

сгибанием в поясничном отделе во время блокады (3,8%) и в отдельных случаях повреждением корешка иглой (4,8%). Появление головной боли отмечалось у 11,5% больных, по всей видимости, после непреднамеренной пункции твердой мозговой оболочки. После назначения анальгетиков и постельного режима менингеальные явления проходили. У одной больной (3,8%) наблюдалось поверхностное воспаление в месте установки эпидурального катетера, возникшее на 4-й день лечения. В данном наблюдении, очевидно, во время перевязки были нарушены правила асептики. Удаление катетера и назначение антибактериальной терапии способствовали ликвидации очага воспаления (табл. 2).

Проведение регионарных блокад требует строгого соблюдения всех правил техники производства, а также асептики и антисептики. При прохождении иглой в субарахноидальное пространство необходимо назначение анальгетиков и постельного режима на 1–2 суток. Использование игл с коротким срезом и электрической стимуляции позволяет значительно снизить вероятность травмирования корешка спинномозгового нерва.

Таким образом, побочные эффекты и осложнения при проведении регионарных блокад незначительны и при соблюдении технологии возникают крайне редко.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобзин С. В. Пункции и блокады в неврологии. Изд. 2-е, дополн. – СПб: Гиппократ, 2005. – С. 90–99.
2. Малрой М. Местная анестезия: Иллюстрированное практическое руководство: Пер. с англ. С. А. Панфилова / Под ред. проф. С. И. Емельянова. 2-е изд., стереотип. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 301 с.
3. Морган Э. Дж. Клиническая анестезиология: Книга 1-я / Э. Дж. Морган, Мэгид С. Михаил: Пер. с англ. – М. – СПб: издательство «БИНОМ-Невский диалект», 1998. – С. 252–262.
4. Назаров В. М., Богомолов С. Д., Жилыев Е. А. Эпидуральное введение лекарственных средств при поясничном болевом синдроме // Патологическая боль: Тезисы Российской научно-практической конференции. – Новосибирск, 1999. – С. 110–111.
5. Фишер Ю. Локальное лечение боли: Пер. с немец. // Под ред. докт. мед. наук О. С. Левина. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 104–148.
6. Чурюканов М. В. Эпидуральное введение глюкокортикостероидов при люмбоишиалгии: механизмы действия, оценка эффективности / М. В. Чурюканов, О. А. Черненко // Боль. – 2007. – № 1 (14). – С. 46–52.
7. Auroy Y. et al. Serious complications related to regional anesthesia: Results of a prospective survey in France // Anesthesiology. – 1997. – № 87. – P. 479.
8. Borgeat A. et al. Acute and nonacute complications associated with interscalene block and shoulder surgery: a prospective study // Anesthesiology. – 2001. – № 95. – P. 875.
9. Cannon D. T., Aprill C. N. Lumbosacral epidural steroids injections // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2000. Mar. – Vol. 81 (3 Suppl 1). P. 87–98; quiz S 99–100. Review.
10. Choyce A., Chan V. W., Middleton W. J., Knight P. R. Peng P., McCartney C. J. What is relationship between paresthesia and nerve stimulation dor axillary brachial plexus block? // Reg. Anesth. Pain Med. – 2001. – № 26. – P. 100.
11. Cousins M. J. An additional dimension to the efficacy of epidural steroids // Anesthesiology. – 2000 Aug. – № 93 (2). – P. 565.
12. Horlocker T. T., Wedel D. J. Neurologic complications of spinal and epidural anesthesia // Reg. anesth. Pain Med. – 2000. – № 25. – P. 83.
13. Manchikanti L., Singh V., Kloth D., Slipman C. W., Jasper J. E., Trescot A. M. Interventional Techniques in the management of chronic pain (ASIPP Practice Guidelines) // Pain Physician. – 2001. – № 4. – P. 24.
14. Mulroy M. F. et al. Safety steps for epidural injection of local anesthetics: Review of the literature and recommendations // Anesth. Analg. – 1997. – № 85. – P. 1346.
15. Reale C., Turkiewicz A. M., Reale C. A., et al. Epidural steroids as a pharmacological approach // Clin. Exp. Rheumatol. – 2000. Mar.-Apr. – Vol. 18 (2 Suppl 19). – P. 65–66. Review.
16. Selander D. et al. Peripheral nerve injury due to injection needles used for regional anesthesia. An experimental study of the acute effects of needle point trauma // Acta Anaesthesiol. Scand. – 1977. – № 21. – P. 182.
17. Urmei W. F. et al. Do antiplatelet agents contribute to the development of perioperative spinal hematoma? // Reg. anesth. Pain med. – 1998. – № 23. – P. 146.

Поступила 10.02.2009

В. И. КРЕМИС

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОЙ БОЛИ В ПРОЦЕССЕ РЕГИОНАРНЫХ БЛОКАД

Медико-санитарная часть Управления ФСБ России по Краснодарскому краю (стационар),
Россия, 353451, Краснодарский край, г. Анапа, ул. Трудящихся, 2, тел. (86133) 22982

Проведенное обследование и лечение больных вертеброгенными рефлекторными и компрессионными синдромами L₅ и S₁ корешков: 88 пациентов основной группы методом регионарных блокад – эпидуральной фармакотерапии и паравертебральных корешковых блокад; 40 пациентов контрольной группы, получавших НПВС и локальную инъекционную терапию с использованием глюкокортикостероидов и анестетиков, – показало, что в процессе регионарных блокад удалось добиться более выраженного регресса показателей мышечно-тонических проявлений поясничной боли, причем у больных рефлекторными синдромами улучшение было значительнее.

Ключевые слова: мышечно-тонический синдром, поясничная боль, регионарные блокады.

FEATURES OF DYNAMICS OF MUSCULAR-TONIC EFFECTS OF LUMBAR PAINS IN PROCESS OF REGIONAL BLOCKADES

Medical unit of department FSS Krasnodar region (hospital),
town Anapa, Krasnodar region, Trudyaschihsya street, ph. (86133) 22982

The carried out diagnostic study and treatment of patients with vertebrogenetic reflex and compression syndromes of radicles L₅ and S₁; 88 patients of the main group with use of method of regional blockades – epidural pharmacotherapy and paravertebral radicular blockades; 40 patients of the control group got treatment with use of NSAID and local injection therapy with use of glucocorticosteroids and anesthetics, has shown that in the process of regional blockades had to achieve more expressed regress of showing of muscular-tonic effects of lumbar pain, and in patients with reflex syndromes improvement was considerable.

Keywords: muscular-tonic syndrome, lumbar pain, regional blockades.

Боль в спине – тяжелое бремя для тех, кто испытал ее хотя бы однажды. В случаях же хронического течения боли она сама становится отдельной и тяжелой проблемой для пациентов и врачей, способной оказывать патогенное и даже разрушительное воздействие [1]. Формирование болевого синдрома при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника выглядит следующим образом. Внутридисковое перемещение пульпозного ядра при движениях, выпячивание его фрагментов в трещины измененного фиброзного кольца под заднюю продольную связку приводят к ирритации окончаний синувентрального нерва, а затем и чувствительных волокон корешка. При раздражении синувентрального нерва возникает рефлекторный болевой синдром, сопровождающийся распространенной и сегментарной миофиксацией. В его генезе также играют роль асептическая воспалительная реакция на разрыв фиброзного кольца, изменения в межпозвонковых суставах и околоуставных тканях [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Несмотря на достигнутые успехи в изучении патогенеза и тактики лечения вертеброневрологической патологии, данная проблема по-прежнему далека от окончательного разрешения [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

В связи с актуальностью проблемы была сформулирована цель исследования: повышение эффективности лечения поясничных болей путем применения

технологии регионарных 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 вертеброгенными люмбоишиалгиями и компрессионными синдромами L₅ и S₁ корешков. В соответствии с клинической картиной в первой группе у 53 человек установлена люмбоишиалгия, у 35 человек – радикулопатия, во второй группе люмбоишиалгия установлена у 26 человек, а радикулопатия – у 14 пациентов. Больные предъявляли жалобы на боль в пояснице и ноге, чаще по наружной или задней поверхности бедра, голени, наружной или внутренней поверхности стопы. У 86 (67,1%) больных боль локализовалась в пояснице и одной ноге, у 19 (14,8%) – только в ноге, у 23 (17,9%) – в пояснице и обеих ногах. Напряжение паравентральных мышц в поясничной области наблюдалось у 115 (89,8%) больных, в том числе у 76 (59,3%) больных с обеих сторон и у 39 (30,4%) больных с одной стороны. Симптом Ласега наблюдался у всех 128 (100%) больных, у 103 (80,4%) человек он был положительным с одной стороны, у 25 (19,5%) – с обеих

Таблица 1

Динамика показателей интенсивности спонтанной боли по данным ВАШ у больных основной и контрольной групп (M±m)

Группа		Интенсивность спонтанной боли, баллы	
		До лечения	После лечения
Основная	Рефлекторные синдромы	7,6±1,8	1,7±1,3*
	Компрессионные синдромы	7,9±1,4	1,8±1,3*
Контрольная	Рефлекторные синдромы	7,2±1,0	4,2±1,4
	Компрессионные синдромы	7,4±2,1	5,2±2,4

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

– достоверность отличий от больных компрессионно-радикулярными синдромами (p<0,05).

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	2,0 $\pm$ 0,67	0,63 $\pm$ 0,24*
	Компрессионные синдромы	2,25 $\pm$ 0,65	0,92 $\pm$ 0,27*
Контрольная	Рефлекторные синдромы	2,1 $\pm$ 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 ($p < 0,05$); • – достоверность отличий от больных компрессионно-радикулярными синдромами ($p < 0,05$).

Таблица 3

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	1,83 $\pm$ 0,68	0,39 $\pm$ 0,12*
	Компрессионные синдромы	2,22 $\pm$ 0,69	0,57 $\pm$ 0,11*
Контрольная	Рефлекторные синдромы	1,78 $\pm$ 0,68	1,12 $\pm$ 0,38•
	Компрессионные синдромы	2,15 $\pm$ 0,68	1,41 $\pm$ 0,39

Примечание: * – достоверность отличий от пациентов контрольной группы ($p < 0,05$); • – достоверность отличий от больных компрессионно-радикулярными синдромами ($p < 0,05$).

сторон, причем у 23 (17,9%) из них он был больше выражен с одной (больной) стороны.

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) были включены пациенты, получавшие стандартное лечение с использованием НПВС и локальной инъекционной терапии.

В лечении пациентов основной группы использовался метод регионарных блокад: 1) эпидуральная фармакотерапия – пролонгированное введение смеси 1 мл (7 мг) бетаметазона, 20 мл 0,5%-ного раствора бупивакаина (или 10 мл 2%-ного раствора лидокаина) и 8 мг лорноксикама путем временной катетеризации эпидурального пространства, 5–8 введений на курс; 2) паравертебральные корешковые блокады с использованием 1 мл (7 мг) бетаметазона (или 50 мг гидрокортизона), 20 мл 0,5%-ного раствора бупивакаина (или 4 мл 2%-ного раствора лидокаина + 20–60 мл 0,5%-ного раствора новокаина), 5–8 введений на курс; контрольная группа получала стандартное лечение НПВС и локальную инъекционную терапию с использованием глюкокортикостероидов и анестетиков.

Оценку интенсивности спонтанной боли проводили 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. Тонус паравертебральных мышц лумбосакрального отдела

определялся пальпаторно. Выделялось три степени повышения мышечного тонуса: 1-я – мышца мягкая, 2-я – мышца умеренной плотности, 3-я – мышца «каменная». Выраженность симптома Ласега оценивалась по степеням: 1-я – слабо выраженный; 2-я – умеренно выраженный; 3-я – резко выраженный.

Результаты и их обсуждение

Анальгезирующее действие регионарных лечебных блокад начинало проявляться уже после 1–2-го введения лекарственных препаратов, в то время как устойчивое уменьшение или полное купирование болевого синдрома обычно регистрировалось после 5–6-го введения лекарственных препаратов. Первыми признаками улучшения выступали снижение интенсивности спонтанной боли, исчезновение гиперпатического компонента боли, сужение зоны иррадиации, нормализация ночного сна.

Динамика показателей интенсивности спонтанной поясничной боли в основной и контрольной группах в процессе проводимого лечения представлена в таблице 1.

Из приведенных в таблице 1 результатов видно, что у больных основной группы достигался достоверный регресс болевого синдрома, причем он был выраженнее у больных рефлекторными люмбаишиалгиями.

В процессе регионарных блокад удалось добиться выраженного регресса тонуса паравертебральных мышц, причем у больных рефлекторными синдромами улучшение было значительнее (табл. 2).

Изучение изменений степени выраженности симптома Ласега в процессе лечения показало, что наиболее существенное уменьшение данного показателя отмечено у пациентов основной группы, причем у пациентов с рефлекторными синдромами регресс степени выраженности симптома Ласега был более значительным.

При оценке показателей основной группы в процессе регионарных блокад была выявлена корреляционная взаимосвязь между регрессом показателей степени выраженности болевого синдрома и уменьшением тонуса паравертебральных мышц ($r=0,79$, $p<0,05$ у больных с компрессионными корешковыми синдромами и $r=0,92$, $p<0,05$ у больных рефлекторными синдромами), между уменьшением степени выраженности боли и увеличением угла подъема ноги при пробе Ласега ($r=-0,82$, $p<0,05$ у больных с компрессионными корешковыми синдромами и $r=-0,99$, $p<0,05$ у больных с рефлекторными синдромами).

На основании представленных результатов исследования можно сделать вывод, что существует достаточно сильная линейная связь между уменьшением мышечно-тонических проявлений и регрессом поясничной боли, обусловленная, несомненно, положительным влиянием регионарных блокад на реактивно-воспалительные и ирритативные процессы оболочечно-корешковых структур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В. В. Боль / В. В. Алексеев, Н. Н. Яхно // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н. Н. Яхно. – М.: Медицина. – 2005. – Т. 1. – С. 107–125.
2. Веселовский В. П. Практическая вертебрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – 341 с.
3. Иваничев Г. А. Миофасциальная боль: Монография. – Казань, 2007. – 392 с.
4. 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 / Под ред. Г. И. Назаренко. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 456 с.: ил.
5. Назаров В. М. Эпидуральная фармакотерапия боли: Практическое руководство для врачей / В. М. Назаров, С. Д. Богомолов, В. Д. Трошин, Е. А. Жилыев. – Нижний Новгород: изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2001. – 208 с.
6. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): Руководство для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 672 с.: ил.
7. Шустин В. А., Парфенов В. А., Топтыгин С. В., Труфанов Г. Е., Щербук Ю. А. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. – СПб: Фолиант, 2006. – С. 32–48.

Поступила 16.03.2009

В. А. КРУТОВА, Б. Г. ЕРМОШЕНКО, И. Э. АСЛАНЯН, В. С. САХНО

ГЕНДЕРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОК ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ КУБАНИ

*Кафедра акушерства и гинекологии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: vik-krutova@yandex.ru*

С целью анализа гендерного поведения девушек проведено многофакторное анкетирование 150 студенток первых и выпускных курсов высших учебных заведений Кубани. Гендерное поведение студенток высших учебных заведений Кубани социально детерминировано. Для них характерен определенный дисбаланс формирования репродуктивного поведения: достаточно высокая оценка традиционных семейных ценностей и моральных требований к будущему спутнику жизни наряду с ранним началом сексуальной активности вне брака. Внедрение в высших учебных заведениях постоянно действующей образовательной программы «Основы планирования семьи», реализуемой через ежегодный «Комплексный план обучения» для студентов 1-го и 5–6-го курсов, позволит повысить общеобразовательный уровень студенток.

Ключевые слова: гендерное поведение, репродуктивное поведение, студентки высших учебных заведений Кубани.

V. A. KRUTOVA, B. G. ERMOSHENKO, I. E. ASLANYAN, V. S. SAKHNO

GENDER BEHAVIOR OF FEMALE STUDENTS OF KUBAN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS

*Chair of obstetrics and gynaecology Kuban State Medical University,
4 Sedina Street, Krasnodar, 350063, Russia. E-mail: vik-krutova@yandex.ru*

A multifactorial questionnaire survey of 150 first- and final-year female students of Kuban higher educational institutions has been conducted with a view to analyze their gender behavior. The gender behavior of female students of Kuban higher educational institutions is socially determined. A definite disbalance of forming the reproductive behavior is typical: quite a high opinion on traditional family values and ethical requirements to the future partner in life along with early beginning of sexual activity before marriage. Implementation of the ongoing educational programme «The fundamental principals of family planning» in higher educational institutions, realized by means of the annual «Complete educational plan» for the first-, fifth- and sixth-year students, will raise an educational level of students.

Keywords: gender behavior, reproductive behavior, female students of Kuban higher educational institutions.