ТІОНЕКС®

Thiocolchicoside, 2 мг/мл

МІОРЕЛАКСАНТ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ДІЇ ДЛЯ ПЕРЕМОГИ* НАД БОЛЕМ[1]

ЄДИНИЙ В УКРАЇНІ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ТІОКОЛХІКОЗИД

в ампулах та таблетках[1,2,3]

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ З МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ТІОНЕКС (THIONEX) розчин 4 мг. **Склад:** діюча речовина: thiocolchicoside; 1 ампула (2 мл) містить тіоколхікозиду 4,0 мг, розчин для ін'єкцій. **Показання.** Ад'ювантна терапія болісних м'язових контрактур у випадках гострих патологій хребта у дорослих та підлітків віком від 16 років. **Спосіб застосування та дози.** Тіонекс вводять внутрішньом'язово. Рекомендована максимальна добова доза становить 4 мг кожні 12 годин (8 мг на добу). Лікування не повинно перевищувати 5 днів поспіль. Слід уникати перевищення рекомендованої дози або тривалості застосування. **Побічні реакції.** Після внутрішньом'язового введення були помічені нечасті випадки нездужання, які іноді супроводжувалися або не супроводжувалися зниженням артеріального тиску та/або непритомністю. **Протипоказання.** Тіоколхікозид не слід застосовувати: пацієнтам із підвищеною чутливістю до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату; протягом усього періоду вагітності; під час грудного вигодовування; жінкам репродуктивного віку, які не використовують належні засоби контрацепції; пацієнтам, які страждають на в'ялий параліч, м'язову гіпотонію; пацієнтам, які страждають на порушення гемостазу та проходять лікування із застосуванням антикоагулянтів. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Інформація щодо взаємодії відсутня. Однак рекомендується дотримуватися обережності при одночасному прийомі з іншими міорелаксантами, антикоагулянтами та препаратами, що пригнічують центральну нервову систему, більш детальна інформація про взаємодію наведена у повній інструкції для медичного застосування. **Діти.** Препарат протипоказаний дітям віком до 16 років. **Категорія відпуску.** За рецептом.

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ТІОНЕКС (THIONEX) таблетки 8мг. **Склад:** тіоколхікозид; 1 таблетка містить тіоколхікозиду 8 мг; допоміжні речовини: лактоза, моногідрат; целюлоза мікрокристалічна (тип 101); целюлоза мікрокристалічна (тип 102); повідон (тип К30); кремнію діоксид колоїдний безводний; кросповідон (тип А); магнію стеарат. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Міорелаксанти з центральним механізмом дії. Тіоколхікозид. Код АТХ М03В Х05. **Показання.** Ад'ювантна терапія болісних м'язових контрактур у випадках гострих патологій хребта у дорослих та підлітків віком від 16 років. **Протипоказання.** Тіонекс не слід застосовувати: пацієнтам із підвищеною чутливістю до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу; під час вагітності; у період годування груддю; жінкам репродуктивного віку, які не використовують належні засоби контрацепції. **Спосіб застосування та дози.** Приймати перорально, запиваючи склянкою води. Рекомендована доза становить 8 мг кожні 12 годин (доза 16 мг тіоколхікозиду є також максимальною на добу). Тривалість лікування не повинна перевищувати 7 днів поспіль. Слід уникати перевищення рекомендованої дози або тривалого застосування (див. розділ «Особливості застосування»). **Діти.** Лікарський засіб протипоказаний дітям та підліткам віком до 16 років. **Упаковка.** По 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

*Мається на увазі ад'ювантна терапія болісних м'язових контрактур у випадках гострих патологій хребта у дорослих та підлітків віком від 16 років. 1. Інструкція за застосування лікарського засобу Тіонекс UA/17110/01/01; UA/19133/01/01. 2. Oliveira, C.B., Maher, C.G., Pinto, R.Z. et al. Eur Spine J (2018) 27: 2791.Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. November 2018, Volume 27, Issue 11, pp 2791–2803. 3. Серед міорелаксантів центральної дії. Згідно даних Державного реєстру лікарських засобів по АТС М03В на 01.12.2023.

Детальна інформація про характеристики, лікувальні властивості і можливі побічні ефекти лікарського препарату Тіонекс для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників міститься в повній інструкції для медичного застосування. Даний матеріал призначений виключно для фахівців охорони здоров'я. Для розповсюдження/демонстрації під час спеціалізованих медичних заходів та для друку у спеціалізованих медичних журналах (виданнях). Виробник. ЛАБОРАТОРІО ФАРМАЦЕУТІКО С.Т. С.Р.Л., ВІА ДАНТЕ АЛІГ'ЄРІ,71 - 18038 Санремо (Імперія), Італія. Представництво в Україні. УАБ «Фармліга», Адреса: 07300, Київська обл., м. Вишгород, вул. Шолуденка, 1, e-mail: info@farmlyga.lt

farmlyga®

О.А. Ярошевський, д.мед.н., професор, Навчально-науковий медичний інститут Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут»;
А.О. Ярошевська, студентка, ВНЗ «Харківський національний медичний університет»; **О.Г. Морозова**, д.мед.н., професорка, ННМІ НТУ «ХПІ»; **О.В. Артюшенко**, старша викладачка, ННМІ НТУ «ХПІ»

Клінічний аналіз використання міорелаксантів у лікуванні міофасціального больового синдрому: власні спостереження

Біль у спині – стан, який посідає перше місце у структурі больових синдромів і залишається однією з найбільш актуальних проблем медицини. За деякими даними, протягом життя біль у спині відчувають 85,5% людей. На сьогодні неспецифічний скелетно-м'язовий біль (СМБ) – серед найчастіших причин болю у спині. При цьому як гострий СМБ у спині, який зустрічається на тому чи іншому етапі життя у понад 90% осіб, так і хронічна дорсалгія, що спостерігається майже у 60% випадків, займають другу позицію за поширеністю серед больових синдромів. СМБ призводить до зниження якості життя та інвалідизації пацієнтів працездатного віку, а також запровадження дороговартістних реабілітаційних програм, тому біль у спині можна вважати не тільки медичною, але й соціально-економічною проблемою. Окрім того, що СМБ у спині чинить багато страждань для хворих, дорсалгія у багатьох випадках є нелегкою проблемою для курації лікарями. Чому ж, незважаючи на наявні стандарти діагностики та лікування СМБ, як пацієнти, так і клініцисти не завжди задоволені результатами терапії? У даній статті автори поділилися власними багаторічними напрацюваннями щодо лікування болю у спині скелетно-м'язового походження, фокусуючись на ліквідації міотонічного больового синдрому.

Характеристики скелетно-м'язового болю

Зазначимо, що частота м'язового болю зумовлена тим, що скелетні м'язи становлять більш як 40% маси тіла людини, і кожен із м'язів може стати джерелом болю. Крім того, міофасціальна система є частиною постуральної системи, яка забезпечує складне завдання – збереження стійкої вертикальної пози людини в умовах різноманітних рухів рук, ніг, голови і тулуба.

Загальновідомо, що біль у спині будь-якого походження, який первинно походить як із хребта і структур, що його оточують (як-то капсули суглобів, фасції, міжхребцевий диск, паравертебральні м'язи, спиномозкові ганглії, периневральна тканина тощо), так і з вісцеральних органів, крупних суглобів кінцівок, екстравертебральних м'язів. Больовий м'язовий спазм розширює локалізацію болю і часто «маскує» його первинне походження. На додаток, м'язовий спазм також нерідко виникає за первинної міофасціальної дисфункції, не пов'язаній із патологією хребта, а також головного болю напруження. Сам спазмований м'яз стає джерелом додаткової ноцицептивної імпульсації, яка надходить у нейрони задніх рогів відповідного сегмента спинного мозку. Посилення потоку ноцицептивної імпульсації збільшує активність мотонейронів передніх рогів та сприяє посиленню м'язового спазму. Виникає патологічне коло «біль – м'язовий спазм – посилений біль – больовий м'язовий спазм». Посилений потік аферентної імпульсації призводить до формування ноцицептивного, а надалі – невропатичного болю із формуванням тригерних точок (ТТ), які стають джерелами болю.

Міотонічний синдром поєднується із біомеханічними порушеннями у вигляді сколіотичних деформацій, постурального дисбалансу, асиметрій тулуба та кінцівок, порушень постави й ходи тощо. У патогенезі міофасціального больового синдрому (МФБС) важливе значення має утворення ТТ, механізм виникнення яких пояснює інтегрована гіпотеза Сіммонса. Згідно із нею, цей процес є шестиланковим ланцюгом, який починається з аномального вивільнення ацетилхоліну, що спричиняє підвищення напруги м'язових волокон та формування напруженої смуги. Остання обмежує кровопостачання, викликаючи локальну гіпоксію. Зниження рівня кисню порушує мітохондріальний енергетичний метаболізм, що супроводжується зниженням рівня АТФ та розвитком тканинного дистресу. У відповідь на це відбувається вивільнення сенситизуючих речовин, які активують ноцицептори, стимулюють біль та автономну модуляцію, що посилює початковий етап – аномальне вивільнення ацетилхоліну (Gerwin et al., 2004).

Дослідження біохімічного профілю активних ТТ показали значне підвищення рівнів речовини Р, протонів (H^+), пептиду, пов'язаного із геном кальцитоніну, брадикініну, серотоніну, норадреналіну, фактору некрозу пухлини, інтерлейкінів та цитокінів порівняно із нормальними м'язовими ділянками або навіть латентними тригерними точками (Shah et al., 2008). Особливо вражає, що pH активної ТТ може знижуватися до 4, тоді як нормальне значення – 7,4. Це призводить до виникнення виразного болю та чутливості м'язів, а також до зниження активності ацетилхолінестерази, що провокує тривалі скорочення м'язових волокон.

Уперше модель «біль – спазм – біль» описала Dr.J. Travell ще у 1942 р., наголосивши на порочному колі, в якому біль підвищує тонус м'язів, а спазм м'язів, своєю чергою, стає додатковим джерелом больових відчуттів. У цьому порочному колі беруть участь два нейрональні шляхи, що підтримують хронічний біль. Як відомо, тривале напруження м'язів супроводжується накопиченням продуктів метаболізму, таких як арахідонова та молочна кислоти, брадикінін тощо. Дані речовини діють подразнювально на ноцицептори, провокуючи подальшу больову імпульсацію та підтримуючи порочне коло «біль – спазм – біль». Це означає, що додаткове введення або надходження кислот у ділянку спазму може посилювати м'язовий спазм.

Аспекти лікування: міжнародні стандарти та власні спостереження

Власний багаторічний клінічний досвід ведення осіб із неспецифічним СМБ показав, що для покращення результатів лікування необхідне поєднання немедикаментозної терапії, спрямованої на біомеханічну корекцію хребта, симетризацію м'язового корсета, відновлення постурального балансу), із медикаментозною, призначеною для купірування больового синдрому, що підвищує ефективність лікування в цілому. Тут доцільно зазначити, що нині стандарти терапії неспецифічного скелетно-м'язового больового синдрому із високим рівнем доказовості включають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) та міорелаксанти. Оскільки болючий м'язовий спазм відіграє значну роль у формуванні больового синдрому, їх застосування у складі медикаментозної терапії є патогенетично обґрунтованим.

Міорелаксанти сприяють не тільки зменшенню виразності больового синдрому, але й поліпшенню функціональної спроможності опорно-рухового апарату. Наразі в аптеках України представлено широкий вибір ін'єкційних міорелаксантів на основі тіоколхікозиду. Проте **Тіонекс** – єдиний європейський міорелаксант на основі тіоколхікозиду, до складу якого входить натрію хлорид. До того ж Тіонекс не містить кислоти. Усі інші препарати із тіоколхікозидом в ін'єкційній формі, доступні на вітчизняному фармринку, містять хлористоводневу кислоту, деякі – навіть у концентрованому вигляді. Однак наявність кислоти у складі міорелаксанту є небажаною, оскільки може провокувати ще більший м'язовий спазм. Саме тому Тіонекс є оптимальним вибором для терапії пацієнтів із МФБС, оскільки не лише ефективно зменшує біль, але й не містить кислоти, що потенційно можуть посилювати спазм.

Таким чином, комплексне розуміння патогенетичних механізмів формування ТТ підтверджує доцільність застосування препаратів із групи міорелаксантів з центральним механізмом дії, таких як Тіонекс, для лікування осіб із МФБС. Обрання Тіонексу як препарату для проведення нейром'язових блокад є обґрунтованим і патогенетично виправданим, адже він дозволяє розірвати порочне коло «біль – спазм – біль» і досягти більш швидкого та стійкого терапевтичного ефекту.

Міжнародні стандарти визначають міорелаксанти як препарати допоміжної терапії з високим рівнем доказовості, причому їх найбільша ефективність спостерігається при гострому больовому синдромі. Та чому мова іде саме про гострий больовий синдром, і чому міорелаксанти за наявності м'язового спазму при загостренні хронічного больового синдрому виявляються значно менш дієвими?

Згадаємо, що СМБ можна розподілити на біль у результаті м'язового спазму, рефлекторно-м'язово-тонічного синдрому, МФБС та міофасціальної больової дисфункції (МФД). Гострий біль пов'язаний із виникненням м'язового спазму в одному з м'язів. При рефлекторно-м'язово-тонічному синдромі до патологічного процесу залучається декілька м'язів. МФБС являє собою больовий синдром, поєднаний із наявністю у напружених м'язах болючих м'язових ущільнень або локальних м'язових гіпертонусів і міофасціальних ТТ. Міофасціальні ТТ можуть бути розташовані в м'язах, фасціях або сухожилках і є причиною даного виду болю.

Кожна ТТ має свої зони відображеного болю, що зазвичай буває тупим, ниючим, глибоким і може супроводжуватись онімінням (парестезією). Таким чином, при натисканні на тригер відтворюється больовий синдром, який є характерним для пацієнта. Розрізняють активні ТТ, які болючі навіть без торкання, і латентні ТТ, що болючі тільки при пальпації. Саме із латентними ТТ пов'язане порушення функції м'яза з обмеженням руху, а також загострення больового синдрому під впливом провокувальних факторів, таких як:

- швидке перерозтягнення м'язу при виконанні «непідготовленого» руху;
- травма (на виробництві, спортивна травма тощо);
- надмірне навантаження на м'яз (ізометричне напруження);
- вплив низької температури;
- гострий емоційний стрес.

МФД є наслідком МФБС, коли на додаток до болю виникає порушення функції того чи іншого м'яза. МФБС і МФД – це синдроми, походження яких пов'язане із розвитком м'язового захисного спазму. Він з'являється у відповідь на больову імпульсацію, що виходить із різних джерел (як-то хребет і пов'язані з ним структури, суглоби, зв'язковий апарат тощо). Своєю чергою м'язовий спазм призводить до посилення стимуляції больових рецепторів м'яза, і виникає порочне коло «біль – м'язовий спазм – посилений біль – хворобливий м'язовий спазм».

Основна ознака МФБС – наявність гострого інтенсивного болю, що виникає при натисканні на ТТ. При МФБС у ділянці плечового пояса ТТ найчастіше виявляються у підлопатковому м'язі, великому і малому грудних м'язах, рідше – в інших зонах. При пальпації така точка відчувається як ущільнення або тяж, натискання на який провокує різкий локальний біль (іноді з так званим симптомом стрибка, здриганням) та іррадіювання болю різної локалізації. В ділянці тазового пояса ТТ найчастіше формуються у грушоподібному, сідничних та гомілкових м'язах.

Таким чином, при гострому больовому синдромі ТТ ще не встигли розвинутися, тому ефективність міорелаксанту зазвичай буде вищою.

Продовження на наст. стор.

Початок на попередній стор.

Саме тому, відповідно до міжнародних стандартів лікування, рекомендоване призначення міорелаксанту в перші дні больового синдрому.

А як щодо загострення хронічного міофасціального болю із наявністю як активних, так і латентних тригерів, що перешкоджає міорелаксанту повною мірою виявити міорелаксувальну дію? У таких випадках зазвичай поєднують внутрішньом'язове (в/м) введення міорелаксанту з мануальними способами впливу на ТТ (як-то пресура, розтягнення тощо) та акупунктурою або фармакопунктурою – «блокадою ТТ», що підвищує ефективність терапії в цілому.

Такий висновок було зроблено при аналізі власних клінічних спостережень за понад 170 пацієнтами із неспецифічним СМБ різної локалізації, які лікувалися за допомогою тіоколхікозиду – міорелаксанту з центральним механізмом дії. Це напівсинтетичний міорелаксант, що отримується з натурального глікозиду колхікозиду, оскільки саме він вводиться в/м і може бути застосований у вигляді фармакопунктури ТТ (нейром'язових блокад). Було використано препарати Тіонекс («Фармліга», Італія) та Мускомед (World Medicine, Туреччина).

Тіонекс раніше вже порівнювався із Мускомедом. Зокрема, у 2019 р. Тіонекс продемонстрував кращий терапевтичний потенціал, ніж Мускомед, завдяки вищій максимальній концентрації у плазмі (113 *vs* 61 нг/мл відповідно), що є вдвічі більшою. При порівнянні фармакокінетичних параметрів Тіонексу та Мускомеду було відзначено певні розбіжності. Так, час досягнення максимальної концентрації тіоколхікозиду після в/м застосування дози 4 мг для Тіонексу становив 30 хв, тоді як для Мускомеду – до 45 хв. Це свідчить про те, що при використанні Тіонексу можна із більшою впевненістю прогнозувати час розвитку та виразність терапевтичної міорелаксувальної дії. Отже, Тіонекс забезпечує вдвічі більш потужний і швидкий ефект та діє на 15 хв швидше, ніж Мускомед.

Крім того, на кращий профіль еквівалентності вказує те, що Тіонекс – єдиний європейський міорелаксант, склад якого еквівалентний оригінальному препарату (Мускоріл, Sanofi). Ін'єкційний Тіонекс, як і Мускоріл, містить натрію хлорид як розчинник. Тіонекс є єдиним в Україні європейським міорелаксантом із тіоколхікозидом, що не містить кислоти. Це підтверджує його високу ефективність та безпеку. Також Тіонекс має менший об'єм розподілу, ніж Мускомед (42,7 *vs* 76 л відповідно), що зумовлює потенційно нижчий ризик побічних явищ.

При проведенні власного аналізу клінічних спостережень метою було оцінити ефективність фармакопунктури у ТТ порівняно зі стандартним в/м введенням препарату. Так, було проаналізовано 77 пацієнтів віком від 29 до 70 років із хронічним рецидивним МФБС у попереково-крижовій, сідничній ділянках, що поєднувався із болем у нижніх кінцівках (без симптомів випадання при клінічному неврологічному обстеженні). Клініко-неврологічний аналіз показав, що у більшості випадків біль мав помірний та виразний характер.

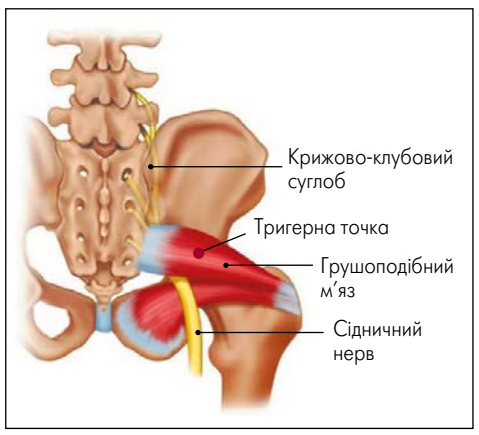

Рис. 1. Блокада сідничних м'язів (малого і середнього)

Рис. 2. Блокада литкового м'яза

У пацієнтів відзначалися актуальний больовий синдром, наявність від 3 до 9 епізодів гострого болю в анамнезі та давність першого больового епізоду від 3 місяців до 6 років, тобто больовий синдром мав хронічний рецидивний характер. У всіх хворих фіксувалися активні та латентні ТТ у грушоподібному, сідничних і литкових м'язах.

Усі пацієнти отримували стандартне комбіноване лікування відповідно до наявних протоколів та розробленої власної індивідуальної програми мануальної терапії з прийомами впливу на міофасціальні ТТ, біомеханічної корекції хребта, кінезіотерапії. Ефективність проведеного лікування визначали на підставі вертебро-неврологічного дослідження, оцінки м'язового тонусу, а також із використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ) та опитувальника болю Мак-Гілла (MPQ), що дозволило проаналізувати динаміку суб'єктивного сприйняття больового синдрому хворим, сенсорний і афективний компоненти болю. Функціональний стан пацієнтів визначався за індексом виразності остеоартриту Університетів Західного Онтаріо та Мак-Мастера (WOMAC), що досліджувався у трьох категоріях: біль, обмеження рухливості та складність у виконанні повсякденної діяльності.

Серед пролікованих пацієнтів було виділено дві групи, перша з яких отримувала препарат Тіонекс (n=46), а друга – Мускомед (n=31). У кожній групі було проаналізовано дві підгрупи:

- підгрупа А – пацієнтам призначали препарат в/м по 1 ампулі по 2 мл двічі на день;
- підгрупа Б – пацієнти отримували додаткове в/м введення препарату в ТТ, що дозволяло поєднати ефект акупунктурної голки та фармакологічну дію засобу; в/м ін'єкцію проводили у кількості 1,8-1,9 мл, а 0,1-0,2 мл вводили у ТТ.

Таблиця. **Динаміка відчуття спонтанного болю за даними ВАШ після 1-го, 3-го та 5-го сеансів терапії в балах**

Групи порівняння	До лікування	Після 1-го сеансу	Після 3-го сеансу	Після 5-го сеансу
1А (n=15)	6,5	4,5	2,1	1,0
1Б (n=31)	6,6	3,0	1,0	0,1
2А (n=15)	6, 56	5,5	3,5	2,0
2Б (n=16)	6,4	5,8	4,0	1,7

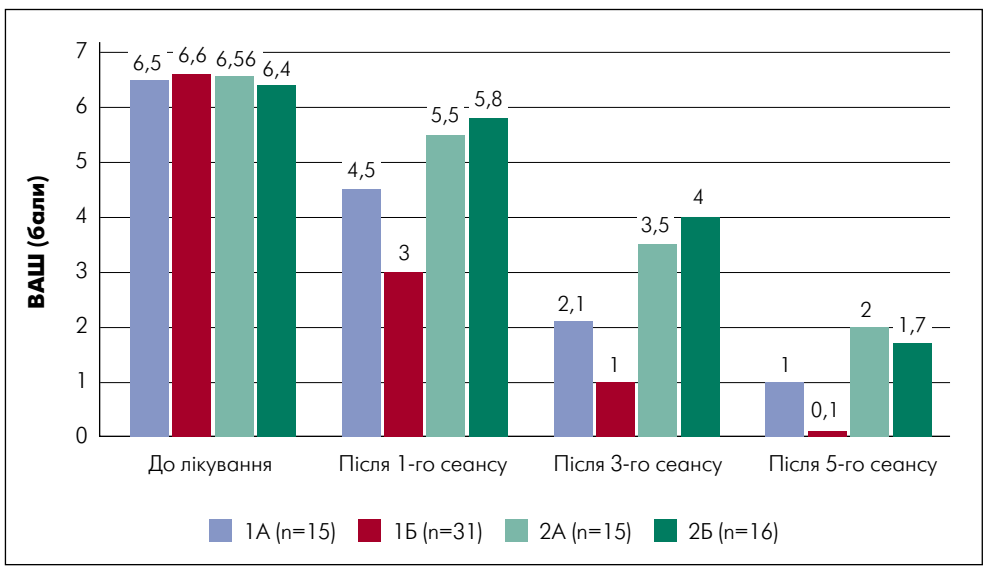

Рис. 3. Порівняння результатів зменшення болю за ВАШ у групах до лікування, після 1-го, 3-го та 5-го сеансів

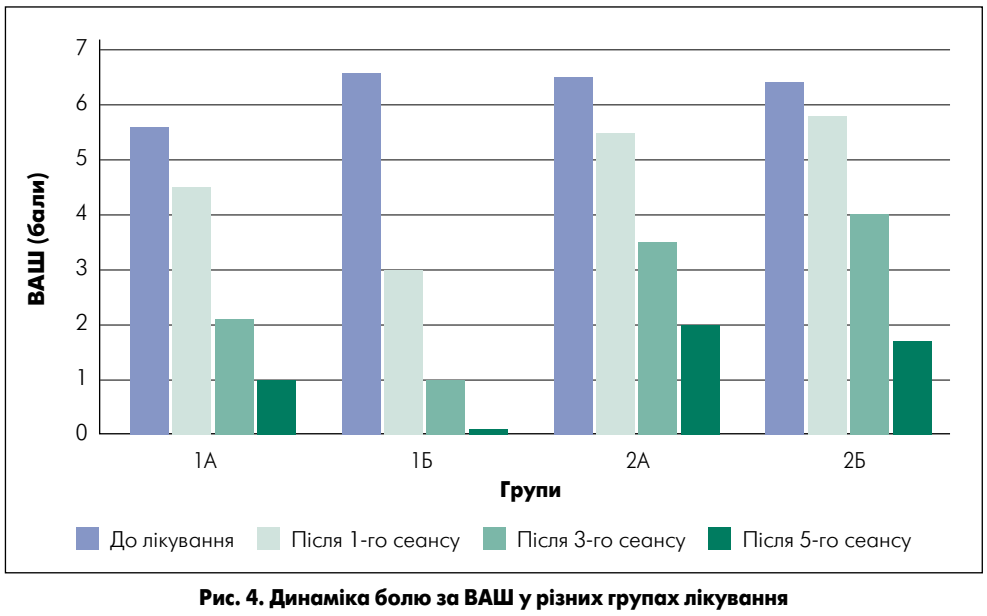

Рис. 4. Динаміка болю за ВАШ у різних групах лікування

Нейром'язові блокади здійснювали у такі м'язи:

1. Блокада сідничних м'язів (малого і середнього) виконувалася в точці на середній частині лінії, яка з'єднує верхньо-задню ость клубової кістки та великий вертлюг стегна (рис. 1). Техніка блокади сідничних м'язів (малого і середнього) наступна: пацієнта вкладають на протилежний бік або живіт. Далі визначають середину лінії між верхньо-задньою остю клубової кістки та великим вертлюгом стегна. Потім антисептично обробляють зону. Голку вводять перпендикулярно на глибину 2-4 см у точку на середній частині цієї лінії. Вводять 1,8-1,9 мл препарату в м'яз і додатково 0,1-0,2 мл у ТТ.

2. При синдромі грушоподібного м'яза орієнтиром слугують три точки: задньо-верхня ость клубової кістки, сідничний горб і великий вертлюг стегнової кістки. Від вершини кута, утвореного задньо-верхньою остю, проводять бісектрису, яку умовно ділять на три частини. Голку вводять у нижню третину цієї бісектриси, перпендикулярно до шкіри, на глибину 3-5 см (залежно від товщини підшкірно-жирової клітковини). Після аспіраційної проби повільно вводять препарат (зазвичай 1,8-2 мл у м'яз та додатково 0,1-0,2 мл у ТТ). На завершення виконують легкий масаж місця ін'єкції для рівномірного розподілу препарату.

3. Блокаду литкового м'яза виконували у найбільш потовщену частину м'яза (рис. 2). Вона проводиться таким чином: пацієнт знаходиться у положенні лежачи на животі або сидячи із напівзігнутою ногою. Визначають найбільш потовщену частину литкового м'яза (зазвичай середина його маси). Антисептично обробляють шкіру. Голку вводять перпендикулярно до шкіри на глибину 2-4 см (залежно від товщини тканин). Повільно вводять препарат: 1,8-2,0 мл у м'яз та додатково 0,1-0,2 мл у ТТ.

Клінічна оцінка ефективності виконувалася після 1-го, 3-го та 5-го сеансів терапії, які відповідали 1-му, 3-му та 5-му дням лікування відповідно (таблиця). Слід відзначити, що комплексна терапія із використанням фармакопунктури виявилася дієвішою, ніж традиційне введення міорелаксанту. Результати аналізу загалом показали вищу ефективність фармакопунктури порівняно зі стандартним введенням препарату.

У процесі дослідження ефективності лікування больового синдрому в пацієнтів, які отримували терапію Тіонексом та Мускомедом, проводилася оцінка результатів за шкалою ВАШ (рис. 3). Аналіз показав, що у групі Тіонексу пацієнти підгрупи А, яким препарат призначався в/м, відзначили зниження болю із 6,5 до 1,0 бала (рис. 4).

Застосування Тіонексу в/м протягом п'яти днів забезпечило зменшення болю на 84,6% за ВАШ. У підгрупі Б, де додатково застосовувалося введення

препарату в ТТ, рівень болю знизився із 6,6 до 0,1 бала. Отже, додаткове введення Тіонексу в ТТ сприяло ще кращому результату – біль зменшився на 98,5% протягом п'яти днів лікування. Для групи Мускомеду результати були скромнішими: у підгрупі А біль зменшився із 6,56 до 2,0 бала (69,5%), а у підгрупі Б – із 6,4 до 1,7 бала (73,4%) (рис. 5А).

Таким чином, Тіонекс в обох підгрупах продемонстрував значно кращу ефективність щодо зменшення болю порівняно із Мускомедом (рис. 5Б):

- при в/м застосуванні міорелаксанту (підгрупа А) Тіонекс зменшив біль на 84,6%, що на 21,7% ефективніше за Мускомед (69,5%);
- при використанні в/м із додатковим введенням у ТТ (підгрупа Б) Тіонекс зменшив біль на 98,5%, що на 34,1% ефективніше, ніж Мускомед (73,4%).

Отримані результати підтверджують перевагу Тіонексу щодо зниження больового синдрому – як при стандартному в/м введенні, так і у випадках фармакопунктури.

Інактивація ТТ зі зменшенням м'язового напруження та больового синдрому при застосуванні препарату Тіонекс спостерігалася вже після 1-го введення препарату, тоді як за стандартного використання – після 3-4-го. Крім того, ефективність та переносимість Тіонексу виявилася вищою, ніж Мускомеду. Особливо це проявлялося при фармакопунктурі ТТ. Можливо, це пов'язано із тим, що препарат Тіонекс у своєму складі має натрію хлорид, а Мускомед – кислоту хлористо-водневу, тож

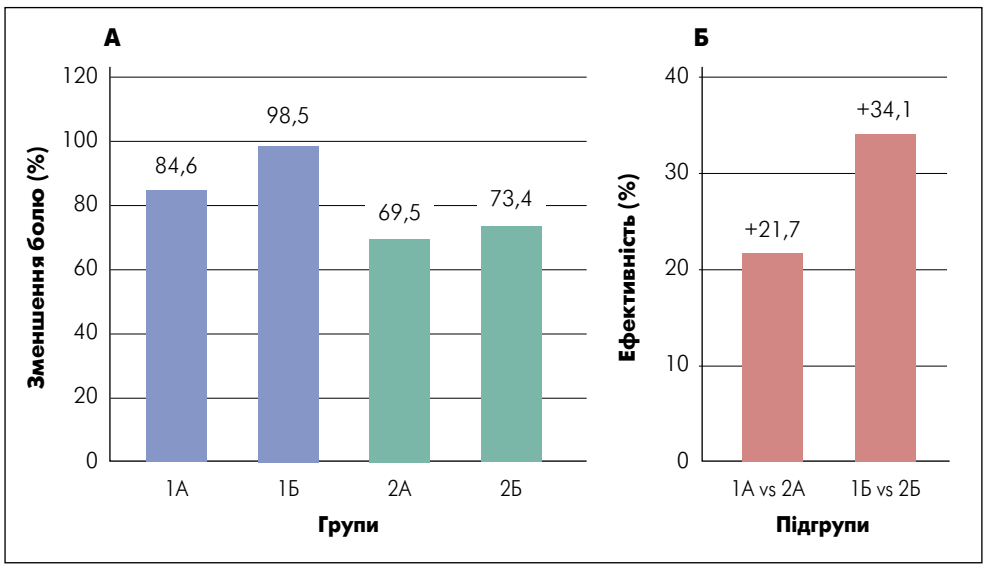

Рис. 5. Зменшення болю у різних групах лікування (А) та переваги Тіонексу над Мускомедом (Б)

наявність кислоти в Мускомеді може посилювати м'язовий спазм. Брадикінін, молочна, арахідонова кислоти провокують больову імпульсацію, а отже, введення «додаткової кислоти» ззовні може збільшувати м'язовий спазм. Натрію хлорид у складі препарату Тіонекс позитивно впливає на ТТ та не провокує, а зменшує м'язовий спазм, що приводить до розриву хибного кола «біль – спазм – біль» при його введенні у ТТ.

Власний аналіз підтвердив припущення, що у пацієнтів із загостренням хронічного МФБС нижча ефективність міорелаксантів пов'язана з наявністю ТТ, на які можна впливати немедикаментозно та за допомогою Тіонексу у вигляді нейром'язових блокад. Для введення у ТТ краще застосовувати препарат Тіонекс, адже він, маючи у своєму складі натрію хлорид, додатково позитивно впливає на стан ТТ та зменшує м'язовий спазм.

Таким чином, аналіз власних клінічних спостережень показав, що міорелаксанти можуть бути дієвішими не лише за гострої дорсалгії, але й при загострені хронічного МФБС в умовах впливу на ТТ, що підвищує ефективність препаратів.

Висновки

Препарат Тіонекс продемонстрував високу ефективність у комплексній терапії хронічного МФБС у стадії загострення як при традиційних в/м ін'єкціях, так і за нейром'язових блокад у поєднанні з немедикаментозною терапією. Лише при застосуванні Тіонексу у вигляді комбінованої в/м ін'єкції разом із фармакопунктурою в ТТ забезпечувалося вдвічі дієвіше зниження болю – із 6,6 бала за ВАШ до лікування до 3,0 бала після 1-го дня терапії. Навпаки, при використанні Мускомеду не було продемонстровано значного зменшення болю (із 6,4 до 5,8 бала після 1-го дня терапії). Тож Тіонекс виявився вдвічі ефективнішим, ніж Мускомед щодо зменшення болю вже після 1-го дня терапії.

Таким чином, Тіонекс – потужний і безпечний європейський міорелаксант, що забезпечує швидке зниження болю. Навіть після одного сеансу лікування пацієнти, які отримують Тіонекс, відчувають виразний терапевтичний ефект, що проявляється такими перевагами, як:

- суттєве зниження больового синдрому;
- скорочення термінів лікування;
- покращення функціональної спроможності та якості життя пацієнтів.

Отже, Тіонекс можна рекомендувати для лікування осіб із гострим та хронічним СМБ різної локалізації. Тіонекс демонструє переваги як у швидкості, так і виразності настання ефекту порівняно з альтернативними препаратами.

Література

1. Cashin A.G., Folly T., Bagg M.K. et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis // BMJ. – 2021. – 374. – n1446.
2. Chou R,.Qaseem A., Snow V. et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society // Ann Intern Med. – 2008. – 148 (3). – P. 247-248.
3. Chou R., Kim P. Drug Class Review on Skeletal Muscle Relaxants, 2005.
4. Шаповал О.М. Терапевтичний потенціал Тіонексу в лікуванні болісних спазмів скелетних м'язів // Неврологія та нейрохірургія. Східна Європа – 2019. – Т. 9, № 4. Електронне джерело: https://surl.lt/ibqxrc

Інформація

Новини МОЗ

Понад 20 тис. українських лікарів первинної ланки надають послуги з охорони психічного здоров'я

Кожен українець може отримати безоплатні послуги з охорони психічного здоров'я у закладах первинної медичної допомоги. Від початку 2025 р. такі послуги внесено до базового пакета «Первинна медична допомога», отже, їх мають надавати медзаклади усіх форм власності, що законтрактовані Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на надання первинної медичної допомоги. Контрактуватися за окремим пакетом, щоб надавати послуги з охорони психічного здоров'я, медзакладам «первинки» не потрібно.

Щоби розпізнавати симптоми психічних розладів, надати людям базовий психосоціальний супровід, а за потреби – скерувати до лікаря-спеціаліста чи психолога, фахівці сімейної медицини проходять спеціальне навчання. Вони можуть виявити проблему на ранньому етапі – коли допомога є найбільш ефективною – і вчасно вжити заходів.

Усі сімейні лікарі, терапевти, педіатри та медичні сестри/брати, які працюють у законтрактованому із НСЗУ медзакладі «первинки», повинні мати сертифікати про проходження навчання за програмою Всесвітньої програми охорони здоров'я mhGAP (Mental Health Gap Action Programme). Це глобальна флагманська програма, спрямована на підвищення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я шляхом залучення неспеціалізованих із психічного здоров'я кадрів (наприклад, сімейних лікарів, терапевтів) до надання допомоги людям із психічними розладами. Даний курс дає базові знання щодо ведення психічних розладів. Він охоплює принципи ефективної комунікації з пацієнтами, виявлення та ведення поширених психоневрологічних і поведінкових розладів за протоколами mhGAP, а також окремо розглядає теми депресії, епілепсії та стресових розладів, включно із гострим стресом, горем і ПТСР.

Станом на початок травня понад 125 тис. слухачів отримали сертифікати про проходження принаймні першої частини онлайн-курсу в межах програми ВООЗ mhGAP, із них понад 22 тис. – лікарі первинної ланки (сімейні лікарі, терапевти та педіатри), більш ніж 65 тис. – середній медичний персонал та понад 14 тис. – лікарі спеціалізованої медичної допомоги. Також українські медики можуть пройти другий рівень навчання з ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням mhGAP. Він поглиблює знання щодо виявлення й ведення психозів, деменції, наслідків черепно-мозкових травм, розладів через вживання психоактивних речовин, суїцидальної поведінки, дитячих і підліткових психічних станів та інших важливих психічних скарг. Такий курс пройшли та отримали сертифікати вже понад 83 тис. слухачів, із них понад 18 тис. – лікарі первинної ланки (сімейні лікарі, терапевти та педіатри), більш як 29 тис. – середній медичний персонал та понад 6 тис. – лікарі спеціалізованої медичної допомоги.

Психосоціальна підтримка і супровід на первинному рівні медичної допомоги робить турботу про ментальне здоров'я ближчою й доступнішою для кожного. Людині достатньо звернутися до свого сімейного лікаря, терапевта або педіатра. Це безоплатно і зручно: послуга входить до Програми медичних гарантій, тож пацієнт нічого не сплачує.

Послуги із підтримки психічного здоров'я, які можна отримати на «первинці» у свого сімейного лікаря:

- клінічне оцінювання стану, включно із фізичним і психічним статусом;
- скерування на лабораторні чи інструментальні дослідження для виключення або підтвердження порушень, пов'язаних зі станом здоров'я;
- скерування до профільних фахівців: психіатра, психолога, психотерапевта чи невролога – за потреби і за згодою пацієнта;
- індивідуальний план ведення та лікування;
- перша психологічна та невідкладна допомога у разі загрозливих для життя станів;
- підтримання близького оточення пацієнта;
- психосоціальні, фармакологічні або поведінкові втручання (у межах своїх повноважень).

Сімейний лікар не встановлює діагнозів психіатричного профілю, але саме він може стати першим кроком до професійної спеціалізованої допомоги. Варто звернутися до нього, якщо потрібна медична допомога. За потреби та за згодою пацієнта він скерує до фахівця спеціалізованої допомоги.

Якщо лікар пройшов навчання за флагманською програмою ВООЗ mhGAP, він володіє базовими навичками для підтримки психічного здоров'я й може супроводжувати лікування, навіть якщо людина звернулася до інших фахівців.

В яких випадках варто звернутися до сімейного лікаря щодо психічного здоров'я? Звернутися до сімейного лікаря слід, якщо ви помічаєте в себе або близьких такі прояви:

1. Порушення сну: важко заснути або навпаки – спите надто багато.
2. Переживання стресових подій чи втрата близької людини.
3. Складнощі з повсякденними справами: важко піднятися з ліжка, піти на роботу чи виконувати звичні обов'язки.
4. Пригнічений настрій і тривожність без видимих причин, які заважають жити.
5. Підвищене вживання алкоголю або інших речовин.
6. Думки про заподіяння собі шкоди.
7. Розлади харчової поведінки: надмірне чи недостатнє харчування.
8. Погіршення концентрації уваги.
9. Підвищена емоційна вразливість: плаксивість, роздратованість.
10. Панічні атаки чи нав'язливі думки.
11. Напади агресії або збудження.
12. Галюцинації (слухові, зорові або інші).

Ці ознаки впродовж понад 2-3 тижнів можуть свідчити про потребу в фаховій допомозі. Прислухайтесь до себе і не ігноруйте тривожні сигнали – звернення до сімейного лікаря стане першим кроком до покращення самопочуття та якості життя.

Наразі в Україні 2536 надавачів послуг первинної медичної допомоги мають договори із НСЗУ. Понад 23 тис. лікарів ПМД (сімейних лікарів, педіатрів, терапевтів) надають таку допомогу в понад 7 тис. місцях надання послуг (центрах ПМД, амбулаторіях тощо).

За матеріалами www.moz.gov.ua