

ВЫБОР МЫШЦ-МИШЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНЫХ БЛОКАД ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА И ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЯМИ НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Антонен Е.Г.

Петрозаводский государственный университет, г. Петрозаводск

целью купирования хронической боли в спине, увеличения моторных функций и уменьшения степени согбенной позы у больных с болезнью Паркинсона (БП) в качестве симптоматического лечения в схеме комбинированной терапии боли использовали местные внутримышечные блокады.

Пациентам с ригидно-дрожательной формой БП II стадии (по Хену и Яру) ($n=35$; м.:ж. – 19:16; в возрасте – 63:67 лет; длительность заболевания – 3:5 лет соответственно) с умеренной степенью моторных расстройств (35,2 балла по UPDRS), на фоне лечения (АДАР; леводопа/карбидопа), без двигательных дискинезий, с хроническими болями внизу спины (степень выраженности болевого синдрома по вербальной аналоговой шкале боли (ВАШ) – 8 ± 1 б.) на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (остеохондроз – в 100%; спондилоартроз – в 69%; спондилез – в 43% случаев; по данным спондилограмм и МРТ позвоночника) проведена обезболивающая терапия: анальгетики и/или НПВС, противосудорожные, антидепрессанты. На фоне лечения у большинства пациентов интенсивность болевого синдрома снизилась до 4 ± 2 б. по ВАШ ($p<0,05$), а в 34,3 % случаев – был полностью купирован. В 62,9% случаев усиление боли во второй половине дня сочеталось с окончанием действия текущей плановой дозы леводопы (чаще во второй или третий прием препарата в течение суток). Осуществили внутримышечное введение 0,5% новокаина в объеме 10,0 мл и миорелаксанта – толперизона 1,0 (мидокалм) в двуглавую мышцу бедра (длинное и короткое брюшки), полусухожильную, полуперепончатую, камбаловидную мышцы с обеих сторон. Выбор мышц осуществлялся с учетом выполняемых этими мышцами функций. Так, двуглавая мышца бедра разгибает ногу в тазобедренном суставе и ротирует ее наружу, сгибает разогнутое колено наружу, разгибает туловище из предварительно согнутого положения, опосредованно, уплощая поясничный лордоз (две и одна точка введения в длинное и короткое брюшко мышцы соответственно). Полусухожильная мышца разгибает ногу в тазобедренном суставе в опорной ноге, обеспечивая толчок при ходьбе. Тормозит голень неопорной ноги при ходьбе вперед, управляет степенью наклона туловища вперед, обеспечивает перекачивание стопы с пятки на носок с ее последующим отрывом от поверхности пола (две точки введения). Камбаловидная мышца сгибает голеностопный сустав, сохраняет вертикальное положение туловища (три точки введения). Полуперепончатая мышца разгибает ногу в тазобедренном суставе опорной ноги, обеспечивая толчок при ходьбе (две точки введения). После проведения пяти блокад боль в спине уменьшилась до 2 ± 1 б. по ВАШ ($p<0,05$). В 48,6% случаев пациенты полностью закончили проведение анальгезирующей терапии, в 28,5% случаев – выполняли эпизодический курсовой прием с хорошим терапевтическим эффектом, в 22,9% случаев – продолжали лечение в прежней дозе и комбинации лекарственных препаратов. Зарегистрирована хорошая переносимость лечения: у всех пациентов отсутствовали системные побочные эффекты, в 57,1% случаев отмечена высокая приверженность пациентов к лечению

будущем; в 34,3% случаев в зоне в/м инъекций отмечались кровоподтеки небольшого размера. Уменьшилась согбенная поза, степень сгибательного гипертонуса в ногах.

Таким образом, боли в спине у больных с БП являются собственно сенсорными симптомами заболевания; в 62,9% случаев – причина боли связана с флюктуацией конца дозы леводопотерапии сенсорного типа, обусловлена нарастанием мышечного тонуса в двуглавой мышца бедра, полусухожильной, полуперепончатой, камбаловидной мышцах нижних конечностей, управляющих степенью наклона туловища вперед и обеспечивающих перекачивание стопы с пятки на носок с ее последующим отрывом от поверхности пола, что, неизбежно, способствует формированию патологической согбенной позы у больных с БП, нарушение перераспределения осевой нагрузки на переднюю и заднюю поверхность тел позвонков, формирование вторичных дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике и, как следствие, появление и поддержание хронического характера болевого синдрома в нижней части спины у этих больных. В комплексной обезболивающей терапии при лечении немоторных сенсорных (болевых) расстройств болезни Паркинсона целесообразно использовать местные блока-ды с миорелаксантом и местным анальгетиком, это приводит к значительному снижению интенсивности боли, уменьшению согбенности позы, улучшению качества жизни пациентов, создает условия для проведения активной физической реабилитации.