

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

К.В. ШМЫРИНА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Н.Ф. ВЯЗИКОВА, Н.Н. БЕКНАЗАРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

БЕЛ ПАСТКИ СОҲАСИДАГИ СУРУНКАЛИ НОСПЕЦИФИК ОҒРИҚЛАРНИ ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ

К.В. ШМЫРИНА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Н.Ф. ВЯЗИКОВА, Н.Н. БЕКНАЗАРОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

THE QUESTION TREATMENT OF CHRONIC NONSPECIFIC PAIN IN THE LOWER PART OF THE BACK

K.V. SHMIRINA, A.T. DJURABEKOVA, N.F. VYAZIKOVA, N.N. BEKNAZAROV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Белнинг пастки соҳасида сурункали носпецифик оғриқи бор 98 нафар беморларга комплекс кўрик ўтказилди. Ностероид яллиғланишга қарши препаратларни В гуруҳ витаминлар билан бирлашган ҳолда фойдаланилса, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар дозасини камайтиришга ва оғриқ синдромини пасайишга олиб келади.

Калит сўзлар: белнинг пастки соҳасида сурункали носпецифик оғриқ, В гуруҳ витаминлари, даволаш.

It was carried out a comprehensive survey of 98 patients with chronic non-specific pain in the lower back. It is shown that the combined use of anti-inflammatory drugs together with B vitamins can reduce the dose of NSAIDs to reduce the time and the reduction of pain.

Key words: chronic non-specific pain in the lower back, B vitamins, treatment.

Актуальность. Боль в спине является значительной медико-социальной проблемой в развитых странах. С ней связано до 6% всех прямых затрат на лечение различных заболеваний, 15% количества дней нетрудоспособности и 18% причин инвалидизации [3]. Боль в спине существенно снижает качество жизни пациентов, нередко имеет хроническое течение, что сопряжено со значительными социально-экономическими потерями для общества в связи с временной утратой нетрудоспособности, в связи с чем, оптимизация ведения пациентов с болью в спине – актуальная проблема современной медицины [6].

Очень часто острая неспецифическая боль в спине переходит в хроническую форму. Хроническая неспецифическая боль в спине определяется как боль, локализованная в нижней части спины и длящаяся больше трех месяцев или возникающая эпизодически на протяжении не менее шести месяцев. Рекуррентной болью в спине считается новый эпизод боли в спине после безболевого периода свыше шести месяцев, в то время как рецидивирование боли в спине за период до шести месяцев должно рассматриваться как обострение хронической боли в спине [5]. Среди социально активных лиц распространенность радикулопатии выше, чем других дегенеративных состояний [4].

В последнее время в лечении указанной патологии для усиления анальгетического эффекта нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в комплексном обезболивании часто применяются безопасные препараты, обладающие синергичным с ними действием. В частности, стал изучаться анальгетический эффект витами-

нов группы В и достаточно прочно укоренилось мнение о пользе включения витаминов этой группы в комплексное лечение боли в спине [1]. Так, в сравнительном исследовании DOLOR приняли участие пациенты с люмбаго, которые были рандомизированы на две параллельные группы: больные, получавшие только НПВП и пациенты получавшие комбинированную терапию: диклофенак и комплекс витаминов группы В. В данном исследовании было показано, что комбинированная терапия приводила к лучшим результатам не только в редукции боли, но также в улучшении мобильности и функционирования [2].

Цель: изучить совместное влияние препарата Мильгамма и Диклоберл на редукцию болевого синдрома и неврологической симптоматики у больных с хронической неспецифической болью в нижней части спины.

Материалы и методы: Было проведено исследование 98 пациентов (46 мужчин (средний возраст $39,24 \pm 9,2$) и 52 женщин (средний возраст $38,14 \pm 9,6$)), страдающих остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в неврологическом отделении Клиники СамМИ в период с декабря 2012 года по январь 2015 года. Отбор больных осуществлялся методом случайной выборки из лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу болей в области поясничного отдела позвоночника и в ногах. Критериями включения были: первичный характер болевого синдрома, продолжительность заболевания не менее 3-х месяцев, возраст до 55 лет. При постановке диагноза использована клиниче-

ская классификация вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы по И.П. Антону для поражений пояснично-крестцового уровня (1987г.), и диагностические критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). С целью дифференцирования первичного и вторичного болевого синдрома все пациенты проходили обследование у терапевта, мужчины консультировались урологом, женщины - гинекологом; проводилось УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, общие анализы крови и мочи, ЭКГ.

Проводился тщательный сбор анамнеза (трудовой, бытовой, спортивный) для выяснения факторов, способствующих развитию заболевания или провоцирующих его. КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника выполнялась с использованием томографа СТ 8800 (фирмы «General Electric»), МРТ – с помощью магнитно-резонансного томографа «Vectra» («General Electric») с величиной магнитной индукции 0,5 Тл в стандартных режимах T₁ и T₂, в сагиттальной и аксиальной плоскостях при толщине среза 2 мм. Субъективная оценка боли проводилась самими пациентами при помощи визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) и анкеты Освестри. 50 пациентам (26 женщинам (средний возраст 41,06±9,41) и 24 мужчинам (средний возраст 39,82±10,08)) в схему лечения был включен препарат Мильгамма, с целью коррекции болевого синдрома и уменьшения выраженности неврологических проявлений остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника. Препарат назначали в дозе 2 мл глубоко внутримышечно 7 дней. Группу сравнения составило 48 пациентов (26 женщин (средний возраст 40,14±10,61) и 22 мужчины (средний возраст 36,72±9,92)). Результаты оценивали на 5-й и на 10-й день терапии с использованием указанных опросников

Результаты и обсуждение: проведенное комплексное обследование 98 пациентов позволило

поставить следующие диагнозы: у 28 - поражение межпозвонковых дисков поясничного отдела с радикулопатией (межпозвонковые грыжи), у 18 пациентов установлена пояснично-крестцовая радикулопатия, у 21 - люмбоишалгия, у 9 - ишиас, у 10 - хроническая люмбалгия вследствие дегенерации межпозвонкового диска, у 5 - хроническая люмбалгия вследствие поражения межпозвонкового диска и у 7 - поражение межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника с радикулопатией (рис. 1).

Длительность заболевания от его дебюта до настоящего обострения колебалась от 1 года до 10 лет: от 1 года до 3 лет – у 29 (29,6%) больных, от 4 до 6 лет - у 57 (58,2%), свыше 6 лет - у 12 (12,2%). Следовательно, наибольшее число случаев составила длительность заболевания от 4 до 6 лет. Пациенты с неврологическими проявлениями остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, не связанными с поражением межпозвонкового диска – 48 (48,9%) предъявляли жалобы на интенсивные, простреливающие боли в поясничной области, «отдающие» до пальцев стопы; боль усиливалась при движении в поясничном отделе позвоночника, перемене положения тела, кашле, чихании, и иррадиировала по ходу пораженного корешка; сопровождалась онемением. Пациенты, с наличием дегенерации межпозвонковых дисков – 50 (51,1%) больных, предъявляли жалобы на боли в поясничной области непостоянного, тупого, ноющего характера, усиливающиеся при движении, мышечном напряжении, подъеме тяжестей, кашле и чихании; при этом выраженность болевых ощущений постепенно нарастала.

Для всех больных были характерны повторные обострения на протяжении нескольких лет: боль становилась стреляющей или ноющей, распространялась на ягодицу и далее по передней, задней или задненаружной поверхности бедра и голени.

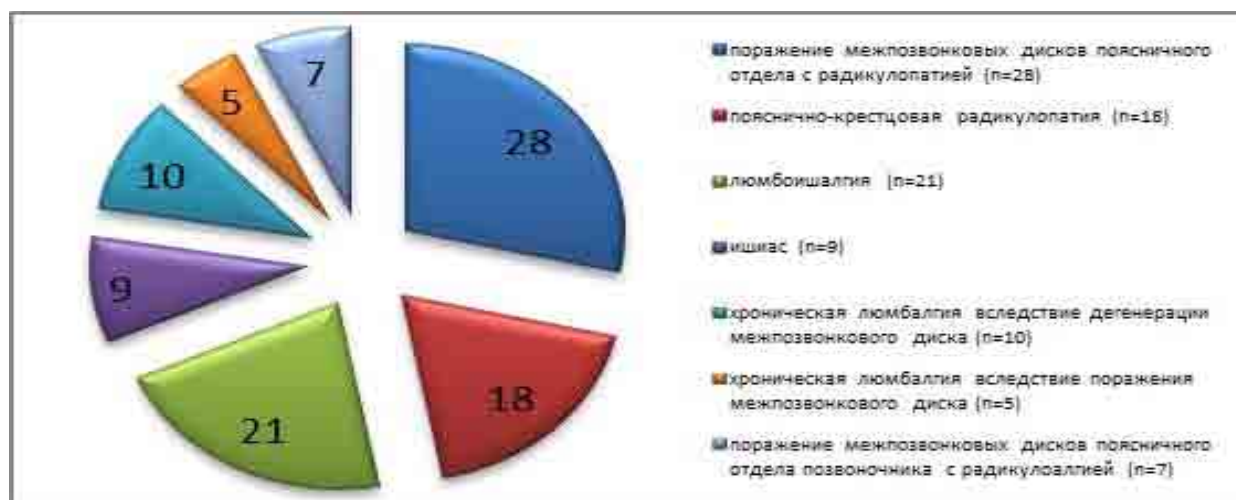


Рис. 1. Распределение пациентов по клиническим проявлениям хронической неспецифической боли в нижней части спины



Рис. 2. А – МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника больной Т.: отмечается мигрирующая грыжа диска на уровне L4-L5, нависающая над уровнем верхнего края L5 позвонка на 6 мм. Б – МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника больного У.: отмечается циркулярная протрузия диска на уровне L4-L5 сегментов на 4мм. В – МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника больного А.: на уровне L4-L5 сегментов определяется парамедианная грыжа межпозвоночного диска 9,1 мм с латерализацией вправо и сдавлением дурального мешка и корешка, на уровне L5-S1 сегмента определяется центральная грыжа межпозвоночного диска 5,1 мм со сдавлением дурального мешка и нервных корешков.

Из всей обследуемой когорты 86 (87,8%) пациентов связывал появление этой боли с подъемом тяжести, остальные 12 (12,2%) с переохлаждением или ни с чем не связывали. Изменения рефлекторно-двигательной сферы у пациентов с корешковыми синдромами были представлены ослаблением (выпадением) рефлексов, мышечной дисфункцией. Во всех случаях у больных с радикулопатиями имело место снижение или выпадение (46 пациентов) глубоких (коленного, ахиллова) и поверхностных (подошвенного) рефлексов. У 16 (34,8 %) больных снижение мышечной силы сопровождалось гипотонией и у 12 (26,1%) гипотрофией в соответствующих мышечных группах. Анализ частоты встречаемости симптомов раздражения корешков показал: положительный симптом Ласега выявлен у 68 (69,4%) пациентов, причем у половины из них отмечался перекрестный симптом Ласега, симптом Нери отмечался у 22 (22,4%) больных, симптомы Дежерина и Васермана выявлены одинаково часто у 31 (31,6%) пациента, симптом Мацкевича у 18 (18,4%) пациентов. При мануальном обследовании больных нами выявлены следующие изменения: сколиоз у 76 (77,6%) больных, уплощение поясничного лордоза у 82 (83,7%) человек. Резкое ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника у 87 (88,8%) пациентов, изменение осанки (анталгические позы) у 69 (70,4%) обследованных. Напряжение паравerteбральных мышц отмечено у 52 (53%) больных, боль при перкуссии по остистым отросткам у 83 (84,7%) пациентов, боль при пальпации по паравerteбральным точкам у 91 (92,8 %) обследованного. КТ или МРТ была произведена всем пациентам (рис. 2). Анализ результатов показал: протрузий на уровне L1-L2 не наблюдалось, на уровне L2-L3 протрузии встречались в единичных случаях – 6% наблюдений, наиболее часто выявлялась протрузия диска L3-

L4 – у 46% больных, протрузия диска L4-L5 – у 26% пациентов, протрузия диска L5-S1 – в 24% случаев. Грыжи диска на уровне L1-L2 и L2-L3 выявлены в единичных случаях – 4%. У каждого второго больного с корешковыми синдромами отмечалась грыжа межпозвоночного диска на уровне L4-L5 – в 50% наблюдений, грыжа диска на уровне L5-S1 обнаружена в 64% случаев, грыжа диска L3-L4 – у 14% пациентов. Из других нейровизуализационных изменений при корешковых и рефлекторных синдромах выявлены: стеноз позвоночного канала – у 69,4% больных, гипертрофия желтой связки – в 72,4% случаев, сдавление корешка – в 36,7%, наблюдений, сдавление дурального мешка – у 53% пациентов, спондилоартроз – у 18,4%, ретролистез – у 8,2% больных, оссификация передней продольной связки – в 57,1% случаев. в 84% случаев у пациентов наблюдались сочетанные поражения межпозвоночных дисков. По результатам общеклинических обследований в единичных случаях отмечались незначительные изменения в показателях. В первый день обследования выраженность болевого синдрома по ВАШ в основной группе составила $7,92 \pm 1,06$ балла, в группе сравнения - $7,68 \pm 1,15$ балла соответственно ($p < 0,001$). На 5-й день лечения средняя интенсивность болевого синдрома в группе пациентов получавших Мильгамму совместно с Диклоберлом снизилась и составила $4,39 \pm 1,22$ балла ($p < 0,001$). В группе сравнения на 5-й день болевой синдром регрессировал до $5,65 \pm 0,61$ баллов ($p < 0,001$). При анализе динамики болевого синдрома по ВАШ на 10 день терапии установлено, что в группе пациентов получавших Мильгамму совместно с Диклоберлом отмечалась положительная динамика по ВАШ - интенсивность болевого синдрома изменилась с $4,39 \pm 1,22$ до $1,74 \pm 0,7$ баллов ($p < 0,05$).



Рис. 3. Динамика среднего балла Визуальной Аналоговой Шкалы боли до и после лечения в группе больных с применением в комплексной терапии Мильгаммы в сочетании с Диклоберлом и в группе сравнения.

В группе контроля отмечалась стабильная динамика в виде незначительного уменьшения боли: показатель изменился с $5,65 \pm 0,61$ баллов до $3,74 \pm 1,18$ баллов ($p < 0,05$) (рис. 3).

С помощью опросника Освестри было проанализировано влияние болевого синдрома на повседневную активность каждого больного. Заполнение опросника осуществлялось пациентами в первый день обследования и на 10-й день от начала лечения. До начала лечения средние балльные показатели по опроснику Освестри во всех группах были приблизительно одинаковыми и составили: в основной группе 76,2 балла, в группе контроля - 75,4 балла,

В основной группе выраженность болевого синдрома на 10-е сутки понизилась до $20,3 \pm 2,6$ баллов, в отличие от этого в группе контроля данный показатель понизился до $38,6 \pm 2,3$ баллов ($p < 0,05$).

Следует отметить, что дозировка препарата Диклоберл в основной группе составила 3 инъекции за весь период лечения, в то время как в группе сравнения пациенты для купирования болевого синдрома получили 5 инъекций с переводом в последующем на пероральную форму.

Выводы: в результате проведенного лечения у большинства больных уже в первые дни терапии было достигнуто восстановление двигательной и повседневной активности, о чем свидетельствуют данные, полученные при изучении показателей, оцениваемых по опроснику Освестри, а так же значительно снизилась интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ. Исследование показало, что включение препарата Мильгамма в схему лечения хронической неспецифической боли в нижней части спины позволяет сократить курс лечения и редуцировать дозу НПВП у указанного контингента больных.

Литература:

1. Kent P.M., Keating J.L., Buchbinder R. Searching for a conceptual framework for nonspecific low back pain // *Man. Ther.* 2009. Vol. 14. № 4. P. 387–396.

2. Mibielli M.A., Geller M., Cohen J.C. et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study // *Curr. Med. Res. Opin.* 2009. Vol. 25. № 11. P. 2589–2599.

3. Schneider S., Mohnen S., Schilterwolt M. et al. Comorbidity of low back pain: representative outcomes of a national health study in the Federal Republic of Germany // *European Journal of Pain.* 2007. Vol. 11. p 387-397

4. Schoenfeld A.J., Laughlin M., Bader J.O., Bono C.M. Characterization of the incidence and risk factors for the development of lumbar radiculopathy // *J. Spinal. Disord. Tech.* 2012. Vol. 25. № 3. P. 163–167.

5. Воробьева О.В. Неинвазивное лечение боли в спине: возможности НПВП в сочетании с нейротропными витаминами // *Журнал "Эффективная фармакотерапия. Неврология."* №4 (39). 2015. с 50-56

6. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Клинический опыт применения мелоксикама (Мовалис®) при неспецифической боли в спине и радикулопатии // *Журнал Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2012. № 2. с 68-72.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

К.В. ШМЫРИНА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,
Н.Ф. ВЯЗИКОВА, Н.Н. БЕКНАЗАРОВ

Проведено комплексное обследование 98 пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины. Показано, что совместное применение нестероидных противовоспалительных препаратов совместно с витаминами группы В позволяет уменьшить дозу НПВП и сократить сроки редукции болевого синдрома.

Ключевые слова: хроническая боль в нижней части спины, витамины группы В, лечение.