

**А.А. Попов**

Кафедра внутренних  
болезней № 2 Уральской  
государственной  
медицинской академии,  
Российская Федерация

**Ключевые слова:** боль  
в нижней части спины,  
лечение, миорелаксанты,  
амбулаторная практика,  
Мидокалм.

## МЕСТО МИОРЕЛАКСАНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ\*

**Резюме.** Представлены основные принципы лечения при боли в нижней части спины в амбулаторной практике. Обоснована важная роль миорелаксантов центрального действия (толперизона гидрохлорид, Мидокалм) в комплексной фармакотерапии этих пациентов.

Боль в нижней части спины (БНЧС) определяется как боль, локализуемая между XII парой ребер и ягодичными складками. Распространенность БНЧС в общей популяции достигает 40–80%, при этом ежегодно около 5% населения впервые испытывают БНЧС. Чаще жалобы предъявляют мужчины в возрасте от 35 до 44 лет и женщины — от 25 до 34 лет. БНЧС занимает после респираторных заболеваний второе место по частоте среди причин обращения к врачу амбулаторной помощи: ею обусловлено 5% обращений в Австралии, 6,5% — в Великобритании. В США это основная причина временной нетрудоспособности лиц в возрасте моложе 45 лет. От 85 до 90% взрослых испытывали БНЧС хотя бы 1 раз в жизни, а 70% — хотя бы 1 раз по этой же причине были нетрудоспособны. Кроме того, каждый второй работающий человек в популяции испытывает БНЧС ежегодно. Несмотря на то что в 90% случаев БНЧС пациентов удается вернуть к труду в течение 3 мес, у многих сохраняются рецидивы симптомов, выраженное ограничение функции, существенное снижение качества жизни.

Хотя в большинстве случаев БНЧС не угрожает жизни пациента, любой эпизод подобной боли всегда требует тщательной дифференциальной диагностики, поскольку может быть первым клиническим проявлением ряда опасных заболеваний, требующих компетенции «узких» специалистов.

Ранее БНЧС считали проявлением пояснично-крестцового радикулита, поэтому эти больные лечились у невропатологов. Однако признаки поражения корешков при БНЧС выявляют лишь в 7–8% случаев. Учитывая, что в МКБ-10 обсуждаемая патология отнесена к классу XIII «Болезни костно-мышечной системы» (рубрики: M42 Остеохондроз позвоночника, M43 Спондилолиз и M54.5 Боль внизу спины), в настоящее время БНЧС относится к компетенции врача общей практики и ревматолога. Оптимальным в ведении пациентов с БНЧС было бы создание бригады специалистов с участием неврологов, ортопедов, травматологов, специалистов по лечебной физкультуре, механотерапии, мануальным техникам, организации и эргономике труда и быта.

\*Подготовлено по материалам публикации в «Consilium medicum», 2005, Т. 7, № 8., с. 684–686. Предоставлено представительством компании «Рихтер Гедеон рт.» в Украине.

По патогенезу БНЧС может быть первичной и вторичной, протекать остро (до 3 нед), подостро (до 3 мес) или хронически (более 3 мес).

Под первичным синдромом БНЧС подразумевают болевой синдром, главными причинами которого являются механические факторы: дисфункция мышечно-связочного аппарата, спондилез, грыжа межпозвонкового диска. К факторам риска относятся тяжелая однообразная физическая работа типа «тяги и толкай», с частыми наклонами и поворотами туловища; вибрация; статическая поза; стресс. Основными причинами вторичной БНЧС являются врожденные аномалии позвоночника (spina bifida, спондилолистез); переломы позвонков, протрузия и повреждение межпозвонковых дисков, анкилозирующий спондилоартрит и другие спондилоартропатии; метастазы опухолей в позвоночнике; опухоль «конского хвоста»; туберкулез и остеомиелит позвоночника, эпидуральный абсцесс, костная болезнь Педжета, несовершенный остеогенез, остеопороз и остеомаляция. БНЧС также может быть ведущим проявлением соматизированной депрессии и других психических заболеваний. Возможно развитие проекционной боли при язве или опухоли задней стенки желудка, панкреатите, кисте или опухоли поджелудочной железы, расслаивающейся аневризме брюшной аорты, опухолевых и воспалительных заболеваниях толстой кишки.

### ЛЕЧЕНИЕ

При вторичном характере БНЧС требуется лечение основного заболевания. Для уменьшения выраженности боли можно применять такие же подходы к лечению, как и при первичной БНЧС.

При первичном синдроме БНЧС необходимо устранить непосредственную причину, вызвавшую болевой эпизод. В дальнейшем программа лечения включает немедикаментозные и лекарственные методы.

На сегодня доказана неэффективность при БНЧС «чистых» анальгетиков (парацетамол), а также длительного постельного режима и сухого скелетного вытяжения.

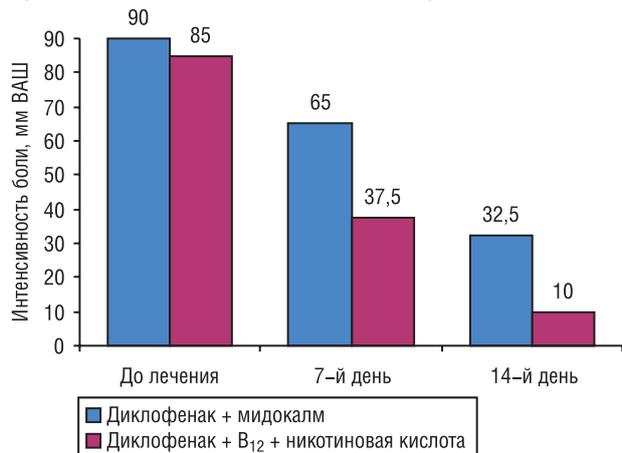
При острой интенсивной боли кратковременно используют неселективные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Эталонным препаратом этой группы является диклофенак (100–150 мг/сут) внутрь или ректально. Учитывая

риск развития кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при необходимости длительного приема НПВП, для применения в широкой амбулаторной практике рекомендуются препараты, преимущественно ингибирующие активность циклооксигеназы (ЦОГ)-2: мелоксикам (15 мг 1 раз в сутки) или нимесулид (100 мг 2 раза в сутки). Кроме того, разработаны специфические ингибиторы ЦОГ-2 (например целекоксиб, применяемый в дозе 100–200 мг 1 раз в сутки). Препараты доказали свою эффективность, сравнимую с неселективными НПВП, и более высокую безопасность в отношении ЖКТ при длительном лечении. При невозможности применения селективных ингибиторов ЦОГ-2 и у больных с высоким риском развития кровотечений НПВП назначают «под прикрытием» омепразола или фамотидина по 20–40 мг/сут.

**Центральные миорелаксанты** занимают важное место в лечении при БНЧС, особенно в тех случаях, когда имеются признаки миофасциального синдрома. Снижая патологический гипертонус мышц, они не только уменьшают выраженность боли и снижают потребность в НПВП, но значительно сокращают сроки нетрудоспособности. Из препаратов этой группы в амбулаторной практике наиболее безопасно применение толперизона гидрохлорида по 150–300 мг 2–3 раза в сутки внутрь или по 100 мг 1–2 раза в сутки внутримышечно. Выбор толперизона гидрохлорида для амбулаторной практики обусловлен благоприятным сочетанием эффективности и безопасности этого препарата. В отличие от других препаратов этой группы толперизон не вызывает головокружения, не влияет на скорость реакций и способность управлять транспортными средствами. Миорелаксанты применяют до купирования болевого эпизода, а затем отменяют. Миорелаксирующим эффектом обладают и бензодиазепиновые производные (например диазепам по 10–30 мг/сут).

Для оценки клинической и экономической целесообразности применения центральных миорелаксантов в лечении БНЧС в открытое рандомизированное интервенционное исследование на условиях информированного согласия были включены 25 женщин в возрасте от 40 лет до 61 года с жалобами на БНЧС, наблюдавшиеся у участкового врача городской поликлиники. Каждой участнице присваивали индивидуальный порядковый номер, рандомизацию проводили с помощью генератора случайных чисел. В 1-ю группу вошли 12 человек, получавших диклофенак-ретард 100 мг/сут и толперизона гидрохлорид (препарат Мидокалм «Гедеон Рихтер рт.») 450 мг/сут. Во 2-ю группу входили 13 человек, получавшие диклофенак, витамин В<sub>12</sub> (500 мкг) и никотиновую кислоту (0,2 г) внутримышечно. Приверженность лечению оценивали через 7 и 14 дней от начала терапии на основании ответов пациенток на вопрос о выполнении ими рекомендаций врача. Пациентки оценивали интенсивность боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Учитывали продолжительность пребывания на больничном листе. Прямые затраты на лечение рассчитывали на основании тарифов, утвержденных Управлением здравоохранения

г. Екатеринбурга (Российская Федерация) на 2000 г. и стоимости препаратов в аптеках — на основании представленных пациентками товарных чеков.



**Рисунок.** Динамика БНЧС на фоне лечения

Все вошедшие в 1-ю группу пациентки отмечали существенное уменьшение выраженности болевого синдрома в течение 1-й недели терапии, в то время как во 2-й группе редукция боли была менее выраженной (рисунок), и в 2 случаях больные в связи с прогрессированием симптомов радикулопатии были госпитализированы в стационар, в котором находились 10 дней.

Средний период пребывания на больничном листе составил 6,75 дня (от 4 до 8 дней) в 1-й группе. Во 2-й группе — 11 дней (от 7 до 21 дня). Группы достоверно различались по срокам нетрудоспособности ( $p=0$ ). Прямые затраты на лечение 1 пациентки 1-й группы составили 165,5±36,2 руб., 2-й группы — 455,76±38,52 руб. ( $p<0,001$ ). Приверженность лечению в 1-й группе была достоверно выше, чем во 2-й.

Таким образом, в группе амбулаторных больных с БНЧС включение в программу лечения центрального миорелаксанта толперизона гидрохлорида в дозе 450 мг/сут позволило улучшить непосредственные результаты лечения, уменьшить период нетрудоспособности, снизить стоимость лечения и повысить приверженность пациентов лечению.

Помимо миорелаксантов, при лечении миофасциального синдрома также необходимо воздействие на триггерные точки разогревающими мазями или перцовым пластырем. В тяжелых случаях применяют обкалывание триггерных точек 2% раствором лидокаина с гидрокортизоном или другим глюкокортикоидом. В первые 2–3 дня заболевания возможна также криотерапия с использованием мешочков со льдом, спрея или жидкого азота.

Лечение пациентов с хронической болью и профилактика обострений начинается с информирования больных.

**Информирование больных** включает освещение правил рационального поведения при БНЧС:

1. При обострении отдых в горизонтальном положении в течение не более 3–5 дней.
2. Ношение поясничных корсетов до полного купирования боли. Для профилактики обострений их используют при выполнении физической работы, переноске тяжестей.

3. Коррекция двигательных стереотипов: ношение удобной устойчивой обуви на низком каблучке, переноска грузов в рюкзаке, правильный подъем тяжестей с сохранением прямой спины (запрещается подъем тяжести из наклона вперед).

4. Отказ от курения и повышение рациональной двигательной активности.

5. Нормализация массы тела (как избыточной, так и недостаточной).

6. Лечебная физкультура: в острый период — статические упражнения, по мере уменьшения выраженности боли — упражнения лежа, занятия в бассейне, которые важны для поддержания упругости отделов позвоночника, силы мышц, выработки правильного стереотипа движений поясницы и тазового пояса при приседаниях на корточки, наклонах и подъеме тяжестей. Индивидуальную программу разрабатывает физиотерапевт. Для снижения нагрузки на задние фасеточные суставы и раскрытия межпозвоночных отверстий показаны упражнения на сгибание. При дегенеративных процессах в межпозвоночных дисках, грыжах дисков назначают упражнения на разгибание.

7. Обучение методикам преодоления стресса (аутотренинг, индивидуальная и групповая позитивная психотерапия и др.).

#### **Медикаментозная терапия при хроническом течении БНЧС**

В случае хронического течения БНЧС длительно применяют НПВП, отдавая предпочтение селективным и специфическим ингибиторам ЦОГ-2. Для снижения потребности в НПВП целесообразно при первых признаках обострения назначить центральные миорелаксанты, самым безопасным из которых является толперизон гидрохлорид.

Для профилактики обострений первичной БНЧС также применяют гликозаминогликаны: хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат. Гликозаминогликаны способствуют улучшению состава внутрисуставной жидкости и качества суставного хряща как в межпозвоночных суставах, так и межпозвоночных дисков.

Хронический болевой синдром при БНЧС часто обуславливает развитие соматогенной депрессии. С другой стороны, среди пациентов с БНЧС не менее  $\frac{1}{3}$  составляют лица с соматизированной (маскированной) депрессией, у которых не удается выявить признаков поражения межпозвоночных дисков, межпозвоночных суставов при рентгенологическом обследовании и магнитно-резонансной терапии. Лечение этих пациентов без применения антидепрессантов бесперспективно. В общей практике для терапии соматогенных и соматизированных депрессий необходимо применять наиболее безопасные и эффективные препараты первого ряда группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина: циталопрам, пароксетин и др., а также атипичные антидепрессанты. Лечение антидепрессантами необходимо проводить в течение не менее 2–3 мес. Применение препаратов первого ряда и мощных антидепрессантов второй линии в более высоких дозах возможно только под контролем психиатра.

Хирургическое лечение при БНЧС применяют редко. Показанием для операции является в первую очередь сдавление спинного мозга опухолью или грыжей межпозвоночного диска, межпозвоночного диска с появлением симптомов выпадения функции. Реже поводом для операции служит упорная интенсивная боль, не поддающаяся консервативному лечению. Вопрос о хирургическом лечении решается совместно терапевтами, ревматологами, неврологами, нейрохирургами, ортопедами.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

**Алгоритм обследования при боли в пояснице** (2000) *Consilium Medicum*, 2 (12):

**Мерта. Дж.** (1998) Справочник врача общей практики: Пер. с англ. Москва.

**Уильямс Д.К.** (Williams D.C.) (1999) Клинический подход к пациенту с болями в шее и пояснице. *Вест С.Дж. Секреты ревматологии*: Пер. с англ. БИНОМ – Невский Диалект. Москва, Санкт-Петербург, 495–502.

**Шостак Н.А.** (2001) Диагностика и лечение болей в нижней части спины. *Науч.- практ. ревматол.*, 4: 55–61.

**Шостак Н.А., Шеметов Д.А.** (2001) Эффективность и переносимость мелоксикама (мовалиса) при синдроме боли в нижней части спины в сравнении с диклофенаком. *Науч.-практ. ревматол.*, 1: 63–67.

**Borenstein D.G., Wiesel S.W.** (1989) *Low back pain*. Philadelphia, W.B. Saunders.

**Patel A.T., Ogle A.A.** (2000) *Diagnosis and Management of Acute Low Back Pain*. *Am Fam Physician*, 61: 1779–1786, 1789–1790.

#### **МІСЦЕ МІОРЕЛАКСАНТІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ДІЇ В ЛІКУВАННІ ПРИ БОЛЮ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ**

**А.А. Попов**

**Резюме.** *Наведено основні принципи лікування при болю в нижній частині спини в амбулаторній практиці. Обґрунтовано важливу роль міорелаксантів центральної дії (толперизону гідрохлорид, Мідокалм) у комплексній фармакотерапії цих пацієнтів.*

**Ключові слова:** біль у нижній частині спини, лікування, міорелаксанти, амбулаторна практика, Мідокалм.

#### **THE PLACE OF CENTRALLY ACTING RELAXANTS IN THE TREATMENT OF LOW BACK PAIN IN OUT-PATIENT PRACTICE**

**A.A. Popov**

**Summary.** *Main principles of treatment of low back pain in the out-patient practice are presented. It was proved the important role of centrally acting relaxants (tolperison hydrochloride, Mydocalm) in complex pharmacotherapy of such patients.*

**Key words:** low back pain, treatment, muscle relaxants, out-patient practice, Mydocalm. □

#### **Адрес представительства:**

01054, Киев, ул. Тургеневская, 17Б  
Тел.: (044) 492-99-11, 492-99-19  
E-mail: ukraine@richter.kiev.ua