

В нашем исследовании паксил продемонстрировал хорошую переносимость (рис. 4). Побочные эффекты обычно наблюдались у пациентов, впервые обратившихся к психиатру и не принимавших ранее более «тяжелых» психотропных средств. Такие симптомы, как сухость во рту, сонливость, тошнота, тремор рук, потливость, отмечались на 1-й неделе терапии, потом постепенно исчезали. Наиболее частым побочным действием паксила в нашем исследовании у пациентов-мужчин были жалобы на эректильную дисфункцию, которые, как правило, исчезали после завершения курса лечения и отмены препарата.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о достаточно высокой эффективности паксила при ле-

чении депрессивных расстройств у мужчин пожилого возраста. Особенностью клинического эффекта препарата является относительно быстрое и равномерное воздействие практически на все симптомы депрессии, включая гипотимию, двигательную и ассоциативную заторможенность, апатию, ангедонию и тревожно-фобическую симптоматику. Сочетание тимоаналептического, легкого стимулирующего и анксиолитического действия при незначительных побочных явлениях делают паксил привлекательным для использования при депрессиях различного генеза: эндогенных, психогенных, органических, инволюционных, включая купирующую и поддерживающую терапию, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kay D.W., Beamish P., Roth M. Old age mental disorders in Newcastle Upon Tyne, Part 1: a study of prevalence. *British J Psychiatr* 1964;110:146—58.
2. Copeland J.R.M., Beekman A.T.F., Dewey M.E. et al. Depression in Europe: geographical distribution among older people. *British J Psychiatr* 1999;174:312—21.
3. Mayou R., Hawton K. Psychiatric morbidity in the general hospital. *British J Psychiatr* 1986;149:172—90.
4. Katona C.L.E. *Depression in Old Age*. Chichester: John Wiley, 1994.
5. Robert R.E., Kaplan G.A., Shema S.J. et al. Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatr* 1997;154:1384—90.
6. Kennedy G.J., Kelman H.R., Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability. *J Com Health* 1990;15:93—104.
7. Blazer D.G. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol* 2003;58A:249—65.
8. Alexopoulos G.S. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365(9475):1961—70.
9. Baldwin R.C. *Depression in later life*. Oxford: University press, 2010; 118 p.
10. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Гонч Е.М. Опыт применения сульпирида при эндогенных депрессивно-ипохондрических расстройствах непсихотического уровня. *Неврол психиатр психосом* 2011;4:69—72.
11. Evans M.E., Copeland J.R.M., Dewey M.E. Depression in the elderly in the community: effect of physical illness and selected social factors. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:787—95.
12. Katona C.L.E., Manela M., Livingston G. Comorbidity with depression in older people: the Islington Study. *Aging Ment Health* 1997;1:57—61.
13. Livingston G., Hawkins A., Graham N. et al. The Gospel Oak Study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychol Med* 1990;20:137—46.
14. Forsell Y., Jorm A.F., Winblad B. Association of age, sex, cognitive dysfunction and disability with major depressive symptoms in an elderly depressive sample. *Am J Psychiatry* 1994;151:1600—4.
15. Fenton F.R., Cole M.G., Engelsman F. et al. Depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:279—84.
16. Beekman A.T.F., Kriegsman D.M.W., Deeg D.J.H. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:32—8.
17. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. М.: Медицина, 1968; 269 с.
18. Thomas D.R., Nelson D.R., Johnson A.M. Biochemical effects of antidepressant paroxetine, a specific 5-hydroxytryptamine uptake inhibitor. *Psychopharmacol* 1987;93:193—200.
19. Tulloch I.F., Johnson A.M. The pharmacologic profile of paroxetine, a new selective serotonin reuptake inhibitor. *J Clin Psychiatr* 1992;53(Suppl. 2):7—12.
20. Bignmini A., Rapisarda V. A double-blind multicentre study of paroxetine and amitriptyline in depressed outpatients. *Int Clin Psychopharmacol* 1992;6(Suppl. 4):37—41.
21. Мосолов С.Н., Смудевич А.Б., Григорьевских В.С. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата паксил (пароксетин) при умеренной и тяжелой депрессии. В сб.: Новые достижения в терапии психических заболеваний. Под ред. С.Н. Мосолова. М., 2002; 266—77.
22. Anderson I.M., Tomenson B.M. The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression: a meta-analysis against tricyclic antidepressants. *J Psychopharmacol* 1994;8:238—49.
23. Dunbar G.C., Cohn J.B., Fabre L.F. et al. A comparison of paroxetine, imipramine, and placebo in depressed out-patients. *Br J Psychiatr* 1991;159:394—8.
24. Linc C., Dunbar G.C. An overview of studies comparing the efficacy, safety and tolerability of paroxetine and tricyclic antidepressants. *Nord J Psychiatr* 1992;46(Suppl. 27):17—22.
25. Montgomery S.A., Kasper S. Comparison of compliance between serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; (Suppl. 4):33—40.
26. Stoth P., Blagden M.D., Aitken C.A. Depression and associated anxiety in primary care: a double-blind comparison of paroxetine and amitriptyline. *Eur Neuropsychopharmacol* 1993;3:324—5.
27. Trivedi M.N., Pigotti T.A., Perera P. et al. Effectiveness of low doses of paroxetine controlled release in the treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatr* 2004;65(Suppl. 10):1356—64.
28. Kiev A. A double-blind placebo-controlled study of paroxetine in depressed outpatients. *J Clin Psychiatr* 1992;53(Suppl. 2):27—9.
29. Rickels K., Amsterdam J., Clary C. et al. The efficacy and safety of paroxetine compared with placebo in outpatients with major depression. *J Clin Psychiatr* 1992;53(Suppl. 2):31—1.
30. Roose S.P., Schatzberg A.F. The efficacy of antidepressants in the treatment of late-life depression. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25:S1—S7.

О.Н. Герасимова¹, В.А. Парфенов²

¹Поликлиника № 6 ЗАО «Медицинские услуги»,

²Кафедра нервных болезней ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Клинический опыт применения мелоксикама (Мовалис®) при неспецифической боли в спине и радикулопатии

Представлен клинический опыт лечения 280 пациентов (115 мужчин и 165 женщин, средний возраст — 47,1±13,3 года) с острой и хронической неспецифической болью в спине или радикулопатией. Всем пациентам назначали Мовалис® (внутримышечные инъек-

ции и/или прием внутрь в дозе 15 мг). Большинство пациентов получали миорелаксанты, при радикулопатии — лирику, мильгамму или другие препараты витамина В. Длительность лечения в группе пациентов с острой болью в спине составила в среднем $12,1 \pm 5,2$ дня, с подострой и хронической болью — соответственно $17,1 \pm 5,7$ и $18,0 \pm 7,9$ дня. У большинства пациентов (96,4%) наблюдался полный регресс боли или ее существенное уменьшение (до 1–2 баллов по визуальной аналоговой шкале). Отмечены хорошая переносимость терапии Мовалисом® и низкая частота побочных эффектов (1,8%), которые носили преходящий характер и не требовали дополнительного лечения. Положительный эффект при ведении пациентов с болью в спине (особенно подострой и хронической) во многом был связан с применением элементов рациональной психотерапии и лечебной гимнастики.

Ключевые слова: острая и хроническая неспецифическая боль в спине, дискогенная радикулопатия, нестероидные противовоспалительные препараты, Мовалис® (мелоксикам).

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов vladimirparfenov@mail.ru

Clinical experience with meloxicam (Movalis®) in nonspecific back pain and radiculopathy

O.N. Gerasimova¹, V.A. Parfenov²

¹ZAO «Medical Services», Polyclinic Six; ²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The authors present their experience in treating 280 patients (115 men and 165 women; mean age 47.1 ± 13.3 years) with acute or chronic nonspecific back pain or radiculopathy. All the patients were given movalis (as intramuscular injections and/or orally in a dose of 15 mg). The majority of patients received myorelaxants; lyrica, milgamma, or other vitamin B preparations were used in radiculopathy. The duration of the treatment in patients with acute, subacute, or chronic pain was 12.1 ± 5.2 , 17.1 ± 5.7 , and 18.0 ± 7.9 days, respectively. Most (96.4%) patients were observed to have complete regression of pain or its substantial reduction (to 1–2 visual analog scale scores). Movalis therapy showed good tolerability and a low rate (1.8%) of side effects that were transient and required no additional treatment. The positive effect of management in patients with back pain (particular subacute and chronic pain) was largely associated with the use of the elements of rational psychotherapy and therapeutic exercises.

Key words: acute and chronic nonspecific back pain, discogenic radiculopathy, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, movalis (meloxicam).

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov vladimirparfenov@mail.ru

Большинство людей в течение жизни испытывают боль в спине, которая служит одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности. Боль в спине существенно снижает качество жизни пациентов, нередко имеет хроническое течение, что сопряжено с громадными социально-экономическими потерями для общества в связи с временной утратой трудоспособности, поэтому оптимизация ведения пациентов с болью в спине — актуальная проблема современной медицины [1–4].

В редких случаях (1–3%) боль в спине обусловлена особой причиной (специфическая боль в спине) — новообразованием, затрагивающим позвоночник (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеомная болезнь), сирингомиелией, деструкцией позвонков и поражением нервных корешков вследствие инфекционных процессов (остеомиелит, эпидурит), дисметаболическими нарушениями (гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), переломами позвоночника и некоторыми другими заболеваниями [3, 4]. В большинстве случаев (80–95%) боль в спине вызвана патологией мышц спины, связочного аппарата, межпозвоночных суставов, что расценивается как неспецифическая боль в спине и в зависимости от локализации определяется как цервикалгия, торокалгия и люмба́лгия. У части пациентов (1–5%) боль в спине обусловлена радикулопатией — компрессией спинномозгового корешка и его сосудов вследствие грыжи межпозвоночного диска, спондилоартроза с гипертрофией межпозвоночных суставов или образования остеофитов [3, 4].

При неспецифической боли в спине и радикулопатии целесообразно информировать пациента о доброкачествен-

ном характере заболевания, высокой вероятности быстрого выздоровления [1–6]. Рекомендуется избегать перенапряжения и чрезмерных нагрузок на позвоночник и мышцы (например, длительной сидячей работы), стараться поддерживать активный образ жизни, по возможности продолжать профессиональную деятельность. При острой боли в спине большое значение имеет ранняя двигательная активность, однако при подострой и хронической боли в спине нет доказательств эффективности каких-либо методов лечебной гимнастики [4, 5, 7].

Для ослабления неспецифической боли в спине эффективны анальгетики (парацетамол), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты [1–6]. Различные НПВП сходны по силе действия, но отличаются по спектру побочных эффектов, среди которых могут быть желудочно-кишечные (желудочная и кишечная диспепсия, эрозивный гастрит, энтеропатия, язвы, кровотечения, перфорации), сердечно-сосудистые (артериальная гипертензия, дистрофия миокарда, недостаточность кровообращения, острая коронарная недостаточность) осложнения и др. Среди НПВП низкой частотой осложнений характеризуется мелоксикам (Мовалис®), который широко применяется при неспецифической боли в спине [8–13]. В проведенных ранее исследованиях нами отмечены высокая эффективность и безопасность использования Мовалиса® в амбулаторной практике при неспецифической боли в спине и радикулопатии [14, 15].

Цель настоящей работы — обобщение опыта применения в течение нескольких лет Мовалиса® у пациентов с неспецифической болью в спине и радикулопатией.

Таблица 1. Клиническая характеристика 280 пациентов с неспецифической болью в спине до начала лечения

Клиническая характеристика	острая боль в спине, n=237	Группа пациентов подострая боль в спине, n=23	хроническая боль в спине, n=20
Средний возраст (M±δ), годы	46,1±13,2	49,4±13,2	55,7±11,6
Мужчины/женщины	97/140	11/12	7/13
Средняя длительность боли (M±δ), дни	10,6±8,6	59,8±9,0	143,5±79,9
Локализация боли:			
шейная	66 (27,8)	4 (17,4)	10 (50)
грудная	20 (8,4)	1 (4,3)	—
поясничная	151 (63,7)	18 (78,3)	10 (50)
Неспецифическая боль в спине	198 (83,5)	16 (69,6)	15 (75)
Радикулопатия	39 (16,5)	7 (30,4)	5 (25)

Примечание. В скобках — процент больных.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 280 пациентов (115 мужчин и 165 женщин) в возрасте от 18 до 82 лет (средний возраст — 47,1±13,3 года), которые обратились за консультацией в поликлиники ЗАО «Медицинские услуги» к неврологу с жалобой на боль в спине. Все пациенты были обследованы: консультация невролога, при показании — рентгенография позвоночника, или компьютерная (КТ), или магнитно-резонансная (МРТ) томография позвоночника, клинический и биохимический анализ крови и другие исследования для исключения специфической причины заболевания. У 51 пациента установлено наличие радикулопатии, у остальных 229 — только неспецифический характер боли в спине.

Все пациенты получали Мовалис® (внутримышечные инъекции и/или прием внутрь в дозе 15 мг). Большинству пациентов назначали миорелаксанты: 211 пациентам — мидокалм по 300—450 мг/сут, 6 — сирдалуд по 6 мг/сут. Пациенты с радикулопатией принимали лирику по 75—300 мг/сут, мильгамму или другие препараты витамина В. При хронической боли использовали антидепрессанты, при выраженной тревожности — анксиолитики. Для профилактики возможных осложнений пациенты с высоким риском развития желудочно-кишечных осложнений использовали омез (омепразол) по 20 мг/сут.

Все пациенты консультированы специалистом по лечебной гимнастике (рекомендации в отношении двигательной активности, лечебных упражнений, необходимости избегать подъема тяжестей, длительного пребывания в неудобном положении). В случае положительного результата терапии Мовалисом® у пациентов не планировалось использовать методы физиотерапии, массаж, мануальную терапию, рефле-

ксотерапию и др. Большинству пациентов с хронической болью в спине был проведен курс лечебной гимнастики под наблюдением специалиста.

Результаты исследования. Клиническая характеристика 280 пациентов до начала лечения представлена в табл. 1.

Как видно из данных табл. 1, преобладала поясничная локализация боли, у большинства пациентов отмечалась неспецифическая боль в спине. Длительность боли до момента обращения к врачу составила в среднем около 11 дней в группе острой боли, 60 дней в группе подострой боли, 144 дня в группе хронической боли.

В результате лечения у всех пациентов боль в спине уменьшилась или полностью прошла, повседневная активность вернулась к исходной, за исключением 1 пациента со слабостью в стопе. Выраженность боли в начале и конце лечения представлена в табл. 2.

Как видно из данных табл. 2, у больных всех групп до начала лечения наблюдалась выраженная интенсивность боли (в среднем — почти 8 баллов по ВАШ), при этом отмечалась тенденция ($p>0,05$) к более значительной интенсивности боли в группе пациентов с острой болью в спине. В конце лечения у пациентов всех групп констатировано существенное ($p<0,001$) снижение интенсивности боли (в среднем — почти до 1—1,5 балла по ВАШ) с тенденцией ($p>0,05$) к более значительному снижению интенсивности боли в группе пациентов с острой болью в спине.

В конце лечения у большинства пациентов (229) с острой болью в спине она прошла или стала минимальной (1—2 балла по ВАШ), что можно расценить как хороший результат лечения. Только в отдельных наблюдениях боль стала умеренной (у 6 пациентов — 3 балла, у 2 — 4 балла),

однако эти пациенты смогли вернуться к обычной повседневной активности, что позволяет расценить результаты лечения как удовлетворительные. У всех 23 пациентов с подострой болью она прошла полностью или стала минимальной, как и у большинства пациентов (у 18 из 20) с хронической болью. В целом хорошие результаты лечения наблюдались в большинстве случаев (96,4%), удовлетво-

Таблица 2. Выраженность боли по ВАШ до и в конце лечения у 280 пациентов (M±δ, баллы)

Группа пациентов	ВАШ	
	до лечения	в конце лечения
Острая боль (n=237)	7,92±1,64	1,04±0,85*
Подострая боль (n=23)	7,74±2,07	1,22±0,60*
Хроническая боль (n=20)	7,70±1,49	1,30±0,86*

Примечание. * — $p<0,001$. ВАШ — визуальная аналоговая шкала.

рительные — у сравнительно небольшой части пациентов (3,6%).

Длительность лечения в группе острой боли в спине колебалась от 2 до 42 дней (в среднем — $12,1 \pm 5,2$ дня). Она была достоверно меньше ($p < 0,01$), чем при подострой и хронической боли в спине, при которой длительность лечения составила соответственно от 10 до 36 дней и от 7 до 35 дней (в среднем — $17,1 \pm 5,7$ и $18,0 \pm 7,9$ дня). Средняя длительность лечения была выше в группе пациентов с радикулопатией, чем в группе пациентов с неспецифической болью в спине (табл. 3). Эти различия были достоверны в группах пациентов с острой болью и имели тенденцию к различию у пациентов с подострой и хронической болью в спине, что связано с относительно небольшим числом наблюдений в этих группах.

У большинства пациентов (у 275 из 280) не наблюдалось нежелательных явлений во время лечения. Только 5 (1,8%) больных отметили неприятные ощущения в животе в виде боли и вздутия, и только 1 из них прекратил лечение. У всех пациентов в дальнейшем эти ощущения прошли, они не потребовали дополнительного лечения, боль в спине полностью регрессировала или стала минимальной. У всех пациентов при повторных консультациях измеряли АД, при этом ни в одном случае не отмечено его повышения. Важно, что все больные, принимавшие антигипертензивные препараты до лечения Мовалисом®, продолжили прием этих средств, что способствовало поддержанию нормального уровня АД.

Обсуждение. Результаты исследования показывают высокую эффективность и безопасность Мовалиса® (мелоксикам) при неспецифической боли в спине и радикулопатии. Сходные данные приводят и многие другие авторы [8—18], что отражает клиническую эффективность Мовалиса® при боли в спине.

Наш клинический опыт демонстрирует эффективность лекарственной терапии с использованием Мовалиса® при острой, подострой и хронической боли в спине. При этом многие пациенты (почти все с подострой и хронической болью) до обращения в поликлинику не могли добиться положительного результата при использовании других НПВП и анальгетиков. Положительный результат лечения у наших больных во многом был связан также с рациональной психотерапией, которая заключалась в разъяснении сути заболевания (болезненное напряжение мышц во многих случаях), высокой вероятности быстрого выздоровления, необходимости сохранения двигательной активности. Положительный эффект лечения у пациентов, которые ранее длительно страдали подострой и хронической болью в спине, объясняется и тем, что их консультировал специалист по лечебной гимнастике и они начали регулярные занятия лечебной физкультурой, пешие прогулки. При хронической боли в спине хорошие результаты лечения во многом были связаны и применением антидепрессантов, которые назначали в большинстве случаев.

У наших пациентов Мовалис® был эффективен и при радикулопатии, хотя при этом длительность лечения была существенно больше, чем при неспецифической боли в спине. У пациентов с радикулопатией в большинстве случаев

Таблица 3. Средняя длительность лечения у пациентов с неспецифической болью в спине и радикулопатией ($M \pm \delta$, дни)

Группа пациентов	Неспецифическая боль в спине	Радикулопатия
Острая боль	$11,4 \pm 4,3$	$15,7 \pm 7,3^*$
Подострая боль	$15,9 \pm 3,9^*$	$19,9 \pm 7,7$
Хроническая боль	$17,2 \pm 6,7^*$	$20,2 \pm 10,0$

Примечание. * — $p \leq 0,01$ по сравнению с показателями при острой неспецифической боли.

боль имеет не только невропатический генез, но и связана с сопутствующими неспецифическими причинами, преимущественно с вовлечением мышц спины, что во многом объясняет эффективность НПВП. Положительный результат у пациентов с радикулопатией в значительной степени был обусловлен тем, что мы использовали лирику (прегабалин), которая эффективна при невропатической боли [16—18].

При беседе со многими пациентами, страдающими болью в спине, выяснялось, что у них часто имеются заблуждения, которые могут ухудшать течение заболевания, замедлять процесс восстановления. Так, пациенты с грыжей межпозвоночного диска считали, что их заболевание имеет плохой прогноз и с высокой долей вероятности потребует хирургического лечения. Они не знали, что мышечное напряжение — одна из наиболее частых и благоприятных по прогнозу причин боли в спине. Многие пациенты до нашей консультации и беседы с врачом лечебной гимнастики придерживались постельного или полупостельного режима, считая движение опасным, способным вызвать ухудшение состояния и прогрессирование заболевания. В связи с этим большое значение для достижения положительного эффекта имело разъяснение необходимости поддерживать двигательную активность и по возможности профессиональную деятельность, избегать подъема тяжестей и пребывания в неудобном сидячем положении.

Ведущую роль в купировании острой неспецифической боли в спине играет использование НПВП. Результаты нашего исследования согласуются с мнением других авторов [8—13, 20, 21] о том, что Мовалис® (мелоксикам) — один из наиболее безопасных НПВП при неспецифической боли в спине. Мелоксикам характеризуется низкой частотой побочных эффектов по сравнению с другими НПВП, в частности с диклофенком [20, 21]. У части пациентов лечение боли в спине начиналось с применения диклофенака, который нередко назначают врачи поликлиник, но его прием сопровождался побочными эффектами, что приводило к отмене препарата и не позволяло быстро уменьшить боль и связанный с ней дискомфорт. В дальнейшем при лечении этих пациентов Мовалисом®, который в случае высокого риска желудочно-кишечных осложнений сочетали с приемом омега, не наблюдалось побочных эффектов и был достигнут положительный результат в виде уменьшения боли и улучшения двигательной активности.

Значительная часть пациентов с острой и хронической неспецифической болью в нижней части спины обращается к специалистам мануальной терапии. Лечение у мануальных терапевтов часто растягивается на недели и даже месяцы, при этом положительный эффект, который пациенты связывают с мануальной терапией, может быть обу-

словлен естественным выздоровлением. К сожалению, мануальные терапевты не всегда используют эффективное лекарственное лечение, которое может дать быстрый результат. Они редко информируют пациентов о вероятном благоприятном исходе заболевания, часто без оснований рекомендуют повторные профилактические курсы мануальной терапии. Собственный опыт ведения пациентов показывает возможность эффективного лечения без применения мануальной терапии. Экономические расчеты подтверждают, что при оказании платных услуг пациентам с болью в спине стоимость лечения существенно возрастает, если используются методы мануальной терапии [19].

У наших пациентов побочные эффекты в виде переходящих желудочно-кишечных расстройств встретились всего в 1,8% случаев, что не потребовало дополнительного лечения и не повлияло на положительный результат лечения. Низкая частота побочных эффектов могла быть вызвана тем, что мы разъясняли пациентам с высоким риском желудочно-кишечных осложнений необходимость применения ингибиторов протонной помпы (омез) и подавляющее большинство из них следовали нашей рекомендации. В большинстве случаев длительность курсового лечения Мовалисом® не превышала 2—3 нед. Использование Мовалиса® в комбинации с ингибитором протонной помпы делало минимальной вероятность желудочно-кишечных осложнений даже у пациентов с высоким риском их развития.

Безопасность Мовалиса® подтверждена данными метаанализа 28 клинических исследований (24 196 больных), в которых показано, что этот препарат характеризуется меньшим риском развития желудочно-кишечных осложнений, чем традиционные НПВП (диклофенак, напроксен и пироксикам), и более низким числом тромбоэмболических осложнений по сравнению с диклофенаком [20]. В большом сравнительном исследовании, включавшем более 9000 пациентов, установлено, что у получавших мелоксикам частота побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея, боль в животе и др.) была достоверно ниже, чем у леченных диклофенаком [21].

Таким образом, отмечена высокая эффективность и безопасность НПВП Мовалис® (мелоксикам) у 280 пациентов с неспецифической болью в спине различной локализации или радикулопатией. При относительно коротком курсе лечения (в среднем — около 2 нед) у большинства пациентов (96,4%) наблюдался полный регресс боли или ее существенное уменьшение (до 1—2 баллов по ВАШ). Отмечены хорошая переносимость терапии Мовалисом®, а также низкая частота побочных эффектов (1,8%), которые носили преходящий характер и не требовали дополнительного лечения. Положительный эффект при ведении пациентов с болью в спине (особенно подострой и хронической) во многом подкреплен применением элементов рациональной психотерапии и лечебной гимнастики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы. Рук-во для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно. Т. 2. М.: Медицина; 2005;306—31.
2. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010; 368 с.
3. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl. 2):S.169—S.191.
4. Airaksinen O., Brox J. I., Cedraschi C. et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl. 2):S.192—S.300.
5. Chou R., Huffman L.H. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Int Med* 2007;147:492—504.
6. Chou R., Atlas S.J., Stanos S.P. et al. Nonsurgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. *Spine* 2009;34:1078—93.
7. Hayden J.A., van Tulder M.W., Malmivaara A. et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD000335.
8. Colberg K., Hettich 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. *German Meloxicam Ampoule Study Group. Curr Med Res Opin* 1996;13:363—77.
9. Шостак Н.А., Аксенова А.В., Шеметов Д.А. и др. Опыт применения Мовалиса при синдроме болей в нижней части спины (LBP). *Тер арх* 1999;11:50—2.
10. Dreiser R.L., Parc J.M., Velicitat P. et al. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomized, double-blind trials versus placebo or diclofenac. *Inflam Res* 2001;50(Suppl. 1):17—23.
11. Алексеев В.В., Подчуфарова Е.В. Применение мелоксикама (мовалиса) в лечении люмбаго и люмбагоидного синдрома. *Боль* 2004;4:49—53.
12. Гузева В.И., Гайгалас Л.М., Разумовский М.А. Мовалис в лечении острых дорсопатий. *Журн неврол психиатр* 2004;5:58—9.
13. Филатова Е.Г., Кондриков А.В., Истомин О.И. Эффективность и переносимость лечения боли в нижней части спины с использованием инъекционной и таблетированной форм Мовалиса (мелоксикама). *Фарматека* 2008;3:23—5.
14. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Лечение острой неспецифической боли в спине в амбулаторной практике. *Неврол нейропсихиатр психосом* 2009;3:4:40—6.
15. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Ведение пациентов с болью в спине в амбулаторной практике. *Неврол нейропсихиатр психосом* 2010;4:65—71.
16. Dworkin R.H., O'Connor A.B., Backonja M. et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain* 2007;132:237—51.
17. Attal N., Cruccu G., Baron R. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *Eur J Neurol* 2010;17(9):1113—e88.
18. Подчуфарова Е.В. Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия. *Неврол нейропсихиатр психосом* 2010;3:32—9.
19. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Фармакоэкономический анализ применения мовалиса при болях в спине. *Неврол нейропсихиатр психосом* 2011;4:27—32.
20. Singh G., Lanes S., Triadafilopoulos S. Risk of serious upper gastrointestinal and cardiovascular thromboembolic complications with meloxicam. *Am J Med* 2004;117:100—6.
21. Hawkey C., Kahan A., Steinbruck K. et al. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared diclofenac in osteoarthritis patients. *International MELISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment. Rheumatology (Oxford)* 1999;38:793—8.

Н.В. Пизова

Кафедра нервных болезней с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО
«Ярославская государственная медицинская академия»

Инсульты при митохондриальных заболеваниях

Предполагается, что митохондриальные болезни могут выявляться в 22–33% случаев криптогенных инсультов у лиц молодого возраста. Частота митохондриальных заболеваний у пациентов с инсультами неизвестна, по некоторым сведениям, она составляет от 0,8 до 7,2%.

Представлены данные о распространенности, патогенезе, клинических проявлениях митохондриальных заболеваний: синдрома MELAS (митохондриальная энцефаломиопатия с лактат-ацидозом и инсультоподобными эпизодами), синдрома MERRF (миоклонус-эпилепсия и инфаркт мозга, RRF-волокна), синдрома Кернса—Сейра (спорадическая мультисистемная митохондриальная патология).

Ключевые слова: инсульт, митохондриальные заболевания.

Контакты: Наталия Вячеславовна Пизова pizova@yandex.ru

Strokes in mitochondrial diseases

N.V. Pizova

Department of Nervous System Diseases with Courses of Neurosurgery and Medical Genetics, Yaroslavl State Medical Academy

It is suggested that mitochondrial diseases might be identified in 22–33% of cryptogenic stroke cases in young subjects. The incidence of mitochondrial disorders in patients with stroke is unknown; it is 0.8 to 7.2% according to the data of some authors.

The paper gives data on the prevalence, pathogenesis, and clinical manifestations of mitochondrial diseases, such as mitochondrial encephalopathy, lactic acidosis, and stroke-like syndrome (MELAS) and insulin-like episodes; myoclonic epilepsy and ragged-red fibers (MERRF) syndrome, and Kearns-Sayre syndrome (sporadic multisystem mitochondrial pathology).

Key words: stroke, mitochondrial diseases.

Contact: Natalia Vyacheslavovna Pizova pizova@yandex.ru

Частота митохондриальных заболеваний у пациентов с инсультами неизвестна [1, 2]. По данным некоторых авторов [3], она составляет 7,2% в выборках, включающих лиц моложе 19 лет. Другие авторы [4] приводят частоту около 0,8% в выборках, в которые вошли женщины 15–45 лет. У пациентов с инфарктом в затылочной доле она была выше (до 10%), вероятно, потому, что митохондриальные заболевания поражают преимущественно эту область. Так, К. Маѡама и соавт. [5] обнаружили мутацию *A3243G* у 2 (6%) из 38 пациентов 18–45 лет с инфарктом в затылочной доле. Е. Мартинес-Фернандес и соавт. [6] предположили, что митохондриальные болезни могут выявляться в 22–33% случаев при криптогенных инсультах у лиц молодого возраста.

Синдром MELAS — митохондриальная энцефаломиопатия с лактат-ацидозом и инсультоподобными эпизодами. Это малоизвестная, плохо диагностируемая патология, истинная распространенность которой неизвестна. В отдельную нозологическую форму синдром MELAS был выделен С. Павлакис и соавт. в 1984 г. [7]. Частота его не установлена, но к настоящему времени опубликовано более 120 наблюдений.

Этот синдром является генетически детерминированным и относится к группе митохондриальных болезней, связанных с точковыми мутациями митохондриальной ДНК. В настоящее время установлена локализация не-

скольких точковых мутаций, с которыми ассоциирован синдром MELAS. Более чем у 80% больных с синдромом MELAS имеется ассоциация с мутацией гена *tRNA^{Leu} (UUR)*, включая *3243A > G* [8], *3251A > G* [9], *3252T > C* [10] и *3271T > C* [11]. Несколько позднее описали мутацию *9957T > C* [12]. Мутация в гене *ND5* наиболее часто выявляется при «перекрестных» фенотипах, включая MELAS, MERRF и синдром Ли [13–15]. Сейчас это вторая по частоте мутация после мутации в гене *tRNA^{Leu} (UUR)* при MELAS.

Патогенез инсультоподобных эпизодов при данном заболевании дискутируется [16]. Предполагают, что инсультоподобные эпизоды развиваются вследствие недостатка энергии из-за митохондриальной дисфункции в нервной ткани [17] или в результате «митохондриальной ангиопатии» как проявление митохондриальной дисфункции в мелких церебральных сосудах (ишемическая гипотеза) [18]. Хронический лактат-ацидоз при MELAS может также способствовать ускорению нейронального повреждения [19].

Наследуется синдром по материнской линии (митохондриальное, цитоплазматическое наследование). Наследственный анамнез заболевания выявляется у 23%, в то время как у 86% пациентов с моносимптомным или бессимптомным течением синдром идентифицируют только по результатам мышечной биопсии или молекулярного исследования