

ТИПЫ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ РЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**С. З. Хакимова, Б. К. Хамдамова, У. О. Кодиров**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: дорсопатия, хронический болевой синдром, синдром вегетативной дистонии.**Таянч сўзлар:** дорсопатия, сурункали оғрик синдроми, вегетатив дистония синдроми.**Keywords:** dorsopathy, chronic pain syndrome, autonomic dystonia syndrome.

У больных с дорсопатиями различного генеза наряду с хроническим болевым синдромом (ХБС) наблюдается поражение вегетативной нервной системы. В группах пациентов с дорсопатиями с помощью шкал, определяющих вегетативные изменения [2]. Результаты индекса Кердо указали на поражение вегетативной нервной системы у всех больных, с преобладанием парасимпатикотонических проявлений.

РЕВМАТИК ГЕНЕЗЛИ ДОРСОПАТИЯСИДАГИ СУРУНЛИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ВЕГЕТАТИВ БУЗИЛИКЛАРНИНГ ТУРЛАРИ**С. З. Хакимова, Б. К. Хамдамова, У. О. Кодиров**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Турли хил келиб чиқиши дорсопатиялари бўлган беморларда сурункали оғрик синдроми (ЦПС) билан бирга вегетатив асаб тизимининг шикастланиши кузатилади. Дорсопатияли беморлар гуруҳларида вегетатив ўзгаришларни аниқлайдиган тарозилар қўлланилади [2]. Кердо индексининг натижалари барча беморларда парасемпатикотоник кўринишларнинг устуңлиги билан вегетатив асаб тизимининг зарарланишини кўрсатди.

TYPES OF VEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME IN RADICULOPATHIES OF RHEUMATIC GENESIS**S. Z. Khakimova, B. K. Khamdamova, U. O. Kodirov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

In patients with dorsopathies of various origins, along with chronic pain syndrome (CPS), damage to the autonomic nervous system is observed. In groups of patients with dorsopathies using scales that determine vegetative changes [2]. The results of the Kerdo index indicated damage to the autonomic nervous system in all patients, with a predominance of parasympathicotonic manifestations.

Введение. Хронический болевой синдром является значимой медицинской проблемой, так как обусловлен высокой распространенностью и присутствием негативного влияния на качество жизни больного, его трудоспособность и физическое здоровье. Вегетативные реакции и психологические факторы играют весьма важную роль в развитии хронической боли при дорсопатиях.

Невропатическая боль при ХБС в виде дорсопатий характеризуется необычным течением с нарушениями чувствительности: аллодинии, гипо-, гипер- или дизестезиями, сопровождающиеся вегетативной окраской. Знание механизмов развития патологического процесса разрешает выработать логически оправданную тактику лечения, где назначаются антиконвульсанты и антидепрессанты [Шостак Н.А., Клименко А.А., 2013].

Клиническая картина при хронических дорсопатиях ревматического генеза состоит их комплекса субъективных и объективных неврологических симптомов, сопровождающиеся вегетативно-сосудистыми проявлениями. У больных сопутствующим симптомом является фибромиалгия, которая вызывает боль в мышцах, соединительных и внесуставных мягких тканях. Кроме болей в опорно-двигательном аппарате больных беспокоит поверхностный сон, частые ночные пробуждения, физическое истощение и чувство разбитости по утрам. Всё это приводит к различным нарушениям вегетативной и психоневрологической сферы [Ш. Ф. Эрдес, О М Folomeeva, 2010].

Цель исследования: изучить типы вегетативных нарушений у больных хроническим болевым синдромом при дорсопатиях ревматического генеза.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 76 больных хроническим болевым синдромом при дорсопатиях ревматического генеза, из которых 14 (18,4%) -

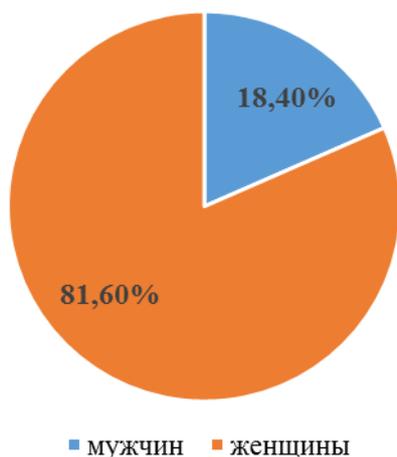


Рис. 1. Распределение больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях ревматического генеза по полу.

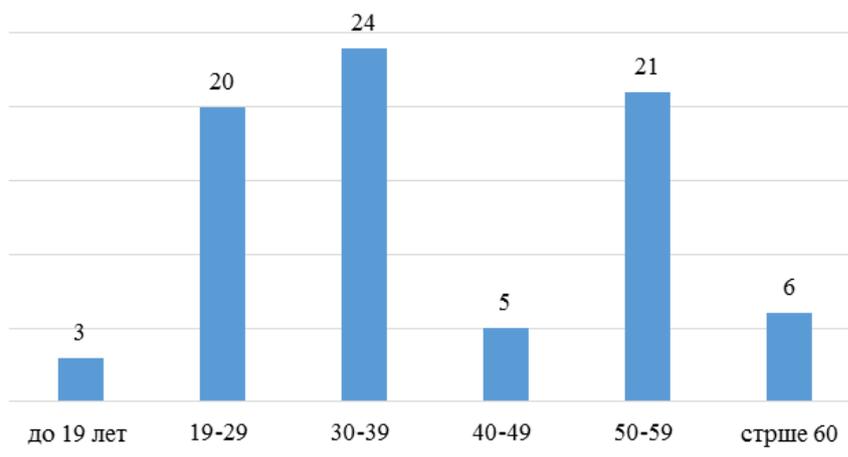


Рис. 2. Распределение больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях ревматического генеза по возрасту.

мужчин, 62 (81,6%) – женщины (рис. 1). У всех больных собирался тщательный анамнез, проводилось клинико-неврологическое обследование и изучение вегетативной нервной системы с помощью индекса Кердо.

Результаты исследования. В возрастных группах распределение больных было следующее: до 19 лет – 3 человека; 19-29 – 20 человек; 30-39 лет – 24 человека; 40-49 лет – 5 человек; 50-59 лет – 21 человек; старше 60 лет – 6 человек. Средний возраст больных составил – 39,1 год (Рис. 2)

Нами также были проанализированы причины заболеваний, этиология которой оказалась довольно сложной, и в то же время, банально простой. Первичная роль в развитии дорсопатии ревматического генеза принадлежит стрептококковой инфекции (β-гемолитический стрептококк группы А). Огромное значение в развитии заболевания имеют иммунные нарушения, имеющиеся у больного.

Патогенез развития патологического процесса определяется двумя основными факторами: токсическим воздействием ряда ферментов, вырабатываемых стрептококком, обладающих нейротоксичными свойствами, и наличием у некоторых штаммов стрептококка общих антигенных детерминант с нервной тканью.

Стаж заболевания дорсопатии ревматического генеза составил 4,31 лет. В следующей таблице 8 перечислены провоцирующие факторы, которые привели к данному заболеванию.

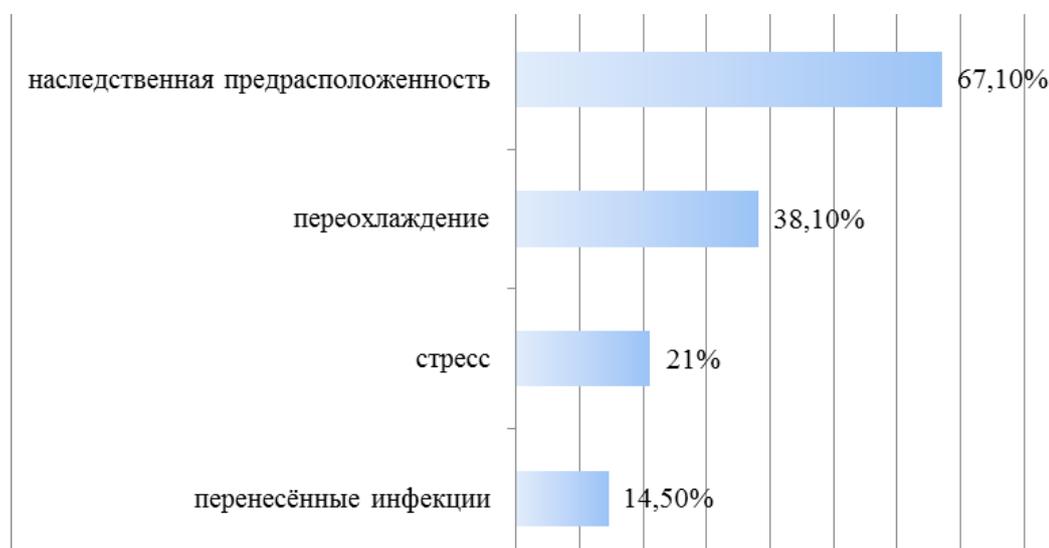


Рис. 3. Основные факторы, провоцирующие развитие хронической дорсопатии ревматического генеза.

Самым значимым провоцирующим фактором была наследственная предрасположенность (выявленная из анамнеза), которая составила 51 (67,1%) пациент. Так же провоцирующими факторами для возникновения заболевания стали переохлаждение – 29 (38,1%), стресс – 16 (21%), перенесённые инфекции (ретровируса, цитомегаловируса, микоплазмы, вируса герпеса, краснухи) – 11 (14,5%) (Рис. 3).

Физикальное обследование показало, что при общем осмотре цвет кожи превалировал бледный, со слабым развитием подкожно-жировой клетчатки. Увеличение лимфоузлов не наблюдалось, костных деформаций нет. Средняя частота пульса составила 89,9 ударов в минуту, то есть наблюдалась склонность к тахикардии.

У всех больных, участвующих в исследовании обнаружались: моторные и сенсорные нарушения, больше выраженные в проксимальных отделах конечностей, с вегетативно-сосудистыми проявлениями, больше в шейном отделе позвоночника. Статистический анализ субъективных и объективных симптомов представлен в таблице 9. 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. Некоторые больные 27 (35,5%) жаловались на боли в виде прострелов.

Большинство больных 64 (84,2%) жаловались на ноющие боли в поясничной области. Утомляла больных легучесть болей по мышцам и суставам – 32 (42,1%), фибромиалгия – 48 (63,1%), поверхностный сон с частыми пробуждениями, приводящий к чувству разбитости по утрам – 47 (61,8%) (рис. 4).

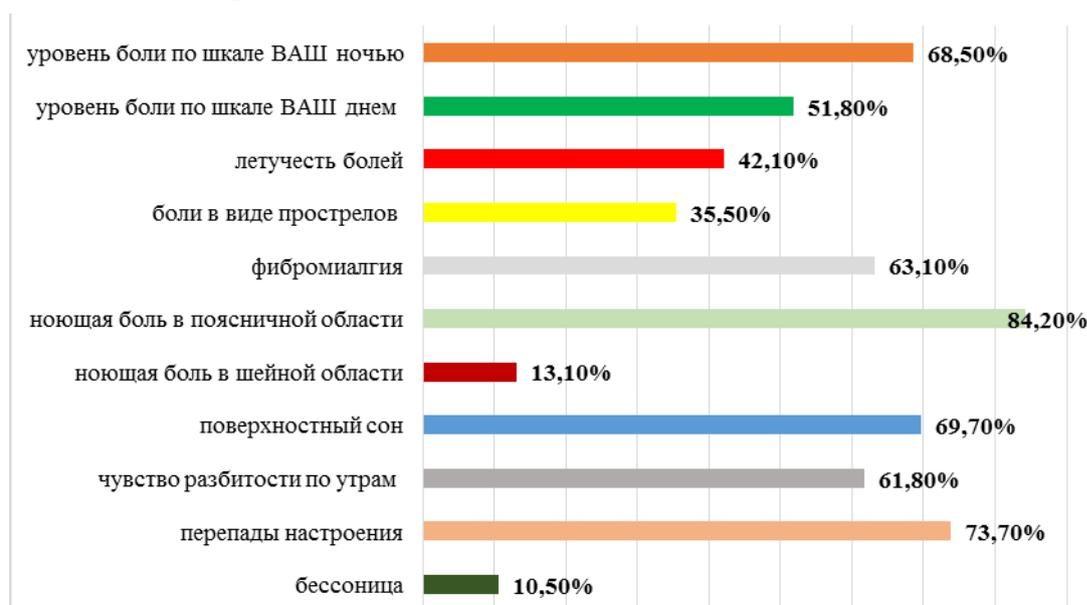


Рис. 4. Частота встречаемости основных жалоб у больных хроническим болевым синдромом при дорсопатиях ревматического генеза.

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: снижение чувствительности преимущественно в дистальной зоне конечности – 55 (72,4%); чувство онемения – 36 (47,4%), зябкость и ограничение движений в конечностях – 43 (56,6%), снижение сухожильных рефлексов – 37 (48,7%). Температурная

Таблица 1.

Частота встречаемости основных жалоб у больных.

Симптомы	всего больных (N=76)	
	абс.	%
снижение чувствительности в дистальной зоне конечности	55	72,4
чувство онемения	36	47,4
ограничение движений в конечностях	43	56,6
мышечная атрофия	44	57,9
снижение сухожильных рефлексов	37	48,7
вегетативно-сосудистые расстройства	42	55,3
ЭНМГ	44	57,9
Рентгенография позвоночника: передний спондилит; деструкция дисков и их оссификация; неструктивный краевой склероз тел позвонков, остеопороз позвонков	52	68,4
МРТ и МСКТ позвоночника	24	31,6

чувствительность показала преимущественно гиперестезию на холодовую реакцию. Глубокая чувствительность в виде вибрационной и мышечно-суставной патологии не выявлена, с сохранением мышечной силы. Одним из значительных симптомов явились вегето-сосудистые расстройства в виде гипергидроза, бледности и похолодания пальцев рук и ног.

Опросник больных состоял из следующих адаптированных вопросов, касающихся активной жизни (вместо сексуального), а также анализа о переохлаждении (вместо досуга). Полученные показатели указывали на весьма выраженную боль, особенностью которой являлась летучесть по мышцам и суставам, а также поверхностный сон с частыми пробуждениями, который приводил к чувству разбитости по утрам изнуряющий больного постоянно. Также опросник указывал на ухудшение состояния при понижении температуры вокруг, и наоборот улучшение при повышении.

Таким образом, результаты клиничко-неврологического исследования больных показал, что хроническая боль в поясничной области имела ноющий характер, утомляла больных летучесть болей по мышцам и суставам, фибромиалгия, а также поверхностный сон с частыми пробуждениями, который приводил к чувству разбитости по утрам. 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. При дорсопатиях ревматического генеза хроническая боль имеет в основном суставной характер, поэтому на фоне специфической противоревматической терапии назначаются НПВС, миорелаксанты и антидепрессанты. Уровень боли по ВАШ (мм) имел ремитирование боли с умеренной интенсивностью днем и выраженной интенсивности боли ночью. Одним из значительных симптомов явились вегето-сосудистые расстройства в виде гипергидроза, бледности и похолодания пальцев рук и ног.

Использованная литература:

1. Живолупов С.А., Самарцев И.Н. (2017). Неотложная помощь при дорсопатиях: теоретические предпосылки и стратегические направления. Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения, Санкт-Петербург.
2. Крылов В.И. Дискуссионные вопросы общей психопатологии (традиционные и инновационные подходы). Неврологический вестник. Том LII, № 1 (2020). С. Том LII, № 1 (2020)
3. Ризаев Ж.А., Назаров О.Ж., Гайбуллаева Ю.Х., Юнусханова К.Ш. Ревматоид артрит ва остеоартрит касалликларига оғиз бўшлиғининг микробиоми // Журнал биомедицины и практики. - 2020. - №6. - С. 252-257.
4. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Неврологический статус и его интерпретация. МЕДпресс-информ, 2010. 256с.
5. Третьяков А.В.1, Третьяков В.П. Клинико-нейровизуализационные сопоставления болевого синдрома при пояснично-крестцовой дорсопатии. Неврологический вестник. Том XLII, № 3 (2010), С. 55-59
6. Хакимова С.З., Набиева Л.Т., Хамрокулова Ф.М., Самиев А.С. Поражение двигательной функции у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза. Журнал «NEUROLOGIYA» Ташкент — 4 (84), 2020, С.16-19.
7. Хакимова С.З., Хамидуллаева М.М., Набиева Л.Т. Принципы комплексной терапии хронического болевого синдрома при заболеваниях периферической нервной системы. Научно-методический журнал. Достижения науки и образования. Издательство «Научные публикации» № 1 (55), 2020. С. 60-65.
8. Khakimova S.Z, Atokhodjaeva D.A. (2020). Features of Pain Syndrome of Patients with Brucellosis if Damaged Nervous System. Medico-legal Update, October- December Vol. 20, No. 4