

**ТЕРАПІЯ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ
ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
МІОРЕЛАКСАНТІВ**

Мерецький В.М., Мерецька І.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського»

Епізодичний або гострий прояв больового синдрому у нижній ділянці спини виникає майже в кожній людині в працездатному віці після 30-35 років і є однією з головних причин тимчасової і стійкої втрати працездатності.

Метою дослідження була оцінка ефективності парентерального застосування комбінованого препарату толперизонугідрохлориду та лідокаїнугідрохлориду у комплексному лікуванні хворих із вертеброгенним больовим синдромом попереково-крижового відділу хребта.

Було обстежено 48 хворих, у яких впродовж не менше 2-х місяців спостерігався іррадіюючий біль у нижній ділянці спини. Була діагностована радикулопатія корінця L4, L5 або S1 на основі клінічної картини та даних рентгенологічного дослідження. Пацієнтам I (контрольної) групи була призначена базова терапія: нестероїдні протизапальні препарати, вітамінні препарати – комплекс вітамінів групи B, препарати, що покращують мікроциркуляцію, регіонарну та центральну гемодинаміку, зменшують венозний застій та гідратацію тканин. Курс лікування тривав 7 днів. Хворі II (основної) групи отримували традиційну базисну терапію, до складу якої був включений комплексний препарат толперизонугідрохлориду та лідокаїнугідрохлориду під торговою назвою «мідостадкомбі»: внутрішньом'язово в дозі 1мл (100 мг толперизонугідрохлориду і 2,5 мг лідокаїнугідрохлориду) 2 рази на день впродовж 7 днів. З метою об'єктивізації больового синдрому, визначення інтенсивності болю, оцінки об'єму активних рухів у поперековому відділі хребта, порушення життєдіяльності пацієнта та контролю за ефективністю призначеної терапії використовувалась візуальна аналогова шкала болю (ВАШ), опитувальник Мак-Гілла та Освестрі.

При аналізі неврологічного статусу обох клінічних груп було виявлено, що всі хворіскажилися на болі та обмеженість рухів в попереково-крижовій ділянці. Клінічні прояви радикулопатії супроводжувалися компресією L5-S1 корінців. У пацієнтів реєстрували м'язово-тонічний синдром, протибольовий (компенсаторний) сколіоз, зниження/зникнення ахілового рефлексу, порушення чутливості та гіпотонію м'язів у ділянці ураженого корінця. Вираженим був симптом натягу Ласега. Згідно проведеного обстеження (за ВАШ) у всіх пацієнтів до лікування біль в середньому становив $7,48 \pm 1,24$ бали, що відповідавсильному. Після проведеного лікування вираженість больового синдрому за ВАШ мала тенденцію до зниження в I групі та вірогідно знизилася на 56,7 % ($p < 0,05$) до рівня слабкого больового синдрому у II групі пацієнтів у порівнянні з даними до лікування. Результати Мак-Гилівського опитувальника також свідчать про зменшення інтенсивності болю в нижній ділянці спини на 32 % в I та на 50,7 % - в II групі хворих ($p < 0,05$). Після проведеного курсу лікування у хворих, що отримували комплексне лікування з включенням препарату мідостадакомбі, виявлено вірогідне зниження показників порушення повсякденного функціонування у порівнянні з такими в I групі за даними анкети Освестрі, що свідчить про збільшення можливостей пацієнтів до самообслуговування. Після курсу лікування показник порушення самообслуговування знизився до рівня помірних порушень в I групі та до рівня легких – у II групі хворих.

Слід відзначити, що мідостадакомбі не чинить седативного ефекту і має сприятливий спектр переносимості, тому є препаратом вибору для лікування в амбулаторних умовах і для лікування пацієнтів похилого віку.

Застосування в терапії вертеброгенного больового синдрому препарату толперизонугідрохлориду та лідокаїнугідрохлориду супроводжується статистично вірогідним зниженням інтенсивності больового синдрому, зростанням об'єму рухів у попереково-крижовому відділі хребта, збільшенням можливостей пацієнтів до самообслуговування, що свідчить про доцільність його включення до комплексного лікування вертеброгенних больових синдромів попереково-крижового відділу хребта.