

УДК 616.857:616.711.1-085: 615.276

Г.С. КАЙШИБАЕВА, Г.П. ХАСЕНОВА

Научно-практический центр «Институт неврологии им. Смагула Кайшибаева», г. Алматы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИДОКАЛМА ПРИ ЦЕРВИКОГЕННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА



Кайшибаева Г.С.

Цервикогенная головная боль, обусловленная остеохондрозом шейного отдела позвоночника, – одна из актуальных проблем клинической неврологии.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности препарата Мидокалм в комплексном лечении пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов, распределенных на 2 группы (контрольную и основную) по 25 человек и стандартизированных по возрасту, полу, сроку заболевания, а также по проводимым методам физической, физиотерапевтической, и медикаментозной реабилитации. В основной группе пациенты дополнительно принимали препарат Мидокалм в дозировке: первые три дня по 100 мг внутримышечно один раз в сутки, следующие четыре дня по 150 мг per os однократно в сутки и завершающие три дня по 50 мг per os однократно в сутки. Для оценки эффективности лечения были проведены клинико-неврологический статус, оценка интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), шкала оценки вертебрального и плечелопаточного синдромов, шкала общего клинического впечатления.

Результаты и обсуждение. В результате комплексной терапии с применением препарата Мидокалм выявлен значительный регресс симптомов и синдромов. Отмечается значительное снижение показателей интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ, положительная динамика показателей двигательной нагрузки.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности применения препарата Мидокалм у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Применение препарата Мидокалм в комплексном лечении потенцирует анальгетический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, способствуя регрессу клинико-неврологических симптомов и синдромов, возможности успешного проведения реабилитационных мероприятий с целью расширения двигательной активности, значительному улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: цервикогенная головная боль, остеохондроз шейного отдела позвоночника, Мидокалм.

Изучение болевого синдрома и способов его лечения имеет большое социально-экономическое значение, поскольку боль причиняет страдания миллионам людей во всем мире, приводит к длительной нетрудоспособности, негативно влияет на качество жизни пациентов [1].

Среди болевых синдромов цервикогенная головная боль (ЦГБ) является одной из наиболее дискуссионных проблем клинической неврологии [2]. Термин «цервикогенная головная боль» исследователи в разное время называли «задним шейным симпатическим синдромом» [3], «шейной мигренью» [4], «цефалгическим синдромом». В 1983 году О. Sjaastad описал ЦГБ как самостоятельную форму [5]. Он считал, что ЦГБ – это строго односторонняя боль в шейно-затылочной области, распространяющаяся на одноименную височно-лобно-глазничную область с вегетативными проявлениями (фоно- и фотофобией, слезотечением на симптоматической стороне), которая может как провоцироваться, так и купироваться движениями в шейном отделе.

Головные боли и боли в области шеи являются одной из самых частых причин обращений к врачам общей практики. ЦГБ наблюдается в основном у лиц среднего возраста (42,9 года), в 4 раза чаще встречается среди женщин и зачастую имеет характер хронической [6].

Причинами ЦГБ могут быть самые разнообразные состояния: остеохондроз шейного отдела позвоночника; миофасциальные дисфункции; аномалии развития краниовертебрального перехода и верхнешейного отдела позвоночника; опухоли краниовертебрального перехода и верхнешейного отдела позвоночника; болезнь Педжета основания черепа с вторичной базилярной инвагинацией; остеомиелит верхних шейных позвонков; ревматоидный артрит; анкилозирующий спондилит; травматический подвывих верхних шейных позвонков; краниоцервикальная дистония; патология цервикальных дисков (протрузии, грыжи) и спондилез; хлыстовая травма.

Для лечения пациентов с ЦГБ нередко применяют анестезирующие блокады нервов и нервных корешков; криоаналгезию, радиочастотную нейротомию, оперативные

Контакты: Кайшибаева Гульназ Смагуловна, канд. мед. наук, директор НПЦ "Институт неврологии им. Смагула Кайшибаева", г. Алматы. Тел. +7 727 395 70 97, e-mail: Kaishibayevag@gmail.com

Contacts: Gulnaz Smagulovna Kayshibaeva, PhD, director of the SPC "Institute of Neurology n.a. Smagul Kayshibaev", Almaty c. Ph. +7 727 395 70 97, e-mail: Kaishibayevag@gmail.com

вмешательства, электростимуляционные процедуры, которые имеют разную эффективность и используются по различным показаниям [7].

ЦГБ предполагает использование анальгетиков, НПВП, миорелаксантов, а в случае наличия у пациентов признаков депрессии могут быть назначены антидепрессанты и психотерапевтические методы лечения. При хронической ЦГБ предпринимаются попытки применения ботулинотерапии, а также методы нефармакологического лечения, среди которых наиболее часто применяют мануальную терапию, постизометрическую релаксацию, лечебную гимнастику.

Учитывая ключевую роль мышечной дисфункции в формировании миофасциальных проявлений при цервикалгиях и ЦГБ, патогенетически оправданным является применение миорелаксантов.

Одним из таких миорелаксантов центрального действия является препарат Мидокалм (толперизон), который обладает миорелаксирующим и противовоспалительным эффектами и обеспечивает эффективный разрыв связей в патологической цепи «боль – мышечный спазм – боль», способен усиливать периферическое кровообращение, оказывать потенцирующее влияние на анальгетический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у пациентов с болезненным мышечным спазмом [8, 9, 10, 11].

В связи с этим мы провели исследование эффективности препарата Мидокалм у относительно гомогенной группы пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Цель настоящего исследования состояла в оценке эффективности и безопасности препарата Мидокалм в комплексном лечении пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Место проведения исследования

Исследование проводилось сотрудниками научно-практического центра «Институт неврологии им. Смагаула Кайшибаева» на базе неврологического отделения №2 Центральной городской клинической больницы и неврологического отделения Республиканского клинического госпиталя для инвалидов Отечественной войны, г. Алматы.

Материал и методы

Аналізу были подвергнуты результаты лечения 50 пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Из них 36 (72%) женщин и 14 (28%) мужчин (средний возраст $53,4 \pm 10,2$ года). Все пациенты были разделены на 2 равнозначные группы (контрольную и основную) по 25 человек, стандартизированные по возрасту, полу, сроку заболевания, а также проводимым методам физической, физиотерапевтической и медикаментозной реабилитации.

Отличительная особенность терапии пациентов данных групп заключалась в неприменении (в контрольной группе) и применении (в основной группе) в процессе лечения препарата Мидокалм в дозировке: первые три дня по 100 мг внутримышечно один раз в сутки, следующие четыре дня по 150 мг per os однократно в сутки и завершающие три дня по

Таблица 1 – Характеристика пациентов контрольной и основной групп по данным обследования и изучения анамнеза

Показатель	Контрольная группа, n (%)	Основная группа, n (%)
Пол:		
мужчины	8 (32)	6 (24)
женщины	17 (68)	19 (76)
Средний возраст, годы	54,2	52,6
Срок заболевания:		
1 мес	15 (60)	17 (68)
2-3 мес	10 (40)	8 (32)
Получавшие ЛФК	25 (100)	25 (100)
Получавшие ФТЛ	25 (100)	25 (100)
Методика ФТЛ:		
электростимуляция СМТ	7 (28)	8 (32)
магнитотерапия	6 (24)	5 (20)
электрофорез	8 (32)	7 (28)
д'арсонвализация	4 (16)	5 (20)
Получавшие массаж (100)	25 (100)	25
Получавшие мануальную терапию	17 (68)	15 (60)
Получавшие ИРТ	19 (76)	16 (64)
Получавшие НПВП (100)	25 (100)	25
Получавшие вазоактивную терапию (100)	25 (100)	25
Получавшие витаминотерапию (100)	25 (100)	25
Получавшие препарат Мидокалм (100)	0	25
Примечание. ЛФК – лечебная физическая культура; ФТЛ – физиотерапевтическое лечение; СМТ – синусоидальные модулированные токи; ИРТ – иглорефлексотерапия		

50 мг per os однократно в сутки. Характеристика пациентов обеих групп представлена в таблице 1.

Между группами не было достоверных различий по возрасту и полу, длительности заболевания, интенсивности болевого синдрома, оцениваемой по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). В исследование были включены пациенты от 40 до 65 лет с умеренным или выраженным болевым синдромом (оценка по ВАШ не менее 4 баллов) с длительностью обострения не более 3 месяцев, у которых миорелаксанты не применялись в течение последних 6 месяцев. Критерием включения пациентов в исследование был остеохондроз шейного отдела позвоночника, подтвержденный нейровизуализацией.

Для подтверждения диагноза и выявления критериев исключения всем пациентам проводились дополнительные исследования: МРТ шейного отдела позвоночника и рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях.

В контрольной группе МРТ-исследование проведено у 5 (20% $\pm$ 8,0) пациентов, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях – у 20 (80% $\pm$ 8,0) пациентов; в основной группе МРТ-исследование проведено у 4

(16%±7,3) пациентов, рентгенография шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях – у 21 (84%±7,3) (табл. 2).

Таблица 2 – Количество МРТ и рентгенографических исследований шейного отдела позвоночника у пациентов в контрольной и основной группах (Р±m%)

Методы исследования	Контрольная группа	Основная группа
МРТ-исследование	5 (20%±8,0)	4 (16%±7,3)
Рентгенография	20 (80%±8,0)	21 (84%±7,3)
Всего	25 (100%)	25 (100%)

Критерии исключения у пациентов: грыжи и протрузии межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника, последствия травм и операций шейного отдела позвоночника, а также возраст пациентов моложе 40 лет и старше 65 лет.

Конечными точками исследования были приняты: клиничко-неврологический статус пациентов, оценка интенсивности болевого синдрома по Визуальной Аналоговой Шкале (ВАШ), шкала оценки вертебрального и плечелопаточного синдромов, оценка эффективности терапии по шкале общего клинического впечатления.

Результаты и обсуждение

До лечения всем пациентам в обеих группах проводилось неврологическое обследование. Наиболее часто встречающиеся симптомы и синдромы у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в контрольной и основной группах до лечения представлены в таблице 3.

В основной группе клиничко-неврологическая характеристика пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, до и после лечения представлена в таблице 4.

До лечения клиничко-неврологическая характеристика у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в контрольной и основной группах была приблизительно одинаковой. Боль в шее, цервикогенная головная боль, сглаженность лордоза ШОП отмечены у всех пациентов в обеих группах – 25 (100%); дефанс мышц поясницы выявлен у 21 (84%±7,3) пациента в контрольной группе, у 22 (88%±6,5) – в основной; болезненность остистых отростков и паравертебральных

точек в контрольной группе – у 25 (100%) пациентов, в основной – у 24 (96%±3,9); чувствительные расстройства выявлены у 5 (20%±8,0) пациентов в контрольной группе и у 6 (24%±8,5) пациентов в основной группе; снижение или оживление сухожильных рефлексов в/к в контрольной группе у 5 (20%±8,0) пациентов и у 6 (24%±8,5) пациентов в основной группе; синдром вертебрально-базилярной недостаточности в контрольной группе у 4 (16%±7,3) пациентов и у 5 (20%±8,0) пациентов в основной группе; снижение силы мышц до 4-х баллов в верхних конечностях отмечено у 5 (20%±8,0) пациентов в каждой группе.

В результате комплексной терапии с применением препарата Мидокалм по вышеуказанной схеме выявлен значительный регресс симптомов и синдромов у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в основной группе (диаграмма 1).

Таблица 3 – Клиничко-неврологическая характеристика пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника в контрольной группе до и после лечения (Р±m%)

№	Симптомы и синдромы	До лечения	После лечения
1	Боль в шее	25 (100%)	5 (20%±8,0)
2	Цервикогенная головная боль	25 (100%)	10 (40%±9,8)
3	Ограничение движений шеи во всех плоскостях	25 (100%)	10 (40%±9,8)
4	Дефанс мышц шеи	21 (84%±7,3)	5 (20%±8,0)
5	Болезненность остистых отростков и паравертебральных точек	25 (100%)	6 (24%±8,5)
6	Чувствительные расстройства	5 (20%±8,0)	2 (8%±5,4)
7	Снижение или оживление сухожильных рефлексов в/к	5 (20%±8,0)	2 (8%±5,4)
8	Синдром вертебрально-базилярной недостаточности	4 (16%±7,3)	1 (4%±3,9)
9	Снижение силы мышц до 4-х баллов в верхних конечностях	5 (20%±8,0)	2 (8%±5,4)
10	Сглаженность лордоза ШОП	25 (100%)	17 (68%±9,3)

Таблица 4 – Клиничко-неврологическая характеристика пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника в основной группе до и после лечения (Р±m%)

№	Симптомы и синдромы	До лечения	После лечения
1	Боль в шее	25 (100%)	2 (8%±5,4)
2	Цервикогенная головная боль	25 (100%)	2 (8%±5,4)
3	Ограничение движений шеи во всех плоскостях	24 (96%±3,9)	2 (8%±5,4)
4	Дефанс мышц шеи	22 (88%±6,5)	5 (20%±8,0)
5	Болезненность остистых отростков и паравертебральных точек	24 (96%±3,9)	1 (4%±3,9)
6	Чувствительные расстройства	6 (24%±8,5)	1 (4%±3,9)
7	Снижение или оживление сухожильных рефлексов в/к	6 (24%±8,5)	1 (4%±3,9)
8	Синдром вертебрально-базилярной недостаточности	5 (20%±8,0)	-
9	Снижение силы мышц до 4-х баллов в верхних конечностях	5 (20%±8,0)	2 (8%±5,4)
10	Сглаженность лордоза ШОП	25 (100%)	7 (28%±8,9)

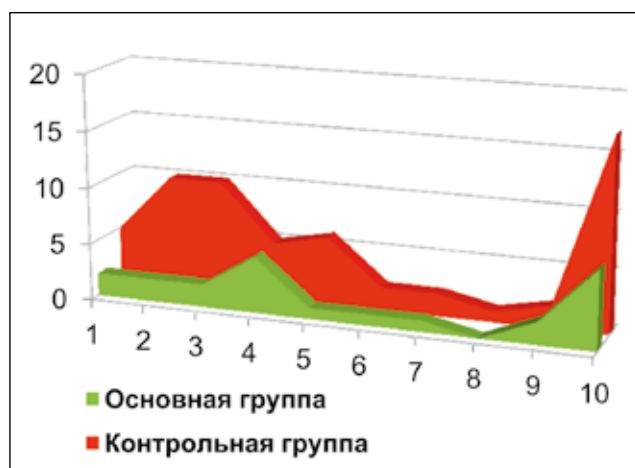


Диаграмма 1 – Регресс клинико-неврологической симптоматики у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в контрольной и основной группах

Согласно диаграмме 1 уровень показателей симптомов и синдромов по горизонтальной оси, соответствующих перечню в таблицах 3 и 4, значительно ниже в основной группе, чем в контрольной группе.

Для оценки интенсивности болевого синдрома пациентами до и после лечения самостоятельно заполнялись карты Визуальной Аналоговой Шкалы (ВАШ) в мм. В результате лечения суммарный показатель по шкале ВАШ значительно разнился в контрольной и основной группах (табл. 5).

Таблица 5 – Показатель интенсивности болевого синдрома у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, до и после лечения, в контрольной и основной группах по шкале ВАШ ($M \pm \delta$)

№ п/п	Группы пациентов	До лечения (мм)	После лечения (мм)
1	Контрольная	$86,2 \pm 4,15$	$43,7 \pm 7,82$
2	Основная	$87,8 \pm 5,48$	$22,1 \pm 5,47$

До лечения показатель интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ был приблизительно одинаковым – $86,2 \pm 4,15$ и $87,8 \pm 5,48$ мм соответственно. После лечения в основной группе, где пациентам в комплексном лечении применялся препарат Мидокалм по схеме, этот показатель ($22,1 \pm 5,47$ мм) был значительно ниже, почти в два раза, в сравнении с контрольной группой ($43,7 \pm 7,82$ мм).

Для анализа двигательной активности применялась шкала оценки вертебрального и плечелопаточного синдромов у

Таблица 6 – Шкала оценки вертебрального и плечелопаточного синдромов у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в контрольной группе до и после лечения

№	Показатели двигательной активности	До лечения	После лечения
1	Угла сгибания шейного отдела	1	2,4
2	Угла разгибания шейного отдела	1	2,4
3	Угла бокового наклона шеи вправо	1	2,5
4	Угла бокового наклона шеи влево	1	2,5
5	Угла поворота головы вправо	1	2,6
6	Угла поворота головы влево	1	2,6
7	Угол движений в плечевом суставе в сагиттальной плоскости	1,9	2,91
8	Угол движений в плечевом суставе во фронтальной плоскости	1,9	2,91
9	Возможность заведения руки за спину	1,9	2,91
10	Напряжение мышц шеи	1,2	0,9

Таблица 7 – Шкала оценки вертебрального и плечелопаточного синдромов у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в основной группе до и после лечения

№	Показатели двигательной активности	До лечения	После лечения
1	Угла сгибания шейного отдела	1	2,745
2	Угла разгибания шейного отдела	1	2,745
3	Угла бокового наклона шеи вправо	1	2,736
4	Угла бокового наклона шеи влево	1	2,736
5	Угла поворота головы вправо	1	2,91
6	Угла поворота головы влево	1	2,91
7	Угол движений в плечевом суставе в сагиттальной плоскости	1,9	3,11
8	Угол движений в плечевом суставе во фронтальной плоскости	1,9	3,11
9	Возможность заведения руки за спину	1,9	3,11
10	Напряжение мышц шеи	1,2	0,33

пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника в контрольной и основной группах (табл. 6 и 7).

Увеличение показателей вертебрального и плечелопаточного синдромов в основной группе после лечения и снижение напряжения мышц шеи (табл. 7) указывают на более выраженную положительную динамику показателей двигательной нагрузки у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

В обеих группах наблюдения пациенты с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, по завершении курса терапии заполняли шкалу общего клинического впечатления, которая позволила наглядно оценить результаты лечения (табл. 8).

Таблица 8 – Шкала общего клинического впечатления у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в контрольной и основной группах после лечения ($P \pm m\%$)

Эффективность лечения	Контрольная группа	Основная группа
Значительный	6 ($24\% \pm 8,5$)	22 ($88\% \pm 6,5$)
Умеренный	16 ($64\% \pm 9,6$)	3 ($12\% \pm 6,5$)
Незначительный	3 ($12\% \pm 6,5$)	-
Без эффекта	-	-

Согласно данным таблицы 8 в основной группе у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника, чаще наблюдался значительный эффект от лечения у 22 ($88\% \pm 6,5$) пациентов и реже – умеренный у 3 ($12\% \pm 6,5$) пациентов, в то время как, в контрольной группе чаще наблюдался умеренный эффект от лечения у 16 ($64\% \pm 9,6$) пациентов, у 6 ($24\% \pm 8,5$) пациентов – значительный и у 3 ($12\% \pm 6,5$) – незначительно выраженный эффекты.

Выводы

Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность применения препарата Мидокалм у пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Разработанная нами схема дозирования Мидокалма может быть применена врачами-неврологами и врачами общей практики как в стационаре, так и на амбулаторно-поликлиническом приеме (табл. 9).

Таблица 9 – Схема применения препарата Мидокалм в комплексной терапии пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника

Курс терапии		
3 дня	4 дня	3 дня
по 100 мг в/м	по 150 мг per os	по 50 мг per os

Комбинация НПВП и препарата Мидокалм в комплексном лечении пациентов с цервикогенной головной болью, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоноч-

ника, потенцирует анальгетический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, что в свою очередь способствует:

- регрессу клинико-неврологических симптомов и синдромов;
- снижению интенсивности болевого синдрома;
- возможности успешного проведения реабилитационных мероприятий с целью расширения двигательной активности;
- значительному улучшению качества жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лобзин В.С. Болевой синдром при заболеваниях нервной системы // Болевой синдром / под редакцией В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова. – Л.: Медицина, 1990. – С. 5-10
- 2 Воробьева О.В. Цервикогенные головные боли: диагностика и терапия // Consilium Medicum. – 2008. – №1. – С. 91-93
- 3 Lieou Y.-C. Syndrome sympathique cervical postérieur et arthrite chronique de la colonne vertébrale cervicale. – Strasbourg, Schuler & Mink, 1929.
- 4 Brtschi-Rochaix W. Migraine Cervicale. Das encephala syndrome nach halswirbel-trauma. – Bern, Huber, 1949.
- 5 Sjaastad O., Saunte C., Hovdal H. et al. Cervicogenic headache, an hypothesis // Cephalalgia. – 1983. – Vol. 3. – P. 249-256
- 6 Sjaastad O., Bakkeiteig L.S. Prevalence of cervicogenic headache: Vaga study of headache epidemiology // Acta Neurol. Scand. – 2008. – Vol. 117. – P. 173-180
- 7 Jull G., Sterling M., Falla D. et al. Whiplash, Headache, and Neck Pain. – Churchill Livingstone Elsevier, 2008. – P. 243
- 8 Овчинникова Е.А., Рашид М.А., Куликов А.Ю. и др. Эффективность, безопасность и фармакоэкономические аспекты применения толперизона // Практика. – 2005. – №1. – С. 1-9
- 9 Андреев А.В., Громова О.А., Егоров С.В. Лечение Мидокалмом головных болей напряжения у больных молодого возраста // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 6. – С. 224-230
- 10 Авакян Г.Н., Чуканова Е.И., Никонов А.А. Применение мидокалма при купировании вертеброгенных болевых синдромов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – №5. – С. 26-31
- 11 Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Евсеев Ю.Н. и др. Лечение хронической артериальной недостаточности нижних конечностей мидокалмом у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. – 2000. – №4. – С. 52-56

Т Ы Ж Ы Р Ы М

Г.С. ҚАЙШЫБАЕВА, Г.П. ХАСЕНОВА

«Смағұл Қайшыбаев атындағы неврология институты» ғылыми-өндірістік орталығы, Алматы қ.

МОЙЫН ОМЫРТҚА ОСТЕОХОНДРОЗЫ САЛДАРЫНАН ЦЕРВИКОГЕНДІ БАС АУРУЫ КЕЗІНДЕ МИДОКАЛМДЫ ПАЙДАЛАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Мойын омыртқа остеохондрозы салдарынан цервикогенді бас ауруы клиникалық неврологияның өзекті проблемаларының бірі болып табылады.

Зерттеудің мақсаты. Мойын омыртқа остеохондрозы салдарынан цервикогенді бас ауруына шалдыққан пациенттерді кешенді емдеу кезіндегі Мидокалм препаратының тиімділігі мен қауіпсіздігін бағалау.

Материал және әдістері. Екі топқа бөлінген 50 пациент тексерілді, олар 25 адамнан (бақылаушы және негізгі) жинақталды және жасы, жынысы, науқастану мерзімі мен жүргізілген физикалық, физиотерапевтикалық және дәрі-дәрмекпен оңалту әдістеріне орай стандартталған болатын. Негізгі топтың пациенттері Мидокалм препаратын қосымша мынадай дозада қабылдап отырды: алғашқы үш күн 100 мг-дан тәулігіне бір рет бұлшықетке, келесі төрт күн 150 мг per os тәулігіне бір рет және соңғы үш күн тәулігіне бір рет 50 мг per os. Емнің тиімділігін бағалау мақсатында клиникалық-неврологиялық мәртебесі бағаланды, визуальды аналогты шкала (ВАШ) бойынша ауыру синдромының ұдайлығы бағаланды, вертебральды және иық-жауырын синдромдарын бағалау шкаласы, жалпы клиникалық әсер шкаласы бойынша баға берілді.

Нәтижелері және талқылауы. Мидокалм препаратын пайдалана отырып жүргізілген кешенді терапия нәтижесінде симптомдар мен синдромдардың елеулі регресі анықталған. ВАШ шкаласы бойынша ауыру синдромының ұдайлығы көрсеткіштерінің елеулі төмендегендігі, қозғалу жүктемесі көрсеткіштерінің оң динамикасы атап өтілген.

Қорытынды. Алынған нәтижелер мойын омыртқа остеохондрозы салдарынан цервикогенді бас ауруына шалдыққан пациенттерді емдеу кезіндегі Мидокалм препаратының тиімділігі мен қауіпсіздігін дәлелдеп отыр.

Мидокалм препаратының кешенді ем кезінде пайдаланылуы стероидті емес және қабынуға қарсы препараттардың анальгетикалық әсерін арттыра түседі, клиникалық-неврологиялық симптомдар мен синдромдардың регресіне ықпал етеді, қозғалу белсенділігін кеңейте түсу мақсатында оңалту шараларын жемісті жүргізуге мүмкіндік беріп, пациенттердің өмір сүру сапасын елеулі жақсартуға әкеп соғады.

Негізгі сөздер: цервикогенді бас ауруы, мойын омыртқа остеохондрозы, Мидокалм.

SUMMARY

G.S. KAISHIBAYEVA, G.P. HASENOVA

SPC "Institute of Neurology named after Smagul Kaishibayev", Almaty c.

THE EXPERIENCE IN APPLICATION OF MYDOCALM IN CERVICOGENIC HEADACHE CAUSED BY CERVICAL OSTEOCHONDROSIS

Cervicogenic headache caused by cervical osteochondrosis is one of the urgent problems in clinical neurology.

Aim of the study is to evaluate the efficacy and safety of Mydocalm in the combined therapy of patients with cervicogenic headache caused by cervical osteochondrosis.

Material and methods. The study involved 50 patients divided into 2 groups (control and main) of 25 people and standardized according to the age, sex and duration of the disease, as well as according to the conducted methods of physical, physiotherapeutic and drug rehabilitation. The patients of the main group additionally administered Mydocalm at a dose: 100 mg intramuscular introduction, once a day during the first three days; 150 mg per os, once a day during the following four days and 50 mg per os, once a day during the final three days. To evaluate the effectiveness of the treatment, the clinical neurological status, the assessment of pain intensity on the visual analogue scale (VAS), the assessment scale of vertebral and humeroscapular syndromes, the clinical global impression scale were applied.

Results and discussion. As a result of the combined therapy with Mydocalm, a significant regression in the symptoms and syndromes was found. There was a significant reduction in the pain intensity on the VAS, positive changes in the motor abilities.

Conclusion. The obtained results show the efficacy and safety of Mydocalm in patients with cervicogenic headache caused by cervical osteochondrosis. The use of Mydocalm in the combined treatment potentiates the analgesic effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs, promoting a regression in clinical neurological symptoms and syndromes, a possibility of successful rehabilitation measures to increase the motor activity and promoting a significant improvement in the quality of the patients' life.

Key words: cervicogenic headache, cervical osteochondrosis, Mydocalm.

Для ссылки: Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П. Опыт применения Мидокалма при цервикогенной головной боли, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника // J. Medicine (Almaty). – 2015. – № 9 (159). – Р. 17-22

Статья поступила в редакцию 18.08.2015 г.

Статья принята в печать 11.09.2015 г.