

Больные с установленным диагнозом синдрома химической зависимости, прошедшие полный курс реабилитационной программы, имеют отличительные социально-психологические характеристики, связанные с условиями воспитания в условиях домашней среды, а также небольшие сроки употребления пси-

хоактивных веществ с приобщением к их употреблению в возрасте старше 12 лет. В преобладающем большинстве случаев (2/3) характерологические девиации больных были ограничены уровнем акцентуации при удовлетворительной социальной адаптации в преморбиде.

Литература

1. Скугаревская Е. И. и др. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Особенности раннего алкоголизма. Лечение и профилактика // Клиническая психиатрия. Детский возраст : учеб. пособие / под ред. проф. Е. И. Скугаревской. Мн. : Выш. шк., 2006. 462 с.
2. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М. : Медицина, 1973. 392 с.
3. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста : рук. для врачей. Изд. 2-е, перераб. и доп. М. : Медицина, 1995. 560 с.
4. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л. : Медицина, 1985. 416 с.
5. Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М. : КРОН-ПРЕСС, 1996. 208 с.
6. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология : рук. для врачей. М. : Медицина, 2008. 640 с.
7. Надеждин А. В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. М. : Медпрактика-М, 2002. 444 с.

Сведения об авторах

Трубина Ольга Сергеевна, зав. детско-подростковой наркологической службой, главный детский нарколог г. Челябинска. ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница»

Адрес: г. Челябинск, ул. 40 лет Октября, д. 32в; тел +7 351 214-02-12, e-mail: trubinaolg@yandex.ru

Малинина Елена Викторовна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: malinina.e@rambler.ru

УДК 616.8-089

Балльный способ верификации фасеточного болевого синдрома поясничного отдела позвоночника

А. В. Яриков^{1, 2}, А. В. Яксаргин²

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 39», Нижний Новгород

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 40», Нижний Новгород

Ball method of facet pain syndrome verification of lumbar spine

A. V. Yarikov^{1, 2}, A. V. Yaksargin²

¹ City Clinical Hospital № 39, Nizhny Novgorod

² City Clinical Hospital № 40, Nizhny Novgorod

Аннотация. В данной работе авторами подробно описан новый способ диагностики фасеточного болевого синдрома поясничного отдела позвоночника. Суть способа заключается в следующем — проводят анкетирование и осмотр больных, страдающих болью в спине, и оценивают следующие показатели: возраст, анамнез и жалобы, неврологический статус и данные инструментальных методов обследования, объем и характер движений в поясничном отделе позвоночника. Далее пациенту производят блокаду дугоотросчатых суставов смесью местного анестетика и глюкокортикостероида. Далее баллы суммируют и выявляют причину болей в спине. Далее в статье приведены клинические примеры, на которых применен новый способ. Данный новый способ применен у 73 больных, и его эффективность доказана хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Таким образом, данный способ дает возможность точно верифицировать причину болей в спине и спланировать своевременное интервенционное лечение, что позволит уменьшить продолжительность лечения и быстрее вернуть больного к трудоспособности.

Ключевые слова: спондилоартроз; фасет-синдром; дугоотросчатый сустав; денервация суставов; боль в спине.

Abstract. In this paper, the authors describe in detail a new method of diagnosis of facet pain syndrome of the lumbar spine. The essence of the method is as follows — conduct a survey and examination of patients suffering from back pain, and evaluate the following indicators: age, history and complaints, assessment of the neurological status and data of instrumental methods of examination, assessment of the volume and nature of movements in the lumbar spine. Next, the patient produces a blockade of the arcuate joints with a mixture of local anesthetic and glucocorticosteroid. Next, the points are summed to identify the cause of back pain. Later

in the article the clinical examples on which the new method is applied are given. This new method was used in 73 patients and its results were proved by good immediate and long-term results. Thus, this method makes it possible to accurately verify the cause of back pain and plan timely interventional treatment, which will reduce the duration of treatment and quickly return to the patient's ability to work.

Keywords: spondylosis; facet syndrome; facet joint denervation of joints; back pain.

Введение. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника являются одними из распространенных хронических заболеваний, представляющих серьезную проблему (Тюликов К. В., 2013). Доказано, что в течение жизни один или несколько случаев болей в спине переносит более 90 % населения (Коновалов Н. А., 2011). Вертеброгенный болевой синдром представляется актуальной и социально важной проблемой современного здравоохранения, сопровождается снижением качества жизни и работоспособности, а также сохраняется в качестве ведущего фактора обращения за медицинской помощью (Бывальцев В. А., 2017).

Этиология болевого синдрома в спине многообразная, что в существенной степени затрудняет процедуру ее диагностики и лечения (Коновалов Н. А., 2009). Одной из причин болей может быть патология межпозвоноковых (дугоотростчатых) суставов (Бывальцев В. А., 2017; Певзнер К. Б., 2006). В узконаправленной литературе существуют многообразные синонимы данного заболевания: фасет-синдром, фасеточный синдром, фасеточный болевой синдром, артроз межпозвоночных суставов, артроз дугоотростчатых суставов (ДОС) и спондилоартропатический синдром (Луцик А. А., 2004).

Люди с хронической болью в нижней части спины получают медикаментозное лечение с использованием многообразных методов анальгезии, большинство из которых не имеет весомых доказательств эффективности при оценке уровня болевого синдрома и функционального статуса (Коновалов Н. А., 2009). В доминирующем числе случаев при лечении вертеброгенного болевого синдрома эффективно применяют нестероидные противовоспалительные препараты, но при этом в большой степени данные средства повышают риск развития желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений, в частности у людей пожилого и старческого возраста (Бывальцев В. А., 2017). Консервативные методы лечения фасет-синдрома поясничного отдела позвоночника (ПОП) в настоящее время являются неэффективными и постепенно уступают свое место хирургическим, малоинвазивным и интервенционным методам (Волков И. В., 2017; Певзнер К. Б., 2006). Существуют различные малоинвазивные способы лечения больных со спондилоартрозом: радиочастотная денервация, лазерная денервация, медикаментозная дерезеция МПС (Коновалов Н. А., 2011; Луцик А. А., 2004).

Имеющиеся в литературе данные неконкретны, а подчас просто противоречивы; отсутствуют данные о частоте, особенностях клинического течения спондилоартроза (Певзнер К. Б., 2006). Все это затрудняет диагностику данного заболевания. В последние годы за рубежом активно применяют методики, реализующие унифицированный подход к оценке состояния больного. В первую очередь это шкалы, которые в теории измерений формируются как совокупность трех

элементов: эмпирической системы, числовой системы и правила (отображения), согласно которому объекты эмпирической системы ставятся в соответствие объектам числовой системы, то есть числам. Шкалирование в медицинской метрологии — это совокупность методических приемов, позволяющих приписывать числовые значения исследуемым показателям. В математической теории измерений, которая отвлекается от физических аспектов получения числовых значений, шкалирование обычно называют просто измерением (иногда используется также термин «оценка») (Коновалов Н. А., 2009).

Цель исследования: разработать новый способ диагностики фасет-синдрома ПОП и оценить его клиническую эффективность.

Материалы и методы исследования. На основе клинической практической работы в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39» (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) и «Городская клиническая больница № 40» г. Нижний Новгород разработан новый способ диагностики фасет-синдрома поясничного отдела позвоночника, на который получен патент РФ на изобретение № 2651054 от 18.04.2018. Выполняют анкетирование и обследование лиц с болью в области ПОП и оценивают следующие признаки: возраст, анамнез и жалобы, неврологический статус и результаты инструментальных методов обследования, амплитуду движений в ПОП. Далее больному выполняют инъекцию в зону ДОС смесью местного анестетика (новокаин, лидокаин, ультракаин) и глюкокортикоида (дексаметазон, дипроспан, кеналог, бетаметазон) с двух сторон в заранее распланированной зоне (межсуставная щель) ДОС и оценивают влияние данной инъекции на интенсивность болевого синдрома. Далее показатели оценивают в единицах по таблице 1.

Собранные единицы суммируют и при сумме 10 и менее квалифицируют, что причиной болей в ПОП не является фасет-синдром, а при сумме 11 и более этиологией болей в ПОП является фасет-синдром.

Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и по опроснику Освестри (ODI). Данные нейровизуализации: МРТ — 0,5; 1,5 или 3,0 Тесла; КТ — 16; 32 или 64 спирали. Для интерпретации степени дегенеративных изменений ДОС по МРТ применялась классификацию А. Fujiwara (2000), а по КТ — D. Weishapt (1999) [1].

Денервация (невротомия) ДОС выполнялась под местной анестезией и навигационным рентген-контролем С-дуг PHILIPS или SIEMENS. Перед операцией проводили маркировку кожи, для чего применяли рентгеноконтрастную сетку. Невротомия должна производиться прецизионно под строгим внимательным рентгенологическим навигационным кон-

тролем. Для произведения денервации ДОС больной располагался лежа на животе. С целью обретения стойкой, основательной дерцепции ДОС применяли 96% этиловый спирт и местный анестетик. Иглу вводили до упора в зону сочленения ДОС и поперечного отростка (рисунок 1). Вначале в иглу вводили 1–2 мл раствора местного анестетика. После местного анестетика вво-

дили 0,5–1 мл 96% этилового спирта с прерывистым его влитием около 0,1–0,2 мл с периодичностью 60 с до тех пор, пока заключительный ввод не будет полностью безболезненным. Это подтверждает свершившуюся деструкцию нерва ДОС («медикаментозная невротомия»). Операцию заканчивали введением местного анестетика в ткани, окружающие ДОС.

Таблица 1

Единичная оценка показателей у лиц с болями в ПОП

Признаки	Единицы
Начало заболевания: - постепенное	2
- острое	1
Возраст старше 35 лет	1
Локализация болей: в нижнепоясничном отделе позвоночника без распространения	2
с распространением в ягодичы и дорзальную поверхность бедер или в область вентральной поверхности передней брюшной стенки и паховую область	1
Отсутствие неврологической симптоматики (радикулопатии, перемежающей хромоты, миелопатии)	1
Утренняя затрудненность движений в ПОП	2
Снижение болей и затрудненности движений в ПОП при гимнастике, зарядке	1
Обострение / увеличение болей в ПОП при флексии-экстензии	2
Увеличение интенсивности болей в ПОП при вертикализации тела	1
Уменьшение объема движений в ПОП	2
Прерывистое выпрямление ПОП	1
Локальная болезненность при пальпаторном исследовании в зоне ДОС	1
Нейрорадиологические изменения ДОС [по данным компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ)]	1
Снижение интенсивности болей в ПОП после инъекции в зону ДОС смесью местного анестетика и глюкокортикоида	2



Рисунок 1. Рентгенография ПОП. Проведение денервации ДОС
Fig. 1. X-ray POP. Conducting a denervation of DOS

Противопоказаниями для проведения денервации ДОС были:

- зависимость от алкоголя, наркотических и седативных препаратов, присутствие социальных и психологических причин, устанавливающих восприятие болевого синдрома;
- наличие или подозрение на злокачественные новообразования;
- локальный или генерализованный воспалительный процесс;
- признаки компрессии корешков и/или спинного мозга.

С целью превенции рецидивов болей в ПОП и их хронизации всем пациентам рекомендовали избегать провоцирующих факторов, регулярно заниматься лечебной физкультурой и гимнастикой и отказаться от вредных привычек.

Далее приведем клинические примеры использования данного способа.

Пример 1. Пациентка К., 68 лет (1 единица), медицинская карта № 7606, госпитализирована 06.09.2016 в отделение нейрохирургии № 1 городской клинической больницы № 39 г. Нижний Новгород (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) с жалобами на локальные боли в ПОП (2 единицы), увеличивающиеся при движениях (1 единица), затрудненность движений в ПОП (2 единицы). На момент поступления в отделение ВАШ — 8 баллов, Освестри — 64 балла.

Установлено прогрессирование заболевания в течение 2 лет (2 единицы). При зарядке и гимнастике фиксируется уменьшение затрудненности движений и болей в ПОП (1 единица).

Неврологическая симптоматика: нарушения чувствительности по типу гипестезии по S1 корешку слева (0 единиц).

При пальпаторном исследовании фиксируется локальная болезненность в зоне ДОС (1 единица). Амплитуда движений в ПОП в полном объеме (0 единиц). При совершении сгибательно-разгибательного движения в ПОП фиксируется обострение болей в ПОП (2 единицы). Прерывистое выпрямление ПОП не наблюдается.

По магнитно-резонансной томографии ПОП: признаки спондилоартроза L4–5, L5–S1 (А. Fujiwara — III степень) (1 единица).

По компьютерной томографии ПОП произведено измерение локализации межсуставной щели ДОС L4–5. Пациентке в перевязочной произведена инъекция в ДОС L4–5 с двух сторон новокаином и кеналогом в заранее маркированной зоне, после которой больная отмечает снижение тяжести и интенсивности болей в ПОП (2 единицы).

Сумма единиц — 15. Таким образом, причиной болей в ПОП является фасет-синдром.

12.09.2016 проведена «денервация (невротомия) ДОС L3–4, L4–5, L5–S1 с двух сторон под рентгенологическим контролем».

Послеоперационный период — без осложнений, регистрируется деградация болей и блокады движений

в ПОП. Пациентка выписана на 4-е сутки после невротомии на амбулаторное лечение, через 7 дней возвратилась к работе. При выписке на амбулаторное лечение ВАШ — 3 балла, Освестри — 16 баллов.

Пример 2. Пациентка Ш., 68 лет (1 единица), медицинская карта № 8177, госпитализирована 26.09.2016 в отделение нейрохирургии № 1 ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39» г. Нижний Новгород (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) с жалобами на боли в ПОП с иррадиацией в правую ногу до области тыла стопы (1 единица), увеличивающиеся при движениях (1 единица), затрудненность и спаянность движений в ПОП (2 единицы). На момент поступления в отделение ВАШ — 7 баллов, Освестри — 56 баллов. Из анамнеза выяснено, что прогрессирование заболевания продолжалось постепенно в течение 10 лет (2 единицы). При зарядке фиксируется снижение стесненности движений и болей в ПОП (1 единица).

Неврологическая симптоматика: синдром нейрогенной перемежающей хромоты (0 единиц).

При пальпаторном исследовании ПОП не выявлена локальная болезненность в зоне ДОС (0 единиц). Объем движений в ПОП ограничен: флексия — 30°, экстензия — 25°, боковые наклоны — 15°, ротация — 2° (2 единицы). При совершении сгибательно-разгибательного движения в ПОП фиксируется увеличение интенсивности болей в спине (2 единицы). Прерывистое выпрямление ПОП не наблюдается (0 единиц).

По МРТ ПОП — признаки спондилоартроза L4–5, L5–S1 (А. Fujiwara — IV степень); по КТ ПОП — деформирующий артроз ДОС L2–S1 (D. Weishapt — Grade C) (1 единица).

По КТ ПОП выполнено установление локализации межсуставной щели ДОС L4–5. Пациентке в перевязочной произведена инъекция в ДОС L4–5 с двух сторон смесью лидокаина и дипроспана в заранее маркированной области, после которой больная отмечает снижение тяжести и интенсивности болей в ПОП — 2 балла.

Сумма единиц — 15. Таким образом, причиной болей в ПОП является фасет-синдром.

03.10.2016 проведена «денервация (невротомия) ДОС L2–3, L3–4, L4–5 с двух сторон под рентгенологическим контролем».

Постоперационный период — без осложнений, фиксируется деградация болей и стесненности движений в ПОП. Пациентка выписана на 4-е сутки после невротомии на амбулаторное лечение. При выписке на амбулаторное лечение ВАШ — 2 балла, Освестри — 18 баллов.

Результаты исследования и их обсуждение. В настоящий момент интервенционные (пункционные и малоинвазивные) методики лечения болевого синдрома получили широкое распространение, в США выполняется около 5 млн интервенций в год только на позвоночнике, лечение боли выделилось в самостоятельную дисциплину (Волков И. В., 2017). В России интервенционные технологии хорошо известны, но применяются гораздо

реже, в том числе в крупных нейрохирургических стационарах. В отличие от консервативного лечения малоинвазивные и интервенционные методы имеют большое количество преимуществ: сокращение сроков лечения, отсутствие побочных эффектов системного лечения, более эффективные результаты лечения. Это экономически рентабельнее пролонгированного и существенно более дорогостоящего консервативного лечения.

Предлагаемый новый унифицированный способ применен у 73 больных, и его эффективность доказана хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Этот способ дает возможность подлинно удостовериться в диагнозе и провести своевременное интервенционное лечение, что позволит уменьшить продолжительность лечения и быстрее вернуть больного к трудоспособности. Новый способ показал высокую клиническую эффективность в верификации причины болей в ПОП и используется в клинической практике нейрохирургических отделений городской клинической больницы № 39 (Нижегородский нейрохирургический центр имени профессора А. П. Фраермана) и городской клинической больницы № 40 г. Нижний

Новгород, неврологического отделения центральной городской больницы г. Арзамас. Данный способ может использоваться в работе нейрохирургических, неврологических и амбулаторно-поликлинических отделений, центров малоинвазивной хирургии позвоночника и клиник лечения боли. В заключение отметим, что интервенционные методы, так же как и минимально инвазивные, в настоящее время необходимо шире использовать при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Выводы:

1. Новый способ диагностики фасет-синдрома ПОП показал свою клиническую эффективность, что требует его более широкого внедрения в практическое здравоохранение.

2. Фасет-синдром является одной из самых распространенных причин болей в области ПОП, что требует более широкого информирования врачей первичного звена (неврологов, терапевтов, врачей общей практики) о способах его диагностики и лечения.

3. Необходимо шире использовать интервенционные методы в лечении спондилоартроза.

Литература

1. Бывальцев В. А., Калинин А. А., Оконешникова А. К. Анализ клинической эффективности применения метода фасетопластики при лечении фасет-синдрома в поясничном отделе позвоночника у пациентов пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30, № 1. С. 84–91.
2. Волков И. В., Карабаев И. Ш., Пташников Д. А., Коновалов Н. А., Поярков К. А. Возможности ультразвуковой навигации для радиочастотной денервации межпозвонковых суставов поясничного отдела позвоночника // Травматология и ортопедия России. 2017. Т. 23, № 4. С. 29–38.
3. Волков И. В., Карабаев И. Ш., Алексанин С. С. Биологическая и радиационная безопасность пациентов при интервенционных и минимально инвазивных вмешательствах при заболеваниях и травмах позвоночника: опыт отделения нейрохирургии Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 3. С. 38–46.
4. Коновалов Н. А., Шевелев И. Н., Корниенко В. Н., Назаренко А. Г. Клинико-диагностическая оценка выраженности дегенеративного поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2009. Т. 3, № 3. С. 17–20.
5. Коновалов Н. А., Прошутинский С. Д., Назаренко А. Г., Королишин В. А. Радиочастотная денервация межпозвонковых суставов при лечении болевого фасеточного синдрома // Журнал «Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко». 2011. Т. 75, № 2. С. 51–55.
6. Луцки А. А., Колотов Е. Б. Диагностика и лечение спондилоартроза // Медицина в Кузбассе. 2002. № 1. С. 55–59.
7. Певзнер К. Б., Евзиков Г. Ю. Чрескожная радиочастотная деструкция суставных нервов как метод выбора в лечении поясничных болей // Неврологический журнал. 2006. Т. 11, № 2. С. 45–49.
8. Тюликов К. В., Мануковский В. А., Литвиненко И. В., Коростелёв К. Е., Бадалов В. И. Минимально инвазивные методы лечения болевого и корешкового синдромов, вызванных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2013. № 1. С. 41.

Сведения об авторах

Яриков Антон Викторович, канд. мед. наук, врач-нейрохирург, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40»

Адрес: 603028, г. Нижний Новгород, Московское шоссе, д. 144; тел. +7 831 279-20-11; e-mail: anton-yarikov@mail.ru

Яксаргин Алексей Владимирович, врач-нейрохирург ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 40»

E-mail: yaksargin@yandex.ru