



Городская
поликлиника № 50,
Нижний Новгород

Мидокалм – быстрое решение проблем цервикогенных болей

М.Б. Карпухина

Адрес для переписки: Мария Борисовна Карпухина, mary-ka2000@yandex.ru

Представлены результаты исследования, проведенного с целью оценки эффективности инъекционной формы препарата Мидокалм при лечении цервикогенного мышечно-тонического и миофасциального болевых синдромов. Отмечается, что комбинация инъекционной и таблетированной форм препарата Мидокалм более эффективна по сравнению с использованием только таблетированной формы препарата, поскольку способствует более быстрому купированию болевого и мышечно-тонического синдромов.

Ключевые слова: болевой синдром, лечебные блокады, Мидокалм

Введение

Высокая распространенность болевых синдромов, связанных с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, и миофасциального болевого синдрома требует поиска новых подходов для решения данной проблемы [1–3]. Мышечно-тонический, миофасциальный болевые синдромы могут формироваться в любых паравертебральных или экстравертебральных мышцах. Чаще всего они локализуются в трапециевидных, лестничных, ромбовидных, грушевидных, паравертебральных мышцах и средней ягодичной мышце [3–5].

Одним из эффективных методов купирования боли является применение лечебных блокад [4].

Цель и задачи

Целью настоящей работы была оценка эффективности инъекционной формы препарата Мидокалм при лечении цервикогенного мышечно-тонического и миофасциального болевых синдромов.

Были поставлены следующие задачи:

1) определить необходимую длительность лечения инъекционной формой препарата Мидокалм при цервикогенных болях;

2) оценить эффективность применения комбинации инъекционной и таблетированной форм препарата Мидокалм в сравнении с таблетированной формой для лечения мышечно-тонического и миофасциального болевых синдромов.

Материал и методы

Клиническое исследование проводилось как открытое сравнительное рандомизированное проспективное.

Было включено 40 пациентов в возрасте от 45 до 69 лет, средний возраст составил $57,4 \pm 2,7$ года.

В исследовании приняли участие пациенты с диагнозом «цервикалгия» (М54.2), «шейно-черепной синдром», «цервикокраниалгия» (М53.0) с мышечно-тоническим, миофасциальным болевым синдромом в стадии обострения. Уровень боли, которую испытывали пациенты, был выше пяти баллов по визуальной аналоговой шкале. Обязательным условием было подписание информированного согласия на добровольное участие в исследовании. Пациенты, включенные в исследование, в предшествующие три



Таблица. Динамика болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале на фоне лечения

Группа	День 0	День 7	День 14	День 21
Первая (пероральная форма толперизона + нестероидные противовоспалительные средства)	7 (5,8; 9)	5,4 (3; 6,8)	3,8 (2,7; 5) ¹	2,4 (2,0; 3,1) ¹
Вторая (инъекционная и пероральная форма толперизона + нестероидные противовоспалительные средства)	7,2 (6; 8,7)	4,3 (2,3; 5,6) ¹	2 (1,8; 2,4) ²	1,2 (0,5; 1,4) ³

¹ Различия статистически значимы по сравнению с оценкой на 0-й день.

² Различия статистически значимы по сравнению с первой группой на 14-й день.

³ Различия статистически значимы по сравнению с первой группой на 21-й день.

Примечание. Данные представлены в виде медианы (25-й процентиль; 75-й процентиль).

недели терапию миорелаксантами не получали.

Критериями исключения являлись:

- отзыв согласия – нежелание пациента продолжить исследование;
- наличие выраженных тревожно-депрессивных расстройств – более 12 баллов по госпитальной шкале оценки тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale);
- противопоказания к приему препарата Мидокалм или лидокаина;
- наличие сопутствующих тяжелых соматических заболеваний.

Пациенты были рандомизированы на две группы по 20 человек. Пациенты первой группы получали нестероидные противовоспалительные средства в сочетании с таблетированной формой препарата Мидокалм в дозе 150 мг три раза в сутки. Пациенты второй группы принимали нестероидные противовоспалительные средства в сочетании с инъекциями и пероральной формой Мидокалма. Инъектировали заинтересованные паравертебральные мышцы шейного отдела позвоночника и триггерные точки трапецевидной, ременной, полуостистой мышц головы, большой и малой прямых мышц головы, верхних косых мышц головы. Лечебные блокады проводились с частотой один раз в два дня в дозе 100 мг толперизона (1 мл Мидокалма) с добавлением 2%-ного раствора лидокаина 2–4 мл. В дни инъекций паци-

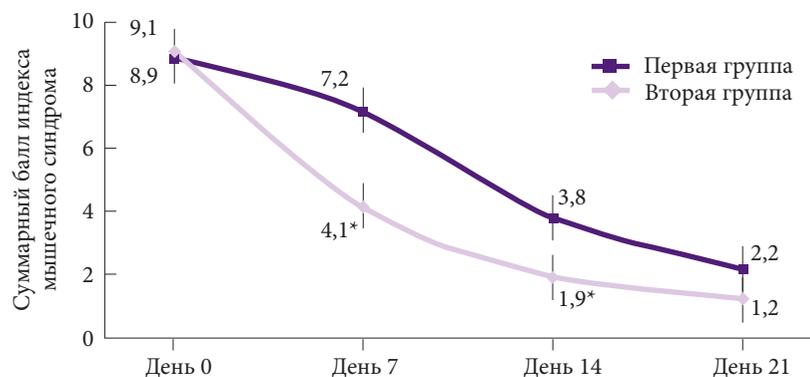
енты также принимали 150 мг толперизона перорально, в дни, свободные от инъекций, – 150 мг толперизона три раза в сутки. Состояние пациентов оценивалось четырежды: в нулевой (день начала исследования), седьмой, 14-й и 21-й дни исследования. Оценка динамики состояния проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы, шкалы общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale), также вычислялся индекс мышечного синдрома. Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica, Microsoft Excel, использовались методы непараметрической статистики. Исследуемые группы исходно не различались по возрасту и выраженности болевого синдрома.

Результаты и обсуждение

Все пациенты успешно завершили участие в исследовании. Выбывших из исследования в связи с развитием нежелательных явлений не было.

Анализ данных по визуальной аналоговой шкале выявил достоверное уменьшение интенсивности болевого синдрома во второй группе уже к седьмому дню исследования. К 14-му дню исследования в обеих группах уменьшение боли достигло статистически значимого уровня по сравнению с днем начала исследования. Однако во второй группе выраженность боли по визуальной аналоговой шкале была достоверно слабее, чем в первой группе, данная тенденция сохранялась и на 21-й день лечения (таблица).

Исходно группы не имели различий по количественной характе-



* Статистически значимое снижение индекса мышечного тонуса во второй группе по сравнению с первой группой на 7-й и 14-й дни терапии.

Рис. 1. Редукция индекса мышечного синдрома на фоне терапии

Неврология

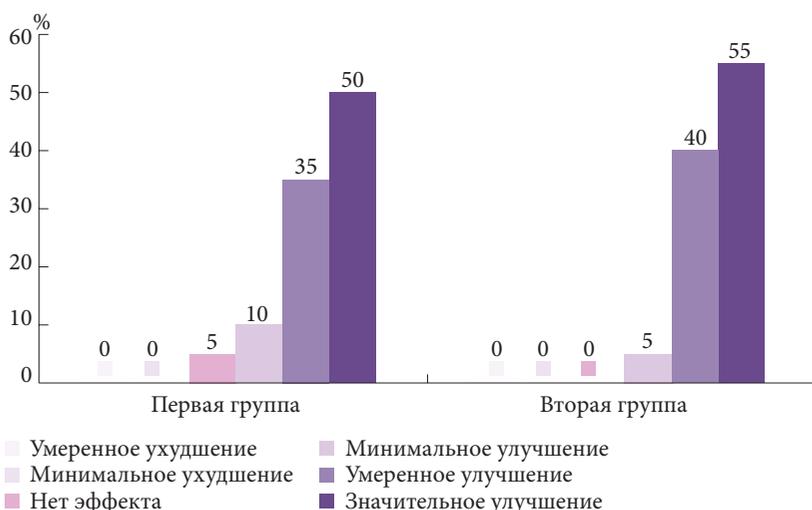


Рис. 2. Эффективность терапии толперизоном по шкале общего клинического впечатления

ристите мышечного синдрома. На седьмой день терапии отмечено статистически значимое снижение индекса мышечного синдрома во второй группе по сравнению с первой группой ($p = 0,033$). Тенденция к более быстрому уменьшению индекса мышечного синдрома сохранялась во второй группе и на 14-й день терапии ($p = 0,047$). Вероятно, это обусловлено более высоким эффектом локального применения толперизона в виде лечебных блокад, которые ускоря-

ют разрыв так называемого порочного круга «спазм – боль – спазм». В связи со значительным регрессом болевого и мышечно-тонического синдромов восьми пациентам было проведено три процедуры, семи пациентам – четыре, пяти пациентам – пять инъекций. На 21-й день терапии в сравниваемых группах не отмечено достоверных различий по индексу мышечного синдрома (рис. 1). В соответствии с результатами шкалы общего клинического впечатления ухудшения состояния

на фоне лечения не отмечено ни у одного пациента (рис. 2).

И в первой, и во второй группе значительное улучшение наблюдалось в 50 и 55% случаев соответственно. Большая доля пациентов со значительным и умеренным улучшением во второй группе, возможно, обусловлена более быстрым регрессом болевого и мышечно-тонического синдромов, что повышает приверженность пациентов лечению и оценку проводимой терапии.

Выводы

Длительность применения инъекционной формы препарата Мидокалм в качестве лечебных блокад при цервикогенных болях составляет три – пять процедур и варьирует в зависимости от выраженности мышечно-тонического, миофасциального болевых синдромов у конкретного пациента.

Комбинация инъекционной и таблетированной форм препарата Мидокалм при лечении цервикогенной боли более эффективна по сравнению с использованием таблетированной формы препарата, поскольку способствует более быстрому купированию болевого и мышечно-тонического синдромов. *

Литература

1. Веселовский В.П. Практическая вертебрология и мануальная терапия. Рига: Б, 1991.
2. Губенко В.П. Лечение мышечных дисбалансов в мануальной терапии // Medicus Amicus. 2004. № 3. С. 23–27.

3. Тревелл Дж.Г. Миофасциальные боли / пер. с англ. М.: Медицина, 1989.
4. Фишер Ю. Локальное лечение боли / пер. с нем.; под общ. ред. О.С. Левина. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013.
5. Sjaastad O., Fredriksen T., Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group // Headache. 1998. Vol. 38. № 6. P. 442–445.

Mydocalm – a Fast Solution to Cervicogenic Pains

M.B. Karpukhina
City Polyclinic No 50, Nizhny Novgorod

Contact person: Mariya Borisovna Karpukhina, mary-ka2000@yandex.ru

Here, the results of the study conducted for evaluating efficacy of the injectable formulation of Mydocalm upon treatment of cervicogenic musculotonic and myofascial pain syndromes are presented. It is noted that a combination of injectable and tableted formulation of Mydocalm upon treatment of cervicogenic pains was more effective compared to a tableted Mydocalm for it facilitates an accelerated relief both of pain and musculotonic syndromes.

Key words: pain syndrome, therapeutic blockade, Mydocalm