



Прима Медика,
Хабаровск

Анальгетическая инвазивная терапия миогенных болевых синдромов шейно-плечевой локализации

Е.Н. Алеева

Адрес для переписки: Елена Невридиновна Алеева, aleeva_chylpan@mail.ru

В статье анализируется анальгетический эффект препарата Мидокалм в лечении миогенных болевых синдромов методами микроинвазивной терапии. Проведено исследование с целью оценки клинической эффективности и практического внедрения нейромышечных блокад препаратом Мидокалм при лечении мышечно-тонических форм цервикобрахиалгий. Была показана высокая эффективность применения Мидокалма по сравнению с лидокаином в купировании мышечных триггеров шейно-плечевой зоны. Таким образом, препарат Мидокалм в форме 10%-ного раствора для инъекций может быть рекомендован для лечения миогенных болевых синдромов в виде нейромышечных блокад.

Ключевые слова: миогенные болевые синдромы, цервикобрахиалгия, нейромышечные блокады, Мидокалм, лидокаин

Введение

По мнению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, болевые феномены – это неприятные ощущения и эмоциональные переживания, возникающие в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей. Одним из наиболее распространенных болевых феноменов является мышечная боль. В неврологической практике миогенные боли рассматриваются в рамках миофасциального болевого синдрома [1]. Формированию миофасциально-

го болевого синдрома способствуют факторы, провоцирующие избыточную (кратковременную или пролонгированную) нагрузку на мышцы. К ним относятся врожденные особенности строения скелета (плоскостопие, асимметрия ног, суставная гипермобильность), микротравматизация мышцы (в виде ее острого перерастяжения) и длительное неправильное положение тела (или так называемые компьютер-ассоциированные синдромы). Эти факторы определяют предрасположенность к формированию миофасциального

болевого синдрома и тактику его лечения [2, 3].

Поскольку мышечная боль не является определенной нозологической формой, она привлекает внимание врачей многих специальностей. Важную роль в формировании и поддержании боли играет мышечный спазм, особенно он актуален при спондилогенных болевых синдромах. Мышечный спазм – результат рефлекторной активации передних мотонейронов спинного мозга. Наиболее четко связь боли и мышечного спазма удастся проследить на примере формирования миофасциальных триггерных точек: спазмированная мышца становится дополнительным источником болевой импульсации (как очаг локальной ишемии и гипертонуса), в результате чего формируется порочный круг: боль – спазм – боль. Принимая во внимание описанные механизмы формирования миофасцитов, применение миорелаксантов переходит из преимущественно симптоматической терапии в новую категорию – патогенетическое лечение. Толперизон гидрохлорид (Мидокалм), синтезированный в Венгрии, поначалу рассценивался как препарат, увеличивающий периферический кровоток.



В дальнейшем изучение механизмов действия этого препарата обнаружило его многоуровневую направленность, а именно мембраностабилизирующую, вазодилатирующую, анестезирующую. Анальгетический эффект Мидокалма ранее связывали только с торможением проведения болевых рефлексов в спинной мозг. Современные исследования доказали, что анальгетический эффект Мидокалма может реализоваться и на других этапах формирования болевого синдрома. Так, на уровне ретикулярной формации ствола головного мозга препарат влияет на активность нисходящих экстрапирамидных путей и угнетает формирование эфферентных импульсов непосредственно в ноцицептивных волокнах. На уровне волокон Мидокалм снижает частоту формирования потенциалов действия и селективно блокирует ион-

ные каналы болевых рецепторов, а также аксонов (рисунок). Для лечения острой мышечной боли и профилактики ее хронизации важное значение имеет ослабление болевой импульсации, поступающей к нейронам задних рогов спинного мозга. Частичная блокада Мидокалмом натриевых каналов способствует уменьшению выброса возбуждающих нейромедиаторов и нормализует активность ноцицептивных нейронов в центральной нервной системе. Указанные свойства препарата позволяют отнести его как к группе центрально-активных миорелаксантов, так и к группе блокаторов натриевых каналов. В настоящее время Мидокалм получил статус классического миорелаксанта центрального действия и широко используется в вертебрологии [4]. Учитывая механизмы развития болевого синдрома, изменений

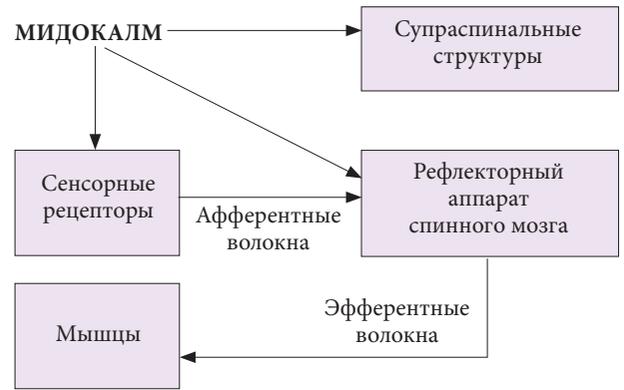


Рисунок. Мидокалм: мишени воздействия в нервной системе

мышечного тонуса, местных сосудистых и нейродистрофических изменений в тканях, Мидокалм действует практически на все этапы формирования болевого синдрома и тонических нарушений и может считаться препаратом выбора для коррекции этих состояний.

СВОБОДА ДВИЖЕНИЯ

МИДОКАЛМ®

толперизон



Ампулы 100 мг (1 мл) №5



Таблетки 150 мг №30

Без боли в спине
и седативного
эффекта

- Сокращает сроки лечения боли в спине и препятствует хронизации заболевания^{1,2}
- Предпочтительный профиль безопасности в отношении АД и ЦНС^{3,4}
- Уникальная возможность ступенчатой терапии острой боли

1. Pratzel H.G., Ramm S. Pain 67, 417, 1998; 2. Гурак С.В., Парфенов В.А., Борисов К.В. Боль. №3 (12) 2006; 3. Kohne-Volland R., Strathmann A.G. Клиническое исследование мидокалма (толперизона гидрохлорида). // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 1. – С. 1-11; 4. Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Сравнительная характеристика эффективности различных миорелаксантов при реабилитации пациентов со спастичностью после инсульта. // Неврология и психиатрия. 2008. – № 8. – С. 18-23.



ГЕДЕОН РИХТЕР



Таблица 1. Распределение пациентов по нозологическим формам

Заболевание	Первая группа, n (%)	Вторая группа, n (%)
Надлопаточная невралгия	12 (42,9)	9 (30)
Тендиоз надостной мышцы	13 (46,4)	16 (53)
Синдром малой грудной мышцы	3 (10,7)	5 (17)
Итого	28 (100)	30 (100)

Таблица 2. Динамика показателей интенсивности боли у пациентов с цервикобрахиалгиями в процессе лечения нейромышечными блокадами

Группа больных	Интенсивность боли, отн. ед.	
	до проведения блокады	после проведения блокады
Первая	6,2 ± 1,2	1,5 ± 0,89
Вторая	6,01 ± 1,3	2,4 ± 0,75

Цель исследования

Разработка и оценка клинической эффективности и практического внедрения методики блокад препаратом Мидокалм для купирования мышечно-тонических форм цервикобрахиалгий.

Материал и методы исследования

Изучение эффективности блокад Мидокалмом проводи-

лось двойным слепым методом. Обследовано 58 пациентов (58% мужчин и 42% женщин) с шейно-плечевыми миогенными болями феноменами (табл. 1). Возраст пациентов колебался от 30 до 50 лет. Длительность заболевания – от трех до десяти лет. Критерием включения пациентов в исследование являлось наличие активных триггерных точек в области плечевого пояса при

различных нейроортопедических заболеваниях. Больные с непереносимостью анестетиков в анамнезе, а также беременные и кормящие женщины в исследование не включались.

Диагноз верифицировался с помощью рентгенографии и компьютерной томографии шейного отдела позвоночника и плечевого сустава. Купировались наиболее часто встречающиеся синдромы: синдром подлопаточной мышцы, синдром малой грудной мышцы, синдром надостной мышцы.

Всем пациентам до начала лечения проводилось физикальное, неврологическое исследование, мануальная диагностика миофасциальных триггерных точек, а также исследование опорно-двигательного аппарата. Альгометрические методики были представлены в виде визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), вербальной ранговой шкалы и оценки подвижности позвоночника (пробы Отта, Шобера).

ПРЕГАБАЛИН-РИХТЕР

НАЧАЛО НОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ БОЛИ



Капсулы 75 мг
№14 и №56



Капсулы 150 мг
№14 и №56



Капсулы 300 мг
№14 и №56

- Достоверно уменьшает боль со 2 дня терапии^{1,2}
- Показан при всех типах нейропатической боли³
- ПРЕГАБАЛИН-РИХТЕР – рациональный выбор при длительном лечении⁴





В первую группу были включены 28 пациентов, которым вводилось по 200 мг Мидокалма в триггерные точки через день в течение пяти дней с последующим назначением препарата перорально в дозе 450 мг/сут. Препаратом сравнения был выбран лидокаин. Во вторую группу включено 30 пациентов, которым вводился 2%-ный раствор лидокаина 4,0 мл ежедневно и мелоксикам 7,5 мг/сут. Общий курс лечения составил две недели.

Результаты исследования

Основным симптомом цервикобрахиалгии была боль (ноющая, ломящая, стреляющая в руку). Боль возникала в покое, но чаще всего провоцировалась переменной положением тела, движением в плечевом суставе, ротацией руки назад.

До начала лечения уровень выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале был сопоставим в обеих группах (табл. 2). После лечения достоверное уменьшение болевого синдрома по ВАШ наблюдалось только в первой группе. Другими

Таблица 3. Оценка подвижности позвоночника (проба Отта)

Группа пациентов	До начала лечения	После окончания лечения
Первая	2,7 см	5,3 см
Вторая	3,6 см	4,8 см

Таблица 4. Эффективность лечения миогенных болевых симптомов шейно-плечевой зоны

Группа пациентов	Улучшение, n (%)	Без динамики, n (%)	Итого, n (%)
Первая	25 (82)	3 (1,6)	28 (100)
Вторая	21 (70)	9 (3)	30 (100)

словами, эффективность лечения по данным ВАШ была выше у пациентов, которым проводились нейромышечные блокады Мидокалмом в триггерные точки шейно-плечевой локализации. В подтверждение вышеизложенного можно привести результаты оценки подвижности позвоночника, в частности пробу Отта (табл. 3). Результаты лечения представлены в табл. 4.

Выводы

Проведенное клиническое амбулаторное исследование позволило проанализировать эффективность применения нейромышечных блокад при лечении цервикобрахиалгий. Из приве-

денных данных можно сделать вывод о более высокой эффективности применения Мидокалма по сравнению с лидокаином в купировании мышечных триггеров шейно-плечевой зоны. Кроме того, следует отметить высокую безопасность применения Мидокалма в инвазивной практике. В исследовании были зарегистрированы только два случая снижения артериального давления, которые были самостоятельно купированы пациентами.

Таким образом, препарат Мидокалм в форме 10%-ного раствора для инъекций может быть рекомендован для лечения миогенных болевых синдромов в виде нейромышечных блокад. *

Литература

1. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. В.Л. Голубева. 3-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2010.
2. Боренштейн Д.Г., Визель С.В., Боден С.Д. Боли в шейном отделе позвоночника: диагностика и комплексное лечение. М.: Медицина, 2005.
3. Тузлуков А.П., Горбатовская Н.С. Миофасциальные болевые синдромы: клиника, диагностика, локальная инъекционная терапия // Consilium Medicum. 2006. № 8. С. 39–44.
4. Авакян Г.Н., Чуканова Е.И., Никонов А.А. Применение Мидокалма при купировании вертеброгенных болевых синдромов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Т. 100. № 5. С. 26–31.

Analgesic Invasive Therapy of Myogenic Cervicobrachial Pain Syndromes

Ye.N. Aleyeva

Prima Medica, Khabarovsk

Contact person: Yelena Nevridinovna Aleyeva, aleeva_chylpan@mail.ru

Analgesic effects from Mydocalm administered by microinvasive methods in treatment of myogenic pain syndromes are analyzed. Clinical efficacy and practical introduction of neuromuscular blockades by using Mydocalm were studied upon treatment of muscular-tonic cervicobrachialgia. Mydocalm was demonstrated to be highly effective compared to lidocaine in relieving muscular triggers in cervicobrachial area. Thus, Mydocalm as a 10%-solution for injections may be recommended for treatment of myogenic pain syndromes applied as neuromuscular blockade.

Key words: myogenic pain syndromes, cervicobrachialgia, neuro-muscular blockades, Mydocalm, lidocaine

Невродокалма