

© В.С. Рябцев, 2009
УДК 617.546:615.015.26

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ МИОРЕЛАКСАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЙ В СПИНЕ

В.С. Рябцев

Ставропольская Краевая психиатрическая больница № 2,
Ставрополь

Боль в спине является второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращения к врачу и третьей по частоте причиной госпитализации, для лиц старше 45 лет она служит самой частой причиной нетрудоспособности [1].

Очень часто боли имеют вертеброгенное происхождение и служат проявлением дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике с вторичными корешковым и рефлекторным синдромами. Поскольку это является одной из наиболее частых причин заболеваемости и инвалидизации людей трудоспособного возраста, поиск методов эффективного лечения данной патологии имеет не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость.

Источником болей в спине может быть болевая импульсация, связанная как с самим позвоночником (связки, надкостница отростков, фиброзное кольцо, суставы, корешки), так и с другими структурами (мышцы, висцеральные органы, суставы) [4,5].

Болевые синдромы в спине (дорсалгии) часто встречаются в лечебной практике врачей различных специальностей: неврологов, травматологов-ортопедов, ревматологов, семейных и участковых терапевтов, физиотерапевтов, иглорефлексотерапевтов, мануальных терапевтов. Около 75% пациентов посещают 2-3 специалистов и более, добиваясь избавления от боли [2,3].

Патогенетическая терапия вертеброгенных болевых синдромов, по-прежнему является весьма актуальной проблемой. В последнее время в комплексном лечении вертеброгенных болевых синдромов, широко применяются миорелак-

санты центрального действия. Однако сравнительная оценка эффективности данных средств не проводилась. Отсутствуют данные о частоте развития нежелательных лекарственных реакций (НЛР) в связи с применением миорелаксантов у этой категории пациентов.

Цель работы – сравнительное проспективное исследование двух наиболее часто применяемых миорелаксантов центрального действия: Мидокалма («Гедеон Рихтер», Венгрия) и сирдалуда («Новартис», Швейцария) при вертеброгенных болевых синдромах; изучение их эффективности и частоты возникновения НЛР.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 150 больных (39 мужчин, 111 женщин), в возрастной группе от 21 до 74 лет.

С применением процедуры рандомизации были сформированы две сопоставимые группы пациентов. В первую вошло 74 больных, во вторую группу было включено 76 пациентов. Больные первой группы получали мидокалм (внутрь в дозе 450 мг в сутки), второй – сирдалуд (внутрь, в суточной дозе 4 мг). В обеих группах больных миорелаксантные препараты использовались в течение 3 недель. Пациентам обеих сравниваемых групп также назначали стандартное лечение включающее, НПВП, вазоактивные препараты, ноотропы, антиоксиданты, антигипоксанты, методы физиотерапии.

Диагноз верифицировался рентгенологически или методами нейровизуализации (КТ, МРТ) Определялись, стадия, локализация и длительность заболевания. Пациенты проходили лабораторное обследование, включающее общие анализы крови, мочи, определение уровня глюкозы, аминотрансфераз, креатинина, мочевины, холестерина. Ежедневно измерялось АД.

Характеристика болевых синдромов представлена в таблице 1.

Рябцев Валерий Сергеевич
Врач невролог ГУЗ Ставропольская Краевая
психиатрическая больница № 2; тел. (8652) 22-16-40.

Таблица 1

Частота распределения болевых синдромов

Клинический синдром	Частота	
	абс.	%
Цервикалгия	45	30
Торакалгия	12	8
Люмбалгия	80	53,3
Люмбоишалгия	10	6,7
Компрессионный синдром L5-S1	3	2

Активность процесса определялась степенью болевого синдрома (по 10-балльной шкале, от 1 до 10 баллов), степенью напряжения прямых мышц спины и скованностью при активных движениях по 4-х балльной шкале (0-отсутствует, 1-лёгкая, 2-умеренная, 3-выраженная). Многие пациенты имели сопутствующую патологию: энцефалопатию, полиневропатию, гипертоническую болезнь, ИБС, сахарный диабет.

Критериями включения в исследование являлись:

- обострение заболевания с умеренным или выраженным болевым синдромом;
- рентгенологически или методами нейровизуализации верифицированный диагноз (остеохондроз, протрузия дисков).

В исследования не включались:

- пациенты с выраженной недостаточностью функции сердечно-сосудистой системы, печени, почек.
- пациенты, имеющие выраженные психические и когнитивные нарушения.

На каждого больного заводилась индивидуальная карта, в которой регистрировались перечисленные данные, отмечались сопутствующие заболевания и принимаемые больным лекарственные средства помимо миорелаксантов. Регистрировались все НЛР, которые возникали во время приёма препаратов, оценивалась динамика снижения интенсивности болевого синдрома.

Оценка эффекта проводимой терапии и контроль безопасности проводились во время визитов – через 7, 14 и 21 дней от начала лечения.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было установлено, что оба препарата обладают сопоставимой эффективностью. При исследовании мидокалма и сирдалуда ослабление болевого синдрома, снижение мышечного напряжения и скованности при движениях наблюдались в одни и те же сроки.

При анализе переносимости препаратов и возникновения НЛР было установлено (табл. 3), что при применении сирдалуда встречались НЛР со стороны ЦНС, такие как сонливость (5,3%), общая слабость (1,3%), со стороны сердечно-сосудистой системы – снижение АД (3,9%), со

Таблица 2

Сравнительная клиническая эффективность мидокалма и сирдалуда (в баллах)

Синдромы и сроки	Мидокалм	Сирдалуд
Болевой синдром до назначения	5,36	5,39
На 7 сутки	2,85	2,80
На 14 сутки	1,28	1,28
На 21 сутки	0,70	0,48
Мышечное напряжение до назначения	2,20	2,43
На 7 сутки	1,24	1,21
На 14 сутки	0,97	1,01
На 21 сутки	0,58	0,38
Скованность при движениях до назначения	1,75	1,57
На 7 сутки	0,86	0,53
На 14 сутки	0,52	0,27
На 21 сутки	0,10	0,05

стороны желудочно-кишечного тракта – сухость во рту (2,6%). При применении мидокалма со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдались боли в животе (1,3%). Общая частота НЛР при приёме сирдалуда составила 13,1%, при приёме мидокалма – 1,3%.

Кроме того, во время курса лечения доза сирдалуда корректировалась как в сторону снижения (5,3%), так и в сторону повышения (6%), при применении мидокалма доза снижалась в 1,3% случаев. При этом не было выявлено существенных возрастных и половых различий в возникновении НЛР при применении начальной дозы препаратов и после её коррекции. У пациентов с сопутствующей патологией (гипертоническая болезнь, сахарный диабет) также не было выявлено существенных различий в частоте возникновения НЛР и обычно не требовалась коррекция специальной терапии (гипотензивные, антиагреганты, сахароснижающие препараты).

Как видно из данных таблицы 3, при применении мидокалма частота НЛР меньше, чем при использовании сирдалуда. При фармакотерапии с использованием мидокалма обычно не возникает потребности в коррекции дозы, тогда как терапия сирдалудом требует «титрования» препарата. На основании полученных данных можно заключить, что применение мидокалма более безопасно, мидокалмом удобнее пользоваться, поскольку в ходе лечения не требуется коррекции дозы. При этом эффективность обоих препаратов при вертеброгенных болевых синдромах практически одинакова.

Таблица 3

**Частота возникновения НЛР
при применении миорелаксантов (%)**

НЛР	Сирдалуд n=76	Мидокалм n=74
Головная боль	-	-
Головокружение	-	-
Сонливость	5,3	-
Общая слабость	1,3	-
Снижение АД	3,9	-
Боли в области сердца	-	-
Тахикардия	-	-
Сухость во рту	2,6	-
Тошнота	-	-
Рвота	-	-
Боли в животе	-	1,3
Другие	-	-

Выводы

1. При исследовании мидокалма и сирдалуда ослабление болевого синдрома, снижение мышечного напряжения и скованности при движениях наблюдались в одни и те же сроки.
2. При приёме сирдалуда частота НЛР составила 13,1%, при приёме мидокалма - 1,3%.
3. Во время лечения сирдалудом требовалось чаще корректировать дозу препарата в сторону снижения 5,3% и в сторону повышения (6%), при применении мидокалма доза снижалась в 1,3% случаев.
4. Применение мидокалма более безопасно в связи с меньшей частотой НЛР и отсутствием необходимости коррекции дозы.

Литература

1. Богачёва, Л.А. Дорсалгии: классификация, механизмы патогенеза, принципы ведения. Современное состояние проблемы болей в спине / Л.А. Богачёва, Е.П. Снеткова // Неврол. ж. - 1996. - №2. - С. 8-12.
2. Дамулин, И.В. Синдром спастичности и основные направления его лечения / И.В. Дамулин // Ж. неврол. и психиатр. - 2003. - №12. - С. 4-9.
3. Касаткин, Д.С. Патогенетическая терапия спастичности / Д.С. Касаткин // Журн. неврол. и психиатр. - 2008. - №3. - С. 12-16.
4. Мусин, Р.С. Эффективность и безопасность толперизона в лечении синдрома болезненного мышечного спазма / Р.С. Мусин // Кач. клин. практ. - 2001. - №1. - С. 43-51.
5. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) / Я.Ю. Попелянский // Руководство для врачей. - 3-е изд. - М:МЕДпресс-информ, 2003. - С. 248-270.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА
ПЕРЕНОСИМОСТИ МИОРЕЛАКСАНТОВ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЙ В СПИНЕ****В.С. РЯБЦЕВ**

Проведена сравнительная оценка терапевтической эффективности и переносимости миорелаксантных средств, широко применяемых для лечения болей в спине: «Сирдалуд» и «Мидокалм». Обнаружено, что «Сирдалуд» чаще, чем «Мидокалм», вызывал нежелательные лекарственные реакции. Клиническая эффективность препаратов у обследованных пациентов была сопоставимой.

Ключевые слова: боли в спине, миорелаксанты

**COMPARATIVE ESTIMATION
OF MYORELAXANT TOLERANCE
AT BACK PAINS TREATMENT****RYABTSEV V.S.**

The comparative estimation of therapeutic efficiency and tolerance of myorelaxants applied widely for back pains treatment is carried out: «Sirdalud» and «Midocalm». It is revealed, that «Sirdalud» caused undesirable medicinal reactions more often than «Midocalm». Clinical efficiency of preparations at the surveyed patients was comparable.

Keywords: back pains, myorelaxants

© И.В. Терентьева, 2009
УДК 615.224:616-005.4-055.1.2

СЛОЖИВШАЯСЯ ПРАКТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ КАРДИОТРОПНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ИБС В СТАЦИОНАРЕ

И.В. Терентьева
Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) представляют наиболее важную медицинскую и социальную проблему, так как в большинстве развитых стран они являются основной причиной смертности и инвалидизации населения (World Health Report 1997; European Cardiovascular Disease Statistics, 2005). За последние годы смертность населения России постоянно увеличивается по всем основным классам причин. При этом основная доля в темпе роста смертности приходится на болезни системы кровообращения (рост более, чем в 1,5 раза за последние 15 лет). Клинические проявления и течение ИБС имеют существенные половые различия [8,9], как и действие многих лекарств. Причины этого могут быть обусловлены различиями в лекарственном метаболизме, действием половых гормонов, кроме того отмечаются девиации в действии кардиотропных средств в разные периоды менопаузы [2,6,7].

Стоимость терапии ИБС имеет неуклонную тенденцию к увеличению как у мужчин, так и у женщин, поэтому крайне важна оптимизация экономической эффективности лечения пациентов с данной патологией [4,5]. Для совершенствования терапии ИБС необходимо хорошо представлять себе особенности сложившейся практики лечения в кардиологических стационарах в различных медицинских учреждениях в зависимости от пола и длительности постменопаузального периода у женщин.

Целью настоящего исследования было проведение анализа потребления кардиотропных

средств у женщин и мужчин больных ИБС (стабильной стенокардией), находившихся на лечении в кардиологических отделениях нескольких стационаров Ставропольского края, с позиции клинико-экономического анализа.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 308 пациентов с ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией – 187 женщин (средний возраст $63,8 \pm 0,59$ лет) и 120 мужчин (средний возраст $56,6 \pm 0,99$ лет), находившихся на стационарном лечении в нескольких ЛПУ (кардиологических отделениях) Ставропольского края в 2006-2008 гг. Изучалась сложившаяся практика использования лекарственных средств, назначаемых лечащим врачом (подбор дозы, оптимальных режимов введения) для достижения клинического эффекта.

Оценивались прямые медицинские затраты на лекарственные средства, которые были ранжированы в соответствии со стандартами фармакотерапии ИБС. Был проведен формализованный ABC/VEN анализ использованных препаратов [5] при фармакотерапии у больных ИБС мужчин и женщин, а также у женщин в раннем постменопаузальном периоде (РПМП – 5 лет после менопаузы) и позднем постменопаузальном периоде (ППМП).

При проведении ABC-анализа группы лекарственных препаратов сводились в таблицы, на первых порах – в алфавитном порядке. Далее рассчитывались затраты на каждую группу. Для этого высчитывали суточную дозу, суммарную дозу полученного всеми пациентами препарата, затем определялась стоимость суточной дозы и суммарные затраты за весь период лечения у всех изученных пациентов. Для анализа стоимости лекарственных средств расчет строился на основе средних оптовых цен фирм-дистрибьютеров.

Терентьева Ирина Викторовна,
заместитель главного врача по лечебной работе
Краевого клинического кардиологического диспансера,
тел.: (8652) 36-56-89; e-mail:

На следующем этапе проводилось ранжирование лекарственных групп от наиболее затратных к наименее затратным. Высчитывали, сколько процентов от общих затрат на медикаменты приходится на каждую группу. При этом наиболее затратные лекарства были объединены в группу, на которую приходилось 80% всех издержек (группа «А»). Вторая группа – группа «В» – это менее затратные препараты, на долю которых приходилось 15% всех издержек. И, наконец, наименее затратные – 5% всех издержек – составляли группу «С».

Каждой группе лекарственных препаратов присваивали индекс жизненной важности: V (vital) – жизненно необходимые препараты, E (essential) – важные и, наконец, индекс N (non-essential) – второстепенные препараты. При ранжировании лекарственных средств по индексу жизненной важности использовался экспертный метод, при котором к группе V относят препараты, абсолютно показанные при данной патологии, к группе E – важные препараты, чье применение считают возможным, но не необходимым, к группе N – препараты, применение которых при данном заболевании не показано. Распределение по группам проводилось согласно рекомен-

дациям ВНОК по лечению пациентов со стабильной стенокардией, согласно которым в группу жизненно-необходимых были отнесены ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), дезагреганты, бета-адреноблокаторы, статины; в группу важных – нитраты, диуретики, антагонисты кальция и прочие антигипертензивные средства (агонисты имидазолиновых рецепторов и альфа-адреноблокаторы); в группу второстепенных – препараты для лечения хронической сопутствующей патологии, не требующей оказания экстренной помощи, препараты кардиометаболического действия и препараты для коррекции электролитного баланса.

Результаты и обсуждение. ABC и VEN анализы лекарственных препаратов, применявшихся для лечения стабильной стенокардии у женщин в РПМП. Все лекарственные препараты, применявшиеся у исследуемых пациенток, были сформированы в группы «А», «В», «С». В группу «А» вошли препараты, на которые было затрачено 80% денежных средств. При анализе были получены следующие данные (табл. 1): первое место по затраченным средствам занимают препараты, улучшающие мозговое кровообращение и ноо-

Таблица 1

**Частотный анализ фармакотерапии,
применявшейся у женщин в РПМП и ППМП и у мужчин со стабильной стенокардией**

Группа препаратов	Количество больных, получавших данную группу ЛС (%)			Затраты на данную группу препаратов (%)		
	РПМП	ППМП	Муж	РПМП	ППМП	Муж
Средства, улучшающие мозговое кровообращение и ноотропы	70,7	74,4	51,6	26,9	18,5	12,4
Препараты для коррекции электролитного баланса	82,9	88,6	80,8	15,9	18,4	18,3
Препараты для лечения сопутствующей хронической патологии	73,1	82,9	61,6	15,2	15,4	12,5
Препараты, улучшающие метаболические процессы в организме	70,7	62	73	11,6	11	14,8
Нитраты	68,29	68,7	80,3	8,7	9,7	12,7
ИАПФ	70,7	86,5	72,5	7	9,6	13,2
Дезагреганты	75,6	75	73,3	3,9	5,3	5,2
Бета-адреноблокаторы	80,5	46	71,6	3,4	2,9	3,5
Антидепрессанты и седативные препараты	31	41,8	23,3	2,2	2,5	1
Антагонисты кальциевых каналов	26,8	76,5	26,6	2,1	2,4	2,3
Мочегонные средства	56	68	55	2	2,2	2,3
Нестероидные противовоспалительные средства	19,5	34	18,3	1,2	2	1,8