

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

*Кафедра неврологии
Ставропольской государственной медицинской академии,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310,
тел. 89624001553. E-mail: irisha2801@yandex.ru*

В работе изложены основные принципы диагностики и лечения больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами. Приведен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 100 пациентов с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами. Доказана целесообразность назначения комплекса антидепрессантов в сочетании с антиконвульсантами больным с хроническим вертеброгенным болевым синдромом. Обосновано, что лечение больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами должно быть комплексным в зависимости от степени выраженности болевых проявлений.

Ключевые слова: габапентин, amitriptiline, вертеброгенный болевой синдром.

I. A. VYSHLOVA

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC VERTEBROGENIC PAIN SYNDROMES

*Neurology department Stavropol state medical academy,
Russia, 355017, Stavropol, street of the World, 310,
tel. 89624001553. E-mail: irisha2801@yandex.ru*

In work the basic principles of diagnostics and treatment of patients with chronic vertebrogenic pain syndromes are stated. The comparative analysis of results of diagnosis and treatment of 100 patients with chronic vertebrogenic pain syndromes is provided. Expediency of purpose of a complex of antidepressants anticonvulsants is proved to patients with a chronic vertebrogenic pain syndrome. It is proved that treatment of patients with chronic vertebrogenic pain syndromes should be complex depending on degree of expressiveness of painful manifestations.

Key words: gabapentin, amitriptyline, vertebrogenic pain syndrome.

Боль в спине — это целая группа заболеваний, объединенных общностью проявлений, и одна из наиболее актуальных проблем здравоохранения. По данным Европейского эпидемиологического исследования, частота встречаемости хронических неонкологических болевых синдромов в странах Западной Европы составляет около 20% [7].

Формирование болевого ощущения опосредуется структурами ноцицептивной системы [4, 6, 9]. Ощущение боли формирует целый комплекс защитных реакций, направленных на устранение повреждения.

По механизму возникновения различают следующие виды боли: ноцицептивная, невропатическая, психогенная (психалгия) и смешанная. Боли в спине могут быть связаны с любым из этих механизмов или даже с их комплексом.

Согласно определению экспертов Международной ассоциации по изучению боли к хронической боли относят боль длительностью более трех месяцев и продолжающуюся сверх нормального периода заживления тканей [8]. Хроническую боль стали рассматривать не как симптом какого-либо заболевания, а как самостоятельную болезнь, требующую особого внимания и комплексного этиопатогенетического лечения.

Для профилактики хронификации острой скелетно-мышечной боли в спине необходимо как можно раньше начать обезболивающую терапию и ограничить нагрузку на пораженный отдел позвоночника.

Обычно применяются препараты для симптоматического лечения боли (прежде всего нестероидные противовоспалительные препараты). Необходимо отметить, что НПВП не рекомендуются для применения более 10–14 дней. Если недельный курс приема препарата не купирует болевой синдром, то это должно побудить врача пересмотреть тактику лечения. Для воздействия на патогенетические механизмы хронификации боли в спине (прежде всего на мышечный спазм) также используют миорелаксанты. При недостаточной эффективности НСПВС в сочетании с миорелаксантами возможно кратковременное (7–10 дней) назначение слабых наркотических анальгетиков. При отсутствии противопоказаний желательно дополнить лечение немедикаментозной терапией: тепловыми физиопроцедурами, мануальной терапией, массажем, ЛФК [1, 3, 5].

Дополнительным эффективным консервативным методом терапии скелетно-мышечных болей в спине на любом этапе лечения оказывается локальное инъекционное введение (блокада) кортикостероидов (например, бетаметазона) в очаг воспаления или дегенеративно-дистрофического процесса.

Невропатический болевой синдром встречается у 90% пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией и определяет более тяжелое и длительное течение заболевания, дезадаптируя пациента. При хроническом течении болевого синдрома, имеющем

нейропатический генез, применяются препараты из разряда антидепрессантов и антиконвульсантов [1, 2].

Одним из антиконвульсантов последнего поколения с минимальным количеством побочных эффектов является габапентин, структурно близкий к гамма-аминомасляной кислоте (ГАМК) – нейротрансммиттеру, участвующему в торможении передачи и модуляции боли [2].

Ввиду сложностей выбора адекватного, патогенетически обоснованного, комплексного лечения хронического вертеброгенного болевого синдрома была сформулирована цель исследования: определение роли антидепрессантов и антиконвульсантов в комплексной терапии больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами, в т. ч. рефлекторными, оценка эффективности данных препаратов по сравнению с симптоматической терапией.

Материалы и методы

В исследование было включено 100 пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами, из которых 40 человек (40%) составили контрольную группу, пациенты которой получали симптоматическую терапию с использованием анальгетиков, НПВП, миорелаксантов, препаратов, улучшающих микроциркуляцию и трофику тканей, физиотерапевтическое лечение, рефлексотерапию, массаж. 60 человек (60%) составили основную группу, больные которой в дополнение к симптоматическому лечению получали антидепрессанты в сочетании с антиконвульсантами (габапентин по схеме: 1-й день – 300 мг на ночь, 2-й день – 300 мг 2 раза в день (обед, вечер), 3-й день и последующие – 300 мг 3 раза в день (утро, обед, вечер) в сочетании с амитриптилином в дозе 12,5 мг 3 раза в день). Все больные находились на этапе обострения хронического вертеброгенного болевого синдрома и проходили лечение в условиях неврологического отделения. Обследование больных проводилось до лечения, через 2 недели, 1 месяц и 2 месяца с момента поступления.

Комплекс обследования больных включал:

1. Оценку неврологического дефицита (выявление двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических расстройств) с определением признаков заинтересованности определенного корешка;
2. Оценку степени выраженности болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (1–3 балла – легкий болевой синдром, 4–6 баллов – умеренный болевой синдром, 7–9 баллов – выраженный болевой синдром, 10 баллов – нестерпимая боль);
3. Рентгенографию позвоночника с функциональными пробами;
4. Компьютерную томографию;
5. Магнитно-резонансную томографию;
6. Электромиографию и электронейромиографию.

Среди 60 пациентов основной группы было 39 мужчин (65%) и 21 женщина (35%), из них у 43 человек (72,3%) были диагностированы рефлекторные синдромы: люмбаго – у 3 пациентов (5%), люмбалгия – у 18 больных (30%), люмбоишалгия – у 22 больных (37%). У 17 пациентов (27,7%) – радикулопатии. Средний возраст пациентов в данной группе составил $53,5 \pm 18,5$ года.

В контрольной группе из 40 пациентов было 26 мужчин (65%), 14 женщин (35%). Среди них рефлекторные синдромы отмечены у 28 человек (71%): люмбаго – у 2 пациентов (5%), люмбалгия – у 12 больных (30%), люмбоишалгия – у 14 больных (35%), радикулопатии – у 12 человек (29%). Средний возраст пациентов в данной группе составил 53 ± 17 лет.

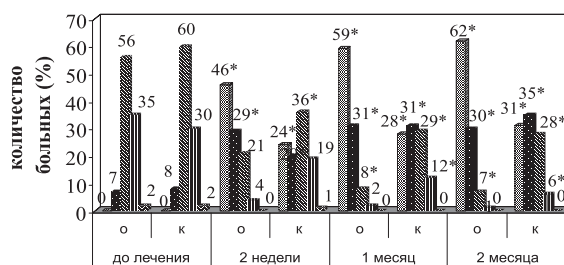
Данные о распределении больных по синдромам представлены в таблице.

При рентгенографическом исследовании у всех больных определялись различной степени выраженности дегенеративно-дистрофические изменения позвоночных структур. Проведенное нейровизуализационное исследование (КТ, МРТ) выявило у большинства больных дегенеративные изменения межпозвонковых дисков (протрузия, грыжа диска), чаще у больных с радикулопатиями, реже – с рефлекторными болевыми синдромами.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный анализ результатов комплексной терапии у больных исследуемых групп показал достоверное уменьшение болевого синдрома, а также более быстрый регресс симптомов натяжения у пациентов основной группы по сравнению с больными контрольной группы.

Динамика болевых проявлений на протяжении 2 месяцев представлена на рисунке 1.



■ отсутствие боли ■ легкая ■ умеренная ■ сильная ■ сильнейшая

Рис. 1. Динамика болевых проявлений на протяжении 2 месяцев у пациентов основной и контрольной групп

Примечание: * $P < 0,05$.

Характеристика больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами

Тип болевого синдрома	Основная группа (n=60)	Контрольная группа (n=40)	Всего (n=100)
Люмбаго	3 (5%)	2 (5%)	5 (5%)
Люмбалгия	18 (30%)	12 (30%)	30 (30%)
Люмбоишалгия	22 (37%)	14 (35%)	36 (36%)
Радикулопатии	17 (27,7%)	12 (29%)	29 (29%)
Всего	60 (60%)	40 (40%)	100 (100%)

Из данных рисунка 1 видно, что у пациентов основной группы наблюдался достоверный ($p < 0,05$) регресс болевого синдрома в более короткие сроки, с преобладанием в его структуре легких форм по сравнению с больными контрольной группы уже к концу второй недели лечения.

Динамика регресса симптомов натяжения у пациентов исследуемых групп представлена на рисунке 2.

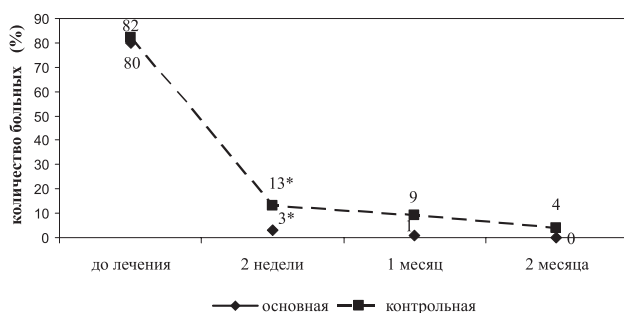


Рис. 2. Динамика симптомов натяжения на протяжении 2 месяцев у пациентов основной и контрольной групп

Примечание: * $P < 0,05$.

Из рисунка 2 видно, что на фоне проводимой терапии у пациентов обеих групп происходило достоверное снижение симптомов натяжения к концу второй недели лечения, наиболее выраженное у пациентов основной группы.

Проведенное исследование свидетельствует о целесообразности включения в лечебно-профилактические мероприятия комплекса антидепрессантов с антиконвульсантами, так как данное сочетание позволяет добиться более длительного, стойкого эффекта в терапии хронического вертеброгенного (в т. ч. рефлектор-

ного) болевого синдрома с одновременным снижением побочных эффектов по сравнению с симптоматической терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В. В., Баринев А. Н., Кукушкин М. Л., Подчуфарова Е. В., Строков И. А., Яхно Н. Н. Боль: Руководство для врачей и студентов / Под ред. Н. Н. Яхно. — М.: «МедПресс», 2009. — 302 с.
2. Данилов А. Б., Жаркова Т. Р. Хроническая радикулопатия: новые возможности терапии // Русский медицинский журнал — специальный выпуск «Болевой синдром». — 2010. — № 18. — С. 15–19.
3. Европейские рекомендации по лечению неспецифической боли в пояснично-крестцовой области в условиях первичной медицинской помощи: Реферат под науч. ред. Н. Н. Яхно, Е. В. Подчуфаровой. — М.: Практическая медицина, 2010. — 24 с.
4. Кукушкин М. Л., Хитров Н. К. Общая патология боли. — М.: Медицина, 2004. — 144 с.
5. Павленко С. С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клинично-диагностическая классификация, современные направления в диагностике, лечении и стандартизации медицинской помощи): Руководство. — Новосибирск: Сибмедииздат НГМУ, 2007. — 172 с.
6. Решетняк В. К., Кукушкин М. Л. Боль: физиологические и патофизиологические аспекты // В кн.: Актуальные проблемы патофизиологии. Избранные лекции / Под ред. Б. Б. Мороза. — М.: Медицина, 2001. — С. 354–389.
7. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment // European journal of pain. — 2006. — V. 10. — P. 287–333.
8. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms/prepared by International Association for the Study of Pain, Task Force on Taxonomy / Editors H. Merskey, N. Bogduk. 2 nd ed. — Seattle: IASP Press, 1994. — 222 p.
9. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 5 th / Edition S. B. McMahon, M. Koltzenburg (Eds). — Elsevier Churchill Livingstone, 2005. — 1239 p.

Поступила 25.04.2012

Н. П. ГОРБАТЕНКО, Е. В. ДОРОХОВ, В. Н. ЯКОВЛЕВ, А. В. КАРПОВА

ВЛИЯНИЕ СПЕЛЕОКЛИМАТОТЕРАПИИ НА ОБРАЗОВАНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСОВ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Кафедра нормальной физиологии

Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, Россия, 394000, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10, тел. 8-4732-52-78-80

Особое место среди различных травмирующих влияний на студента занимает психоэмоциональный стресс, вызывающий нарушения в поведении человека, в психологических реакциях и в функциональной деятельности его центральной и вегетативной нервной системы [1]. Период острой адаптации, согласно мнению ряда исследователей, падает на I–II курсы вуза [2]. Данный факт подчеркивает актуальность поиска методов профилактики и коррекции нарушений психовегетативных показателей, связанных с воздействием психоэмоционального стресса. Спелеоклиматотерапия — немедикаментозный метод воздействия на организм, основанный на адаптации к микроклимату спелеоклиматических камер. Для исследования взаимоотношений психологических показателей и вегетативного статуса проведен корреляционный анализ изучаемых показателей до и после курса спелеоклиматотерапии. После курса спелеоклиматотерапии выявлено снижение выраженности психологических и вегетативных проявлений стресса. Полученные данные позволяют рекомендовать данный метод в качестве профилактики нарушений, связанных с психоэмоциональным стрессом.

Ключевые слова: спелеоклиматотерапия, психоэмоциональный стресс, тревожность, вегетативный статус.