

УДК 616

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА**

© 2011 г. Е.А. Любарский, М.А. Дудина, И.А.Шевченко

*Городская больница № 4,  
ул. Социалистическая, 160, г. Ростов н/Д, 344022**City Hospital № 4,  
Socialisticheskaya St., 160, Rostov-on-Don, 344022*

*Проведены исследования эффективности препаратов терафлекс и терафлекс аванс при лечении пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза, основной жалобой и причиной обращений при котором является боль в пояснично-крестцовой области и ноге. Все больные продолжали терапию на протяжении трех недель. Оценка эффективности терапии осуществлялась через 2, 4, 6 и 8 недель после проведенного курса. Выявлена равная эффективность в купировании болевого и корешкового синдрома у препаратов терафлекс аванс и мелоксикам, а также большая длительность эффекта препаратов терафлекс и терафлекс аванс. Отмечалась хорошая переносимость препаратов терафлекс и терафлекс аванс.*

**Ключевые слова:** поясничный остеохондроз, корешковый синдром, боль в пояснично-крестцовой области, обезболивающий эффект.

*There were researches of efficacy of Theraflex and Theraflex Advance during the treatment of the patients with neurologic appearance of lumbar osteochondrosis. The main complaint and reason for doctor visit wherein is a pain in sacrolumbar area and leg. All patients was being treated during three weeks. The estimation of the therapy efficacy was carried out in 2, 4, 6 and 8 weeks after the treatment course. The equal efficacy of Theraflex Advance and Meloxicam in the abort of pain and radicular syndrome was defined. The long duration of the effect of Theraflex and Theraflex Advance was defined also. A good acceptability of Theraflex and Theraflex Advance was registered.*

**Keywords:** lumbar osteochondrosis, radicular syndrome, pain in the sacrolumbar area, analgetic effect.

Около 80 % населения развитых стран планеты страдает болями в спине [1], которые чаще всего обусловлены дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночнике (остеохондроз, спондилоартроз) [1, 2].

Основной жалобой и причиной обращения за медицинской помощью пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза является боль в пояснично-крестцовой области и ноге, которая возникает в результате раздражения окончаний синувтертебрального нерва преимущественно в наружных отделах фиброзного кольца и задней продольной связки (рефлекторная стадия) или компрессии корешково-сосудистых образований (корешковая фаза) грыжей межпозвонкового диска (пролапс или протрузия) [1, 3, 4].

В патогенезе возникновения корешкового синдрома, помимо механической компрессии (грыжа межпо-

звонкового диска), важнейшую роль играет реактивно-воспалительный, переходящий в рубцово-спаечный процесс, вторичные нарушения циркуляции в оболочках корешка, спинного мозга и эпидуральной клетчатке [5 – 7]. Четкие реактивные изменения наблюдаются в 70,1 – 100 % случаев [1, 5, 6].

На базе второго неврологического отделения Городской больницы № 4 находились на лечении 60 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. В лечении больных были применены три схемы назначения лекарственных препаратов.

*Цель исследования* – оценить эффективность и безопасность терапии терафлексом аванс.

В первой группе пациенты в течение 3 недель получали терафлекс аванс по 2 капсулы 3 раза в сутки. Во второй группе больным был назначен терафлекс по

1 капсуле 2 раза в сутки, в третьей – мелоксикам по 15 мг 1 раз в сутки. Все пациенты получали сосудистую терапию и миорелаксанты.

Критериями включения больных в исследование были:

- возраст 40 – 65 лет;
- длительность заболевания 5 – 10 лет;
- стадия остеохондроза 2 – 3;
- остеохондроз поясничного отдела позвоночника в стадии обострения, допускается наличие 1–3 грыж дисков.

Средний возраст больных составил  $51,9 \pm 0,9$ . Во всех группах преобладали женщины. Распределение больных по группам, полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

**Распределение больных по группам, полу и возрасту**

| Группа больных | Средний возраст | М  | %  | Ж  | %  | Всего |
|----------------|-----------------|----|----|----|----|-------|
| 1-я            | 52,8            | 9  | 45 | 11 | 55 | 20    |
| 2-я            | 52,5            | 6  | 30 | 14 | 70 | 20    |
| 3-я            | 50,5            | 10 | 50 | 10 | 50 | 20    |

У всех больных при исследовании были выявлены рентгенологические признаки остеохондроза (табл. 2). При выполнении магнитно-резонансной томографии у больных в трех группах были выявлены грыжи дисков различной локализации (табл. 3).

Таблица 2

**Распределение больных по группам и рентгенологическим признакам**

| Показатели                   | Группа |     |     |
|------------------------------|--------|-----|-----|
|                              | 1-я    | 2-я | 3-я |
| Индекс Гбргстайла < 20       | 20     | 19  | 10  |
| Остеофиты                    | 13     | 10  | 11  |
| Спондилоартроз               | 5      | 7   | 4   |
| Индекс нестабильности, мм: 2 | 4      | 2   | 4   |
| 3                            |        | 2   | 1   |
| 4                            | 3      | 1   | 4   |

Таблица 3

**Распределение больных по группам и локализации грыж дисков**

| Показатели   | Группа |     |     |
|--------------|--------|-----|-----|
|              | 1-я    | 2-я | 3-я |
| L4-L5        | 3      | 2   | 2   |
| L5-S1        |        | 1   | 3   |
| L3-L4, L4-L5 | 1      |     |     |
| L4-L5, L5-S1 | 2      |     |     |

У больных в группах были выявлены сопутствующие патологии. В первой группе гипертоническая болезнь – 11 чел., сахарный диабет – 1 чел.; во второй – гипертоническая болезнь – 5 чел., сахарный диабет – 2 чел.; в третьей – гипертоническая болезнь – 6 чел., гипохолестеринемия – 1 чел.

Все больные продолжали терапию на протяжении трех недель. Оценку эффективности терапии осуществляли через 2, 4, 6, 8 недель после проведенного курса лечения по шкале пятибалльной оценки вертеброневрологической симптоматики. Динамика изменения объема движений в поясничном отделе позвоноч-

ника и проявления корешкового синдрома представлена в табл. 4.

Таблица 4

**Динамика изменения объема движений в поясничном отделе позвоночника / проявления корешкового синдрома**

| Группа больных | До лечения | Недели |       |       |       |
|----------------|------------|--------|-------|-------|-------|
|                |            | 2      | 4     | 6     | 8     |
| 1              | 0/0        | 0/0    | 7/3   | 13/5  | 18/9  |
|                | 1/1        | 3/3    | 13/13 | 13/14 | 7/15  |
|                | 2/2        | 12/12  | 7/7   | 0/3   | 0/0   |
|                | 3/3        | 5/5    | 0/0   | 0/0   | 0/0   |
| 2              | 0/0        | 0/0    | 0/0   | 1/0   | 2/0   |
|                | 1/1        | 2/6    | 3/7   | 5/7   | 13/13 |
|                | 2/2        | 11/11  | 14/13 | 11/13 | 5/2   |
|                | 3/3        | 7/3    | 3/0   | 3/0   | 0/0   |
| 3              | 0/0        | 0/0    | 2/0   | 6/0   | 7/0   |
|                | 1/1        | 3/0    | 13/11 | 14/16 | 12/17 |
|                | 2/2        | 12/16  | 4/9   | 0/4   | 1/3   |
|                | 3/3        | 5/3    | 1/0   | 0/0   | 0/0   |

В группе больных, принимавших терафлекс адванс и мелоксикам, у 4 пациентов (по 2 в каждой группе) развились гастралгии, был назначен омепразол, который позволил продолжить прием препаратов. Во второй группе побочных эффектов не было.

Из вышеизложенного следует, что в группе больных, принимавших терафлекс адванс и мелоксикам, уже через 2 недели после начала терапии наблюдалось значительное уменьшение болевого и корешкового синдрома. Во второй группе обезболивающий эффект наступал к 4-й неделе. Однако длительность эффекта после приема терафлекса адванс и терафлекса была больше, чем у больных, принимавших мелоксикам. Во всех группах больных отмечалась хорошая переносимость препаратов. Оценки эффективности лечения, проводимые пациентом и врачом, практически не отличались друг от друга и свидетельствовали о выраженном действии терафлекса и терафлекса адванс на болевой синдром.

## Литература

1. Дривотинов Б.В., Полякова Т.Д., Панкова М.Д. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника : учеб. пособие. М., 2004. 138 с.
2. Яхно Н.Н., Штудман Д.Р. Болезни нервной системы : руководство для врачей. М., 2001. Т. 2.
3. Kuslich S.D., Ulstrom C.I., Michael C.J. The Tissue Origin of Low Back Pain and Sciatica: A report of pain response to tissue stimulation during operations on the lumbar spine using local anesthesia // Orthop. Clinics North Am. 1991. Vol. 22, № 2. P. 181 – 187.
4. Racz G.B., Noe C., Heavner J.E. Selective spinal injections for lower back pain // Current Review of Pain. 1999. Vol. 3. P. 333 – 341.
5. Асс Я.К. Пояснично-крестцовый радикулит. М., 1971. 215 с.
6. Благодатский М.Д., Мейерович С.И. Диагностика и лечение дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Иркутск, 1987. 272 с.
7. Земская А.Г., Мусихин В.Н. Клиника, диагностика и лечение поясничного остеохондроза, осложненного эпидуритом : учеб. пособие для врачей-слушателей. Л., 1989. 14 с.