

С.В. Вербицкая¹, В.А. Парфенов², К.Н. Борисов¹¹Городская поликлиника №151 СЗАО Москвы²ММА им. И.М. Сеченова

Острая боль в спине в амбулаторной практике и ее лечение мидокалмом и мирлоксом

ACUTE BACK PAIN IN THE OUTPATIENT SETTING AND ITS TREATMENT WITH MYDOCALM AND MIRLOX

A.V. Verbitskaya¹, V.A. Parfenov², K.N. Borisov¹¹City Polyclinic № 151, North-Western Administrative District of Moscow²I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

Acute back pain is one of the main reasons for referrals to a polyclinic. Eighty-seven patients aged 18 to 75 years, who had acute back pain, were examined to study the spread of its principal causes of acute back pain in the outpatient setting. Of them, two thirds (60 patients) were found to have muscle pain syndromes; the others (27 patients) had specific diseases (ischemic heart disease, vertebral fractures, neoplasms, herpes zoster) that were prevalent in chest pain. Among 60 patients with nonspecific back pain, 30 patients were treated with mirlox (7,5–15 mg/day) and 30 patients received mirlox and mydocalm in a dose of 150 mg thrice daily. As a result of therapy, back pain disappeared or diminished in all the patients, their routine activity normalized, as assessed by the Oswestry questionnaire. The duration of temporary disability was 3 days shorter in the group of patients taking a combination of mirlox and mydocalm. The use of mirlox and mydocalm is effective and safe in various (cervical, chest, and lumbar) pains caused by muscle syndromes, this promotes rapider recovery.

Key words: acute back pain, specific and nonspecific causes of back pain, mirlox, mydocalm.

Vladimir Anatolyevich Parfenov: vladimirparfenov@mail.ru

Боль в спине — одна из основных причин обращаемости в амбулаторной практике [1–5]. Боль чаще локализуется в пояснично-крестцовой области, реже — в шейной или грудной. К острой боли в спине относят все случаи, при которых ее длительность не превышает 6 нед, к подострой боли — от 6 до 12 нед и к хронической боли — 12 нед и более. Боль в спине служит причиной значительных социально-экономических потерь для общества в связи с временной утратой трудоспособности [2, 3, 5].

Боль в спине чаще всего имеет мышечное происхождение, возникает вследствие мышечного перенапряжения (например, неподготовленного движения или интенсивной физической активности), приводящего к травме мышц спины, их растяжению, надрывам мышечных и соединительно-тканых волокон, особенно в местах прикрепления мышц [2, 3, 5].

Несколько реже боль в спине бывает вызвана остеохондрозом и/или спондилоартрозом, обычно сопровождающимися рефлекторным мышечно-тоническим напряжением мышц спины. Относительно редко боль в спине обусловлена компрессией спинно-мозгового корешка и его сосудов (радикулопатия) вследствие грыжи межпозвоночного диска в заднем и заднебоковом направлении, развития спондилоартроза с гипертрофией межпозвоноковых суставов или образования остеофитов. В более редких случаях боль в спине обусловлена новообразованием, затрагивающим позвоночник (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), сирингомиелией, деструкцией позвонков и поражением нервных корешков вследствие инфекционных процессов (остеомиелит, эпидурит), дисметаболических нарушений (гиперпаратиреоз, болезнь Педжета), переломами позво-

ночника и некоторыми другими заболеваниями. Боли в спине возможны при различных соматических расстройствах (ишемическая болезнь сердца, заболевания почек, поджелудочной железы и других органов) по механизму отраженных болей.

Во многих случаях диагноз при острой боли в спине устанавливается на основании сбора анамнеза, соматического, нейроортопедического, неврологического и мануального обследований. При необходимости в качестве дополнительных методов исследования наиболее часто используют рентгенографию позвоночника в нескольких проекциях, общий анализ крови и мочи, рентгеновскую компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) позвоночника, денситометрию, сцинтиграфию костей таза и позвоночника [1–3, 5, 6].

В большинстве случаев скелетно-мышечные боли (люмбалгия, цервикалгия, торокалгия) проходят в течение нескольких дней или 2–4 нед, радикулопатии — в течение нескольких месяцев, но в части случаев они принимают хроническое течение на годы.

Хроническому течению боли в спине способствуют неадекватное лечение острой боли, длительный постельный режим при острой боли в спине, чрезмерное ограничение физических нагрузок, «болевого» тип личности, пониженный фон настроения, иногда заинтересованность пациента в длительной нетрудоспособности, агравация или «рентное» отношение к болезни [7].

Врачебная тактика при острой неспецифической боли в спине направлена, с одной стороны, на ее ослабление и как можно более быстрое возвращение пациента к активному образу жизни, с другой — на предупреждение повторных обострений и хронического течения болевого синдрома [1–3, 5, 8–10].

Таблица 1. Причины острой боли в спине у пациентов при первом обращении к неврологу (n=87)

Область локализации боли	Всего больных	Больные с неспецифической болью	Больные со специфической болью
Шейная	14 (16,1%)	12 (20%)	2 (7,4%)
Грудная	28 (32,2%)	6 (10%)	22 (81,5%)
Поясничная	45 (51,7%)	42 (70%)	3 (11,1%)

Целесообразно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания и высокой вероятности его быстрого разрешения. Необходимо избегать перенапряжения и чрезмерных нагрузок на позвоночник и мышцы (например, длительной сидячей работы), постепенно увеличивать физическую активность [11]. Для ослабления боли назначают анальгетики (парацетамол), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты [1–3, 5, 8–10, 12, 13].

Из НПВП, обладающих селективным подавлением циклооксигеназы 2 и обычно имеющих меньше побочных эффектов, часто используют мелоксикам (мовалис, мирлокс) по 7,5–15 мг/сут в 1–2 приема. В качестве миорелаксанта применяют мидокалм, который чаще назначают внутрь по 150 мг 2 или 3 раза в сутки, он хорошо переносится даже пожилыми пациентами, его можно принимать в комбинации с различными лекарственными средствами. В течение последних 10 лет проведено несколько двойных слепых плацебоконтролируемых исследований, которые показали эффективность и безопасность применения мидокалма при острой и хронической боли в спине [14–16].

В проведенном нами ранее исследовании отмечена эффективность мидокалма у пациентов трудоспособного возраста с острой поясничной болью (не более 7 дней с момента заболевания), которые обратились за консультацией к неврологу в поликлинику № 151 г. Москвы [17].

Цель настоящего исследования — изучение основных причин острой боли в спине, их встречаемости в амбулаторной практике, оценка эффективности и безопасности комбинации НПВП мирлокса и миорелаксанта при острой неспецифической боли в спине.

Материал и методы исследования

В исследование включено 87 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет с острой болью в спине (до 6 нед с момента развития боли), обратившихся за консультацией в поликлинику № 151 г. Москвы в период с октября 2008 г. по февраль 2009 г. Больные были обследованы неврологом, при необходимости им проводили рентгенологическое исследование, КТ или МРТ позвоночника, анализ крови и другие исследования для выяснения причины заболевания.

С целью изучения эффективности лечения мирлоксом и комбинацией мирлокса и мидокалма в дальнейшем была сформирована группа из 60 пациентов, у которых, причиной боли в спине служил мышечный или мышечно-тонический синдром вследствие дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз). Из них 30 пациентов получали лечение только мирлоксом по 7,5–15 мг/сут (группа лечения

мирлоксом), 30 — комбинацию мирлокса и мидокалма по 150 мг 3 раза в сутки (группа лечения мидокалмом). В ходе исследования всем больным, помимо терапии мирлоксом и мидокалмом, назначали физиотерапию, лечебную гимнастику и при показаниях — другие лекарственные средства.

В начале и в конце лечения оценивали интенсивность боли по 10-балльной ВАШ, влияние боли на повседневную активность по опроснику Освестри. Также изучали эффективность и безопасность терапии по мнению лечащего врача, длительность пребывания на больничном листе. Полный (или значительный) регресс боли и неврологических симптомов был основой для рекомендации возвращения к труду и закрытия листа временной нетрудоспособности.

Во время первого визита пациенты были информированы лечащим врачом о необходимости самооценки своего состояния. Пациенты отмечали по ВАШ интенсивность боли, а во время визита к врачу отвечали на вопросы из опросника Освестри, позволяющие оценить повседневную активность. Во время исследования точно документировали число дней, проведенных на больничном листе.

Результаты исследования

Среди 87 пациентов с болью в спине, обратившихся к неврологу, боль в шейной области имели 14, в грудной области — 28, в поясничной (пояснично-крестцовой) области — 45 (табл. 1).

В результате обследования, в том числе инструментальными методами, установлено, что у 60 пациентов боль была следствием мышечного или мышечно-тонического синдрома, вызванного спондилоартрозом или остеохондрозом. У остальных 27 пациентов выявлены ишемическая болезнь сердца (21), опухоли (2), компрессионный перелом позвоночника (2), последствия травмы мягких тканей в виде гематомы (1), опоясывающий герпес (1). Наиболее часто специфические причины отмечались при боли в спине грудной локализации, а неспецифические — при боли поясничной локализации (см. табл. 1).

Клиническая характеристика 60 пациентов с неспецифической болью в спине, которые были включены в группу лечения мирлоксом и в группу лечения мирлоксом и мидокалмом, представлена в табл. 2.

Как видно из данных, представленных в табл. 2, среди этих пациентов преобладали люди среднего возраста, женщины с поясничной локализацией боли средней или значительной интенсивности, которая, по данным опросника Освестри, вызывала существенное снижение повседневной активности. Группы пациентов, которые лечи-

Таблица 2. Клиническая характеристика пациентов с неспецифической болью в спине до начала лечения

Группа лечения	Число пациентов	Женщины/ мужчины	Возраст, годы	Шейная/ грудная/ поясничная боль	Интенсивность боли по ВАШ, баллы	Опросник Освестри, %
Мирлокс	30	18/12	48,1±7,7	6/4/20	7,1±1,1	44,2±2,9
Мирлокс + мидокалм	30	21/9	43,3±8,5	6/2/22	6,5±1,3	39,8±2,9
Всего	60	39/21	45,6±8,5	12/6/42	6,8±1,3	42,0±3,3

Таблица 3. Результаты лечения в группах пациентов, принимающих мирлокс и комбинацию мирлокса и мидокалма

Показатель	Группа лечения мирлоксом и мидокалмом	Группа лечения мирлоксом	<i>p</i>
Длительность нетрудоспособности, дни на больничном листе	9,8±1,6	12,4±2,8	<0,01
Интенсивность боли по ВАШ в конце лечения, баллы	2,60±1,07	2,78±1,31	>0,05
Показатель опросника Освестри в конце лечения, %	0,40±1,00	0,67±1,09	>0,05

лись мирлоксом или комбинацией мирлокса и мидокалма, существенно не различались по полу, возрасту, локализации болевого синдрома. В группе лечения мирлоксом отмечалась несколько более высокая исходная интенсивность боли, чем в группе лечения мирлоксом и мидокалмом.

В результате терапии у всех больных уменьшилась или полностью прошла боль в спине, был достигнут исходный (до развития боли) уровень повседневной активности. Длительность временной нетрудоспособности (пребывания на больничном листе) колебалась от 8 до 21 дня и составила в среднем 11,1±2,6 дня. Интенсивность боли снизилась у всех пациентов и колебалась к моменту возвращения к работе от 0 до 5 баллов, составляя в среднем 2,6±1,1 балла по ВАШ. Имеющаяся у части пациентов боль в спине к моменту возвращения к труду существенно не ограничивала их повседневную активность. На это указывало снижение степени нарушений повседневной активности по опроснику Освестри в среднем до 0,4±1,0%. Ни у одного из пациентов не наблюдалось побочных эффектов при приеме как мирлокса, так и комбинации мирлокса и мидокалма. Пациенты оценили результаты лечения как хорошие или очень хорошие. По мнению лечащего врача, у большинства пациентов (56 из 60) имело место умеренное улучшение, у остальных (4) – небольшое улучшение, однако все они смогли продолжить трудовую деятельность.

Сравнение обеих групп не показало существенных различий в конце лечения по интенсивности боли и данным опросника Освестри, однако длительность временной нетрудоспособности (пребывания на больничном листе) была достоверно меньше у пациентов, принимающих комбинацию мирлокса и мидокалма (табл. 3). Вклю-

чение мидокалма в комплексную терапию боли привело к снижению временной нетрудоспособности в среднем на 3 дня.

Обсуждение

Результаты исследования показали, что среди 87 пациентов в возрасте 18–75 лет, обратившихся в поликлинику по месту жительства с жалобой на острую боль в спине, только у 2/3 (60 пациентов) выявлен мышечный или мышечно-тонический синдром вследствие остеохондроза и спондилоартроза. Почти у 1/3 (27 больных) выявлены специфические заболевания (ишемическая болезнь сердца, переломы позвонков, новообразования, опоясывающий герпес), которые требовали особой врачебной тактики. Наиболее часто специфические заболевания наблюдались при грудной локализации боли, что согласуется с данными других авторов [1–3]. Выявление этой группы пациентов представляет одну из наиболее актуальных задач при ведении пациентов с болью в спине, потому что они требуют неотложного лечения. В нашем исследовании специфическая причина боли при ее грудной локализации наблюдалась очень часто (81,5% случаев), при шейной и поясничной локализации – значительно реже (соответственно в 11,1 и 7,4% случаев). Ошибочное назначение в этих случаях обезболивающих средств и миорелаксантов, эффективных при мышечном и мышечно-тоническом синдроме, может лишь на время уменьшить боль, но при этом привести к непоправимым последствиям.

В нашем исследовании установлена эффективность и безопасность применения мирлокса и мидокалма при лечении острых болей в спине различной локализации, вызванных мышечным или мышечно-тоническим синдромом. В результате использования мирлокса и мидо-

МИДОКАЛМ®

толперизон

Таблетки 50 мг №30 и 150 мг №30; Ампулы 100 мг (1 мл) №5

СВОБОДА ДВИЖЕНИЯ

Без боли в спине

и седативного
эффекта



- Быстрое восстановление качества жизни и функциональных возможностей пациента ^{1,2}
- Не влияет на концентрацию внимания и скорость реакции ³
- Оптимальная дозировка 150 мг 3 раза в день ³
- Входит в Европейское руководство по лечению неспецифической боли в спине ⁴

1. Pratzel H.G., Alken R.G., Ramm S. Pain 67, 417, 1996.; 2. Гурак С.В., Парфенов В.А., Борисов К.В. Боль. №3 (12) 2006; 3. Dulin J., Kovacs L., Ramm S. et al. Pharmacopsychiatr., 1998, 31, 137-142; 4. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. November, 2004



ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва
119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8,
Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949
e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

калма у всех пациентов уменьшилась или полностью прошла боль в спине, повседневная активность достигла исходного уровня, т.е. до развития боли, при этом длительность временной нетрудоспособности (пребывания на больничном листе) составила менее 2 нед (в среднем 11 дней). Ни у одного из пациентов не отмечалось побочных эффектов, все они положительно оценили результаты лечения. Высокая оценка эффективности терапии была дана и лечащими врачами. Полученные результаты совпадают с данными других авторов, которые отмечают благоприятное течение острых мышечного и мышечно-тонического синдромов, эффективность и безопасность НПВП и миорелаксантов при коротком курсе лечения [1–5, 8–10].

В ранее проведенном исследовании нами было отмечено, что использование мидокалма у пациентов с острой поясничной болью, вызванной мышечным или мышечно-тоническим синдромом, сокращает длительность временной нетрудоспособности [17]. Результаты настоящего исследования показали, что аналогичная эффективность достигается при различной локализации (шейной, грудной и поясничной) боли, вызванной мышечным или мышечно-тоническим синдромом. Включение в комплексную терапию мидокалма в дозе 150 мг

3 раза в сутки приводит к ускорению выздоровления и уменьшению длительности пребывания на больничном листе (в среднем почти на 3 дня). Ни у одного из пациентов не отмечалось побочных эффектов при включении мидокалма в комплексную терапию острой боли в спине, что согласуется с данными других авторов об эффективности и безопасности применения препарата при лечении боли в спине [14–16, 17].

Таким образом, при обследовании пациента с острой болью в спине необходимо исключать специфические причины боли, которые наиболее часто встречаются при грудной локализации боли и нередко вызваны ишемической болезнью сердца. Применение НПВП мирлокса и миорелаксанта мидокалма эффективно и безопасно при боли различной локализации (шейной, грудной, поясничной), вызванной мышечным или мышечно-тоническим синдромом, оно способствует быстрому выздоровлению и высоко оценивается как пациентами, так и врачами. Использование мидокалма в комбинации с мирлоксом у пациентов с мышечной болью различной локализации приводит к существенному уменьшению длительности пребывания на больничном листе, что имеет большое социально-экономическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине). *Боль* 2005;(4):26–30.
2. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: *Болезни нервной системы: Руководство для врачей*. Под ред. Н.Н. Яхно. М., 2005;2:306–31.
3. Bogduk N., McGuirk B. *Medical management of acute at chronic low back pain*. Amsterdam: Elsevier, 2002.
4. Burton A.K., Balague F., Cardon G. et al., for the COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain. How to prevent low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2005;19:541–55.
5. Waddell G. *The back pain revolution*. Churchill Livingstone. 1998.
6. Russo R.B. Diagnosis of low back pain: role of imaging studies. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:571–89.
7. Carragee E.J. Clinical practice. Persistent low back pain. *N Engl J Med* 2005;352:1891–8.
8. 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 Intern Med* 2007;147:492–504.
9. Shen F.H., Samartzis D., Andersson G.B. Nonsurgical management of acute and chronic low back pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;8:477–87.
10. 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):169–91.
11. Dugan S.A. The role of exercise in the prevention and management of acute low back pain. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:615–32.
12. 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.
13. Van Tulder M.W., Touray T., Furlan A.D. et al. Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD004252.
14. Ласло Х., Мелинда М., Жолт С. и др. Лечение острой поясничной боли Мидокалмом. Результаты международного мультицентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. *РМЖ* 2003;(5):246–9.
15. Dulin J., Kovacs L., Ramm S. et al. Evaluation of sedative effects of single and repeated doses of 50 mg and 150 mg tolperisone hydrochloride. Results of a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pharmacopsychiat* 1998;31:137–42.
16. Pratzel H.G., Alken R.-G., Ramm S. Efficacy and tolerance of repeated doses of tolperisone hydrochloride in the treatment of painful reflex muscle spasm: results of a prospective placebo-controlled double-blind trial. *Pain* 1996;67:417–25.
17. Гурак С.В., Парфенов В.А., Борисов К.Н. Мидокалм в комплексной терапии острой поясничной боли. *Боль* 2006;(3):27–30.