

УДК 616-833.24



А. А. Скоромец

К ВОПРОСУ О СПОНДИЛОГЕННО-ВЕНОЗНОЙ ЛЮМБОИШАЛГИИ

Д. Г. Смолко², К. Т. Алиев¹, Г. В. Пономарёв¹, А. А. Скоромец¹¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова МЗ РФ² Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

Аннотация. Было обследовано 50 больных в возрасте от 27 до 65 лет с длительным болевым синдромом в области позвоночника при грыжах одного из нижнепоясничных межпозвонковых дисков. Интенсивность боли оценивали с помощью опросника Роланда–Морриса и Освестровского опросника нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины. Сравнивались две группы пациентов: имеющих выраженную клинику венозного застоя в поясничном отделе позвоночника и без такого застоя. Проведенное исследование выраженности болевого синдрома при грыжах нижнепоясничных дисков показало, что как корешковая, так и локальная боль (дискалгия) достоверно интенсивнее у пациентов с наличием хронической недостаточности венозного кровообращения в нижней части позвоночника по сравнению с лицами без такой недостаточности. Динамику боли оценивали при лечении L-лизиним эсцинат.

Ключевые слова: грыжи поясничных дисков, хронизация боли, венозный застой в позвоночнике, лечение L-лизиним эсцинат.

Введение

Известна частота болевых синдромов в области спины, особенно в пояснично-крестцовом её отделе. При наличии грыжевых выпячиваний межпозвонковых дисков, подтвержденных нейровизуализационными методиками, встречается большая гамма интенсивности и продолжительности болевых ощущений (локальных и корешковых). Нами была поставлена задача проанализировать клинику грыж дисков ниже третьего поясничного позвонка и оценить динамику боли при лечении L-лизиним эсцинат.

Широкое внедрение МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника стало часто выявлять у пациентов грыжи нижних поясничных дисков даже в тех случаях, когда сами они и лечащие врачи об этом и не предполагают. Многие пациенты не могут указать моменты в своей жизни, при которых могла бы сформироваться такая грыжа [1–9]. В целом, наш клинический опыт показывает, что предопределяющее значение в формировании грыжевого выпячивания имеет слабый мышечный корсет, патология соединительной ткани с повышенной растяжимостью связочного аппарата позвоночника, остеохондроз межпозвонковых дисков, врожденные аномалии позвоночника и т. п. [7].

Работ с анализом особенностей патогенеза и клинической картины при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника достаточно много, что систематизировано в монографиях Я. Ю. Попелянского и др. [3, 9, 10]. Обсуждаются вопросы вариабельности таких поражений, как деформирующий спондилит передней и задней продольных связок, деформирующий спондилоароз, фиброз

диска, его остеохондроз с формированием грыжи Шморля, грыжи диска с различным направлением его выпячивания (кпереди, кзади и латерально). В единичных исследованиях обращается внимание на сосудистый фактор (артериальный и венозный) в патогенезе особенностей клиники спондилогенных неврологических проявлений [4, 7]. Практика показывает, что сосудистый фактор имеется почти во всех случаях формирования грыж межпозвонковых дисков, и если его учитывать в лечебных комплексах, то у большинства пациентов удастся добиваться более быстрого и полного эффекта в смысле регресса неврологического дефицита.

Недавно нами проведен анализ эффективности нового лекарственного противотечного и вентонизирующего препарата L-лизина эсцината в терапии больных с дискогенно-венозной люмбосакральной радикуломиелоишемией, и подтверждена его достаточно высокая эффективность [11–14].

Боль в нижней части спины нередко связана с формированием миофасциальных синдромов, которые всегда следует дифференцировать с истинно дискогенно-корешковыми и миогенно-невральными, развивающимися по механизму туннельных (компрессионно-ишемических) невралгий [7, 9, 10]. Однако клиническая практика показывает, что при кажущейся анатомо-топографической однотипности магнитно-резонансных данных клиническая картина грыж межпозвонковых дисков нередко отличается выраженностью, упорностью и продолжительностью болевых проявлений. В зарубежной литературе широко распространен обобщающий диагноз «боль в спине» или «боль в пояснице».

Цель исследования

Определение степени выраженности и длительности болевого синдрома у пациентов с грыжами нижнепоясничных дисков с наличием признаков венозного застоя в поясничном отделе позвоночника или без таковых и оценка динамики боли при лечении L-лизином эсцинат. В доступной литературе мы не встретили работ по изучению эффективности этого препарата при грыжах поясничных межпозвоночных дисков с длительным (более 3-х месяцев) болевым синдромом корешкового типа.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 50 пациентов, находившихся на лечении в клинике неврологии Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова и на его клинических базах городских многопрофильных стационаров (ГМКБ №2, № 31, № 46 и др.).

По дизайну это было рандомизированное сопоставляемое исследование со следующими критериями включения:

1. Мужчины и женщины от 27 до 65 лет.
2. Наличие грыжи одного или нескольких поясничных межпозвоночных дисков, подтвержденных данными МРТ или КТ (рис. 1).
3. Характерные для грыжи диска симптомы в виде боли в пояснице и тазовом поясе – корешкового типа, часто боли после ночного сна и длительного пребывания в постели, с потребностью расхаживаться, усиление онемения в ногах, боли при тепловых процедурах, неуверенность при ходьбе, учащенное мочеиспускание.
4. Наличие характерных признаков нарушения функции сегментарного аппарата нижней половины спинного мозга и его корешков: диффузная слабость миотомов, больше в проксимальных отделах нижних конечностей. Снижение глубоких рефлексов (коленных, ахилловых, с длинного разгибателя большого пальца стопы, с двуглавой мышцы бедра). Нарушения болевой, температурной и тактильной чувствительности по корешковому или сегментарному типу (часто пятнистое). Укорочение или отсутствие вибрационной чувствительности на лодыжках голей. Умеренные нарушения функции тазовых органов.

5. Наличие вертебрального синдрома на уровне нижней части спины: сглаженность лордоза, ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника (по измерению при наклонах в стороны длины скольжения по бедру выпрямленных пальцев кисти). Кашлевой феномен и признаки натяжения спинномозговых корешков: Нери, Ласега, Вассермана.

Клиника: боль в пояснице, при кашле боль иррадирует в правую ягодицу и по заднен-

ружной поверхности правого бедра до мизинца этой стопы. Отсутствует правый ахиллов рефлекс с длинного разгибателя большого пальца правой стопы. Вибрационная чувствительность на лодыжках около 20 с (норма).

Интенсивность боли оценивали с помощью опросника Роланда–Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» и Освестровского опросника нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины. У 25 пациентов выполнена электронейромиография (ЭНМГ) до и после лечения L-лизином эсцинат.

Всем проводили клиническое и биохимическое исследование крови, мочи, у части пациентов – ликвора, электромиограммы, электронейромиограммы, доплерографию. Вся информация вносилась в специально разработанную Кодовую карту больного дискогенной люмбосакральной радикуломиелопатией.

Результаты исследования и их обсуждение

Все 50 исследованных пациентов были разделены на две группы. В первую группу сравнения (контрольную) вошли 20 пациентов, у которых не было признаков хронического нарушения венозного кровообращения в нижних отделах позвоночника (рис. 1). Им проводили общепринятое медикаментозное и физиопроцедурное лечение, массаж



Рис. 1. Наблюдаемая 1. Женщина, 48 лет. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Видны грыжи дисков L4/L5, L5/S1

мышц спины и нижних конечностей. Во вторую (основную) группу вошли 30 больных, у которых были выявлены, по данным МРТ и клиники, признаки хронического нарушения венозного кровообращения на фоне грыжи нижнепоясничного диска (рис. 2, 3).

Клиника: длительная (более 4 мес.) интенсивная боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливающаяся после ночного сна, при физическом напряжении, наклонах туловища вперед. Периодически боль иррадирует от ягодицы по задней поверхности левого бедра и голени до наружной лодыжки и стопы. Отсутствуют ахилловы рефлексы с длинного разгибателя большого пальца стопы. Гипестезия в дерматомах L5-S3, вибрационная чувствительность значительно укорочена (3 с, при норме 21 с). Расширены подкожные вены в зоне люмбо-сакрального ромба (рис. 3). Сглажен поясничный лордоз, ограничена подвижность поясничного отдела позвоночника.

После третьей инъекции L-лизина эсцинат боль в пояснице значительно уменьшилась, а к концу курса лечения в течение 10 дней эта боль стала «терпимой» и напоминала о себе в утренние часы. Глубокие рефлексы на ногах не вызывались, вибрационная чувствитель-

ность на лодыжках увеличилась до 10 с.

Всем пациентам детально исследовали неврологический статус при поступлении в клинику и после 10-й инъекции препарата L-лизина эсцинат.

Ведущие клинические неврологические проявления у исследованных пациентов обеих групп были примерно с одинаковой частотой и состояли из выраженной боли – локальной (у 100,0% пациентов) и корешковой (у 92,0%). Вибрационная чувствительность на лодыжках голени отсутствовала у 68,0% или была укорочена более чем на 50,0% у остальных 32,0%. Корешковая гипестезия в одном или двух дерматомах выявлялась у 73,5% исследованных больных. Реже гипестезия имела пятнистый характер локализации на стопе и голени.

Часто выявлялись нарушения функции пояснично-крестцовых мотонейронов в виде диффузного пареза проксимальных и/или дистальных отделов нижних конечностей с чертами миотомности. В основном страдали периферические мотонейроны, что проявлялось мышечной гипотонией, снижением или полной утратой глубоких рефлексов на ногах (коленных, ахилловых и с длинного разгибателя большого пальца стопы). Вследствие на-



Рис. 2. Наблюдаемый 2. Мужчина, 57 лет.

МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. В телах поясничных позвонков имеется жировая дегенерация вследствие хронического нарушения венозного кровотока в них, расширенные вены конского хвоста. Грыжевые выпячивания диска L4/L5 кпереди и кзади, грыжа Шморля задних отделов нижней замыкательной пластинки тела L4, циркулярная грыжа диска L5/S1

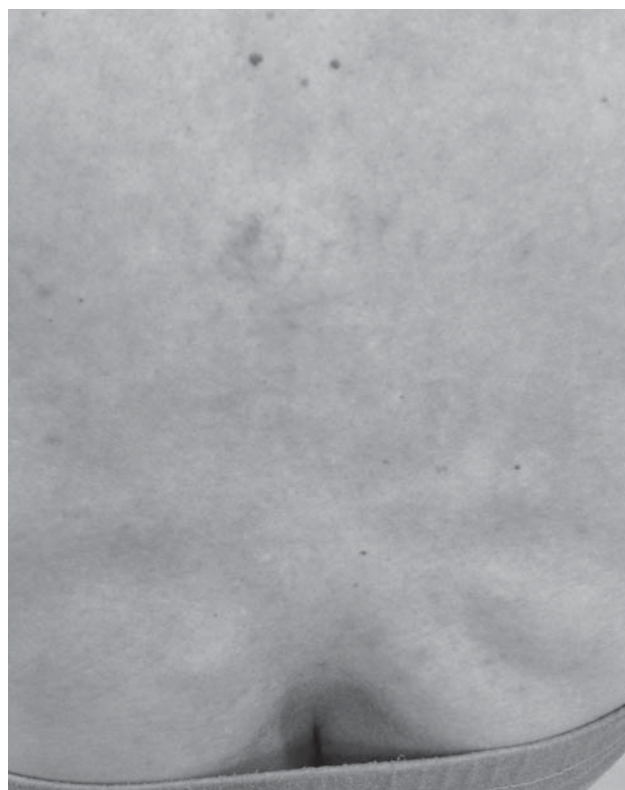


Рис. 3. Наблюдаемый 2.

Пояснично-крестцовая область: видно расширение подкожных вен, осуществляющих коллатеральное кровообращение на уровне грыжевого выпячивания со сдавлением внутреннего венозного позвоночного сплетения

рушения функции задних и боковых канатиков у ряда пациентов выявлялись умеренные расстройства походки с чертами сенситивной атаксии. Они отмечали неотчетливое ощущение твердости пола, пошатывание в стороны, особенно при закрывании глаз (в позе Ромберга) и при ходьбе в темноте. Функция сфинктеров тазовых органов страдала у каждого пятого пациента в обеих группах.

Практически у всех больных обеих групп выявлялись нарушения статики и динамики поясничного отдела позвоночника в виде выпрямления (сглаженности) поясничного лордоза, выраженного ограничения амплитуды при наклонах туловища вперед и в стороны. Наряду с симптомами Нери, Ласега, Вассермана и особенно с отчетливым кашлевым феноменом такие ограничения подвижности поясничного отдела позвоночника были связаны с наличием грыжи межпозвоночного диска, что визуализировалось на проведенных МРТ и КТ поясничного отдела позвоночника. У 60,0% анализированных нами больных обеих групп обнаруживались расширенные подкожные вены в зоне пояснично-крестцового ромба (Михаэлиса – у женщин).

Итак, при клиничко-неврологическом обследовании у всех 50 (100,0 %) больных в обеих группах при поступлении выявлялся длительный упорный (более 3-х мес.) болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и в ногах. При этом корешковая боль и локальная (дискалгия) были сопоставимой частотой как в первой, так и во второй группах.

Детальный анализ клиники позволяет выделять наличие трех вариантов болей в пояснице при грыжах дисков: корешковую, заднеканатиковую (проводниковую) и локальную (дискалгию).

Анализ выраженности корешковой боли у пациентов первой (контрольной) группы – без признаков наличия хронической венозной недостаточности в области поясничного отдела позвоночника и у пациентов второй (основной) группы (с четкими признаками хронической венозной недостаточности в поясничном отделе позвоночника) показал достоверное увеличение продолжительности и интенсивности боли в 2 раза при однотипной локализации грыжи с пациентами первой группы. Поэтому можно сделать вывод, что на фоне хронической венозной недостаточности в позвоночном канале гораздо чаще наступает хронизация боли в тазовом поясе при появлении грыжи нижнепоясничного диска.

Под влиянием лечебных комплексов расстройства чувствительности в виде боли и ги-

пестезий значительно уменьшались. Частота и темп регресса нарушений различных функций спинного мозга и его корешков были достоверно различны в группах сравнения. При лечении L-лизином эсцинат значительно регрессировали такие неврологические симптомы и признаки, как корешковые боли (рис. 4), вибрационная чувствительность (рис. 5), улучшилась мышечная сила в ногах (рис. 6), нормализовалась походка. Слабый регресс наблюдали при вертебральном синдроме, который, очевидно, меньше зависит от собственно неврологического дефицита, а больше от дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника.

Выявленное снижение силы мышц в ногах до 2–4-х баллов лучше регрессировало при введении препарата L-лизина эсцинат у 90,0%.

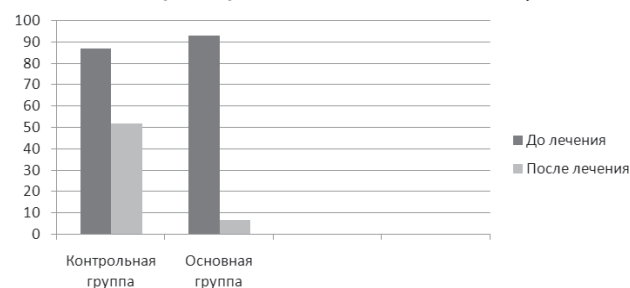


Рис. 4. Динамика частоты регресса боли в контрольной и основной группах при люмбо-сакральных дискогенных радикулопатиях

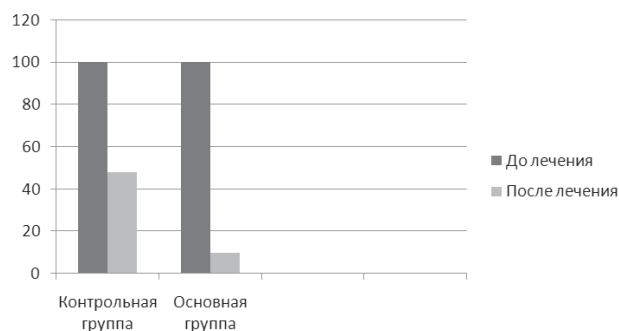


Рис. 5. Динамика частоты восстановления вибрационной чувствительности на лодыжках голени в контрольной и основной группах при дискогенных радикуломиелопатиях люмбо-сакральной локализации

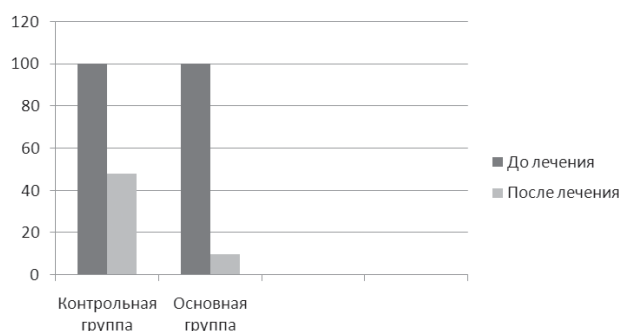


Рис. 6. Динамика частоты регресса пареза поясничных миотомов при введении L-лизина эсцината

Под влиянием лечения этим препаратом улучшились показатели ЭНМГ (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что скорость прохождения импульсов по двигательным и чувствительным волокнам у изученных пациентов с грыжами поясничных дисков и длительно выраженным болевым синдромом была достоверно ниже по сравнению с нормой. На фоне лечения L-лизином эсцинат в течение 10 дней практически все показатели ЭНМГ улучшались. В частности, нарастала скорость проведения импульсов (СПИ) как по двигательным, так и чувствительным волокнам нервов нижних конечностей. Возрастала амплитуда F-волны, достовер-

но снижалась латенция этой волны. Всё это позволяет констатировать положительное влияние L-лизина эсцинат на процессы ремиелинизации нервов и спинномозговых корешков. Вместе с тем, у всех пациентов отмечено снижение интенсивности восприятия болевых ощущений как корешкового, так и локально-позвоночного типа (дискалгии).

Выводы

Проведенное клиническое рандомизированное сравнительно-сопоставимое исследование выраженности болевого синдрома при грыжах нижнепоясничных дисков показало, что как корешковая, так и локальная боль (дискалгия) достоверно интенсивнее у пациентов с наличием хронической недостаточности венозного кровообращения в нижней части позвоночника по сравнению с лицами без таковой. У этих пациентов сравнительно чаще наступает хронизация боли (болевого синдром удерживается более 3 мес.). При дискогенных радикулопатиях пояснично-крестцовой локализации у лиц без клиники хронической венозной недостаточности кровообращения на регресс болевых ощущений влияют и другие неврологические проявления диско-радикулярного конфликта. Создается впечатление, что при грыжах поясничных дисков на фоне хронической недостаточности венозного кровообращения боль в пояснице является выраженной и приобретает затяжной характер.

Включение в лечебный комплекс больных с дискогенными корешковыми и спинномозговыми расстройствами L-лизина эсцинат ежедневно в течение 10 дней ускоряет регресс болевого синдрома пояснично-крестцовой локализации.

Таблица 1

Динамика электронейромиографических показателей до и после лечения L-лизином эсцинат

| ЭНМГ-показатели | До лечения | После лечения | Контрольная группа (норма) |
|--------------------------------|------------|---------------|----------------------------|
| СПИ по двигательным волокнам | 35,2±2,1 | 38,3±3,1** | 45,9±3,7* |
| СПИ по чувствительным волокнам | 23,5±1,9 | 27,5±2,7** | 44,6±5,6* |
| Амплитуда дистальная | 2,7±0,2 | 4,7±0,2** | 5,1±0,9* |
| Латенция F-волны | 56,1±4,6 | 52,1±4,3** | 41,7±4,0* |
| Амплитуда F-волны | 270±19,0 | 271±21,0** | 350±4,1*,0 |

Примечание:

* – $p > 0,01$;

** – достоверно до и после лечения – $p > 0,05$

Литература

1. Akimov G. A., Kovalenko P. A. Diagnosticheskie i osnovnye napravleniya lecheniya spondilogennykh poyasnichno-kresttsovykh radikulitov [Diagnosis and treatment of the main directions spondylogenic sciatica]. Zhurnal nevropatol. i psikiatrii, 1989, vol. 89, no. 4, pp. 1923-1925. (In Russ.)
2. Antonov I. P., Shan'ko G. G. Poyasnichnye boli [The lumbar pain]. Minsk, 1981, 230 p. (In Russ.)
3. Balatanova E. A., Vol'nyy I. F., Peshkov Yu. V. Pokazaniya k primeneniyu L-lizina estsinata® i metodika ispol'zovaniya na dogospital'nom etape. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy: metodicheskie rekomendatsii [Indications for use of L-lysine estsinata® and methods of use in the prehospital phase. Medical emergency conditions: guidelines]. 2007, no. 5, pp. 91-93. (In Russ.)
4. Belyakova A. G. Sravnitel'naya otsenka protivootchnogo deystviya L-lizina estsinat i kontrikala v golovnom mozge bodrstvuyushchikh krolikov pri obshchey vibratsii [Comparative evaluation of anti-edema effect of L-lysine and aescinat kontrikala brain awake rabbits with a total of vibration]. Pytannya

- eksperimental'noi' ta klinychnoi' medycyny: zbirnyk statej, 2013, vol. 1, issue 17, pp. 82-86. (In Russ.)
5. Bogorodinskiy D. K., Skoromets A. A. Infarkty spinного mozga [Infarction the spinal cord]. Leningrad, Meditsina Publ., 1973, 224 p. (In Russ.)
6. Bogorodinskiy D. K., German D. G., Godovanik O. O., Skoromets A. A. Spondilogennyy poyasnichno-kresttsovyy radikulit. Tipichnye i atipichnye oslozhnennyye formy [Spondylogenic sciatica. Typical and atypical complicated forms]. Kishinev, Shtiintsa Publ., 1975, 144 p. (In Russ.)
7. Professor D. K. Bogorodinskiy i nashe vremya (pod red. A. A. Skoromtsa i V. M. Kazakova). St. Petersburg, Politehnika Publ., 2013, 565 p. (In Russ.)
8. Burchinskiy S. G. Kombinirovannyye neyrotrorny sredstva i problema optimizatsii kompleksnoy farmakoterapii v nevrologii [Combined neurotropic drugs and the problem of optimization of complex drug therapy in neurology]. Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal, 2006, no. 2 (6), pp. 115-118. (In Russ.)
9. Veselovskiy V. P., Mikhaylov M. K., Samitov O. Sh. Diagnostika sindromov osteokhondroza pozvonochnika

[Diagnosis of syndromes of osteochondrosis]. Kazan, Publ. house of University of Kazan, 1990, 288 p. (In Russ.)

10. Gerasimova M. M. Tsitomediny v kompleksnoy terapii poyasnichno-kresttsovykh radikulopatii [Cytomedines in the treatment of lumbosacral radiculopathy]. St. Petersburg, Nauka Publ., 2005, pp. 156-167. (In Russ.)

11. Gerasimova M. M., Bazanov G.A. Poyasnichno-kresttsove radikulopatii (etiologiya, patogenez, klinika, profilaktika i lechenie) [Lumbosacral radiculopathy (etiology, pathogenesis, clinical, prevention and treatment)]. Moscow-Tver, 2003, 151 p. (In Russ.)

12. Gusev E. I., Skvortsova V. I. Neyroprotektory v kompleksnoy terapii ishemicheskogo insulta [Neuroprotective agents in the treatment of ischemic stroke]. Lechenie nervnykh bolezney, 2002, vol.3, no.3 (8), pp. 3-10. (In Russ.)

13. Ivanov L. V., Khadzhay Ya. I., Chueva I.N. Vozdeystvie estsina na biologicheskie membrany [Impacts on biological membranes estsina]. Khimiko-farmakologicheskii zhurnal, 1988, no. 12, pp. 1417-1421. (In Russ.)

14. Kayshibaev N. S., Kayshibaeva G. S., Zhumagulova K. G., Khasenova G. P. Opyt primeneniya L-lizina estsinata v terapii bol'nykh s sheynoy radikulopatiy [Experience of using L-lysine aescinat in the therapy of patients with cervical radiculopathy]. Neyrokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana, 2011, no. 4 (25), pp. 36-39. (In Russ.)

15. Kvitnitskiy-Ryzhov Yu. N. Sovremennoe uchenie ob oteke i nabukhanii golovnogogo mozga [The modern doctrine of edema and swelling of the brain]. Kiev, 1988, 114 p. (In Russ.)

16. Mishhenko T. S. Stan nevrologichnoi' sluzhby v Ukraini [State of neurological services in Ukraine]. Zdorov'ja Ukrainy, 2006, no. 23/1, 9 p. (In Ukr.)

17. Nikonov V. V. [i dr.] Patogeneticheskie aspekty kombinirovannogo primeneniya L-lizina estsinata i meksidola pri travmaticheskom oteke mozga [Pathogenetic aspects of combined the use of L-lysine and mexidol aescinat in traumatic brain edema]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy, 2006, no. 4(5), pp. 71-72. (In Russ.)

18. Ostrovaya T.B., Cherniy V.I. Neyroproteksiya v aspekte dokazatel'noy meditsiny [Neuroprotection in terms of evidence-based medicine]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy, 2007, no. 2 (9), pp. 48-52. (In Russ.)

19. Piradov M.A., Rummyantseva S.A. Neyroprotektivnaya terapiya v angionevrologii [Neuroprotective therapy in angioneurology]. Russkiy meditsinskiy zhurnal, 2005, no. 4, pp. 1-5. (In Russ.)

20. Polishhuk M. S., Slyn'ko Je. I., Kosikov A. Je. [ta in.] Suchasni pryncypy diagnostyky ta likuvannja hvoryh iz hrebetno-spnomozkovoju travmoju: metod. rekomendacii' [Modern principles of diagnosis and treatment of patients with vertebral-spinal trauma: method. recommendations]. Kiev, 2005, 36 p. (In Ukr.)

21. Povoroznyuk V. V., Sheremet O. B. Ispol'zovanie L-lizina estsinata v reabilitatsii bol'nykh s osteokhondrozom poyasnichno-kresttsovogo otdela pozvonochnika [The use of L-lysine aescinat in the rehabilitation of patients with osteochondrosis of the lumbosacral spine]. Visnyk ortopedii', travmatologii' ta protezuvannja, 2003, no. 3, pp. 25-29. (In Russ.)

22. Popelyanskiy Ya. Yu. Ortopedicheskaya nevrologiya (vertebronevrologiya): rukovodstvo dlya vrachey [Orthopedic Neurology (vertebroneurology): a guide for doctors]. 3rd ed., pererab. i dop., Moscow, MEDpress-inform Publ., 2003, 672 p. (In Russ.)

23. Posternak G. I., Tkacheva M. Yu. Zbrazhskaya Yu. V. Izuchenie effektivnosti L-lizina estsinata u

novorozhdennykh s perinatal'nym gipoksicheski-travmaticheskim porazheniem tsentral'noy nervnoy sistemy [The study of the effectiveness of L-lysine aescinat in newborns with perinatal hypoxic-traumatic lesions of the central nervous system]. Novosti meditsiny i farmatsii, 2005, no. 5 (165), pp. 1-3. (In Russ.)

24. Posternak G. I. [i dr.] Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch' detyam na dogospital'nom etape [Emergency medical care for children in the prehospital]. Lvov, 2004.

25. Rybachuk O. I., Kalashnikov A. V. Primenenie L-lizina estsinata dlya lecheniya bol'nykh v klinike travmatologii i ortopedii [The use of L-lysine aescinat to treat patients in the clinic of traumatology and orthopedics]. Visnyk ortopedii', travmatologii' ta protezuvannja, 2001, no.3, p. 3. (In Russ.)

26. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T.A. Topicheskaya diagnostika zabolevaniy nervnoy sistemy: rukovodstvo dlya vrachey [Topical diagnosis of diseases of the nervous system: guidelines for doctors]. 9th ed., St. Petersburg, Politekhnik Publ., 2014, 623 p. (In Russ.)

27. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T. A., Tissen T. P. Spinal'naya angionevrologiya: rukovodstvo dlya vrachey [Spinal Angiology: a guide for doctors]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2003, 608 p. (In Russ.)

28. Skoromets A. A., Skoromets A. P., Skoromets T. A. Nevrologicheskii status i ego interpretatsiya: uchebnoe rukovodstvo dlya vrachey (pod red. prof. M. M.D'yakonova) [Neurological status and its interpretation: a training manual for doctors (ed. prof. M.M. Dyakonov)]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2010, 256 p. (In Russ.)

29. Tkacheva M. Yu., Gusak P. V., Gusak I. A. L-lizina estsinat - endoteliotropnyy preparat dlya novorozhdennykh s perinatal'nymi povrezhdeniyami tsentral'noy nervnoy sistemy [L-lysine aescinat - endotheliotropic drug for newborns with perinatal lesions of the central nervous system]. Bil', zneboljuvannja i intensivna terapiya, 2004, no. 2, p. 203. (In Russ.)

30. Cherniy V. I., Kardash A. M., Strafun C. C. [ta in.] Zastosuvannja preparatu L-lizynu escynat v neyrokhirurgii, travmatologii' i ortopedii': metodychni rekomendacii' [Use of the drug L-lysine escynat in neurosurgery, traumatology and orthopedics: guidelines]. Kiev, Publ. house of Akad. A. P. Romodanov Institute of Neurosurgery, 2004, 33 p. (In Russ.)

31. Usenko L. V. [i dr.] Otechnyy sindrom: sovremennye vozmozhnosti intensivnoy terapii [Edematous syndrome: modern possibilities of intensive care]. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy, 2006, no. 1 (2), pp. 21-26. (In Russ.)

32. Cherniy V. I., Kardash A. M., Strafun C. C. [i dr.] Primenenie preparata L-lizina estsinat v neyrokhirurgii, nevrologii, travmatologii i ortopedii: metodicheskie rekomendatsii [Use of the drug L-lysine aescinat in neurosurgery, neurology, traumatology and orthopedics: guidelines]. Kiev, 2004, 40 p. (In Russ.)

33. Cherniy V. I., Kolesnikov A. N., Cherniy E. V. [i dr.] L-lizina estsinat v komplekse intensivnoy terapii polietiologicheskogo porazheniya golovnogogo mozga [L-lysine aescinat complex of intensive therapy in polietiologic brain lesions]. Mezhdunarodnyy nevrologicheskii zhurnal, 2006, no. 3 (7), pp. 91-97. (In Russ.)

34. Usenko L. V., Krishtafor A. A., Sliva V. I., Nezhvaya Yu. S. Protivootechnaya terapiya v spinal'noy neyrokhirurgii [Decongestants therapy in spinal neurosurgery].

35. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoy reabilitatsii: ruk-vo dlya vrachey i nauchn. sotr. (pod red. A. N. Belovoy i O. N. Shepetovoy) [Scale tests and questionnaires in medical rehabilitation: guide for physicians and researchers staff (ed. A. N. Belova and O. N. Shepetova)]. Moscow, 2002, 439 p. (In Russ.)

36. Fedin A. I., Rummyantseva S. A. [i dr.] Antioksidantnaya i energoprotekornaya terapiya ishemicheskogo insulta: metod. posobie [Antioxidant and energy tread therapy of ischemic stroke: a method. guide]. MZ RF RGMU, Moscow, 2004, 48 p. (In Russ.)

37. Khabirov F. A. Rukovodstvo po klinicheskoy nevrologii pozvonochnika [Guide to clinical neurology spine]. Kazan, Meditsina Publ., 2006, 520 p. (In Russ.)

38. Biondi A., Ricciardi G. K., Puybasset L., Abdennour L., Longo M. [et al.] Intra-arterial nimodipine for the treatment of symptomatic cerebral vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: preliminary results. *Am. J. Neuroradiol.*, 2004, Jun.-Jul., no. 25(6), pp. 1067-1076.

39. Chaika I., Georgievsky V., Spasithenko P., Lubina V., Lucashev S., Shostenko I., Shein A. L-Lysine escinat - pharmacology and clinical effects. XIII International Congress of Pharmacology (July, 1998, Munchen, Germani), Munchen, 1998, pp. 52, 20. we.

40. Han R. Q., Wang B. G., Li S. R., Wang E. Z., Liu W. [et al.] The effect of intraoperative continuous nimodipine infusion on cerebral vasospasm during intracranial aneurysm surgery. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*, 2004, Dec. 22, no. 42(24), pp. 1489-1492.

41. Hui C., Lau K. P. Efficacy of intra-arterial nimodipine in the treatment of cerebral vasospasm complicating subarachnoid haemorrhage. *Clin Radiol.*, 2005, Sep., no. 60(9), pp. 1030-1036.

42. Frick R. W. Three treatment for chronic venous insufficiency: escin, hydroxyethylrutin, and Daflon. *Angiology*, 2000, Mar., no. 51(3), pp. 197-205.

43. Marhuenda E., Alarcon de la Lastra C., Martin M. J. Antisecretory and gastroprotective effects of aescin in rats. *Gen. Pharmacol.*, 1994, Oct., no. 25(6), pp. 1213-1219.

44. Raabe A., Beck J., Berkefeld J., Deinsberger W., Meixensberger J. [et al.] Recommendations for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage *Zentralbl Neurochir*, 2005, May, no. 66(2), pp. 79-91.

45. Reparile: a selective anti-oedematous and anti-inflammatory agent, Koln, Madaus A. Y., 1989, 34 p.

46. Shultz A. A., Niejadlik K. Osobennosti anesteziy u bol'nykh so spinal'noy travmoy [Properties of anesthesia in patients with spinal trauma]. *Sekrety anesteziy: per. s angl. (pod red. Dzh. Dyuk)* [Secrets of anesthesia: translation from English. (ed. J. Duke)]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2005, pp. 300-306. (In Russ.)

47. Adams H. P., Adams R. J., Brott T. [et al.] Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke: A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke*, 2003, no. 34(4), pp. 1056-1083.

48. Holloway R. G., Benesch C. G., Burgin W. S., Zentner J. B. Prognosis and Decision Making in Severe Stroke. *JAMA*, Aug. 10, 2005, vol. 294, pp. 725-733.

49. Michael T., Gewaltig M., Kojda G. Vasoprotection by nitric oxide: mechanisms and therapeutic potential. *Cardiovascular research*, 2002, vol. 55, pp. 250-260.

50. Saver J. L. Time is brain-quantified. *Stroke*, 2006, no. 37(1), pp. 263-266.

51. Sirtori C. R. Aescin: pharmacology, pharmacokinetics and therapeutic profile. *Chem. Pharm. Bull.*, Tokyo, 2001, May, no. 49(5), pp. 628-8.

52. Stiefel M. F., Heuer G. G., Abrahams J. M., Bloom S., Smith M. J. [et al.] The effect of nimodipine on cerebral oxygenation in patients with poor-grade subarachnoid hemorrhage, *Neurosurg.*, 2004, Oct, no. 101(4), pp. 594-599.

53. Takahashi H., Nagai N., Urano T. Role of tissue plasminogen activator/plasmin cascade in delayed neuronal death after transient forebrain ischemia, *Neurosci Lett.*, 2005, vol. 381, no. 1-2, pp. 189-193.

54. Wu C. T., Wong C. S., Yeh C. C., Borel C. O. Treatment of cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage-a review. *Acta Anaesthesiol Taiwan*, 2004, Dec., no. 42(4), pp. 215-222.

ДО ПИТАННЯ ПРО СПОНДИЛОГЕННО-ВЕНОЗНУ ЛЮМБОІШИАЛГІЮ

Д. Г. Смолко², К. Т. Алієв¹, Г. В. Пономарьов¹, О. А. Скоромець¹

¹Перший Санкт-Петербурзький державний медичний університет ім. акад. І. П. Павлова МОЗ РФ

²Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Анотація. Обстежено 50 хворих у віці від 27 до 65 років з тривалим больовим синдромом в області хребта при грижах одного з нижнепоперекових міжхребцевих дисків. Інтенсивність болю оцінювали за допомогою опитувальника Роланда-Морріса та Освестровського опитувальника порушення життєдіяльності при болю в нижній частині спини. Порівнювалися дві групи пацієнтів: з вираженою клінікою венозного застою в поперековому відділі хребта і без такого застою. Проведене дослідження вираженості больового синдрому при грижах нижньопоперекових дисків показало, що як корінцевий, так і локальний біль (діскалгія) достовірно інтенсивніше у пацієнтів з наявністю хронічної недостатності венозного кровообігу в нижній частині хребта в порівнянні з особами без такої недостатності. Динаміку болю оцінювали при лікуванні L-лізином есцинат.

Ключові слова: грижі поперекових дисків, хронізації болю, венозний застій в хребті, лікування L-лізином есцинат.

ABOUT THE SPONDYLOGENIC-VENOUS LUMBOISHIALGIA

D. G. Smolko², K. T. Aliev¹, G. V. Ponomaryov¹, A. A. Skoromets¹

¹ The First St. Petersburg State Medical University acad. I. P. Pavlov

² N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University

Summary. In this paper we examined 50 patients aged 27 to 65 years old with long pain in the spine when one of the low-lumbar hernia of intervertebral discs. Pain intensity was assessed using a questionnaire and the Roland-Morris questionnaire Osvestrovskogo about the violation of life when the pain in the lower back. We compared two groups of patients: having expressed clinic venous stasis in the lumbar spine, and without such a stalemate. The study of expression of pain in the lower lumbar disc hernia showed that both radicular and local pain (diskalgia) was significantly more intense in patients with the presence of chronic venous insufficiency of the blood circulation in the lower part of the spine compared with those without such disease. The dynamics of pain were evaluated in the treatment of L-lysine aescinat.

Key words: lumbar disc herniation, chronic pain, venous insuficientia in spine, treatment L-lyzina escinat.