

В.А. Парфенов

Кафедра нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Лечение постинсультной спастичности, применение мидокалма

Представлены данные литературы о лечении спастичности у больных, перенесших инсульт. Отмечается, что ведущую роль в лечении постинсультной спастичности играет лечебная гимнастика, которую нужно начинать уже в первые дни после развития инсульта. При локальной спастичности, вызывающей ухудшение двигательных функций, может быть эффективным локальное введение препаратов ботулинического токсина (ботокс, диспорт, ксеомин). В качестве пероральных лекарственных средств могут использоваться баклофен (баклосан), тизанидин (сирдалуд) и толперизона гидрохлорид (мидокалм). Представлены результаты плацебоконтролируемого исследования, показавшего эффективность и безопасность применения мидокалма в дозе от 300 до 900 мг/сут при лечении постинсультной спастичности.

Ключевые слова: постинсультная спастичность, ботулинический токсин, толперизона гидрохлорид (мидокалм).

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов vladimirparfenov@mail.ru

Treatment for poststroke spasticity, the use of mydocalm

V.A. Parfenov

Department of Nervous Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper gives the data available in the literature on the treatment of spasticity in poststroke patients. Therapeutic exercises that should be started just on the first days of stroke are noted to play a leading role in the treatment of poststroke spasticity. The local administration of botulinum toxin preparations (botox, dysport, xeomin) may be effective for managing local spasticity that deteriorates motor functions. Baclofen (baklosan), tizanidine (sirdalud), and tolperisone hydrochloride (mydocalm) may be used as oral medications. The paper also presents the results of a placebo-controlled trial that has indicated that mydocalm given in a dose of 300 to 900 mg/day may be effective in treating poststroke spasticity.

Key words: poststroke spasticity, botulinum toxin, tolperisone hydrochloride (mydocalm).

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov vladimirparfenov@mail.ru

Более чем у половины больных, перенесших инсульт, остаются двигательные нарушения, которые существенно снижают качество жизни и способствуют стойкой инвалидизации [1]. Постинсультные двигательные нарушения чаще всего представлены гемипарезом или монопарезом конечности с повышением мышечного тонуса по типу спастичности. Во многих случаях спастичность ухудшает двигательные функции, способствует развитию контрактуры и деформации конечности, затрудняет уход за обездвиженным больным и иногда сопровождается болезненными мышечными спазмами [2, 3]. Лечение спастичности представляет важное направление реабилитации больных, перенесших инсульт.

Общие подходы к лечению постинсультной спастичности

Улучшение двигательных функций происходит максимально в течение 2—3 мес с момента инсульта, в дальнейшем темпы восстановления значительно снижаются. Спустя год после инсульта обычно не наблюдается уменьшения степени пареза, однако возможно улучшение двигательных функций и уменьшение инвалидизации путем тренировки равновесия и ходьбы, использования специальных приспособлений для передвижения, а также лечения спастичности [1—3].

Лечение постинсультной спастичности направлено на улучшение функциональных возможностей конечностей, ходьбы, самообслуживания больных. К сожалению, в части случаев удается добиться только уменьшения боли и дис-

комфорта, связанного с высоким мышечным тонусом, облегчить уход за парализованным пациентом или устранить имеющийся косметический дефект, вызванный высоким мышечным тонусом [2, 3].

В каждом случае необходимо установить, ухудшает ли спастичность функциональные возможности больного. При выраженной спастичности функциональные возможности конечности хуже, чем при ее легкой степени. Вместе с тем у части больных с выраженной степенью пареза спастичность в мышцах ноги может облегчать стояние и ходьбу, а ее снижение нередко приводит к ухудшению двигательной функции и даже к падениям [2—5].

Важно определить и обсудить с больным и (или) его родственниками возможности лечения постинсультной спастичности (улучшение двигательных функций, уменьшение болезненных спазмов, облегчение ухода за пациентом и др.). Во многом успех лечения зависит от сроков заболевания и степени пареза, наличия когнитивных расстройств. Чем меньше времени прошло с момента развития инсульта, вызвавшего спастический парез, тем более вероятно, что удастся существенно улучшить двигательные функции, предотвратив формирование контрактур, и провести эффективную реабилитацию в период максимальной пластичности ЦНС [2—5]. При длительном сроке заболевания существенного улучшения двигательных функций достичь гораздо сложнее, однако можно значительно облегчить уход за больным и снять дискомфорт, вызванный спастич-

ностью. Чем меньше степень пареза в конечности, тем более вероятно улучшение двигательных функций [2—5].

Лечебная гимнастика и физиотерапевтические методы лечения

Лечебная гимнастика — наиболее эффективное направление ведения больного с постинсультным спастическим парезом, она направлена на тренировку движений в паретичных конечностях и предотвращение контрактур. Однако больным с выраженной спастичностью в сгибателях верхних конечностей не следует рекомендовать интенсивные упражнения, которые могут значительно усилить мышечный тонус, например сжимание резинового кольца или мяча, использование экспандера для развития сгибательных движений в локтевом суставе [2, 3].

В качестве методов физиотерапии используют лечение положением, обучение стоянию, сидению, ходьбе (с помощью дополнительных средств и самостоятельно), бинтование конечности, применение ортопедических аппаратов, тепловые воздействия на спастичные мышцы, а также электрическую стимуляцию определенных мышечных групп (разгибателей пальцев кисти или передней большеберцовой мышцы).

Массаж мышц паретичных конечностей, имеющих высокий мышечный тонус, возможен только в виде легкого поглаживания, напротив, в мышцах-антагонистах используют растирание и неглубокое разминание в более быстром темпе.

Иглорефлексотерапия относительно часто используется в нашей стране в комплексной терапии у больных постинсультным спастическим гемипарезом, однако контролируемые исследования, проведенные за рубежом, не подтверждают существенной эффективности этого метода лечения [6].

Применение ботулинического токсина

У больных, перенесших инсульт и имеющих локальную спастичность в паретичных мышцах, можно использовать ботулинический токсин типа А или ботулотоксин (ботокс, диспорт, ксеомин). Использование ботулинического токсина показано, если у больного, перенесшего инсульт, имеется мышца с повышенным тонусом без контрактуры, а также отмечаются боль, мышечные спазмы, снижение объема движений и нарушение двигательной функции, связанные со спастичностью этой мышцы [3, 7—9]. Действие ботулинического токсина при внутримышечном введении вызвано блокированием нервно-мышечной передачи, обусловленным подавлением высвобождения нейромедиатора ацетилхолина в синаптическую щель.

Клинический эффект после инъекции ботулинического токсина отмечается спустя несколько дней и сохраняется в течение 2—6 мес, после чего может потребоваться повторная инъекция. Лучшие результаты отмечаются при использовании ботулинического токсина в ранние сроки (до года) с момента заболевания и легкой степени пареза конечности. Применение ботулинического токсина может быть особенно эффективно в тех случаях, когда имеются эквиноварусная деформация стопы, вызванная спастичностью задней группы мышц голени, или высокий тонус мышц сгибателей запястья и пальцев, ухудшающий двигательную функцию паретичной руки [3]. В плацебоконтролируемом исследовании показана эффективность ботулинического токсина (диспорта) при постинсультной спастичности в руке [7].

Среди побочных эффектов ботулотоксина — кожные изменения и боль в месте инъекции. Обычно они самостоятельно проходят в течение нескольких дней после инъек-

ции. Возможны значительная слабость мышцы, в которую введен ботулотоксин, а также слабость в мышцах, расположенных близко к месту инъекции, локальная вегетативная дисфункция. Однако мышечная слабость, как правило, компенсируется деятельностью агонистов и не приводит к ослаблению двигательной функции. Ограничение широкого применения ботулинического токсина в клинической практике во многом вызвано его высокой стоимостью.

Хирургические методы лечения

Хирургическое лечение для уменьшения постинсультной спастичности используется редко, оно возможно на четырех уровнях: на головном мозге (электрокоагуляция бледного шара, вентролатерального ядра таламуса или мозжечка); спинном мозге (селективная задняя ризотомия); периферических нервах (рассечение периферических нервов) и мышцах или их сухожилиях [2, 3, 5].

С помощью специальной помпы интратекально при постинсультной спастичности может использоваться баклофен [10—12]. Использование баклофеновой помпы в сочетании с лечебной гимнастикой, физиотерапией может улучшить скорость и качество ходьбы больных, перенесших инсульт с развитием спастического пареза [10]. Имеющийся 15-летний клинический опыт применения баклофена интратекально у больных, перенесших инсульт, свидетельствует о высокой эффективности этого метода для уменьшения не только степени спастичности, но и болевых синдромов и дистонических расстройств [12]. Отмечено положительное влияние баклофеновой помпы на качество жизни больных, перенесших инсульт [11]. Широкое применение этого метода терапии в клинической практике также ограничивает его высокая стоимость.

Лечение пероральными антиспастическими средствами

В клинической практике для лечения постинсультной спастичности наиболее часто используются пероральные антиспастические препараты [2, 3, 5, 13]. Применяемые внутрь антиспастические средства, уменьшая мышечный тонус, могут улучшить двигательные функции, облегчить уход за обездвиженным пациентом, снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие лечебной физкультуры и вследствие этого предупредить развитие контрактур. При легкой степени спастичности применение миорелаксантов может привести к значительному положительному эффекту, однако при выраженной спастичности могут потребоваться большие дозы миорелаксантов, что нередко сопряжено с нежелательными побочными эффектами [13]. Лечение миорелаксантами начинают с минимальной дозы, затем ее медленно повышают для достижения эффекта. Антиспастические средства обычно не комбинируют. В нашей стране для лечения постинсультной спастичности наиболее часто используют баклофен (баклосан), тизанидин (сирдалуд) и толперизона гидрохлорид (мидокалм).

Баклофен (баклофен, баклосан) оказывает антиспастическое действие преимущественно на спинальном уровне. Препарат представляет собой аналог гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК); он связывается с пресинаптическими ГАМК-рецепторами, приводя к уменьшению выделения возбуждающих аминокислот (глутамата, аспартата) и подавлению моно- и полисинаптической активности на спинальном уровне, что и вызывает уменьшение спастичности. Препарат оказывает также умеренное центральное

анальгезирующее действие. Баклофен используют при спинальной (спинальная травма, рассеянный склероз) и церебральной спастичности различного генеза. Начальная доза составляет 5–15 мг/сут (в один или три приема), затем дозу увеличивают на 5 мг каждый день до получения желаемого эффекта, препарат принимают во время еды. Максимальная доза баклофена для взрослых — 60–75 мг/сут. Побочные эффекты чаще проявляются сонливостью, головокружением в начале лечения, хотя в дальнейшем могут ослабевать. Иногда возникают тошнота, запор, диарея, артериальная гипотония; требуется осторожность при лечении больных пожилого возраста, перенесших инсульт.

Тизанидин (сирдалуд) — миорелаксант центрального действия, агонист альфа₂-адренергических рецепторов. Препарат снижает спастичность вследствие подавления полисинаптических рефлексов на уровне спинного мозга, что может быть вызвано угнетением высвобождения возбуждающих аминокислот и активацией глицина, уменьшающего возбудимость интернейронов спинного мозга. Тизанидин оказывает также умеренное центральное анальгезирующее действие. Препарат эффективен при церебральной и спинальной спастичности, а также при болезненных мышечных спазмах [3, 14, 15]. Начальная доза — 2–6 мг/сут в один или три приема, средняя терапевтическая доза — 12–24 мг/сут, максимальная доза — 36 мг/сут. В качестве побочных эффектов могут возникать сонливость, сухость во рту, головокружение и незначительное снижение артериального давления, что ограничивает использование препарата при постинсультной спастичности [15].

Применение толперизона гидрохлорида (мидокалм)

Толперизона гидрохлорид (мидокалм) — мышечный релаксант центрального действия, который близок к лидокаину по химической структуре и стабилизирует мембраны нервных клеток. Мидокалм снижает активность спинальных нейронов, участвующих в формировании спастичности, путем ограничения потока натрия через мембрану нервных клеток.

Около 40 лет толперизон успешно применяется при лечении спастичности различного генеза, проведены небольшие исследования, показавшие его эффективность при церебральной спастичности [13, 16]. На основании результатов этих исследований были рекомендованы преимущественно средние дозы мидокалма по 300–450 мг/сут в два или три приема.

Однако последнее исследование [17] показало важность индивидуального подбора дозы мидокалма и целесообразность во многих случаях использования относительно высоких доз (до 900 мг/сут). В этом многоцентровом плацебоконтролируемом исследовании были продемонстрированы эффективность и безопасность мидокалма в относительно больших дозах. В исследование было включено 120 больных (43 мужчины и 77 женщин) в возрасте от 20 до 78 лет (средний возраст — 63 года). Больные перенесли инсульт 3 мес — 30 лет назад (в среднем с момента инсульта прошло 3,3 года) и имели спастичность, выраженность которой дос-

Таблица 1. Уменьшение спастичности (в баллах по шкале Эшуорта) через 4 нед лечения в группах больных, принимавших мидокалм или плацебо

Снижение степени тяжести спастичности, баллы	Группа больных	
	толперизон, n (%)	плацебо, n (%)
-3	1 (1,7)	0 (0)
-2	13 (21,7)	1 (1,7)
-1	33 (55,0)	26 (43,3)
0	13 (21,7)	33 (55,0)
Всего	60 (100,0)	60 (100,0)

тигала 2 баллов и более по шкале Эшуорта в одной или нескольких мышечных группах. У большинства (у 111 из 120) больных наблюдался спастический гемипарез, средняя степень спастичности составляла 3 балла по шкале Эшуорта. По основным клиническим характеристикам группа больных, которые принимали мидокалм, не отличалась от группы плацебо. В течение 4 нед больные получали препарат (мидокалм или плацебо), доза которого подбиралась врачом до получения максимального эффекта, она колебалась от 300 до 900 мг (для мидокалма). Далее больные продолжали принимать мидокалм или плацебо в течение еще 2 мес (8 нед).

Главной целью исследования было изучение влияния мидокалма на выраженность спастичности по шкале Эшуорта через 4 нед лечения (в сравнении с плацебо). Дополнительные цели исследования включали изучение влияния мидокалма на ежедневную двигательную активность (по 5-балльной шкале), ходьбу в течение 2 мин, максимальное расстояние при ходьбе (при спастичности в нижних конечностях), индекс Бартел, общее впечатление врача и больного о лечении.

Результаты исследования показали, что мидокалм достоверно ($p < 0,0001$) уменьшает постинсультную спастичность. Как видно из табл. 1, через 4 нед лечения снижение спастичности на 1 балл и более отмечалось у большинства (78,3%) больных, принимавших мидокалм, и менее чем у половины (45,0%) пациентов в группе плацебо. Положительный эффект сохранялся на протяжении всего периода терапии. В конце исследования в группе больных, получавших мидокалм, спастичность уменьшилась по шкале Эшуорта на 3 балла в 3% случаев, на 2 балла в 25% и на 1 балл в 50%.

Результаты исследования также показали тенденцию ($p = 0,053$) к улучшению ежедневной активности больных, получавших мидокалм. В конце лечения увеличилось расстояние, которое больные проходили за 2 мин при приеме мидокалма. После завершения исследования установлено, что мидокалм уменьшает степень инвалидизации больных, оцениваемую по индексу Бартел. В среднем общий показатель по индексу Бартел увеличился на 5,3 балла в группе пациентов, получавших мидокалм, и только на 1,7 балла в группе плацебо. Общая оценка эффективности лечения больными и врачами была достоверно выше в группе мидокалма ($p < 0,001$).

Отмечены хорошая переносимость и безопасность мидокалма у больных, перенесших инсульт. Побочные эффекты в группе пациентов, леченных мидокалмом, и в группе плацебо приведены в табл. 2. Как видно из таблицы, по-

Таблица 2. *Нежелательные эффекты в группах больных, принимавших мидокалм или плацебо*

Нежелательные эффекты	Группа больных	
	толперизон	плацебо
Боль в желудке/абдоминальная боль	5	6
Тошнота	3	4
Головокружение	3	
Обычная простуда/грипп	2	1
Высокий уровень холестерина		1
Головная боль	1	2
Дискомфорт в груди	1	
Растяжение	1	
Диарея	1	1
Рвота	1	1
Стенокардия	1	
Артериальная гипертензия		2
Переломы костей		1
Мышечные судороги		1
Сыпь		1
Инсомния		1
Тревога		1
Диспноэ		1
Цистит		1
Подагра		1
Всего	19	26

бочные эффекты в группе принимавших мидокалм возникли не чаще, чем в группе плацебо. В группе больных, леченных мидокалмом, не отмечено серьезных нежелательных эффектов, ни один из больных не прекратил лечение вследствие побочных эффектов. При этом важно отметить, что более половины (62%) пациентов принимали мидокалм в относительно высоких дозах (600 мг/сут и более).

Прием мидокалма не сопровождался седативным эффектом, что выгодно отличает его от других миорелаксантов. Отсутствие седативного эффекта при однократном и

продолжительном приеме мидокалма отмечено и в более раннем плацебо-контролируемом исследовании [18].

Полученные в последнем исследовании данные демонстрируют эффективность мидокалма при лечении спастичности у больных, перенесших инсульт [17]. Применение мидокалма может не только снизить степень спастичности, но и улучшить повседневную активность больных, облегчить самообслуживание при отсутствии нежелательных явлений, что выгодно отличает его от других антиспастических средств. Лечение мидокалмом целесообразно начинать с дозы 300 мг/сут, далее при отсутствии существенного эффекта следует постепенно увеличивать дозу до 900 мг/сут.

Заключение

При ведении больного с постинсультной спастичностью важно оценить возможности лечения: улучшение двигательных функций, уменьшение болезненных спазмов, облегчение ухода за больным и др. Чем меньше степень пареза и сроки с момента развития инсульта, тем более вероятно улучшение двигательных функций. Ведущую роль в лечении постинсультной спастичности занимает лечебная гимнастика, которую начинают уже в первые дни заболевания, она направлена на тренировку утраченных движений, самостоятельного стояния и ходьбы, а также на профилактику прогрессирования спастичности и развития контрактур. При локальной спастичности, вызывающей ухудшение двигательных функций, может быть эффективно локальное введение пре-

паратов ботулинического токсина (ботокса или диспорта). В качестве пероральных лекарственных средств могут использоваться баклофен (баклосан), тизанидин (сирдалуд) и толперизона гидрохлорид (мидокалм). Лечение мидокалмом целесообразно начинать с дозы 450 мг/сут, далее при отсутствии существенного эффекта дозу постепенно увеличивают до 900 мг/сут. Лечение мидокалмом может улучшить ежедневную двигательную активность больного, его адаптацию в повседневной жизни, при этом не наблюдаются существенных побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А. и др. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно. Т.1. М.: Медицина, 2005;с. 232—303.
2. Парфенов В.А.. Спастичность В кн.: Приемение ботокса (токсина ботулизма типа А) в клинической практике: руководство для врачей. Под ред. О.Р. Орловой, Н.Н. Яхно. М.: Каталог, 2001;91—122.
3. Ward A.B. A summary of spasticity management — a treatment algorithm. Eur J Neurol 2002;9(Suppl. 1):48—52.
4. Gallichio J.E. Pharmacologic management of spasticity following stroke. Phys Ther 2004;84:973—81.
5. O'Brien C.F., Seeberger L.C., Smith D.B. Spasticity after stroke. Epidemiology and optimal treatment. Drugs Aging 1996;9:332—40.
6. Fink M., Rollnik J.D., Bijak M. et al. Needle

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

- acupuncture in chronic poststroke leg spasticity. Arch Phys Med Rehabil 2004;85:667–72.
7. Bakheit A.M., Thilmann A.F., Ward A.B. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study to compare the efficacy and safety of three doses of botulinum toxin type A (Dysport) with placebo in upper limb spasticity after stroke. Stroke 2000;31:2402–6.
 8. Bayram S., Sivrioglu K., Karli N. et al. Low-dose botulinum toxin with short-term electrical stimulation in poststroke spastic drop foot: a preliminary study. Am J Phys Med Rehabil 2006;85:75–81.
 9. OzcaKir S., Sivrioglu K. Botulinum toxin in poststroke spasticity. Clin Med Res 2007;5:132–8.
 10. Francisco G.F., Boake C. Improvement in walking speed in poststroke spastic hemiplegia after intrathecal baclofen therapy: a preliminary study. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:1194–9.
 11. Ivanhoe C.B., Francisco G.E., McGuire J.R. et al. Intrathecal baclofen management of poststroke spastic hypertonia: implications for function and quality of life. Arch Phys Med Rehabil 2006;87:1509–15.
 12. Taira T., Hori T. Intrathecal baclofen in the treatment of post-stroke central pain, dystonia, and persistent vegetative state. Acta Neurochir Suppl 2007;97:227–9.
 13. Chou R., Peterson K., Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. J Pain Symptom Manag 2004;28:140–75.
 14. Gelber D.A., Good D.C., Dromerick A. et al. Open-Label Dose-Titration Safety and Efficacy Study of Tizanidine Hydrochloride in the Treatment of Spasticity Associated With Chronic Stroke. Stroke 2001;32:1841–6.
 15. Meythaler J.M., Guin-Renfroe S., Johnson A. et al. Prospective assessment of tizanidine for spasticity due to acquired brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:1155–63.
 16. Melka A., Haimanot R.T. Tolperisone HCl (Mydocalm): A Randomized Doubleblind and Placebo Controlled Drug Trial. International Conference on Lathyrus and Lathyrism (Book of Abstracts), 1995, Addis Abeba, Ethiopia; 31–2.
 17. Stamenova P., Koytchev R., Kuhn K. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of tolperisone in spasticity following cerebral stroke. Eur J Neurol 2005;12:453–61.
 18. 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. Pharmacopsychiatry 1998;31:137–42.

А.Н. Баринов

Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Некоторые аспекты патогенеза и лечения боли в спине

Представлен анализ данных литературы и собственный клинический опыт автора, касающиеся диагностики и лечения боли в спине. Показано, что ни один из отдельно применяющихся методов хирургического, фармакологического, физического или психологического лечения хронической боли не может сравниться по эффективности с многопрофильным подходом, применяющимся в специализированных клиниках боли, когда все указанные методы взаимно усиливают друг друга. При этом риск возникновения побочных явлений лекарственной терапии существенно уменьшается благодаря снижению доз и сокращению курса приема лекарственных средств.

Ключевые слова: боль в спине, патогенез, лечение, реабилитационные мероприятия, нестероидные противовоспалительные препараты.

Контакты: Алексей Николаевич Баринов mmom-mc@mail.ru

Some aspects of the pathogenesis and treatment of back pain

A.N. Barinov

Department of Neurology and Clinical Neurophysiology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The author analyzes the data available in the literature on and his clinical experience in diagnosing and treating back pain. It is shown that none of the surgical, pharmacological, physical, or psychological treatments singly used for chronic pain can effectively equal a multidisciplinary approach employed in specialized pain clinics when all the above approaches mutually intensify each other. At the same time the risk of adverse reactions is substantially lowered by the smaller doses of drugs and the shorter course of their use.

Key words: back pain, pathogenesis, treatment, rehabilitative measures, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Contact: Aleksey Nikolayevich Barinov mmom-mc@mail.ru

Боль в спине — одно из наиболее частых страданий современного человека. С ней связаны существенные экономические потери, обусловленные временной и даже постоянной утратой трудоспособности у лиц молодого и среднего возраста. Скелетно-мышечная боль в спине встречается примерно у каждого 2-го человека и занимает 2-е место по распространенности среди острых болевых синдромов после головной боли. В структуре распространенности хронических болевых синдромов скелетно-мышечная боль в спине также стоит на 2-м месте (после болей в суставах) и встречается у каждого 10-го в популяции.

Мифы и реалии развития боли в спине

Когда мы говорим о причинах возникновения боли в спине, понятие «остеохондроз» совершенно не уместно. Остеохондроз — естественный процесс дегенерации (старения) структур позвоночника и ни в коем случае не синоним боли в спине. Распространенность этого заблуждения привела к тому, что «остеохондроз» стал одним из самых частых диагнозов у пациентов с болью в спине. Однако известно, что выраженность рентгенологических и клинических проявлений остеохондроза позвоночника не соотносится с локализацией, характером, интенсивностью и длительностью болевого синдрома, поэтому их наличие не должно определять