

ФЛУПИРТИН В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

И. Вышлова, кандидат медицинских наук,
С. Карпов, доктор медицинских наук, профессор,
А. Байда, доктор медицинских наук
Ставропольский государственный медицинский университет
E-mail: Karpov25@rambler.ru

Применения флупиртина при хронической боли в поясничной области способствовало снижению интенсивности болевого синдрома с достоверным снижением уровня тревоги и депрессии и улучшением качества жизни пациентов.

Ключевые слова: неврология, хронический болевой синдром в поясничной области, обострение, люмбагия, флупиртин, лечение.

Высокая распространенность хронических болевых синдромов в поясничной области представляет серьезную проблему, являясь причиной инвалидизации пациентов трудоспособного возраста и связанных с этим экономических затрат [1, 2].

Большую роль в развитии и поддержании данной патологии играют так называемые модифицируемые факторы риска: образ жизни, профессия, масса тела, наличие вредных привычек. В структуре соматической патологии у пациентов с хроническими болевыми синдромами в нижней части спины чаще встречаются ожирение, сахарный диабет, хроническая алкоголизация, что указывает на поддержание демиелинизирующего процесса в структурах нервной системы и запуск механизмов центральной сенситизации [3].

Терапия хронических болевых синдромов в поясничной области должна быть комплексной, направленной на основные звенья патогенетического процесса [4, 5].

Данные зарубежных и российских исследований подтверждают эффективность приема флупиртина у пациентов с острыми болевыми синдромами в поясничной области [6], а также с хронической болью [7, 8], в том числе с целью нормализации мышечного тонуса [9].

Показана равная эффективность флупиртина и трамадола в терапии подострых болевых синдромов в нижней части спины [10].

С учетом сложности механизмов формирования хронического болевого синдрома в нижней части спины вопросы его патогенетической терапии требуют дальнейшего изучения. Кроме того, зачастую встречающаяся соматическая патология затрудняет проводимую терапию вследствие возможных противопоказаний и нежелательных лекарственных взаимодействий.

Целью нашего исследования была оценка эффективности флупиртина у пациентов с хронической болью в поясничной области.

В исследование были включены 54 пациента с хроническим болевым синдромом в поясничной области (люм-

балгия) в стадии обострения. Диагноз люмбагия устанавливали на основании жалоб пациента на болезненность в поясничном отделе позвоночника, отсутствия корешкового болевого синдрома, симптомов выпадения. Критериями включения были: возраст больных от 18 до 60 лет, наличие хронического болевого синдрома в поясничной области длительностью >3 мес в стадии обострения, отсутствие симптомов потенциально опасных заболеваний: анамнестических данных о наличии злокачественных опухолей, немотивированной потере массы тела; длительном применении глюкокортикоидов; внутривенной наркомании; ВИЧ-инфекции, а также инфекции мочевыводящего тракта, травмы позвоночника; отсутствие лихорадки; локальная болезненность и повышение местной температуры по ходу позвоночника и в паравертебральной области; уменьшение боли в покое. Критерии исключения: симптомы потенциально опасных заболеваний: наличие опухолевого, инфекционно-воспалительного или иного заболевания позвоночника, требующего специфического лечения, выраженная деформация позвоночника, компрессия спинного мозга, другие сопутствующие неврологические и психиатрические заболевания, серьезные или нестабильные соматические заболевания (тяжелые заболевания печени, сердечно-сосудистой системы, легких или почек, декомпенсированный сахарный диабет).

Пациенты были разделены на 2 группы. В контрольной группе пациентам (n=28 – 18 женщин и 10 мужчин) назначали стандартную терапию, включавшую нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, витамины группы В, лечебную физкультуру, физиотерапию и массаж. Основную группу составили 26 пациентов (19 женщин и 7 мужчин), которым наряду со стандартной терапией был назначен флупиртин в дозе 100 мг 3 раза в день на протяжении 2 нед. Средний возраст пациентов основной группы составил 44,6±8,3 года, контрольной – 43,1±10,2 года.

Период наблюдения составил 2 мес. Пациентов обследовали исходно, через 7 дней и через 2 мес.

Между группами не было существенных различий по полу, возрасту, социальному положению больных, что дало возможность их сравнительной характеристики.

Комплекс обследования включал: оценку общесоматического, неврологического, нейроортопедического статуса, общеклиническое, биохимическое обследование, электроэнцефалографию (ЭНМГ), обзорную спондилографию. Кроме того, всем пациентам назначали консультацию эндокринолога. Поскольку признаки поражения спинномозгового корешка и симптомы потенциально опасных заболеваний отсутствовали, нейровизуальные исследования не проводили.

Интенсивность болевого синдрома измеряли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли. Степень нарушения жизнедеятельности оценивали с помощью опросника Освестри и анкеты Роланда–Морриса. Оценку уровня тревоги и депрессии, сопутствующей хроническому болевому синдрому, проводили с помощью госпитальной Шкалы тревоги и депрессии (HADS). Страх пациента перед движением оценивали с помощью шкалы кинезифобии Г. Тампа.

Для оценки результатов использовали стандартные статистические программы Statistica. Оценку изменения показателей по сравнению с контрольной группой и исходным уровнем проводили с помощью t-теста (p<0,05).

По данным обзорной спондилографии дегенеративно-дистрофические изменения характера остеохондроза (или) спондилоартроза выявлены у 89% основной и 87% больных контрольной группы.

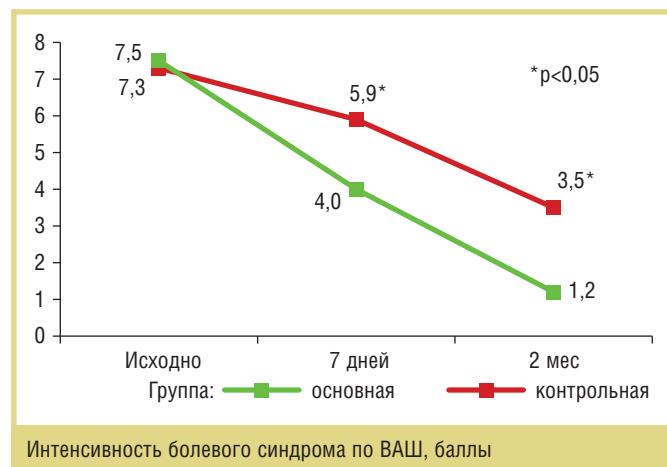
По данным стимуляционной ЭНМГ, существенных патологических изменений не отмечено. По данным ВАШ-10, уже через 7 дней после начала приема флупиртина выявлено достоверное (p<0,05) снижение интенсивности болевого синдрома у пациентов основной группы с преобладанием в структуре болевого синдрома более легких форм (по сравнению с показателем у пациентов контрольной группы; см. рисунок).

Динамика степени нарушения жизнедеятельности по данным опросника Освестри и анкеты Роланда–Морриса на протяжении 2 мес исследования представлена в таблице.

Из данных таблицы видно, что через 7 дней наблюдения степень жизнедеятельности достоверно улучшилась у пациентов основной группы по данным обеих шкал (p<0,05), к концу наблюдения также наблюдались достоверные различия в качестве жизни пациентов исследуемых групп; лучшие показатели были в основной группе.

Уровень тревоги и депрессии по шкале HADS достоверно понизился у пациентов основной группы спустя 7 дней с 11,0±3,1 до 6,0±4,6 балла, к концу наблюдения уровень тревоги и депрессии достоверно понизился в обеих исследуемых группах. Кроме того, у пациентов обеих групп уменьшился страх движения по данным шкалы кинезифобии Г. Тампа.

Итак, при использовании препарата флупиртин в дозе 100 мг 3 раза в день на протяжении 2 нед у пациентов с хронической болью в поясничной области отмечалось достоверное снижение интенсивности болевого синдрома с преобладанием в его структуре более легких форм (по сравнению с показателем у пациентов контрольной группы, которым про-



Источник	Исходно	Через 7 дней	Через 2 мес
Опросник Освестри, %	37,0±2,9	21,0±1,8*	3,0±1,6*
Шкала Роланда-Морриса, балл	14,0±3,7	5,0±2,7*	2,0±1,3*

Примечание. В числителе – показатель в основной, в знаменателе – в контрольной группе; * – p<0,05.

водилась симптоматическая терапия). Отмечены снижение уровня тревоги и депрессии, а также улучшение качества жизни пациентов, принимавших флупиртин. Полученные данные могут свидетельствовать о перспективности применения флупиртина у пациентов с хроническим болевым синдромом в поясничной области.

Литература

1. Vyshlova I., Azoidis I., Karpov S. Epidemiology of vertebrogenic pain syndromes P12089 // Eur. J. Neurol. – 2016; 23 (S2): 293.
2. Вышлова И.А., Карпов С.М., Стародубцев А.И. Вертеброгенные болевые синдромы поясничного уровня: эпидемиология, клинические проявления // Мед. вестн. Северного Кавказа. – 2016; 11 (4): 586–8.
3. Вышлова И.А., Карпов С.М. Причины и исходы хронического болевого синдрома в нижней части спины // Анестезиол. и реаниматол. – 2016; 61 (5S): 48.
4. Вышлова И.А. Комплексное лечение больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами // Кубанский научн. мед. вестник. – 2012; 2: 47–9.
5. Хроническая боль в спине. Клинические рекомендации. Под ред. И.Н. Денисова / М., СПб, Ростов-на-Дону, 2014; 20 с.
6. Uberall M., Essner U., Müller-Schwefe G. 2-week efficacy and tolerability of flupirtine MR and diclofenac in patients with acute low/back pain--results of a post-hoc subgroup analysis of patient-level data from four non-interventional studies // MMW Fortschr. Med. – 2013; 155 (Suppl. 4): 115–23. German.
7. Uberall M., Mueller-Schwefe G., Terhaag B. Efficacy and safety of flupirtine modified release for the management of moderate to severe chronic low back pain: results of SUPREME, a prospective randomized, double-blind, placebo- and active-controlled parallel-group phase IV study // Curr. Med. Res. Opin. – 2012; 28 (10): 1617–34. DOI: 10.1185/03007995.2012.726216.
8. Pavlenko S., Veretel'nikov I., Fomin G. et al. The use of katadolon (flupirtine) in the treatment of lower back pain // Zh. Nevrol. Psikhiatr. im. S.S. Korsakova. – 2006; 106 (4): 70–1.
9. Müller-Schwefe G., Uberall M. Analgesic and muscle tonus normalizing effect of flupirtine retard in chronic back pain // MMW Fortschr. Med. – 2007; 149 (43): 47.
10. Li C., Ni J., Wang Z. et al. Analgesic efficacy and tolerability of flupirtine vs. tramadol in patients with subacute low back pain: a double-blind multicentre trial // Curr. Med. Res. Opin. – 2008; 24 (12): 3523–30. DOI: 10.1185/03007990802579769.

FLUPIRTINE IN THE THERAPY OF CHRONIC LOW BACK PAIN SYNDROMES

I. Vyshlova, Candidate of Medical Sciences; Professor S. Karpov, MD; A. Baida, MD Stavropol State Medical University

The use of flupirtine in chronic low back pain contributed to less pain intensity with a significant decrease in the levels of anxiety and depression and with better quality of life in patients.

Key words: neurology, chronic low back pain syndrome, exacerbation, lumbodinia, flupirtine, treatment.