

Результаты комплексного лечения больных с радикулопатией и радикулоишемией, обусловленными патологией межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, с включением препарата нейромидин

Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Кириченко А.Г., Шульга А.Н.,
Хаитов П.А., Сук В.М.

Днепропетровская государственная медицинская академия,
Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова

Неврологические проявления дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника являются одной из актуальных проблем неврологии [2, 4]. По данным ВОЗ, у 50–80% населения земного шара выявляют вертеброгенную патологию, в последние годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости. Пациенты с неврологическими проявлениями вертеброгенных заболеваний составляют почти 50% всех госпитализированных в неврологический стационар, длительность заболевания с ограничением трудоспособности из-за выраженности болевого синдрома составляет в среднем 4 мес.

В связи с этим поиск и внедрение в практику эффективных и безопасных способов лечения таких больных является одной из важных задач как нейрофармакологов, так и представителей практической медицины — неврологов.

В последние годы значительно возрос интерес исследователей к препаратам комплексного действия, влияющих на различные стороны нейромедиаторных процессов. Одним из таких препаратов является нейромидин (действующее вещество амиридин) производства АО Олайнский химико-фармацевтический завод (“Олайнфарм”, Латвия), в основе действия которого лежит сочетание двух молекулярных механизмов — блокады проницаемости мембраны для калия и ингибирования активности холинэстеразы.

Препарат нейромидин, ввиду универсального нейронального механизма действия:

- позволяет целенаправленно регулировать разносторонние медиаторные процессы;
- обладает полисинаптическим действием, т.е. оказывает влияние как на пре-, так и постсинаптические звенья передачи импульса;
- способствует усилению проводимости нервного волокна, причем, влияет в терапевтических дозах лишь при ослаблении либо угнетении функции нервной или мышечной систем;
- фармакологические эффекты реализуются путем физиологических, природных механизмов, коррекции нейрональных нарушений [1];

– с влиянием амиридина на проницаемость мембраны для натрия можно связать его седативные и анальгезирующие свойства.

Таким образом, с учетом патогенетических механизмов радикулопатии и радикулоишемии, обусловленных патологией межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, а также фармакологических возможностей препарата нейромидин показано его назначение при неврологических проявлениях вертеброгенной патологии.

Целью работы явилась оценка терапевтической эффективности препарата нейромидин (действующее вещество амиридин) в комплексном лечении больных с радикулопатией и радикулоишемией, обусловленными патологией межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 60 больных с неврологическими проявлениями вертеброгенной патологии поясничного отдела позвоночника в отделении вертебрылогии и заболеваний периферической нервной системы.

В основную группу включены 30 больных, в комплексе лечения которых применяли препарат нейромидин в суточной дозе 60 мг в течение 3 нед, в контрольную группу — 30 больных, которым произведена комплексная консервативная терапия с включением препарата прозерин 0,05% 1мл внутримышечно.

Учитывая противопоказания к применению препарата нейромидин, больных эпилепсией, с экстрапирамидными нарушениями, гиперкинезами, стенокардией, выраженной брадикардией, бронхиальной астмой, вестибулярными нарушениями, повышенной чувствительностью к препарату, беременных в исследование не включали.

В основной группе радикулопатия диагностирована у 22, радикулоишемия — у 8 больных, в контрольной группе — соответственно у 21 и 9.

Мужчин было 57%, женщин — 43%. Возраст больных от 20 до 50 лет, в среднем, мужчин — (42±3,1) года, женщин — (38,1±7,3) года. В исследование включали больных, у которых по

данным компьютерной (КТ) или магниторезонансной томографии (МРТ) была верифицирована грыжа межпозвонкового диска. В 11% наблюдений выявлена патология на уровне L_{III}-L_{IV}, в 44% — L_{IV}-L_V, в 45% — L_V-S_I позвонков. Наиболее распространенной грыжей оказалась медианная, парамедианная и фораминальная. Распределение больных основной группы в зависимости от типа грыжи представлено в табл. 1.

Распределение больных контрольной группы в зависимости от типа грыжи представлено в табл. 2.

Ведущими признаками компрессионных синдромов у больных с радикулопатией и радикулоишемией являлись болевой синдром, двигательные, чувствительные, вегетативно-сосудистые и трофические нарушения.

Для оценки терапевтической эффективности препарата нейромидин в комплексном лечении больных изучали интенсивность болевого синдрома, состояние двигательной активности, а также тяжесть сенсорных нарушений.

Выраженность радикулярного болевого синдрома изучали с использованием балльной системы оценки следующих признаков [3]:

0 — выраженная боль в покое, требующая применения анальгетиков;

1 балл — боль в покое, не требующая применения анальгетиков;

2 балла — выраженная боль при малейшей физической нагрузке (ходьбе, стоя), необходимо применение анальгетиков;

3 балла — легкая боль при нагрузке, не требующая применения анальгетиков;

4 балла — легкая боль при значительной физической нагрузке;

5 баллов — отсутствие боли.

Состояние двигательной активности (мышечная сила) оценивали по пятибалльной шкале [3]:

Число баллов	Мышечная сила
0	Плегия
1	Визуально или пальпаторно определяемое сокращение мышц
2	Активные движения, которые не могут противостоять гравитационной силе
3	Активные движения, которые могут противостоять гравитационной силе
4	Активные движения в полном объеме, которые могут противостоять умеренному сопротивлению
5	Активные движения в полном объеме, которые могут противостоять сильному сопротивлению

Таблица 1. Тип грыжи и уровень поражения у больных основной группы

Тип грыжи, частота выявления (%)	Уровень поражения	Частота выявления, %
Медианная (26)	L _{III} -L _{IV}	4
	L _{IV} -L _V	10
	L _V -S _I	12
Парамедианная (59)	L _{III} -L _{IV}	3
	L _{IV} -L _V	26
	L _V -S _I	30
Фораминальная (15)	L _{III} -L _{IV}	2
	L _{IV} -L _V	6
	L _V -S _I	7

Таблица 2. Тип грыжи и уровень поражения у больных контрольной группы

Тип грыжи, частота выявления (%)	Уровень поражения	Частота выявления, %
Медианная (27)	L _{III} -L _{IV}	7
	L _{IV} -L _V	9
	L _V -S _I	11
Парамедианная (57)	L _{III} -L _{IV}	5
	L _{IV} -L _V	23
	L _V -S _I	29
Фораминальная (16)	L _{III} -L _{IV}	2
	L _{IV} -L _V	7
	L _V -S _I	7

Состояние чувствительной сферы (изменения поверхностной чувствительности) оценивали по пятибалльной шкале, позволяющей дифференцировать тяжесть сенсорных нарушений [3]:

Число баллов	Выраженность нарушений поверхностной чувствительности
0	Отсутствие чувствительности
1	Грубые нарушения чувствительности
2	Выраженные нарушения чувствительности
3	Незначительная гипестезия
4	Нормальная чувствительность

Электромиографическое исследование включало изучение следующих показателей:

- скорости проведения импульса по сенсорным волокнам (СРВС);
- скорости проведения импульса по двигательным волокнам (СРВМ);
- М-ответ с мышцы, иннервируемой данным нервом;
- Н-рефлекс;
- амплитуда произвольного мышечного сокращения (АП).

Для выявления пораженного сегмента тестировали следующие мышцы:

- уровень $L_{II}-L_{III}$ — подвздошно-поясничная, тонкая, четырехглавая мышца бедра, большая длинная и короткая приводящие мышцы бедра;
- уровень $L_{IV}-L_V$ — подвздошно-поясничная, передняя большеберцовая, четырехглавая

мышца бедра, большая, длинная и короткая приводящие мышцы бедра;

- уровень L_V-S_I — двуглавая мышца бедра, длинный разгибатель пальцев, задняя большеберцовая, икроножная, камбаловидная мышцы.

Используемый в работе комплексный подход (клинический, электромиографический методы исследования) позволил уточнить не только уровень поражения корешков, но и характер нарушений в рефлекторной дуге — ее сенсорной или двигательной части.

Результаты и их обсуждение. Исследование в запланированном режиме закончили все пациенты. Коэффициент “приверженности лечению” составил 100%.

Результаты лечения анализировали с учетом динамики неврологических нарушений и данных электромиографических исследований. При динамической оценке выраженности радикулярного болевого синдрома отмечено достоверное улучшение показателей у больных основной группы по сравнению с таковыми в контрольной (табл. 3).

Такая же направленность выявлена при оценке в динамике показателей, характеризующих двигательную активность и степень выраженности сенсорных нарушений (табл. 4, 5).

Таким образом, по данным проведенных клинических исследований радикулярный болевой синдром, а также нарушения чувствительности, более выраженные при радикулопатии, регрессировали в большей степени у больных основной группы. Такая же тенденция, но менее

Таблица 3. Динамика выраженности радикулярного болевого синдрома у пациентов под влиянием лечения

Группа больных	Нозологическая форма	Выраженность болевого синдрома, баллов ($M \pm m$)	
		до лечения	после лечения
Основная	Радикулопатия	1,0±0,23	4,5±0,01*
	Радикулоишемия	3,0±0,21	5,0±0,1*
Контрольная	Радикулопатия	1,0±0,15	3,0±0,1
	Радикулоишемия	3,2±0,32	4,0±0,2

Примечание. * — различия показателей достоверны по сравнению с таковыми в контрольной группе ($P < 0,05$).

Таблица 4. Динамика выраженности нарушений чувствительности у пациентов под влиянием лечения

Группа больных	Нозологическая форма	Выраженность нарушений поверхностной чувствительности, баллов ($M \pm m$)	
		до лечения	после лечения
Основная	Радикулопатия	1,0±0,3	3,0±0,35*
	Радикулоишемия	3,0±0,3	3,9±0,1*
Контрольная	Радикулопатия	1,0±0,32	2,0±0,4
	Радикулоишемия	3,0±0,25	3,1±0,1

Примечание. * — различия показателей достоверны по сравнению с таковыми контрольной группе ($P < 0,05$).

Таблица 5. Динамика выраженности двигательных нарушений у пациентов под влиянием лечения

Группа больных	Нозологическая форма	Выраженность двигательных нарушений, баллов (M±m)	
		до лечения	после лечения
Основная	Радикулопатия	3,0±0,21	4,9±0,01*
	Радикулоишемия	2,0±0,22	4,7±0,1*
Контрольная	Радикулопатия	3,0±0,23	4,0±0,15
	Радикулоишемия	2,0±0,3	4,0±0,11

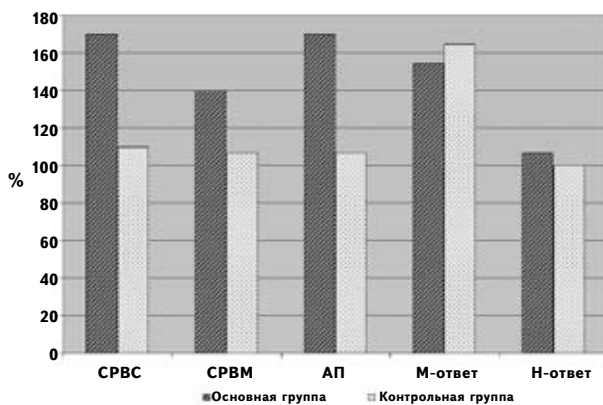
Примечание. * — различия показателей достоверны по сравнению с таковыми контрольной группе (P<0,05)

выраженная, отмечена и при оценке двигательных нарушений, которые были более тяжелыми при радикулоишемии.

После применения нейромидина отмечено более значимое, чем в контроле, увеличение скорости проведения импульса по сенсорным (в 1,6 раза) и моторным (в 1,3 раза) волокнам, амплитуда произвольного сокращения мышц увеличилась в 1,5 раза (см. рисунок).

Все это свидетельствовало о существенном объективном улучшении функций нервной проводимости по пораженному корешковому и нисходящему нервам при включении в комплекс консервативного лечения препарата нейромидин.

Побочные эффекты (гиперсаливация, брадикардия, головокружение, тошнота, рвота), при применении препарата нейромидин не отмечены.



Динамика показателей электромиографии до и после лечения (% по отношению к исходному уровню)

Выводы. 1. Препарат нейромидин может быть использован в лечении корешковых и корешково-сосудистых нарушений, патологии межпозвонковых дисков.

2. Отмечено достоверное влияние препарата на двигательные и чувствительные нарушения.

3. Препарат нейромидин оказывает анальгезирующий эффект, способствуя уменьшению выраженности радикулярного болевого синдрома.

4. Полученные в ходе исследования данные позволяют рекомендовать препарат нейромидин для эффективного и безопасного лечения пациентов с неврологическими проявлениями (радикулонейропатией и радикулоишемией) вертеброгенной патологии.

Список литературы

1. Бурчинский С.Г. Препарат Нейромидин (амиридин): клініко-фармакологічна характеристика та перспективи практичного застосування // Ліки. — 2002. — №5-6. — С.10-11.
2. Клименко П.В., Сера В.В., Ершов А.Б. Применение Мовалиса в лечении неврологических проявлений дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника // Запорож. мед. журн. — 2002. — №5 (15). — С.77-78.
3. Полищук Н.Е., Слынько Е.И., Бринкач И.С. Анализ результатов хирургического лечения больных в зависимости от локализации грыж поясничных межпозвонковых дисков // Укр. нейрохірург. журн. — 2002. — №4 (20). — С.82-89.
4. Радченко В.А. Лечебные блокады с использованием кортикостероидов при дистрофически-деструктивных заболеваниях поясничного отдела позвоночника // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2000. — №3. — С.121-140.