

УДК 616.12-008.331.1-009.12-085:615.22

А.С. КУДАЙБЕРГЕНОВА¹, А.Л. КОКУРОВ², А.А. ШОЙБЕКОВА²¹Республиканский координационный центр проблем инсульта МЗСР РК²Городская клиническая больница №4, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ МИДОКАЛМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ



Кудайбергенова А.С.

Представлены данные литературы о лечении спастичности у больных, перенесших инсульт. Отмечается, что ведущую роль в лечении постинсультной спастичности играет лечебная гимнастика, которую нужно начинать уже в первые дни после развития инсульта. Применение Мидокалма в комплексной терапии постинсультной спастичности в дозе от 300 до 1100 мг/сут показывает значительное снижение мышечного тонуса паретичной конечности и повышение качества жизни пациентов.

Цель исследования. Оценить эффективность методов лечения постинсультной спастичности.

Материал и методы. Были проанализированы результаты лечения 40 пациентов, 16 женщин и 24 мужчин (средний возраст – 63,4 года), перенесших ишемический инсульт и соответствующих критериям включения. Все пациенты были разделены на две группы по 20 человек, стандартизированные по возрасту, полу, сроку заболевания, тяжести состояния, степени выраженности неврологических и психоэмоциональных нарушений, уровням бытовой адаптации, а также проводимым методам реабилитации. Все получали курс комплексной терапии: ЛФК; ФТЛ (магнитотерапия, ДМВ-терапия, озокеритотерапия); массаж паретичной конечности и иглорефлексотерапию. Отличительная особенность терапии пациентов групп заключалась в применении (первая группа) и неприменении Мидокалма (вторая группа, контрольная) в процессе восстановительного лечения.

Результаты и обсуждение: Анализ результатов лечения проводили по следующим параметрам: выраженность мышечного тонуса, спастичности и болевого синдрома. Для оценки степени спастичности использовали шкалу Ашворта, для определения влияния препаратов на силу мышц определяли способность к ходьбе по ровной горизонтальной поверхности в течение 2 минут. Выраженность болевого синдрома анализировали три раза: через 7, 14 дней после начала исследования и по его завершении, через три месяца. Для объективизации оценки выраженности болевого синдрома использовали две шкалы оценки боли: ВАШ Хаскиссона и многомерный вербально-цветовой тест боли (МВЦТБ). Степень достижения пациентами независимости определяли при выполнении основных бытовых и социальных навыков.

У 65% пациентов 1 группы отмечалась минимальная выраженность спастичности и ее отсутствие (0 и 1 балл по шкале Ашворта), в то время как максимальную выраженность спастичности (3 и 4 балла) наблюдали у 10% больных. В контрольной группе больных аналогичные показатели составили соответственно 30 и 50%. Наилучшие показатели ходьбы также отмечались в группе пациентов, получавших Мидокалм. Результаты исследования достоверно свидетельствуют об эффективности Мидокалма при купировании болевого синдрома. При этом максимальная эффективность Мидокалма проявляется в течение 1-й недели терапии. В течение 2-й недели различия между группами были выражены в меньшей степени. Достоверных различий в частоте купирования болевого синдрома между группами на 3-й и последующих неделях получено не было. Мидокалм оказывал достоверно значимое положительное влияние на достижение пациентами независимости при выполнении основных бытовых и социальных навыков. В группе больных, в лечении которых использовался мидокалм, 75% пациентов приобрели независимость при пользовании туалетом; среди не получавших препарат больных этот показатель составил 45%; независимость при умывании приобрели соответственно 90 и 75% больных; принимать ванну без посторонней помощи смогли 35 и 15%; самостоятельно одеваться – 85 и 45%; самостоятельно принимать пищу – 90 и 70%; готовить еду – 40 и 15%.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о пользе назначения миорелаксантов, в частности Мидокалма, в рамках комплексного ведения пациентов, перенесших инсульт. Применение Мидокалма в комплексной терапии постинсультной спастичности значительно повышает качество их жизни.

Ключевые слова: постинсультная спастичность, толперизон гидрохлорид (Мидокалм), мышечный релаксант.

Контакты: Кудайбергенова Айгуль Сериковна, заместитель директора РКПЦИ, куратор по юго-восточному региону, Республиканский Координационный центр по проблемам инсульта. Тел.: + 7 702 759 99 64, e-mail: aigulsk@mail.ru

Contacts: Aigul Serikovna Kudaybergenova, Deputy Director RCCPS curator for Southeast Region, National Coordinating Centre for stroke problems. Ph.: + 7 702 759 99 64, e-mail: aigulsk@mail.ru

Более чем у половины больных, перенесших инсульт, остаются двигательные нарушения, которые существенно снижают качество жизни и способствуют стойкой инвалидизации [1]. Постинсультные двигательные нарушения чаще всего представлены гемипарезом или монопарезом конечности с повышением мышечного тонуса по типу спастичности. Во многих случаях спастичность ухудшает двигательные функции, способствует развитию контрактуры и деформации конечности, затрудняет уход за обездвиженным больным и иногда сопровождается болезненными мышечными спазмами [2, 3].

Улучшение двигательных функций происходит максимально в течение 2-3 мес с момента инсульта, в дальнейшем темпы восстановления значительно снижаются. Спустя год после инсульта обычно не наблюдается уменьшения степени пареза, однако возможно улучшение двигательных функций и уменьшение инвалидизации путем тренировки равновесия и ходьбы, использования специальных приспособлений для передвижения, а также лечения спастичности [1, 2, 3]. Во многом успех лечения зависит от сроков заболевания и степени пареза, наличия когнитивных расстройств. Чем меньше времени прошло с момента развития инсульта, вызвавшего спастический парез, тем более вероятно, что удастся существенно улучшить двигательные функции, предотвратив формирование контрактур, и провести эффективную реабилитацию. Лечебная гимнастика, массаж мышц паретичных конечностей, иглорефлексотерапия и физиотерапевтические методы лечения – наиболее эффективное направление ведения больного с постинсультным спастическим парезом [2-5]. Также широкое применение нашло введение ботулинического токсина, которое дает клинический эффект после инъекции спустя несколько дней и сохраняется в течение 2-6 мес, после чего может потребоваться повторная инъекция. Ограничение широкого применения ботулинического токсина в клинической практике во многом вызвано его высокой стоимостью.

Хирургическое лечение для уменьшения постинсультной спастичности используется редко, оно возможно на четырех уровнях: на головном мозге (электрокоагуляция бледного ядра, вентролатерального ядра таламуса или мозжечка); спинном мозге (селективная задняя ризотомия); периферических нервах (рассечение периферических нервов) и мышцах или их сухожилиях [2, 3, 5].

В международной практике с помощью специальной помпы интратекально при постинсультной спастичности может использоваться баклофен [6, 7, 8]. Использование баклофеновой помпы в сочетании с лечебной гимнастикой, физиотерапией может улучшить скорость и качество ходьбы больных, перенесших инсульт с развитием спастического пареза [6].

Наиболее часто в клинической практике для лечения постинсультной спастичности используются пероральные антиспастические препараты [2, 3, 5, 9]. Применяемые внутрь антиспастические средства, уменьшая мышечный тонус, могут улучшить двигательные функции, облегчить уход за обездвиженным пациентом, снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие лечебной физкультуры и вследствие этого предупредить развитие контрактур.

Толперизона гидрохлорид (Мидокалм) – мышечный релаксант центрального действия, который близок к лидокаину по химической структуре и стабилизирует мембраны нервных клеток. Мидокалм снижает активность спинальных нейронов, участвующих в формировании спастичности, путем ограничения потока натрия через мембрану нервных клеток.

Около 40 лет толперизон успешно применяется при лечении спастичности различного генеза [9, 12].

В данной статье мы хотели поделиться опытом применения Мидокалма в комплексном лечении больных с постинсультной спастичностью. Были проанализированы результаты лечения 50 пациентов, 26 женщин и 24 мужчины (средний возраст 63,4 года), перенесших ишемический инсульт и соответствующих критериям включения.

Критериями включения пациентов в исследование были: инфаркт головного мозга, подтвержденный нейровизуализацией; степень спастичности 3 или 4 балла по шкале Ашворта; выраженность болевого синдрома сильная и очень сильная (5–9 баллов по визуальной аналоговой шкале – ВАШ); расстояние, проходимое пациентом в течение 2 мин – не более 10 м.

Все пациенты были разделены на 2 группы по 20 человек, стандартизированные по возрасту, полу, сроку заболевания, тяжести состояния, степени выраженности неврологических и психоэмоциональных нарушений, уровням бытовой адаптации, а также проводимым методам реабилитации. Все пациенты получали курс комплексной терапии: ЛФК; ФТЛ (магнитотерапия, ДМВ-терапия, озокеритотерапия); массаж паретичной конечности и иглорефлексотерапия. Отличительная особенность терапии пациентов данных групп заключалась в применении (1-я группа) и неприменении (2-я группа, контрольная) в процессе восстановительного лечения Мидокалмом. Характеристика пациентов обеих групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика пациентов двух групп по данным обследования и изучения анамнеза (%)

Показатели	1 группа	2 группа
Пол:		
Женщины	55	45
Мужчины	45	55
Средний возраст, годы	64,5	63,2
Срок заболевания (время от развития инсульта до начала исследования):		
2-3 месяца	40	45
4-6 месяцев	60	55
Мышечный тонус (шкала Ашворта):		
3 балла	45	50
4 балла	65	50
Расстояние, пройденное по ровной горизонтальной поверхности в течение 2 мин, м	4,8	5,2

Пациентам 1-й группы Мидокалм назначался спустя 2-6 мес после развития инсульта, парентерально в течение первых 1,5 мес с последующим переходом на таблетирован-

Таблица 2 – Распределение больных с купированием или значительным уменьшением выраженности болевого синдрома в исследуемых группах

Показатель	Через 7 дней				Через 14 дней				Окончание терапии			
	ВАШ		МВЦТБ		ВАШ		МВЦТБ		ВАШ		МВЦТБ	
	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр	1 гр	2 гр
%	65	25	60	15	35	20	25	15	15	10	10	5

ную форму. Мидокалм назначали 2 раза в день в суточной дозе 300 мг (общая доза вне зависимости от вида формы) с последующим повышением на 100 мг 1 раз в 2 дня до достижения максимальной дозировки 1100 мг в сутки. Затем в таком же порядке проводили снижение дозы препарата. Последние 10 дней доза Мидокалма составляла 300 мг в сутки. По окончании инъекционного курса больные получали Мидокалм в течение 1,5 мес по 150 мг 3 раза в день перорально (суточная доза 450 мг/сут).

Анализ результатов лечения проводили по следующим параметрам: выраженность мышечного тонуса, спастичности и болевого синдрома. Для оценки степени спастичности использовали шкалу Ашворта [14]. Кроме того, для определения влияния препарата на силу мышц выяснили способность к ходьбе по ровной горизонтальной поверхности в течение 2 мин.

Выраженность болевого синдрома в ходе проведения исследования анализировали три раза: через 7, 14 дней после начала исследования и по его завершении, через три месяца. Поскольку оценка выраженности болевого синдрома носит достаточно субъективный характер, для объективизации результатов исследования были использованы две шкалы оценки боли: ВАШ Хаскиссона [15] и многомерный вербально-цветовой тест боли (МВЦТБ) [16], в рамках применения которого в качестве диагностического средства используются как вербальные, так и невербальные символы, прежде всего цвет. Определяли степень достижения пациентами независимости при выполнении основных бытовых и социальных навыков: независимость при умывании; способность принимать ванну без посторонней помощи; самостоятельно одеваться; самостоятельно принимать пищу и готовить еду.

У пациентов 1 группы отмечалась минимальная выраженность спастичности и ее отсутствие (0 и 1 балл по шкале Ашворта) у 65% пациентов, в то время как максимальную выраженность спастичности (3 и 4 балла) наблюдали у 10% больных. В группе больных, не получавших Мидокалм в комплексном лечении, аналогичные показатели составили соответственно 30 и 50%.

Наилучшие показатели ходьбы также отмечались в группе пациентов, получавших Мидокалм. Средняя максимальная дистанция по горизонтальной ровной поверхности, которую пациенты данной группы были способны преодолеть за 2 мин, на момент окончания исследования составила 85 м. В контрольной группе пациентов данный показатель равнялся 49 м.

Результаты исследования достоверно свидетельствуют об эффективности Мидокалма при купировании болевого синдрома.

При этом максимальная эффективность Мидокалма проявляется в течение 1-й недели терапии. В течение 2-й

недели различия между группами, оставаясь достоверными, были выражены в меньшей степени. Достоверных различий в частоте купирования болевого синдрома между группами на 3-й и последующих неделях получено не было.

Среди получавших Мидокалм пациентов через 1 нед после начала терапии 65% отметили отсутствие или значительное уменьшение выраженности болевого синдрома согласно ВАШ (отсутствие боли или ее минимальная и умеренная выраженность), среди пациентов, не получавших Мидокалм, аналогичный показатель составил 25%. При оценке по МВЦТБ данные показатели (отсутствие боли, очень слабая и слабая боль) соответственно составили 60 и 15%.

Спустя 14 дней после начала исследования среди пациентов, у которых выраженность болевого синдрома к концу 1-й недели терапии не уменьшилась, в группе получавших Мидокалм еще 35% больных отметили купирование или значительное уменьшение выраженности болевого синдрома согласно ВАШ, в контрольной группе – 20%. При оценке по МВЦТБ эти показатели составили 25 и 15%. На момент окончания исследования указанные показатели среди тех пациентов, у которых болевой синдром по окончании 2-й недели не уменьшился, у больных, лечившихся Мидокалмом, составили соответственно 15 и 10%, у больных контрольной группы – 10 и 5% (табл. 2).

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о возможности применения Мидокалма как достоверно эффективного анальгетического средства у пациентов с повышенным мышечным тонусом и болевым синдромом после перенесенного инсульта. Мидокалм оказывал достоверно значимое положительное влияние на достижение пациентами независимости при выполнении основных бытовых и социальных навыков. Так, в группе больных, в лечении которых использовался Мидокалм, 75% пациентов приобрели независимость при пользовании туалетом; среди не получавших препарат больных этот показатель составил 45%; независимость при умывании приобрели соответственно 90 и 75% больных; принимать ванну без посторонней помощи смогли 35 и 15%; самостоятельно одеваться – 85 и 45%; самостоятельно принимать пищу – 90 и 70%; готовить еду – 40 и 15%.

Конечной целью применения любого метода восстановительного лечения является улучшение качества жизни пациентов. Согласно оценке в соответствии с профилем влияния болезни, уровень качества жизни пациентов, получавших Мидокалм, оказался достоверно выше, чем у больных, не получавших данный препарат.

Что касается нежелательных явлений в случае применения Мидокалма, данные побочные эффекты (головокружение, атаксия, тошнота, рвота, седация, мышечная слабость)

не являлись причиной прекращения терапии, лишь у двоих пациентов служили поводом для корректировки дозировки препарата, после чего отмечалась нормализация состояния пациентов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенного литературного обзора и исследования свидетельствуют о пользе назначения миорелаксантов, в частности Мидокалма, в рамках комплексного ведения пациентов, перенесших инсульт. Применение Мидокалма в комплексной терапии постинсультной спастичности значительно повышает качество их жизни за счет снижения мышечного тонуса, купирования болевого синдрома, повышения степени восстановления неврологических функций, уровня бытовой и социальной адаптации.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

Статья опубликована при поддержке ТОО «Геден Рихтер».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А. и др. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: Медицина, 2005. – Т. 1. – С. 232-303
- 2 Парфенов В.А. Спастика. В кн.: Применение ботокса (токсина ботулизма типа А) в клинической практике: руководство для врачей. Под ред. О.Р. Орловой, Н.Н. Яхно. – М.: Каталог, 2001. – С. 91-122
- 3 Ward A.B. A summary of spasticity management – a treatment algorithm // *Eur J Neurol.* – 2002. – Vol. 9 (Suppl. 1). – P. 48-52
- 4 O'Brien C.F., Seeberger L.C., Smith D.B. Spasticity after stroke. Epidemiology and optimal treatment // *Drugs Aging.* – 1996. – Vol. 9. – P. 332-340
- 5 Fink M., Rollnik J.D., Bijak M., Borstadt C., Dauper J., Guergueltcheva V., Reinhard D., Karst M. Needle acupuncture in chronic poststroke leg spasticity // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2004. – Vol. 85(4). – P. 667-672
- 6 Francisco G.F., Boake C. Improvement in walking speed in poststroke spastic hemiplegia after intrathecal baclofen therapy: a preliminary study // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2003. – Vol. 84. – P. 1194-1199
- 7 Ivanhoe C.B., Francisco G.E., McGuire J.R. et al. Intrathecal baclofen management of poststroke spastic hypertonia: implications for function and quality of life // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2006. – Vol. 87. – P. 1509-1515
- 8 Taira T., Hori T. Intrathecal baclofen in the treatment of

post-stroke central pain, dystonia and persistent vegetative state // *Acta Neurochir Suppl.* – 2007. – Vol. 97. – P. 227-229

9 Chou R., Peterson K., Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review // *J Pain Symptom Manag.* – 2004. – Vol. 28. – P. 140-175

10 Gelber D.A., Good D.C., Dromerick A. et al. Open-Label Dose-Titration Safety and Efficacy Study of Tizanidine Hydrochloride in the Treatment of Spasticity Associated With Chronic Stroke // *Stroke.* – 2001. – Vol. 32. – P. 1841

11 Meythaler J.M., Guin-Renfroe S., Johnson A. et al. Prospective assessment of tizanidine for spasticity due to acquired brain injury // *Arch Phys Med Rehabil.* – 2001. – Vol. 82. – P. 1155-1163

12 Melka A., Haimanot R.T. Tolperisone HCl (Mydocalm): A Randomized Doubleblind and Placebo Controlled Drug Trial. International Conference on Lathyrus and Lathyrism (Book of Abstracts). – Addis Abeba: Ethiopia; 1995. – P. 31-32

13 Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis // *Practitioner.* – 1964. – Vol. 192. – P. 540-542

14 Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain // *Pain.* – 1976. – Vol. 2. – P. 175-184

15 Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е., Фадеев А.А. и др. Экспертная система оценки боли, созданная на основе «Многомерного вербально-цветового болевого теста». Материалы конгресса «Традиционная медицина – 2007». – М., 2007. – С. 502-507

REFERENCES

- 1 Damulin IV, Parfenov VA, Skoromets AA. et al. Violations circulatory tion in the brain and spinal cord. In: *Bolezni nervnoj sistemy. Rukovodstvo dlya vrachei. Pod red. N.N. Jahno* [Diseases of the nervous system. GUSTs the Guide for Physicians. Ed. NN Yahno]. Moscow: Medicine; 2005. T. 1. P. 232-303
- 2 Parfenov VA. Spasticity. In: *Pri menenie botoksa (toksina botulizma tipa A) v klinicheskoi praktike: rukovodstvo dlya vrachei. Pod red. O.R. Orlovoi, N.N. Jahno* [An application of Botox (botulinum toxin type A) in clinical practice: a guide for physicians. Ed. OR Orlova, NN Yahno]. Moscow: Catalog; 2001. P. 91-122
- 3 Ward AB. A summary of spasticity management – a treatment algorithm. *Eur J Neurol.* 2002;9(Suppl. 1):48-52
- 4 O'Brien CF, Seeberger LC, Smith DB. Spasticity after stroke. Epidemiology and optimal treatment. *Drugs Aging.* 1996;9:332-40
- 5 Fink M, Rollnik JD, Bijak M, Borstadt C, Dauper J, Guergueltcheva V, Reinhard D, Karst M. Needle acupuncture in chronic poststroke leg spasticity. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85(4):667-72
- 6 Francisco GF, Boake C. Improvement in walking speed in poststroke spastic hemiplegia after intrathecal baclofen therapy: a preliminary study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003;84:1194-9
- 7 Ivanhoe CB, Francisco GE, McGuire J.R. et al. Intrathecal baclofen management of poststroke spastic hypertonia: implications for function and quality of life. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006;87:1509-15
- 8 Taira T, Hori T. Intrathecal baclofen in the treatment of post-stroke central pain, dystonia and persistent vegetative state. *Acta Neurochir Suppl.* 2007;97:227-9

9 Chou R, Peterson K, Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review. *J Pain Symptom Manag.* 2004;28:140-75

10 Gelber DA, Good DC, Dromerick A. et al. Open-Label Dose-Titration Safety and Efficacy Study of Tizanidine Hydrochloride in the Treatment of Spasticity Associated With Chronic Stroke. *Stroke.* 2001;32:1841

11 Meythaler JM, Guin-Renfroe S, Johnson A. et al. Prospective assessment of tizanidine for spasticity due to acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001;82:1155-63

12 Melka A, Haimanot RT. Tolperisone HCl (Mydocalm): A Randomized Doubleblind and Placebo Controlled Drug Trial. International Conference on Lathyrus and Lathyrism (Book of Abstracts). Addis Abeba: Ethiopia; 1995. P. 31-2

13 Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis. *Practitioner.* 1964;192:540-2

14 Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain.* 1976;2:175-184

15 Adashinskaya GA, Meizerov EE, Fadeev AA. et al. *Ekspertnaya sistema ocenki boli, sozdannaya na osnove «Mnogomernogo verbalno-cvetovogo bolevoogo testa».* *Materialy kongressa «Tradicionnaya medicina 2007»* [Expert system for assessing pain, developed on the basis of "Multidimensional pain verbally-color test." Materials Congress "Traditional Medicine 2007"]. Moscow; 2007. P. 502-7

ТҰЖЫРЫМ

А.С. ҚҰДАЙБЕРГЕНОВА¹, А.Л. КОКУРОВ²,

А.А. ШОЙБЕКОВА²

¹ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі, Республикалық инсульт проблемалары жөніндегі үйлестіруші орталық

²№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ СПАСТИКАЛЫҚТЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ МИДОКАЛМДЫ ПАЙДАЛАНУ

Инсультты басынан өткерген науқастарды емдеудегі әдебиет мәліметтері келтірілген. Атап өтілгендей, инсульттан кейінгі спастикалықты емдеуде жетекші рольді емдеу гимнастикасы атқарады, оны инсульт дамыған алғашқы күндердің өзінде бастай беру керек. Инсульттан кейінгі спастикалықты кешенді емдеу барысында тәулігіне 300-ден 1100 мг дозасында мидокалмды пайдалану аяқ-қолдардың бұлшық еті тонусының елеулі төмендегендігін және пациенттердің өмір сүру сапасының артқандығын көрсетіп отыр.

Зерттеудің мақсаты. Инсульттан кейінгі спастикалықты емдеу әдістерінің тиімділігін бағалау.

Материал және әдістері. 40 пациенттің емделу нәтижелері еріталданды, 16 әйел және 24 ер адам (орташа жасы – 63,4), олар ишемиялық инсульт алғандар және зерттеуге енгізудің сәйкесті көрсеткіштері барлар. Бүкіл пациенттер 20 адамнан екі топқа бөлінген, олар жасы, жынысы, ауру мерзімі, жағдайының ауырлығы, неврологиялық және психоэмоционалдық бұзылушылықтардың біліну дәрежесі, тұрмысқа бейімделу деңгейлеріне және жүргізілетін оңалту әдістеріне байланысты іріктелген болатын. Олар түгелдей кешенді терапия курсына қабылдаған: ЛФК; ФТЛ (магнитотерапия, ДМВ-терапия, озокеритотерапия); аяқ-қолдардың массажы және иглорефлексотерапия. Топтағы пациенттерге жүргізілген терапияның ерекшелігі сол, бірінші топ мидокалмды қабылдады, екінші, бақылаушы топ мидокалмды қалпына келу үшін емделу процесінде қабылдамағандар.

Нәтижелері және талқылауы. Емдеу нәтижелері мынадай көрсеткіштер бойынша сұрыпталды: бұлшық ет тонусының, спастикалық және ауыру синдромының айқын білінуі. Спастикалық дәрежесін анықтау үшін Ашворт шкаласы пайдаланылды, яғни препараттардың бұлшық ет күшіне ықпалын анықтау үшін науқастың тегіс горизонтальды жерде екі минут бойына жүруі негізге алынды. Ауыру синдромының айқындылығы үш рет қарастырылды: зерттеу басталған және аяқталған соң 7, 14 күнде және аяқталған соң үш айдан кейін. Ауыру синдромының білінуін бағалауда шынайылыққа қол жеткізу үшін ауруды бағалаудың екі шкаласы қолданылды: ВАШ Хаскиссон және аурудың көп өлшемді вербальды – түсті тесті (МВЦТБ). Пациенттердің тәуелсіздікке қол жеткізу дәрежесі олардың негізгі тұрмыстық және әлеуметтік бейімділігіне қарай белгіленді.

1-ші топтағы пациенттердің 65% спастикалық дәрежесі тым төмен болған немесе мүлдем болмаған (Ашворт шкаласы бойынша алғанда 0 және 1 балл), ал спастикалықтың максималды білінуі (3 және 4 балл) 10% науқаста білінген. Сырқаттанушылардың бақылаушы тобында мұндай көрсеткіштер сәйкесінше 30 және 50% құрады. Мидокалм қабылдаған топтың пациенттерінің жүру көрсеткіштері анағұрлым жақсы болған. Зерттеу нәтижелері шынайы түрде көрсетіп отырғандай, ауыру синдромын басуда мидокалм тиімді болған. Мидокалмның тиімділігі әсіресе терапияның 1-ші аптасында қатты білінген. 2-ші апта бойына топтар арасындағы айырмашылық аса қатты білінген жоқ. 3-ші және одан кейінгі апталарда ауыру синдромын басу жиілігі туралы топтар арасындағы шынайы айырмашылық туралы деректер жоқ. Мидокалм пациенттердің негізгі тұрмыстық және әлеуметтік бейімделуде жақсы нәтижелерге қол жеткізгендігін көрсетті. Емдеу кезінде мидокалм қабылдаған топтағы науқастардың дәретханаға бару кезінде 75% пациентінің мүмкіндігі жоғары болған, ал препаратты қабылдамағандарда ол көрсеткіш 45% құрады; жуыну кезінде өз бетінше жуына алатын науқастар саны сәйкесінше 90 және 75% құрады; бөгде біреудің көмегінен ванна қабылдауға шамасы келгендер 35 және 15%; өз бетінше киінуге шамасы келгендер – 85 және 45%; өзбетінше тамақ іше алатындар – 90 және 70%; тағам әзірлеу – 40 және 15%.

Қорытынды. Жүргізілген зерттеудің нәтижелері көрсетіп отырғандай, миорелаксант тағайындаған пайдалы, оның ішінде инсультты бастан өткерген пациенттерге кешенді ем жүргізу кезінде мидокалмды пайдаланған өте пайдалы. Мидокалмды инсульттан кейінгі спастикалықты кешенді терапия кезінде қабылдау олардың өмір сүру сапасын елеулі арттыра түседі.

Негізгі сөздер: инсульттан кейінгі спастикалық, толперизон гидрохлориды (Мидокалм), бұлшық ет релаксанты.

SUMMARY

A.S. KUDAIBERGENOVA¹, A.L. KOKUROV²,

A.A. SHOIBEKOVA²

¹Republican coordination center on stroke issues of the Ministry of healthcare and social development of the Republic of Kazakhstan

²City clinical hospital №4, Almaty c.

MYDICALM ADMINISTRATION IN A COMPLEX THERAPY OF POST-STROKE SPASTICITY

The reispresented the data of literature about the spasticity treatment at apoplectic patients. It is noted that therapeutic exercises play a leading role in the treatment of post-stroke spasticity. One can start doing it on the first day after insult. Mydocalm administration in a complex therapy of post-stroke spasticity with a dose from 300 to 1100 mg/day show a significant decrease of muscular tonus of paretic limbs and increase of the lives of the patients.

Study purpose. To assess the efficiency of treatment methods of post-stroke spasticity.

Material and methods. It is analyzed the treatment results of patients, 16 women and 24 men (the average age – 63,4), who had ischemic stroke and correspond to inclusion criteria. All patients

were divided into two groups with 20 people in each, were standardized by age, sex, disease duration, physical condition, level of expression of neurological and psycho-emotional disorders, levels of household adaptation, and also the conducted methods of rehabilitation. All received the course of complex therapy: physiotherapy, physiotherapeutic treatment (magnet therapy, diamagnetic therapy and ozokeri to the rapy); massage of paretic limbs and acupuncture. A significant peculiarity of patients therapy lays in administration (the first group) and non-administration (the second group) of Mydocalm in the process of rehabilitation treatment.

Results and discussion. The analysis of treatment results was done according to the following parameters: intensity of muscular tonus, spasticity and pain syndrome. Ashworth scale was used to assess the level of spasticity, the effect of preparations for muscular strength was defined by capability of walking on level surface during 2 minutes. The intensity of pain syndrome was analyzed three times: in 7, 14 days after the beginning of research and after its completion, in three months. For objectivity of assessment of pain syndrome intensity were used two scales of pain: VAS of Hawkinson and multidimensional verbal and color test of pain. The level of independence achievement by patients was defined by execution of main household and social practices.

At 65% of patients of 1 group was noted the minimum intensity of spasticity and its absence (0 and 1 points by Ashworth scale), whereas maximum intensity of spasticity (3 and 4 points) was ob-

served at 10% of patients. In control group, the analogical indicators were 30 and 50% accordingly. The best indicators of walking also were observed in the group of patients who received mydocalm. The research results reasonably certify about the efficiency of mydocalm in pain management. Besides, the maximum efficiency of mydocalm was observed during the 1st week of therapy. During the 2nd week, the differences between groups were expressed in a less degree. The significant differences in the frequency of pain management between the groups on the 3rd and following weeks were not received. Mydocalm showed significant effect on independence achievement by patients in execution of household and social practices. In the group of patients, where mydocalm was used, 75% of patients could independently go to the toilet; among the patients who do not received the preparation, this indicator was 45%; the independency in washing was 90 and 75% of patients accordingly. 35 and 15% could have a bath without physical assistance; independently getting dressed – 85 and 45%; independently taking food – 90 and 70%; cooking – 40 and 15%.

Conclusion. The results of conducted research certify about the favor of neuromuscular relaxants administration, particularly mydocalm, within a complex treatment of the patients, who had a stroke. Mydocalm administration in a complex therapy of post-stroke spasticity significantly increase the quality of their life.

Key words: *post-stroke spasticity, tolperison hydrochloride (mydocalm), muscle relaxant.*

Для ссылки: Кудайбергенова А.С., Кокуров А.Л., Шойбекова А.А. Применение Мидокалма в комплексной терапии постинсультной спастичности // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 11 (173). – P. 29-34

Статья поступила в редакцию 21.11.2016 г.

Статья принята в печать 21.11.2016 г.