

Досвід використання опитувальників LANSS та DN4 для визначення нейропатичного компоненту болю у хворих на анкілозивний спондиліт

Станіславчук М.А., Шаповал І.І.
*Вінницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова,
Вінниця, Україна*

Актуальність: Дослідження останніх років демонструють значну роль нейрогенних механізмів в патогенезі больового синдрому. Згідно патофізіологічної класифікації, біль може містити ноцицептивний та нейропатичний компоненти. Ноцицептивний біль з'являється в результаті стимуляції нервових закінчень. Під нейропатичним розуміють біль, який виникає в результаті пошкодження або дисфункції структур периферичної або центральної нервової системи, які приймають участь в регуляції болю. Постійна активація первинних аферентних волокон, що повторюється, змінює функціональний стан і активність центральних нервових шляхів і призводить до змін спінальної збудливості – центральної сенситизації, що є основним механізмом підтримки болю у хронічному стані. У випадку анкілозивного спондиліту (АС) провідним клінічним синдромом є больовий, який на початку захворювання може проявлятися в основному ноцицептивним компонентом, що відображає гострий перебіг та високу активність запального процесу. За відсутності адекватної терапії відбувається прогресування запального процесу, остеопроліферація з наступним розвитком анкілозу, що супроводжується звуженням суглобової щілини, ушкодженням нервових закінчень, що є передумовою для виникнення нейропатичного компоненту больового синдрому. Тобто, при АС існують всі передумови для виникнення нейропатичного болю, що може маскуватися за проявами ноцицептивного.

Мета: визначити та оцінити наявність нейропатичного компоненту болю у хворих на АС за допомогою опитувальників LANSS та DN4.

Матеріали та методи: У дослідження включено 75 хворих з на АС. Діагноз встановлювали на основі модифікованих Нью-Йоркських критеріїв (Van der Linden et al., 1984). Для загальної оцінки інтенсивності болю використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ). Для виявлення нейропатичного компонента больового синдрому використовували Лідську шкалу оцінки нейропатичного болю LANSS

(Bennett, M.I. 2001) та опитувальник нейропатичного болю DN4 (Bouhassira D. et al., 2005), які найчастіше використовують з цією метою. Критерієм нейропатичного болю за шкалою LANSS є значення ≥ 12 , а за опитувальником DN4 значення ≥ 4 .

Результати: Всього було обстежено 75 пацієнтів (63 чоловіки і 12 жінок) з АС. Вік хворих коливався від 19 до 64 років і в середньому ($M \pm SD$) становив $42,1 \pm 11,4$ років. Середня тривалість захворювання $5,15 \pm 5,03$ років. За ВАШ інтенсивність болю становила $6,72 \pm 2,18$. У 28 хворих на АС діагностовано нейропатичний компонент больового синдрому при тестуванні за опитувальником DN4, що склало 37,3%, а за шкалою LANSS у 30 хворих (40%); середні значення даних показників становили $3,51 \pm 1,97$ балів та $9,68 \pm 4,72$ балів, відповідно. Нейропатичний компонент больового синдрому серед чоловіків зустрічався з частотою 34,9% за опитувальником DN4 та 38,1% за шкалою LANSS, тоді як серед жінок за обома шкалами нейропатичний біль виявляли у 50 % обстежених.

Висновки: Отримані дані свідчать про значну поширеність нейропатичного компоненту болю як за опитувальником DN4 (37,3%), так і за шкалою LANSS (40%). Нейропатичний компонент частіше виявлявся у жінок (50%). Зважаючи на те, що при різних типах болю задіяні різні патофізіологічні механізми, які є терапевтичними мішенями для фармакопрепаратів, зростає значення диференціації ноцицептивного і нейропатичного компонента больового синдрому.

Оценка эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно- корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков

Фурса И.А.¹, Кас И.В.²

¹ Харьковская клиническая больница
на железнодорожном транспорте
№ 1, Харьков, Украина

² Харьковская медицинская
академия последипломного
образования, Харьков, Украина

В настоящее время консервативное лечение используется у 85-90% больных с компрессионно-



корешковими синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков. Традиционно его эффективность оценивается с позиций влияния на клиничко-неврологические нарушения.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков, на основании показателей клиничко-неврологического исследования.

Под нашим наблюдением находились 171 больной, в возрасте от 23 до 62 лет с рефлекторными и компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами дисков, проходивших лечение в неврологическом и физиотерапевтическом отделениях Харьковской клинической больницы на железнодорожном транспорте № 1. Клиническая картина заболевания соответствовала компрессии корешка L4-L5 у 32%, L5-SI – у 43% больных, у 25% наблюдаемых имели место рефлекторные синдромы. Стадия обострения диагностирована у 74% обследованных.

Клиническая картина заболевания чаще соответствовала компрессии корешка SI – у 80 (46,2%) и L5 – у 66 (38,6%) Для объективизации степени выраженности болей наряду с традиционным клиничко-неврологическим исследованием использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

По данным КТ у 85(49,8%) больных определялись задние срединно-боковые, у 63(31,8%) – срединные, у 31(18,1%) – фораменальные грыжи нижних поясничных и пояснично-крестцового дисков, размеры которых колебались от 5 мм до 12 мм, а также протрузии 3-4 мм у 80(46,8%) на фоне остеохондроза (91,4%), спондилеза (76,9%), спондилоартроза (79,1%).

Лечение больных в условиях неврологического стационара было однотипным и включало назначение общепринятых медикаментозных препаратов, лечебную гимнастику, иглорефлексотерапию, низкочастотную магнитотерапию, а также, при выраженном болевом синдроме, электрофорез лонгокаина, при умеренной интенсивности болей – амплипульстерапию или электромиостимуляцию.

Анализ результатов лечения показал, что только у 50 (29,3%) наблюдаемых достигнут значимый клинический эффект при использовании одного курса, тогда как 121 (70,7%) больным проводилось 2-3-х кратное стационарное лечение с интервалом в 2-3мес. При этом отмечено значительное уменьшение интенсивности болей и снижение ВАШ в три раза – до $2,5 \pm 0,2$ баллов ($P < 0,001$), а также повышение сниженного тонуса мышц у 86% и увеличение силы разгибателей и сгибателей стопы у 73% больных.

Таким образом, традиционное консервативное лечение больных с компрессионно-корешковыми синдромами, вызванными грыжами межпозвоночных дисков, благоприятно влияет на клиническое течение заболевания.

Применение антигомотоксической терапии и электронейростимуляции при дорсопатиях

Чухраев Н.В.¹, Буцкая Л.В.², Данилова О.А.²

¹ НМЦ Мединтех, Киев, Украина

² Международная академия управления персоналом, Киев, Украина

Актуальность – повышение эффективности протоколов лечения болевых синдромов, сочетая двухуровневый подход, электронейростимуляцию, принципы биологической регулирующей терапии с минимальной медикаментозной нагрузкой.

Цель исследований: Исследование эффективности сочетанного двухуровневого подхода на основе электронейростимуляции и антигомотоксической терапии при лечении болевых синдромов. Задачи исследования: Разработка протокола электронейростимуляции в сочетании с антигомотоксической терапией при болевых синдромах.

Материалы и методы: Для определения наиболее эффективного протокола лечения больных дорсопатией поэтапно набиралась группа из 75 больных, которые были разделены на 3 группы по 25 больных случайным образом: 1 группа – выполнялось местное подкожное введение (МПВ) препарата Траумель С (амп.) в болевые БАТ и электронейростимуляция – плацебо. 2 группа – выполнялось МПВ препарата Траумель С в болевые БАТ и электронейростимуляция по двухуровневой методике. 3 группа – проводилась МПВ физиологического раствора в болевые БАТ и электронейростимуляция по двухуровневой методике. Параметры процедуры: аппарат МИТ-ЭФ2, индивидуальная терапевтическая частота повторения импульсов выбиралась по методу Самосюка-Чухраева и составляла $(9,4 \pm 0,94)$ Гц, длительность импульса – 0,5 мс, сила тока – до появления ощущения покалывания, время одной процедуры составляло 15 минут, курс лечения – 12 процедур, 3 раза в неделю. Электрод “+” 1 канала устанавливался с правой стороны позвоночника зоны боли, «-» на левую проекцию тройничного нерва. Электроды 2 канала устанавливаются ассиметрично 1 каналу. Модель исследования включала

