



УДК 616.74:(617.559+616.833.58)

МНОГОАСПЕКТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЛЮМБОИШИАЛГИЯМИ

М.З. Сабирова, Р.А. Алтунбаев,

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Сабирова Миляуша Зуфаровна – e-mail: milya_doc@mail.ru

В статье рассматриваются проблемы многосторонней оценки болевого мышечного синдрома у больных с люмбоишиалгией. Показана значимость состояния тревожного и депрессивного компонента и нейропатических механизмов для формирования болезненных мышечных нарушений.

Ключевые слова: боль в спине, люмбоишиалгия, болевой мышечный синдром.

The article deals with the issue of multilateral assessment of muscle pain syndrome in patients with sciatica. The significance of anxiety and depressive component and neuropathic mechanisms for the formation of painful muscular disorders. The study revealed that the manifestations of muscle syndrome are diverse in topics and severity.

Key words: back pain, sciatica, muscle pain syndrome.

Введение

Проблема боли в спине, обусловленной заболеваниями позвоночника, является одной из актуальных в современной неврологии. Анатомические структуры пояснично-крестцового отдела позвоночника хорошо иннервированы, поэтому источником возникновения боли может быть любое анатомическое образование. Ощущение боли связано с акти-

вацией ноцицепторов в поврежденных структурах. Раздражение ноцицепторов передается в центральную нервную систему и вызывает комплекс физиологических и психологических реакций, формирующих ощущение боли, и соответствующие рефлексорные и поведенческие изменения. Среди прочих соматовегетативных реакций развивается более или менее локализованный мышечный спазм, пред-

ставляющий собой защитный физиологический феномен, ограничивающий подвижность пораженного отдела позвоночника. Спазм вызывает формирование зон локальных функциональных и морфологических изменений в мышцах (триггерных зон), также вызывающих боль – миодистрофический, или миофасциальный, синдром. Очень часто именно спазмированные мышцы становятся причиной боли, что запускает вторичный «болевого круга», сохраняющийся в течение длительного времени за счет нейрональных механизмов путем активации нервных путей на периферии [1–6].

Целью исследования явилось изучение особенностей болевого мышечного синдрома у больных с различными видами люмбоишалгий (ЛИ).

Материал и методы

Было обследовано 40 больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми болевыми синдромами. Из них 12 мужчин (30%) и 28 женщин – (70%). Обследование и наблюдение пациентов проводилось в стационарных условиях. Всем больным было проведено клинко-неврологическое исследование, психологическая оценка по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Неврологическое обследование проводилось по общепринятой методике со стандартной оценкой выявленных невралических нарушений [7–9]. Вертебрологическое исследование проводилось по методике, представленной Г.А. Иваничевым (2005), Ф.А. Хабировым (2006) [2, 10].

При оценке радикулопатических нарушений корешковыми нарушениями квалифицировались расстройства с парезами в мышцах соответствующего миотома, снижением поверхностной или глубокой чувствительности, нарушением рефлекторной деятельности, признаками гипотрофии и гипотонии в пораженных мышцах. Характер морфологических вертебральных и невралических вертеброгенных повреждений был верифицирован с помощью МРТ-исследования. С целью многоаспектной оценки состояния скелетных мышц использовалось кинестезическое исследование, которое позволило определить тонус мышц (Т), гипотрофию (ГТ), количество пальпируемых болезненных узелков (КУ), болезненность мышц (Б), продолжительность болезненности (ПБ), степень иррадиации боли при пальпации (СИ). Для количественного выражения полученных при исследовании данных применялся индекс мышечного синдрома (ИМС), определяемый суммой баллов субъективных и объективных признаков. Количественное выражение высчитываемых показателей в баллах приведено в таблице 1, основу которой составляют наиболее значимые в клинике мышечного синдрома признаки. Таким образом,

$$\text{ИМС} = \text{ВСБ} + \text{Т} + \text{ГТ} + \text{Б} + \text{ПБ} + \text{СИ} + \text{КУ}.$$

В норме ИМС = 1 (у здорового тонус мышц равен 1). Применение ИМС возможно для характеристики отдельных мышечных групп, вовлеченных в патологический процесс. На основании ИМС выделено 3 степени тяжести мышечного синдрома: 1-я – легкая – до 8 баллов; 2-я – средняя – от 9 до 15 баллов; 3-я – тяжелая – более 15 баллов [10].

Для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики использовалась шкала разработанная Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г. Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики, и обслужи-

вающих 2 подшкалы: «тревога» (нечетные пункты) и «депрессия» (четные пункты). Варианты ответов отражают градации выраженности признака и кодируются по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений: 0–7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Результаты и их обсуждение

По результатам клинко-неврологического исследования, психологической оценки по госпитальной шкале тревоги и депрессии и методов лучевой визуализации больные были распределены на четыре группы, представленные в таблице 2.

ТАБЛИЦА 1.

Количественная характеристика мышечного синдрома

Признаки мышечного синдрома	Баллы
1. Выраженность спонтанных болей (ВСБ):	
- в покое болей нет, появляются при нагрузке	1
- незначительные в покое, усиливаются при движении	2
- боли в покое, нарушается сон, вынужденная поза	3
2. Тонус мышц (Т):	
- палец легко погружается в мышцу	1
- для погружения требуется определенное усилие	2
- мышца каменной плотности	3
3. Гипотрофия мышц (ГТ):	
- гипотрофия околоуставных мышц	1
- во всей конечности	2
- распространяется и на туловище	3
4. Количество узелков миофиброза (КУ):	
- в мышце определяется 1-2 узелка	1
- пальпируется 3-4 узелка	2
- пальпируется больше 4 узелков	3
5. Болезненность мышц (Б):	
- при пальпации больной говорит о наличии боли	1
- ответ на пальпацию мимической реакцией	2
- ответ на пальпацию двигательной реакцией	3
6. Продолжительность болезненности (ПБ):	
- болезненность прекращается сразу	1
- продолжается до 1 минуты	2
- продолжается больше 1 минуты	3
7. Степень иррадиации боли при пальпации (СИ):	
- болезненность локализуется на месте пальпации	1
- распространяется на рядом расположенные ткани	2
- на отдаленные области	3

ТАБЛИЦА 2.

Показатели по госпитальной шкале тревоги и депрессии у больных с радикулярными и нерадикальными люмбоишалгиями

Самая представительная из групп – больные без клиниче-

Всего 40 больных	Клинически значимые показатели по госпитальной шкале тревоги и депрессии	Нормальные показатели по госпитальной шкале тревоги и депрессии
Больные с радикулярной люмбоишалгией	1-я группа	2-я группа
	11 (27,5%)	8 (20%)
Больные с люмбоишалгией без радикулярных нарушений	3-я группа	4-я группа
	12 (30%)	9 (22,5%)

ских признаков повреждения корешка, имеющие высокие показатели по госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Возможно, это объясняется коморбидностью боли и депрессии. Частота депрессии при хронической боли варьирует от 10 до 100%. Наибольшие споры вызывает не сам факт коморбидности боли и депрессии, а причинно-следственные взаимоотношения между ними. Рассматриваются три возможных варианта: хроническая боль является причиной депрессии, депрессия повышает восприимчивость к боли, хроническая боль и депрессия связаны общими патогенетическими механизмами [11]. Вторая по численности группа, включающая больных с клиническими признаками компрессии корешка и клинически значимыми показателями по госпитальной шкале тревоги и депрессии, имела для формирования болезненных мышечных нарушений и нейропатический механизм. Проведенные недавно специальные исследования показывают высокую частоту представленности нейропатического компонента при болях в спине. В популяции нейропатический компонент боли встречается в 1,6% случаев. Среди обратившихся впервые по поводу боли в спине нейропатический компонент наблюдается у 7%. По данным разных исследований, использовавших специальные опросники для диагностики нейропатической боли (LANSS и Pain Detect), среди больных с хроническими болями в спине нейропатический компонент встречается с частотой от 33 до 55% случаев. Эти цифры значительно выше тех, которые было принято рассматривать ранее (не более 10–12%). Важно подчеркнуть, что боль, возникающая вследствие нейропатических синдромов, может быть очень сильной, тем самым существенно нарушая ночной сон, снижая социальную адаптацию и трудоспособность. Кроме того, она неизбежно сопровождается тревогой и депрессией и в целом существенно ухудшает качество жизни пациента [12].

У больных с различным неврологическим содержанием люмбоишалгии и коморбидными психологическими характеристиками тревоги и депрессии в комплексной оценке были выявлены многообразные по топике и степени выраженности проявления мышечного синдрома. В первой группе больных (таблица 2) болезненность определялась в разгибателе спины, квадратной мышце поясницы, большой ягодичной, грушевидной, средней и малой ягодичных мышцах, мышце натягивающей фасцию бедра, двуглавой бедра, пояснично-подвздошной мышцах, четырехглавой и трехглавой голени и ИМС составил 17 ± 2 балла ($p < 0,05$), что соответствует тяжелой степени мышечного синдрома. Вторая группа, состоящая из 8 больных с радикулярным поражением и отсутствием тревоги

и депрессии по госпитальной шкале. У них болезненными были грушевидная, средняя и малая ягодичные мышцы, пояснично-подвздошная, четырехглавая и трехглавая голени с ИМС 12 ± 1 балл ($p < 0,05$) – средняя степень тяжести мышечного синдрома. У больных третьей группы болезненность отмечалась преимущественно в квадратной мышце поясницы, разгибателе спины, грушевидной мышце и ИМС составил 10 ± 2 балла ($p < 0,05$), что соответствует средней степени тяжести мышечного синдрома. Четвертая группа состояла из 9 больных без клинических и МР-томографических радикулярных поражений и с отсутствием тревоги и депрессии по госпитальной шкале. В данной группе преимущественно болезненными оказались разгибатели поясницы, квадратная мышца поясницы с результатом ИМС 8 ± 1 балл ($p < 0,05$), что интерпретируется как легкая степень мышечного синдрома.

Выводы

1. Степень проявления болевого мышечного синдрома у больных с радикулярной и нерадикалярной люмбоишалгиями коррелирует с выраженностью показателей шкалы тревоги и депрессии.

2. Распространенность заинтересованных мышц при формировании болевого мышечного синдрома увеличивается параллельно повышению степени тревоги и депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Казань: Медлитература, 2010. С. 344.
2. Иваничев Г.А. Мануальная медицина: учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2005. С. 486.
3. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина: пер. с нем. М.: Медицина, 1993. С. 512.
4. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. М.: МЕДпресс-информ, 2005. С. 368.
5. Van Tulder M., Becker A., Bekkering T. et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. 2006. № 15. P. 169–191.
6. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Evidence-based management of acute musculoskeletal pain: a guide for clinicians. Australian Academic Press Pty Ltd. Bowen Hills. 2003.
7. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: руководство для врачей. СПб.: Политехника, 2010. С. 616.
8. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: учебник. В 2 томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 1044.
9. Калинина Е. В. Боль в спине. Аптечный бизнес. 2006. № 4. С. 44–47.
10. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. Казань: Медицина, 2006. С. 520.
11. Есин Р.Г., Наприенко М.В., Есин О.Р., Ситнова М.А. Боль: основные принципы диагностики и лечения. Казань: ИИЦ УДП РТ, 2010. С. 88.
12. Данилов А.Б., Давыдов А.С. Нейропатическая боль. М.: Боргес, 2007. С. 192.