

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2021
УДК 616.721.1:617.546-07-08

Д. П. Утепов, Г. Б. Абасова

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ БЛОКАД У ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х. А. Ясави
(Туркестан, Республика Казахстан)

Применение теоретических и практических основ малоинвазивной терапии боли приобретает широкое распространение в современной неврологии, в том числе при дорсопатии. Изучены основы назначения и применения локальной инъекционной терапии у 93 больных с выраженным болевым синдромом шейного отдела позвоночника на амбулаторно-практических условиях Городской клинической больницы №1 г. Шымкента. Пациентам проведен курс лечебных «паравертебральных блокад» в три этапа с учетом проявления болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале. Рассмотрена техника и эффект применения смеси раствора дипроспана, кетонала и цианокобаламина в лечебных блокадах.

Ключевые слова: деструктивно-дегенеративные изменения межпозвонкового диска, дорсопатия шейного отдела позвоночника, миофасциальный болевой синдром, лечение болевого синдрома блокадами

На современном этапе медицинского обеспечения малоинвазивной терапией пациентов с дорсопатией шейного отдела позвоночника лечебно-диагностические блокады являются одной из важных проблем общей врачебной и клинической практики, связанной с проявлением боли, рефлекторными мышечно-тоническими симптомами в шейном отделе позвоночника и верхней конечности [3, 6].

В период автоматизации производственных процессов проявление патологии имеет немаловажное социально-экономическое значение для каждого государства, поскольку заболевание чаще встречается у людей профессионально вынужденных длительно находиться в нефизиологичном положении. Вследствие особенностей анатомии в шейном отделе позвоночника проявляется повышенная подвижность, необходимая для реализации важных функций в организме – удерживать голову и обеспечивать её различные движения. Небольшие размеры позвонков шейного отдела позвоночника, необходимость удержания и фиксации головы создают предпосылки для развития дегенеративно-дистрофических изменений даже у лиц молодого возраста. Следствием компрессии подвержены нервные корешки, сосуды, спинной мозг, а выраженные дегенеративные изменения межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника обнаруживаются у 25% больных в возрасте до 40 лет, у 50% - после 40 и у 75% – в возрасте 60 лет и старше [5]. В практике наиболее часто поражается диск CV-CVI и в меньшей степени диски CIV-CV и CVI-CVII. В результате компрессии шейных корешков остеофитом или фрагментом диска возникают разнообразные клинические симптомы и син-

дромы. Клинические проявления зависят от уровня компрессии корешков: сдавление корешка CIII вызывает болевые ощущения в верхней половине шеи; корешка CIV – боли в надлопаточной, ключичной областях, гипотрофию трапециевидной мышцы, длинной мышцы головы и шеи, боли в области сердца; корешка CV – цервикалгию, боли в области надплечья, наружной поверхности плеча, слабость и гипотрофию дельтовидной мышцы; корешка CVI – цервикалгию, боль в лопаточной области, надплечье, иррадиирующую в большой палец кисти, слабость и гипотрофию бицепса, снижение сухожильного рефлекса с бицепса; корешка CVII – боль в шее и лопатке, распространяющуюся по латеральной поверхности предплечья во второй и третий пальцы кисти, слабость и похудание трехглавой мышцы плеча, снижение рефлекса с трицепса; корешка CVIII – боль от шеи иррадиирует по внутреннему краю предплечья к 5 пальцу кисти, отмечается снижение карпорадиального рефлекса [4].

В настоящее время с проблемой боли сталкиваются врачи практически всех специальностей, а неврологи сталкиваются чаще других. Новейшие разработки в различных областях медицины дают возможность увеличить продолжительность жизни и обеспечить успех при многих заболеваниях, но боль остается глобальной медицинской и общечеловеческой проблемой.

Цель работы – разработка методов купирования острого интенсивного болевого синдрома в амбулаторно-поликлинических условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 01.09.2018 по 31.08.2020 г.

неврологами инсультного центра и кафедры неврологии на базе Городской клинической больницы №1 (Туркестан, Республика Казахстан) на амбулаторно-поликлиническом этапе

проконсультировали и пролечили 93 больных трудоспособного возраста с выраженным болевым синдромом (БС) шейного отдела позвоночника.

Таблица 1 – Половозрастные показатели пациентов

Группа	Кол-во пациентов	Возраст (M±m)	Мужчины	Женщины
Основная	56	39±4,5 лет	25	31
Контрольная	37	43±5,1 лет	14	23

Пациенты были разделены на две группы: в основную вошли 56 пациентов (25 мужчин и 31 женщина, средний возраст 39±4,5 г.) с выраженным БС на момент начала консервативного лечения, ранее принимавшие лечение. В контрольную группу вошли 37 пациентов (14 мужчин и 23 женщины, средний возраст 43±5,1 г.) с выраженным БС, впервые обратившиеся за медицинской помощью (табл. 1). В амбулаторно-поликлинических условиях пациентам обеих групп был проведен курс лечебных паравертебральных блокад с учетом проявления интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), широко применяемой в практической медицине. Вид процедур, а также доза и концентрации анальгетиков и витаминных препаратов подбирались, исходя из течения клинической картины и соматического статуса каждого пациента индивидуально [5].

Первичный визит пациента: при наличии болевого синдрома и индексом ВАШ выше 8 см применялась первая паравертебральная блокада на уровне СIII-CIV позвонков с применением смеси 1,0 мл дипроspана + 9,0 мл 0,5% раствора новокаина.

Вторичный визит пациента: при наличии снижения болевого синдрома на уровне 3-4 см по ВАШ вторая паравертебральная блокада выполнялась на уровне СIII-CIV позвонков с применением смеси 2,0 мл кетонала + 8,0 мл 0,5% раствора новокаина.

Третичный визит пациента: при сохранении болевого синдрома или его усилении третья паравертебральная блокада проводилась на уровне СIII-CIV позвонков с применением смеси 1,0 мл цианокоболамина + 9,0 мл 0,5% раствора новокаина (табл. 2).

Все процедуры выполнялись в амбула-

Таблица 2 – Показатель проведенных паравертебральных блокад лечебными препаратами по шкале ВАШ

Показатели	Первичный визит	Вторичный визит	Третичный визит
Наличие БС свыше 8 см	1,0 мл дипроspана + 9,0 мл 0,5% новокаина	-	-
Снижение БС на уровне 3-4 см	-	2,0 мл кетонала + 8,0 мл 0,5% новокаина	-
Сохранение БС на уровне ниже 3 см	-	-	1,0 мл цианокоболамина + 9,0 мл 0,5% новокаина

торных условиях в процедурном кабинете с соблюдением правил асептики и антисептики, раствор смеси лекарственных средств вводили при комнатной температуре 20-22° С с использованием 10,0 мл одноразовых шприцов. Все пациенты подписывали информированное согласие на проведение инвазивных процедур и были предупреждены, что эффект от процедуры будет очевиден только через 12-20 часов. Во время каждого из трех визитов пациентам предлагалось заполнить анкету, где интенсивность БС, вызванного заболеванием, и интенсивность боли при выполнении блокад оценивали по ВАШ (0 до

10 см). Также все пациенты получали терапию per os препаратом лорноксикам в дозе 16 мг/сут в течение 7-10 дней. В отдельных случаях в остром периоде течения заболевания использовали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), такие как, например, диклофенак в дозе до 100 мг/сут или другой аналог НПВП, витамины группы В в дозе 1,0 мл один раз/сут внутримышечно в течение от 3 до 10 дней. Также пациентам предлагалось минимизировать физическую нагрузку.

Результаты исследования обработаны методами вариационной и корреляционной

статистики с использованием пакета прикладных программ «STATGRAF» [6, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основную группу в 100% составляли пациенты, вновь обратившиеся за медицинской помощью с целью снятия повторно появившегося болевого синдрома, а также точ-

ного установления диагноза и возможности решения проблемы консервативными методами лечения. Соответственно контрольную группу в 100% составили пациенты, впервые обратившиеся с целью снятия болевого синдрома и установления диагноза заболевания.

Проанализированы интенсивность про-

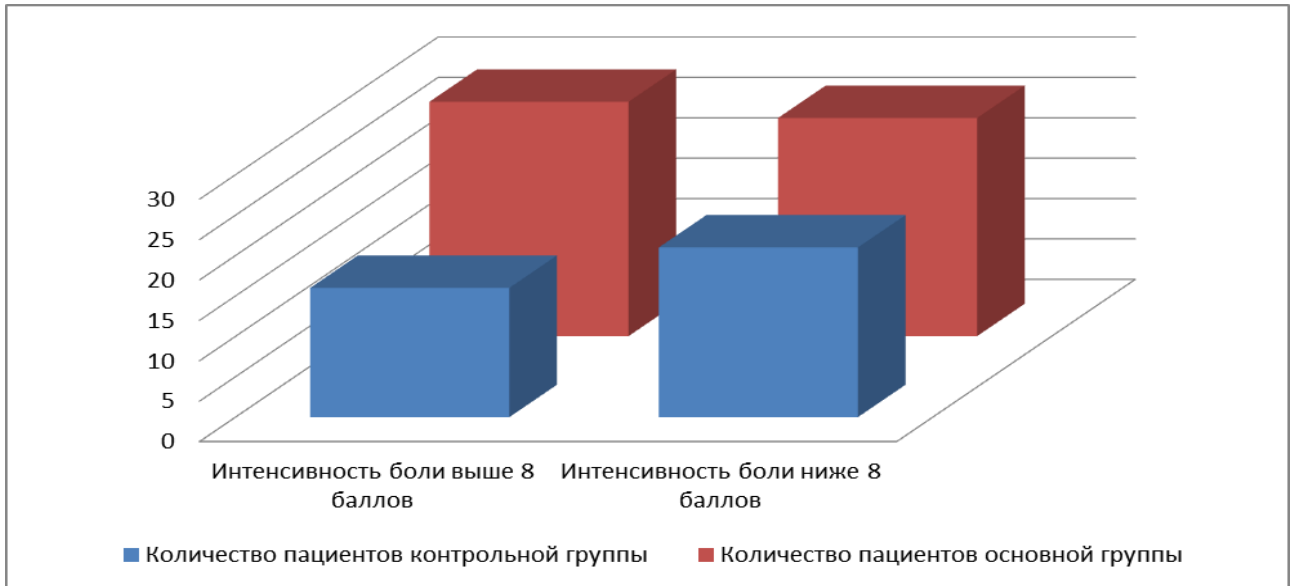


Рисунок 1 – Количественный показатель выраженности БС

явления БС в основной группе и реакция на предлагаемое лечение (рис. 1). Интенсивность БС по ВАШ составила $5,4 \pm 0,8$ см у 29 больного (51,8%) и $7,4 \pm 0,6$ см у 27 (48,2%) ($p \leq 0,05$). В контрольной группе проявление болевого синдрома составила $4,2 \pm 0,5$ см у 16 (43,3%) больных и $8,3 \pm 0,6$ см у 21 (56,7%). При этом 46% пациентов психологически боялись инъекционных блокад, 58,3% пациентов указали, что предыдущее лечение препаратами per os и инъекциями внутримышечно, включая капельницы, не было достаточно эффективным. Дополнительно объяснять целесообразность применения инвазивных процедур пришлось лишь в 5% случаев (3 пациента). Конструктивный диалог с пациентом позволил выполнить весь курс лечебной процедуры без технических осложнений. Интенсивность БС по ВАШ при выполнении первичной паравертебральной блокады в 70% случаев (42 больных) была расценена, как «просто укол с введением лекарства» ($p \leq 0,05$), в 20% (12 больных) – как «процедура с умеренной болью» ($p \leq 0,05$). Лишь в 10% случаев во время паравертебрального введения препаратов пациенты испытывали «сильную, но быстро проходящую боль». По окончании процедуры 54 пациента (90%) че-

рез 30 мин охарактеризовали процедуру, «как легко переносимое, приносящее дискомфорт или неприятное ощущение укола с последующим раздражающим введением лекарства». При выполнении 2 процедуры болевые ощущения у 90% пациентов соответствовали низкой интенсивности (ВАШ – $1,7 \pm 0,6$ см), в 10% – умеренной интенсивности боли. Ощущение страха исчезло у 80% больных.

После первой процедуры через 24 ч интенсивность БС по ВАШ составила $3,8 \pm 0,9$ см в контрольной группе по сравнению с $2,8 \pm 0,9$ см в основной группе ($p \leq 0,05$). К 3-4 сут – $6,8 \pm 0,9$ см по сравнению с $3,8 \pm 0,9$ см, к 5 сут – $3,8 \pm 0,9$ см по сравнению с $2,3 \pm 0,7$ см ($p \leq 0,05$), что позволяло значимо снизить выраженность БС. В основной группе данное обстоятельство настраивало пациентов на дальнейшее сотрудничество и вселяло им надежду получения скорого положительного результата.

При выполнении паравертебральных блокад одной из технических сложностей является проблема с укладкой пациентов. Пациенты ложились на живот, место пункции определяли пальпаторно, длительность введения препаратов составляла 15-25 с. При этом врачу необходимо представлять, что первоочеред-

ной целью инвазивных процедур является точное попадание препаратов в цель и, соответственно, купирование БС. Однако с технической точки зрения при выполнении паравертебральных блокад уникальной является клиническая ситуация, заключающаяся в том, что их приходится выполнять непосредственно в месте источника боли, причиняя при этом еще большую боль и увеличивая страдания пациента. Поэтому такие проблемы, как укладка пациента, скорость и точность выполнения процедуры, требуют высокой квалификации специалиста. Прямой метод доставки препарата в «место поражения» – основная составляющая патогенетической терапии. Являясь методом фокусной направленности, по эффективности воздействия он превосходит все консервативные методы лечения. Регионарные инвазивные методы это «Bridge» технология – своеобразное связующее звено между терапией *per os*, внутримышечным введением препаратов или другими общими консервативными методами. Наиболее часто применяется паравертебральное введение препаратов, техника выполнения которых заключается в следующем: пункцию паравертебрального пространства осуществляют по стандартной методике в асептических условиях в положении пациента лежа на животе, с учетом распределения суспензионной формы вводимого препарата. После инъекции больной остается в указанном положении в течение 7-10 мин, после чего поворачивается на живот и остается в данном положении 20-30 мин, после наблюдения через 1 час пациент может покинуть клинику.

Особенности и преимущества данной методики: введение препаратов с помощью иглы одноразового шприца объемом 10 мл позволяет исключить риск повреждения срезом иглы кровеносные сосуды, которые расположены в фасциях. Одномоментное введение общего объема препаратов (растворителя, НПВП) в течение 5-10 с обеспечивает более быстрое и полное лечебное и обезболивающее действие. В связи с использованием только одноразового шприца очевидна малая затратность инвазивной процедуры, т. е. налицо экономическая составляющая.

Таким образом, выполняется принцип безопасного применения лекарственных средств и получения желаемого эффекта терапии. При этом необходимо отметить, что медикаментозная терапия острой боли отнюдь не всегда бывает эффективной как по причине того, что достижение необходимой эффективной терапевтической концентрации препарата

может быть обеспечено лишь после относительно продолжительного периода времени, так и вследствие недостаточно высокой анальгетической активности медикамента. Поэтому для купирования острого болевого приступа необходимо сочетать методы как центральных, так и периферических блокад. Установлено, что в повседневной практике при интенсивности БС по ВАШ 6 см, паравертебральную блокаду выполняют однократно, при 7 см и выше по ВАШ – как минимум дважды с интервалом в 2-3 дня с обязательным применением двухэтапной техники выполнения.

ВЫВОДЫ

1. Терапия острого БС с использованием паравертебральных блокад должна рассматриваться как необходимый вид лечения на амбулаторном этапе. Острый болевой синдром должен быть купирован в самые сжатые временные сроки, что не только облегчает страдания больного, но является профилактикой формирования хронического БС.

2. Использование паравертебральных блокад в схеме консервативной терапии является оптимальным методом купирования острой боли при дорсопатии. Ключевой точкой определения стратегии персонализированной терапии боли является комбинация инвазивных методик, что позволяет уже при первичном опросе и осмотре пациента предлагать оптимальную тактику терапии боли в сжатые сроки времени.

3. Блокады должен выполнять квалифицированный невролог, имеющий значительный опыт владения методами регионарной анестезии. Клиническая эффективность паравертебральных блокад определяется тщательным соблюдением технологии их проведения.

ЛИТЕРАТУРА

1 Болевые синдромы в неврологической практике /Под ред. А. М. Вейна. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 124 с.

2 Гржибовский А. М. Экологические (корреляционные) исследования в здравоохранении /А. М. Гржибовский, С. В. Иванов, М. А. Горбатова //Наука и здравоохранение. – 2015. – №5. – С. 5-16.

3 Живолупов С. А. Малоинвазивная терапия (блокады) в неврологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 120 с.

4 Использование регионарных методик при лечении корешкового болевого синдрома нижней части спины в амбулаторных условиях /С. П. Крюков, А. В. Гнездилов, Е. Л. Долбнева //Анестезиология и реаниматология. – 2016. – №62. – С. 67-69.

5 Причины обращаемости пациентов по поводу болевого синдрома в ежедневной практике анестезиолога /А. В. Гнездилов, Е. Л. Долбнева, С. П. Крюков и др. //Сборник тезисов Московского городского съезда анестезиологов и реаниматологов. – М., 2016. – С. 47-48.

6 Современные представления о дифференциальной диагностике и лечении пациентов с болью в области плеча /И. Н. Самарцев, С. А. Живолупов, А. Ю. Емелин и др. // Рус. мед. журн. – 2017. – №9. – С. 564-571.

7 Холматова К. К. Экспериментальные исследования в медицине и здравоохранении: планирование, обработка данных, интерпретация результатов /К. К. Холматова, О. А. Харьков, А. М. Гржибовский //Экология человека. – 2016. – №11. – С. 50-57.

REFERENCES

1 Bolevye sindromy v nevrologicheskoj praktike /Pod red. A. M. Vejna. – М.: MEDpress-inform, 2001. – 124 s.

2 Grzhibovskij A. M. Jekologicheskie (korreljacionnye) issledovanija v zdravooxranenii /A. M. Grzhibovskij, S. V. Ivanov, M. A. Gorbatoва //Nauka i zdravooxranenie. – 2015. – №5. – S. 5-16.

3 Zhivolupov S. A. Maloinvazivnaja terapija (blokady) v nevrologii. – М.: MEDpress-inform, 2016. – 120 s.

4 Ispol'zovanie regionarnyh metodik pri lechenii koreshekovogo boleвого sindroma nizhnej chasti spiny v ambulatornyh uslovijah /S. P. Krjukov, A. V. Gnezdilov, E. L. Dolbneva //Anesteziologija i reanimatologija. – 2016. – №62. – S. 67-69.

5 Prichiny obrashhaemosti pacientov po povodu boleвого sindroma v ezhednevnoj praktike anestezijologa /A. V. Gnezdilov, E. L. Dolbneva, S. P. Krjukov i dr. //Sbornik tezisov Moskovskogo gorodskogo s#ezda anestezijologov i reanimatologov. – М., 2016. – С. 47-48.

6 Sovremennye predstavlenija o differencial'noj diagnostike i lechenii pacientov s bol'ju v oblasti plecha /I. N. Samarcev, S. A. Zhivolupov, A. Ju. Emelin i dr. //Рус. мед. zhurn. – 2017. – №9. – С. 564-571.

7 Holmatova K. K. Jeksperimental'nye issledovanija v medicine i zdravooxranenii: planirovanie, obrabotka dannyh, interpretacija rezul'tatov /K. K. Holmatova, O. A. Har'kova, A. M. Grzhibovskij //Jekologija cheloveka. – 2016. – №11. – С. 50-57.

Поступила 21.01.2021 г.

D. P. Uteпов, G. B. Abasova

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT BLOCKADES IN PATIENTS WITH CERVICAL DORSOPATHY

International Kazakh-Turkish University Kh. A. Yassawi (Turkestan, Kazakhstan)

The application of theoretical and practical foundations of minimally invasive pain therapy is becoming widespread in modern neurology, including dorsopathy. We have studied the basics of prescribing and using local injection therapy in 93 patients with severe pain syndrome (PS) of the cervical spine, on an outpatient practical basis at City Clinical Hospital No. 1 in Shymkent. The patients underwent a course of medical "paravertebral blockade" in three stages taking into account the manifestation of pain syndrome on a visual analogue scale (VAS). The technique and effect of using mixtures of solutions of diprospan, ketonal and cyanocobalamin in therapeutic blockades are investigated.

Key words: destructive and degenerative changes in the intervertebral disc, dorsopathy of the cervical spine, myofascial painsyndrome, treatment of pain syndrome with blockades

Д. П. Утепов, Г. Б. Абасова

МОЙЫН ОМЫРТҚАСЫ ДОРСОПАТИЯСЫНДАҒЫ НАУҚАСТАРДА ЕМДІК-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ БЛОКАДАСЫН ҚОЛДАНУДЫҢ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрк университеті, Қазақстан Республикасы, Түркістан қаласы

Кішінвазиялық терапияда аурудың теориялық және тәжірибелік негіздерін қолдану, заманауи неврологияда о.і. дорсопатияда ауқымды белес алып келуде. Біздермен, Шымкент қаласы №1 ҚКА амбулаторлы-емханалық жағдайында, айқын ауру синдромы (АС) белгісіндегі 93 науқасқа жергілікті инъекциялық терапия тағайындалуы мен қолдануының негіздерінне талдау жасалды. Визуальды аналогтағы шкалада (ВАШ) ауру сезіну белгісінде науқастарға «паравертебральды блокаданың» емдік курсының үш кезеңі жүргізілді. Емдік блокадада дипроспан, катонал және цианокабаламин сұйықтық қоспасын қолданудың сапасына және оны жүргізу техникасына бағалау жүргізілді.

Кілт сөздер: омыртқааралық дискісінің деструктивті-дегенеративті өзгерісі, мойын омыртқасының дорсопатиясы, миофасциальды ауру синдромы, ауру синдромын блокадамен емдеу