

АЛГОРИТМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПРОТИВОАЛГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИИ

Артем Владимирович Третьяков, Владимир Павлович Третьяков

Кафедра неврологии и рефлексотерапии (зав. — проф. Г.А. Иваничев)

Казанской государственной медицинской академии ПДО, e-mail: george@bancorp.ru

Реферат

Проанализированы клинические и лучевые показатели, характерные для пояснично-крестцовой радикулопатии, возникшей на фоне вторичного люмбального стеноза. Применялся алгоритм индивидуального комплексного воздействия на болевой синдром, позволивший уменьшить тяжесть хронической радикулопатии и в ряде случаев избежать оперативного лечения.

Ключевые слова: радикулопатии пояснично-крестцовые, алгоритм консервативной терапии.

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли, к хронической относят боль длительностью свыше трех месяцев и продолжающуюся сверх нормального периода заживления тканей [4]. Боль в пояснице с иррадиацией в ногу, по данным Европейского эпидемиологического исследования, встречается у каждого пятого взрослого европейца и является частой причиной обращения к врачу и нетрудоспособности у лиц различного возраста [10, 11, 12]. Все болевые синдромы в зависимости от этиологии и патогенеза подразделяются на ноцицептивные, нейропатические и психогенные. До последнего времени считалось, что основную часть болевых синдромов составляет ноцицептивная боль. Однако многоцентровые клиничко-эпидемиологические исследования последних лет показали, что распространенность любой боли среди пациентов, обратившихся к неврологу, составляет 39%, а нейропатической боли (НПБ) или ее компонента — 18% от всех случаев амбулаторного приема пациентов [3, 10].

НПБ проявляется разнообразным сочетанием «позитивных» (аллодиния, гипералгезия) и «негативных» (гипестезия) сенсорных симптомов. Пациентов с НПБ трудно лечить, и не всегда удается полностью купировать алгический синдром. Особенностью этого типа боли является то, что она плохо поддается тера-

пии традиционными обезболивающими средствами, такими как ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Антиконвульсанты и антидепрессанты в таких случаях наиболее эффективны для ее лечения. Однако, как показывает практика, названные препараты составляют лишь 20% всех врачебных назначений, а в остальных случаях необоснованно длительно применяются НПВП и простые ненаркотические анальгетики [3].

Диагностика НПБ из-за отсутствия четких клинических критериев нередко представляет для лечащего врача сложную задачу. Пациенты описывают свои болевые («позитивные» симптомы) ощущения как неприятные, колющие, режущие, кинжальные, жгучие, ошпаривающие, как от удара током или глубокие мучительные боли. Они могут быть спонтанными или провоцироваться механическими, термическими или химическими раздражителями. Для оценки интенсивности боли используется визуальная аналоговая шкала (ВАШ). «Негативные» симптомы НПБ выявляются при клинической оценке нарушенной чувствительности.

Для диагностики НПБ предложено использование вопросников DN4 и PainDETECT и выявление 4 критериев градации вероятности диагноза [3, 15]: 1) локализация боли в нейроанатомической зоне; 2) указания в анамнезе на заболевание периферической или центральной нервной системы; 3) наличие в нейроанатомической зоне позитивных и негативных сенсорных симптомов; 4) объективное подтверждение поражения соматосенсорной нервной системы. Если у пациента обнаруживаются все 4 критерия, то диагноз НПБ считается достоверным, если зафиксированы критерии 1 и 2 плюс 3 или 4 — высоковероятен,

только 1 и 2 — сомнителен, но может быть максимально объективизированным с помощью клинического выявления сенсорных нарушений.

Вопросам консервативного противалгического лечения и проведения эпидуральных блокад кортикостероидными препаратами больным грыжевыми пояснично-крестцовыми радикулопатиями и люмбальным стенозом посвящены многочисленные исследования [2, 3, 5, 7, 9, 14]. До настоящего времени не решена проблема преемственности в оказании специализированной помощи пациентам с частыми рецидивами боли и её хронизацией (более трех месяцев) при радикулярном синдроме. НПБ часто сопровождаются ипохондрическими, депрессивными или тревожными нарушениями [5, 6, 8, 9].

В патогенезе невралжных осложнений остеохондроза [1, 4, 5, 7, 9] лежат дискордикулярные, артрорадикулярные и дискодуальные конфликты, асептико-воспалительные и дисгемические процессы, гипертрофия желтых связок, развитие деформации дуального мешка, стеноз позвоночного канала. Необходим дифференцированный подход не только к терапии дискогенной, артрогенной, миофасциальной и корешковой боли, но и к лечению НПБ и депрессивных состояний, формирующих устойчивую патологическую систему хронизации боли у трудных пациентов [2, 6, 15].

Целью настоящей работы было изучение причины хронизации боли у пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией при общепринятом лечении болевого синдрома инъекциями диклофенака, мовалиса в сочетании с миорелаксантами с использованием оптимального алгоритма консервативной терапии для устранения задержки регресса болевых проявлений пояснично-крестцовой радикулопатии.

Работа выполнена на базе неврологического отделения и поликлиники 18-й клинической больницы г. Казани с 2005 по 2010 гг. Были проведены неврологическое, нейроортопедическое и нейровизуализационное обследования и лечение 200 больных пояснично-крестцовой радикулопатией (женщин — 35,8%, мужчин — 64,2%). Средний возраст пациентов составлял 34,6 года. У 140 пациентов

продолжительность последнего обострения колебалась от 3 до 4 месяцев. На протяжении последнего месяца экзацербации врачи различных медицинских учреждений проводили стандартное медикаментозное лечение болевых проявлений пояснично-крестцовой радикулопатии ненаркотическими анальгетиками, НПВП, миорелаксантами, в/в введением 2,4% раствора эуфилина. Для устранения вертебрального и миофасциального синдромов недостаточно полно использовались методы мануальной, тракционной и фармакотерапии, а при купировании корешковой и туннельной невралжной боли не применялось локальное и эпидуральное введение анестетиков со стероидными препаратами в зону туннеля или дискордикулярного конфликта. Антидепрессанты и антиконвульсанты больным не назначались. «Трудным» пациентам лечащие врачи рекомендовали удаление грыжи межпозвоночного диска (ГМПД) или ликвидацию стеноза позвоночного канала (ПК) хирургическим путем.

У 60 пациентов (контрольная группа) в течение первого месяца обострения радикулопатии после безуспешного двухнедельного лечения НПВП и миорелаксантами болевого синдрома выполнялась КТ и МРТ-нейровизуализация пораженных корешков. В момент обследования интенсивность ноцицептивной и нейропатической боли оценивалась самим пациентом с использованием визуальной аналоговой и вертебральной ранговой шкал (ВАШ и ВРШ), отражающих степень нарастания или регресса боли в баллах. Анамнестически-клиническая оценка признаков НБ проводилась с использованием вопросника DN4. При собеседовании уточнялось наличие «позитивных» и «негативных» признаков и диагностических критериев вероятности НБ. Диагноз НПБ у 152 пациентов с наличием всех 4 критериев был установлен как достоверный, у остальных 48, имевших только 3 диагностических критерия, — как высоковероятный.

Локальную болезненность и отраженную боль из миогенных триггерных зон (МТЗ) определяли тензоальгигметром, мышечный тонус — миотометром. Выявление, оценка и лечение миофасциаль-

ных болей пельвиомембральной области осуществлялись согласно классическому руководству по триггерным точкам [8].

Степень миофасциальной боли оценивали в баллах с использованием индекса мышечного синдрома (ИМС) — от 1 до 3 баллов каждого из пяти ниже приведенных признаков (выраженность спонтанных болей, тонуса укороченных мышц, болезненность при пальпации миофасциальных уплотнений, продолжительность боли, степень иррадиации болей при пальпации или рычаговом растяжении мышц). Легкая степень соответствовала ИМС до 5 баллов, средняя — от 5 до 10, тяжелая — от 11 до 15 [9]. О вертебральном синдроме судили как по выраженности «поясничного прострела» при сгибательно-разгибательных тестах в баллах (Ласега, Вассермана, Огиенко), ротационных тестах (Боннэ-Бобровниковой и Патрика), феноменах вибрационной отдачи и кашлевого толчка, так и по степени ограничения подвижности позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях. За легкую степень принималось ограничение объема движений до 25% от нормы (1 балл), за среднюю — от 25 до 75% с наличием люмбагии и сколиоза в положении стоя и исчезающими в позиции лежа (2 балла), за тяжелую — от 75 до 100% с наличием люмбаго и сколиоза, не исчезающих даже во время тракции позвоночника (3 балла).

Всем больным проводилась обзорная рентгеноспидиография. Для нейровизуализации состояния дегенеративно измененных структур ПДС и оценки стеноза ПК использовали компьютерные томографы СТ PACE фирмы "General Electric" и мультиспиральный GE hiSpeed NX/i. КТ исследование осуществлялось у 62 пациентов, МРТ пораженных невральных структур — у других 138 больных на томографе "Tomikon BMT -1100S" фирмы Bruker с резистивностью магнитного напряжения 0,2 Т. В основе консервативной терапии болевых проявлений радикулопатии были использованы принципы, описанные в руководствах по вертеброневрологии [4, 5, 9]. Достоверность различий результатов до и после лечения больных выявляли по критерию *t* Стьюдента.

В зависимости от выраженности (в баллах) вертебральной, миофасциальной,

корешковой и невральной туннельной нейропатической боли выделены три степени болевого синдрома: легкая, средняя и тяжелая. Тяжелая степень (у 60) соответствовала клинике люмбаго в 3–4 балла с индексом миофасциальной боли в 11–15 баллов и интенсивностью НБ по ВАШ в 7–10 баллов, средняя (у 80) — люмбаго в 2–3 балла с индексом миофасциальной боли в 6–10 баллов и интенсивностью НБ по ВАШ в 4–6 баллов, легкая (у 60) — люмбаго в 1 балл с индексом МФС в 1–5 баллов и интенсивностью НБ по ВАШ в 1–3 балла.

По преобладанию признаков задержки регресса одного или всех факторов хронической боли и их степени пациенты были подразделены на пять групп. У пациентов 1-й группы (*n*= 20) с тотальной (100%) задержкой регресса была тяжелая степень ХБС. КТ и МРТ оценка данных этой группы выявила полифакторные повреждения трех корешков (L4, L5 и S1), многоуровневую деформацию дурального мешка (в 95% случаев) медианными и парамедианными ГМПД, асептическим эпидуритом, спондилоартрозом с деформированными (80%) суставными отростками, гипертрофированными желтыми связками (15%). У всех имелся вторичный (менее 11 мм) стеноз позвоночного канала и его бокового кармана (до 3 мм).

Во 2-й группе (*n*=34) с комбинированной задержкой корешковой, нейропатической и миофасциальной боли при селективном регрессе вертебральной боли также определялась тяжелая степень ХБС. КТ и МРТ верификация выявила полифакторные повреждения корешков (L5 и S1), двухуровневую (в 80% случаев) деформацию мешка медианными и парамедианными ГМПД, деформированными суставными отростками (80% наблюдений) и гипертрофированными желтыми связками (10%). У всех пациентов верифицирован (менее 12 мм) вторичный стеноз позвоночного и корешкового канала.

В 3 и 4-й группах (*n*=86) с комбинированной задержкой вертебрального синдрома и корешковой боли при регрессе миофасциальной (*n*=40) или нейропатической боли (*n*=46) ХБС была средней степени. В 46 случаях повреждения двух корешков и деформация мешка возникли

за счет пресакральных парамедианных ГМПД, в других 40 — за счет спондилоартроза и гипертрофированных желтых связок, вызвавших негрубый (14 мм) стеноз центральной части позвоночного канала и бокового кармана (до 3–4 мм).

У больных 5-й группы (n=60) с селективной задержкой миофасциальной или вертебральной боли при регрессе всех остальных факторов имела место легкая степень ХБС. Нейровизуализация у большинства пациентов выявила однофакторную деформацию мешка с дислокацией экстрасаккальной части корешка (L5 или S1) ГМПД (70% случаев) и многофакторное их поражение деформированными суставными отростками при негрубом стенозе (до 4 мм) бокового кармана позвоночного канала.

Таким образом, причины ХБС в спине и ноге у больных пояснично-крестцовой радикулопатией весьма разнообразны и обусловлены не только величиной, формой и направлением ГМД, вызывающих стеноз ПК, но также уровнем и причиной деформации ДМ межпозвоночных дисков, наличием МТЗ в пельвиомембральной области. Для купирования ХБС у 140 пациентов ранее не использовались рекомендуемые в зарубежной литературе схемы комплексного медикаментозного воздействия на ноцицептивный, нейропатический и психогенный компоненты боли, что и определило задержку регресса болевых проявлений у большинства больных, толерантных к стандартному лечению.

У всех наблюдаемых нами больных для подавления ноцицептивной боли на фоне кратковременного (не более 10 дней) приема анальгетиков, НПВП и миорелаксантов проводились локальные новокаиновые блокады и фасциотомия триггерных зон в паравертебральной и пельвиомембральной зонах. Для купирования вертебральных, суставных и невралгических миофасциальных осложнений применялась мануальная и тракционная коррекция суставных блокад.

Больным с тяжелой (n=60) и средней (n=86) степенью ХБС, вызванного полирадикулярным синдромом, и выраженной нейропатической болью перед назначением сухого или подводного вытяжения позвоночника необходимо ликвидиро-

вать триггерные зоны в области наложения тянущих приспособлений. После часового отдыха с фиксацией поясницы корсетом пациентам в процедурном кабинете проводились ежедневные (5–10 дней) эпидуральные блокады смесью из 20 мл 0,5% раствора новокаина (при хорошей переносимости использовался 2% раствор новокаина или лидокаина), 2 мл 15% раствора ксантинола никотината, витамина В12 (250–500 мг), лидазы (32–64 ЕД) совместно с глюкокортикоидом (25 мг суспензии гидрокортизона или при отсутствии противопоказаний 1 мл дипроспана). При наличии многоуровневого поражения корешков спондилоартрозом, протрузией дисков и эпидуритом вместо лидазы использовался 1 мл алфлутопа. Всего было проведено 1366 эпидуральных блокад. Анальгезирующее действие начинало проявляться уже после 1–2 введений смеси. Достоверный регресс тяжести вертебрального и корешкового миофасциального болевых синдромов до уровня легкой степени был отмечен у 152 пациентов с легкой и средней степенью проявления НПБ. Тяжелая степень нейропатической корешковой боли устранялась только при длительном ежедневном приеме антидепрессанта прегаболина (лирика) в дозе 75 мг дважды в сутки (3–4 дня), при слабом эффекте дозу увеличивали до 300 мг в день с последующим титрованием дозы до 600 мг при тяжелой степени нейропатической и корешковой боли. На фоне постоянного приема (в течение трех-четырех недель) больших доз лирика тяжелая степень НПБ переходила в среднюю у 48 пациентов, из средней в легкую у 106. 57 из 60 пациентов с легкой степенью болевого синдрома перестали жаловаться на боль и приступили к работе. Существенного улучшения от 10-дневного курсового лечения прегаболином не наблюдалось у 8 из 60 пациентов с тяжелой степенью ХБС, которым было предложено хирургическое лечение.

Таким образом, положительные результаты используемого нами алгоритма консервативного лечения имели место у 96% больных с ХБС пояснично-крестцовой радикулопатии. На хирургическое лечение было направлено 4% пациентов с торпидным течением полирадикулярного синдрома, вызванного многофактор-

ным повреждениям невралических структур и грубым (до 10 мм) вторичным стенозом позвоночного канала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтунбаев Р.А., Саковец Т.Г. Клинический полиморфизм стадии выздоровления при вертеброгенных пояснично-крестцовых радикулярных синдромах // Вертеброневрол. — 2005. — № 1–2. — С. 23–27.
2. Гончаров Д.И., Загоруйко О.И., Гнездилов А.В. и др. Эпидуральные блокады как метод лечения корешковых болевых синдромов поясничной локализации в остром периоде // Боль. — 2009 — № 3 (24). — С. 17–18.
3. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. — М.: Боргес, 2007. — 198 с.
4. Есин Р.Г. Боль: принципы терапии, боль в мануальной медицине /Руководство для врачей. — Казань: Алма-Лит, 2007. — 161 с.
5. Кузнецов В.Ф. Вертеброневрология. Клиника, диагностика, лечение заболеваний позвоночника. — Минск: Книжный дом, 2004. — 640 с.
6. Левин О.С. Применение хондропротекторов в реабилитации больных с хронической болью в спине // Вертеброневрол. — 2006. — № 3–4. — С. 243–244.
7. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 441 с.
8. Тревелл Дж. Г., Симонс Д. Г. Миофасциальные боли и дисфункции/ Руководство. Т. 2. Нижние конечности (пер. с англ.). — М.: Медицина, 2005. — 656 с.
9. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. — Казань: Медицина, 2006. — 520 с.
10. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространенности нейропатической боли, ее причин

и характеристик в популяции амбулаторных больных, обратившихся к врачу-неврологу // Боль. — 2008. — № 3. — С. 24–32.

11. Attal N., Cruccu G., Haanpaa M. et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment neuropathic pain // Eur. J. of Neurology. — 2006. — Vol. 13. — P. 1153–1169.
12. Burton A.K., Balague F., Cardon G. et al. For the COST B13 Working Group on European Guidelines for prevention in Low Back Pain. How to prevent low back pain // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. — 2005. — Vol. 19. — P. 541–555.
13. Cannon D.T., Aprill C.N. Lumbosacral epidural steroid injections // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 2000. — Vol. 81. — P. 87–100.
14. Simotas A.C Nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis // Clin. Orthop. — 2001. — Vol. 384. — P. 153–161.
15. Treede N. et al. Neuropathic pain : redefinition and a grading system for clinical and research purposes. // Neurology. — 2008. — Vol. 70 (18). — P. 1630–1635.

Поступила 01.02.10.

AN ALGORITHM OF CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROME IN LUMBOSACRAL RADICULOPATHY

A.V. Tretyakov, V.P. Tretyakov

Summary.

Analyzed were the clinical and radiological parameters typical of lumbosacral radiculopathy, which occurred on a background of secondary lumbar stenosis. Applied was an algorithm of individual complex effects on pain which allows reducing the severity of chronic radiculargia and in some cases to avoid surgical treatment.

Key words: lumbosacral radiculopathy, algorithm of conservative therapy.

УДК 616.832.14–008.6 : 616.8–009.188.4

НЕЙРОГЕННАЯ ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ ХРОМОТА — КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СТЕНОЗОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шамиль Энверович Богданов, Георгий Александрович Иваничев

Кафедра неврологии и рефлексотерапии (зав. — проф. Г.А. Иваничев) Казанской государственной
медицинской академии

Реферат.

Проведено клинико-радиологическое обследование 44 больных с различными вариантами стенозов позвоночно-двигательного сегмента поясничного отдела позвоночника. Выделен синдром — нейрогенная перемежающаяся хромота, достоверно связанная с анатомической патологией.

Ключевые слова: позвоночно-двигательный сегмент, стеноз позвоночного канала, нейрогенная перемежающаяся хромота.

Позвоночный люмбальный стеноз (ЛС) — врождённое либо приобретённое состояние, приводящее к уменьшению площади поперечного сечения центрального позвоночного канала или каналов спинномозговых нервов и далее к компрессии содержимого канала — корешков спинальных нервов, конского хвоста, сосу-