

4. И.Ф.Рощина, С.И.Гаврилова, Г.А.Жариков и др. «Оценка эффективности терапии акатинолом мемантином больных с болезнью Альцгеймера по результатам нейropsychологического исследования» - Ж.. «Психиатрия и психофармакотерапия»- Т.4-№6-2002г.
5. Н.В.Пономарева, Н.Д.Селезнева, О.В.Пендюрина и др. «Электроэнцефалограмма предикторы эффективности холинергической и глутаматергической терапии при болезни Альцгеймера»- Ж.. «Психиатрия и психофармакотерапия»- Т. 5-№ 1-2003г.
6. С.И.Гаврилова, Г.А.Жариков «Лечение болезни Альцгеймера»- Ж.. «Психиатрия и психофармакотерапия» - Т. 3-№ 2-2001г.
7. С.И.Гаврилова, Г.А.Жариков и др. «Акатинол мемантин: новый подход в лечении болезни Альцгеймера»- Ж.. «Психиатрия и психофармакотерапия» - Т.4-№ 3-2002г.
8. Н.В. Верещагин, В.А. Моргунов, Т.С. Гулевская «Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии» -М. Медицина, 1997г., 288с.
9. Е.И. Гусев, В.И. Скворцова «Ишемия головного мозга»- М. Медицина, 2001г., 328с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП В ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЕКТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА

М.А. Якушин, А.В. Герасимов, В.Н. Багин

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

Дистрофические изменения позвоночника отчасти являются следствием естественной возрастной дегенерации; позвоночник, как и другие ткани организма, подвержен увяданию. Возрастное ограничение двигательной активности вкупе с потерей эластичности и упругости связочного аппарата сопровождается ослаблением мышечного корсета и повышением нагрузки на позвоночный столб. Организм перестает справляться с повреждающим влиянием гравитационных и динамических факторов; в диске образуются микротрещины, пульпозное ядро фрагментируется, образуя множественные секвестры. Вовлечение в патологический процесс периферических отделов диска приводит к раздражению рецепторов синувентрального нерва, появлению боли и миотонического напряжения паравентральных мышц.

Апофеозом дистрофии диска является выпадение межпозвонковой грыжи в полость спинального канала. Пульпозное ядро, попадая в микротрещины, вместо гидравлического амортизатора, коим являлось до сих пор, становится гидравлическим прессом, разрывающим собственные ткани. При очередном неловком движении содержимое одного из секвестров изливается под наружное фиброзное кольцо или заднюю продольную связку, формируя грыжевое выпячивание. В момент выпадения грыжи происходит интенсивное раздражение рецепторов синувентрального нерва и сдавление спинномозгового корешка, что сопровождается резкой болью и комплексом неврологических проявлений, соответствующих корешковому синдрому.

От появления первой микротрещины до выпадения грыжи проходит много времени, как минимум несколько месяцев. Все это время у пациента могут отсутствовать отчетливые клинические проявления. Лишь грамотный врач способен правильно оценить изменения, происходящие с пациентом и попытаться приостановить их.

Существует множество лечебных пособий, укрепляющих межпозвонковый диск, однако большинство из них оказывает косвенное протективное действие. Лишь хондропротекторы влияют непосредственно на метаболические процессы диска, улучшая заживление тканей, повышая их устойчивость к механическому

повреждению. В ходе многочисленных исследований выявлено и подтверждено благоприятное влияние хондропротекторов на вторичные проявления вертеброгенной патологии – так называемые рефлекторные синдромы.

Нами исследована клиническая эффективность хондропротектора алфлутоп в лечении некоторых рефлекторных проявлений остеохондроза, в том числе, плечелопаточного периартроза – у 7 пациентов, мышечно-тонических синдромов – у 10 пациентов.

Лечебное действие препарата реализуется за счет угнетения гиалуронидазы - фермента, разрушающего хрящевую ткань. Препарат стимулирует синтез гиалуроновой кислоты и коллагена II типа, тем самым, потенцируя репаративные процессы, предотвращая разрушение макромолекулярных структур. Отличительной особенностью алфлутопа является анальгетическое и противовоспалительное действие (за счет торможения синтеза провоспалительных цитокинов), а также гастропротективный эффект. Ускорение эпителизации эрозивных дефектов слизистой желудочно-кишечного тракта особенно ценно при сопутствующем назначении нестероидных противовоспалительных средств, обладающих ulcerогенным действием.

Больные распределены на 3 группы:

I группу составили пациенты, которым препарат вводился по 10 мг. в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы вне болевой зоны в течение 20 дней, в том числе с:

- плечелопаточным периартрозом – 3;
- синдромом нижней косой мышцы головы – 1;
- синдромом лестничной мышцы – 1;
- синдромом грушевидной мышцы – 2;
- диабетической полинейропатией – 3.

II группу составили больные, которым препарат вводился внутримышечно в проекционные болевые точки по 10-20 мг. с интервалом 1-4 раза в неделю, в том числе с:

- плечелопаточным периартрозом – 4;
- синдромом нижней косой мышцы головы – 2;
- синдромом лестничной мышцы – 2;
- синдромом грушевидной мышцы – 2;

Группу сравнения (III группа) составили 20 пациентов, получавших нестероидные противовоспалительные средства и витамины группы В.

Во всех трех группах на протяжении курса лечения алфлутопом не использовались физиотерапевтические методы, рефлексотерапия, массаж.

Оценка состояния больных производилась по специальным шкалам до начала лечения, в конце каждой последующей недели, а также через 1 неделю-1 месяц после отмены препарата.

Характер болевого синдрома и его динамика определялись с помощью шкалы описательных определений (1 балл – отсутствие боли; 2 балла – незначительные боли, возникающие только при движении; 3 балла – умеренные постоянные боли; 4 балла – постоянные боли, значительно усиливающиеся при движении; 5 баллов – интенсивные «боли покоя»), его выраженность - с помощью визуальной аналоговой шкалы (10 баллов - боль максимальной интенсивности, когда-либо испытываемая больным, 1 балл - полное отсутствие боли). Все пациенты заполняли соответствующие анкеты, ежедневно фиксируя динамику болевых ощущений. В процессе исследования производился количественный учет триггерных зон.

Мышечный тонус проверяли пальпаторно (в покое и при изометрическом напряжении), с помощью пассивных движений, а также методом поверхностной (глобальной) электромиографии.

Объем движений в пораженном двигательном сегменте соотносился с 5-балльной шкалой (1 балл – гипермобильность; 0 баллов – адекватный; 1 балл – умеренно ограничен; 2 балла – значительно ограничен; 3 балла – контрактура).

Для оценки эффективности препарата использовалась шкала общего клинического впечатления, предусматривающая следующие градации: 1 балл - ухудшение, 0 баллов - отсутствие эффекта, 1 балл - незначительно выраженный эффект, 2 балла - умеренный эффект, 3 балла - значительный эффект.

Общая характеристика больных.

В I группе интенсивные боли покоя отмечались у двоих пациентов, у четверых имели место умеренные боли, резко усиливающиеся при движении; еще у четверых - умеренные боли, слабо реагирующие на движение.

По визуальной аналоговой шкале выраженность алгического синдрома в этой группе составляла 6,4 балла, причем наиболее сильные боли отмечались у пациентов с плечелопаточным периартрозом.

Во II группе интенсивные боли покоя наблюдались у троих, умеренные боли, резко усиливающиеся при движении – у троих, постоянные боли, слабо связанные с движением – у двоих; у двоих имели место незначительные боли, возникающие лишь при движении.

По визуальной аналоговой шкале среднее значение алгического синдрома составило во II группе 6,5 баллов, причем выраженность боли находилась в обратной зависимости от длительности последнего обострения.

У половины пациентов группы сравнения боль носила постоянный, умеренный характер, у 6 отмечались боли средней интенсивности, усиливающиеся при движении; трое пациентов испытывали постоянные «боли покоя», у одного алгические проявления возникали лишь при движении. Количественная оценка боли до лечения в среднем составляла 6,5 балла.

Значение исходных показателей состояния пациентов различных групп представлены в таблице.

Таблица

	Острое начало	Длительность последнего обострения (нед.)	Выраженность боли (баллов)	Величина боли (баллов)	Тонус* (баллов)	Объем* движений (баллов)	Триггерные зоны (№)
I группа	4	28,5	3,7	6,4	2,1/0,7	2/0,33	2,3
II группа	5	4	3,7	6,5	1,9	1,9	2,7
III группа	5	5,7	3,4	6,0	1,7	1,9	2,1

Поскольку в I группу включены пациенты с полиневропатией, значение мышечного тонуса и объема движений для этой категории больных определялось изолированно.

Результаты исследования.

Положительная динамика состояния наблюдалась у всех пациентов I-II групп и у 9 пациентов группы сравнения. Улучшение проявлялось уменьшением болевого синдрома, нормализацией объема движений и мышечного тонуса, уменьшением количества триггерных зон, улучшением самочувствия (уменьшились раздражительность, слезливость, нормализовался сон).

В I группе регресс болевого синдрома начинался, в среднем, через 2,7 суток, во II – через 1,4, в группе сравнения – через 3,3.

Выраженность алгического синдрома во I группе снизилась, в среднем, на 3,9 баллов; во II – на 4,6, в III – на 2,9.

Изменился и характер болевых проявлений. Если до лечения преобладали постоянные умеренные или резко усиливающиеся при движении боли, то после сочетанной терапии у большинства больных болевой синдром

носил постоянный умеренный характер. Регресс качественных показателей боли в I группе составил 2 балла; во II – 2,6; в III – 1,9.

В результате лечения алгический синдром купирован у 3 пациентов I группы, у 8 – II и у 3 группы сравнения.

В наибольшей степени рефлекторные миотонические проявления регрессировали во II группе (на 1,7 баллов), несколько меньше – в группе сравнения (на 1,6 балла); в наименьшей степени – в I группе. Полное восстановление объема движений наблюдалось приблизительно с одинаковой частотой (в I группе – у 3 пациентов, во II – у 4, в III – у 3).

Однако, в целом, ограничение движений регрессировало в наибольшей степени у пациентов II группы (на 1,3 балла), нежели у остальных (на 1 балл в I группе и на 0,9 балла во II).

Аналогичная закономерность прослеживалась по отношению к динамике количества триггерных зон, показателю, в достаточной степени отражающему остроту и тяжесть процесса.

Во II группе количество триггерных зон, в среднем, уменьшилось на 2,2, в I – на 1,2, в III – на 1,4.

По данным опроса, переносимость алфлутопа лишь у двоих пациентов (по одному в каждой группе) расценена как удовлетворительная, в остальных случаях – как хорошая. Несмотря на то, что дважды в I группе (на 7 и 8 сутки) и трижды во II (на 6 и 7 сутки) имело место ухудшение состояния (нарастание болей, ограничение объема движений), отказа от лечения не зафиксировано ни в одном случае. По шкале общего клинического впечатления эффективность лечения составила в I группе 1,5 балла, во II – 2,2 балла.

Побочные аллергические проявления в виде уртикарной сыпи, зафиксированные однократно во II группе, не имели стойкого характера и быстро исчезли после отмены препарата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование выявило эффективность препарата алфлутоп в лечении рефлекторных синдромов остеохондроза. Положительная динамика зафиксирована в каждом из 17 наблюдений. Антиноцицептивное и вторичное миорелаксирующее действие проявилось более рельефно при местном использовании препарата: положительный эффект наступал значительно быстрее (в 1-2 сутки) и был более выраженным. Эффект от введения алфлутопа в ягодичную область появлялся на 1-2 суток позже, был ниже на 0,7 балла (по шкале общего клинического впечатления), однако являлся сопоставимым с эффектом от применения нестероидных противовоспалительных средств, которые на протяжении многих десятилетий считаются препаратами выбора при вертеброгенной патологии.

Небольшое количество наблюдений антиноцицептивного влияния алфлутопа на болевые формы диабетической полинейропатии не позволяет сделать однозначных выводов, однако обнаруженная закономерность обосновывает целесообразность дальнейших разработок в этом направлении.

Незначительное количество побочных действий алфлутопа, его хорошая переносимость, наряду с достаточно высокой эффективностью открывают перспективу широкого применения препарата в вертеброневрологии.