УДК 616-009.1:615.21:616-092-08

МИЩЕНКО Т.С.[1], МИЩЕНКО В.Н.[1], КУФТЕРИНА Н.С.[2]
[1]ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина
[2]Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МУСКОМЕД ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ

Резюме. *Проведено открытое клиническое исследование по изучению эффективности и переносимости лекарственного средства Мускомед производства компании World Medicine у пациентов с мышечно-тоническими синдромами. Препарат Мускомед в качестве активного вещества содержит тиоколхикозид, полусинтетический миорелаксант, получаемый из натурального гликозида колхикозида. Оказывает миорелаксирующее действие. Снижает или устраняет мышечные спазмы, обусловленные воздействием со стороны центральной нервной системы.* ***Цель исследования:*** *оценить эффективность и переносимость препарата Мускомед производства компании World Medicine у пациентов с мышечно-тоническими синдромами.* ***Задачи исследования****: изучить терапевтическую эффективность препарата Мускомед, его влияние на выраженность мышечно-тонического синдрома; изучить переносимость и возможные побочные явления исследуемого препарата; сравнить терапевтический эффект препарата Мускомед и препарата Толперил-Здоровье при лечении мышечно-тонического синдрома.* ***Объект исследования:*** *60 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет с мышечно-тоническими синдромами, которые находились на стационарном и/или амбулаторном лечении в отделении сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». В зависимости от получаемой терапии все пациенты были разделены на 2 равные группы: 1-я — 30 человек, получавших Мускомед 2 мл 2 раза в сутки в/м в течение 5 дней на фоне общепринятой стандартной терапии; 2-я — 30 человек, получавших Толперил-Здоровье 1 мл 2 раза в сутки на фоне общепринятой стандартной терапии.* ***Методы обследования:*** *общеклинические, клинико-неврологическое и нейропсихологическое исследование с использованием шкал (проба Шобера, опросник Роланда — Морриса, визуальная аналоговая шкала, госпитальная шкала тревоги и депрессии, Мак-Гилловский болевой опросник, опросник качества жизни EuroQOL 5D), инструментальные (рентгенография, магнитно-резонансная томография), биохимические, клинико-лабораторные, статистические.* ***Результаты и обсуждение.*** *Результаты проведенного исследования позволили заключить, что препарат Мускомед оказывает достаточно выраженное терапевтическое влияние на мышечно-тонические синдромы, удобен в использовании, а также приводит к улучшению физического благополучия, повышению трудоспособности и качества жизни пациентов.*

Ключевые слова: *мышечно-тонические синдромы, вертеброгенные болевые синдромы, Мускомед, лечение, миорелаксанты.*

Адрес для переписки с авторами:
Мищенко В.Н.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины
61068, г. Харьков, ул. Академика Павлова, 46
E-mail: mishchenko11@ukr.net

© Мищенко Т.С., Мищенко В.Н., Куфтерина Н.С., 2016
© «Международный неврологический журнал», 2016
© Заславский А.Ю., 2016

Нарушения мышечного тонуса, связанные с ними болевые синдромы, ограничения двигательных функций, вторичные изменения суставов и мышц составляют часть клинических проявлений различных заболеваний [1].

Одним из наиболее распространенных проявлений нарушений мышечного тонуса, с которым сталкиваются врачи различных специальностей, являются мышечно-тонические синдромы, проявляющиеся в длительном и стойком напряжении мышцы с формированием в ней болезненных уплотнений, так называемых триггерных точек [2–4].

Наиболее частой причиной развития рефлекторных мышечно-тонических синдромов является остеохондроз [2, 4, 5]. Источником болевой импульсации при остеохондрозе может служить раздражение болевых рецепторов фиброзного кольца межпозвоночного диска, связок позвоночника, капсулы межпозвоночных суставов. В ответ на болевую импульсацию по механизму безусловного рефлекса развивается мышечный спазм [5, 6]. При этом в патологический процесс могут вовлекаться как околопозвоночные мышцы, так и мышцы, расположенные на достаточном удалении от позвоночного столба. Наиболее частая локализация мышечно-тонических синдромов — трапециевидные мышцы, лестничные мышцы, ромбовидные мышцы, грушевидные мышцы, средняя ягодичная мышца, паравертебральные мышцы [7].

При возникновении мышечно-тонических синдромов происходит нарушение метаболизма в тонически измененных мышцах. При длительном тоническом напряжении мышца начинает использовать в качестве энергозатрат не углеводы, а липиды. Неприспособленность большинства мышц к условиям длительного тонического сокращения приводит к появлению большого количества недоокисленных продуктов метаболизма в мышечной ткани, которые способствуют развитию соответствующих болевых ощущений. Болевой спазм становится дополнительным очагом рефлекторного раздражения, что способствует замыканию порочного круга «боль — мышечный спазм — боль» и ведет к хронизации процесса [8, 9].

Боли провоцируются движениями в позвоночнике и конечностях, значительно усиливаются при движениях, при которых пораженная мышца подвергается растяжению. Боли обычно ноющие, глубокие, тянущие. При пальпации мышцы напряжены и болезненны. В спазмированных мышцах определяются более болезненные мышечные уплотнения или локальные мышечные гипертонусы. Симптомов выпадения, которые характерны для корешковых поражений, не наблюдается [9].

Основными задачами лечения больного с мышечно-тоническим синдромом являются максимально полная релаксация спазмированной мышцы, купирование болей и обеспечение условий для проведения полноценного курса реабилитационных мероприятий [1–3, 7, 10].

Наиболее распространенным методом лечения пациентов с мышечно-тоническими синдромами является применение миорелаксантов, эффективность которых подтверждена многочисленными клиническими исследованиями [7, 9, 10].

В последнее время на фармацевтическом рынке появился препарат Мускомед производства компании World Medicine, содержащий в качестве активного вещества тиоколхикозид, полусинтетический миорелаксант, получаемый из натурального гликозида колхикозида.

С учетом механизма действия, заключающегося в устранении мышечных спазмов, обусловленных воздействием со стороны центральной нервной системы, представляет интерес исследовать эффективность и переносимость препарата Мускомед в лечении больных с мышечно-тоническими синдромами.

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость препарата Мускомед производства компании World Medicine у пациентов с вертеброгенными мышечно-тоническими синдромами.

Задачи исследования:

— изучить терапевтическую эффективность препарата Мускомед, его влияние на выраженность вертеброгенного мышечно-тонического синдрома;

— изучить переносимость и возможные побочные явления исследуемого препарата;

— сравнить терапевтический эффект препарата Мускомед и препарата Толперил-Здоровье при лечении мышечно-тонического синдрома.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 60 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 65 лет с вертеброгенными мышечно-тоническими синдромами, находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в отделении сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» и давших письменное согласие на участие в исследовании. Пациенты были разделены на 2 равные группы по 30 человек. Первая группа пациентов получала исследуемый препарат Мускомед, ампулы, производства компании World Medicine по 2 мл 2 раза в сутки внутримышечно. Вторая группа пациентов получала препарат Толперил-Здоровье, ампулы, производства компании «Здоровье» по 1 мл 2 раза в сутки внутримышечно. Курс лечения в обеих группах составлял 5 дней. Также пациенты получали терапию, включавшую нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы В, физиотерапию (массаж). При наличии сопутствующих заболеваний пациенты продолжали получать постоянно используемые для лечения препараты.

Оценка терапевтической эффективности и переносимости исследуемого препарата проводилась с использованием следующих методов: 1) объективный осмотр пациента (измерение ЧСС, АД, аускультация сердца и легких, пальпация и перкуссия живота, осмотр кожи и слизистых); 2) регистрация субъективных жалоб пациента; 3) клинико-неврологическое и нейропсихологическое исследование с использованием шкал (проба Шобера, опросник Роланда — Морриса, визуальная аналоговая шкала, госпитальная шкала тревоги и депрессии, Мак-Гилловский болевой опросник, опросник качества жизни EuroQOL 5D); 4) инструментальные исследования (рентгенография позвоночника, магнитно-резонансная

томография); 5) клинико-лабораторные методы: общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, цветной показатель, лейкоциты, СОЭ), общий анализ мочи (цвет, реакция, удельный вес, белок, сахар, цилиндры, лейкоциты, эритроциты), биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, креатинин, печеночные пробы); 6) статистическая обработка данных с использованием методов параметрической статистики.

Результаты и их обсуждение

Во время первого визита больные предъявляли жалобы на боли в пояснице, шее, грудной клетке, ограничение и болезненность движений в позвоночнике. Также имели место жалобы на головные боли, чувство тяжести и шум в голове, головокружение, общую слабость, снижение внимания, работоспособности, изменения настроения, повышенную раздражительность, утомляемость. Ухудшение общего самочувствия сопровождалось нарушением сна: трудностями засыпания, беспокойным сном с частыми пробуждениями, ранним и окончательным пробуждением, отсутствием ощущения отдыха после сна.

При объективном неврологическом исследовании у всех больных отмечалась диффузная органическая симптоматика. Были выявлены следующие неврологические синдромы:

1. *Мышечно-тонический синдром* отмечался у 60 пациентов (100 %). Частота локализации мышечно-тонического синдрома представлена в табл. 1.

2. *Болевой синдром* отмечался у 60 пациентов (100 %). Наиболее часто встречались болевые рефлекторные синдромы поясничного уровня (люмбалгия, люмбоишиалгия) — у 41 пациента (68,3 %); болевые синдромы шейно-воротниковой области (цервикалгия, цервикокраниалгия, цервикобрахиалгия) — у 13 пациентов (21,7 %), заднебоковой поверхности грудной клетки (торакалгия) — у 6 пациентов (10 %). Острое течение заболевания отмечалось у 18 пациентов (30 %), хроническое — у 42 (70 %). У 14 пациентов (23,3 %) обнаружены признаки поражения периферической нервной системы (вертеброгенная радикулопатия), а именно вертеброгенные поражения корешков C6, C7, L5 и S1.

3. *Астенический синдром* отмечался у 57 больных (95 %) и был представлен в основном в виде выраженного компонента физической и психической утомляемости.

4. *Ликворно-гипертензионный синдром* встречался у 16 больных (26,7 %). Он характеризовался головными болями распирающего характера с чувством давления на глазные яблоки, тошнотой.

Таблица 1. Частота локализации мышечно-тонического синдрома

Название мышцы	Количество пациентов (%)
Трапециевидные мышцы	13 (21,7)
Лестничные мышцы	6 (10)
Ромбовидные мышцы	6 (10)
Грушевидные мышцы	27 (45)
Средняя ягодичная мышца	9 (15)
Паравертебральные мышцы	11 (18,3)

5. *Вестибуло-атактический синдром* отмечался у 12 пациентов (20 %), характеризовался головокружениями, шаткостью при ходьбе, усиливающейся при взгляде на движущиеся предметы, и изменениями положения тела, сопровождался нарушениями статики и координации, легкой атаксией в пробе Ромберга.

Сопутствующие заболевания наблюдались у 47 пациентов (78,3 %). Наиболее часто встречались вегетососудистая дистония — у 29 пациентов (48,3 %), гипертоническая болезнь — у 18 пациентов (30 %), хронический холецистопанкреатит (стадия ремиссии) — у 7 пациентов (11,7 %), хронический гастрит (стадия устойчивой ремиссии) — у 4 пациентов (6,7 %).

У всех больных рентгенологически выявлен остеохондроз шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника, при МРТ определялись протрузии дисков C6-C7, L5-S1.

Полная редукция мышечно-тонического синдрома на фоне проведенной терапии отмечалась у 24 пациентов (80 %) 1-й группы и 22 пациентов (73,3 %) 2-й группы; значительное улучшение имело место у 5 (16,7 %) и 6 (20 %) пациентов 1-й и 2-й группы соответственно; незначительное улучшение имело место у 1 пациента (3,3 %) 1-й группы и 2 пациентов (6,7 %) 2-й группы (табл. 2).

Полная редукция болевого синдрома отмечалась у 18 больных (60 %) 1-й группы и 17 больных (56,7 %) 2-й группы, значительное улучшение отмечали 10 больных (33,4 %) 1-й группы и 10 больных (33,4 %) 2-й группы, незначительное улучшение отметили 2 больных (6,6 %) 1-й группы и 3 больных (10 %) 2-й группы (согласно вербальной оценке).

Таблица 2. Степень выраженности мышечно-тонического синдрома в зависимости от лечения, n

Сроки лечения	Степень выраженности мышечно-тонического синдрома					
	Полная редукция		Значительное улучшение		Незначительное улучшение	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
3-й день терапии	7	5	14	14	9	11
5-й день терапии	24	22	5	6	1	2
Через 5 дней после окончания терапии	24	22	5	6	1	2

Пациенты, у которых имело место незначительное улучшение, имели длительный анамнез вертеброгенных болевых синдромов (более 3–5 лет) и более выраженные изменения при рентгенографии позвоночника и МРТ (выраженность остеохондроза, наличие протрузий дисков).

На фоне проводимого лечения отмечалось уменьшение выраженности таких симптомов, как головная боль, нарушение сна, раздражительность, снижение фона настроения. Уменьшилась выраженность мышечно-тонического, болевого и астенического синдрома. Улучшилось общее самочувствие пациентов.

При оценке подвижности позвоночника по пробе Шобера у 3 человек (10 %) 1-й группы и 2 человек (6,7 %) 2-й группы имели место выраженные нарушения; у 18 пациентов (60 %) 1-й группы и 20 пациентов (66,7 %) 2-й группы отмечались умеренные нарушения; у 9 пациентов (30 %) 1-й группы и 8 пациентов (27,7 %) 2-й группы имели место незначительные нарушения. Динамика мобильности позвоночника и численные показатели в зависимости от проводимой терапии представлены в табл. 3, 4.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительном эффекте на фоне проводимой терапии преимущественно у пациентов 1-й группы, базовым препаратом в которой был Мускомед в дозировке 2 мл 2 р/сутки. Положительная динамика отмечалась уже на 3-и сутки, однако наиболее выраженный терапевтический эффект отмечался на 5-й день терапии.

Оценка по опроснику Роланда — Морриса

При оценке по опроснику Роланда — Морриса до начала терапии выраженные нарушения имели место у 2 человек (6,7 %) 1-й группы и 2 человек (6,7 %) 2-й группы; умеренные нарушения имели место у 21 пациента (70 %) 1-й группы и у 22 пациентов (73,3 %) 2-й группы; незначительные нарушения имели место у 7 пациентов (23,3 %) 1-й группы и 6 пациентов (20 %) 2-й группы. На фоне проводимой терапии показатели по опроснику Роланда — Морриса значительно улучшились, и на 5-й день терапии выраженных нарушений не отмечалось; умеренные нарушения имели место у 2 пациентов (6,67 %) в 1-й группе и 3 пациентов (10 %) во 2-й группе; незначительные нарушения имели место у 9 пациентов (30 %) в 1-й группе и у 11 пациентов (36,7 %) во 2-й группе. Полученные данные свидетельствуют о большей эффективности терапии у пациентов 1-й группы.

Оценка по визуальной аналоговой шкале боли

При оценке по ВАШ до начала терапии 19 больных (63,3 %) 1-й группы и 17 больных (56,7 %) 2-й группы ставили точку на отметке, которая соответствовала 6–8 см, 9 больных (30 %) 1-й группы и 11 больных (36,7 %) 2-й группы — 8–10 см, и только 2 пациента (6,7 %) 1-й и 2-й групп — 4–5 см. После окончания курса лечения точку на отметке «боли нет» поставили 17 больных 1-й группы и 15 больных 2-й группы, на отметке от 2 до 3 см — 9 больных 1-й группы и 11 пациентов 2-й группы, от 3 до 4 см — 4 больных 1-й и 2-й групп. Таким образом,

Таблица 3. Динамика мобильности позвоночника на фоне проводимой терапии

Сроки лечения	Ограничение движений в позвоночнике					
	I степень (незначительные нарушения)		II степень (умеренные нарушения)		III степень (выраженные нарушения)	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
До лечения	9	8	18	20	3	2
3-й день терапии	13	10	16	19	1	1
5-й день терапии	24	22	6	8	0	0
Через 5 дней после окончания терапии	24	22	6	8	0	0

Таблица 4. Численные данные показателей мобильности позвоночника на фоне проводимой терапии

Сроки лечения	Ограничение движений в позвоночнике, см					
	I степень (незначительные нарушения)		II степень (умеренные нарушения)		III степень (выраженные нарушения)	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
До лечения	6,21 ± 0,24	6,57 ± 0,25	4,16 ± 0,52	4,28 ± 0,24	2,47 ± 0,16	2,38 ± 0,11
3-й день терапии	7,52 ± 1,03	7,46 ± 0,97	4,88 ± 0,27	4,61 ± 0,16	2,91 ± 0,14	2,86 ± 0,18
5-й день терапии	7,83 ± 0,97	7,72 ± 0,86	5,24 ± 0,21	5,17 ± 0,35	–	–
Через 5 дней после окончания терапии	7,83 ± 0,97	7,72 ± 0,86	5,24 ± 0,21	5,17 ± 0,35	–	–

Примечание: $p < 0,05$.

полная редукция болевого синдрома по ВАШ отмечалась у 56,7 % больных 1-й группы и у 50 % больных 2-й группы, значительное его уменьшение — у 30 % больных 1-й группы и у 36,7 % больных 2-й группы, незначительное — у 13,3 % больных 1-й и 2-й групп. Полученные данные свидетельствуют о большей эффективности терапии пациентов 1-й группы.

Оценка по Мак-Гилловскому болевому опроснику

Вербальная характеристика боли выглядела следующим образом: из предложенных характеристик болевого синдрома по сенсорной шкале более половины пациентов (18 больных (60 %) 1-й группы и 17 больных (56,7 %) 2-й группы) описывали испытываемую боль словом «ноющая». Четверть обследованных (7 больных (23,3 %) 1-й группы и 8 больных (26,7 %) 2-й группы) представляли свои страдания терминами «сводящая», «дергающая», «ломящая». Реже встречались другие определения боли: «подобна удару тока» — у 5 пациентов (16,7 %) 1-й группы и 5 пациентов (16,7 %) 2-й группы. Аффективная шкала: более половины пациентов (20 больных (66,7 %) 1-й группы и 21 пациент (70 %) 2-й группы) при описании чувства, которое вызывает боль, использовали дескрипторы «изматывает», «обессиливает», «утомляет». 12 пациентов (40 %) 1-й группы и 10 пациентов (33,3 %) 2-й группы, обследованных для вербальной характеристики болевого синдрома, выбрали определения «боль-помеха», «боль-мучение». 8 больных (26,7 %) 1-й группы и 9 пациентов (30 %) 2-й группы отмечали дескрипторы «боль-пытка» и «приводит в отчаяние». Дескрипторы эвалюативной шкалы (термины оценки интенсивности боли пациентом) использовались со следующей частотой: более половины обследованных (19 пациентов (63,3 %) 1-й группы и 17 пациентов (56,7 %) 2-й группы) характеризовали боль как сильную, 6 пациентов (20 %) 1-й группы и 7 пациентов (23,3 %) 2-й группы — как умеренную, 5 пациентов (16,7 %) 1-й группы и 6 пациентов 2-й группы (20 %) — как сильнейшую.

Наиболее часто встречающимися характеристиками болевого синдрома являлись следующие дескрипторы: по сенсорной шкале — «ноющая» боль, по аффективной шкале — «изматывающая», «обессиливающая». Вместе с тем по эвалюативной шкале большинство пациентов оценивали интенсивность боли термином «сильная», т.е. имелось несоответствие между эмоциональным восприятием и степенью выраженности субъективной характеристики боли. Отмеченный диссонанс можно объяснить тем, что большинство пациентов были с хроническим течением заболевания, которое на момент обследования было в фазе обострения, а хроническая боль обрамляется множеством сопутствующих расстройств, таких как хроническая усталость, нарушения сна, ухудшение настроения.

После проведенного лечения определялась положительная динамика: снижение значений ранговых показателей по аффективной и эвалюативной шкалам в обеих группах ($p < 0,05$). Однако сохранялось преобладание сенсорного компонента (сенсорно-аффективного). Наиболее значимый регресс показателей отмечался у пациентов 1-й группы.

Оценка по госпитальной шкале тревоги и депрессии

Госпитальная шкала тревоги и депрессии до начала терапии подтвердила наличие субклинически выраженной депрессии у 9 пациентов (30 %) 1-й группы и у 7 пациентов (23,3 %) 2-й группы, клинически выраженной — у 3 пациентов (10 %) 1-й группы и у 2 пациентов (6,7 %) 2-й группы. У 18 пациентов (60 %) 1-й группы и у 21 пациента (70 %) 2-й группы по данной шкале достоверно выраженных симптомов депрессии выявлено не было.

Подшкала «Тревога» до начала терапии показала наличие субклинически выраженной тревоги у 12 пациентов (40 %) 1-й группы и у 13 (43,3 %) пациентов 2-й группы, клинически выраженной — у 7 пациентов (23,3 %) 1-й группы и 5 пациентов (16,7 %) 2-й группы. У 11 пациентов (36,7 %) 1-й группы и у 12 пациентов (40 %) 2-й группы достоверно выраженных симптомов тревоги выявлено не было.

Динамика средних численных показателей тревоги и депрессии на фоне терапии представлена в табл. 5.

На фоне проведенного лечения, согласно данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии, клинически выраженной депрессии не отмечалось, субклинически выраженная депрессия имела место у 3 пациентов (10 %) 1-й группы и у 4 пациентов (13,3 %) 2-й группы. У 27 пациентов (90 %) 1-й группы и у 26 (86,7 %) пациентов 2-й группы достоверно выраженных симптомов депрессии выявлено не было.

Данные подшкалы «Тревога» после проведенного лечения свидетельствовали о наличии субклинически выраженной тревоги у 4 пациентов (13,3 %) 1-й группы и у 6 пациентов (20 %) 2-й группы. У остальных пациентов в результате проведенного лечения достоверно выраженных симптомов тревоги выявлено не было.

Таблица 5. Динамика средних показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии на фоне проводимой терапии

Показатель	До лечения		После лечения	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Тревога	10,34 ± 4,10	10,46 ± 4,80	7,12 ± 0,59	7,31 ± 0,27
Депрессия	10,76 ± 5,80	10,72 ± 5,10	7,24 ± 0,35	7,56 ± 0,38

Примечание: $p < 0,05$.

Оценка по опроснику качества жизни EuroQOL 5D

Согласно опроснику качества жизни EuroQOL 5D оценивался статус здоровья пациентов до и после лечения на основании 5 компонентов, связанных со следующими аспектами жизни: подвижность, самообслуживание, активность в повседневной жизни, боль или дискомфорт, беспокойство или депрессия.

До начала терапии анализ опросника показал, что незначительные проблемы с передвижением, связанные с выраженностью болевого синдрома, имели место у 2 пациентов (по 1 в каждой группе). В категории «самообслуживание» 2 пациента 1-й группы и 1 пациент 2-й группы отметили наличие определенных проблем, связанных преимущественно с болевым и астеническим синдромами; у остальных пациентов нарушений по данному показателю выявлено не было. В категории «повседневная активность» имело место следующее распределение пациентов: у 12 человек (40 %) 1-й группы и 11 человек (36,7 %) 2-й группы имело место отсутствие проблем, у 18 пациентов (60 %) 1-й группы и у 19 пациентов (64,3 %) 2-й группы имели место определенные проблемы. При оценке категории «боль» болевой синдром присутствовал у всех пациентов, 9 пациентов (30 %) 1-й группы и 8 пациентов (26,7 %) 2-й группы оценивали выраженность болевых ощущений как умеренную, 21 пациент (70 %) 1-й группы и 22 пациента (33,3 %) 2-й группы оценивали болевые ощущения как значительные. В категории «тревога/депрессия» 11 пациентов (36,7 %) 1-й группы и 12 пациентов (40 %) 2-й группы отмечали отсутствие проблем, 12 пациентов (40 %) 1-й группы и 13 пациентов (43,3 %) 2-й группы имели умеренно выраженную степень показателя, 7 пациентов (23,3 %) 1-й группы и 5 пациентов (16,7 %) 2-й группы имели выраженные нарушения.

В результате проведенного лечения регрессировал болевой синдром, значительно улучшились физическое благополучие, самообслуживание и независимость в действиях, трудоспособность, общее восприятие качества жизни. Улучшилось психологическое и эмоциональное благополучие.

Осмотр и опрос пациентов в ходе настоящего клинического исследования не выявил каких-либо жалоб, неожидаемых побочных реакций, осложнений или явлений непереносимости препаратов Мускомед и Толперил-Здоровье.

Выводы

1. Препарат Мускомед, ампулы по 2 мл, производства компании World Medicine является высокоэффективным средством для лечения больных с мышечно-тоническими синдромами.

2. Препарат Мускомед хорошо переносится пациентами и не вызывает побочных эффектов при назначении его по 2 мл 2 раза в сутки в течение 5 дней.

3. В комплексной терапии Мускомед не только положительно влияет на мышечно-тонический синдром, но и способствует регрессу вертеброгенного болевого синдрома, приводит к улучшению физического благополучия, эмоциональной сферы, повышению трудоспособности, общего восприятия качества жизни пациентов.

4. При сравнении с препаратом Толперил-Здоровье, ампулы по 1 мл, Мускомед обладает более быстрым и выраженным эффектом, лучшей переносимостью со стороны пациентов.

Список литературы

1. Широков Е.А. Синдром повышенного мышечного тонуса в практике невролога и его лечение Сирдалудом / Е.А. Широков // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 22. — С. 1466-1468.

2. Зозуля И.С., Бредихин А.В. Миофасциальный болевой синдром: диагностика, лечение / И.С. Зозуля, А.В. Бредихин // Укр. мед. часопис. — 2011. — № 3 (83). — С. 51-57.

3. Морозова О.Г., Ярошевский А.А. Патогенетический подход к терапии миофасциальной болевой дисфункции / О.Г. Морозова, А.А. Ярошевский // Міжнародний неврологічний журнал. — 2009. — № 3. — С. 104-107.

4. Стефаниди А.В., Скоромец А.А., Духовникова И.М. Острая мышечно-фасциальная поясничная боль как следствие функциональной дезорганизации мышц сгибателей и разгибателей туловища / А.В. Стефаниди, А.А. Скоромец, И.М. Духовникова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2009. — Т. 109, № 6. — С. 33-37.

5. Структура дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта: клініка, діагностика та лікування / О.В. Клименко, Ю.І. Головченко, Т.М. Каліщук-Слободін та ін. // Consilium Medicum. Ukraina. — 2008. — № 2 (11). — С. 23-25.

6. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В., Умарова Х.Я., Воловец С.А. Терапия острого вертеброгенного болевого синдрома / П.Р. Камчатнов, А.В. Чугунов, Х.Я. Умарова, С.А. Воловец // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7. — С. 125-132.

7. Федотова А.В., Вознесенская Т.Г. Баклофен при лечении болей в спине, мышечно-тонических и миофасциальных болевых синдромов / А.В. Федотова, Т.Г. Вознесенская // Лечение нервных болезней. — 2004. — № 2 (14). — С. 19-22.

8. Сорока А.В., Надеждина М.В., Столяров И.А. и др. Коррекция мышечно-тонического синдрома при шейном остеохондрозе аппаратом Multi-Cervical Unit «Hanoun medical» / А.В. Сорока, М.В. Надеждина, И.А. Столяров и др. // Бюллетень сибирской медицины. — 2008. — № 5. — С. 137-143.

9. Клинические рекомендации. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение / М.Л. Кукушкин, Г.Р. Табеева, Е.В. Подчуфарова; Под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2011. — 72 с.

10. Широков В.А. Эффективность локальной инъекционной терапии препаратом мидокалм миофасциальных болевых синдромов шейно-плечевой области / В.А. Широков, О.П. Юн, Е.В. Бахтерева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2009. — Т. 109, № 6. — С. 78-80.

11. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice / E. Blozik, D. Laptinskaya, C. Hermann-Lingen et al. // Musculoskeletal Disorders. — 2009. — № 10. — P. 13.

12. Грачев Ю.В., Шмырев В.И. Вертебральная поясничная боль: полифакторное происхождение, симптоматология, прин-

ципы лечения / Ю.В. Грачев, В.И. Шмырев // Лечащий врач. — 2008. — № 5. — С. 6-10.

13. Van Middelkoop M., Rubinstein S., Kuijpers T. et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain / M. Van Middelkoop, S. Rubinstein, T. Kuijpers et al. // European Spine Journal. — 2011. — № 20 (1). — P. 19-39.

14. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain / N. Bogduk, B. McGuirk. — Amsterdam: Elsevier, 2002. — 224 p.

15. Haldeman S., Kopansky-Giles D., Hurwitz E. et al. Advancements in the management of spine disorders / S. Haldeman, D. Kopansky-Giles, E. Hurwitz et al. // Best Practice Res Clinical Rheumatology. — 2012. — № 26. — P. 263-280.

16. Hill J., Whitehurst D., Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial / J. Hill, D. Whitehurst, M. Lewis et al. // Lancet. — 2011. — № 378. — P. 1560-1571.

Получено 01.03.16

Міщенко Т.С.[1], Міщенко В.М.[1], Куфтеріна Н.С.[2]
[1]ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна
[2]Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТА МУСКОМЕД ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННИХ М'ЯЗОВО-ТОНІЧНИХ СИНДРОМАХ

Резюме. Проведено відкрите клінічне дослідження з вивчення ефективності та переносимості лікарського засобу Мускомед виробництва компанії World Medicine у пацієнтів з м'язово-тонічними синдромами. Препарат Мускомед містить активну речовину тіоколхікозид, напівсинтетичний міорелаксант, що отримується з натурального глікозиду колхікозиду. Справляє міорелаксуючу дію. Знижує або усуває м'язові спазми, зумовлені впливом з боку центральної нервової системи. ***Мета дослідження:*** оцінити ефективність і переносимість препарату Мускомед виробництва компанії World Medicine у пацієнтів з м'язово-тонічними синдромами. *Завдання дослідження:* вивчити терапевтичну ефективність препарату Мускомед, його вплив на вираженість м'язово-тонічного синдрому; вивчити переносимість та можливі побічні явища досліджуваного препарату; порівняти терапевтичний ефект препарату Мускомед і препарату Толперіл-Здоров'я при лікуванні м'язово-тонічного синдрому. ***Об'єкт дослідження:*** 60 пацієнтів обох статей у віці від 18 до 65 років з м'язово-тонічними синдромами, які перебували на стаціонарному та/або амбулаторному лікуванні у відділенні судинної патології головного мозку ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Залежно від одержуваної терапії всі пацієнти були розділені на 2 рівні групи: 1-ша — 30 осіб, які отримували Мускомед 2 мл 2 рази на добу в/м протягом 5 днів на тлі загальноприйнятої стандартної терапії; 2-га — 30 осіб, які отримували Толперіл-Здоров'я 1 мл 2 рази на добу на тлі загальноприйнятої стандартної терапії. ***Методи обстеження:*** загальноклінічні, клініко-неврологічне та нейропсихологічне дослідження з використанням шкал (проба Шобера, опитувальник Роланда — Морріса, візуальна аналогова шкала, госпітальна шкала тривоги і депресії, Мак-Гілловський больовий опитувальник, опитувальник якості життя EuroQOL 5D), інструментальні (рентгенографія, магнітно-резонансна томографія), біохімічні, клініко-лабораторні, статистичні. ***Результати й обговорення.*** Результати проведеного дослідження дозволили зробити висновок, що препарат Мускомед справляє досить виражений терапевтичний вплив на м'язово-тонічні синдроми, зручний у використанні, а також призводить до поліпшення фізичного благополуччя, підвищення працездатності та якості життя пацієнтів.

Ключові слова: м'язово-тонічні синдроми, вертеброгенні больові синдроми, Мускомед, лікування, міорелаксанти.

Mishchenko T.S.[1], Mishchenko V.M.[1], Kufterina N.S.[2]
[1]State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine
[2]Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

PATHOGENETIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF MUSCOMED USE IN VERTEBROGENIC MUSCULAR TONIC SYNDROMES

Summary. An open-label clinical study on the efficacy and tolerability of the drug Muscomed, manufactured by World Medicine company, has been carried out in patients with muscular tonic syndromes. Muscomed contains thiocolchicoside as an active substance, a semisynthetic muscle relaxant, extracted from natural glycoside colchicoside. It has a muscle relaxant effect, reduces or eliminates muscle spasms, caused by the influence from the central nervous system. ***Objective of the study:*** to evaluate the efficacy and tolerability of the drug Muscomed, manufactured by World Medicine company, in patients with muscular tonic syndromes. ***Research tasks:*** to study the therapeutic efficacy of Muscomed, its impact on the severity of the muscular tonic syndrome; to examine the tolerability and possible side effects of the drug being studied; to compare the therapeutic effect of Muscomed and the drug Tolperil-Zdoroviie in the treatment of muscular tonic syndrome. ***Material of the study:*** 60 individuals of both sexes aged 18 to 65 years with muscular tonic syndromes, who underwent inpatient and/or outpatient treatment in the department of cerebrovascular pathology of the State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine». Depending on the therapy, all patients were divided into 2 equal groups: 1 — 30 people receiving Muscomed 2 ml 2 times a day i.m. for 5 days on a background of generally accepted standard therapy; 2 — 30 individuals, who received Tolperil-Zdoroviie 1 ml 2 times a day on a background of generally accepted standard therapy. ***Methods of the study:*** general clinical one, clinical-neurological and neuropsychological research using scales (Schober test, Roland-Morris questionnaire, visual analogue scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, McGill Pain questionnaire, EuroQoL 5D quality of life questionnaire), instrumental (X-ray, magnetic resonance imaging), biochemical, clinical laboratory, statistical ones. ***Results and discussion.*** Results of this study allow us to conclude that the drug Muscomed has a quite significant therapeutic effect on muscular tonic syndromes, easy to use, as well as leads to improved physical well-being, increased ability to work and the quality of life of patients.

Key words: muscular tonic syndromes, vertebrogenic pain syndromes, Muscomed, treatment, neuromuscular blocking agents.