

отсутствовали местные признаки воспалительного процесса (гиперемия, отечность слизистой оболочки десен, кровоточивость десневых сосочков), исчезало отделяемое и уменьшалась глубина пародонтальных карманов, что приводило к улучшению гигиенического состояния полости рта. Отмечено улучшение (рентгенологический контроль) состояния костной ткани в области поражения десен. Восстанавливалось общее состояние организма: проходили слабость, недомогание, раздражительность, появлялся аппетит и нормализовался сон.

Клинический показатель воспаления РМА в процессе лечения уменьшился по сравнению с контрольной группой на 28,2–61,5% ($p < 0,05$). Индекс гигиены аппроксимальных поверхностей API по сравнению с исходом в процессе лечения снизился на 34,7–83,4% ($p < 0,05$), с контролем – на 24,2–50,4% ($p < 0,05$). При сочетанном введении мексидола в лечении пациентов пятой основной группы индекс кровоточивости SBI и показатель функционального состояния сосудов пародонта значительно улучшались относительно исхода и контроля.

При сравнении показателей до лечения больных уровень МДА уменьшился на 33,6–47,3% ($p < 0,05$). Сравнивая значения параметра с традиционным лечением, можно отметить снижение уровня МДА на 26,9–30,3% ($p < 0,05$). При хроническом генерализованном пародонтите интенсификация свободнорадикальных реакций ПОЛ сопровождалась повышенной активностью фосфолипазы A_2 и каталазы. Во время лечения пародонтита мексидолом активность первого фермента по сравнению с исходом снижалась на 46,3–56,5% ($p < 0,05$), активность каталазы – на 39,1–62,7% ($p < 0,05$). По сравнению с результатами контрольной группы можно отметить высокую эффективность данной терапии. Так, значение показателя фосфолипазы A_2 по сравнению с контролем уменьшалось на 34,7–35,8% ($p < 0,05$), а активность каталазы снижалась на 34,3–53,1% ($p < 0,05$).

Следует отметить и другое, что при комбинации способов введения препарата по ряду исследованных показателей ее эффективность превосходила таковую при использовании какого-то одного пути введения лекарственного средства (вторая и третья основные группы).

Анализируя полученные результаты лечения в представленной группе больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, которым мексидол вводился внутримышечно и путем электрофореза, уста-

новлено, что при данной комбинации эффективность лечения оказалась максимальной. Подчеркнем, что положительные результаты лечения выявлены и на местном, и на организменном уровне. Безусловно, это и явилось той основой, которая позволила указанной схеме терапии в максимальной степени «использовать» фармакологические эффекты исследованного лекарственного средства.

Таким образом, при использовании традиционной терапии хронического генерализованного пародонтита локальные изменения слизистой оболочки десны и нарушения гомеостаза на организменном уровне корригируются медленно и неполно, что обуславливает частые рецидивы заболевания.

Включение в базисную терапию заболевания препарата с антиоксидантным типом действия позволяет повысить эффективность лечения, что проявляется ускоренной положительной клинико-лабораторной динамикой и сокращением сроков лечения больных.

Положительная активность мексидола на ряд патогенетических звеньев изученной патологии основывается на его способности не только уменьшать интенсивность процессов перекисного окисления липидов, но и снижать активность фосфолипазы A_2 .

Наиболее существенные влияния мексидола на исследованные показатели гомеостаза при хроническом генерализованном пародонтите регистрируются при его введении внутримышечно и путем электрофореза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов А. П. Липидмодифицирующий компонент в патогенетической терапии / А. П. Власов, В. Г. Крылов, Т. В. Тарасова [и др.]. – М.: Наука, 2008. – 374 с.
2. Грудянов А. И. Зависимость показателей перекисного окисления в слюне от тактики локального применения диклоран-желе при пародонтите / А. И. Грудянов, В. В. Овчинникова, Л. Е. Серебрякова // Стоматология. – 2002. – № 4. – С. 31–34.
3. Соколова Н. А. Антиоксиданты – новая эра в стоматологии / Н. А. Соколова // Дискус Дентал. – 2004. – С. 55.
4. Улитовский С. Б. Циркулярная зависимость развития заболеваний пародонта / С. Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 2000. – № 4. – С. 55–59.
5. Цепов Л. М. Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта / Л. М. Цепов, В. Г. Морозов, А. И. Николаев // Пародонтология. – 2001. – № 2. – С. 28–31.

Поступила 05.02.2009

В. И. КРЕМИС

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЯСНИЧНЫХ БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ АЛГОРИТМА РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД

Медико-санитарная часть Управления ФСБ России по Краснодарскому краю (стационар), г. Анапа Краснодарского края, ул. Трудящихся, 2. Тел. (86133)22993

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения поясничных болей применением алгоритма регионарных лечебных блокад в процессе комплексного лечения поясничных болей у пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника, а также оценка динамики неврологических показателей поясничных болей и эффективности в системе лечебно-реабилитационных мероприятий. Представленные больные в соответствии с целью исследования были разделены на две группы: первую группу (88 человек) составили пациенты, в лечении которых применялся метод регионарных блокад,

во вторую группу (40 человек) включены пациенты, получавшие стандартное лечение с использованием НПВС и локальной инъекционной терапии. В комплексном лечении пациентов основной группы использовался метод регионарных лечебных блокад: эпидуральная фармакотерапия или паравертебральные корешковые блокады с использованием глюкокортикостероидов и анестетиков; вторая группа получала стандартное лечение НПВП и локальную инъекционную терапию с использованием глюкокортикостероидов и анестетиков. Был использован алгоритм регионарных лечебных блокад у больных вертеброгенными поясничными болями, в котором эпидуральная фармакотерапия и паравертебральные корешковые блокады заняли промежуточное положение между оперативным лечением и стандартными методами терапии. Полученные результаты исследования позволяют утверждать, что регионарные блокады повышают эффективность лечения поясничных болей и позволяют проводить патогенетическую терапию разнообразных вертеброгенных неврологических синдромов.

Ключевые слова: поясничная боль, регионарные блокады, эпидуральная фармакотерапия, паравертебральные корешковые блокады.

V. I. KREMIS

DYNAMICS OF NEUROLOGICAL INTERRELATION OF LUMBAR PAINS IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE DISEASES OF THE SPINE WITH USE OF ALGORITHM OF REGIONAL BLOCKADES IN PROCESS OF TREATMENT

*Medical unit of department FSS Krasnodar region (hospital),
town Anapa, Krasnodar region, Trudyaschihsya street. Tel. (86133) 22993*

The main goal of the study was to rise efficiency of treatment lumbar pains with use of algorithm of regional medical blockades in the process of composite treatment of lumbar pains in patients with degenerative diseases of the spine, and also to estimate dynamics of neurological interrelation of lumbar pains and efficiency in system of medical-rehabilitation measure. According to the goal of the study the patients were divided in two groups: the first group patients (88 people) received treatment with use of method of regional blockades, the second group patients (40 people) got standard treatment with use of NSAID and local injection therapy. Method of regional medical blockades was used in the composite treatment of the first group patients: epidural pharmacotherapy or paravertebral radicular blockades with use of glucocorticosteroids and anesthetics; the second group patients received standard treatment with NSAID and local injection therapy with use of glucocorticosteroids and anesthetics. It was used algorithm of regional medical blockades in patients with vertebro-genetic lumbar pains in which epidural pharmacotherapy and paravertebral radicular blockades occupied intermediate position between surgical treatment and standard methods of therapy. The results of study permit to consider regional blockades raise the efficiency of treatment of lumbar pains and allow to use pathogenetic therapy of various vertebro-genetic neurological syndromes.

Keywords: lumbar pain, regional blockades, epidural pharmacotherapy, or paravertebral radicular blockades.

Поясничная боль не только страдания людей, но и важная социально-экономическая проблема [1, 4, 5, 6, 7, 9]. Неврологические проявления пояснично-го остеохондроза составляют 60–70% среди всех заболеваний периферической нервной системы и являются причиной 70% случаев временной утраты трудоспособности, причем свыше 80% ежегодных трудопотерь приходится на лиц, ранее уже перенесших обострения поясничной боли с временной утратой трудоспособности [2, 3, 4, 5, 6, 7, 12]. По данным страховых компаний США, затраты на диагностику и лечение поясничных болей составляют 8 млрд. дол. в год, на компенсацию нетрудоспособности работающим, инвалидность и судебные издержки – около 14 млрд. дол. в год. Можно утверждать, что синдром боли в пояснице является третьим наиболее дорогостоящим заболеванием после болезней сердца и рака [4, 6, 9, 11, 13].

Медицина предлагает широкий арсенал методов лечения поясничных болей, обусловленных дегенеративными спондилогенными заболеваниями. Однако, несмотря на достигнутые успехи в изучении патогенеза и тактики лечения вертебро-неврологической патологии, данная проблема по-прежнему далека от окончательного разрешения [3, 4, 6, 7, 8, 10].

В связи с актуальностью проблемы была сформулирована цель исследования: повышение эффективности лечения поясничных болей путем применения технологии регионарных лечебных блокад в комплексной терапии больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника, а также оценка динамики неврологических показателей поясничных болей и эффективности в системе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования

На стационарном обследовании и лечении находилось 128 пациентов с различными клиническими синдромами поясничной боли при дегенеративном поражении пояснично-крестцового отдела позвоночника рефлекторного или компрессионного генеза. Представленные больные в соответствии с целью исследования были разделены на две группы: первую группу (88 человек) составили пациенты, в лечении которых применялся метод регионарных лечебных блокад, во вторую группу (40 человек) включены пациенты, получавшие стандартное лечение с использованием НПВС и локальной инъекционной терапии.

В соответствии с клинической картиной в первой группе у 53 человек установлена люмбоишиалгия,

Распределение пациентов по клиническим группам

№ п/п	Группа	Люмбоишалгии			Компрессионные синдромы			Всего
		Мышечно-тонические синдромы	Нейродистрофические проявления	Их сочетание	L ₅	S ₁	L ₅ +S ₁	
1	Основная	19	16	18	10	17	8	88
2	Контрольная	11	8	7	3	6	5	40
3	Итого	30	24	25	13	23	13	128

у 35 человек – радикулопатия, во второй группе люмбоишалгия установлена у 26 человек, а радикулопатия у 14 пациентов (табл. 1)

Средний возраст пациентов составил 46,3±4,8 года. Средняя продолжительность заболевания составила 3,9±0,8 года. В обеих группах с рефлекторными и компрессионными синдромами преобладали мужчины (58,2% из числа больных с рефлекторными синдромами и 59,1% из числа больных с компрессионными синдромами).

Дополнительные методы исследования (рентгенограмма или КТ, МРТ) были использованы у всех 128 (100%) больных.

Всем пациентам основной и контрольной групп проводилось комплексное клинико-неврологическое и нейроортопедическое обследование. Исследование включало в себя:

1. Оценку интенсивности спонтанной боли, боли при движении, степени ограничения двигательной функции по данным визуально-аналоговой шкалы (каждый показатель по 10-балльной шкале: 0 баллов – отсутствие боли, 10 баллов – максимальная боль), отмечался максимальный уровень боли до и после лечения;

2. Определение с помощью пальпации мышечного тонуса паравертебральных мышц люмбосакрального отдела, выделялось три степени повышения мышечного тонуса: 1-я степень – мышца мягкая, палец легко погружается в ее толщу; 2-я степень – мышца умеренной плотности, сопровождающейся мимической реакцией больного, для погружения в нее пальца требуется умеренное усилие; 3-я степень – мышца «каменистая», выраженный гипертонус, резкая болезненность, сопровождающаяся двигательной реакцией больного, ее почти невозможно деформировать пальцами;

3. Оценка объема движений в люмбальном отделе по 4-балльной шкале: 0 баллов – объем движений не ограничен; 1 балл – легкое ограничение; 2 балла – умеренно ограничен; 3 балла – резко ограничен;

4. Определение степени подвижности позвоночника в поясничном отделе производилось по методике И. С. Седина (1954), для измерения объема движений сгибания и разгибания верхний конец сантиметровой ленты фиксируется на уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка. Измеряется «исходная осанка»: расстояние от седьмого шейного позвонка до крестца. При наклоне вперед расстояние между указанными точками увеличивается на 5–7 см, при наклоне назад – уменьшается на 5–6 см;

5. Исследование симптома Ласега, мышечно-тоническая реакция с болевым компонентом в ответ на поднятие ноги больного под определенным углом:

1-я степень (слабо выраженный) – боль интенсивная, имеется защитное сокращение мышц спины, брюшной стенки, таза; по ходу появляется дерматома при поднятии ноги до угла 60°; 2-я степень (умеренно выраженный) – боль появляется при поднятии ноги до угла 45°, возникает резкое защитное сокращение отдельных мышц, умеренная вегетативная реакция; 3-я степень (резко выраженный) – угол поднятия ноги составляет до 30°, возникает генерализованное защитное сокращение мышц, резкая вегетативная реакция;

6. Оценка степени выраженности мышечных уплотнений проводилась с учетом объема: 1-я – единичные участки уплотнения занимают менее 1/3 поперечника мышцы; 2-я – участки уплотнения занимают до 1/2 поперечника мышцы; 3-я – участки уплотнения занимают свыше 1/2 поперечника мышцы;

7. Изучение степени выраженности корешкового синдрома в баллах: 0 баллов – отсутствие симптомов поражения корешка; 1 балл – легкие (субклинические) двигательные либо чувствительные нарушения в зоне иннервации одного или двух корешков, без вегетативно-трофических нарушений; 2 балла – умеренно выраженные двигательные, чувствительные нарушения, незначительно выраженные вегетативно-трофические проявления в зоне иннервации одного или двух корешков; 3 балла – выраженные двигательные, чувствительные и вегетативно-трофические нарушения в зоне иннервации одного или двух корешков.

Для оценки качества жизни больных использовался опросник нарушения жизнедеятельности при поясничной боли Освестри (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) (J. Fairbank, 1980). Опросник состоит из 10 разделов. В каждом из разделов приведено по 6 утверждений. Задача больного – отметить в каждом из разделов то утверждение, которое наиболее близко соответствует его состоянию. Из них каждое первое оценивается в 0 баллов, каждое шестое – в 5 баллов. Полученные данные суммировались, их максимальное число – 50. Полученные данные интерпретировались следующим образом: 0 баллов – нет нарушений; 5–14 баллов – легкие нарушения; 15–24 балла – умеренные нарушения; 25–34 балла – тяжелые нарушения; > 34 баллов – функция нарушена полностью.

Объективизация полученных результатов достигалась в процессе проведения реовазографии нижних конечностей пациентам основной и контрольной групп при поступлении и после проведенного лечения. Для записи РВГ использовали диагностический комплекс «Валента». Исследование проводилось в положении

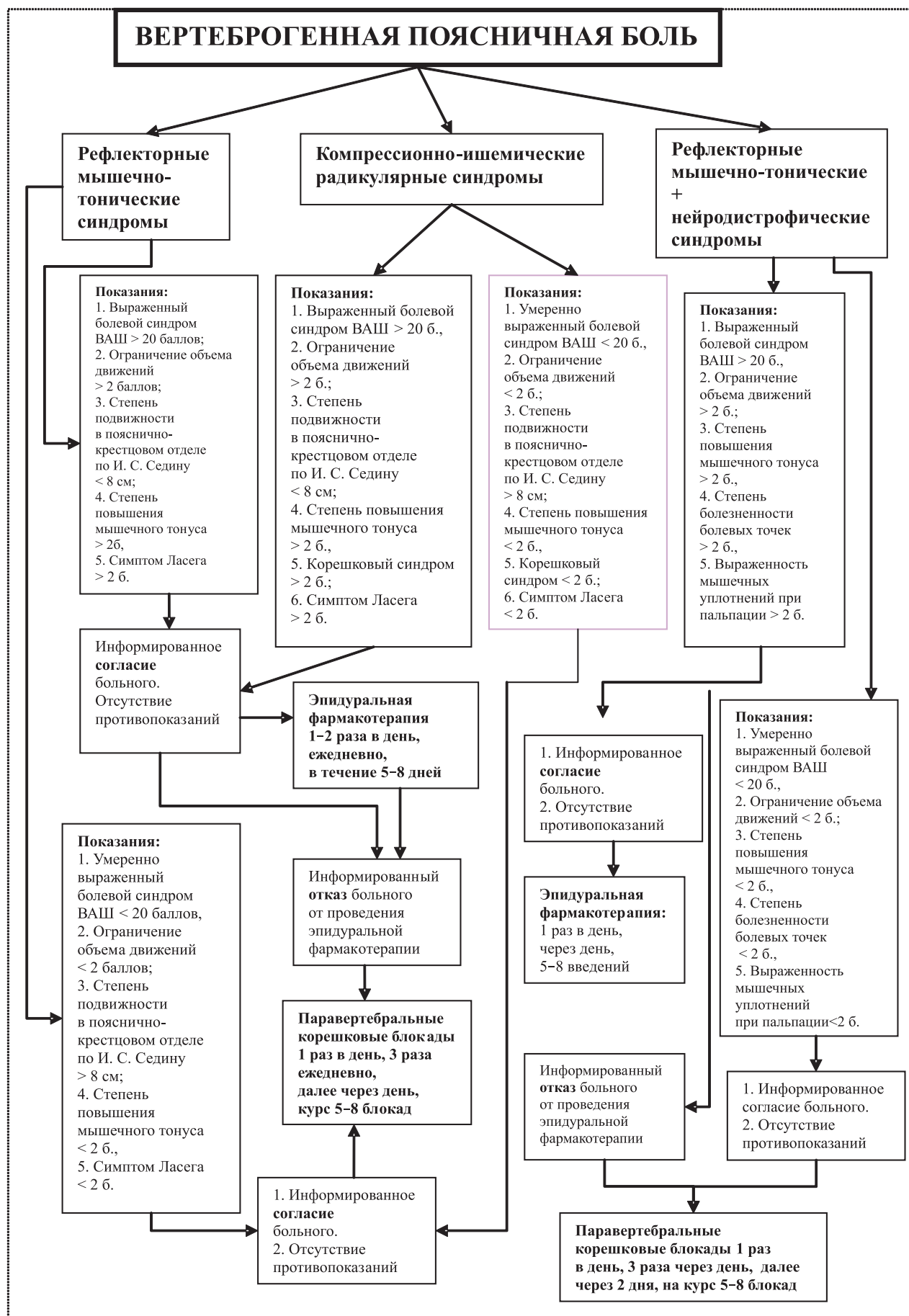


Рис. 1. Алгоритм лечения поясничных болей методом регионарных лечебных блокад у больных дегенеративными заболеваниями позвоночника

лежа с использованием физических проб – до и после вызывания симптома Ласега. С учетом специфики проводимого исследования из стандартных параметров обработки сигнала использовался оптимальный показатель – реографический индекс (норма: РИ голень – 0,13 Ом; стопа – 0,15 Ом) – отношение величины амплитуды реографической волны к величине стандартного калибровочного сигнала; является важнейшим показателем, позволяющим определить относительную величину пульсового кровенаполнения в изучаемом участке сосудистого русла.

Алгоритм применения регионарных лечебных блокад

Пациентам основной и контрольной групп по показаниям назначалась комплексная терапия. В лечении пациентов основной группы использовался метод регионарных лечебных блокад: 1) эпидуральная фармакотерапия – пролонгированное введение смеси 1 мл дипроспана, 20 мл 0,5%-ного раствора маркаина (или 10 мл 2%-ного раствора лидокаина) и 8 мг ксефокама путем временной катетеризации эпидурального пространства; 2) паравертебральные корешковые блокады с использованием 1 мл дипроспана (или 50 мг гидрокортизона), 20 мл 0,5% раствора бупивакаина (или 4 мл 2%-ного раствора лидокаина + 20–60 мл 0,5% раствора новокаина); вторая группа получала стандартное лечение НПВП и локальную инъекционную терапию с использованием глюкокортикостероидов и анестетиков. Со всеми больными было проведено обсуждение преимуществ данного вида лечения, риска развития осложнений и получено согласие на проведение лечебных манипуляций.

Набор для регионарной лечебной блокады включает в себя салфетки для обработки кожи, обкладочный материал, антисептические растворы, а также:

для выполнения паравертебральных корешковых блокад использовались изолированные иглы 22Gx43/4 для стимуляции спинно-мозгового корешка с углом среза 30°, покрытые токонепроводящим материалом на всем протяжении, за исключением последнего миллиметра на конце, и имеющие гибкий пластиковый переходник для присоединения шприца, переходный кабель для подключения электростимулятора «Stimuplex» Dig RC.

Устройство для стимуляции периферических нервов (спинно-мозговых корешков) «Stimuplex» Dig RC с устройством дистанционного управления.

Для проведения эпидуральной фармакотерапии использовался набор для постоянной эпидуральной анестезии «Perfix 400»: эпидуральная игла Tuohi диаметром 16G и длиной 3 дюйма; эпидуральный катетер; адаптер для инъекции из шприца в катетер; антибактериальный фильтр.

Для достижения минимально достаточного и максимально эффективного результата были определены показания и алгоритм применения регионарных лечебных блокад у больных вертеброгенными поясничными болями, в котором эпидуральная фармакотерапия и паравертебральные корешковые блокады заняли промежуточное положение между оперативным лечением и стандартными методами терапии (рис. 1).

В процессе регионарных лечебных блокад использовались следующие схемы лечения:

1. Больным с рефлекторными мышечно-тоническими синдромами:

а) с выраженным болевым синдромом, ВАШ > 20 б., ограничением объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника > 2 б., степенью подвижности в пояснично-крестцовом отделе по И. С. Седину < 8 см, степенью повышения мышечного тонуса > 2 б., выраженным симптомом Ласега > 2 б., при информированном согласии больного на проведение эпидуральной фармакотерапии и отсутствии противопоказаний проводилась эпидуральная фармакотерапия: ежедневно, 1–2 раза в день, в течение 5–8 дней. В случае нежелания больного подвергаться эпидуральной фармакотерапии выполнялись паравертебральные корешковые блокады: 1 раз в день, 3 дня ежедневно, далее через день, курс 5–8 блокад;

б) с умеренно выраженным болевым синдромом, ВАШ < 20 баллов, ограничением объема движений < 2 б., степенью подвижности в пояснично-крестцовом отделе по И. С. Седину > 8 см, степенью повышения мышечного тонуса < 2 б., умеренно выраженным симптомом Ласега < 2 б., при информированном согласии больного и отсутствии противопоказаний выполнялись паравертебральные корешковые блокады: 1 раз в день, 3 дня ежедневно, далее через день, на курс 5–8 блокад.

2. Больным с компрессионно-ишемическими корешковыми синдромами:

а) с выраженным болевым синдромом, ВАШ > 20 б., ограничением объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника > 2 б., степенью подвижности в пояснично-крестцовом отделе по И. С. Седину < 8 см; степенью повышения мышечного тонуса паравертебральных мышц > 2 б., корешковым синдромом > 2 б.; выраженным симптомом Ласега > 2 б., при информированном согласии больного и отсутствии противопоказаний проводилась эпидуральная фармакотерапия: ежедневно, 1–2 раза в день, в течение 5–8 дней. В случае нежелания больного подвергаться эпидуральной фармакотерапии выполнялись паравертебральные корешковые блокады: 1 раз в день, 3 дня ежедневно, далее через день, курс 5–8 блокад;

б) больным с умеренно выраженным болевым синдромом, ВАШ < 20 б., ограничением объема движений < 2 б., степенью подвижности в пояснично-крестцовом отделе по И. С. Седину > 8 см, степенью повышения мышечного тонуса паравертебральных мышц < 2 б., корешковым синдромом < 2 б.; умеренно выраженным симптомом Ласега < 2 б., при информированном согласии больного и отсутствии противопоказаний выполнялись паравертебральные корешковые блокады: 1 раз в день, 3 дня ежедневно, далее через день, на курс 5–8 блокад.

3. Больным, в клинике заболевания которых присутствуют и мышечно-тонические, и нейродистрофические синдромы:

а) с выраженным болевым синдромом, ВАШ > 20 б., ограничением объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника > 2 б., степенью повышения мышечного тонуса > 2 б., степенью болезненности болевых точек > 2 б., выраженностью мышечных уплотнений при пальпации > 2 б., при информированном согласии больного и отсутствии противопоказаний проводилась эпидуральная фармакотерапия: 1 раз в день, через день, 5–8 введений на курс. В случае нежелания больного подвергаться эпидуральной фармакотерапии

выполнялись паравертебральные корешковые блокады: 1 раз в день, 3 раза через день, далее через 2 дня, на курс 5–8 блокад;

б) с выраженным болевым синдромом, ВАШ < 20 б., ограничением объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника < 2 б., степенью повышения мышечного тонуса < 2 б., степенью болезненности болевых точек < 2 б., выраженностью мышечных уплотнений при пальпации < 2 б., при информированном согласии больного и отсутствии противопоказаний выполнялись паравертебральные корешковые блокады: 1 раз в день, 3 раза через день, далее через 2 дня, на курс 5–8 блокад.

При отсутствии улучшения в процессе регионарных лечебных блокад – направление к нейрохирургу.

При отказе больного от проведения регионарных лечебных блокад, или наличии противопоказаний, или минимальной выраженности поясничных болей и сопутствующих нарушений – лечение стандартными методами с использованием НПВС.

Конкретный срок лечения определялся на основании клинических критериев, исходя из желания достичь максимального эффекта у каждого конкретного пациента.

Статистическую обработку материалов проводили с использованием параметрических методик описательной статистики с вычислением средних значений и стандартных отклонений для данных с нормальным распределением. Для сравнения зависимых выборок применялся t-тест Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов основной и контрольной групп в результате проведенного лечения при балльной оценке отмечен положительный эффект различной степени, заключающийся в уменьшении выраженности спонтанной боли, боли при движениях и ограничении двигательной функции. Динамика клинических показателей поясничной боли в основной и контрольной группах на фоне лечения представлена в таблице 2.

Таким образом, результаты проведенного лечения в основной группе выше, чем в контрольной группе.

Как видно из рисунка 2, при суммарной оценке данных ВАШ отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение интенсивности боли в процессе регионарных блокад у большинства больных с рефлекторными синдромами. В основной группе уменьшение интенсивности

Таблица 2

Динамика выраженности болевого синдрома по данным ВАШ у больных основной и контрольной групп, ($M \pm m$)

Группа		Интенсивность спонтанной боли, баллы		Интенсивность боли при движении, баллы		Степень ограничения двигательной функции, баллы	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная	Рефлекторные синдромы	7,6 $\pm$ 1,8	1,7 $\pm$ 1,3*	7,9 $\pm$ 1,7	2,8 $\pm$ 1,7*	7,8 $\pm$ 1,2	2,9 $\pm$ 1,8*
	Компрессионные синдромы	7,9 $\pm$ 1,4	1,8 $\pm$ 1,3*	7,6 $\pm$ 1,4	3,2 $\pm$ 1,8*	7,5 $\pm$ 1,9	3,4 $\pm$ 1,6*
Контрольная	Рефлекторные синдромы	7,6 $\pm$ 2,1	4,2 $\pm$ 1,4	7,7 $\pm$ 1,8	5,0 $\pm$ 1,8	7,4 $\pm$ 1,7	5,3 $\pm$ 2,2
	Компрессионные синдромы	7,8 $\pm$ 1,2	5,2 $\pm$ 2,4	7,4 $\pm$ 1,2	5,4 $\pm$ 2,4	7,3 $\pm$ 1,3	5,8 $\pm$ 2,1

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

Таблица 3

Динамика показателей степени повышения тонуса паравертебральных мышц в пояснично-крестцовом отделе в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Группа		Степень повышения мышечного тонуса	
		До лечения	После лечения
Основная	Рефлекторные синдромы	2,21 $\pm$ 0,67*	0,63 $\pm$ 0,24*
	Компрессионные синдромы	2,23 $\pm$ 0,65*	0,92 $\pm$ 0,27*
Контрольная	Рефлекторные синдромы	2,21 $\pm$ 0,66	1,53 $\pm$ 0,33
	Компрессионные синдромы	2,23 $\pm$ 0,67	1,74 $\pm$ 0,65

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

**Динамика показателей степени выраженности симптома Ласега
в основной и контрольной группах ($M \pm m$)**

Группа		Степень выраженности симптома Ласега	
		До лечения	После лечения
Основная	Рефлекторные синдромы	1,98±0,68	0,39±0,12*
	Компрессионные синдромы	2,0±0,69	0,57±0,11*
Контрольная	Рефлекторные синдромы	1,97±0,68	1,12±0,38
	Компрессионные синдромы	1,99±0,68	1,41±0,39

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

Таблица 5

**Динамика показателей степени выраженности корешкового синдрома
в основной и контрольной группах ($M \pm m$)**

Группа		Степень выраженности корешкового синдрома	
		До лечения	После лечения
Основная	Компрессионные синдромы	2,0±0,88*	0,45±0,09*
Контрольная	Компрессионные синдромы	2,0±0,71	1,14±0,11

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

болевого синдрома достигло 7,4 балла. В контрольной же группе у пациентов с рефлекторными синдромами на фоне проведенного стандартного лечения с использованием НПВП и локальной инъекционной терапии интенсивность боли снизилась до 14,5 балла.

Как видно из рисунка 3, при суммарной оценке данных ВАШ отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение интенсивности боли в процессе регионарных блокад у большинства больных с компрессионными синдромами. В основной группе уменьшение интенсивности болевого синдрома достигло 8,4 балла. В контрольной же группе у пациентов с рефлекторными синдромами на фоне проведенного стандартного лечения с использованием НПВП и локальной инъекционной терапии интенсивность боли снизилась до 16,4 балла.

В контрольной группе динамика болевого синдрома была менее выраженной, и более отчетливое улучшение отмечалось у больных с рефлекторными синдромами.

В процессе исследования выявлена закономерность – болевой синдром в процессе регионарных блокад регрессировал значительно в тех случаях, когда боли до начала лечения носили характер выраженных, изнуряющих, резко ограничивающих жизнедеятельность пациента. Очевидно, это связано с тем, что чем длительнее существует боль, тем больше ноциогенных структур объединяется в ноциогенные зоны, формируя клиническую картину поясничной боли.

В процессе регионарных блокад удалось добиться значительного регресса тонуса паравертебральных мышц. Динамика данных показателей приведена в таблице 3.

Изучение изменений степени выраженности симптома Ласега в процессе лечения показало, что наиболее существенное уменьшение данного показателя

отмечено у пациентов первой группы, причем у пациентов с рефлекторными синдромами регресс степени выраженности симптома Ласега был более значительным (табл. 4).

Положительная динамика достоверно отмечалась у пациентов с компрессионными синдромами в обеих группах в виде уменьшения степени выраженности двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических нарушений, варьировавших от незначительных изменений характера болей и зоны распространения расстройств чувствительности и парестезий до полного регресса проявлений радикулопатии. При этом абсолютным показателем эффективности регионарных лечебных блокад у больных с корешковыми синдромами в основной группе явилось достоверное улучшение показателей степени выраженности корешкового синдрома. Динамика данного показателя представлена в таблице 5.

В процессе регионарных лечебных блокад было установлено положительное влияние метода на степень нарушения жизнедеятельности при поясничной боли, несколько более существенное у пациентов с компрессионными корешковыми синдромами. Динамика изменения степени нарушения жизнедеятельности при поясничной боли у пациентов основной и контрольной групп на фоне лечения приведена в таблице 6.

В данном случае положительная динамика показателей психологической дезадаптации в процессе регионарных лечебных блокад связана с быстрейшим началом регрессирования обострения и последующим, значительным или полным, устранением болевого синдрома с восстановлением привычной жизнедеятельности.

По данным реовазографического исследования, у пациентов основной группы была отмечена

Таблица 6

**Средние показатели оценки степени нарушения жизнедеятельности
при поясничной боли у пациентов основной и контрольной групп ($M \pm m$)**

Группа		Показатель оценки нарушения жизнедеятельности, баллы	
		До лечения	После лечения
Основная	Рефлекторные синдромы	19,67±5,54	7,12±3,34*
	Компрессионные синдромы	22,88±4,95	9,85±2,91*
Контрольная	Рефлекторные синдромы	19,58±5,65	14,47±4,63
	Компрессионные синдромы	22,51±4,85	17,96±4,78

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

Таблица 7

**Динамика параметров реографического индекса
при реовазографии нижних конечностей с применением
функциональной пробы в основной и контрольной группах ($M \pm m$)**

Группа	Синдром	Область	Проба Ласега	РИ, Ом	РИ, Ом
				До лечения	После лечения
Основная	Рефлекторный	Голень	До	0,10±0,02	0,13±0,03*
			После	0,08±0,02	0,12±0,01*
		Стопа	До	0,13±0,02	0,15±0,04*
			После	0,11±0,02	0,14±0,03*
	Компрессионный	Голень	До	0,09±0,02	0,12±0,03*
			После	0,09±0,02	0,11±0,02*
		Стопа	До	0,11±0,02	0,14±0,04*
			После	0,09±0,02	0,13±0,03*
Контрольная	Рефлекторный	Голень	До	0,10±0,02	0,11±0,01
			После	0,9±0,02	0,10±0,01
		Стопа	До	0,12±0,02	0,13±0,02
			После	0,11±0,02	0,11±0,02
	Компрессионный	Голень	До	0,10±0,02	0,11±0,02
			После	0,07±0,02	0,08±0,02
		Стопа	До	0,12±0,02	0,13±0,03
			После	0,09±0,02	0,11±0,03

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

достоверная положительная динамика реографического индекса (табл. 7). Использование симптома Ласега в качестве функциональной пробы позволило не только подтвердить спондилогенный характер процесса, но и выявить скрытую патологию в обеих группах у больных с рефлекторными и компрессионными синдромами.

Как видно из таблицы 7, у пациентов основной группы отмечается статистически достоверное повышение реографического индекса, в большей степени выраженное у больных с рефлекторными синдромами.

В контрольной группе также отмечена положительная динамика реографического индекса, однако статистическую значимость сдвигов значений установить не удалось.

С учетом того, что в сложном патогенезе поясничного болевого синдрома наиболее четко выступают реактивно-воспалительные и ирритативные процессы оболочечно-корешковых структур эпидурального пространства, а также структур связочного аппарата, становится очевидным, что на эти звенья патологической алгической системы оказывают благотворное влияние регионарные лечебные блокады путем устранения ноциогенных свойств отмеченных структур. Саногенетический эффект при регионарном введении лекарственных веществ обусловлен уменьшением реактивно-воспалительных изменений мозговых оболочек, исчезновением отека и гипоксии корешков, восстановлением ликвородинамических нарушений в зоне дискордикулярного конфликта. Это связано с

широким спектром действия гормонов, которые обладают выраженным противовоспалительным эффектом, подавляют развитие соединительной ткани, стабилизируют мембраны, снижают уровень цитокинов, простагландинов, ингибируют клеточный и гуморальный ответ, блокируют проведение болевых импульсов по С-волокам, действуют на уровне генов, кодирующих синтез белков, участвующих в развитии воспаления; анестетики прерывают поток патологической афферентации в центральную нервную систему, восстанавливая корково-подкорковые взаимоотношения, прерывают патологический сенсомоторный рефлекс, оказывают блокирующее влияние на нервные струк-

туры эпидурального пространства (рецепторы надкостницы, связок, фиброзного кольца, сосудов; корешки спинно-мозговых нервов, узлы пограничного ствола); ксефокам (лорноксикам) вызывает высокий анальгетический эффект за счет мощного ингибирования ЦОГ-2, а также торможения образования интерлейкина-6 и синтеза оксида азота.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что регионарные блокады не только в значительной степени способствуют уменьшению боли, но и приводят к исчезновению зафиксированных постуральных реакций поясничных мышц, препятствуют закреплению распространенной и ограниченной патологической



Рис. 2. Динамика показателей интенсивности боли в процессе лечения больных с рефлекторными синдромами в основной и контрольной группах

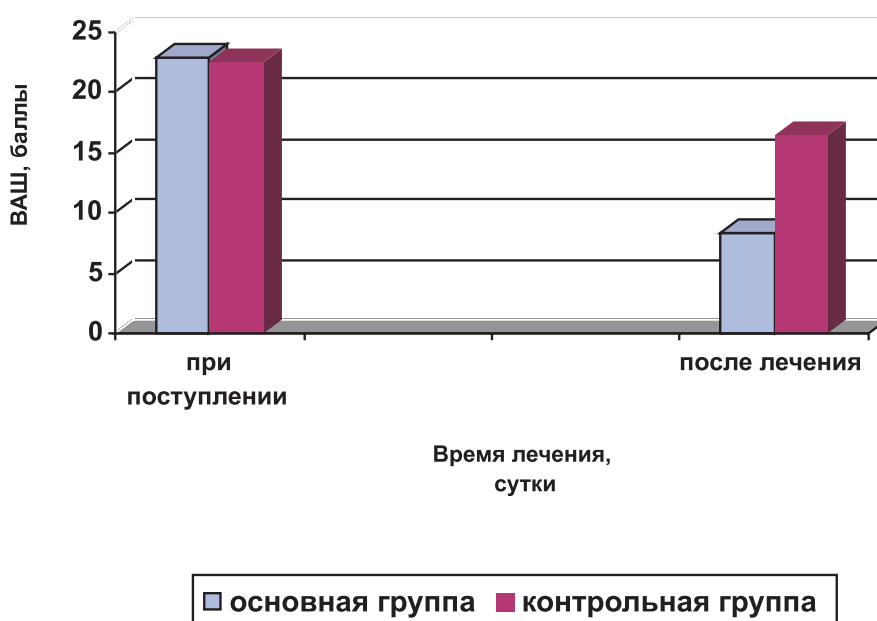


Рис. 3. Динамика показателей интенсивности боли в процессе лечения больных с компрессионными синдромами в основной и контрольной группах

миофиксации, оптимизируют сегментарные мышечно-тонические, а также локальные фиксационные рефлексы за счет изменения соотношения афферентных импульсов, включая проприоцептивные, торможения центрального звена рефлекторного пути, улучшения состояния исполнительного аппарата – позвоночных мышц и, как результат, уменьшению тонуса паравертебральной мускулатуры.

Согласно концепции «двойного сдавления» приведенные данные свидетельствуют о безусловно положительном влиянии регионарных лечебных блокад на механизмы компрессии нервного волокна на уровне межпозвоночного отверстия, восстанавливающим в нем аксоплазматический ток, восполняющем дефицит трофических факторов и тем самым уменьшающем чувствительность этого волокна к сдавлению на периферии.

Проведенные реовазографические исследования указывают на грубую спастико-атоническую дистонию с преобладанием спазма на стороне поражения при компрессионных корешковых синдромах и менее грубую – при рефлекторных синдромах, с одной стороны, а с другой – говорят о положительном влиянии регионарных лечебных блокад на вертеброгенные вазомоторные реакции с улучшением периферического кровообращения в нижних конечностях. Полученные результаты могут быть объяснены выключением рефлекторных влияний на вегетативно-сосудистые реакции из вертебральных очагов патологической импульсации.

Следует отметить, что эффективность регионарных лечебных блокад у больных с рефлекторными синдромами выше, чем у пациентов с компрессионными радикулярными синдромами.

Таким образом, регионарные блокады повышают эффективность лечения поясничных болей и позволяют проводить патогенетическую терапию разнообразных вертеброгенных неврологических синдромов, включающих рефлекторные, компрессионные, мышечно-дистонические синдромы, нейродистрофические изменения в мышцах, связках, костно-суставном аппарате и др., устраняют болевой синдром с восстановлением привычной жизнедеятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В. В., Яхно Н. Н. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Издание четвертое, переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 2005. – С. 107–124.
2. Антонов И. П., Гиткина Л. С. К характеристике трудотерии при заболеваниях периферической нервной системы // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1987. – № 4. – С. 481–485.
3. Веселовский В. П., Михайлов М. К., Самитов О. Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. – Издательство Казанского университета. – 1990. – С. 174–176, 180–192.
4. Есин Р. Г. Боль: принципы терапии, боль в мануальной медицине. Руководство для врачей. – Казань, 2007. – С. 4–5.
5. Макаров А. Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. Руководство для врачей. Издание третье, исправленное и дополненное. – Санкт-Петербург: «Медлайн-Медиа», 2006. – С. 447–449.
6. Назаров В. М., Богомолов С. Д., Трошин В. Д., Жилыев Е. А. Эпидуральная фармакотерапия боли. Практическое руководство для врачей. – Нижний Новгород: издательство НГМА. – 2001.
7. Назаренко Г. И., Героева И. Б., Черкашов А. М., Рухманов А. А. Вертеброгенная боль в пояснице. Технология диагностики и лечения. Учебное пособие для слушателей системы последипломного образования. – М.: Медицина, 2008. – С. 11–21.
8. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертебро-неврология). Руководство для врачей. 3-е издание, переработанное и дополненное. – М.: «МЕДпресс-информ», 2003. – С. 351–370.
9. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство для врачей. – М.: «МЕДпресс-информ», 2005. – С. 209–211.
10. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника. Издание 3-е, стереотипное. – Казань, 2003. – С. 51–52, 340–409.
11. Шустин В. А., Парфенов В. Е., Топтыгин С. В., Труфанов Г. Е., Щербук Ю. А. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. Санкт-Петербург: Фолиант, 2006. – С. 7–9.
12. Kelsey J. L. et al. The impact of musculoskeletal disorders on the population of the United States. J. Bone Surg. – 1979.
13. Gureje O., Simon G. E., Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. Pain. – 2001. – Vol. 92. – P. 195–200.

Поступила 10.02.2009

В. В. КУСАЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ВИФЕРОНА ПРИ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: mclinika@mail.ru*

Работа посвящена проблеме герпес-вирусных инфекций (ГВИ) в акушерской практике. Цель исследования – оценка эффективности терапии ГВИ у беременных, находящихся в пенитенциарной системе, для профилактики внутриутробного инфицирования новорожденных. Ретроспективно проанализирована 1781 история болезни женщин, проходивших лечение в 2006–2009 гг. и находящихся в пенитенциарной системе. Для повышения эффективности терапии группе беременных на фоне базисного лечения назначили виферон. Показана высокая эффективность данных методик, что отражалось в более благоприятном течении беременности и низкой частоте заболеваемости у новорожденных.

Ключевые слова: цитомегаловирус, вирус простого герпеса, беременность, виферон.