

7. Оптимизация тактики терапии больных гетерогенными ишемическими поражениями мозга / [Евтушенко С. К., Симонян В. А., Мурадян И. Э., Родин Ю. В.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2000. — Т. 1, № 1. — С. 40—44.

8. Захаров, В. В. Сосудистая мозговая недостаточность: клиника, диагностика и терапия / В. В. Захаров // Лечащий врач. — 2004. — № 5. — С. 33—36.

9. Кушнир, Г. М. Психологические исследования при ранней цереброваскулярной патологии / Г. М. Кушнир // Сосудистые заболевания нервной системы. Новые методы диагностики в неврологии. — Донецк, 1998. — С. 54—55.

10. Клинико-патогенетические особенности хронических ишемических нарушений мозгового кровообращения и программа реабилитации / [Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., Крыженко Т. В. и др.] // Український вісник психоневрології. — 2002. — Вип. 2(31). — С. 63—65.

11. Маколкин, В. И. Нейроциркуляторная дистония / Маколкин В. И., Аббакумов С. А., Сапожникова А. А. — Чебоксары, 1995. — 250 с.

12. Мищенко, Т. С. Современные подходы к лечению больных дисциркуляторной энцефалопатией / Т. С. Мищенко // Здоровье Украины. — 2007. — Тематический номер «Неврология и психиатрия». — С. 5, 21.

13. Башкірова, Л. Сучасні підходи до медикаментозного лікування хворих із вегетосудинними пароксизмами / Л. Башкірова // Ліки України. — 2005. — № 11. — С. 34—38.

Надійшла до редакції 18.01.2012 р.

**Т. С. Мищенко, Е. В. Харина**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)

### **Гербастресс в лечении больных с вегетососудистой дистонией**

Анализ результатов проведенного исследования и лечения больных с вегетососудистой дистонией дает возможность рекомендовать Гербастресс к медицинскому применению как эффективное и безопасное лекарственное средство.

*Ключевые слова:* вегетососудистая дистония, лечение, Гербастресс.

**T. S. Miscenko, K. V. Kharina**

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the NAMS of Ukraine"  
(Kharkiv)

### **Gerbastres in the treatment of vegetovascular dystonia**

The analysis of results of the carried out research and treatment sick vegetovascular dystonia gives possibility to recommend Gerbastres for medical application as effective and safe means.

*Key words:* vegetovascular dystonia, treatment, Gerbastres.

УДК 617.559-08

**О. Г. Морозова, д-р мед. наук, проф., зав. каф. рефлексотерапии ХМАПО, А. А. Ярошевский, д-р мед. наук, проф., Я. В. Липинская, ассистент Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)**

## **КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОРСАЛГИЙ**

В статье представлена динамика эффективности терапии у пациентов двух групп (основная группа — 30 больных, группа сравнения — 17 пациентов) с вертеброгенными дорсалгиями, которым применяли комплексы немедикаментозной терапии в виде биомеханической коррекции позвоночника, мануальной терапии, акупунктуры, массажа, лечебной физкультуры в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами (диклофенак натрия парентерально). В основной группе дополнительно был назначен препарат Мукосат нео в стандартной дозировке внутримышечно.

Результаты исследования показали, что эффективность комплексной терапии вертеброгенных дорсалгий повышается при использовании трех направлений в лечении: противовоспалительная терапия (НПВП), комплексы немедикаментозной терапии и назначение хондропротекторов (Мукосат нео).

*Ключевые слова:* вертеброгенные дорсалгии, хондропротекторы, немедикаментозная терапия.\*\*\*\*\*

Боль в спине — одна из наиболее распространенных жалоб пациентов на приеме у невролога, терапевта, ревматолога, врача общей практики — семейной медицины, ортопеда-травматолога. При этом согласно МКБ-10 боли в спине (дорсалгии) относятся к заболеванием костно-мышечной системы и соединительной ткани. В этой связи боль в спине можно назвать проблемой междисциплинарной, так как она может наблюдаться в клинической картине целого ряда соматических и неврологических заболеваний.

Боль в спине находится на втором месте по частоте обращения к врачам после респираторных заболеваний

и на третьем — по причине госпитализации. Причем среди всех возрастных категорий 75 % занимают пациенты трудоспособного возраста (от 30 до 59 лет) [1, 2]. В Украине вертеброгенные болевые синдромы в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимают второе место и составляют до 20—30 %, а в структуре заболеваемости периферической нервной системы — до 80 % случаев утраты трудоспособности [3—7]. Основные причины болей в спине можно разделить на две большие группы: вертеброгенные и невертеброгенные. Одной из наиболее частых причин вертеброгенных болей в спине являются дегенеративно-дистрофические заболевания, затрагивающие межпозвоночный диск, тела, мелкие суставы, мышцы и связки позвонков, которые могут протекать длительное время бессимптомно, а также могут осложняться компрессионными синдромами в виде радикулопатии или рефлекторными мышечно-тоническими и рефлекторно-дистрофическими синдромами [8—12]. Непосредственным источником микротравматизации корешков при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника могут быть грыжи дисков, артрозы в дугоотростчатых суставах и унковертебральных сочленениях (на шейном уровне), гипертрофия задней продольной связки, остеофиты. Патологические проявления обусловлены нарушением обмена веществ в хрящевой ткани. Разрушение хрящевой ткани ассоциировано с деполимеризацией и уменьшением содержания протеогликанов, которые являются ее главными структурными компонентами. Снижение содержания белковых компонентов происходит, в основном, из-за уменьшения содержания хондроитинсульфата, что

вызывает гибель клеток хряща — хондроцитов, а также снижение их функциональной активности [13—15].

Другая наиболее частая причина болей в спине вертеброгенного характера связана не с морфологическими изменениями в позвоночнике, как это наблюдается при дегенеративно-дистрофических заболеваниях, а с функциональными нарушениями в дугоотростчатых и реберно-позвоночных суставах, в которых могут формироваться подвывихи и обратимое блокирование. Патологическая импульсация от рецепторов фиброзного кольца поражённого диска, задней продольной и других связок, капсул дугоотростчатых суставов, а также собственных мышц позвоночника и является причиной боли в спине [11, 16—18].

На протяжении многих лет перестройка позвоночника при его дегенеративно-дистрофическом поражении ничем не проявляется. В начале болезни изменения подвергаются структурные элементы позвоночного диска — пульпозное ядро, фиброзное кольцо и гиалиновые пластинки, отделяющие диск от тел смежных позвонков. Пульпозное ядро, не только выполняющее амортизирующую функцию, но и обеспечивающее высокую степень подвижности позвоночного столба, теряет упругие свойства, и, хотя это не приводит к появлению боли (пульпозное ядро не имеет сосудов и нервов), позвоночник становится «слабым местом» — *locus minoris resistentia*. Вслед за пульпозным ядром в процесс вовлекаются гиалиновые пластинки и волокна фиброзного кольца, перемещаясь в разные стороны, нагрузка на которые постепенно приводит к их размягчению, появлению трещин и разрывов. Фиксирующие свойства фиброзного кольца утрачиваются и объектом постоянной травматизации становятся прилежащие к диску участки тел смежных позвонков, подвижность которых увеличивается. Они непосредственно испытывают нагрузку, которую в норме воспринимает и равномерно распределяет по всей поверхности диска пульпозное ядро. С целью приспособления для увеличения площади опоры и уменьшения нагрузки на отдельно взятые элементы позвоночного сегмента появляются краевые разрастания костной ткани позвонков — остеофиты. При этом также приспособительное значение имеет увеличение количества костных балок в субхондральных отделах тел позвонков — субхондральный склероз. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночного диска приводят к снижению его высоты, в результате чего в дугоотростчатом суставе возникает подвывих. При значительном смещении отростка вышележащий позвонок может начать выдвигаться назад, что обуславливает появление так называемого ретроградного спондилोलистеза [9, 17, 19]. В конечном итоге это приводит к формированию функциональной неполноценности позвоночника и прежде всего его опорной и двигательной функций. В условиях нарушенной биомеханики позвоночного столба та нагрузка, которую раньше принимал на себя диск, ложится дополнительно на элементы заднего комплекса позвоночно-двигательного сегмента — отростки позвонков и капсульно-связочный аппарат. С течением времени они вовлекаются в дистрофический процесс в виде артроза позвоночника и дегенерации дугоотростчатых суставов.

В любом случае болевые синдромы возникают на фоне изменения биомеханики позвоночника в виде нарушения осанки, походки, синдрома короткой ноги и т. п., а длительное течение мышечно-тонических

синдромов способствует более быстрому прогрессированию дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника.

Поэтому лечение дорсалгий должно быть направлено не только на снятие боли, т. е. основного симптома заболевания, но и на замедление процессов деструкции в хрящевой ткани и создание благоприятных условий для ее восстановления. Поэтому если купирование боли, являющееся чрезвычайно важным и неотложным мероприятием, есть первостепенная задача, то разработка лечебной тактики для предотвращения рецидивов заболевания — это следующий не менее важный этап в лечении пациента с дорсалгиями. И в этой связи с нашей точки зрения важными являются два направления в терапии: с одной стороны — биомеханическая коррекция позвоночника, позволяющая симметризовать биомеханический двигательный стереотип с последующим комплексом лечебной физкультуры, который призван закрепить симметризацию мышечного корсета, с другой — это применение хондропротекторов, способствующих восстановлению матрикса хрящевой ткани [13, 20, 21].

Хондропротекторы подавляют активность ферментов, отвечающих за дегенерацию дисков, но вместе с тем стимулируют репаративные и обменные процессы. Их использование может замедлить текущий дегенеративный процесс в позвоночнике и преодолеть тенденцию к хронизации боли в спине. Опыт применения различных хондропротекторов [22] при дегенеративных поражениях суставов конечностей (остеоартрозе) показал, что они способствуют более быстрому купированию болевого синдрома, предупреждению повторных обострений, восстановлению подвижности пораженных суставов и даже увеличению толщины суставного хряща. В рандомизированном контролируемом сравнительном исследовании хондроитина сульфата и диклофенака более быстрое уменьшение выраженности клинических симптомов наблюдалось у больных, применявших нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), однако возврат этих симптомов отмечался сразу после отмены терапии; хондроитина сульфат, напротив, характеризовался более медленным началом терапевтического действия, сохранявшегося до 3 месяцев после окончания лечения [23—26].

Доказано, что адекватное количество хондроитина сульфата в хрящевой ткани необходимо для поддержания нормальной функции суставной сумки и хрящевых поверхностей суставов при их повреждении. Хондроитина сульфат ингибирует свободные радикалы, способные вызвать разрушение хряща и коллагена, угнетает активность ферментов, вызывающих поражение хрящевой ткани, а также стимулирует синтез и препятствует разрушению гиалуриновой кислоты, необходимой для поддержания адекватного уровня гидратации и вязкости синовиальной жидкости [14]. Хондроитина сульфат оказывает хондропротекторное действие, стимулирует регенерацию хрящевой ткани, оказывает противовоспалительное, анальгезирующее действие. Хондроитина сульфат, который влияет на фосфорно-кальциевый обмен в хрящевой ткани, является высокомолекулярным мукополисахаридом, замедляющим резорбцию костной ткани и снижающим потерю кальция, замедляя процессы дегенерации хрящевой ткани.

Таким образом, учитывая наличие дегенеративных процессов в позвоночнике как первичных или развитие

при длительном течении биомеханических нарушений позвоночника ранних вторичных дегенеративных изменений, логичным является включение в схему комплексной терапии дорсалгий хондропротекторов, которые помимо противовоспалительного и анальгезирующего действия, способствуют восстановлению матрикса хрящевой ткани [27].

В нашем исследовании мы использовали 10 %-ный водный раствор хондроитина сульфата Мукосат нео, положительное влияние которого описано при терапии дегенеративных, нейро-рефлекторно-дистрофических и воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата с применением различных способов введения в ортопедии, травматологии, ревматологии и неврологии. В настоящем исследовании нам представлялось интересным кроме анальгетического влияния Мукосата нео определить его влияние на восстановление двигательной активности у пациентов с дорсалгиями.

Цель исследования: изучение эффективности Мукосата нео в комплексной восстановительной терапии дорсалгий.

Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов с болью в нижней части спины. Все пациенты имели актуальный болевой синдром длительностью от 3 дней до 2 недель и в анамнезе от 1 до 5 эпизодов острой дорсалгии.

Для выполнения поставленной цели из исследуемых было сформировано две группы наблюдения, различающиеся по терапевтической тактике.

Первую группу (основную) составили 30 пациентов (12 женщин, 18 мужчин), в возрасте 35—47 лет (средний возраст 41 год). Вторая группа (группа сравнения) включала 17 больных соответствующего возраста и пола.

Критериями включения в исследование было наличие актуального болевого синдрома с локализацией в поясничной области позвоночника, наличие эпизодов острой боли в анамнезе с давностью первого болевого эпизода не менее 3 месяцев (давность первого эпизода боли у наших пациентов составляла от 3 месяцев до 6 лет), т. е. болевой синдром носил хронический рецидивирующий характер. Данная категория пациентов выбрана для проверки гипотезы о влиянии хондропротекторов не только на эффективность терапии болевого синдрома, но и на эффективность восстановления двигательных функций. Больным проводилось клиническое неврологическое, общесоматическое (для исключения ишемической болезни сердца, изменений в крови воспалительного характера), рентгенологическое обследование.

У пациентов обеих групп применялись комплексы немедикаментозной терапии в виде биомеханической коррекции позвоночника, мануальной терапии, акупунктуры, массажа, лечебной физкультуры в сочетании с НПВП (диклофенак натрия парентерально). В основной группе дополнительно был назначен препарат Мукосат нео в стандартной дозировке внутримышечно.

Контроль эффективности терапии осуществляли на основании анализа динамики неврологического статуса, а также выраженности болевого синдрома с использованием Мак-Гилловского болевого опросника, в котором рассчитывали общее количество выбранных пациентами слов-дескрипторов (индекс дескрипторов), ранговый индекс боли (сумма рангов, присвоенных каждому из выбранных дескрипторов),

а также показатель интенсивности боли на 7, 15 и 30 дни исследования [3].

Оценку анальгезирующего эффекта лечения пациентов проводили по показателям 10-балльной визуальной аналоговой шкалы боли (умеренная — до 5, сильная — до 7, очень сильная — до 10 баллов; клинической оценке категорий боли — спонтанная боль, боль при движении, степень ограничения функции исходно и на фоне терапии).

Для оценки эффективности лечения была использована шкала оценки состояния при боли в спине, построенная по принципу визуальной аналоговой шкалы и предусматривающая оценку больным следующих пунктов: спонтанная боль в спине; спонтанная боль в бедре; боли при движении в бедре или голени; ограничение движений при поворотах туловища в стороны; ограничение движений при наклоне и разгибании туловища. Пациент оценивал выраженность каждого из этих симптомов, отметив ее точкой на отрезке в 100 мм, при этом «0» на одном конце этого отрезка будет соответствовать отсутствию нарушений, а противоположный конец — максимально возможной выраженности симптома. Общая оценка по этой шкале определяется суммированием длины 10 отрезков (в мм) и может колебаться от 0 до 1000.

Кроме того, для оценки клинического эффекта использована шкала общего клинического впечатления, предусматривающая следующие градации: 1 балл — ухудшение; 0 баллов — отсутствие эффекта; 1 балл — незначительно выраженный эффект; 2 балла — умеренный эффект; 3 балла — значительный эффект.

Указанные шкалы кроме динамики болевого синдрома позволяли оценить динамику ограничения повседневной активности, что являлось важным для выполнения поставленной нами цели.

У всех обследованных больных основными неврологическими синдромами были болевой и мышечно-тонический, сочетающиеся с измененной биомеханикой позвоночника, нарушением осанки, походки и т. п. Пациенты жаловались на боли в пояснично-крестцовой области, боли в области тазобедренного сустава, голени, усиливающиеся при определенных движениях, состояние скованности, ограничение подвижности в позвоночнике, нарушение походки, нарушение сна, связанное с болевыми проявлениями.

Все пациенты имели измененный биомеханический паттерн, вызывающий перегрузку отдельных отделов позвоночного столба и проявляющийся выраженными болевыми синдромами, обусловленными мышечно-тоническим синдромом мышцы, выпрямляющей позвоночник, миофасциальным синдромом ишиокруральной мускулатуры, грушевидной мышцы, дисфункцией дугоотростчатых и крестцово-подвздошных суставов.

Все пациенты хорошо переносили лечение, побочных явлений, требующих отмены препарата, не было выявлено. Все пациенты закончили исследование в запланированном режиме.

В целом, у пациентов обеих групп под влиянием терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения болей и скованности движений, но выраженность болевого синдрома у пациентов основной группы оказывалась достоверно ниже на всех этапах анализа (7, 15, 30 день), причем это касалось не только спонтанной боли, но и боли при движении, что характеризовало в том числе и подвижность, связанную с восстановлением двигательного паттерна (табл. 1).

Динамика клинических показателей по данным ВАШ через 7, 15 и 30 дней лечения (в баллах)

| Показатель        | Основная группа |              |               |               | Группа сравнения |              |               |               |
|-------------------|-----------------|--------------|---------------|---------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
|                   | до лечения      | через 7 дней | через 15 дней | через 30 дней | до лечения       | через 7 дней | через 15 дней | через 30 дней |
| Спонтанная боль   | 8,12 ± 1,27     | 4,57 ± 1,34  | 1,15 ± 1,45*  | 0,11 ± 0,35*  | 8,23 ± 1,62      | 6,27 ± 1,34  | 3,0 ± 1,58    | 1,19 ± 0,85   |
| Боль при движении | 9,24 ± 1,58     | 5,54 ± 1,25  | 2,08 ± 1,47*  | 0,08 ± 0,57*  | 9,46 ± 1,48      | 6,75 ± 1,57  | 4,15 ± 1,98   | 2,79 ± 1,65   |

\* —  $p < 0,005$  по отношению к показателям в группе сравнения

Под воздействием терапии в основной группе достоверно снизилась интенсивность болевого синдрома через неделю терапии по всем изучаемым показателям, что дало возможность 65,5 % пациентов отменить НПВП, тогда как в группе сравнения наблюдалась лишь тенденция к ее уменьшению через 7 дней, а достоверные различия появлялись через 15 дней лечения (рис. 1, 2).

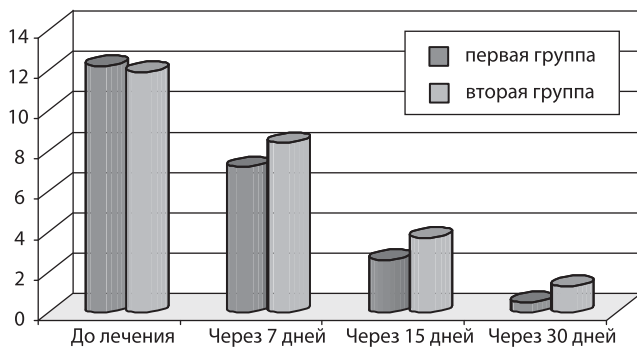


Рис. 1. Динамика выраженности острого болевого вертеброгенного синдрома под влиянием терапии (опросник боли Мак-Гилла, индекс дескрипторов)

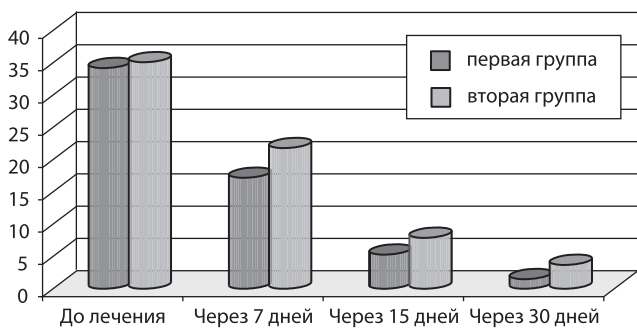


Рис. 2. Динамика выраженности болевого вертеброгенного синдрома под влиянием терапии (опросник боли Мак-Гилла, ранговый индекс боли)

Ранговый индекс боли, отражающий общую интенсивность болевых ощущений, у пациентов первой группы уменьшился через 7 дней на 49,6 % и имел достоверные отличия по сравнению с показателями до лечения, в то время как в группе сравнения — на 37,8 %, то есть имелась тенденция к улучшению (см. рис. 1.2). Таким образом, можно говорить о большей анальгетической эффективности при сочетании НПВП с хондропротектором (Мукосат нео).

Результаты самооценки пациентами спонтанной боли в спине, спонтанной боли в бедре, боли при движении

в бедре, ограничения движений при поворотах туловища в стороны, ограничения движений при наклоне и разгибании туловища представлены в табл. 2.

Таблиця 2

Результаты шкалы самооценки состояния при дорсалгиях (в баллах)

| Показатели    | Основная группа | Группа сравнения |
|---------------|-----------------|------------------|
| До лечения    | 43,5 ± 5,5      | 43,0 ± 5,5       |
| После лечения | 11,5 ± 3,5      | 17,5 ± 3,0       |

В целом оценка эффективности терапии у пациентов обеих групп распределилась следующим образом (табл. 3).

Таблиця 3

Эффективность терапии по шкале общего клинического впечатления (в %)

| Показатели            | Основная группа | Группа сравнения |
|-----------------------|-----------------|------------------|
| Ухудшение             | 0               | 0                |
| Отсутствие эффекта    | 0               | 0                |
| Незначительный эффект | 0               | 5 %              |
| Умеренный эффект      | 10 %            | 30 %             |
| Значительный эффект   | 90 %            | 65 %             |

Как видно из представленных данных, присоединение Мукосата нео к НПВП приводило к повышению эффективности терапии, выражавшейся в усилении анальгетического эффекта, и ускорению купирования болевого синдрома.

Кроме того, у пациентов первой группы наблюдалось уменьшение ограничения повседневной активности уже к седьмому дню лечения. Так, на 7 день терапии повседневную активность из-за боли в спине ограничивали 44,5 % пациентов, на 15-й день лечения — 11,5 % больных, тогда как во второй группе соответственно 55,5 % и 28,5 %.

Анализ состояния пациентов через 15 дней после начала лечения показал, что 98,5 % больных первой группы не были ограничены в повседневной активности и жаловались на незначительную боль, что позволило отменить им НПВП. Инъекции Мукосата нео были продолжены. Пациенты же второй группы имели болевой синдром, который они оценивали как незначительный — у 67 % и умеренный — у 33 %, который ограничивал повседневную активность, что потребовало продолжения перорального применения НПВП.

Через 30 дней после начала терапии у 90 % пациентов основной группы наблюдался значительный эффект от терапии, проявляющийся в нивелировании болевого синдрома, отсутствии ограничений повседневной

активности, а также нормализацией биомеханического двигательного стереотипа. Никто из пациентов при этом не нуждался в дополнительном назначении НПВП. В то же время 35 % пациентов группы сравнения предъявляли жалобы на умеренный и на незначительный болевой синдром, а у 5 % было ограничение повседневной активности.

В связи с этим данное исследование подтвердило предположение важности двух направлений в терапии: с одной стороны — биомеханическая коррекция позвоночника, позволяющая восстановить оптимальный двигательный стереотип с последующим комплексом лечебной физкультуры, который призван закрепить симметризацию мышечного корсета, с другой — это применение хондропротекторов, способствующих восстановлению матрикса хрящевой ткани, что приводило к более быстрому восстановлению при прочих равных условиях подвижности позвоночника и суставов.

Таким образом, применение препарата Мукосат нео показало свою эффективность в комплексной восстановительной терапии болевого вертеброгенного синдрома. Причем, на этапе актуального болевого синдрома одновременное применение НПВП и хондропротекторов усиливало анальгетический эффект в целом и соответственно общий клинический эффект. На этапе восстановления двигательного паттерна Мукосат нео способствовал улучшению биомеханических показателей в силу хондропротекторного эффекта и способствовал улучшению повседневной двигательной активности.

Анализ хондропротекторной активности Мукосата нео, способствующей сохранению восстановленного оптимального двигательного паттерна, а также влияния на рецидивы болевых эпизодов нуждается в более длительном наблюдении за пациентами. Но уже данное наблюдение показало, что применение Мукосата нео повышало эффективность восстановительной терапии, особенно это касалось увеличения объема и свободы движений в позвоночнике и суставах и ускорения терапии в целом.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Эффективность комплексной терапии вертеброгенных дорсалгий повышается при использовании трех направлений в терапии: противовоспалительная терапия (НПВП), биомеханическая коррекция позвоночника в сочетании с лечебной физкультурой и назначение хондропротекторов.

2. Использование препарата Мукосат нео в комплексной восстановительной терапии вертеброгенных рефлекторных болевых синдромов повышает эффективность терапии в целом и уменьшает сроки лечения.

3. Повышение эффективности комплексной терапии с включением препарата Мукосат нео связано, с одной стороны, с усилением и ускорением анальгетического эффекта, а с другой — с положительным влиянием Мукосата нео на увеличение объема движений в позвоночнике и суставах и увеличение повседневной активности, что сочеталось с ускорением улучшения биомеханического паттерна в группе пациентов с комплексной терапией.

4. Препарат Мукосат нео может быть рекомендован в комплексной восстановительной терапии вертеброгенных рефлекторных болевых синдромов в неврологии.

## Список литературы

1. Вейн, А. М. Болевые синдромы в неврологической практике / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, А. Б. Данилов; под ред. А. М. Вейна. — М.: Медпресс-информ, 2001. — 372 с.
2. Эрдес Ш. Ф. Неспецифическая боль в нижней части спины : диагностика, лечение, предупреждение : клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики / Ассоц. ревматологов России, Российское межрегиональное об-во по изучению боли ; [разраб. рекоменд. рук. группы Ш. Ф. Эрдес и др. — М.: КомплектСервис, 2008. — 70 с.
3. Міщенко Т. С. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії / за ред. Т. С. Міщенко, В. С. Підкоритова — К.: «Доктор-Медіа», 2008. — 624 с.
4. Морозова, О. Г. Эффективность применения хондропротекторов в лечении вертеброгенных дорсалгий / Морозова О. Г., Климович Л. В., Ярошевский А. А. // Международный неврологический журнал. — 2011. — № 4 (42).
5. Assessment of pain / [Breivik H., Borchgrevink P. C., Allen S. M., et al.] // *British Journal of Anesthesia*. — 2008. — 101 (1). — P. 17—24.
6. Bogduk? N. Medical management of acute and chronic low back pain / N. Bogduk, B. McGuirk. — Amsterdam: Elsevier, 2002.
7. Hall, H. Back pain. Neurological therapeutics: principles and practice / Hall H.; J. H. Noseworthy (eds). — London: Martin Dunitz, 2003.
8. Современные аспекты диагностики и лечения вертеброгенных болевых синдромов / [Козелкин А. А., Козелкина С. А., Вицина И. Г., Лисовая О. А.] // Международный неврологический журнал. — 2006. — 1 (5). — С. 82—88.
9. Федин, А. И. Дорсопатии (классификация и диагностика) / А. И. Федин // *Атмосфера. Нервные болезни*. — 2002. — № 2. — С. 2—8.
10. Bonica, J. J. International Association for the Study of Pain. Pain Definitions. The need of a taxonomy / J. J. Bonica // *Pain*. — 1979. — 6 (3). — P. 247—248.
11. Vallfors, B. Acute, Subacute and Chronic Low Back Pain: Clinical Symptoms, Absenteeism and Working Environment / B. Vallfors // *Scan. J. Rehab. MeSuppl.* — 1985. — 11. — P. 1—98.
12. Morreale, P. Diagnosis and treatment of pain of vertebral origin / P. Morreale // — Baltimore: Williams&Wilkins. — 1996.
13. Алексеева, Л. И. Перспективы хондропротективной терапии остеоартроза / Л. И. Алексеева // *Научно-практическая ревматология*. — 2003. — № 4. — С. 83—86.
14. McAlindon, T. Glucosamin and Chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and metaanalysis / T. McAlindon, M. LaValley // *JAMA*. — 2000. — Vol. 283. — P. 1469 — 1475.
15. Ковальчук, Н. В. Опыт применения хондропротекторов для лечения дегенеративных и воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата / Ковальчук Н. В., Ладикова В. Я. // *Новости медицины и фармации*. — 2007. — № 10(214).
16. Попелянский, Я. Ю. Боли в шее, спине, конечностях / Я. Ю. Попелянский, Д. Р. Штульман. — В кн.: *Болезни нервной системы : руководство для врачей*. — М.: Медицина, 2003.
17. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) / Я. Ю. Попелянский. — М.: Медпресс-информ, 2008. — 672 с.
18. Frymoyer, J. W. An overview of the incidences and costs of low back pain / J. W. Frymoyer, W. L. Cats-Baril // *Orthop. Clin. North Am.* — 1991. — 22. — P. 263—271.
19. Хабиров, Ф. А. Некоторые аспекты терапии спондилоартроз / Ф. А. Хабиров, Ф. И. Девликамова // *РМЖ*. — 2002. — Т. 10. — № 25. — С. 67—72.
20. *Dynamic Chiropractic*. — 2006 May 8. — Vol. 24, Issue 10.
21. Левин, О. С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / О. С. Левин // *Consilium medicum*. — 2010. — Т. 3, № 2.
22. Французова, Н. Н. Новые возможности в ведении больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Н. Н. Французова, Т. И. Николаевская // *Новости медицины и фармации*. — 2007. — № 11 (215).
23. Laurent, Blot. Effects of diclofenac, aceclofenac and meloxicam on the metabolism of proteoglycans and hyaluronan in osteoarthritic human cartilage / Blot Laurent // *British Journal of Pharmacology*. — 2000 December. — Vol. 131, Issue 7. — P. 1413—1421.
24. Long-term effects of glucosamine sulfate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial / [Regin-

ster J. Y., Deroisy R., Rovati L. C. et al.] // Lancet. — 2001. — Vol. 357. — P. 251—256.

25. Vane, J. R. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs / J. R. Vane // Nat. New Biol. — 1971 Jun 23. — 231 (25). — P. 232—235.

26. Штрыголь, С. Ю. Фармакологические свойства и проблемы безопасности применения нестероидных противовоспалительных препаратов — селективных и специфических ингибиторов

циклооксигеназы-2 / С. Ю. Штрыголь // Безопасность лекарств. — 2005. — № 2.

27. Морозова, О. Г. Дифференцированный подход к лечению рефлекторных нейродистрофических синдромов с применением хондропротекторов / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Consilium medicum. — 2009. — Т. 3, № 4. — С. 8—10.

Надійшла до редакції 23.01.2012 р.

**О. Г. Морозова, О. А. Ярошевський, Я. В. Липинська**

*Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

### **Комплексна терапія у відновлювальному лікуванні дорсалгій**

У статті наведено динаміку ефективності терапії у пацієнтів двох груп (основна група — 30 хворих, група порівняння — 17 пацієнтів) з вертеброгенними дорсалгіями, яким застосовували комплекси немедикаментозної терапії у вигляді біомеханічної корекції хребта, мануальної терапії, акупунктури, масажу, лікувальної фізкультури в поєднанні з нестероїдними протизапальними засобами (диклофенак натрію парентерально). В основній групі додатково був призначений препарат Мукосат нео в стандартній дозі внутрішньом'язово.

Результати дослідження показали, що ефективність комплексної терапії вертеброгенних дорсалгій підвищується при використанні трьох напрямків в лікуванні: протизапальна терапія (НПЗП), комплекси немедикаментозної терапії та призначення хондропротекторів (Мукосат нео).

*Ключові слова:* вертеброгенні дорсалгії, хондропротектори, немедикаментозна терапія.

**O. G. Morozova, A. A. Yaroshevskiy, Y. V. Lipinska**

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)*

### **Combination therapy in the rehabilitative treatment dorsalgia**

The article shows the dynamics of the effectiveness of treatment of two groups of patients (main group — 30 patients, comparison group — 17 patients) with vertebrogenic dorsalgia who were prescribed non-pharmacological treatment in the form of biomechanical correction of the spine, chiropractic therapy, acupuncture, massage, physical therapy, in combination with non-steroidal anti-inflammatory drugs (diclofenac sodium administered parenterally). In the main group was appointed as an additional drug Mukosat neo standard dose intramuscularly.

The results showed that the effectiveness of the treatment of vertebral dorsalgia improved by three lines of treatment: anti-inflammatory therapy (NSAIDs), complexes of non-pharmacological therapy and chondroprotective (Mukosat neo).

*Key words:* vertebral dorsalgia, chondroprotectors, non-pharmacological therapy.

УДК 615.212.7-061.64

*В. А. Шаповалова, д-р фарм. наук проф., зав. каф. фармацевтичного права ИПКСФ, С. М. Мусоев, канд. фарм. наук, В. В. Шаповалов, д-р фарм. наук, проф. Институт повышения квалификации специалистов фармации (г. Харьков), Харьковская медицинская академия последипломного образования, Адвокатское объединение «Фундация адвокатов Украины»*

## **ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРАВО: ЕДИНАЯ КОНВЕНЦИЯ ООН О НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ 1961 ГОДА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ НАД НАРКОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ**

Проведен ретроспективный анализ становления системы международного контроля над наркотическими средствами и борьбы с незаконным распространением и употреблением наркотических средств, изучены особенности осуществления международного контроля над различными этапами оборота наркотических средств в рамках Единой Конвенции 1961 г. \*\*\*\*\*

*Ключевые слова:* фармацевтическое право, оборот, наркотические средства, международный контроль

Современная структура системы международного контроля над наркотиками базируется в основном на положениях Единой Конвенции ООН о наркотических средствах 1961 года (далее — Единая Конвенция 1961 г.). До принятия Единой Конвенции 1961 г. международный контроль над наркотическими средствами входил в компетенцию четырех органов: 1) Комиссии по наркотическим средствам, осуществлявшей общий контроль и выработку в этой области общей политики; 2) Постоянного центрального комитета по опиуму и 3) Контрольного органа по наркотическим средствам,

являющихся специализированными органами надзора, которые работали в тесном контакте между собой (они также аккумулировали статистические сведения правительств о наркотических средствах, контролировали международную торговлю ими, исчисляли их потребности для государств); 4) Комитета экспертов по токсикогенным средствам при Всемирной организации здравоохранения, занимающегося изучением медицинской стороны проблемы наркомании и призванного решать в меру своей компетенции вопросы международного контроля над новыми наркотическими средствами, в том числе и синтетическими. Поскольку указанные органы в полной мере не решали вопросы борьбы с незаконным оборотом наркотических средств и распространения наркомании, то возникла необходимость совершенствования международной системы легального контроля за оборотом наркотических средств в разрезе международного сообщества, чему и была посвящена Единая Конвенция 1961 г. [1, 2].

Цель исследования — изучить особенности осуществления международного контроля за различными

© Шаповалова В. О., Мусоев С. М., Шаповалов В. В., 2012