

Об эффективности введения мовалиса в триггерные зоны в комплексном лечении спондилогенного люмбоишиалгического синдрома

В. А. Широков, А. В. Потатурко, Я. Ю. Захаров

ФГУН Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны рабочих промышленных предприятий Роспотребнадзора; ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Приведены результаты оценки эффективности и безопасности введения мовалиса (мелоксикама) в триггерные зоны при вертеброгенном люмбоишиалгическом синдроме. Пролечено 94 больных, рандомизированных в три группы. Пациенты первой группы получали три инъекции мовалиса в триггерные зоны, вторая группа — три внутримышечные инъекции с последующим приемом таблеток по 15 мг/сут. Третья группа — контрольная. Оценка эффективности лечения проводилась по визуально-аналоговой шкале, шкале пятибалльной оценки вертеброневрологической симптоматики, Освестровскому опроснику нарушений жизнедеятельности при болях в нижней части спины, опроснику Мак-Гилла, стимуляционной ЭНМГ. У больных получавших мовалис в триггерные зоны и внутримышечно не отмечалось местных побочных эффектов. Аналгетический эффект после 3-х кратной инъекции в триггерные зоны был более выраженный, чем при внутримышечном введении. Эффективность лечения после проведенного курса лечения была выше в первой группе и составила 75,6%, во 2-ой группе — 64,3%, в 3-ей группе — 33,3%.

Ключевые слова: люмбоишиалгический синдром, мовалис, триггерные зоны.

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, межпозвонковых (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 Симонса и Тревелла, по определению которых «миофасциальная боль — это локальная 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. Вос-

В. А. Широков — д. м. н., профессор кафедры нервных болезней с курсом нейрохирургии, мануальной терапии и рефлексотерапии;

Я. Ю. Захаров — к. м. н., ассистент кафедры восстановительной медицины ФПК и ПП УГМА, зав. реабилитационным отделением ГКБ №41;

А. В. Потатурко — врач неврологического отделения Екатеринбургского медицинского научного центра профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий.

производимость 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 изучить воздействие на триггерные точки инъекциями селективного ингибитора циклооксигеназы-2 мелоксикама (мовалиса) при лечении люмбаго-ишиалгического синдрома. Этот препарат был выбран по ряду причин. Во-первых, на сегодняшний день на российском рынке мовалис является единственным селективным ингибитором циклооксигеназы-2 в инъекционной форме. Во-вторых, результаты многих клинических исследований свидетельствуют о достаточно низкой частоте развития побочных явлений мовалиса 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.

Материал и методы

С целью изучения эффективности различных лечебных комплексов проведено рандомизированное контролируемое клиническое исследование. Обследованные 94 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 болевого люмбаго-ишиалгического синдрома. Критериями исключения являлись непереносимость мелоксикама, наличие «аспириновой триады», язвенная болезнь желудка 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 люмбаго и люмбаго-ишиалгии в исследуемых группах были сопоставимы ($p > 0,05$) (табл. 1).

В 1-ю группу (основную) было включено 45 пациентов, 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 (28 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 (контрольную) было включен 21 пациент, которые не принимали мовалис и/или другие нестероидные противовоспалительные препараты. 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. Для изучения функционального состояния нервов был использован метод стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ). Исследование проводилось по общепринятой методике на аппарате «Нейрон-Спектр-4» фирмы «Нейрософт» г. Иваново. Анализировались показатели М-ответа и скорость проведения импульса (СПИ) до и после лечения.

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, хотя в первой группе был несущественно выше. Достоверное уменьшение интенсивности болевого синдрома отмечено с первого дня лечения в первой и второй группах ($p < 0,05$). Более выраженный анальгетический эффект отмечался после третьей инъекции мовалиса в триггерные зоны по сравнению с внутримышечным введением. Улучшение в третьей группе отмечено с третьего дня лечения. К концу курса лечения показатели выраженности болевого синдрома в первой и второй группах выравнивались (рис. 1), имея достоверные различия в сравнении с третьей группой.

Оценка состояния пациентов по шкале пятибалльной оценки неврологической симптоматики по объему движений и нейроdistрофическому синдрому выявила положительную динамику во всех группах. Существенное улучшение показателей объема движений отмечалось в первой группе уже с первого дня лечения, во второй и третьей группах с третьего дня лечения ($p < 0,05$) (рис. 2), хотя изначально в первой группе уровень ограничения движений и показатель нейроdistрофического синдрома были выше, чем во второй и третьей ($p < 0,05$). К концу лечения улучшение объема движений более выражено в первой группе. После завершения курса лечения снижение

показателей выраженности нейроdistрофического (миофасциального) синдрома в первой группе имели достоверные отличия ($1,0 \pm 0,1$) ($p > 0,05$), а во второй ($1,4 \pm 0,2$) и третьей ($1,6 \pm 0,3$) группах имело место тенденция к уменьшению степени нейроdistрофических проявлений (рис. 3). Положительная динамика по показателю «корешковый синдром» отмечена в первой и второй группе с третьего дня лечения ($p < 0,05$). В третьей группе достоверной разницы до и после лечения не выявлено ($p > 0,05$). 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. 2). Достоверное улучшение по сумме рангов отмечается во всех группах, но во второй группе ($8,6 \pm 1,7$) оно более выражено, чем в первой ($17,8 \pm 2,3$) и третьей ($17,3 \pm 2,6$). По количеству слов-дескрипторов достоверное улучшение наблюдается в первой ($8,9 \pm 1,0$) и более во второй группе ($5,5 \pm 1,0$).

При оценке эффективности лечения по островковскому опроснику, оценивающему качество жизни пациентов, получены достоверные различия во всех группах ($p < 0,05$). Улучшение отмечено во всех трех группах, но более выражено в первой группе $42,0 \pm 2,6$ до и $28,1 \pm 2,7$ после лечения ($p < 0,01$). Менее вы-

Таблица 1. Продолжительность болевого синдрома в изучаемых группах

Группы	Длительность боли в пояснице, лет	Длительность люмбоишалгии, лет	Длительность обострений, мес
1 группа	$12,4 \pm 1,6$	$4,1 \pm 0,8$	$1,4 \pm 0,2$
2 группа	$12,3 \pm 2,4$	$4,5 \pm 1,2$	$1,4 \pm 0,2$
3 группа	$12,9 \pm 1,9$	$5,6 \pm 1,8$	$1,7 \pm 0,3$

Таблица 2. Оценка эффективности лечения по Мак-Гилловскому опроснику

Группы	Сумма рангов		Число слов-дескрипторов	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1 группа	$31,1 \pm 2,2$	$17,8 \pm 2,3^*$	$13,8 \pm 0,8$	$8,9 \pm 1,0^*$
2 группа	$29,0 \pm 2,8$	$8,6 \pm 1,7^*$	$13,4 \pm 1,1$	$5,5 \pm 1,0^*$
3 группа	$24,2 \pm 2,6$	$17,3 \pm 2,6^*$	$12,2 \pm 1,1$	$10,0 \pm 1,1$

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

Таблица 3. Эффективность лечения больных с люмбоишалгическим синдромом

Группы	Улучшение		Незначительное улучшение		Без динамики		Ухудшение		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1 группа	34	75,6	10	22,2	1	2,2	0	0	45	100
2 группа	18	64,3	7	25,0	3	10,7	0	0	28	100
3 группа	7	33,3	9	42,9	4	19,0	1	4,8	21	100

Рисунок 1. Динамика болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале

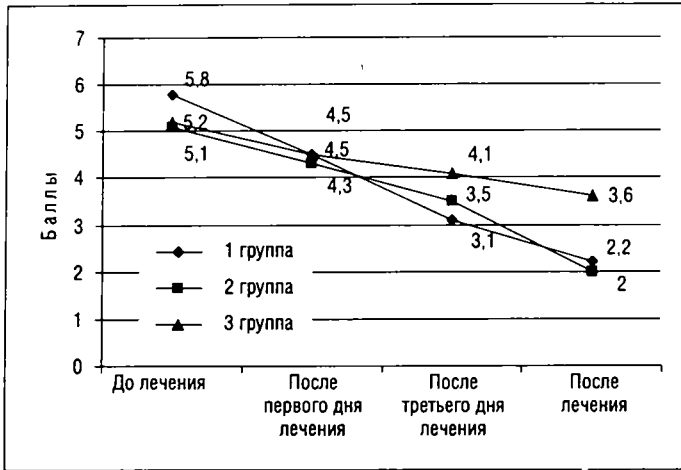


Рисунок 2. Динамика объема движений

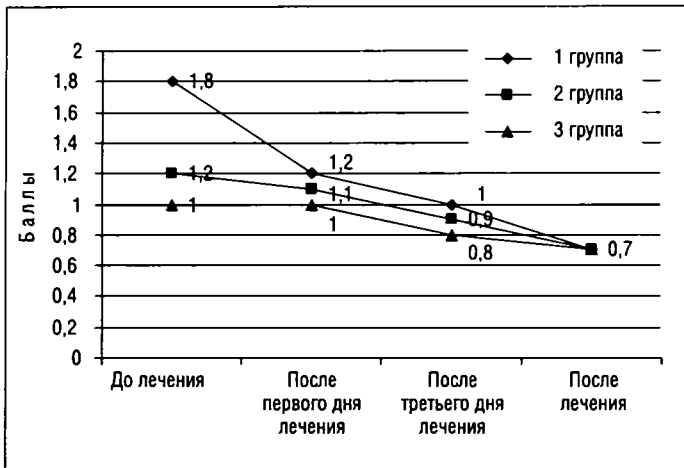
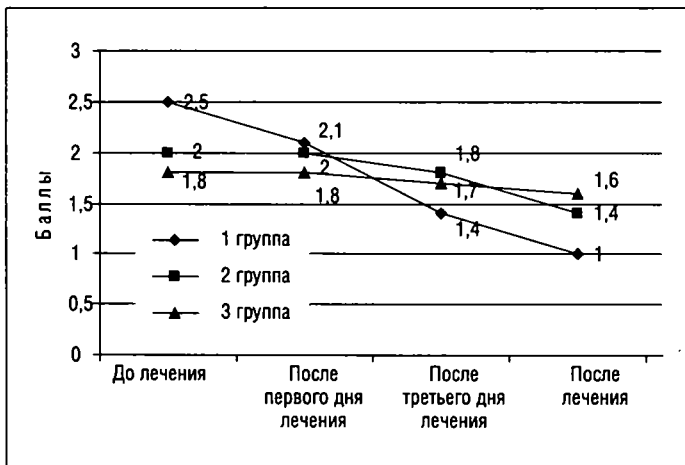


Рисунок 3. Динамика нейродистрофического синдрома



ражено улучшение во второй группе до и после лечения ($30,1 \pm 2,4$ и $19,6 \pm 2,0$ соответственно) и в третьей — до ($31,6 \pm 3,6$) и после ($23,4 \pm 3,3$) лечения.

При проведении электронной-ромиографии анализировались показатели М-ответа и скорость проведения импульса (СПИ). У 38 (84,4%) человек в первой группе, 26 (92,9%) человек во второй и 16 (76,2%) были обнаружены изменения: при исследовании мышц ног снижение амплитуды ЭМГ и единичные потенциалы фасцикуляций, а также снижение СПИ и увеличение латентного периода М-ответа. Положительная динамика — повышение СПИ и уменьшение латентности М-ответа отмечалась у 20 больных (44,4%) в первой группе, 7 (25,0%) во второй и 9 (42,9%) в третьей группах. Динамики СПИ и М-ответа не наблюдалось у 6 больных (13,3%) в первой группе, 9 (32,1%) и 6 (28,6%) во второй и третьей группах соответственно. Отрицательная динамика, т.е. снижение СПИ и увеличение латентного периода М-ответа было у 1 больного (2,2%) в первой группе, у 2 (7,1%) во второй и 3 (14,3%) в третьей группах.

В понятие «улучшение» мы включали положительную динамику неврологической симптоматики, улучшение по ВАШ, Мак-Гилловскому и Освестровскому опросникам. Более высокий эффект от лечения отмечен в первой группе (75,6%), затем во второй группе (64,3%), в третьей всего лишь в 33,3% случаев (табл. 3). «Незначительное улучшение» — улучшение по ВАШ, Мак-Гилловскому и Освестровскому опросникам, но отсутствие неврологической динамики. Незначительное улучшение в первой и второй группах одинаково (22,2% и 25,0% соответственно), оно более выражено в третьей группе (42,9%). Отсутствие динамики по опросникам и неврологической симптоматике после проведенного курса лечения

чаще имело место во второй и третьей группах (10,7% и 19,0% соответственно), реже в первой — (2,2%). В третьей группе в одном случае (4,8%) отмечена отрицательная неврологическая динамика, что потребовало корректировки и продолжении лечения.

При ведении мовалиса как в триггерные зоны, так и внутримышечно не было отмечено местных побочных явлений. В первой группе у двух (4,4%) больных отмечалось повышение артериального давления. Диспепсические расстройства — у двух (4,4%). В одном случае (2,2%) отмечено появление головной боли после первой блокады мовалисом, тем не менее, лечение было продолжено и в последствии головные боли у больной не повторялись.

Во второй группе: повышение артериального давления у двух (7,1%) больного, диспепсические расстройства — двух (7,1%). В одном случае (3,6%) зарегистрировано обострение хронического эрозивного гастрита. В третьей группе в одном случае наблюдались спонтанная головная боль и тошнота.

Таким образом, улучшение субъективных показателей и результатов клинико-инструментального обследования после проведенного курса лечения в 1-ой группе составило 75,6%, во 2-ой группе — 64,3%, в 3-ей группе — 33,3%. При этом более выраженный анальгезирующий эффект отмечался после 3-ей инъекции мовалиса в триггерные зоны, но к окончанию курса лечения эффективность, оцениваемая по визуально-аналоговой шкале, в обеих группах была сопоставима.

Выводы

1. Эффективность лечения после проведенного курса лечения по показателям визуально-аналоговой шкалы, Освестровского опросника и пятибалльной шкалы оценки вертеброневрологической симптоматики была выше в первой группе и составила 75,6%, во 2-ой группе — 64,3%, в 3-ей группе — 33,3%.

2. Анальгетический эффект после 3-х кратной инъекции мовалиса в триггерные зоны был более выраженный, чем при внутримышечном введении, но к окончанию курса лечения эффективность, оцениваемая по визуально-аналоговой шкале, в обеих группах была сопоставима.

3. При ведении мовалиса 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 первой и второй группах.

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: Сибмедиздат НГМУ, 2007; 172.
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. Многофасциальные 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: ил.
5. Широков В. А. Диагностический алгоритм при боли в области плечевого пояса. Вертеброневрология. 2002; 1-2: 111-114.
6. Андреев А. В., Громова О. А., Скоромец А. А. Применение миодикалмовых блокад в лечении спондилогенных поясничных болевых синдромов. Результаты двойного слепого исследования. Русский медицинский журнал 2002; 10: 21: 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; 3; 1; 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. Бадюкин В. В. Переносимость и безопасность мелоксикама. Русский медицинский журнал 2007; 15: 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.