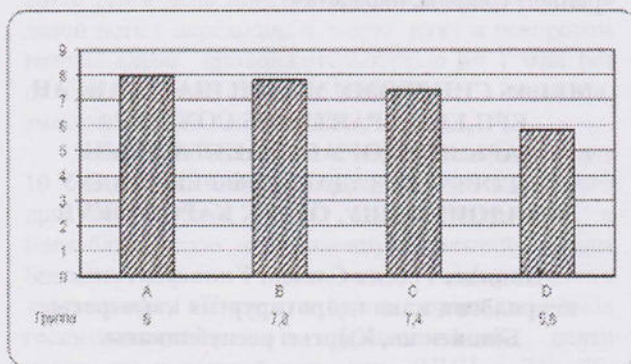


Диаграмма №1. Сравнительные данные по уменьшению болевого синдрома согласно опроснику Мак – Гилла.

Состояние жизнедеятельности согласно опроснику Роланда-Морриса в группе «А» после лечения улучшение составило $75,6\% \pm 0,02$, В группе «В» $72,1 \pm 0,03$, в группе «С» - $58,3\% \pm 0,03$, а в группе «D» - $52,4\%$.

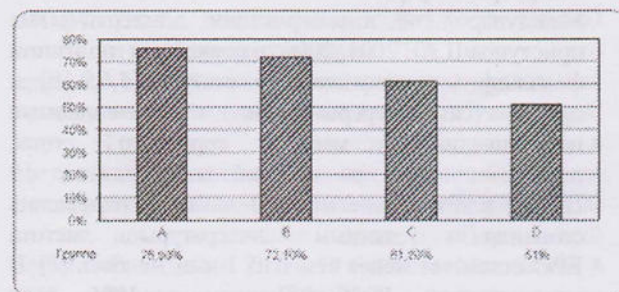


Диаграмма №2 Сравнительные данные улучшения качества жизни по опроснику Роланда-Морриса.

По данным опросника Освестри качество жизни в группе «А» улучшилось после лечения в 3,5 раза, в группе «В» в 2,9 раза, группе «С» в 2,6 раза и группе «D» в 1,9 раза.

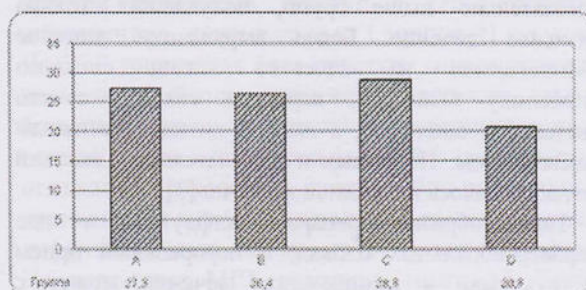


Диаграмма №3 Сравнительные данные степени снижения влияния болевого синдрома на качество жизни по опроснику Освестри

Заключение. «Алфлутоп» и «Структум» по результатам исследования зарекомендовали себя как патогенетические, так и симптоматические средства, в лечении остеоартроза и остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и их осложнения в виде фасеточного синдрома, без компрессии сосудов. [7][14].

Хондропротекторы оказывают противовоспалительное, анальгетическое, антиоксидантное и собственно хондропротективное действие [3][4][5][13]. И в условиях обследования это позволило уменьшить потребность в дополнительном назначении препаратов других групп, и уменьшить длительность применения НПВС. В группах «А» и «В» больные отмечали выраженное снижение болевого синдрома на 2 – 3-е сутки и отказывались от применения препарата «Диклофенак», как обезболивающего. Используемая нами методика, в виде паравертебральных блокад препарата «Алфлутоп» в условиях стационара, позволяет дополнительно уменьшить общее влияние на организм и одновременно усиливает местное воздействие на очаг, создавая депо микроэлементов и хондроитинсульфата [6]. Пероральный прием препарата «Структум» позволил амбулаторно вести эту группу больных, и показал хороший сопоставимый результат. Причем нами получены промежуточные данные использования «Структума», так как больным данной группы было рекомендовано продолжить прием препарата в течение 6 месяцев, согласно инструкции, с последующим контрольным осмотром ежеквартально.

Полученный нами результат, комплексного лечения с использованием хондропротекторов, в острый период, вероятно, обусловлен преимущественным воздействием на мелкие фасеточные суставы. А воздействие на более крупный конгломерат в виде межпозвоночного диска и его оболочки ожидаем отсрочено в течение 3-6 месяцев согласно инструкции. Подтверждение этому служат первые клинические признаки улучшения в виде регресса фасеточного синдрома, уменьшение местного болевого синдрома и увеличение объема активных движений в первые 10 дней лечения. Так в группах «А» и «В»,

принимавших помимо базисного лечения хондропротекторы, значительно уменьшился болевой синдром, и улучшилось качество жизни больных в сравнение с исходными данными и доказательно выше групп, получавших только базисное лечение. Более выраженное влияние «Мидокалма» на качество жизни согласно опроснику Освестри, вероятно связано с его системным влиянием, а именно антидепрессивным компонентом. Побочных и нежелательных явлений не наблюдалось ни в одной из групп [3].

Таким образом препарат «Алфлутоп», в виде паравертебральных блокад, и пероральный прием «Структума» в комплексном лечении может с успехом применяться при неосложненных дорсопатиях в сочетании с фасеточным синдромом.

Литература

1. Медицинский центр проблем боли и квантовой терапии (специализированный противоболевой центр), <http://users.i.com.ua/~6gbr7/index.html>
2. Воробьев О.В. – «Роль суставного аппарата позвоночника в формировании хронического болевого синдрома».
3. Зборовский А.Б., Мозговая Е.Э. Алфлутоп: опыт много летнего клинического применения. // Фарматика 2006г. №19. С1-5.
4. Данилов А.Б., Жаркова Т.Р., Ахмеджанова Л.Т. Анальгетические свойства препарата Алфлутоп в лечении хронической боли в спине. // Неврология/ревматология. 2010. №2. С56-59.
5. Лукина Г.В., Сигидин Я.А., Чичасова Н.В. и др. Алфлутоп в терапии остеоартроза. // ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва.
6. Рыбак В.А., Гордесев И.Е., Матохина Н.В., Бабушкин Я.Х., Поздешное микроинвазивное лечение болевых синдромов в области спины. // Методическое пособие. Волгоград 2010.
7. Ивашев М.Н., Сергиенко А.В. Особенности фармакодинамики Алфлутопа // Пятигорская Государственная Фармацевтическая Академия. Пятигорск.
8. Лобзин С.В. Пункции и блокады в неврологии. // Изд. 2-е дополнен. – СПб.: Гиппократ, 2007.
9. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. // Казань, 2002.
10. Попелянский Я.Ю., Ортопедическая неврология (вертебрология). // Руководство. Москва, 2003.
11. Low Back pain initiative, WHO, 1999; p.4.
12. Nachemson A.L. Newest knowledge of low back pain. A critical look. Clin. Orthop. 1992; (279): 8-20.
13. Алексеева Л.И. Фармакотерапия остеоартроза: роль и место хондроитин сульфата. // Журнал «Трудный пациент» №5-2007.
14. Чичасова Н.В. и др. Хондроитин сульфат (Структум) в лечении остеоартроза: патогенетическое действие и клиническая эффективность // ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва.

COMPLEX TREATMENT OF UNCOMPLICATED DORSOPATHY WITH CHONDROPROTECTIVE DRUGS

T.O. Musabekova, D.S. Toroev, D.V. Kahn.

Kyrgyz-Russian Slavic University,
The National Hospital Ministry of Health,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Complex treatment with chondroprotective drugs "Aflutop" and "Structum" have proven to decrease pain and improve quality of life of patients with uncomplicated dorsopathy with facet syndrome.

Keywords: dorsopathies, facet syndrome, chondroprotector, Structum, Aflutop.

616-035.9:616.853-027.236:616.8-008.6

ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ ПИРАЦЕТАМА В ЛЕЧЕНИИ EPILEPSIA PARTIALIS CONTINUA, ОБУСЛОВЛЕННОМ СИНДРОМОМ MELAS. СОБСТВЕННЫЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ

Мусабекова Т. О., Хамзина А. И.

Кыргызско-Российский Славянский
Университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Синдром MELAS является редким митохондриальным заболеванием, которое может дебютировать с фокальных или генерализованных припадков, миоклоний с развитием лактатацидоза. В статье представлен собственный клинический случай дебюта синдрома MELAS с Epilepsipartialiscontinua и эффективное применение высоких доз пирацетама в лечении данной патологии.

Ключевые слова: синдром MELAS, Epilepsia partialis continua, пирацетам.

MELAS СИНДРОМУ МЕНЕН ШАРТТАНГАН EPILEPSIA PARTIALIS CONTINUA ДАРЫЛООДОГУ ПИРАЦЕТАМДЫН ЖОГОРКУ ДОЗАДАГЫ ЭФФЕКТИВДУУ КОЛДОНУЛУШУ. ОЗДУК КАРОО ОКУЯ

Кыргыз-Россия Славян Университети,
неврология жана нейрохирургия кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз республикасы.

MELAS синдрому- булл митохондриалык оруу, ал фокалдуу же жалпыприпадкалардан, миоклониялар дан башталат, лактатацидозонугот. Бул клиникалык окуяда пирацетамдын жогорку дозасынын Epilepsipartialiscontinua менен MELASсиндромунун башталышында эффектив дуулуугу корсотулгон.

Негизги сөздөр: MELAS синдрому, Epilepsia partialis continua, пирацетам.

Epilepsia partialis continua (EPC) согласно Международной классификации эпилептических приступов ILAE 2001, 2006 года является подтипом фокального эпилептического статуса [4,6,9,10] и проявляется непрерывными, произвольными подергиваниями мышц коркового типа, повторяющимися, по крайней мере, каждые 10 секунд в течение не менее 1 часа без нарушения сознания. По данным литературы частота EPC составляет менее чем 1 на 1 млн. человек [1]. В предложенной Walker&Shorvon в 1996 году классификации EPC, одной из причин выделен синдром MELAS (митохондриальная энцефаломиопатия с лактат-ацидозом и