

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кириленко М.С.¹, Гаруля И.А.², Усова Н.Н.¹, Кириленко С.И.²

Гомельский государственный медицинский университет¹, УЗ «Гомельская областная клиническая больница»², г. Гомель

Ключевые слова: болевой синдром, грыжа межпозвонкового диска, дискэктомия, визуально аналоговая шкала (ВАШ), анкета Роланда-Морриса, Raindetect, DN4.

Резюме: боль, согласно современному определению, – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения. Принято выделять ноцицептивную и нейропатическую боль. В основу этого деления положены патофизиологические механизмы развития. Боль поясничного отдела (БПО) в 25–57% случаев сопровождается развитием болевого синдрома в конечностях, на долю этих случаев приходится непропорционально высокое количество затрат на лечение и компенсации потери трудоспособности. Иррадиация боли в нижние конечности является важным фактором, позволяющим прогнозировать вероятность перехода болевого синдрома в хроническую форму, она служит косвенным показателем тяжести заболевания [1].

Resume: pain, according to the modern definition, is an unpleasant sensation and emotional experience associated with actual or possible tissue damage or described in terms of such damage. It is customary to distinguish nociceptive and neuropathic pain. This division is based on the pathophysiological mechanisms of development. Pain of the lumbar spine (LBP) in 25-57% of cases is accompanied by the development of pain in the extremities; these cases account for a disproportionately high amount of costs for treatment and compensation for disability. Irradiation of pain to the lower extremities is an important factor in predicting the likelihood of the transition of pain to a chronic form; it serves as an indirect indicator of the severity of the disease [2].

Актуальность. По механизмам развития боль в спине может быть представлена ноцицептивным, нейропатическим и психогенным компонентами. Ноцицептивная боль связана с активацией болевых рецепторов — ноцицепторов, в то время как нейропатическая боль является следствием заболевания или повреждения соматосенсорной системы. Нейропатическая боль в спине обычно связана с поражением корешков при формировании грыжи межпозвонкового диска.

Периферические нейропатические механизмы находятся под постоянным контролем облегчающих и ингибирующих влияний ЦНС. Разнообразие лежащих в основе нейропатической боли патофизиологических механизмов отражает высокий уровень гетерогенности пластичности центральной и периферической нервной системы, однако клинически меру пластичности определить трудно.

Для этого требуются дополнительные исследования и, возможно, иной взгляд на понятие нейропатической боли. Следует уделять внимание тем возможностям, которые имеются в настоящее время для выявления нейропатического компонента боли в спине и использовать адекватные подходы к его коррекции. Необходимо четко обозначить клинические признаки нейропатического компонента БПО. С этой целью применяются опросники, проводится клиническое обследование, используется метод количественного сенсорного тестирования.

Выявление нейропатического компонента боли в спине основывается на распознавании различных связанных с болью симптомов, отражающих преобладание тех или иных механизмов ее формирования. Симптомы, отражающие его наличие, включают боль со жгущим компонентом или ощущением прохождения электрического тока, боль в области дерматома, спонтанную боль, пароксизмальную боль, дизестезию, аллодинию и гипералгезию [3].

Цель: провести анализ динамики нейропатического компонента болевого синдрома у пациентов с грыжами межпозвонковых дисков (МПД) поясничного отдела позвоночника.

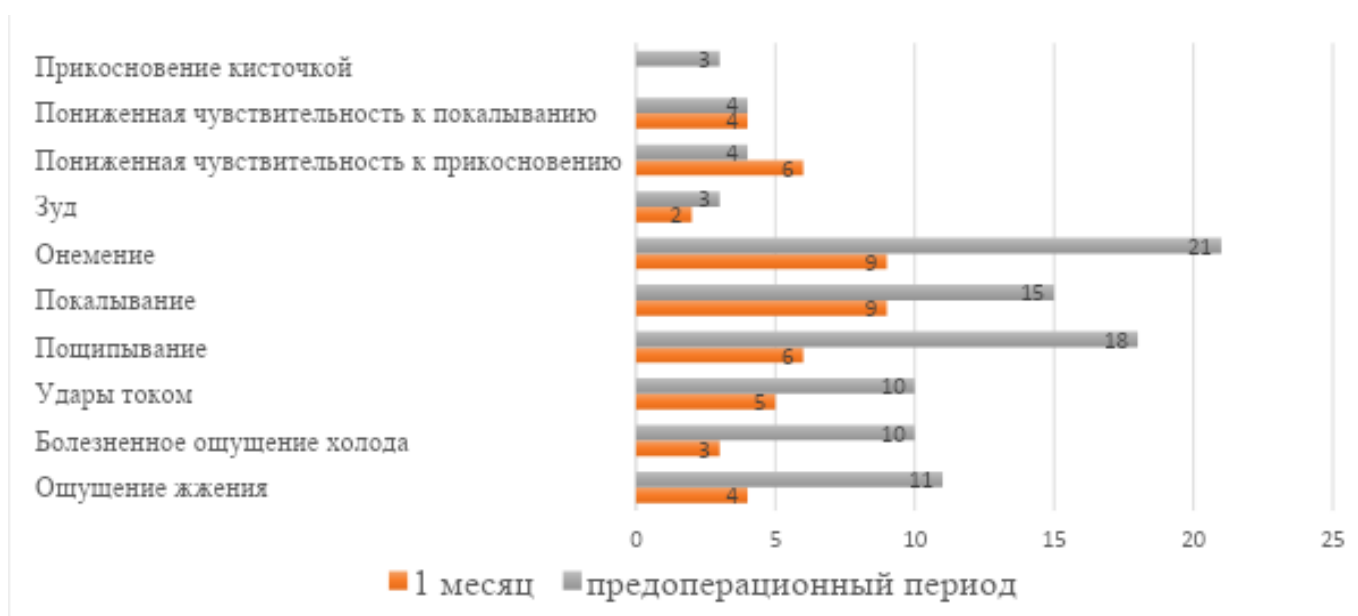
Задачи: 1. Оценить нейропатический компонент болевого синдрома у пациентов с грыжами межпозвонковых дисков в предоперационном периоде; 2. Оценить нейропатический компонент у пациентов через месяц после оперативного лечения поясничных грыж межпозвонковых дисков.

Материал и методы исследования. В нашем исследовании были опрошены 25 пациентов в предоперационном периоде и через месяц проходивших лечение, находившиеся на плановом лечении в нейрохирургическом отделении № 2 учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в период с 20.05.2021. по 30.08.2021. Анкетирование проводилось после подписания информированного согласия пациента на проведение исследования.

Средний возраст обследованных пациентов составил $43,29 \pm 5,59$ лет, преобладали пациенты мужского пола — 60 % (15 человек). В оценке болевого синдрома использовали следующие опросники: опросники Paindetect и DN4, характеризующие нейропатический компонент боли. Статистическая обработка выполнена с использованием описательной статистики и программы Excel. Все пациенты были опрошены дважды: в предоперационном периоде и через месяц после оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение. В опросник DN4 входило 10 вопросов, при положительном ответе на 4 и более из них диагноз «нейропатическая боль» становится обоснованным. По его результатам диапазон ответов составил от 0 до 8 в предоперационном периоде, больше всего опросников было собрано с результатом в 4 балла, при этом 21 пациент (84%) из 25 жаловались на онемение, 18 пациентов (72%) – на ощущение пощипывания и 15 пациентов (60%) – на ощущение покалывания.

По истечению месяца после оперативного лечения грыж МПД, больше всего опросников было с результатом 2 балла (32%), при этом у 8 пациентов (32%) результат составил 0 баллов. Также, у 9 пациентов (36%) сохранилось онемение и чувство покалывания, у 6 пациентов (24%) – пощипывание.



Диagr. 1 – Динамика нейропатического компонента болевого синдрома по опроснику DN4.

Опросник Paindetect объединяет в себе схему распределения болевых расстройств в виде картинки со шкалой ВАШ и вопросником, направленным на выявление спонтанных и вызванных симптомов нейропатической боли. Также при помощи рисунка оценивался характер течения боли: постоянный, приступообразный, постоянный с приступами и т.д.

Диапазон опросника составляет от 0 до 38 баллов, в предоперационном периоде больше всего опросников было собрано со значением 7 баллов и 2 балла через месяц после операции соответственно.

По его результатам среднее значение в предоперационном периоде составило 9 баллов, пациенты в 86% случаев жаловались на непрерывную боль, немного меняющуюся по интенсивности, так же по ощущениям чаще всего выбирали: онемение, пощипывание, покалывание, ощущения ударов током, которые в зависимости от интенсивности оценивались баллами.

По результатам через месяц среднее значение составило 4 балла, с сохранением тех же самых признаков.

Выводы: 1. По результатам опросника DN4 для пациентов с грыжами поясничных межпозвоночных дисков было характерно снижение нейропатического компонента после дискэктомии (через месяц у 32% пациентов – 0 баллов, среднее значение – 2 балла); 2. По результатам опросника Paindetect после оперативного лечения снижение нейропатического компонента составило – 2,25 раза; 3. Опросник DN4 оказался более чувствительным для определения нейропатического компонента боли у пациентов после оперативного лечения грыж МПД.

Литература

1. Чурюканов М. В., Шевцова Г. Е., Загоруйко О. И. Нейропатический компонент люмбагоишиалгии — механизмы развития и пути коррекции. // Consilium Medicum. – 2004. – 6. – С. 547554.
2. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and anular competence / E. J. Carragee [et al.] // J Bone Joint Surg Am. — 2003. — Vol. 85. — P. 102–108.
3. Toyone T, Tanaka T, Kato D, et al. Low-back pain following surgery for lumbar disc herniation. A prospective study. J Bone Joint Surg Am 2004;86: 893–6.