

Е. М. Рачко, Е. Т. Олькевич

**ОЦЕНКА НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У
ПАЦИЕНТОВ С ЛЮМБОИШАЛГИЕЙ И
ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ**

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. А. Г. Байда

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Оценка результатов лечения пациентов с вертеброгенной патологией с использованием стандартизированных количественных оценочных шкал интенсивности боли должна широко применяться в повседневной практике. При вертеброгенном болевом синдроме важной является оценка тяжести боли, наличие в ней невропатического компонента, для стратификации тактики обезболивающей терапии.

Ключевые слова: вертеброгенная люмбоишалгия, радикулопатия, невропатическая боль.

Resume. Evaluation of the results of treatment of patients with vertebral pathology using standardized quantitative rating scales of pain intensity should be widely used in daily practice. When Vertebrogenic pain syndrome is important to evaluate the severity of the pain, the presence in it of neuropathic component to stratify tactics analgesic therapy.

Keywords: Vertebrogenic lumbar ischialgia, radiculopathy, neuropathic pain.

Актуальность. Согласно патогенетической классификации, различают три основных типа болевых синдромов: соматогенные (ноцицептивные), невропатические и психогенные [2]. По данным литературы около 20% случаев хронических болей относится к невропатической боли, которая снижает трудоспособность пациентов и во многих случаях трудно поддается лечению. Поверхностная дизестезическая боль описывается пациентами, как жгучая, вызывающая ощущение ожога, зуда, ползания мурашек, прохождения «электрического тока» различной длительности. Глубокая трункальная боль характеризуется, как ноющая, временами режущая, ломящая [2]. К этому же типу можно отнести и мышечную боль, проявляющуюся тянуще - давящими ощущениями и болезненностью мышц при пальпации. При вертеброгенном болевом синдроме важной является оценка тяжести боли, наличие в ней невропатического компонента, для стратификации тактики обезболивающей терапии [3].

Цель. Оценить интенсивность болевого синдрома и наличие симптомов невропатии у пациентов с люмбоишалгией и пояснично-крестцовой радикулопатией при применении различных схем терапии.

Задачи:

1 Оценка интенсивности болевых ощущений и наличие симптомов невропатии у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом в пояснично-крестцовом отделе при поступлении и выписке из стационара.

2 Проанализировать результаты проведенной терапии в исследуемых группах для определения наиболее эффективных схем купирования болевого синдрома и

определения рекомендаций на амбулаторный этап терапии.

Материал и методы. Исследование было открытое, когортное, сравнительное, с параллельными группами. Статистический анализ проведен с помощью программы Statistica – 6. Статистически значимыми считать значения при $p < 0,05$.

Обследовано 20 пациентов, которые были разделены на две подгруппы: 1-я с диагнозом дискогенная радикулопатия - 7 человек, 2 - я с диагнозом вертеброгенная люмбоишалгия - 13 человек. Уровень боли определялся по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), каждый компонент невропатической боли описывался с помощью шкалы общей оценки симптомов невропатии (NTSS – 9) при поступлении в стационар и при выписке у каждого пациента [1,4].

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов в 1-ой подгруппе $49,86 \pm 4,11$ лет, из которых 42,9% мужчины и 57,1% женщины; во 2-ой подгруппе средний возраст составил $58,85 \pm 3,07$ лет, 23,1% мужчин и 76,9% женщин. У пациентов 1-ой подгруппы отмечено снижение уровня боли по ВАШ со среднего значения $7,67 \pm 1,2$ балла при первичном осмотре до $3,33 \pm 0,67^*$ баллов после лечения ($p < 0,034$) при использовании иглорефлексотерапии. При использовании антиконвульсанта (тебантин) отмечено снижение уровня боли по ВАШ со среднего значения $7,00 \pm 1,00$ баллов при первичном осмотре до $3,33 \pm 0,33^*$ баллов после терапии ($p < 0,025$). При использовании иглорефлексотерапии и антиконвульсанта (тебантин) отмечено снижение уровня боли по ВАШ со среднего значения $9 \pm 0,01$ баллов при первичном осмотре до $2 \pm 0,02^*$ баллов после лечения ($p < 0,05$) (рис. 1).

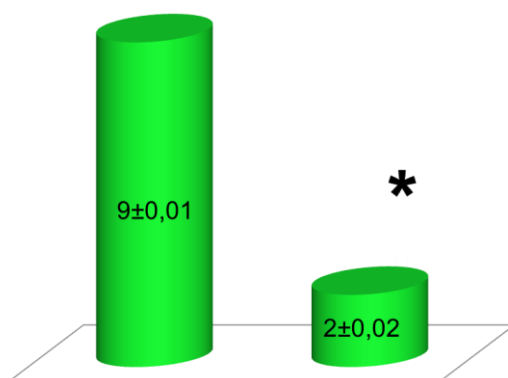


Рисунок 1 – Уровень боли по ВАШ при использовании иглорефлексотерапии и антиконвульсанта в 1-ой подгруппе

Во 2-ой подгруппе при использовании иглорефлексотерапии отмечено снижение уровня боли по ВАШ со среднего значения $5,25 \pm 1,11$ баллов при первичном осмотре до $2,75 \pm 0,48$ баллов после терапии ($p < 0,084$). При

использовании иглорефлексотерапии и паравертебральных блокад отмечено снижение уровня боли по ВАШ со среднего значения $7,5 \pm 0,50$ баллов при первичном осмотре до $3 \pm 1,00^*$ баллов после терапии ($p < 0,05$); при использовании иглорефлексотерапии, паравертебральных блокад и антиконвульсанта (тебантин) отмечено снижение уровня боли по ВАШ со среднего значения $8,67 \pm 0,33$ баллов при первичном осмотре до $1,33 \pm 0,33$ баллов после терапии ($p < 0,07$)(рис. 2).

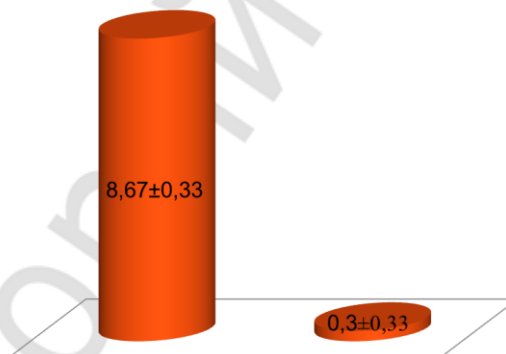


Рисунок 2 – Уровень боли по ВАШ при использовании иглорефлексотерапии, паравертебральных блокад и антиконвульсанта во 2-ой подгруппе

По шкале NTSS – 9 в 1-ой подгруппе отмечено улучшение со среднего значения $13,7 \pm 1,20$ баллов при первичном осмотре до $4,9 \pm 0,67^*$ баллов после терапии ($p < 0,034$), получавших комплексную терапию, включающую иглорефлексотерапию, проведение паравертебральных блокад и приём антиконвульсантов (габапентин) (улучшение в большей степени касается стреляющих болей, жжения, онемения)(рис. 3).

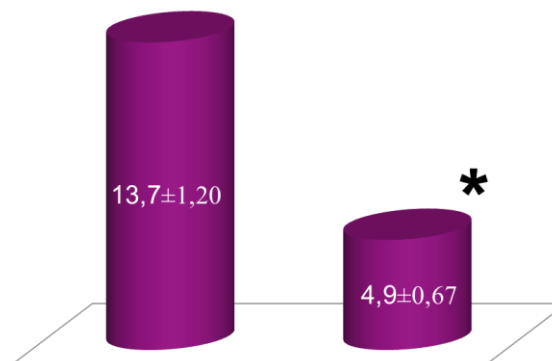


Рисунок 3 - Оценка симптомов невропатии по NTSS – 9 при комплексной терапии в 1-ой подгруппе

Во 2-ой подгруппе по шкале NTSS – 9 отмечено улучшение со среднего значения $13,2 \pm 0,60$ при первичном осмотре до $3,2 \pm 0,67^*$ баллов после терапии ($p < 0,045$)(рис. 4).

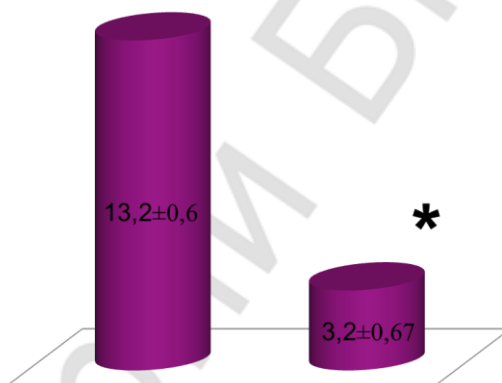


Рисунок 4 - Оценка симптомов невропатии по NTSS – 9 при комплексной терапии во 2-ой подгруппе

Выводы:

1. Адекватная оценка боли с использованием стандартизированных оценочных шкал, является необходимым условием для успешного ведения страдающих от боли пациентов с вертеброгенным болевым синдромом, позволяет оптимизировать лечение.

2. Оценка интенсивности и характеристики боли с помощью шкал ВАШ и NTSS - 9 выявила в исследуемой группе наиболее эффективные схемы терапии, что позволит скорректировать дальнейшее лечение пациентов в амбулаторных условиях.

3. При наличии в клинической картине невропатического характера боли, в исследуемых группах наибольший эффект при лечении определён при использовании комплексной терапии, включающей в том числе иглорефлексотерапию и антиконвульсант.

L. M. Rachko, A. T. Alkevich

EVALUATION OF NEUROPATHIC PAIN IN PATIENTS WITH LUMBAR ISCHIALGIA AND LUMBOSACRAL RADICULOPATHY

Tutors: Assistant A.G. Bayda,

*Department of Nervous and Neurosurgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Использование шкал и анкет в вертебродологии. / В.А. Бывальцев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им.С. С.Корсакова. – 2011. – № 9(2). – С.51 - 56.
2. Федулов, А.С. Медицинские новости / А. С. Федулов // Нейропатическая боль: современные представления и инновации в лечении. – 2008. – № 14. – С. 12-14.

69-я научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

3. Assessment of pain / H. Breivik, P.C. Borchgrevink, S.M. Allen [et al.] // British Journal of Anaesthesia. – 2008. – P. 17-24.
4. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова. – М., 2004. – 432 с.