



ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Хакимова Сохиба Зиядуллоевна

Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПДО, Самаркандский
государственный медицинский университет, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6590316>

ИСТОРИЯ СТАТЬИ

Принято: 10 май 2022 г.

Утверждено: 14 май 2022 г.

Опубликовано: 28 май 2022 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

*дорсопатия,
хронический болевой
синдром, лечение.*

АННОТАЦИЯ

У больных при дегенеративном поражении позвоночника основной жалобой является хроническая боль, которая формируется из многоуровневого каскада взаимосвязанных цитохимических, метаболических и патофизиологических изменений. Лечение хронической боли требует системности, четкой патогенетической направленности и комплексного подхода.

Orqa miya degenerativ lezyonlari bo'lgan bemorlarda asosiy shikoyat surunkali og'riq bo'lib, u o'zaro bog'liq bo'lgan sitokimyoviy, metabolik va patofizyologik o'zgarishlarning ko'p darajali kaskadidan hosil bo'ladi. Surunkali og'riqni davolash tizimli, aniq patogenetik diqqatni va kompleks yondashuvni talab qiladi.

Kalit so'zlar: dorsopatiya, surunkali og'riq sindromi, davolash.

Summary. In patients with degenerative lesions of the spine, the main complaint is chronic pain, which is formed from a multilevel cascade of interrelated cytochemical, metabolic and pathophysiological changes. The treatment of chronic pain requires a systematic, clear pathogenetic focus and an integrated approach.

Key words: dorsopathy, chronic pain syndrome, treatment.

Введение.

Хронический болевой синдром при дегенеративных поражениях позвоночника является значимой медицинской проблемой, так как обусловлена высокой распространенностью и присутствием негативного влияния на качество жизни больного, его трудоспособность и физическое здоровье.

У больных с дорсопатиями различного генеза наряду с хроническим болевым синдромом наблюдаются различные выпадения пирамидной сферы периферической нервной системы [1]. В группах пациентов с дорсопатиями была исследована двигательная сфера с помощью описанных методов исследования неврологического статуса Скоромец А.А., которая обнаружила статистически значимое ограничение двигательной сферы [2]. Проведенная электронейромиография подтвердила поражение в двигательных волокнах у



больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза [4].

Введение. Благодаря такому универсальному свойству человека как движение, индивидуум может взаимодействовать с окружающей средой. В ответ на различные раздражители внешней среды, не зависимо от желания у человека возникают рефлекторные, то есть не произвольные движения. С участием высших органов головного мозга, при накоплении практических навыков, на базе безусловных рефлексов формируются произвольные движения [3].

При заболеваниях периферической нервной системы, особенно при дорсопатиях различного генеза поражение двигательной сферы является основным клиническим симптомом. Для исследования больного первоначальным является выяснение жалоб, особенно если эта хронический болевой синдром [1]. Выясняется характер боли: тупая, острая, колющая, ноющая, пульсирующая, кинжальная, жгучая и т.д.; локализация и иррадиация боли и т.д.

Для выявления поражения двигательной сферы необходимо обращать внимание на объем, рельефность и правильность развития мышц. [1]. Исследуют ограничен или полон объем активных и пассивных движений по суставам в градусах, наличие контрактур.

Мышечную силу оценивается по 5 шкале. Быстрая диагностика мышечной силы состоит из нескольких доступных методов:

- рукопожатие: оценивается мышечная сила больного при сжатии двух пальцев исследователя;
- глубокое приседание и подъем из данной позы определяет силу мышц бедер;
- ходьба на носках и пятках показывает силу мышц голени и стопы;
- возможность сесть из положения лёжа на спине при согнутых ногах в коленных и тазобедренных суставах выявляет силу мышц живота;
- сгибание больного вперёд из положения стоя и разгибания обратно, показывает силу мышц спины [4].

Цель исследования – сравнение характера боли и степени поражения двигательной сферы у пациентов с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза.

Материалы и методы исследования.

Нами было осмотрено 560 больных их к-х отобраны 320 с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза. Для раскрытия основных этапов развития и направления ХБС при дорсопатиях выбранные нами больные были исследованы по следующим параметрам:

клинические характеристики поражений ПНС; электрофизиологические характеристики поражений ПНС; хронический болевой синдром: его характер и стадия выраженности; влияние ХБС на развитие, характер и степень аффективных расстройств.

Распределение больные в следующие группы:

- 1) - 1-я группа: хроническая дорсопатия компрессионно-ишемического генеза (КИГ) – 82 больных;



2) - 2-я группа – дорсопатия при хроническом бруцеллезе (ХБр) – 84 больных;

3) - 3-я группа – дорсопатия ревматического генеза (РГ) – 76 больных

4) - 4-я группа – дорсопатия при TORCH инфекции (ТИ) – 78 больных;

5) - контрольную группу составили 40 условно здоровых людей.

Все больные с ХБС находились в возрастном диапазоне от 16 до 75 лет, где наибольшее количество больных наблюдалось в возрастных группах 30-39 лет - 96 (30%), а также 50-59 лет - 67 (20,9%).

Среди 320 пациентов преобладали женщины – 205 (64,1%), мужчины было – 113 (35,4%). Среди заболеваний периферической нервной системы, которые сопровождались хроническим болевым синдромом, наибольший интерес вызвали заболевания периферической нервной системы инфекционного генеза: дорсопатии компрессионно-ишемического генеза, дорсопатия при хроническом бруцеллезе, дорсопатия ревматического генеза, и дорсопатия при TORCH инфекции.

Неврологический осмотр выполнялся стандартный, с выделением определенных синдромов, согласно стандартному алгоритму обследования неврологического больного (Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А.), акцентируя исследование двигательной сферы.

Специальный неврологический осмотр исследования двигательной сферы состоял из:

- общего осмотра с оценкой мускулатуры конечностей и туловища (выявление

атрофий, гипо- или гипертрофий, псевдогипертрофий, фибриллярных и фасцикулярных подергиваний), с локализацией и степенью выраженности;

- оценка походки пациента (выявление походки спастико-паретической, гемипаретической, ступаж, атактическую и др);

- исследование активных движений во всех суставах;

- исследование пассивных движений;

- определение силы мышц (по 5-ти балльной шкале);

- исследование тонуса мышц.

Результаты и обсуждение.

Хроническая боль пациентом может ощущаться как медленная пытка, из-за которой трудно ходить на работу, заниматься спортом, принимать душ и одеваться. Когда боль выходит из-под контроля, она связывает больного эмоционально, подрывая его самооценку и изменяя мировоззрение больного.

Иногда боль перерастает в плохо изученное состояние, известное как синдром хронической боли. В отличие от острой боли, это состояние не проходит после того, как вылечили первоначальную травму или болезнь. Он характеризуется болью, которая длится более шести месяцев и часто сопровождается гневом и депрессией, тревогой, потерей полового влечения и инвалидностью.

Основными жалобами всех больных была хроническая боль в шейном, грудном или поясничном отделах позвоночника, в некоторых случаях отдающая в шею, голову, руки и ноги. Болевой синдром сохранялся каждый



день и продолжительность была более 3 месяцев. В шейном и поясничном отделах позвоночника характер боли был тупой и ноющий, усиливающийся при длительном нахождении в неудобном положении, а также после статистической нагрузки, в группе больных КИГ. При выполнении резких движений боль становилась мучительной, жгучего характера с «прострелами», как «удар током», в руку или ногу. Больные жаловались на частые пробуждения и бессонницу, с последующей астенизацией нервной системы, так как неловкие движения во время сна вызывали боль и поиск удобной антальгической позы. 43 (52,4%) больных жаловались боль нейропатического характера, у 23 (28%) боль жгучего характера с иррадиацией в какую-либо конечность.

Нарушения со стороны двигательной сферы у больных 1-й группы имели следующие характеристики: снижение мышечной силы, вялый парез, снижение или выпадение сухожильных рефлексов. Мышечная сила была снижена у 32 (39%) больных, и расценивалась парезом в 2-4 балла (по 6-бальной шкале), которая составила – 3,01 балла. Изменения сухожильных рефлексов носило характер снижения – у 32 (39%) больных и выпадения у - 10 (12,2%). У пациентов с пояснично-крестцовой дорсопатией с иррадиацией в ногу наблюдался положительный симптом Ласега – 41 (50%), угол которого находился в диапазоне 30-65°, в среднем 47,4°.

Жалобы больных в группе с хроническим бруцеллезом сводились к боли, которая беспокоила ежедневно,

изнуряющая, ноющая, продолжительностью более 3 месяцев. Боль в пояснично-крестцовом отделе имела свои особенности: помимо болезненности у в области выхода спинномозговых корешков больные отмечали боль в области пояснично-крестцового синартроза и гребешка подвздошной кости. Особенно больные жаловались на мышечные боли в голени – 21 (25%) и бедре – 23 (27,4%). 43 (52,4%) больных жаловались боль нейропатического характера. Около половины больных 39 (46,4%) жаловались на профузный пот, который создавал дискомфорт пациента, а также 37 (44%) больных беспокоила бессонница, увеличение лимфатических узлов была выявлена у 54 (64,3%). При тщательном исследовании у данной группы больных выявлялись сакроилеиты - 49 (58,3%). Нами был применены ряд диагностических приемов. Наиболее информативным оказался симптом Эриксона, при котором больного укладывали на ровную твердую поверхность на спину или на бок и производили давление на гребень верхней подвздошной кости при положении на боку или сдавливали обеими руками передние верхние гребни подвздошных костей в положении на спине. При одностороннем сакроилеите возникали боли на пораженной стороне, при двухстороннем – отмечались боли в крестце с двух сторон.

Большое количество больных с дорсопатиями ревматического генеза 64 (84,2%) жаловались на ноющие боли в поясничной области. Утомляла больных летучесть болей по мышцам и суставам –



32 (42,1%), фибромиалгия – 48 (63,1%), а также поверхностный сон с частыми пробуждениями, которая приводила к чувству разбитости по утрам - 47 (61,8%). Большинство больных жаловались на частые ноющие, продолжительные боли в разных частях тела, которые они описывали как: жгучие, щиплющие, изнуряющие и монотонные. Отличительным фактором боли от пациентов в других группах было усиление боли при холодной и влажной погоде, при сквозняках и стрессах. Было замечено, что в теплом помещении, особенно в саунах боль уменьшалась, но в последующем вновь усиливалась. Постоянное изнуряющее состояние больного приводит к частым перепадам настроения - 56 (73,7%). Неврологический статус при дорсопатиях РГ выявил характерные для основного заболевания признаки: ограничение движений в конечностях - 43 (56,6%), снижение сухожильных рефлексов - 37 (48,7%). Одним из значительных симптомов явились вегето-сосудистые расстройства в виде гипергидроза, бледность и похолодание пальцев рук и ног.

Отличительными характеристиками жалоб больных с TORCH инфекциями, а именно с простым герпесом, состояли из

Таблица 1. Дифференциально-диагностические критерии у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза

сильных, не приятных болей в области позвоночника, чаще жгучего, или в виде «удара током». Боль отдавала в ногу или руку. У 12 (15,4%) пациентов боль локализовалась в шейном отделе позвоночника и отдавала в руки; остальные 66 (84,6%) больных отмечали жгучую боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в ноги. При исследовании двигательной сферы у больных данной группы были выявлены: легкое снижение мышечной силы – 19 (24,4%), со стороны активных и пассивных движений значимых изменений не выявлялось. У 21 (26,9%) больного вызывались оживленные сухожильных рефлексы.

При рутинном неврологическом осмотре больных с РРГ на амбулаторном приеме двигательные нарушения тщательно не обследуются.

Ограничение объема движений свидетельствует в пользу повреждения позвоночника или спинномозгового корешка. Необходимо отличать характер повреждения для правильной дальнейшей тактики врача. Отличительным моментом является снижение болевой чувствительности от проксимальных отделов к дистальным, что и наблюдалось во всех четырех исследуемых группах.



Клинические проявления	Дорсопатии			
	компрессионно-ишемического генеза	при хроническом бруцеллезе	ревматического генеза	TORCH при инфекции
Боль, продолжительностью более 3 месяцев	✓	✓	✓	✓
Боль жгучего характера в зоне поражения (после резких движений)	✓	-	-	✓
Тоническое напряжение мышц в зоне поражения	✓	-	-	-
Выраженное ограничение движений	✓	✓	-	-
При наклонах туловища резкое усиление боли	✓	✓	-	-
Летучесть болей по мышцам и суставам	-	-	✓	-
Усиление боли при длительном нахождении в неудобном положении	✓	-	-	-
Частые пробуждения и бессонница, (неловкие движения во время сна, вызывающие боль и поиск удобной анталгической позы)	✓	-	✓	-
Боль жгучего характера с иррадиацией в конечность	✓	-	-	✓
Боль в области пояснично-крестцового синартроза и гребешка подвздошной кости	-	✓	-	-
Мышечные боли в голени и бедре	-	✓	-	-
Ноющие боли в пораженной зоне	✓	✓	✓	✓
Усиление боли при холодной и влажной погоде, при сквозняках и стрессах	-	-	✓	-
Боль в области позвоночника жгучего характера или в виде «удара током»	✓	-	-	✓
Снижение мышечной силы пораженной зоны	✓	-	✓	-
Снижение мышечного тонуса	✓	-	-	✓

Для тщательного сбора анамнеза, выслушивания жалоб больного и полного исследования двигательной сферы врачу необходимо 8-10 минут. Это

позволит правильно поставить диагноз для выбора дальнейшей тактики лечения.



Лечение предполагает эти патогенетический подход в каждой группе пациентов, направленный на купирование боли, устранение сосудистых и дистрофических изменений, улучшение трофических процессов, а также симптоматический регресс.

Нами были рандомизировано отобраны 50% больных из каждой группы, к основному лечению был добавлен препарат Мексидол (2-этил-6 метил-3-гидроксипиридина сукцинат). Данный препарат является мощным антиоксидантом, мембранопротектором и ингибитором свободных радикалов.

Всем больным был дополнительно применен курс Мексидол по 5 мл 5%-ного раствора 2 раза/сут в/мышечно или в/венно 20 дней, затем амбулаторно продолжали прием препарата перорально по 250 мг (2 таблетки) 3 раза/сут 2 месяца.

Мексидол восстанавливает нарушенные структуры и функции мембран нейронов, ионные каналы, конвейеры нейромедиаторов, рецепторные комплексы и оптимизирует синаптическую передачу нервной системы.

Основное лечение, применяемое во всех группах больных, несколько уменьшило болевые ощущения, но не наблюдалось желаемого регресса боли. Количественная оценка восприятия боли производилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). В первой группе болевой синдром был определен

как умеренный, то есть средней интенсивности – 30-59мм по ВАШ и составил 47 (57,3%), тем не менее, у 35 (42,7%) пациентов болевой синдром носил высокую интенсивность – от 60 до 83 мм и значительное количество носило нейропатический характер.

При определении уровня боли по ВАШ (мм), во второй группе больных показатель составил от 32 до 85 мм, в среднем - 59,8. У большого количества пациентов болевой синдром был принят как умеренный - средней интенсивности: 32-59мм по ВАШ и составил 37 (44%), а также, у 47 (56%) пациентов болевой синдром был высокой интенсивности – от 60 до 85 мм. Нейропатический характер боли был определен у 41 (48,8%) больных.

В третьей группе болевой синдром по шкале ВАШ днем был от 34 до 65 и в среднем составил 51,9. Более выраженная боль беспокоила больных ночью, где показатели ВАШ составили от 45 до 85, в среднем – 68,5.

Уровень боли в четвертой группе по ВАШ находился в диапазоне 40-88 мм. 13 (16,7%) пациентов интенсивность боли указали как среднюю, другие 65 (83,3%) отмечали боль как высокой интенсивности.

На 20 день повторно всем больным определили параметры ВАШ, которые представлены в таблице 2.

Таблица 1. Дифференциально-диагностические критерии у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза

Дорсопатии



Показатели ВАШ	компрессионно-ишемического генеза		при хроническом бруцеллезе		ревматического генеза		TORCH при инфекции	
лечение	Основное лечение	+Мексидол	Основное лечение	+Мексидол	Основное лечение	+Мексидол	Основное лечение	+Мексидол
полученные данные	30-59мм	25-40мм	32-85мм	26-64мм	34-65мм	28-55мм	40-88мм	25-45мм

Полученные показатели указывали на регресс болевого синдрома. Кроме того, что у больных наблюдалось значительное снижение боли, было отмечено уменьшение воспаления и гипоксии в корешке и нервных волокнах, уменьшение отека. Особое внимание уделялось восстановлению двигательной функции: увеличилась амплитуда движений, уменьшилось напряжение мышц, увеличилась мышечная сила, восстановился тонус мышц.

Выводы. Анализ клинико-диагностических данных показал, что у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза при тщательном сборе анамнеза и

жалоб больного, а также полного исследования двигательной сферы болевого синдрома по ВАШ, возможно дифференцирование заболевания периферической нервной системы. Мексидол, применяемый в составе комплексной терапии стойко снимает хронический болевой синдром, ускоряет регенерацию функции нервных волокон, в итоге улучшая качество жизни больного.

Таким образом в современных условиях как в стационарных, так и в амбулаторных условиях у врача невролога есть все возможности для правильной диагностики и лечения дорсопатий различного генеза.



Литературы:

1. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Неврологический статус и его интерпретация. МЕДпресс-информ, 2010. 256с.
2. Дадашева М.Н., Агафонов Б.В. Дорсопатии: современная тактика ведения пациентов. РМЖ. 2016. №3. С. 163-165.
3. Лебедюк М.Н., Запольский М.Е., Горанский Ю.И. Герпетическое поражение нервной системы. Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. 2011. 2 (41).С. 92-97.
4. Лихачева Е.Б. Мексидол в консервативном лечении пояснично-крестцовых дорсопатий. Фарматека. 2012. № 6. С. 62-67
5. Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С. Клиническая роль нейробруцеллёза среди больных хронической дорсопатией. Academy. № 10 (49), 2019. С.66-69
6. Мухамедова, З. Г. (2020). СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ОБОРУДОВАНИЯ МОНТАЖНОЙ ПЛОЩАДКИ АВТОМОТРИСЫ С УЧЕТОМ НОРМ НАДЕЖНОСТИ И РЕАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ. Известия Транссиба, (1 (41)), 83-91.
7. Мухамедова, З. Г., & Бахшиллоев, С. Х. (2021). СУЩЕСТВУЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПОГРУЗКИ И РАЗГРУЗКИ СКОРОПОРТЯЩИХСЯ ГРУЗОВ. Журнал Технические исследований, 4(3).
8. Мухамедова, З. Г. (2021). МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ НА ОСНОВЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕГИОНОВ. ИННОВАЦИИ В ПЕДАГОГИКЕ И ПСИХОЛОГИИ, 4(9).
9. Мухамедова, З. Г., & Эргашева, З. В. (2021). ЭКОНОМИКО-МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ КОНТЕЙНЕРНОГО БЛОК-ТРЕЙНА. Журнал Технические исследований, 4(3).
10. Mukhamedova, Z. G. (2019). Analysis and Assessment of Power Efficiency of Special Self-Propelled Railway Rolling Stock. Acta of Turin Polytechnic University in Tashkent, 9(3), 104-109.
11. Хромова, Г. А., Мухамедова, З. Г., & Юткина, И. С. (2016). Оптимизация динамических характеристик аварийно-восстановительных автомотрис. Монография. Научный журнал: «Fan va texnologiya», Ташкент-2016.-253 с.[In.
12. Мухамедова, З. Г. (2015). Динамическая модель для исследования продольных колебаний главной рамы электровоза с учетом установки демпфирующего поглощающего аппарата в автосцепке. Известия Транссиба, (2 (22)), 18-23.