<https://doi.org/10.32863/1682-7392-2019-3-67-16-18>

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РЯДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аношина Е.А., Михайленко А.А., Самарцев И.Н., Живолупов С.А.

ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Терапия боли является неотъемлемой частью профессиональной деятельности врачей различных специальностей как в стационаре, так в амбулаторной клинической практике [1]. Согласно данным эпидемиологических исследований болевые синдромы наиболее часто встречаются в клинической практике при заболеваниях периферической нервной системы и патологии опорно-двигательного аппарата, что определяет ведущую роль специалистов неврологического профиля в решении данной проблемы [5, 8].

Согласно одному из определений «боль – это мультисистемная реакция организма, протекающая в рамках физиологических (защитный рефлекс) или патофизиологических (один из синдромов какого-либо заболевания) процессов и направленная на восстановление гомеостаза или реализацию патологической доминанты» [6]. Исходя из этой дефиниции, боль является исключительно сложным по субъективному восприятию ощущением, при этом ее переносимость, по мнению различных авторов, существенное влияние оказывает пол, возраст, раса, эмоциональное состояние, уровень мотивации пациента, его культурно-этнические особенности, социальный статус и многое другое, что затрудняет стандартизацию подходов к ведению пациентов данного профиля. Другой важной проблемы в альгологии является поиск оптимальных терапевтических алгоритмов в лечении различных болевых синдромов, позволяющих с одной стороны профилировать развитие возможных нежелательных явлений, свойственных ряду фармакологических препаратов, используемых для купирования алгических состояний, а с другой – способных оказывать быстрый и стойкий анальгезирующий эффект [2, 4].

Цель исследования. Оценить терапевтическую эффективность сочетанного использования физиотерапевтических процедур (экстракорпоральной ударно-волновой терапии (ЭУВТ) и периферической магнитной стимуляции (ПМС)), а также локальной инъекционной терапии (ЛИТ) в купировании боли у пациентов с заболеваниями периферической нервной системы и патологией опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. В исследование, проведенное в клинике нервных болезней ВМА им. С.М. Кирова, было включено 389 пациентов (267 женщин и 122 мужчин) в возрасте от 20 до 65 лет с наиболее часто встречаемыми болевыми синдромами, развившимися вследствие заболеваний периферической нервной системы или патологии опорно-двигательного аппарата. Клинико-неврологическое обследование проводилось в соответствии со стандартом неврологического осмотра. Для оценки выраженности болевого синдрома применяли визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ), а с целью определения нейропатического компонента – опросник боли DN4. Терапия включала использование медикаментозной терапии (нестероидные противовоспалительные препараты, по требованию – антидепрессанты, антиконвульсанты), физиотерапевтического лечения (ФТЛ с применением электромагнитного стимулятора SALUS-TALENT и модуль ЭУВТ (OPTIMUS PRO)), а также ЛИТ, включающую введение комбинации раствора местных анестетиков (лидокаин, прокаин) в сочетании с или без глюкокортикоидов (бетаметазон, триамцинолон). Статистическая обработка результатов проведена с помощью программного пакета Statistica 8,0 (Statsoft Inc., USA).

Результаты и их обсуждение. После проведенного обследования в зависимости от характера и локализации боли, особенностей неврологического и ортопедического статуса были выделены группы пациентов с клиническими синдромами, представленными в таблице 1.

Жалобы носили полиморфный характер: чувство дискомфорта, жжения, онемение, боли в шее и поясничной области, бедренном, голеностопном, локтевом суставах; ощущение «замороженного плеча», стягивание в руках и ногах, парестезии (ползание мурашек) в конечностях и заднебоковых отделах туловища, иногда трудно локализуемые боли с ощущением пульсации и др. (таблица 2).

В группе радикулопатий доминировал выраженный болевой синдром с мышечно-тоническим напряжением: при поступлении у 42 пациентов распознавалась нестерпимая боль (9-10 баллов), у 159 – очень сильная (7-8 баллов), у 18 – умеренная боль (4-5) баллов. Сходный характер интенсивности болевых ощущений регистрировался в группах 2, 4, 6, 7 и 8. В группах 3 и 5 нестерпимая боль отсутствовала.

В первой группе уже после первого сеанса ФТЛ в 40 % случаев, а после третьего – в 90 % наблюдений интенсивность боли снижалась на 2-3 балла по ВАШ ($p<0,01$). Заслуживает внимания тот факт, что у лиц с выраженной и нестерпимой болью существенный противоболевой эффект уже на 1-2 процедуре достигался чаще, чем у пациентов с умеренной болью ($p<0,01$). У пациентов с нейропатическим характером боли снижение выраженности болевых ощущений на 2-3 балла регистрировалось обычно после 3-4 процедуры ПМС ($p<0,05$). Применение курса ЛИТ позволяло снизить интенсивность боли в среднем на 4-6 баллов ($p<0,05$) по сравнению с исходным уровнем.

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

Таблица 1.

Характеристика нозологических форм и эффективность проводимой терапии.

№ группы	Нозологическая форма	Число наблюдений		Длительность заболевания	ВАШ (баллы)	Число процедур ПМС	Число процедур УВТ	Число процедур ЛИТ	Эффективность первого сеанса ФТЛ (снижение по ВАШ, баллы)	Эффективность курса ФТЛ (снижение по ВАШ, баллы)	Эффективность курса ЛИТ (снижение по ВАШ, баллы)
		ФТЛ	ЛИТ								
1	Радикулопатия (M54.1)	19	17	3-9 мес.	4-10	7-9	2-3	2	2-7	2	4-6
2	Синдром грушевидной мышцы (G57.0)	9	7	7 дн-3 мес.	6-10	5	3	2	1-5	0-1	4-5
3	Синдром «запястного канала» (G56.0.)	8	15	1-15 мес.	4-8	10	5	1	3-7	1-3	4-8
4	Импинджмент-синдром плеча (M75.4)	3	-	3-8 мес.	5-10	10	4	-	3-7	1-3	-
5	Эпикондилит локтевого сустава (M77.1 и M77.2)	1	-	1-7 мес	3-8	5	5	-	1-4	0-1	-
6	Трохантерит тазобедренного сустава (M70.6)	4	-	1-6 мес	6-10	5	5	-	5-8	2-3	-
7	Гонартроз (M17)	7	-	1-12 мес	4-10	8	5	-	3-5	2-4	-
8	Плантарный фасциит (M72.2)	9	-	2 нед-6 мес.	7-10	10	5	-	5-8	0-1	-

Таблица 2.

Характер и локализация субъективных ощущений у обследуемой категории больных.

Симптом	Локализация	Количество пациентов с болевым синдромом, абс/ %
Грызущая, с непредсказуемыми обострениями, хроническая, в покое и движениях боль	Грудной, поясничные отделы позвоночника	168/43,2
Стреляющая, пронзающая боль	Наружная поверхность бедра, пальцы кисти	117/30,1
Жжение парестезии	Голова, заднебоковые отделы туловища, верхние и нижние конечности	38/9,8
Ноющая боль	Верхние и нижние конечности, крупные суставы	66/16,9

Была установлена достоверная ($p < 0,05$) корреляционная связь количества процедур ПМС с интенсивностью боли по ВАШ ($r = 0,54$) (Рис. 1).

Во второй группе больных согласно результатам тестирования по ВАШ у 18 пациентов боль расценивалась как нестерпимая (10 баллов, у 9 – очень сильная (8 баллов) и у 3 – сильная (6 баллов). Уже после первой процедуры ПМС отмечалось снижение болевого синдрома на 4-5 баллов ($p < 0,05$). После завершения курса лечения фактически у всех больных боль снизилась до 1 балла или полностью регрессировала ($p < 0,01$). В этой группе больных использовалось 2 сеанса ЛИТ, причем по их завершению отмечалось снижение интенсивности боли по ВАШ на 4-5 баллов ($p < 0,01$).

В 3 и 5 группах исходная интенсивность болевого синдрома не превышала 8 баллов. Но если у пациентов с синдромом запястного канала эффективность первого сеанса обычно не превышала 1 балла, то при эпикондилите локтевого сустава она достигала 2-4 баллов; по окончании курса в 5 группе регрессировала полностью или не превышала 1 балла, а в 3 группе интенсивность боли оценивалась в 1-3 балла. Применение ЛИТ у пациентов с синдромом «запястного канала», не имеющих показаний к оперативному лечению, позволяло тотально нивелировать болевой синдром через 1 неделю от момента инъекции.

Эффективность первого сеанса ПМС в четвертой, шестой и восьмой группах нельзя считать хорошей (снижение боли на 2-3 балла), окончательно же результаты значительно отличаются: для плантарного фасциита эффективность выражалась цифрами 0-1 баллы, для импинджмент-синдрома плеча -1-3 балла, для трохантерита тазобедренного сустава -2-3 балла. Наименьший окончательный результат был достигнут в группе пациентов с гонартрозом, выразившийся в сохранении болевого синдрома на уровне 2-4 баллов.

Рис. 1. Взаимосвязь между количеством процедур ПМС и интенсивностью боли по ВАС.

Заслуживает внимание следующий клинический факт: по субъективным ощущениям максимальный дискомфорт пациентам доставляли эпикондилит локтевого сустава и плантарный фасциит, которым сопутствовал, наряду с синдромом грушевидной мышцы, наибольший лечебный эффект.

В целом ортопедическая патология поддавалась терапевтическим вмешательствам в меньшей степени, хотя снижение эффективности боли в группах 4, 5, 6, 7 было значимое.

Заключение. В настоящее время для лечения разнородных болевых синдромов, наряду с лекарственными препаратами, широким спектром традиционных физиотерапевтических процедур все шире используют высокотехнологические методы нейрореабилитации [7]. К их числу относятся экстракорпоральная ударно-волновая терапия и периферическая магнитная стимуляция, которые в значительной мере являются новым направлением в лечении боли и обладают достаточно широкими возможностями для ее купирования у пациентов с разнообразной неврологической и ортопедической патологией. Различные модальности воздействия и приемы использования физиотерапевтических лечебных факторов позволяют селективно активизировать периферические и/или центральные нисходящие звенья антиноцицептивной системы, что в конечном итоге позволяет уменьшить восходящую болевую импульсацию так, что нарушается пропорциональность болевых ощущений и ноцицептивного входного потока.

Следует также отметить высокую эффективность ЛИТ в комплексной терапии алгических синдромов, в частности, в случае компрессионно-ишемической невралгии срединного нерва на уровне карпального канала [3].

Представляется актуальным дальнейшее исследование применения различных терапевтических методов (изолированно и в комбинации) в лечение гетерогенных болевых синдромов с оценкой их прогностической эффективности и дальнейшей стандартизацией терапевтических схем.

Литература

1. Алексеев, В.В. Боль. Руководство для врачей и студентов / В.В. Алексеев, А.Н. Баринев, М.Л. Кукушкин, Е.В. Подчуфарова, И.А. Строков, Н.Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 303 стр.
2. Живолупов С.А. Магнитная стимуляция в неврологии (теоретические основы, диагностические возможности, терапевтическая эффективность) / С.А. Живолупов, Н.А. Рашидов, А.А. Михайленко, И.Н. Самарцев, А.А. Юрин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 1 (33). – С. 215-221.
3. Живолупов, С.А. Малоинвазивная терапия (блокады) в неврологии / С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. 120 с.
4. Живолупов С.А. Болевые синдромы в клинической практике врача-невролога: патофизиология и принципы фармакотерапии / С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев, Е.В. Яковлев // Клиническая фармакология и терапия. – 2017. – №26 (5). – С. 10-18.
5. Михайленко, А.А. Клиническая неврология. Семиотика и топическая диагностика / А. А. Михайленко – М.: Фолиант, 2012. – 432 с.
6. Одинак, М.М. Болевые синдромы в неврологической практике / М.М. Одинак, С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – Вып.109, №9. – С. 80–89.
7. Пономаренко, Г.Н. Инновационные технологии физиотерапии / Г.Н. Пономаренко, В.С. Улащик – СПб, 2012. – 256 с.
8. Mills, I. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies / I. Mills, E. Sarah // British Journal of Anaesthesia. – 2019. – Vol. 123, №2. – e273-e283.