

УДК: 616.833-009.7-085.212

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАТАДОЛОНА ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Г.М. Авдей, к.м.н., доцент; М.С. Шумская; Т.Ю. Орловская;
Т.В. Вальковская

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Дана оценка качества жизни, определены типы отношения к болезни у пациентов с заболеваниями периферической нервной системы в динамике под влиянием курсового назначения катадолона.

После лечения катадолон у пациентов установлены рост физического функционирования и физической активности, увеличение показателя ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, показателя общего здоровья и снижение интенсивности боли. В целом у больных с заболеваниями периферической нервной системы физический компонент здоровья увеличивался в 1,5 раза, а психологический компонент оставался неизменным. Изначально имеющиеся у большинства больных сенситивный и неврастенический типы отношения к болезни после лечения катадолон сменялись эргопатическим типом, т.е. «уходом от болезни в работу». Раннее включение катадолона в терапию болевого синдрома способствует не только быстрому купированию боли, но и улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: катадолон, качество жизни, заболевания периферической нервной системы.

An assessment of the quality of life of patient with peripheral nervous system diseases has been performed and the types of their attitude to the disease in dynamics under the influence of a course of Katadolon therapy have been determined.

After Katadolon therapy patients showed a rise of physical activity, an increase of a role functioning index caused by emotional state as well as general health index and decrease of pain intensity. On the whole a physical component of health increased 1,5 times in the patients with peripheral nervous system diseases, and psychological component of health was constant. A sensitive and neurasthenic types of attitude to the disease that had been revealed before Katadolon therapy were changed for ergopathic type after a course of therapy, i.e. «leaving a disease for work». Early introduction of Katadolon in the therapy of a pain syndrome lead not only to fast pain blocking, but to the improvement of the quality of life in those patients.

Key words: Katadolon, quality of life, peripheral nervous system diseases.

Боль – самый частый симптом, встречающийся в неврологической практике. Это, по определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующими или возможными повреждениями ткани или описываемое в терминах такого повреждения [18]. В настоящее время целесообразно деление боли на ноцицептивную и невропатическую [6].

Ноцицептивная боль возникает при раздражении ноцицепторов кожи, глубоких тканей или внутренних органов, соответствует степени тканевой деструкции и длительности заживления [6].

Невропатическая боль – боль, вызванная повреждением периферической или центральной нервных систем (или обеих), сопровождающаяся нарушениями чувствительности. К невропатической боли относятся все болевые синдромы, развивающиеся при заболеваниях и травмах нервной системы [13].

По данным экспертов Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ), почти 90% людей хотя бы один раз в жизни испытывали боли в пояснице [2]. В США и странах Западной Европы дорсопатии достигают 40 – 80%, а ежегодная заболеваемость – 5%. Боли в нижней части спины являются второй по частоте после респираторных заболеваний причиной обращения к врачу и третьей – госпитализации [7].

Причины болей в спине многообразны. Ряд авторов [М.М. Одинак с соавт., 2009; В.В. Поворознюк, 2004] приводят возможные причины боли в спине [6, 7]. Это может быть неспецифическая боль, вызванная механическими причинами: заболеваниями и повреждениями костно-суставного и мышечно-связочного аппарата; ишиалгия (чаще грыжи диска L4–L5, L5–S1); боли, возникающие при переломе позвоночника, вследствие патологии

бедра (остеоартроз, артрит и др.), в результате патологии органов и тканей брюшной полости или забрюшинного пространства (заболевания почек, мочеточников или мочевого пузыря, селезенки, поджелудочной железы, аневризмы аорты, язвенная болезнь, гинекологическая патология); боли, связанные с метаболическими болезнями костей (остеомаляция, гиперпаратиреоз и др.), опухолями (метастазы опухолей, миеломная болезнь) и инфекциями костей или мягких тканей (остеомиелит, эпидурит, абсцесс и др.). Среди наиболее частых причин поясничных болей выделяют заболевания позвоночника, прежде всего дегенеративно-дистрофические (остеохондроз, деформирующий спондилез) и перенапряжение мышц как вариант миофасциального синдрома [2, 6, 7, 11].

Купирование боли практически всегда представляет значительные трудности. Современная концепция терапии болей нижней части спины предусматривает комплексное применение препаратов с различным механизмом действия.

В настоящее время одним из них является КАТАДОЛОН (ФЛУПИРТИНА МАЛЕАТ), который оказывает тройное действие: обезболивающее, миорелаксирующее и нейропротективное [3, 9]. Препарат имеет центральный механизм действия, но в отличие от опиоидных анальгетиков не вызывает зависимости и привыкания. Анальгетическое действие его обусловлено непрямым антагонизмом по отношению к NMDA-рецепторам с усилением нисходящих механизмов модуляции болевого ощущения и торможения GABA-эргических процессов. В терапевтических дозах препарат способствует открытию потенциал независимых каналов, что приводит к стабилизации мембранного потенциала нервной клетки. Это вызывает угнетение активности NMDA-рецепторов

нейронов, как следствие блокаду нейрональных кальциевых каналов, снижение внутриклеточного тока ионов кальция, угнетения возбуждения нейрона в ответ на ноцицептивные стимулы. В результате нарушается формирование ноцицептивной сенситизации и феномена взвинчивания – увеличения нейронального ответа на повторные болевые стимулы. Это, в свою очередь, предотвращает переход боли в хроническую форму, а при уже имеющемся хроническом болевом синдроме приводит к снижению ее интенсивности [12, 15].

КАТАДОЛОН изменяет восприятие боли за счет влияния на нисходящую норадренергическую систему [14, 16]. Миорелаксирующее действие связано с блокированием передачи возбуждения на мотонейроны и промежуточные нейроны, что вызывает устранение мышечного напряжения [17, 19].

Таким образом, КАТАДОЛОН вызывает:

- подавление ноцицептивного возбуждения (обезболивающее действие);
- подавление ноцицептивной сенситизации;
- препятствие превращению острого болевого процесса в хронический;
- подавление сочетающегося с болью мышечного спазма;
- нейропротективное действие (защита от цитотоксического действия чрезмерно возросшей концентрации свободных ионов кальция) [3].

Препарат эффективен у пациентов, страдающих различными вариантами болевых синдромов [10], обладает хорошим профилем безопасности. Все эти качества диктуют целесообразность применения КАТАДОЛОНА у больных с болевыми синдромами.

Боль ухудшает общее состояние больных, влияет на бытовую и профессиональную деятельность, а именно, качество жизни пациентов, которое субъективно отражает различные стороны физического, эмоционального и социального здоровья человека [8].

Основным инструментом для количественной оценки качества жизни являются различные опросники. Одним из широко используемых опросников является краткая форма Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), включающая 36 вопросов, отражающих 8 шкал здоровья (таблица 1) [1].

Таблица 1

Шкала	Число пунктов	Определение
PF (Physical Functioning) Физическое функционирование	10	Возможность выполнять обычную физическую нагрузку
RP (role Physical) Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	4	Физическая способность выполнять бытовую или профессиональную работу
BP (Bodily Pain) Физическая боль	2	Выраженность боли
GH (General Health) Общее восприятие здоровья	5	Субъективная оценка общего состояния здоровья
VT (Vitality) Жизнеспособность	4	Субъективная оценка настроения, энергичности
SF (Social Functioning)	2	Эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми
RE (Role Emotional) Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	3	Эмоциональная способность человека выполнять бытовую или профессиональную работу
MH (Mental Health) Психическое здоровье	5	Субъективная оценка эмоционального состояния

По каждой шкале показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов, при этом чем большее значение показателя, тем выше оценка здоровья по избранной шкале.

Важна и совокупность представлений пациента о болезни, т.е. внутренняя картина болезни» [5]. Такие представления существенным образом влияют на медицинские, профессиональные, семейные и иные последствия соматического страдания. Уверенность в излечимости и контролируемости заболевания ассоциируется с благоприятным течением восстановительного периода заболевания, соблюдением врачебных рекомендаций и быстрым возвращением трудоспособности. Изучение внутренней картины болезни, по мнению авторов [А.В. Добровольский, 2000, А.Р. Лурия, 1977], весьма актуально, особенно в аспекте разработки дифференцированных подходов к коррекции отношения больного к собственному заболеванию и проводимой терапии [4, 5].

Нами проведено исследование по эффективности КАТАДОЛОНА у больных с заболеваниями периферической нервной системы (дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, невралгией тройничного нерва).

Цель исследования: оценить качество жизни, определить типы отношения к болезни у пациентов с заболеваниями периферической нервной системы в динамике под влиянием курсового назначения катадолона.

Материал и методы исследования

Обследовано 18 пациентов с заболеваниями периферической нервной системы: 12 больных с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, 3 пациента с невралгией тройничного нерва и 3 человека с вертеброгенной цервикобрахиалгией с выраженным болевым синдромом) в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст $(49,2 \pm 3,15)$ лет). С целью подтверждения диагноза всем больным проводили неврологический осмотр, компьютерную или магнитно-резонансную томографию позвоночника, дополнительную консультацию стоматолога и отоларинголога (при невралгии тройничного нерва). 15 больных на фоне базисной терапии (витамины группы В, сосудорасширяющие препараты, лечебная гимнастика, вытяжение, массаж, физиопроцедуры) принимали КАТАДОЛОН по схеме: 2 капсулы (200мг) на ночь – первая доза, а затем по 1 капсуле (100мг) 3 раза в день (суточная доза 300мг) независимо от приема пищи в течение 7 дней. Исключался прием других анальгетиков, НПВС, миорелаксантов и седативных средств. 3 пациента с вертеброгенной цервикобрахиалгией получали традиционную терапию без катадолона.

Качество жизни оценивали с помощью русской версии опросника SF-36; внутреннюю картину болезни по личностному опроснику Бехтеревского института (ЛОБИ), интенсивность болевого синдрома по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ).

Обследуемые показатели фиксировали до начала лечения и спустя 7 дней. Эффективность лечения определяли по субъективной оценке больных и динамике объективных показателей. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение

При проведении методики SF-36 у больных, преимущественно с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, до лечения катадолонотом отмечены низкие показатели здоровья по шкалам физического функционирования и ролевого функционирования, обусловленно-го физическим состоянием (рис. 1, 2).

Физическое функционирование (PF)

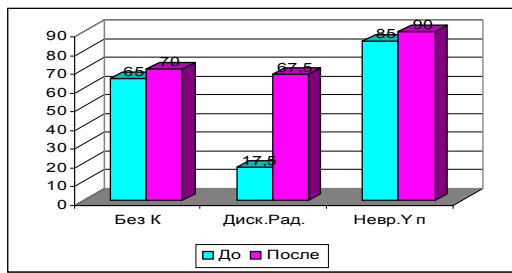


Рисунок 1 – Физическое функционирование

Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)

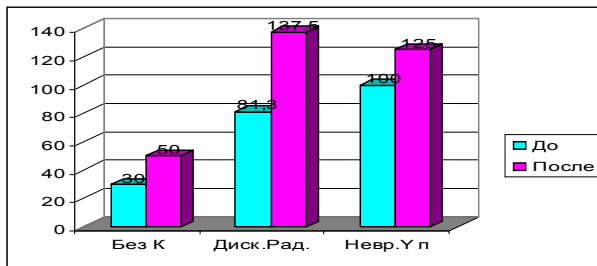


Рисунок 2 – Рольное функционирование

Ограничения в возможности выполнять обычную физическую нагрузку, бытовую или профессиональную работу в большей мере испытывали лица мужского пола (рис. 3, 4).

Физическое функционирование (PF) у больных с дискогенным радикулитом

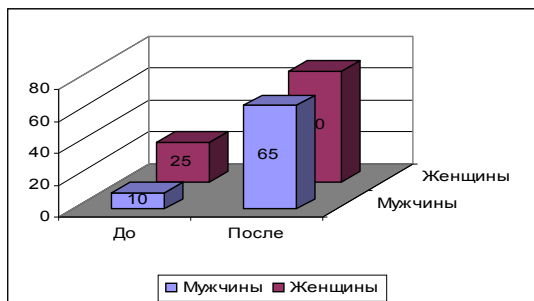


Рисунок 3 – Физическое функционирование

Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) у больных с дискогенным радикулитом

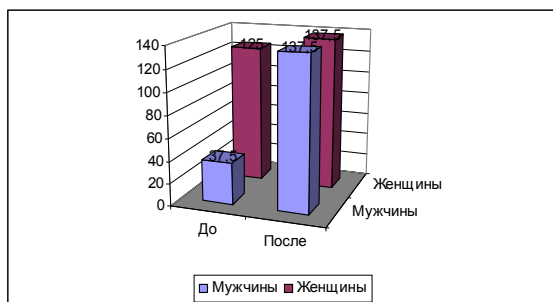


Рисунок 4 – Рольное функционирование у мужчин и женщин

У всех пациентов, вне зависимости от пола, с заболеванием периферической нервной системы установлена высокая интенсивность болевого синдрома (рис. 5, 6).

Интенсивность боли по ВАШ

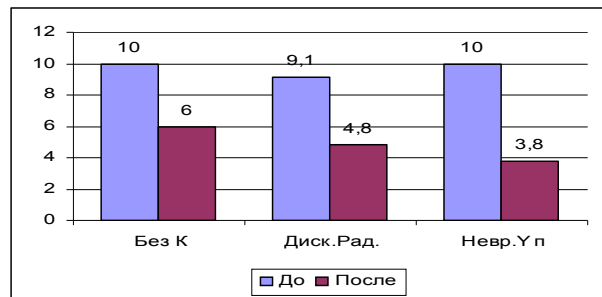


Рисунок 5 – Интенсивность боли по ВАШ

Интенсивность боли по ВАШ у больных с дискогенным радикулитом

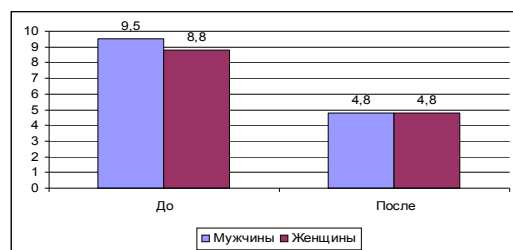


Рисунок 6 – Интенсивность боли по ВАШ у мужчин и женщин

При этом низкие показатели по шкале интенсивности боли, особенно у женщин, свидетельствовали о том, что эта боль значительно ограничивала активность больного (рис. 7, 8).

Интенсивность боли (ВР)

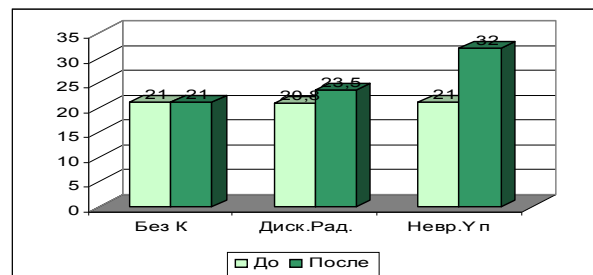


Рисунок 7 – Интенсивность боли

Интенсивность боли (ВР) у больных с дискогенным радикулитом

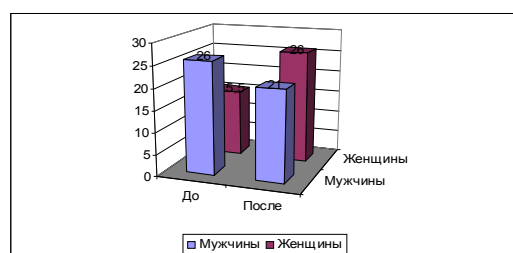


Рисунок 8 – Интенсивность боли у мужчин и женщин

Отсюда и невысокая оценка больным своего состояния здоровья по шкале общего восприятия здоровья в настоящий момент (рис.9). Жизненная активность всех обследованных пациентов до начала лечения была достаточной (рис. 10). Больные, несмотря на выраженный болевой синдром, чувствовали себя полными сил и энергии.

Общее состояние здоровья (GH)

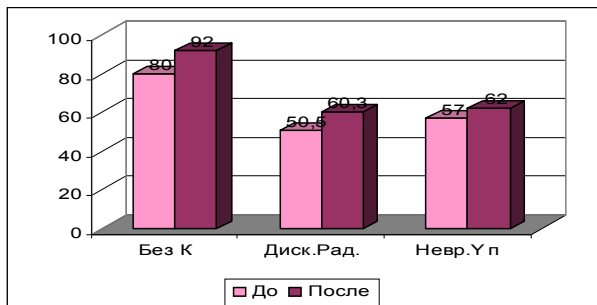


Рисунок 9 – Общее состояние здоровья
Жизненная активность (VT)

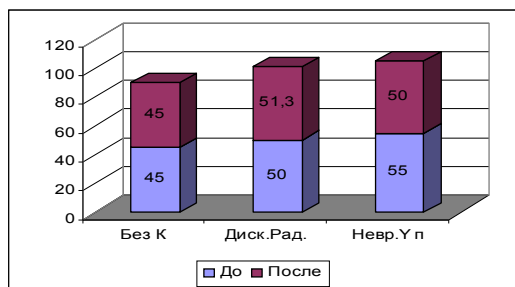


Рисунок 10 – Жизненная активность

Судя по высоким показателям по шкале социальной активности, их физическое состояние не ограничивало общение, социальную активность (рис. 11).

Жизненная активность (VT)

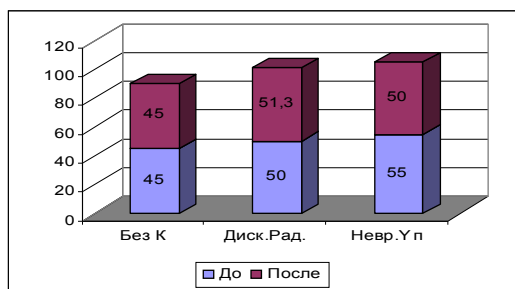


Рисунок 11 – Социальное функционирование

Высокий уровень ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, указывал на то, что состояние эмоций этих пациентов (мужчин и женщин) мешало им выполнять бытовую и профессиональную работу (рис. 12, 13), и субъективно эти больные оценивали свое эмоциональное состояние по шкале психического здоровья как тревожное (рис. 14, 15).

В целом, у всех пациентов с заболеваниями периферической нервной системы был до лечения низкий физический компонент здоровья (рис. 16, 17) и отмечены повышенные уровни психологического компонента здоровья (рис. 18).

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)

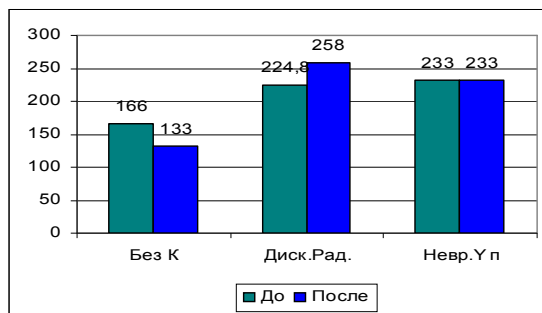


Рисунок 12 – Ролевое функционирование

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) у больных с дискогенным радикулитом

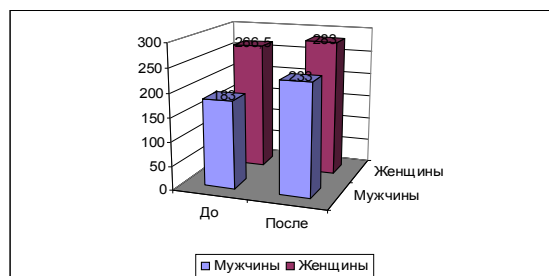


Рисунок 13 – Ролевое функционирование у больных с дискогенным радикулитом

Психическое здоровье (MH)

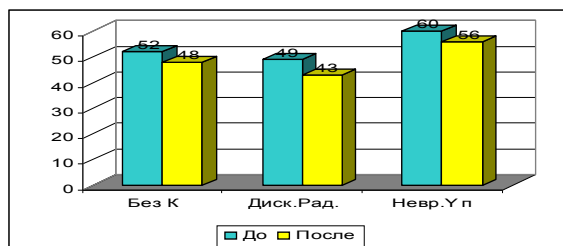


Рисунок 14 – Психическое здоровье

Психическое здоровье (MH) у больных с дискогенным радикулитом

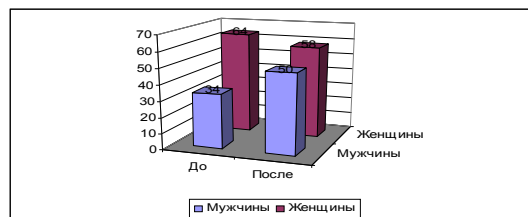


Рисунок 15 – Психическое здоровье у больных с дискогенным радикулитом

После курсового лечения КАТАДОЛОНОМ значительное и умеренное улучшение в самочувствии отметили все обследованные пациенты с заболеваниями периферической нервной системы, что проявилось регрессом интенсивности болевой и мышечно-тонического синдромов. Физическое функционирование больных, страдающих дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, возрастало почти в 4 раза и указывало на расширение арсенала физических нагрузок у этих пациентов (рис. 1, 3). В 1,7 раза у них увеличивалась физическая способность выполнять бытовую и профессиональную работу (рис. 2, 4). Интенсивность боли после лечения

Физический компонент здоровья (PH)

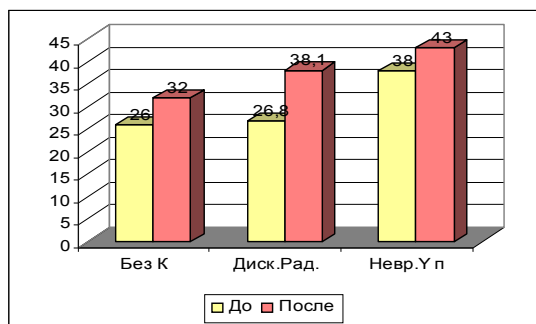


Рисунок 16 – Психическое здоровье

Физический компонент здоровья (PH)

у больных с дискогенным радикулитом

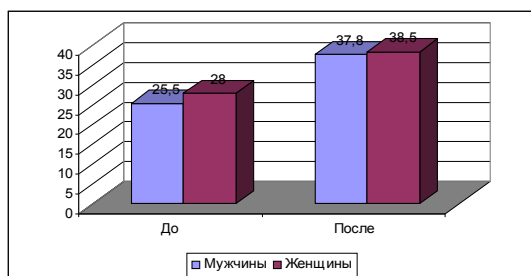


Рисунок 17 – Психическое здоровье у больных с дискогенным радикулитом

Психологический компонент здоровья (MH)

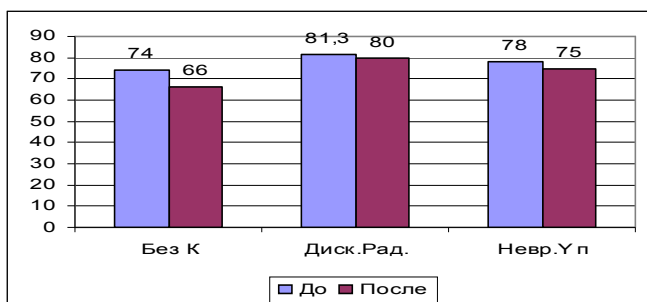


Рисунок 18 – Психологический компонент здоровья

снижалась почти в 2 раза (рис. 5, 6), что позволяло больным шире заниматься повседневной деятельностью, включая работу на дому и вне дома (рис. 7, 8). Соответственно, улучшалось общее самочувствие (рис. 9). Несмотря на высокий уровень физической активности у пациентов после проведенного курса лечения КАТАДОЛОНОМ, их социальное функционирование сохранялось низким (рис. 11) ввиду имеющихся у пациентов тревожных переживаний за свое здоровье, перспективы лечения (рис. 12, 13), что ограничивало выполнение работы или другой повседневной деятельности (рис. 14, 15). В целом, у всех больных с заболеваниями периферической нервной системы после проведенного курса лечения КАТАДОЛОНОМ значительно увеличивался уровень физической активности в связи с уменьшением или исчезновением болевого синдрома на фоне неизменного психологического состояния (рис. 16, 17, 18).

Изначально установленный у большинства больных с заболеваниями периферической нервной системы чувствительный тип отношения к болезни, характеризующийся опасениями, что окружающие станут избегать, считать их неполноценными, пренебрежительно или с опас-

кой относиться, боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны, и неврастенический тип со вспышками раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, непереносимостью болевых ощущений, нетерпеливостью, неспособностью ждать облегчения, несдержанностью и беспокойством, сменялись после лечения КАТАДОЛОНОМ у некоторых больных эргопатическим типом отношения к болезни, т.е. «уходом от болезни в работу», даже при тяжелой болезни и страданиях пациенты, во что бы то ни стало, настроены были продолжать работу.

Заключение

Таким образом, раннее включение КАТАДОЛОНА в терапию болевого синдрома способствует не только быстрому купированию боли, снижению мышечного напряжения, но и улучшению качества жизни пациентов, повышению их физической активности.

Литература

1. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. – Руководство для врачей. – М: Медкнига, 2004. – 456 с.
2. Веселовский, В.П. Практическая неврология и мануальная терапия / В.П. Веселовский – Рига, 1991. – 341 с.
3. Грибов, Н.П. Применение препарата Катадолон в лечении болевых синдромов при радикуломиелоишемии / Н.П. Грибова // Вестник СГМА. – Смоленск, 2000. – С. 56-63.
4. Добровольский, А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни / А.В. Добровольский // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – N 1. – С. 23-27.
5. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия – М., 1977. – 213 с.
6. Одинак, М.М. К вопросу о патогенезе некоторых болевых синдромов в неврологии / М.М. Одинак, С.А. Живолупов, Н.А. Рашидов // Клин. патофизиология. – 2005. – N 1. – С. 17-24.
7. Поворознюк, В.В. Боль в нижней части спины. Распространенность, причины, механизмы развития, особенности диагностики / В.В. Поворознюк // Лечение и диагностика. Журн. для практикующих врачей. – 2004. – С. 2-7.
8. Пономарев, В.В. Качество жизни у больных с головной болью напряжения и ее динамика под влиянием применения катадолона / В.В. Пономарев, С.И. Гарбузов // Мед. новости. – 2005. – N 6. – С. 61-64.
9. Применение катадолона у больных со спондилогенной дорсалгией / П.Р. Камчатков [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии. – 2006. – N 11. – С. 26-34.
10. Рачин, А.П. Десять доказательств успешного применения флупиртина (катадолона) при болях в нижней части спины / А.П. Рачин // Лечение нервных болезней. – 2007. – N 2. – С. 35-39.
11. Ходинка Ласло. Лечение острой поясничной боли Мидокалмом. Результаты международного мультицентрового рандомизированного двойного-слепого плацебо-контролируемого клинического исследования / Ласло Ходинка // Русский мед. журн. – 2003. – N 5. – С. 246-249.
12. Darius, H. The action of flupirtine on prostaglandin formation and platelet aggregation in vitro / H. Darius, K. Schror // Arzneimittelforschung. – 1985. – V. 35. – P. 55-59.
13. Dworkin, R.H. Advances in neuropathic pain / R.H. Dworkin, M. Backonja, M.C. Rowbotham // Arch Neurol. – 2003. – V. 60. – P. 1524-1534.
14. Galasko, C.S. Trial of oral flupirtine maleate in the treatment of pain after orthopaedic surgery / C.S. Galasko, P.M. Cortenay // Curr Med. Res Opin. – 1985. – V. 9. – P. 594-601.
15. Heusinger, J.H. Eicacy and tolerance of flupirtine and pentazocine in two multicentre trials / J.H. Heusinger // Postgrad Med J. – 1987. – V. 63. – P. 71-79.
16. Lorenz, B. Effect of flupirtine on cell death, of human umbilical vein endothelial cells induced by reactive oxygen species / B. Lorenz, T. Schluter // Biochem Pharmacol. – 1998. – V. 56. – P. 1615-1624.
17. Mastronardi, I. Analgesic activity of flupirtine maleate: a controlled double-blind study with diclofenac sodium in orthopaedics / I. Mastronardi, E. Scanni // Int Med Res. – 1988. – V. 16. – P. 338-348.
18. Merskey, H. Classification of Chronic Pain / H. Merskey, N. Bogduk – IASP Task Force on Taxonomy, Second Edition. Seattle: IASP Press. – 1994. – 2009.
19. Ringe, J.D. Analgesic efficacy of flupirtine in primary care of patients with osteoporosis related pain. A multivariate analysis / J.D. Ringe, D. Miethe, D. Pittrow // Arzneimittelforschung. – 2003. – V. 53. – P. 496-502.

Поступила 06.05.10