

Широков В.А., Потатурко А.В., Гончаренко И.М.

Локальная инъекционная терапия в комплексном лечении спондилогенных болевых синдромов

ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий», г. Екатеринбург

Shirokov V.A., Potaturko A.V., Goncharenko I.M.

Local injection therapy treatment of spondylogenic pain syndromes

Резюме

С целью изучения эффективности и безопасности воздействия на триггерные точки различных форм селективного ингибитора ЦОГ-2 мелоксикама (мовалис и амелотекс) при лечении люмбоишиалгического синдрома было проведено рандомизированное контролируемое клиническое исследование. Обследованные 84 пациента распределялись по четырем группам, которым вводился мелоксикам либо в триггерные точки, либо внутримышечно. Оценка эффективности лечения и динамики самочувствия проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (Quadruple Visual Analogue Scale), шкале пятибалльной оценки вертебрoneврологической симптоматики, Освестровскому опроснику нарушений жизнедеятельности при болях в нижней части спины и опроснику Мак-Гилла. Предложенные методы введения препаратов мелоксикама в триггерные зоны при нижнепоясничном болевом синдроме показали достоверную эффективность уже с первого дня лечения. Достоверных различий в эффективности и безопасности предложенных форм мелоксикама выявлено не было.

Ключевые слова: болевые синдромы в нижней части спины, локальная инъекционная терапия, мелоксикам

Summary

In order to study the efficacy and safety impacts on trigger points of various forms of selective COX-2 inhibitor meloxicam (movalis and amelotex) in the treatment of LBP that radiates below the knee, we conducted a randomized controlled trial. Surveyed 84 patients were distributed into four groups administered with meloxicam in trigger points or intramuscularly. Evaluating the effectiveness of treatment and the dynamics of being carried out by visual analogue scale (VAS), a five-point scale assessment vertebroneurological symptoms, Oswestry low back pain disability questionnaire and McGill questionnaire. The proposed methods of drug administration of meloxicam in trigger zones with low back pain syndrome showed significant efficacy from the first day of treatment. No significant differences in the efficacy and safety of the proposed forms of meloxicam were identified.

Key words: low back pain, local injection therapy, meloxicam

Введение

Болевой спондилогенный синдром является междисциплинарной проблемой и остается объектом внимания врачей различных специальностей. В России боли в нижней части спины составляют от 20 до 80% случаев временной нетрудоспособности в активной социальной группе и 20,4% в общей структуре инвалидности при дегенеративных заболеваниях костно-суставной системы [1, 2, 3].

В отечественной классификации люмбоишиалгический синдром был отнесен к рефлекторным вертеброгенным болевым синдромам, предполагая боль в поясничной области с иррадиацией в ногу без неврологических дефицитов. В качестве источников рефлекторной импульсации рассматриваются дегенеративно-дистрофические изменения мышечно-связочных структур позвоночно-

двигательного сегмента, включая изменения в диске, межпозвоковых (фасеточных) суставах и др. [2].

В Международной классификации болезней X пересмотра определение «люмбоишиалгический синдром» фигурирует не только как рефлекторный болевой синдром, но и используется при указании на наличие болевого синдрома при корешковых (компрессионных, ишемических) проявлениях. Таким образом, данная дефиниция приобретает более широкое толкование.

Благодаря новым данным по нейрофизиологии болевого синдрома изменяются подходы в лечении болевых спондилогенных синдромов. В последние годы значительно возрос интерес неврологов к проблеме миофасциального болевого синдрома. Во многом это обусловлено появлению прекрасного труда Симона и Тревелла, по определению которых «миофасциальная боль – это ло-

кальная неспецифическая мышечная боль, обусловленная возникновением в мышце фокусов повышенной раздражимости (триггерных точек)» Существенно, что для постановки диагноза миофасциального болевого синдрома необходимо воспроизвести ту боль, на которую жалуется больной, надавив на активную триггерную точку. Воспроизводимость боли – одно из необходимых условий диагностики миофасциальных синдромов [4].

Имеются данные о предпочтительном введении различных препаратов в триггерные точки при лечении болевого синдрома перед обычным внутримышечным введением. Например, новокаин и лидокаин [4], дипроспан [5], мидокалм [6] и т.д.

Абсолютно доказанной является полезность как можно скорейшего обезболивания пациента. Чем раньше начато лечение и быстрее достигнут значимый анальгетический эффект, тем меньше вероятность хронизации боли и лучше общий прогноз. Общепризнанным для болей в спине является обезболивание с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов [7, 8, 9].

Нами предпринята попытка изучения эффективности и безопасности воздействия на триггерные точки различных форм селективного ингибитора ЦОГ-2 мелоксикама (мовалис и амелотекс) при лечении люмбоишиалгического синдрома. Этот препарат был выбран по ряду причин. Во-первых, на сегодняшний день на российском рынке мелоксикам является единственным селективным ингибитором циклооксигеназы-2 в инъекционной форме. Во-вторых, результаты многих клинических исследований свидетельствуют о достаточно низкой частоте развития побочных явлений мелоксикама и достаточной эффективности в лечении болей в нижней части спины [10, 11, 12, 13, 14]. В-третьих, одним из осложнений при локальном введении нестероидных противовоспалительных препаратов является местное раздражение и очаговый некроз тканей, подтвержденное повышением уровня креатинфосфокиназы. Ни в исследованиях на добровольцах, ни в клинических исследованиях повышения креатинфосфокиназы, изофермента, специфического для скелетных мышц, после внутримышечного введения мелоксикама отмечено не было [15]. Данный препарат не вызывает местного раздражения и очагового некроза тканей, что представляет несомненное значение при введении препарата в триггерные зоны.

Материалы и методы

С целью изучения эффективности различных лечебных комплексов проведено рандомизированное контролируемое клиническое исследование. Обследованные 84 пациента распределялись по группам с помощью генератора случайных чисел, при этом в группах не отмечалось существенных различий по профессиональному составу, возрасту, сопутствующей патологии, которые могли влиять на исход заболевания.

Обязательным критерием включения являлось наличие нижнепоясничного болевого синдрома. Критериями исключения являлись непереносимость мелоксикама, наличие «аспириновой триады», язвенная болезнь желу-

да и/или 12-перстной кишки в стадии обострения, клинически значимые нарушения функции печени или почек, а также беременность и кормление грудью.

Продолжительность болевого анамнеза, а также обострения в исследуемых группах были сопоставимы ($p > 0,05$)

В 1-ю группу был включен 21 пациент, которым вводился мовалис в триггерные точки по 15 мг/1,5 мл ежедневно в течение трех суток с последующим назначением таблетированной формы 15 мг ежедневно в течение 20 суток. Наиболее часто триггерные зоны локализовались у гребня подвздошной кости (место прикрепления средней ягодичной мышцы), в проекции крестцово-подвздошного сочленения, паравертебрально.

Во 2-ой группе (21 человек) пациентам проводилось внутримышечное введение мовалиса по 15 мг/1,5 мл (1 ампула) ежедневно в течение трех суток с последующим назначением таблетированной формы 15 мг ежедневно в течение 20 суток.

В 3-ю группу было включено 20 пациентов, которым вводился амелотекс в триггерные точки по 15 мг/1,5 мл ежедневно в течение трех суток с последующим назначением таблетированной формы 15 мг ежедневно в течение 20 суток.

В 4-ю группу было включено 22 пациента, которым вводился амелотекс внутримышечно по 15 мг/1,5 мл ежедневно в течение трех суток с последующим назначением таблетированной формы 15 мг ежедневно в течение 20 суток. Все больные также получали массаж пояснично-крестцовой области, лечебную физкультуру по стандартным методикам.

Оценка эффективности лечения проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (Quadruple Visual Analogue Scale), шкале пятибалльной оценки вертеброневрологической симптоматики [16]. Динамика самочувствия больных оценивалась до лечения, после первого и третьего дня и после завершения курса лечения. До и после лечения использовался Освестровский опросник нарушений жизнедеятельности при болях в нижней части спины (по J. Fairbank, 1980), опросник Мак-Гилла.

Обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Primer of Biostatistics 4.03 («БИОСТАТ») общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

По визуально-аналоговой шкале начальный уровень выраженности болевого синдрома был сопоставим в группах. Достоверное уменьшение интенсивности болевого синдрома отмечено с первого дня лечения во всех четырех группах ($p < 0,05$). Более выраженный анальгетический эффект отмечался после третьего дня лечения также во всех трех группах (рис.1).

Оценка состояния пациентов по шкале пятибалльной оценки неврологической симптоматики по объему движений и нейродистрофическому синдрому выявила положительную динамику во всех группах. Суще-

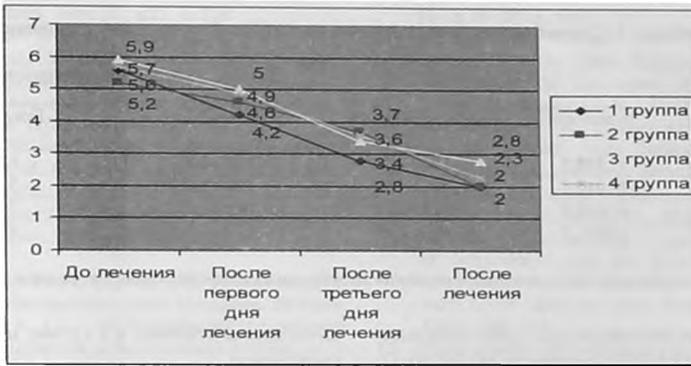


Рис. 1. Динамика болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале



Рис. 2. Динамика объема движений

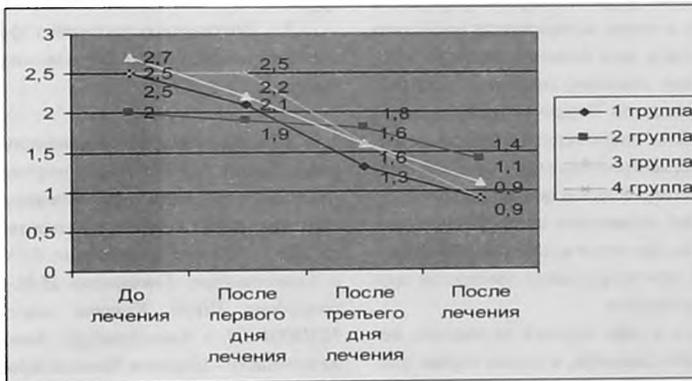


Рис. 3. Динамика нейродистрофического синдрома

ственное улучшение показателей объема движений отмечалось в первой и третьей группах уже с первого дня лечения, во второй и четвертой группах с третьего дня лечения ($p < 0,05$) (рис.2), хотя изначально в первой и третьей группах уровень ограничения движений и показатель нейродистрофического синдрома были выше, чем во второй и четвертой ($p < 0,05$). К концу лечения улучшение объема движений достоверно ($p < 0,05$) отмечено во всех четырех группах. После завершения курса лечения снижение показателей выраженности нейродистрофического (миофасциального) синдрома в первой и третьей группах имели достоверные отличия ($p < 0,05$), а во второй и

четвертой группах имела место тенденция к уменьшению степени нейродистрофических проявлений (рис.3). Положительная динамика по показателю «корешковый синдром» отмечена во всех четырех группах с третьего дня лечения ($p < 0,05$). Динамики по сколиозу не отмечено ни в одной из групп ($p > 0,05$).

При оценке эффективности лечения по Мак-Гилловскому опроснику, детализирующему интенсивность и характер болевых ощущений, выявлено, что сумма рангов и число слов дескрипторов в группах до лечения сопоставимы (табл. 1). Достоверное улучшение по сумме рангов отмечается во всех группах, но во вто-

Таблица 1. Оценка эффективности лечения по Мак-Гилловскому опроснику

Группы	Сумма рангов		Число слов- дескрипторов	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
1 группа	31,1±2,2	17,8±2,3*	13,8±0,8	8,9±1,0*
2 группа	29,0±2,8	8,6±1,7*	13,4±1,1	5,5±1,0*
3 группа	35,0±2,1	11,8±2,2*	14,6±1,0	7,5±0,9*
4 группа	30,0±1,7	12,7±2,9*	13,1±1,2	8,0±1,1*

Примечание. * - статистически значимые различия между показателями по дням лечения в группе ($p < 0,05$)

рой группе (8,6±1,7) и третьей (11,8±2,2) оно более выражено, чем в первой (17,8±2,3) и четвертой (12,7±2,9). По количеству слов-дескрипторов достоверное улучшение наблюдается во всех четырех группах.

При оценке эффективности лечения по Oswestry-опроснику, оценивающему качество жизни пациентов, получены достоверные различия во всех четырех группах ($p < 0,05$). Более выражено в первой группе 42,0±2,6 до и 28,1±2,7 после лечения ($p < 0,05$), третьей группе 44,7±2,8 до и 24,6±2,4 после лечения ($p < 0,05$), четвертой группе 40,4±2,2 до и 22,9±2,4 после лечения ($p < 0,05$). Менее выражено улучшение во второй группе до и после лечения (30,1±2,4 и 19,6±2,0 соответственно).

При ведении мелоксикама как в триггерные зоны, так и внутримышечно не было отмечено местных побочных явлений. При анализе динамики КФК выявлено, что в первой группе в пяти случаях имело место повышение КФК после блокад, но в пределах диапазона нормы. Во второй группе повышение фермента зарегистрировано в трех случаях, и лишь в одном концентрация превысила норму. В первой группе у двух больных отмечалось повышение артериального давления, диспепсические расстройства – у двух пациентов. В одном случае отмечено появление головной боли после первой блокады мелоксикамом, тем не менее, лечение было продолжено и в последствии головные боли у больной не повторялись.

Во второй группе: повышение артериального давления у двух больных, диспепсические расстройства – двух. В одном случае зарегистрировано обострение хронического эрозивного гастрита.

В третьей группе в двух случаях отмечалось повышение артериального давления, в одном случае диспепсические проявления. Превышение фермента КФК

выше нормы отмечено в 1 случае, и в двух повышено трансаминаз.

В четвертой группе в трех случаях отмечено повышение КФК, трансаминазы повышались в двух случаях. Колебания артериального давления и диспепсия встречались единично.

Выводы

1. Предложенные методы введения препаратов мелоксикама в триггерные зоны при нижнепоясничном болевом синдроме показали достоверную эффективность уже с первого дня лечения, более выраженный эффект наблюдался после третьего дня лечения.

2. При ведении мовалис и амелотекса как в триггерные зоны, так и внутримышечно не было отмечено местных побочных явлений. Количество больных с диспепсическими расстройствами и кратковременным повышением артериального давления были сопоставимы в группах.

3. Достоверных различий в эффективности и безопасности предложенных форм мелоксикама выявлено не было. ■

Шировов Василий Афонасьевич – д.м.н., профессор, руководитель НПО «Клиника неврологии» ФБУН ЕМНЦ ПОЗРПП, г. Екатеринбург; Потатурко Алексей Владимирович – к.м.н. заведующий неврологическим отделением НПО «Клиника неврологии» ФБУН ЕМНЦПОЗРПП, г. Екатеринбург; Гончаренко И.М. – младший научный сотрудник НПО «Клиника неврологии» ФБУН ЕМНЦПОЗРПП, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Шировов Василий Афонасьевич, 620014, г. Екатеринбург, ул. Московская, 12.

Литература:

1. Павленко С.С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клинико-диагностическая классификация, современные направления в диагностике, лечении и стандартизации медицинской помощи): руководство / С.С. Павленко. – Новосибирск: Сиб-медиздат НГМУ, 2007. – 172 с.
2. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). Казань, 1997.
3. The low back pain. Handbook. A Guide for the Practicing Clinician. Second Edition. Edited by Andrew J. Cole, M.D., F.A.C.S.M., Stanley A. Herring, M.D., F.A.C.S.M.
4. Трэвелл и Симонс. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам. В 2 томах // Симонс Д.Г., Трэвелл Ж.Г., Симонс Л.С.: Пер. с англ. – 2-е изд., переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 2005. – 1192 с.: ил.
5. Широков В.А. Спондилоартроз: патогенез и лечение болевого синдрома/Эффективная фармакотерапия, ч1, 2014 с. 8 – 12.
6. Андреев А.В., Громова О.А., Скоромец А.А. Применение миокалловых блокад в лечении спондилогенных поясничных болевых синдромов. Результаты двойного слепого исследования. Русский медицин-

- ский журнал 2002, том 10, ц21, с 1-4.
7. DG Borenstein. George Washington University Medical Center, Washington, DC 20006, USA. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*, March 1, 1999; 11(2): 151-157.
 8. B.W. Koes, M.W. van Tuijter, S. Thomas. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332; 1430-1434
 9. WHO. Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. – Geneva, 1999.
 10. Алексеев В.В., Подчуфарова Е.В. Мелоксикам в лечении люмбаго и люмбагоидного синдрома. Патогенез 2005, том 3, ц1, с 59. Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. Актуальные вопросы острой и хронической боли. Тезисы докладов. Часть 1. Самара 28-30 июня 2005 г.
 11. Бадочкин В.В. Переносимость и безопасность мелоксикама. *Русский медицинский журнал* 2007, том 15, ц 26 (307), 2037-2041
 12. Одинак М.М., Емелин А.Ю. Применение мовалиса в лечении дорсопатий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2004; 104: 12: 29-32.
 13. Bosch H., Sigmund R., Hettich M. Efficacy and tolerability of intramuscular and oral meloxicam in patients with acute lumbago: comparison with intramuscular and oral piroxicam. *Curr. Med. Res. Opinion*. 1997;14(1): 29-38.
 14. Colberg K., Netting M., Sigmund R. et al. The efficacy and tolerability of an 8-day administration of intravenous and oral meloxicam: a comparison with intramuscular and oral diclofenac in patients with acute lumbago. *Curr. Med. Res. Opinion*. 1996, 13(7), 363-377.
 15. Цветкова Е.С. Мелоксикам: применение внутримышечной формы в ревматологии. *Терапевтический архив* 2003, 8, 96-97
 16. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: под ред. А.Н. Беловой, О.И. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002 г. – 440 с.