

УДК: 616.8–089.591–482

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ DREZ–ТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕЙРОПАТИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТА С ПЛЕКСОПАТИЕЙ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Гридина Анна Николаевна, Дресвянкин Григорий Станиславович, Озорнина Софья Вадимовна, Михайлова Екатерина Петровна

Кафедра неврологии и нейрохирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В статье рассматривается клинический случай нейрохирургического лечения хронического нейропатического болевого синдрома (НБС). **Цель исследования** – изучение современных нейрохирургических методов лечения нейропатической боли на примере клинического случая пациента с плексопатией плечевого сплетения. **Материал и методы.** В статье описан и проанализирован клинический случай пациента с хронической нейропатической болью, методы ее диагностики и лечения. **Результаты.** На момент поступления в нейрохирургический стационар у пациента наблюдался хронический НБС после частичной резекции опухоли в области корешков плечевого сплетения. На фоне консервативного лечения наблюдался недостаточный противоболевой эффект, термоабляция корешков Th1–Th2 и тестовая эпидуральная стимуляция спинного мозга (SCS) так же не продемонстрировали позитивных результатов. Пациенту была проведена DREZ–томия C8–Th2 сегментов. В ближайшем послеоперационном периоде у пациента наблюдается полный регресс болевого синдрома, однако, отмечались чувствительные нарушения в виде гипестезии в правой половине тела, нарушение глубокой чувствительности в нижних конечностях. В течение 3 месяцев пациент проходил восстановительное лечение на базе ОМР «КИМ» г. Березовский, в результате чего сенситивная атаксия в нижних конечностях регрессировала. **Выводы.** На сегодняшний день нет ни одного метода лечения нейропатической боли, который бы демонстрировал одновременный 100% противоболевой эффект и безопасность в долгосрочном периоде. DREZ–операция относится к терапии условного «последнего ряда», прежде всего, по причине рисков послеоперационных осложнений, однако, обеспечивает длительный и полный регресс болевого синдрома и может быть использована у пациентов, когда другие методы недоступны или неэффективны.

Ключевые слова: нейропатическая боль, интервенционные методы нейрохирургического лечения боли, DREZ – томия.

A CLINICAL CASE OF NEUROSURGICAL TREATMENT OF CHRONIC NEUROPATHIC PAIN WITH PRIMARY NEUROPATHIC PAIN SYNDROME IN A PATIENT WITH PLEXOTHERAPY OF THE SHOULDER JOINT

Gridina Anna Nikolaevna, Dresvyankin Grigory Stanislavovich, Ozornina Sofia Vadimovna, Mikhailova Ekaterina Petrovna

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The article considers a clinical case of neurosurgical treatment of chronic neuropathic pain syndrome (NBS). **The aim of the study** to study modern neurosurgical methods for the treatment of neuropathic pain on the example of a clinical case of a patient with brachial plexopathy. **Material and methods:** the article describes and analyzes the clinical case of a patient with chronic neuropathic pain, methods of its diagnosis and treatment. **Results.** At the time of admission to the neurosurgical hospital, the patient had chronic NBS after partial resection of the tumor in the area of the roots of the brachial plexus. Insufficient analgesic effect, thermal ablation of Th1–Th2 roots and test epidural spinal cord stimulation (SCS) were observed against the background of conservative treatment they also did not show positive results. The patient underwent C8–Th2 segment DREZ–tomy. In the immediate postoperative period, the patient has a complete regression of pain syndrome, however, there were sensitive disorders in the form of hypesthesia in the right half of the body, a violation of deep sensitivity in the lower extremities. For 3 months, the patient underwent rehabilitation treatment at the OMR «KIM» in Bereznovsky, as a result of which the sensitive ataxia in the lower extremities regressed. **Conclusion.** To date, there is no single method of treating neuropathic pain that would demonstrate a simultaneous 100% analgesic effect and long–term safety. DREZ surgery refers to the therapy of the conditional "last row", primarily due to the risks of postoperative complications, however, it provides a long–term and complete regression of pain syndrome and can be used in patients when other methods are unavailable or ineffective.

Keywords: neuropathic pain, interventional methods of neurosurgical treatment of pain, DREZ – tomy.

ВВЕДЕНИЕ

По определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP) нейропатическая боль (НБ) – это боль, вызванная поражением или заболеванием первичных афферентных нейронов соматосенсорной нервной системы. В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 11 (МКБ–11), нейропатическая боль может быть классифицирована как периферическая и центральная. Периферическая НБ связана с травмой или заболеванием периферических нервов, она включает боль после ампутации, невралгию тройничного нерва, постгерпетическую невралгию, болевую радикулопатию, в том числе синдром оперированного позвоночника, болезненную полинейропатию. Центральная НБ связана с травмой/заболеванием спинного или головного мозга. Центральная НБ возникает при миелопатии, сирингомиелии примером центральной НБ служит хроническая центральная постинсультная боль, нейропатическая боль при рассеянном склерозе [1].

Клинические характеристики НБ следующие: боль носит персистирующий, длительный характер, напоминает жжение, удары электрическим током, сопровождается различными болевыми феноменами – аллодинией, гипералгезией, гиперестезией, гиперпатией и сочетается с вегетативными расстройствами в области боли в виде снижения кровотока, гипер– или гипогидроза. В НБС используются валидизированные шкалы и опросники, такие как: шкала оценки невропатических симптомов и признаков LANSS, опросники Pain Detect, Опросник Douleur Neuropathique–DN4 [2]. В настоящее время существует несколько фармакологических методов лечения. Агентами первой линии являются антиконвульсанты Габапентин, Прегабалин и Антидепрессанты, такие как Амитриптилин, Дулоксетин, Венлафаксин. Трамадол, Капсаицин и Лидокаин рассматривают как терапию второй линии [1]. Когда доступные фармакотерапевтические препараты не способны справиться с болью в долгосрочной перспективе или у пациентов со временем развивается резистентность к обезболивающим препаратам применяются интервенционные методы нейрохирургического лечения. Наиболее распространенными инвазивными методами являются: нейроабляция– деструкция нервного окончания электрическим током высокой частоты, нейромодуляция – стимуляция спинного мозга (SCS) посредством имплантации электрода в эпидуральное пространство спинного мозга и деструктивные методы, одним из которых является DREZ (Dorsal Root Entry Zone)–томия – деструкция спинного мозга в нужном сегменте, в области задней боковой борозды, в месте входа чувствительных корешков [3].

Цель исследования – изучение клинических особенностей течения и современных нейрохирургических методов лечения хронического нейропатического болевого синдрома на примере клинического случая пациента с плексопатией плечевого сплетения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В статье описан и проанализирован клинический случай пациента с хроническим нейропатическим болевым синдромом. На основе добровольного информированного согласия пациента использованы методы сбора жалоб, анамнеза, объективного осмотра, анализа данных инструментальных методов исследования. Пациент наблюдается и проходил лечение на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной онкологический диспансер», в отделении нейрохирургии

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент Б., 65 лет, поступил в НХО СООД с жалобами на боль по типу жжения, парестезии в правой подмышечной области, по заднемедиальной поверхности правого плеча, в области правой лопатки, боль постоянная, по интенсивности от 4–76 по ВАШ. Из анамнеза известно: пациент считает себя больным с 2019г, когда при прохождении планового медицинского осмотра обнаружено образование передней грудной стенки в области верхушки правого легкого с инвазией в первый, второй межреберные промежутки и 1–2 ребро. По данным МРТ органов грудной клетки выявлена опухоль грудной стенки в области верхушки

правого легкого размерами 8*2*3 см, с компрессией правой подключичной артерии, ветвей правого плечевого сплетения (С8–Th1).

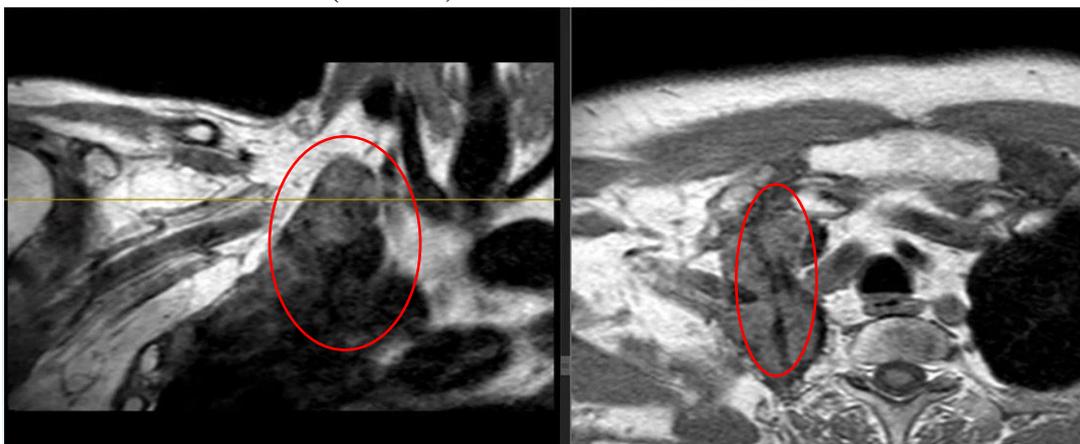


Рис.1. МРТ органов грудной клетки – объемное образование грудной стенки справа размерами 8*2*3 см, с компрессией правой подключичной артерии, ветвей правого плечевого сплетения (С8–Th1)

21.11.2019 г. проведена частичная резекция опухоли грудной стенки справа. По результатам гистологического исследования новообразование соответствовало десмоидной фиброме. В ближайшем послеоперационном периоде больной отметил появление боли в правой подмышечной области, в области правой лопатки, по заднемедиальной поверхности правого плеча на фоне приема габапентина, amitriptилина наблюдался незначительный противоболевой эффект. 15.03.21 с симптоматической противоболевой целью проведена термоабляция корешков Th2–Th3 справа на базе НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина г. Москва, без эффекта.

01.08.23г пациент поступил в нейрохирургическое отделение СООД с диагнозом: «десмоидная фиброма мягких тканей грудной стенки в области верхушки правого легкого с компрессией ветвей правого плечевого сплетения, правой подключичной артерии. Неврологически на момент поступления определялась гипестезия, аллодиния по заднемедиальной поверхности правого плеча, в области правой лопатки, правой подмышечной области. Шкала DN4–56, painDETECT–236.LANSS–116. 03.08.23г. на базе НХО СООД было проведено оперативное лечение в виде установки системы тестовой противоболевой эпидуральной стимуляции спинного мозга (SCS), в тоническом режиме зона боли покрыта более чем на 70%, на фоне стимуляции в течение 10 дней болевой синдром уменьшился менее чем на 50%, стимуляция признана неэффективной. С учетом наличия у пациента нейропатической боли, неэффективности медикаментозного лечения, отсутствия эффекта от термоабляции и эпидуральной стимуляции спинного мозга, 18.10.23г пациенту была проведена деструктивная операция в виде DREZ–томии С7–Th2 сегментов спинного мозга справа, в ходе операции выполнена гемиламинэктомия на уровне С7–Th2, идентифицирована задняя латеральная правая борозда, выполнена деструкция латеральной области спинного мозга биполярным электродом, длительность повреждения составляла 10 секунд. В ближайшем послеоперационном периоде у пациента наблюдается полный регресс болевого синдрома, однако, отмечались чувствительные нарушения в виде гипестезии в правой половине тела, нарушение глубокой чувствительности в нижних конечностях с развитием грубой сенситивной атаксии с нарушением функции ходьбы – ходьба с опорой на ходунки. В течение 3 месяцев пациент проходил восстановительное лечение на базе ОМР «КИМ» г. Березовский, в результате чего сенситивная атаксия в нижних конечностях регрессировала, функция ходьбы восстановилась, однако сохранилась гипестезия в правой половине тела.

ОБСУЖДЕНИЕ

Хронический нейропатический болевой синдром присутствовал у пациента на протяжении 4 лет, попытки купировать болевой синдром медикаментозным и хирургическим путем в виде термоабляции корешков Th1–Th2 и эпидуральной стимуляции спинного мозга

(SCS) не привели к желаемому результату. Проведенная в октябре 2023 года DREZ – операция купировала нейропатический болевой синдром, но ближайший послеоперационный период осложнился нарушением глубокой чувствительности в нижних конечностях, гипестезией в правой половине тела, однако в течение 3 месяцев наблюдения отмечается регресс сенситивной атаксии, улучшения функции ходьбы, на фоне купирования прежнего болевого синдрома.

ВЫВОДЫ

1. Нейропатическая боль – это вид боли, который, в отличие от обычной боли, возникает не вследствие реакции на физическое повреждение, а в результате патологического возбуждения нейронов в периферической или центральной нервной системы, отвечающих за реакцию на физическое повреждение [1].

2. Глобальные эпидемиологические исследования показали, что частота хронической нейропатической боли составляет 7–10% во всем мире. На сегодняшний день нет ни одного метода лечения нейропатического болевого синдрома, который бы демонстрировал одновременно 100% противоболевой эффект и безопасность в долгосрочном периоде. DREZ– операция относится к терапии условного «последнего ряда», прежде всего, по причине рисков послеоперационных осложнений, однако, обеспечивает длительный и полный регресс болевого синдрома и может быть использована у пациентов, когда другие методы недоступны или неэффективны [3].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Достижения в интервенционном лечении нейропатической боли/Варшни В., Осборн Дж., Чатурведи Р., Шах В., Чакраварти К.// Ann Transl Med. – 2021.– С.187.
2. Рекомендации EAN по терапии центральной нейростимуляцией при хронических болевых состояниях/Кручу Г., Гарсия–Ларреа Л., Ханссон П., Кейндл М., Лефошер Дж.П., Паулос В., Тейлор Р., Тронье В., Труини А., Аттал Н.// Eur J Neurol.– 2016.– С.99
3. Полезность инструментов скрининга для оценки долгосрочной эффективности лечения поражения DREZ при лечении невропатической боли после травмы плечевого сплетения./Ханинек П., Кайзер Р., Менкл Л. и др.// BMC Neurol 14. –2014.– С.114

Сведения об авторах

А. Н. Гридина– студент
Г.С. Дресвянкин– студент
С.В. Озорнина* – студент
Е.П. Михайлова – ассистент кафедры

Information about the authors

A.N. Gridina– student
G.S. Dresvyankin – student
S.V. Ozornina – student
E.P. Mikhailova – Department assistant

*Автор ответственный за переписку (Corresponding author):
sofaozornina@gmail.com

УДК: 616.8–00

ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ И ВИТАМИНА Д У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА

Кодинцев Антон Николаевич, Волкова Лариса Ивановна

Поликлиника ИВТЭ УрО РАН

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время наблюдается рост когнитивных нарушений у пациентов старше 60 лет. Важным аспектом является разработка дополнительных методов диагностики когнитивной дисфункции путем поиска различных биомаркеров. **Цель исследования** – изучение активности периферической холинэстеразы и уровня витамина Д у пожилых пациенток женского пола с различными показателями оценки когнитивного статуса. **Материал и методы.** В одномоментное кросс–секционное исследование было включено 60 пациенток женского пола старше 60 лет. В зависимости от показателей когнитивного статуса (шкалы MoCA, MMSE, FAB) было выделено 2 группы: основная группа с умеренными когнитивными нарушениями (УКН) и контрольная группа