

А.В. ТРЕТЬЯКОВ, В.П. ТРЕТЬЯКОВ

615.06 616.833.5:616.833.5

Казанская государственная медицинская академия

Тактические ошибки амбулаторного лечения миофасциальной и невропатической боли у пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией

Третьяков Владимир Павлович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии

420110, г. Казань, пр. Победы, д. 35б, тел. (843) 228-74-51

В статье приведен краткий исторический анализ этиологии и патогенеза пояснично-крестцовой радикулопатии, данные клинического, нейроортопедического, КТ и МРТ обследования 180 больных с острыми и хроническими корешковыми и некорешковыми люмбоишиалгическими синдромами. Проведены клиничко-нейровизуализационные сопоставления миофасциальной и невропатической боли после стандартной терапии ненаркотическими анальгетиками, нестероидными противовоспалительными препаратами и миорелаксантами без применения эпидуральных блокад, антидепрессантов, антиконвульсантов, мануальной и тракционной терапии.

Ключевые слова: миофасциальная, невропатическая боль, радикулопатия.

A.V. TRETJAKOV, V.P. TRETJAKOV

Kazan State Medical Academy

Tactical errors outpatient treatment of miofascial and neuropathic pain in patients with the lumbosacral radiculopathy

The article gives a brief historical analysis of the etiology and pathogenesis of lumbosacral radiculopathy, clinical, neuroorthopedic, CT and MRI examinations 180 patients with acute and chronic radicular and nonradicular lumbosacral syndromes. It was conducted clinical and neuroimaging comparison miofascial and neuropathic pain after standard therapy, non-narcotic analgesics, nonsteroidal anti-inflammatory drugs and muscle relaxants without the use of epidural block, antidepressants, anticonvulsants and manual traction therapy.

Keywords: miofascial, neuropathic pain, radiculopathy.

По данным ВОЗ [1, 2] и Национального центра статистики здоровья США [3], боль в нижней части спины (БНС) занимает одно из ведущих мест среди причин амбулаторного визита к врачу и нетрудоспособности у лиц различного возраста и требует громадных материальных затрат по оказанию медицинской помощи [4]. Анализ проведенных лабораторно-инструментальных исследований, установленных диагнозов и проводимого амбулаторного лечения больных трудоспособного возраста в 10 городских поликлиниках 10 городов РФ выявил слабое знание поликлиническими врачами диагностики и алгоритмов лечения БНС [5, 6].

К острой боли относят все случаи, продолжительность которых не превышает 6 недель. В тех случаях, когда нарушенная

регенерация поврежденных корешков не восстановлена, боль принимает хроническое течение — от 1 до 6 мес. [7]. В случаях бирадикулярного повреждения корешков L₅ и S₁ парамедианными грыжами межпозвонкового диска (ГМД) L₄—S₁, сочетающихся с тяжелыми и распространенными миодистрофическими изменениями мышечного ансамбля пельвиомембральной области (ПМО) хронический болевой синдром (ХБС) затягивается в среднем на 4-6 мес. [8].

В патогенезе невралгических осложнений дегенеративных заболеваний позвоночника лежат: дискорадикулярный, артро-радикулярный и дискодуальный конфликты, асептико-воспалительные процессы, гипертрофия желтых связок, развитие стеноза позвоночного канала [9, 10, 13, 24, 26]. В случаях диско-



радикулярного конфликта при парамедианных и латеральных грыжах возникает анталгическая миофиксация позвоночника, устранение которой миорелаксантами может провоцировать в момент непрогнозируемого движения одностороннюю, интенсивную, пронизывающую или стреляющую корешковую боль в зону дерматома (или склеротома). Возникают характерные парестезии или гиперестезии в зоне дерматома пораженного корешка с возможным развитием слабости, атрофии мышц голени, выпадения медиоплантарного и ахиллова рефлексов при поражении корешка S_1 , при поражении корешков L_3 и L_4 может наблюдаться выпадение коленного рефлекса [8, 11, 12, 13].

Согласно нейровизуализационным исследованиям [9, 10, 26] ГМД поясничного уровня вызывают разные варианты повреждения невралгических структур: селективное поражение ДМ или корешка, возможное их сочетанное поражение. При МРТ исследованиях было выявлено, что селективные деформации ДМ чаще вызываются парамедианными грыжами $L_{V} - S_1$ совместно с протрузией вышележащих поясничных дисков. В миофасциальном алгическом синдроме (МАС) ПМО условно выделены корешковая и некорешковая, острая и хроническая люмбоишиалгии [24]. Для пациентов с ГМД $L_{V} - S_1$ характерен быстрый (трехлетний) переход люмбоишиалгии (ЛИ) в радикулопатию S_1 , тогда как при ГМД $L_{IV} - L_V$ наблюдается более 5-летний стаж перехода ее в корешковую люмбоишиалгию (КЛИ).

При поясничном остеохондрозе к ноцицептивным хроническим болевым (вертебральным, миофасциальным и корешковым) синдромам может присоединяться болевые синдромы, обусловленные корешковой и туннельной невропатией (седалищной, бедренной, половой, малоберцовой), получившей название периферическая невропатическая боль (НеБ) [7, 14, 15, 18].

НеБ проявляется разнообразным сочетанием позитивных (аллодиния, гипералгезия) и негативных (гипестезия) сенсорных симптомов. Особенностью этого типа боли является то, что она плохо поддается терапии традиционными обезболивающими средствами, такими как ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Наиболее эффективными для лечения НеБ признаны антиконвульсанты и антидепрессанты. Однако, как показывает практика, эти препараты составляют лишь 20% всех врачебных назначений, а в остальных случаях необоснованно длительно применяются НПВП и простые анальгетики. Кроме собственно боли, у пациентов, как правило, нарушается сон, развиваются депрессия и тревога, снижается работоспособность и качество жизни. Большинство таких больных посещает не одного и даже не двух врачей, прежде чем получают адекватную помощь. При этом около 80% из них испытывают боль дольше года, до своего первого обращения к специалисту и получению адекватной помощи. [15]. НеБ сохраняется и в отдаленном периоде после дискэктомии, известная как (filed back surgery syndrome) болезнь прооперированного позвоночника [13, 16].

Цель исследования: установить тактические ошибки амбулаторного лечения миофасциального алгического синдрома и невропатической боли, приведшие к хронизации радикулопатии.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования послужили результаты клинического вертеброневрологического и нейровизуализационного обследования 180 «трудных» амбулаторных больных, проведенного с 2005 по 2011 г. Безуспешное стандартное лечение у 100 пациентов КЛИ с дискорадикулярными конфликтами (L_3 , L_4 , L_5 , S_1 корешков) послужило основанием для лечащих врачей

рекомендовать нейрохирургическое лечение. Другим 80 пациентам с задержкой регресса вертебрального и миофасциального болевых синдромов назначали консультацию нейрохирурга и прогнозировали инвалидность. Мужчины составили 50,5%, женщины — 49,5% от всех обследованных. Средний возраст мужчин и женщин колебался в пределах 30-59 лет.

По продолжительности КЛИ пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу включены 40 больных с острой радикулярной болью. Вторую группу составили 60 больных с хронической радикулопатией. В качестве контроля были взяты 80 пациентов идентичного возраста, из них у 20 человек имелась острая ЛИ (3-я группа), у 60 других (4-я группа) отмечена хроническая ЛИ.

Всем больным проводилась обзорная спондилография. Нейровизуализация состояния дегенеративно измененных структур ПДС и выраженность стеноза ПК проводилась на компьютерном томографе (КТ) CT PACE фирмы General Electric и мультиспиральном КТ GE hiSpeed NX/i.

При обследовании больных оценивалась исходная интенсивность спонтанной, локальной и отраженной боли, вызванной тестами давления, вибрационной отдачи и растяжения. Оценка интенсивности боли проводилась самим пациентом с использованием визуальной аналоговой и вербальной ранговой шкал (ВАШ и ВРШ), отражающих степень нарастания боли в баллах [7, 14, 15, 16, 17]. Клиническая оценка признаков НеБ проводилась с использованием общепризнанного вопросника DN4 [7, 15, 17].

Оценка вертебрального, миофасциального люмбоишиалгического, корешкового и туннельного невропатического синдромов проводилось по общепринятой методике вертеброневрологического обследования с использованием специальных коэффициентов и степени выраженности проявлений в баллах [13]. Локальная болезненность и отраженная боль из МФТП оценивалась тензоальгигметром В.П. Веселовского [11]. Исследование и оценка состояния скелетных мышц и уплотненных миофасциальных триггерных пунктов (МФТП) проводилась пальпаторно [20, 21, 22, 23,] и миотометром Г.А. Иваничева [19]. Выраженность индекса миофасциального алгического синдрома (ИМАС) оценивалась нами суммой баллов следующих 7 показателей: выраженности болевого синдрома (ВБС), показателя мышечного тонуса (ПМТ), МФТП, показателя толерантности боли к давлению (ПТБ), продолжительность боли после давления (ПБ), степень иррадиации боли (СИ), выраженности показателей симптомов натяжения.

Выраженность вертебрального болевого синдрома (ВБС) определялась в баллах по степени ограничения подвижности позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях, степени выраженности спонтанной и вызванной техникой Ласега боли в спине.

Для выявления достоверности различий выборочных долей в исследуемых группах больных использовался t — критерий Стьюдента.

Продолжительность дорсалгии с дальнейшим развитием ЛИ или КЛИ у обследованных пациентов значительно варьировала: от 4,6 до 27,9 месяцев. Острая ЛИ продолжалась от 2 недель до 1 месяца, хроническая ЛИ — от 1,5 до 19,8 месяцев. Острая КЛИ продолжалась от 2,5 недель до 1,5 месяцев, хроническая — от 1,5 до 3 месяцев. Средняя продолжительность дорсалгии у женщин составила 16,3 года, у мужчин — 19,3 года. Продолжительность последнего обострения в группе хронической ЛИ была в среднем — 5,1 мес., превышая на 2,3 мес. продолжительность обострения хронической КЛИ (2,7 мес.). Продолжительность обострения острой ЛИ составила в среднем 3,25 недели. Она была на 1 неделю короче КЛИ (4,25 недели). Продолжительность последнего обострения среди

Таблица 1.
Показатели индекса МАС у обследованных (в баллах)

| Показатели МАС | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа | Достоверность | | |
|----------------|----------|----------|----------|----------|---------------|-------|-------|
| | M±m | M±m | M±m | M±m | P1-2 | P1-3 | P1-4 |
| 1. ВБС | 8,5±1,3 | 6,7±2,5 | 5,3±0,5 | 4,6±1,3 | <0,05 | <0,01 | <0,01 |
| 2. ПМТ | 2,8±0,3 | 2,7±0,2 | 2,4±0,1 | 2,3±0,4 | >0,05 | <0,01 | <0,01 |
| 3. КМФТП | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | | | |
| 4. ПТБ | 2,6±0,2 | 2,6±0,2 | 1,9±0,1 | 1,8±0,1 | >0,05 | <0,05 | <0,01 |
| 5. ПБ | 2,7±0,2 | 2,5±0,1 | 2,3±0,2 | 2,2±0,2 | >0,05 | <0,05 | <0,01 |
| 6. СИ | 2,8±0,3 | 2,6±0,2 | 1,9±0,1 | 1,5±0,1 | >0,05 | <0,05 | <0,01 |
| 7. ПСН | 2,9±0,3 | 2,7±0,2 | 1,5±0,1 | 1,4±0,3 | >0,05 | <0,05 | <0,01 |
| Итого | 28,3±2,6 | 22,8±3,7 | 18,3±3,7 | 16,8±2,4 | >0,05 | <0,05 | <0,01 |

Таблица 2.
Показатели выраженности болезни в баллах у пациентов с острой и хронической корешковой и некорешковой люмбоишалгией

| ПВБ | 1 группа n 40 | 2 группа n 60 | 3 группа n 20 | 4 группа n 60 | Достоверность | | |
|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------|-------|
| | M±m | M±m | M±m | M±m | P1-2 | P1-3 | P3-4 |
| ВБС | 3,0±0,1 | 2,6±0,1 | 2,3±0,4 | 2,2±0,2 | <0,05 | <0,05 | >0,05 |
| МАС | 28,3±2,6 | 22,8±3,7 | 18,3±3,7 | 16,8±2,4 | <0,05 | <0,01 | <0,01 |
| НеБ | 8,9±1,1 | 8,4±0,9 | нет | (4,1±1,1)* | >0,05 | <0,01 | <0,01 |
| итого | 40,2±3,7 | 34,6±4,6 | 20,6±4,1 | 19,0±2,6 | <0,05 | <0,01 | >0,05 |

мужчин и женщин КЛИ достоверно не отличалась ($P > 0,05$).

Сводные данные исходных показателей индекса МАС по группам представлены в таблице 1.

Исходя из показателей индекса миофасциального альгического синдрома, приведенных в таблице 2, прослеживается статистически достоверная закономерность его утяжеления от стадии хронической ЛИ к завершающей стадии ХБС остеохондроза — пояснично-крестцовой радикулопатии.

В зависимости от суммарной выраженности (в баллах) ВБС, ИМАС и невропатического (корешкового и туннельного) болевых синдромов выделены три степени проявления выраженности болезни (ПВБ): легкая, средняя и тяжелая. ПВБ = ВБС + ИМАС + интенсивность НеБ. При этом за легкую степень тяжести проявления болезни (до 13 баллов) принималось зна-

чение ВБС до 2 баллов, МАС — от 2 до 8 баллов, интенсивность НеБ по ВАШ от 1 до 4 баллов. За среднюю степень ПВБ (до 26 баллов) принималось значение ВБС в 4 балла, ИМАС — от 9 до 18 баллов, интенсивность НеБ по ВАШ и ВРШ от 4 до 6 баллов. За тяжелую степень ПВБ (до 41 балла) принималось значение ВБС от 6 до 10 баллов, МАС — от 19 до 28 баллов, интенсивность НеБ по ВАШ и ВРШ в 7-10 баллов.

Результаты обследования показали, что исходные болезненные проявления КЛИ связаны с толерантностью показателей выраженности болезни к стандартному лечению за счет сохранения тяжелой степени тяжести миофасциального алгического синдрома и корешковой НеБ при регрессе проявлений вертебрального БС. Исходные данные приведены в таблице 2.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

СОЗДАНО ЛЕКАРСТВО, КОТОРОЕ СНИЖАЕТ НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИНФАРКТА И ИНСУЛЬТА

В Великобритании создано и прошло первые испытания лекарство, способное на 60% снизить негативные последствия для организма, пережившего инфаркт или инсульт. Об этом сообщает ИТАР-ТАСС со ссылкой на британскую Daily Mail. Разработанное научной группой Лестерского университета лекарство препятствует отмиранию клеток сердца и мозга, недополучающих кислород в результате закупорки сосудов. Новый препарат прошел испытания на животных и проверку с использованием человеческой крови. «Наиболее критическим после инфаркта или инсульта является временной период в 9-12 часов, когда иммунная система организма запускает специальный защитно-восстановительный механизм, — заявил руководитель работ профессор Вильгельм Швабле. — Мы нашли возможность с помощью инъекции антител нейтрализовать его и не позволить отторгать те клетки, которые в течение определенного времени были лишены кислорода». Новое лекарство может поступить в продажу в течение двух лет.

Недавно британские ученые изобрели новый тест, который позволяет лучше определить риск возникновения у человека сердечно-сосудистых заболеваний. Метод, основанный на анализе крови, является более чувствительным, чем те, что широко используются сегодня для обнаружения повреждений сердечной мышцы.

<http://www.medlinks.ru>



О.Р. РАДЧЕНКО, О.А. ФРОЛОВА, Р.И. УТКЕЛЬБАЕВ, З.Ф. САФИУЛЛИНА, Р.Г. ВАФИН, М.В. КАРПОВА

Казанский государственный медицинский университет

Казанская государственная медицинская академия

Республиканский центр планирования семьи и репродукции — ГМУ Казанский филиал «Ава-Петер»

Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан, г. Казань

Роль диетотерапии в лечении и профилактике мужского идиопатического бесплодия

Радченко Ольга Рафаиловна

кандидат медицинских наук, доцент кафедры гигиены и медицины труда КГМУ

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. (843) 236-69-02, e-mail:radch.olga@gmail.com

Питание мужчин не отвечает современным гигиеническим требованиям и может являться одной из причин идиопатического бесплодия. Выявленные особенности питания у мужчин, испытывающих затруднения с зачатием (недостаток в мужском организме витаминов А, Е, С и β-каротина, микроэлементов цинка, селена и других антиоксидантов), позволили предложить рационы питания, компенсирующие их недостаток в организме для профилактики и лечения идиопатического бесплодия у мужчин.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье мужчин, сперматогенез, витамины, микроэлементы.

O.R. RADCHENKO, O.A. FROLOVA, R.I. UTKELBAEV, Z.F. SAFIULLINA, R.G. VAFIN, M.V. KARPOVA

Kazan State Medical University

Kazan State Medical Academy

Republican center of family planning and reproduction —

Kazan Branch «Ava-Peter»

Department RCS of the Republic of Tatarstan, Kazan

Role diet therapy in treating and preventing male idiopathic infertility

Nutrition men do not meet modern hygiene requirements and may be one reason for idiopathic infertility. These features supply of men experiencing difficulties in conceiving (deficiency in the male body of vitamins A, E, C and β-carotene, trace elements zinc, selenium and other antioxidants), allowed to offer food rations to compensate for their deficiency in the prevention and treatment of idiopathic infertility in men.

Keywords: reproductive health of men, spermatogenesis, vitamins, trace elements.

615.874.2:616.697

«...лечебное питание должно быть обязательным фоном, на котором применяются другие терапевтические факторы. Там, где нет лечебного питания, нет и рационального лечения.»

М.И. Певзнер

Хорошо известно, что сперматогенез является сложным и чрезвычайно энергоёмким процессом, крайне чувствительным к нарушениям баланса многих веществ (в том числе витаминов, коферментов, микроэлементов). Во все времена питание и способность к воспроизводству потомства были тесно взаимосвязаны. В Древней Греции для повышения рождаемо-

сти вообще и рождения младенцев мужского пола, в частности, рекомендовали сухую пищу — чечевицу, зерновые и орехи.

В литературе встречаются публикации, подтверждающие, что именно недостаток витаминов и микроэлементов (либо нарушение их обмена), являющиеся следствием изменений среды обитания современного человека, характера его питания