

ПАРАМЕТРЫ БОЛИ, ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ ЦЕРВИКАЛГИЕЙ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

¹ Л.Ю.Широкова, ² М.В.Мокроусова, ¹ О.Г.Козлова

¹ ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ярославль, Российская Федерация

² ГБУЗ ЯО «КБ №3», г. Ярославль, Российская Федерация

В данном исследовании проведена оценка эффективности применения симптом-модифицирующего препарата хондроитин сульфата в комбинации с миофасциальным релизом у пациентов с хронической неспецифической цервикалгией. Полученные в ходе наблюдения результаты свидетельствуют о возможном применении комплексного лечения с доказанным анальгетическим и миорелаксирующим эффектом.

Ключевые слова: хроническая скелетно-мышечная боль, цервикалгия, хондроитин сульфат, миофасциальный релиз.

Актуальность проблемы скелетно-мышечных болей в целом и неспецифической боли в позвоночнике в частности обусловлена как медицинскими, так и социальными факторами. Болевой синдром, связанный с дегенеративными поражениями позвоночника, – одна из самых распространенных причин обращения за медицинской помощью. Наиболее уязвимыми в отношении возникновения боли считают поясничный отдел. Незначительно уступает ему шейный отдел позвоночника, что обусловлено его значительной подвижностью, нередко недостаточно развитой мускулатурой, индивидуальными особенностями развития скелета [1, с. 45]. По данным многочисленных исследований, распространенность данного типа скелетно-мышечной боли в популяции составляет от 35 до 71% [2, с. 836]. Частота встречаемости цервикалгии среди лиц среднего возраста и более пожилых (в возрасте старше 60 лет) существенно не различается [3, с. 24]. Боль в шее способна приобретать хронический характер и рецидивировать. Длительные статические нагрузки выступают важным провоцирующим фактором болей в области шеи в свете массовой компьютеризации населения. К факторам хронизации цервикалгии относят возраст старше 40 лет, повторный эпизод цервикалгии, люмбагия в анамнезе, занятия велоспортом, повышенная тревожность, снижение качества жизни, неблагоприятный коморбидный фон. Терапия хронической мышечно-скелетной боли, в том числе и в области шеи, является чрезвычайно сложной проблемой, при этом при взаимодействии врача и пациента должны быть реализованы следующие задачи: редукция боли и психологического дистресса, возоб-

новление нормального уровня активности, возвращение профессионального статуса. Рациональная противоболевая терапия основана на анализе механизмов компонентов боли и воздействия на основные ее составляющие. Хроническая неспецифическая цервикалгия тесно связана с фасеточным и миофасциальным болевыми синдромами. Участие суставного компонента в формировании хронической боли в шее предполагает включение в терапию препаратов из группы медленнодействующих симптом-модифицирующих препаратов. Они характеризуются сопоставимым с нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), хотя и более медленно развивающимся, модифицирующим воздействием на симптомы боли и функциональной недостаточности суставов [4, с. 9; 5 с. 94], а также прогнозируемой способностью повлиять на течение заболевания и его исход, замедляя прогрессирование болезни [6, с. 856]. Структурно-модифицирующее влияние на хрящ таких компонентов хондропротективных препаратов, как глюкозамин и хондроитин, связано со стимуляцией хондроцитов, снижением активности лизосомальных ферментов, увеличением резистентности хондроцитов к воздействию противовоспалительных цитокинов, активацией анаболических процессов в матриксе хряща и созданием предпосылок для формирования устойчивого хряща [7, с. 102]. Особый интерес представляют возможности физической реабилитации при болевом синдроме в позвоночнике мышечно-скелетного происхождения. В последнее время все большее распространение получают так называемые мягкие мышечно-энергетические техники, появление которых значительно расширило

возможности мануального лечения многих болезней позвоночника и суставов. Мягкие элементы активного и пассивного растяжения можно выполнять без риска развития осложнений. Данные технологии акцентированы на нормализацию мышечного тонуса, функционального состояния связок, корректное восстановление всех составляющих опорно-двигательного аппарата и оптимизацию двигательного стереотипа. Один из таких методов – миофасциальный релиз – особая мышечно-энергетическая техника, характеризующаяся умеренным, иногда даже «нежным» воздействием по типу растяжения. Таким образом, учитывая многофакторный патогенетический механизм возникновения скелетно-мышечных болей в области шеи, в терапии данного патологического состояния целесообразно применять комплексный подход.

Цель исследования. Оценить динамику болевых параметров, функциональных характеристик, а также показателей, характеризующих качество жизни и выраженность депрессивных расстройств, у пациентов со скелетно-мышечной цервикалгией на фоне комплексной терапии хондроитин сульфатом и элементами миофасциального релиза.

Материалы и методы. В исследование принимали участие 57 пациентов, из которых 94,7% – женщины и 5,3% – мужчины. Возраст наблюдаемых находился в диапазоне от 41 до 70 лет, в среднем $55,4 \pm 9,4$ лет. Длительность болевого синдрома в области шеи составляла $14,8 \pm 7,5$ лет. У большинства больных (89,5%) констатирован спондилоартроз шейного отдела позвоночника, у части (10,5%) – плечелопаточный периартрит. Комплексное однокурсовое трехнедельное лечение состояло из применения хондроитин сульфата посредством внутримышечных инъекций по 400 мг в неделю (курсовая доза 2,4 г) и элементов миофасциального релиза 1 раз в 3-4 дня по 30 минут с пассивным мышечным растяжением в сочетании с активным мышечным растяжением, проводимым самостоятельно пациентом, в остальные дни недели. Мониторинг клинических параметров производился до, через 3 и 6 месяцев от начала терапии. Уровень боли оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в мм, болезненность при пальпации паравертебральных точек и остистых отростков позвонков оценивалась в баллах. Функциональные изменения в области шеи анализировали по общей амплитуде ротации по центральной оси позвоночника в градусах, сгибанию в шейном отделе по пробе «подбородок-грудина» в сагиттальной плоскости в см. Показа-

тели качества жизни и их динамику мониториروвали с помощью опросника SF-36 (психический и физический компоненты), теста «Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее» по Вернону. Выраженность депрессивных расстройств оценивали по шкале Бека, общее состояние здоровья – по опроснику EuroQol-5D-термометр здоровья. Статистическую обработку производили с помощью пакетов прикладной программы Statistica 10 (StatSoft Inc). Применяли следующие критерии: Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса, Шапиро-Уилка. Сравнение нескольких зависимых выборок производилось с помощью коэффициента конкордации Кендалла. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Через 3 месяца от начала терапии дневная боль в области шеи по ВАШ снизилась на 57,6%, через 6 – на 73,7% ($p < 0,0001$). Ночная боль в области шеи через 3 месяца уменьшилась на 71,7%, через 6 – на 83,3% ($p < 0,0001$). Пальпаторная болезненность паравертебральных точек регрессировала на 67,5% и 77,5% ($p < 0,0001$), остистых отростков позвонков – на 95,0% и 99,3% ($p = 0,0009$) через 3 и 6 месяцев соответственно. Амплитуда ротации головы по центральной оси увеличилась на 37,1% и 40,6% ($p < 0,0001$), а в сагиттальной плоскости улучшилась на 65,0% и 80,9% ($p = 0,000002$) в соответствующие контрольные точки. Позитивный прогресс психического компонента здоровья по опроснику SF-36 был отмечен к 3 и 6 месяцам мониторинга и составил 24,1% и 19,3% соответственно ($p < 0,05$). Физический компонент здоровья через 3 и 6 месяцев от начала терапии увеличился по сравнению с исходным уровнем на 25,6% и 24,9% соответственно ($p < 0,05$). Через 3 месяца от начала терапии индекс Вернона уменьшился на 56,9%, через 6 месяцев – на 69,1% ($p < 0,00001$). До лечения из общего количества пациентов отсутствие депрессивных тенденций наблюдалось у 36 человек (63,1%); легкий уровень депрессии зарегистрирован у 18 человек (21,1%); умеренная депрессия была у 3 пациентов (15,8%). Через 3 месяца лечения в подгруппе с удовлетворительным эмоциональным состоянием оказался 51 человек (89,5%); в подгруппе с субдепрессией – 6 человек (10,5%), в подгруппе с умеренной депрессией 0 человек. Достигнутый количественный состав не изменился и через 6 месяцев наблюдения. Качественный показатель выраженности депрессии по шкале Бека уменьшился на 44,8% и 60,3% ($p < 0,05$) соответственно через 3 и 6 месяцев от начала терапии по сравнению с исходным уровнем. Позитивная динамика по болевым пара-

метрам, функциональному состоянию, вероятно, повлияла и на улучшение общего состояния здоровья пациентов, которое через 3 месяца от начала лечения возросло на 43,5%, через 6 – на 52,3% ($p < 0,000001$).

Выводы. Полученные в ходе проведенного комплексного лечения данные демонстрируют стабильную долговременную эффективность и безопасность внутримышечного применения хондроитин сульфата в сочетании с миофасциальным релизом у пациентов с хронической неспецифической цервикалгией. На основании достигнутых результатов можно рассматривать комплексную терапию парентеральным хондроитин сульфатом и элементами мышечно-энергетических техник по типу пассивного и активного мышечного растяжения как альтернативное средство лечения пациентов с обострением скелетно-мышечной боли в области шеи, особенно, когда есть ограничения или противопоказания к приему НПВС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камчатнов П.П. Повышение эффективности противовоспалительной терапии при дегенеративных поражениях позвоночника / П.П.Камчатнов // Фарматека. – 2012. – № 14. – С.45-49.
2. Fejer R. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature / R. Fejer, K.O. Kyvik, J.Hartvigsen // Eur Spine J. – 2006. – Vol. 15, №6. – P. 834–48.
3. Fejer R. Does back and neck pain become more common as you get older? A systematic literature review / R. Fejer, C. Leboeuf-Yde // Chiropr Man Therap. – 2012. – Vol 20, № 1. – P. 24–32.
4. Hochberg M.C. Сочетание хондроитина сульфата и глюкозамина при остеоартрите коленного сустава: многоцентровое, рандомизированное, двойное

слепое исследование для подтверждения не меньшей эффективности в сравнении с целекоксибом / M.C.Hochberg, J. Martel-Pelletier, J. Monfort // Manage pain. – 2015– №2 – С. 3–10.

5. Бадюкин В.В. Значение воспаления в развитии и течении остеоартроза/ В.В. Бадюкин //Consilium Medicum. – 2009.– Т.11, №9. – С.91–95.
6. Fransen M. Glucosamine and chondroitin placebo osteoarthritis: a double-blind randomised placebo-controlled clinical trial evaluating single and combination regimens / M. Fransen, M. Agalotiis L. Nairn //Ann Rheum Dis. Doi. – 2014. – Vol 74, № 5. – P.–851-858.
7. Алексеев Л.И. Симптоматические препараты замедленного действия при лечении остеоартроза / Л.И. Алексеева // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11, №9. – С. 100– 104.

PARAMETERS OF PAIN, FUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MUSCULOSKELETAL CERVICALGIA SECONDARY TO COMPLEX THERAPY

Shirokova L.Yu.¹, Mokrousova M.V.², Kozlova O.G.¹

¹Yaroslavl State medical University, Yaroslavl, Russian Federation

²Clinical Hospital No.3, Yaroslavl, Russian Federation

This study evaluated the effectiveness of symptom-modifying drug – chondroitin sulfate in the combination with myofascial release in patients with chronic nonspecific cervicalgia. The results indicate on the possible use of combination treatment with proven analgetic and myorelaxing effects.

Keywords; chronic musculoskeletal pain, cervicalgia, chondroitin sulfate, myofascial release.

ПОЛИЭНЗИМНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ УРОГЕННЫМ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ

Р.Ф.Шолан, Н.И.Гусейнов

Центральная больница нефтяников, г.Баку, Азербайджанская Республика
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку, Азербайджанская Республика

В материале изложены результаты исследования эффективности полиэнзимных препаратов в комплексном лечении больных урогенитальной формы реактивного артрита (УФРФА). Доказано, что полиэнзимные препараты способствуют регрессии суставного синдрома, потенцированию концентраций антибиотиков в очаге воспаления и в 94,4% случаев помогают добиться элиминации возбудителя заболевания.

Ключевые слова: урогенный реактивный артрит, уретропростатит, Chlamydia Trachomatis, полиэнзимный препарат.