



Все права защищены. Ни одна часть воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте <http://kaznmu.kz/press/>

**УДК 616.89-008.454:616.8 (575.2) (04).**

**Н.В. СТЕПУК, А.Г. САФИНА, Н.А. БХАТ, Х.Б. РАИМКУЛОВА, Ж.Ш. ЗАРПУЛЛАЕВ, К.Б. РАИМКУЛОВА**

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,*

*ГКБ №7,*

*Алматы, Республика Казахстан*

#### **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ КОРЕШКОВЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

*В статье представлена информация по комплексному лечению больных с дорсалгиями с применением препаратов Месипол (Meloxicam) и Церебролизин.*

**Ключевые слова:** *вертеброгенный корешковой болевой синдромом*

Актуальность. Как показал анализ современной литературы, основными принципами терапии вертеброгенных заболеваний нервной системы являются следующие:

- 1 Покой на первых этапах обострения – исключение статико-динамических нагрузок.
- 2 Стимуляция активности мышечного корсета, что наряду с иммобилизацией пораженного позвоночно-двигательного сегмента способствует защите.
- 3 Комплексность и разовость воздействия на патологические очаги, участвующие в формировании клинической картины.
- 4 Щадящий характер лечебных воздействий. Они не должны быть более вредными, чем сама болезнь. Этот принцип особенно важен при определении показаний к хирургическому лечению.

Методы. Как известно, лечение остеохондроза позвоночника проводится с учетом формы заболевания и варианта его течения и включает комплекс мероприятий (Белова А.Н., 1998, 2004). Так, в остром периоде назначается постельный режим (2-5 дней), в постели больной лежит на щите, размещенном под матрасом. Лечение положением в 90-93 % случаев способствует постепенному рубцеванию разрывов фиброзного кольца, предотвращает дальнейшую травматизацию элементов пораженного ПДС и способствует уменьшению боли. С целью ограничения подвижности в пораженном отделе позвоночника рекомендуются иммобилизирующие ортезы (корсеты и др.).

Однако носить их следует не слишком долго, поскольку ортезы могут способствовать гипертрофии мышц и развитию остеопороза. По мнению Б.В. Дривотинова (2005) надо проводить патогенетическую и саногенетическую терапию, которая должна быть направлена на вертебральные и экстравертебральные патологические процессы, очаги проприо-, интеро-, экстерорецептивной импульсации. Исключительная роль в предложенной концепции лечения отводится адекватной противовоспалительной и обезболивающей терапии. С этой целью достаточно успешно применяются современные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), оказывающие тормозящее действие на синтез и активность простагландинов и эйкозаноидов, путем ингибирования фермента циклооксигеназы (ЦОГ). Как известно, существуют две изоформы циклооксигеназы: ЦОГ1 и ЦОГ2. ЦОГ1 в норме постоянно присутствует в тканях, ЦОГ2 - индуцируется под влиянием медиаторов воспаления. Со степенью ингибиции ЦОГ1 связывают как болеутоляющее действие НПВП, так и их побочные эффекты, касающиеся поражения ЖКТ, со степенью ингибиции ЦОГ2 – их противовоспалительное действие. Необходимо отметить, что препараты из группы НПВП включаются в алгоритмы обезболивающей терапии болевых синдромов любой степени выраженности. Например, при купировании боли слабой интенсивности используются только препараты из группы НПВП, при умеренной интенсивности неопиоидные анальгетики и НПВП, при сильной боли – опиоидные анальгетики, анестезия и НПВП (Иваничев Г.А., 1997., Ишмухамедов С.И., 2000). Оптимальным представителем этой группы с точки зрения соотношения «риск-польза» являются селективные ингибиторы ЦОГ – 2, и в частности, месипол (мелоксикам) (Алексеев В.В., 2002).

Свойства месипола дают возможность принимать препарат 1 раз в день, что способствует соблюдению пациентами режима лечения, особенно при непрерывной терпимости заболеваний. Месипол (Meloxicam) лекарственная форма - таблетки 7,5 мг и 15 мг, фармакотерапевтическая группа - нестероидные противовоспалительные препараты. Оксикамы. Биологическая доступность мелоксикама после приема внутрь, в среднем, составляет 89%. Средние концентрации в плазме пропорциональны дозе и составляют: 0,4 мг/л до 1,0 мг/л для дозы 7,5 мг, а также 0,8 мг/л до 2,0 мг/л для дозы 15 мг ( $C_{min}$  и  $C_{max}$  в состоянии равновесия). Мелоксикам связывается с белками плазмы, в основном, с альбуминами (99%). Мелоксикам в первую очередь биотрансформируется путем окисления метилового радикала соединенного с тиазоловым кольцом. 3% введенной дозы мелоксикама выводятся в неизменном виде. Метаболиты мелоксикама в равных количествах выводятся с калом и мочой. Средний период полувыведения составляет около 20 часов. Постоянная концентрация препарата в сыворотке достигается в течение 5 дней. Клиренс мелоксикама, в среднем, составляет 8 мл/мин. Клиренс меньше у пациентов преклонного возраста. Объем распределения малый, в среднем 11 л. Индивидуальные различия порядка 30 – 40%. При почечной недостаточности объем распределения увеличивается, поэтому не следует превышать суточную дозу равную 7,5 мг.

Суточную дозу препарата Месипол следует принимать в однократной дозе после еды, запивая достаточным количеством воды - 7,5 мг/сутки. В случае отсутствия соответствующего терапевтического действия дозу можно увеличить до 15 мг/сутки.

Месипол может применяться у лиц пожилого возраста, при небольших нарушениях функции почек и печени, так как обладает очень низкой нефро- и гепатотоксичностью 7,5 мг/сутки. Диклофенак – представитель НПВП эффективность, переносимость и механизмы действия которого наиболее изучены (Повознюка В.В., 2004). Важным моментом в лечении болевого синдрома, обусловленного остеохондрозом позвоночника, является влияние НПВП на костную и хрящевую ткань. Разные лекарственные формы НПВП для местного применения (мази, гели) имеют определенные

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

преимущества и недостатки. Так, гели обладают пролонгированным действием (в связи с этим целесообразным является использование их на ночь), лучше всасываются по сравнению с мазями, вызывая более выраженный эффект: попадая на кожу, одежду, легко смываются водой, не оставляя следов. В связи с этим необходимо учитывать возможные побочные эффекты НПВП, особенно у больных пожилого и старческого возраста. НПВП назначают в течение 7-10 дней (Вейн А.Н., Авруцкий М.Я., 1997).

Лечебное действие миорелаксантов обусловлено потенцированием ГАМК-ергической системы спинного мозга, что приводит к торможению систем возбуждающих медиаторов, угнетению спинальных моно- и полисинаптических рефлексов и, как следствие, к релаксации мышечного гипертонуса. На ликвидации мышечного спазма базируется и их обезболивающее действие. Основными представителями этой группы являются мидокалм, баклофен, сирдалуд.

Использование миорелаксантов теоретически обосновано, поскольку эти препараты разрывают замкнутый круг болевого синдрома, вызванный напряжением мышц спины (Голубятникова А.И., Зиновьева О.Е., Королева Т.В., Щекина Р.В., 1995). При мышечном спазме наблюдается стимуляция ноцицепторов самой мышцы в спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, которая вызывает вазомоторное и нейродистрофические изменения в тканях, а также усиливает активацию ноцицепторов мышечного волокна, таким образом мышцы становятся дополнительным источником патологической афферентации. К препаратом, вызывающим центральную релаксацию скелетной мускулатуры, принадлежит толперизон (мидокалм), который уже в течение 30 лет широко используют при лечении рефлекторных и компрессионных осложнений дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. По данным литературы, толперизон улучшает кровоснабжение в спазмированных мышцах, оказывает мембраностабилизирующее действие и, соответственно, выраженный анальгетический и миорелаксирующий эффекты.

Учитывая обязательное участие вазомоторного компонента в патогенезе вертебральных синдромов, особенно компрессионного характера, в лечебный комплекс необходимо вводить вазоактивные препараты и ноотропы (Белова А.Н., 1998).

В легких случаях достаточно перорального приема сосудорасширяющих препаратов (никотиновая кислота, или ее производные). Если же у пациента диагностировано тяжелая компрессионная радикулопатия, необходимо парентеральное введение препаратов (трентал, троксевазин). Широко используют препараты церебролизин, вазонат, ноофен обладающих антиоксидантным действием. Церебролизин содержит низкомолекулярные биологически активные нейропептиды, которые проникают через гематоэнцефалический барьер и непосредственно поступают к нервным клеткам, повышает выживаемость и предотвращает гибель нейронов в условиях гипоксии и ишемии, снижает повреждающее нейротоксическое действие возбуждающих аминокислот (глутамата). Применяется только парентерально: в виде в/мышечных инъекций (до 5 мл), и в/венных инфузий (10-50 мл). Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Стандартная продолжительность курса лечения – 4 недели (5 инъекций/инфузий в неделю, желателно – ежедневно). В резидуальном периоде мозгового инсульта и травматического повреждения головного и спинного мозга препарат назначается внутривенно, по 5-10 мл, в течение 20-30 дней. Одновременное использование антидепрессантов или ингибиторов МАО в сочетании с церебролизином может вызвать усиление их действия. С осторожностью препарат назначают при аллергических диатезах, больших судорожных припадках. Церебролизин относится к числу наиболее безопасных лекарственных препаратов. Низкий молекулярный вес входящих в его состав нейропептидов исключает возможность анафилактических реакций. В настоящее время глюкозамин и хондроитин используют для лечения болевого синдрома при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника. Они обладают модифицированным, хондропротекторным и противовоспалительным действием, что приводит к снижению выраженности болевого синдрома, улучшению функционального состояния позвоночника. Для проведения комплексной терапии к лечению добавляются физиотерапевтические процедуры. С этой целью назначают диадинамические, синусоидальные моделированные и интерференционные токи, СМТ-терапия, магнитотерапия. При затяжном течении остеохондроза позвоночника применяют ультразвук в импульсном режиме (длительность импульса 10 или 4 см). В качестве контактной среды можно использовать различные мази с обезболивающим действием. Также показано тракционное вытяжение (в виде сухого или подводного). Вытяжения в теплой водной среде имеет преимущества благодаря сочетанному воздействию тракции и гидротерапии. Существует ряд модификации вытяжений позвоночника в воде: вертикальное, горизонтальное, путем провисания тела, собственной массой тела в сочетании с грузами. Подводное вертикальное вытяжение позвоночника считается наиболее интенсивным. По данным, Н.А. Шостака., 2006) выраженный клинический эффект достигается при использовании специальной гидравлической автоматической установки, сочетающей положительные качества горизонтального и вертикального вытяжения.

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

Особое внимание следует уделить показаниям к оперативному лечению. По данным литературы, лишь 0,3 % больных нуждаются в оперативных вмешательствах. Абсолютным показанием к операции является острое сдавление спинного мозга и корешков конского хвоста, проявляющееся тазовыми нарушениями, двусторонними болями и парезами. Относительным показанием к оперативному лечению является стойкость болевых синдромов при отсутствии эффекта от консервативной терапии (на протяжении 3-х и более месяцев) (Ишмухамедов С.И., 2000). Хирургическое лечение грыж межпозвоночного диска выполняется преимущественно при развитии неврологических нарушений и болевом синдроме, резистентном к консервативной терапии. При возникновении компрессии конского хвоста (сильные боли по задней поверхности бедра и голени, сильные боли в нижней части живота, усиливающиеся при кашле; недержание мочи и кала, нарушение потенции) необходимо экстренное хирургическое вмешательство (Grab D., Dvorak J., 1996., Herno D., Airaksinen O., Saari T., 1996). При резко выраженном болевом синдроме назначается комплексное лечение, включающее наряду с НПВС, дегидратирующие и седативные средства. Воздействие на вертеброгенный компонент боли включало мануальную терапию, массаж, тракционную терапию (сухое или подводное вытяжение) и лечебную гимнастику. Так же у больных с дорсалгиями помимо базовой стандартной терапии вертеброгенного корешкового болевого синдрома в качестве психофармакотерапии используется также препараты из группы антидепрессантов – феварин в 50-100 мг на ночь однократно (не менее 1-2 месяцев).

Выводы. Таким образом, для качественного лечения больных дорсалгией необходимо использовать весь комплекс лекарственной терапии, физиолечения, применение антидепрессантов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алексеев В.В., Солохова О.А. Миофасциальный болевой синдром: применение Ботокса // Неврол журнал. – 2001. - №2. – С.30-35.
- 2 Антонов И. П. Вопросы классификации и формулировка диагноза заболеваний периферической нервной системы // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1984. — Т. 84, вып. 4. — С. 498–502.
- 3 Белова А.Н., Шепетова О.Н., Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. – М., 1998. – 221 с.
- 4 Бурлачук, Л.Ф. Психодиагностика/ Л.Ф. Бурлачук. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
- 5 Вейн А. М. , Вознесенская Т. Г. , Голубев В. Л. и др. Заболевания вегетативной нервной системы /; Под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицина, 1991. — 624 с.
- 6 Герасимова, М.М. Пояснично-крестцовые радикулопатии (этиология, патогенез, профилактика и лечение) / М.М.Герасимов, Г.А. Базанов. – Москва-Тверь, 2003. – 152 с.
- 7 Григорьева В.Н. Реабилитация больных с хроническими формами заболеваний нервной системы, клинико-нейрофизиологические и медико-психологические исследования. Автореферат
- 8 Доэрти М., Доэрти Дж. Клиническая диагностика болезней суставов : Пер. с англ. – Минск : Тивали, 1993. – С. 75–95.
- 9 Дривотинов Б.В., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: Учебное пособие. – Мн.: БГУФК. – 2005. – 211с.
- 10 Дробижев, М.Ю. Антидепрессанты в психосоматике // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. - №3. – С. 15-19.
- 11 Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1991. – 276 с.
- 12 Иваничев Г.А. Мануальная медицина. – М. «Мед-пресс», 1998. – С. 470.
- 13 Ишмухамедов С.И. Дифференциальный подход в лечении поясничного остеохондроза // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2000. - №3. – С. 115-119.
- 14 Карвасарский Б. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
- 15 Курако Ю. Л., Волянский В. Е. Пути оптимизации терапии психовегетативного синдрома // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1992. — Т. 92, вып. 4. — С. 47–50.
- 16 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями)/ Сост. Дж.Э.Купер/ Пер. с англ. Д.Полтавца – К.: Сфера, 2000 – 464с.
- 17 Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact and treatment. Psychosomatic Medicine, 2003; 65: 963–970.
- 18 Simon J., Lecrubier Y, Ustun TB. Somatic symptoms and psychiatric disorder: an international primary care study. Rev Contemp Pharmacotherapy

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толедина, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

19 Wright, A. Nonpharmacological treatments for musculoskeletal pain / A. Wright, K.A. Sluka // Clin.J. Pain. – 2001. – Vol. 17, N 1. – P. 33-46.

**Түйін:** мақалада дорсалгияның кешенді емінде қолданылатын месипол(Meloxicam), церебролизин препараттары туралы ақпарат көрсетілген.

**Resume:** in article the data on complex treatment dorsalgia with preparation application mesipol (Meloxicam), cerebroлизin is presented.

Адрес редакции:  
050012  
Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)