

NEVROLOGIYA

НЕВРОЛОГИЯ

Рецензируемый
научно-практический журнал
“НЕВРОЛОГИЯ”
Публикуется 4 раза в год

3 (87), 2021

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Республика Узбекистан
100007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51.
Тел.: 268-27-50.

Макет и подготовка к печати
проводились в редакции журнала.
Подписано в печать: 30.10. 2021 г.
Формат: 60 x 90 1/8.
Усл. печ. л. 11,16. Уч. изд. л. 7,6.
Тираж: 400 экз. Цена договорная

Оператор:
Мирзамухамедов О. Д.

Отпечатано в
ООО “VEKTOR PRINT”
г.Ташкент, ул. Мукумий,178
Тел.: (+99898)123-69-99

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
г.Ташкента Рег. № 0129 от 06.11.2014 г.

© “Неврология” 3/2021

Электронная версия журнала
на сайтах: www.med.uz www.tipme.uz

Издается при поддержке компаний:
СП ООО “NOBEL PHARMSANOAT”
(генеральный партнер),
«ABBOTT LABORATORIES SA»,
«BERLIN-CHEMIE», «АРТЕРИУМ»,
ПАО «ФАРМАК» и представительство
«PRO.MED.CS Praha a.s.»

Под редакцией профессора
МАДЖИДОВОЙ Ё. Н.

Редакционная коллегия:

Алимов У.Х.
Асадуллаев М.М.
Гафуров Б.Г.
(зам. главного редактора)
Ибодуллаев З.Р.
Киличев И.А.
Мирджураев Э.М.
Матмуродов Р. Д.
Насирова И.Р.
(ответственный секретарь)
Рахимбаева Г.С.
Сабилов Д.М.
Садыкова Г.К.
Самибаев М.Х.
Халимова Х.М.
Ходжаева Н.И.
Шамансуров Ш.Ш.
Эшбоев Э. Х.

Председатель редакционного совета
Гафуров Б.Г.

Редакционный совет:

Борнштейн Н. (Израиль)
Гехт А.Б.
Дьяконова Е.Н.
Гусев Е.И.
Федин А.И.
Заваденко Н.Н.
Новикова Л.Б.
Скоромец А.А.
Чутко Леонид Семенович (все Россия)
Нургужаев Е.С. (Казахстан)
Мурзалиев А.М. (Киргизстан)
Шералиева Рена Ханум(Азербайджан)

НАШ ГОСТЬ

Терешин А.Е., Кирьянова В.В., Решетник Д.А.
КОРРЕКЦИЯ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) (КОМПАНИЯ ПОЛИСАН).....2

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Шакен А.Ш., Абасова Г.Б., Орманов Т.Н.
ВЛИЯНИЕ АЛФЛУТОП В КОМБИНАЦИИ С НЕЙРОМИДИНОМ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ НА АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ.....6
Рамазанова З.Ф., Аваков В.Е., Ибрагимов Н.К., Муралимова Р.С., Боймуродов Х.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОПРОТЕКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЭДАРАВОН (РАДИКСОБА-ЦОМЕР).....8

Киличев И.А., Матёкубов М.О.
ЎЗБЕКИСТОННИНГ ҚУМЛИ ҚЎЛ УЛҚАСИ – ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА БОШМИЯ ҚОНАЙЛАНИШИНИНГ ЎТҚИРБУЗИЛИШЛАРИДА ЎЛИМ САБАБЛАРИ ТАҲЛИЛИ.....12

Халимова Х.М., Кариев Г.М., Исмаилова Р.О.
ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БУЛЬБАРОНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЕЙ КИАРИ 1 ТИПА.....15

Адамбаев З.И., Киличев И.А.
ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ КАРИФЛЕКС ГЕЛЕМИ КРЕМОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....19

Ходжиева Д. Т., Бобокулов Г. Д.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОРАГИЧЕСКОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.....21

ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

Исмаилова Р.О.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЕЙ КИАРИ 1 ТИПА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА.....28

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Хидоятова Д.Н., Азимова З.Б.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....29

ВОПРОСЫ СОМАТОНЕВРОЛОГИИ

Хошимов У.У., Хамраева Г.Ш., Миразимов Д.Б., Турсунов Х.М., Хидоятова М.Р., Рахимов О.О., Умиров Ш.И.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ТЯЖЕЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19.....31

ВОПРОСЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Аграновский М. Л., Исламов Ш. Х., Аграновский К. М., Долимова М. А.
КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ДЕБЮТА КАК КРАННИЙ ПРЕДИКТОР СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИИ С ПРИСТУПОБРАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ.....33

ОБЗОР

Рахимбаева Г. С., Юсупова Д. Ю.
ДИСКОГЕННЫЕ РАДИКУЛОПАТИИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА.....36

Маджидова Е.Н., Амридинова Ф. Ш.,
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАМОТРИДИНА В ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ И БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ.....39

Рахимбаева Г.С., Газиева Ш.Р., Атанязов М.К., Шодиев У.Д.
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19.....45

ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Гафуров Б. Г.
СИНДРОМ ТУРЕТТА.....51

МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОЗДНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19» 27 МАЯ 2021Г.

Абидова М. А., Маджидова Е.Н.
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....54

Азимов А.Т., Рахимбаева Г.С., Хуан Л.Б.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ COVID-19.....55

Атанязов М. К.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ПЕРЕНЕСШИХ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....55

Атанязов М. К.
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....58

Газиева Ш.Р.
ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТКОВИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....58

Ёкубов Б.С., Абдужамилова Р. М., Хидоятова Д.Н.
COVID-19 БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА НЕВРОЛОГИК БЕЛГИЛАРНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ.....57

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Е.Н.
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО И КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ.....57

Ишанходжаева Г. Т.
ДИАГНОСТИКА СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕНЕСЕННОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА.....58

Ишанходжаева Г.Т., Махамдаминова Н.М.
ТИКОЗНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ.....58

Киличев И.А., Адамбаев З.И., Сапаев Д.А., Абдуллаев Х.К., Изюмова Г.А.
СЛУЧАИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ COVID-19 НАПОМИНАЮЩИЙ СИНДРОМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ.....58

Маджидова Е.Н., Ахмеджанова З.Б.
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХИМ.....59

Маджидова Е.Н., Темирова М.К.
ЦЕФАЛГИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....59

Музаффаров М.Ж.
ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ ПРИ COVID-19.....60

Назарова Ж.А., Уринова Г.Г.
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ.....61

Помыткина Т.Ю., Мавлянова З.Ф.
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С COVID-19.....62

Рахимбаева Г.С., Асомова Н.И., Ишанходжаева Г.Т.
COVID-19 ЎТҚАЗГАН БОЛАЛАРДА КОГНИТИВ ФАОЛИЯТИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ.....63

Рахимбаева Г.С., Шодиев У.Д.
ПОСТКОВИДНЫЙ ЦЕРЕБРО - АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ, ПУТИ КОРРЕКЦИИ.....63

Сайдалиев С.Б.
ОЦЕНКА D-ДИМЕРА И ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН КАК ПРЕДИКТОРА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ COVID-19.....64

Тащук В.К., Полянская О.С., Мавлянова З.Ф.
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ В ЭПОХУ COVID-19.....64

Турдиева Д.Э.
КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ.....65

Турдиева Д.Э., Алиева Н.Р., Акрамова Х.А., Абророва Б.Т.
ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС.....65

Уринова Г. Г., Назарова Ж.А.
СИНДРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ.....66

Юлдашева М. М.
ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19).....66

Юлдашева М. М.
КОМОРБИДНЫЙ ФОН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ COVID-19.....67

ДИСКОГЕННЫЕ РАДИКУЛОПАТИИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Рахимбаева Г.С., Юсупова Д.Ю.
Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: острая и хроническая боль в спине, нейропатическая боль, классификация, патогенез, клиника, терапия.

Увеличение продолжительности жизни населения стран с развитой экономикой, накопление в популяции людей преклонного и старческого возраста, гиподинамия — лишь часть причин формирования группы лиц с хроническим болевым синдромом, составной частью которого является нейропатическая боль. Ее формирование обусловлено поражением соматосенсорной системы за счет вовлечения в патологический процесс периферических нервных волокон (Аβ-, Аδ- и С-волокна) и центральных нейронов. Нейропатическая боль присутствует у 7–10% населения в общей популяции (Colloca L. et al., 2017).

Наиболее частой разновидностью нейропатического болевого синдрома (НБС) является хроническая боль в спине, отмечаемая в 20–30% всех случаев хронического болевого синдрома (Yamashita T. et al., 2014). Патофизиология боли в спине включает комплекс ноцицептивных и нейропатических механизмов, обусловленных повреждением нервных волокон дегенеративными процессами в позвоночнике. Разрушение ноцицептивных волокон нервного корешка структурами дегенерирующего диска (локальная нейропатическая боль), механической компрессией либо сужением просвета позвоночного канала (механическая нейропатическая корешковая боль) или под воздействием медиаторов воспаления при системных заболеваниях без какой-либо механической компрессии — основная причина развития нейропатической боли при заболевании позвоночника (Freyhagen R., Baron R., 2009).

Проблема приобретает еще большую актуальность в связи с низкой эффективностью лечения, несмотря на обилие современных фармакологических средств. Болезнь имеет хронический, прогрессирующий характер и отрицательно влияет на все сферы жизни пациента, включая сон, настроение, самооценку, работоспособность, межличностные взаимоотношения, и значительно ухудшает качество жизни (Radat F. et al., 2013), требуя существенного повышения расходов на здравоохранение (Berger A. et al., 2004; Knight T. et al., 2013). По данным статистики, нет гендерного различия — мужчины и женщины болеют в равной степени. Возраст является основным фактором риска, поскольку он возникает вторично по отношению к дегенеративному процессу в позвоночнике. В патогенезе нейропатической боли различают центральный и периферический компоненты и выделяют следующие механизмы ее развития, которые могут связаны как с прямой стимуляцией чувствительных нейронов при компрессии нервного волокна при дегенеративных заболеваниях позвоночника или его травме так и периферической ноцицептивной сенситизацией медиаторами воспаления и биологически активными веществами, приводящими к снижению порога возбудимости ноцицепторов и повышению уровня их активности, что проявляется в виде гипералгезии или аллодинии. При этом формированию болевого синдрома в виде развития колющих и жгучих болей, ощущения парестезии способствуют нестабильность мембранного потенциала натриевых каналов поврежденного волокна, перекрестное возбуждение соседних волокон, повышение активности адренорецепторов на мембранах аксонов с повышением их чувствительности к катехоламинам и норадреналину, выделяющимся в постганглионарных симпатических волокнах.

Среди широкого спектра причин, дающих толчок формированию хронического НБС, особое место принадлежит ра-

дикулопатии. Наиболее часто боль в спине имеет локализацию в пояснично-крестцовом отделе (у 51–80% пациентов). При этом в большинстве случаев она неспецифична и полиэтиологична по своей природе. В патогенезе ее формирования нейропатический компонент занимает около 60% (Yamashita T. et al., 2014). Это объясняет феномен различного ощущения боли у пациента: от умеренной до выраженной и мучительной в зависимости от преобладания одного из механизмов в ее формировании (Yamitsky D., 2015).

Термин «радикулопатия» произошел от латинских слов «radicula» и «pathia», что означает поражение спинномозгового нерва. Радикулопатия — это симптомокомплекс, возникающий в результате сдавления или раздражения спинномозговых корешков, который включает в себя болевой синдром в позвоночнике и/или в конечности, симптомы натяжения и неврологическую симптоматику в соответствующем пораженном корешку дерматоме или миотоме.

Патогенез болевого синдрома.

Радикулопатии развиваются вследствие разнообразных причин, приводящих к сужению межпозвоночного отверстия. Таковыми могут выступать остеофиты, гипертрофированные фасеточные суставы, различные варианты протрузий и экзотрузий межпозвоночного диска, отек мягких тканей, локальные нарушения гемодинамики, новообразования и т.д. Относительно патогенеза радикулопатий на настоящий момент не сформировалось единой точки зрения. Роль компрессионного механизма как единственного фактора, приводящего к развитию радикулопатии, на сегодняшний день подвергается сомнению. Сторонники воспалительной теории рассматривают повреждение межпозвоночного диска в качестве фактора, вызывающего локальный воспалительный процесс в нервной ткани. Причем мнения относительно самого механизма развития воспаления также различаются. В первом случае причиной воспаления является иммунологическая реакция по типу «антиген – антитело», где в роли антигена выступает вещество пульпозного ядра. Во втором — причиной воспаления считается непосредственное воздействие ферментов пульпозного ядра (в частности, фосфолипазы А2) на окружающие ткани [1]. Таким образом, в патогенезе радикулопатии имеется сочетание компрессионного, воспалительного и иммунологического механизмов, а возникающий при этом болевой синдром представляет смешанную боль, включающую как невропатический, так и ноцицептивный компонент [2]. В условиях недостаточно изученного патогенеза радикулопатий единой точки зрения на лечение также не существует, а приводимые схемы лечения имеют рекомендательный характер.

Клиническая картина.

Клинические проявления пояснично-крестцовой радикулопатии характеризуется остро или подостро развивающимися болями в спине стреляющего или пронизывающего характера, а также болевым синдромом с иррадиацией в дистальные отделы нижних конечностей. Боль в ноге обычно сопровождается болью в пояснице. Боль развивается внезапно, обычно после резкого движения или подъема тяжести. Вначале боль может быть, но постепенно нарастает, становясь стреляющей или пронизывающей и постепенно достигает максимальной интенсивности. При болевых синдромах, вызванных грыжей диска, боль усиливается при движении, наклонах туловища, кашле, натуживании, подъеме тя-

жестей, длительном пребывании в одной позе. Отмечается выраженное напряжение паравертебральных мышц, уменьшающееся в положении лёжа. При осмотре спина часто фиксирована в слегка согнутом положении. Нередко наблюдается болезненное напряжение мышц спины – дефанс, отмечается анталгическая поза с сколиозом позвоночника. При латеральной грыже сколиоз направлен в здоровую сторону, при парамедианной – в больную. Наклон вперед резко ограничен и осуществляется лишь за счет тазобедренного сустава. Резко ограничен и наклон в больную сторону. Вызываются положительный прямой и перекрестный симптом Ласега, симптомы Вассермана, Мацкевича, Нери, обусловленные натяжением нервных корешков. Характерно нарушение чувствительности (болевой, температурной, вибрационной и др.) по ходу нервного корешка, выпадение сухожильных рефлексов, замыкающихся через соответствующий сегмент спинного мозга, гипотония и слабость мышц, иннервируемых данным корешком (см. таблицу №1). Локализация парестезий более точно указывает на пораженный нервный корешок, чем зона иррадиации боли, которая отличается большой вариативностью. Поскольку в поясничном отделе позвоночника примерно в 90 % случаев грыжа диска локализуется на уровнях L4–L5 и L5–S1, в клинической практике чаще всего выявляется радикулопатия L5 (около 60 % случаев) или S1 (около 30 % случаев). У пожилых грыжи межпозвоночных дисков чаще развиваются на более высоком уровне, в связи с чем у них нередко связаны радикулопатии L4 и L3 [3, 4, 5, 6]. Слабость мышц при дискогенных радикулопатиях обычно бывает легкой. Реже возникает парез стопы который может быть связан с ишемией корешков L5 или S1, вызванной сдавлением питающих его сосудов (радикулоишемия). Постепенно воспалительный процесс регрессирует и болевой синдром стихает. В отдельных случаях у пациентов может развиваться синдром конского хвоста обусловленный центральной грыжей нижнепоясничного диска либо стенозом позвоночного канала. Он проявляется выраженным болевым синдромом, чувством онемения и гипестезией области промежности, нижним вялым парализмом, задержкой мочеиспускания, недержанием кала, развитием перемежающейся хромоты (Yamashita T. et al., 2014). В этих случаях необходимо срочный осмотр нейрохирурга.

Радикулопатии пояснично-крестцовой локализации могут сопровождаться вегетативными нарушениями. Они могут быть вызваны раздражением многочисленных афферентных сосудодвигательных волокон и рефлекторным спазмом сосудов под влиянием болевых ощущений. Развивается симпаталгия, которая характеризуется жгучей, колющей, зудящей болью, усиливающейся при перемене погоды, охлаждении ног. Характерен цианоз, нарушение потоотделения, сухость и шелушение кожи. Вазомоторные нарушения проявляются в виде зябкости конечности, снижения температуры кожи, спазма, изредка — исчезновения пульса (Johnso E.W., Fletcher F.R., 1981; Woolf C.J. et al., 1998).

Таблица №1

Признаки поражения поясничных и крестцового корешков.
(М.М. Жезлов, О.С. Левин)

| Признаки | L3 | L4 | L5 | S1 |
|---------------------------|--|--|--|---|
| Локализация боли | Передняя поверхность бедра и колена | Внутренняя поверхность колена и верхней части голени | Наружная поверхность ноги до I пальца | Задняя поверхность ноги до V пальца и пятки |
| Снижение чувствительности | Передняя поверхность нижней части бедра и колена | Внутренняя поверхность колена и верхней части голени | Наружная поверхность голени и внутренняя поверхность стопы | Наружная поверхность стопы, подошва |
| Выпавший рефлекс | Нет | Коленный | Нет | Ахиллов |

| Парез | Сгибание и приведение бедра, разгибание голени | Разгибание голени, отведение бедра | Тыльное сгибание большого пальца или стопы, внутренняя ротация стопы | Подожвенное сгибание большого пальца или стопы |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--|--|
| Возможная локализация грыжи диска* | (L1–L2)** L2–L3 (L3–L4)*** | (L2–L3)** L3–L4 (L4–L5)*** | (L3–L4)** L4–L5 (L5–S1)*** | (L4–L5)** L5–S1 |

В скобках указана наиболее вероятная локализация грыжи диска: *при парамедианной или медиолатеральной грыже, **при срединной грыже диска, ***при латеральной грыже диска.

Диагностика.

Диагноз радикулопатии прежде всего устанавливается на основе характерных клинических признаков: наличие боли с характерной корешковой иррадиацией, положительных симптомов натяжения нервных корешков, нарушения чувствительности по ходу нервных стволов. Важное значение в диагностике дискогенной радикулопатии принадлежит современному методу нейровизуализации таким как КТ или МРТ., позволяющим определить точную причину радикулопатии и локализации патологического процесса. Электронейромиография является вспомогательным методом в диагностике вертеброгенной радикулопатии. При поражении более 50% двигательных аксонов отмечается снижение амплитуды М-ответа в мышцах, иннервируемых пораженным корешком, характерно отсутствие F-волн при нормальной амплитуде М-ответа с соответствующей мышцей. Скорость проведения по чувствительным волокнам при радикулопатии также остается нормальной, поскольку поражение корешка (в отличие от поражения нерва или сплетения) обычно происходит проксимальнее спинномозгового ганглия. При болях в поясничном отделе позвоночника проводится рентгенография соответствующего отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, при подозрении на компрессию спинного мозга – миелография. При проведении диагностических мероприятий необходимо помнить о том что рецидивирующие боли в спине могут быть связаны с наличием онкологических заболеваний внутренних органов и остеопорозом.

Лечение.

Важным аспектам лечения больных с дискогенными радикулопатиями является максимально быстрое купирование болевого синдрома, предотвращение хронизации болей, быстрое восстановления трудовой активности. Учитывая что боль при дискогенной радикулопатии включает как ноцицептивный так и нейропатический компонент боли, алгоритм лечения включает назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и миорелаксантов, которые широко используются в клинической практике. С учётом нейропатического компонента болевого синдрома при дискогенной радикулопатии рекомендуются также антиконвульсанты или антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина. Необходимо помнить, что при длительном лечении НПВП имеется высокий риск развития гастропатий. В связи с этим больным с заболеваниями ЖКТ с профилактической целью лечения проводят под прикрытием препаратов ингибиторов протонной помпы. Поскольку патогенетическими механизмами являются отек, воспаление, ишемия, демиелинизация корешка и дегенерация рекомендуются препараты с противоотечным действием. Одним из резервов повышения эффективности консервативной терапии радикулопатии может быть применение витаминов группы В в виде комбинированных препаратов. Витамины обладают широким спектром воздействия на биохимические процессы в организме. Они участвуют в обеспечении функционирования структур центральной и периферической нервной системы, что позволяет рассматривать их в качестве нейротрофических препаратов. Антино-

цицептивный и противовоспалительный эффекты витаминов подтверждены экспериментально на моделях химически и термически индуцируемой боли [7]. Показано, что витамин В1 самостоятельно или в комбинации с витаминами В6 и В12, способен тормозить прохождение болевой импульсации на уровне задних рогов и таламуса [8]. МультиВита является уникальным комплексом, созданным на основе современных технологий, включающим 12 жизненно важных водо- и жирорастворимых витаминов с синергетическим эффектом. На фоне комбинированной терапии при периферических радикулопатиях, включающей поливитаминный комплекс МультиВита предназначенный для внутривенных капельных инфузий или инъекций с высокой биодоступностью наступает быстрый клинический эффект с более быстрого снижения по следующим пунктам Шкалы боли в спине: спонтанная боль в ногах, ограничение способности к передвижению и поведенческая активность. Кроме того, было показано, что только на фоне комбинированной терапии достоверно уменьшились по сравнению с исходным уровнем такие характеристики боли, как интенсивность, острота, переносимость. Также, нейротропные компоненты МультиВита улучшают скорость проведения нервного импульса, улучшают репаративные процессы в периферическом нерве.

Выводы. Таким образом, хорошая переносимость препарата МультиВита и его эффективность позволяют рекомендовать его для включения в комплексную терапию пациентов с дискогенными радикулопатиями. При улучшении состояния рекомендуют лечебную гимнастику, физиотерапевтические процедуры и приемы щадящей мануальной терапии, направленные на мобилизацию и релаксацию мышц, что может способствовать увеличению подвижности в позвоночнике.

Литература

1. Andreyev V.V., Barantsevich Ye.R. Acute and chronic pain treatment in lumbosacral radiculopathy. *Effektivnaya farmakoterapiya = Effective Pharmacotherapy*. 2018;(24):42–49. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=36309379>.
2. . Kukushkin M.L. Acute back pain: diagnosis and treatment. *Nervnye bolezni = Nervous Diseases*. 2019;(2):46–51. (In Russ.) doi: 10.24411/2226-0757-2019-12104
3. Davydov O.S., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Yakhno N.N. Neuropathic pain. Current state of the problem. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(5–2):262–263. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38957462>
4. Dadasheva M.N., Agafonov B.V. Radiculopathy, modern patient management tactics. *RMZh = RMJ*. 2016;(3): 163–165. (In Russ.)
5. Старчина Ю.А. Витамины группы В в лечении заболеваний нервной системы. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2009;(2):8487. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=13071209>.
6. Раменская Г.В., Петухова О.А., Смирнов В.В. Клинико-фармакологические аспекты применения препаратов витамина В1 с различной растворимостью в жи-

рах и водных средах. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012;4(4):67–70. doi: 10.14412/2074-2711-2012-425.

7. Schistad E.I., Espeland A., Pedersen L.M., Sandvik L., Gjerstad J., Røe C.
8. Association between baseline IL-6 and 1-year recovery in lumbar radicular pain. *Eur J Pain*. 2014;18(10):1394–1401. doi: 10.1002/j.1532-2149.2014.502.x
9. Баринов А.Н., Мурашко Н.К., Яворский В.В., Терентьева Н.В. Невропатическая боль при поражении периферической нервной системы: стратификация лечения // *Медицинский совет*. — 2013. — № 4. — С. 54–62.
10. Европейские рекомендации по лечению неспецифической боли в пояснично-крестцовой области в условиях первичной медицинской помощи: Реферат / Под ред. Н.Н. Яхно, Е.В. Подчуфаровой. — М.: Практическая медицина, 2010. — 24 с.
11. Зиновьева О.Е., Строков И.А., Баринов А.Н., Ахмеджанова Л.Т. Нейромидин в лечении диабетической полиневропатии // *Неврологический вестник*. — 2007. — № 6. — С. 52–55
12. Яхно Н.Н., Баринов А.Н., Подчуфарова Е.В. Невропатическая и скелетно-мышечная боль. Современные подходы к диагностике и лечению. *Клиническая медицина*, 2008, 86 (11): 9–15.
13. 5. Andreyev V.V., Barantsevich Ye.R. Acute and chronic pain treatment in lumbosacral radiculopathy. *Effektivnaya farmakoterapiya = Effective Pharmacotherapy*. 2018;(24):42–49.
14. Kukushkin M.L. Acute back pain: diagnosis and treatment. *Nervnye bolezni = Nervous Diseases*. 2019;(2):46–51. (In Russ.) doi: 10.24411/2226-0757-2019-12104.
15. Franca D.S., Souza A.L., Almeida K.R., Dolabella S.S., Martinelli C., Coelho M.M. et al. B vitamins induce an antinociceptive effect in the acetic acid and formaldehyde models of nociception in mice. *Eur J Pharmacol*. 2001;421(3):157–164. doi: 10.1016/S0014-2999(01)01038-x.
16. Saal J.A., Saal J.S. Nonoperative treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy // *Spine*. — 1989. — 14. — 431–437.
17. Benyamin R.M., Manchikanti L., Parr A.T. et al. The Effectiveness of Lumbar Interlaminar Epidural Injections in Managing Chronic Low Back and Lower Extremity Pain, Systematic Review // *Pain Physician*. — 2012. — Vol. 15, Issue 4. — E363–404
18. Baron R., Freynhagen R., Tulle T. et al. The efficacy and safety of pregabalin
19. in the treatment of neuropathic pain associated with chronic lumbosacral radiculopathy // *Pain*, 2010. — doi:10.1016/j.pain.2010.04.013.
20. Данилов А.Б. Применение витаминов группы В при болях в спине: но вые анальгетики? // *PMЖ*. — 2008. — Т. 16 (спецвыпуск). — С. 35–39
21. Borghi B., Aurini L., White P.F. et al. Long-lasting beneficial effects of periradicular injection of meloxicam for treating chronic low back pain and sciatica // *Minerva Anesthesiol*. — 2013. — Vol. 79 (4). — 370–8

