

на 11% по сравнению с исходными значениями. За 12 нед лечения розувастатином АД достоверно ($p < 0,001$) понизилось (на $7,2 \pm 14,2/4,1 \pm 8,6$ мм рт. ст.) на фоне антигипертензивной терапии. При этом снижение АД наблюдалось только у больных с повышенным его уровнем. Авторы предположили, что снижение АД связано не только с плейотропными сосудистыми эффектами розувастатина, но и со снижением массы тела на фоне соблюдения гипохолестеролической диеты и увеличения физической активности.

Эффективная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском заключается в проведении комплексной антигипертензивной и гипохолестеролической терапии. С целью максимального снижения сердечно-сосудистого риска необходима разработка системы оценки динамики суммарного риска осложнений для своевременной коррекции медикаментозного лечения.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Демографический ежегодник России – 2013 год. Электронный ресурс. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312
2. Stamler J., Wentworth D., Neaton D. Prevalence and prognostic significance of hypercholesterolemia in men with hypertension: Prospective data on the primary screenings of the Multiple Risk Factor Intervention Trial // *Am J Med.* – 1986; 80: 33–9.
3. Карпов Ю.А. Лечение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: роль блокады ренин-ангиотензиновой системы с помощью сартанов // *Рус. мед. журн.* – 2009; 23: 1548–54.
4. Медведев И.Н., Кумова Т.А., Гамolina О.В. Роль ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в развитии артериальной гипертензии // *Рос. кардиол. журн.* – 2009; 4: 82–4.
5. Остроумова О.Д., Максимов М.Л. Место ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в лечении артериальной гипертензии у различных групп пациентов // *Кардиоваск. тер. и профилактикт.* – 2010; 9 (7): 90–6.
6. Ferrario C., Richmond R., Smith R. et al. Renin-angiotensin system as a therapeutic target in managing atherosclerosis // *Am. J. Ther.* – 2004; 11 (1): 44–53.
7. Morgado M., Rolo S., Macedo A. et al. Association of statin therapy with blood pressure control in hypertensive hypercholesterolemic outpatients in clinical practice // *J. Cardiovasc. Dis. Res.* – 2011; 2 (1): 44–9.
8. Borghi C., Prandin G., Costa V. et al. Use of statins and blood pressure control in treated hypertensive patients with hypercholesterolemia // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* – 2000; 35: 549–55.
9. Borghi C., Dormi A., Veronesi M. et al. Association between different lipid-lowering treatment strategies and blood pressure control in the Brisighella Heart Study // *Am. Heart J.* – 2004; 148: 285–92.
10. Winocour P. Drug therapy for prevention of cardiovascular disease – should surrogate measures be abandoned? // *Clin. Med.* – 2005; 5: 282–7.
11. Dagenais G., Pogue J., Fox K. et al. Angiotensin-converting-enzyme inhibitors in stable vascular disease without left ventricular systolic dysfunction or heart failure: a combined analysis of three trials // *Lancet.* – 2006; 12, 368 (9535): 581–8.
12. Чазова И.Е., Кухарчук В.В., Ратова Л.Г. и др. Возможности гипохолестеролической терапии больных артериальной гипертензией (по результатам программы РОЗА – РОЗувастатин у пациентов с Артериальной гипертензией) // *Системные гипертензии.* – 2006; 2: 23–6.

POSSIBILITIES OF COMBINED THERAPY IN REDUCING A CARDIOVASCULAR RISK

A. Ermolaeva; O. Dralova, Candidate of Medical Sciences; M. Maksimov, MD
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper gives the results of investigating the antihypertensive and hypolipidemic efficiency of combined antihypertensive therapy with the angiotensin-converting enzyme inhibitor perindopril and the thiazide-like diuretic indapamide.

Key words: angiotensin-converting enzyme inhibitors, perindopril, HMG-CoA reductase inhibitor, rosuvastatin, hypertension, dyslipidemia.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ В ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛОПАТИИ

И. Еремеева, И. Рязанцева, Р. Хамитова
Медико-санитарная часть №36, Ангарск
E-mail: eremeeva-irina@rambler.ru

Изучены возможности использования баклофена при возникновении мышечно-тонического синдрома у больных с дорсопатией. Показана эффективность комплексного лечения с применением миорелаксантов у больных со спондилогенной радикулопатией вследствие дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника.

Ключевые слова: радикулопатии, миофасциальный синдром, люмбашиалгия, Баклосан.

Радикулопатии — болевые, двигательные и вегетативные нарушения, обусловленные поражением корешков спинного мозга вследствие остеохондроза позвоночника.

Остеохондроз позвоночника — дегенеративно-дистрофический процесс, возникающий в результате утраты межпозвонковыми дисками их амортизирующей функции, что обусловлено дегенерацией ткани диска, приводящей к снижению давления внутри него. Этиология дископатии, за исключением случаев травмы, неясна. В сегменте пораженного диска возникает относительная нестабильность позвоночника с развитием остеофитов тел позвонков (спондилез), повреждением связок и артропатией межпозвонковых суставов (спондилоартроз). Выпячивание диска (протрузия или грыжа), а также остеофиты могут сдавливать корешки, вызывая при этом корешковые боли.

Частым источником боли в спине являются спазмированные мышцы, которые могут страдать и первично. В этом случае речь идет о невертеброгенном миофасциальном синдроме, который развивается при длительной иммобилизации, перенапряжении мышц, ушибах, переохлаждении, аномалиях развития или структурных несоответствиях костной системы. В любом случае болевая импульсация, независимо от ее источника, активирует α - и γ -мотонейроны передних рогов спинного мозга, что, в свою очередь, усиливает спастическое сокращение мышцы, иннервируемой данным сегментом спинного мозга.

В то же время мышечный спазм, возникающий при сенсомоторном рефлексе, усиливает стимуляцию ноцицепторных мышц. Так, по механизму обратной связи формируется замкнутый порочный круг: спазм—боль—спазм—боль. Помимо этого, в спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, так как аллогенные химические вещества (брадикинин, простагландины и др.) оказывают выраженное действие на сосуды, вызывая вазогенный отек тканей. В итоге формирующийся порочный круг включает мышечный спазм, боль, локальную ишемию, дегенеративные изменения, которые поддерживают друг друга, усиливая первопричину возникновения патологических изменений.

Исходя из сказанного, актуальным становится выбор такой терапии, которая, оказывая анальгезирующее и миорелак-

сирующее действие, способна разорвать указанный порочный круг. С этой целью в клинической практике последних лет для лечения рефлекторных болевых синдромов в спине стали широко применяться комбинации нестероидных противовоспалительных препаратов с миорелаксантами центрального действия.

Приводим наше наблюдение.

Пациент К., 42 лет, обратился в поликлинику с жалобами на простреливающие боли в спине, слабость в левой стопе, резкое ограничение движения в поясничном отделе. На пятку не опирается. Боли начались после поднятия тяжести, 2 дня назад. В анамнезе 10 лет страдает поясничным остеохондрозом. Сопутствующих заболеваний не выявлено.

Данные объективного осмотра: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Атрофии, гипертрофии, фибриллярных и фасцикулярных подергиваний не выявлено. Объем активных движений в правом тазобедренном суставе значительно ограничен из-за выраженной болезненности, в остальных суставах конечностей — полный. Объем активных движений в поясничном отделе позвоночника ограничен из-за боли в левой поясничной области. При пассивных движениях тонус неравномерный, выраженный поясничный сколиоз, дефанс выраженный. Симптом Ласега — 20°. Выраженный парез мышц разгибателей левой стопы. Мышечная сила разгибателей левой стопы понижена.

Глубокие рефлексы: сгибательно-локтевой — D=S, разгибательно-локтевой — D=S, лучезапястный — D=S, коленный — D=S, ахиллов — D=S; живые. Кожные рефлексы: верхний, средний и нижний брюшные — D=S, живые. Клонусов, патологических рефлексов не выявлено. Чувствительность нарушена.

Общее клиническое заключение:

1. Болевой синдром: простреливающие боли в области поясницы и копчика, больше слева, выраженные, продолжительные, постоянные. Возникают в покое, при движении, наклонах усиливаются.
2. Болезненность при пальпации поясничного отдела позвоночника.
3. Гипестезия в зоне иннервации L5 слева.
4. Положительный симптом Ласега — 20°.

Клинический диагноз: Дорсопатия. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника II стадии. Радиклопатия L5 слева. Синдром вертеброгенной люмбоишиалгии, выраженный болевой и рефлекторно-тонический синдромы.

Пациент направлен на лечение в стационар МСЧ №36.

В стационаре больной получал инъекции толперизона 150 мг №10 в комбинации с диклофенаком 100 мг №5. Сопутствующая терапия эуфилином 2,4% — 8 мл (5 инъекций + 10 инъекций трентала — 5 мл на 500 мл раствора NaCl внутривенно). Местно диадинамический ток на поясничную область, левую ногу. Терапия лазером на поясничную область — 10 сеансов.

На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение общего состояния пациента: после выписки из стационара наблюдался амбулаторно.

При осмотре сохраняются дефанс длинных мышц спины, сколиоз поясничного отдела позвоночника, выраженный симптом Ласега, Вассермана слева. Боль в спине и левой ноге сохраняются, ограничены движения в пояснице.

Принято решение заменить толперизон на баклофен (10 мг) с постепенным наращиванием дозы до 30 мг/сут — 4 нед, далее — по 10 мг 2 раза в день; мелоксикам — 1,5 мл, 6 введений внутримышечно. Мильгамма 2 мл, раствор прозерина 0,05% 1 мл №10, ксефокам — 8 мл 5 внутривенных введений плюс пентоксифиллин 300 мг/сут (в течение 1 мес). Массаж поясничного отдела спины. Лазеротерапия на поясницу и левую ногу (15 сеансов).

В ходе амбулаторного лечения на фоне проведенной терапии отмечено уменьшение дефанса длинных мышц спины, восстановилась сила разгибателей левой стопы. Симптом Ласега под углом 85–90°, сколиоз купирован.

Анализ показал более высокую эффективность баклофена по сравнению с толперизоном в комплексной терапии мышечно-тонического болевого синдрома (это касалось как купирования клинических проявлений, так и скорости положительной динамики).

Рекомендуемая литература

1. Беленький А.Г. Препараты гиалуроновой кислоты в лечении остеоартроза / М., 2005; 28 с.
2. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Практ. рук. / К.: Морион, 2005; 592 с.
3. Лиля А.М. Оптимизация лечения остеоартроза: препараты гиалуроновой кислоты // Consilium Medicum. — 2008; 7: 124–8.
4. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Рук. для практ. врачей. Т. III, гл. 12. М.: Литтерра, 2003.
5. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза // Consilium Medicum. — 2005; 8: 634–8.
6. Dougados M., Nguyen M., Listrat V. et al. High molecular weight sodium hyaluronate (hyalectin) in osteoarthritis of the knee: a 1 year placebo controlled trial // Osteoarthritis Cartilage. — 1993; 21: 97–103.
7. Jordan K., Arden N., Doherty M. et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESTISIT) // Ann. Rheum. Dis. — 2003; 62: 1145–55.
8. Lahmander L., Dalen N., Englund G. Intra-articular hyaluronan injections in the treatment of osteoarthritis of the knee: a randomized, double blind, placebo-controlled multicentre trial // Ann. Rheum. Dis. — 1996; 55: 424–31.

USE OF MYORELAXANTS IN THE TREATMENT OF RADICULOPATHY

I. Ereemeeva, I. Ryazantseva, R. Khamitova
Hospital №36, Angarsk

Whether baclofen may be used in the occurrence of muscle tone syndrome in patients with dorsopathy has been studied. Combination treatment with myorelaxants has been shown to be effective in patients with spondylogenic radicular ischemia due to degenerative and dystrophic changes in the spine.

Key words: radiculopathy, myofascial syndrome, lumbar ischialgia, Baclofen.