

<https://doi.org/10.34883/PI.2022.13.3.006>
УДК 616.8±616.89±615.832.9±615.851



Хакимова С.З.

Самаркандский медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Результаты исследования клинико-психопатологических и вегетативных изменений у пациентов с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 04.07.2022

Принята: 17.08.2022

Контакты: hakimovasohiba@list.ru

Резюме

Цель исследования. Анализ полученных результатов исследования клинико-психопатологических и вегетативных особенностей пациентов с хроническим болевым синдромом (ХБС) при дорсопатиях различного генеза.

Материалы и методы. Обследованы 82 пациента с ХБС при дорсопатиях компрессионно-ишемического генеза, из них 46 (56,1%) пациентов – женщины, 36 – мужчины (43,9%). Астенический синдром диагностировался на основании жалоб пациента, уровень тревожности определяли по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина, наличие депрессии определяли по шкале депрессии Бека.

Результаты. Изучение неврологического статуса, показателей нейрофизиологического и нейровизуализационного методов исследования позволяет оценить степень повреждения нервной системы при таких заболеваниях, как дорсопатии различного генеза. Анализ выраженности ХБС нужен для объективизации боли и психоэмоционального состояния.

Заключение. Хроническая боль напрямую связана с психоэмоциональным состоянием пациента, что требует выбора соответствующего лечения депрессии и тревожного состояния.

Ключевые слова: дорсопатия, хроническая боль, астенический синдром, депрессия, вегетативные изменения

Khakimova S.

Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Findings of the Study of Clinical-Psychopathological and Vegetative Changes in Patients with Chronic Pain Syndrome in Dorsopathies of Various Genesis

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 04.07.2022

Accepted: 17.08.2022

Contacts: hakimovasohiba@list.ru

Abstract

Purpose of the study. Analysis of the findings of the study of clinical, psychopathological and vegetative features of patients with chronic pain syndrome in dorsopathies of various genesis.

Materials and methods. A total of 82 patients with CPS in dorsopathies of compression-ischemic genesis were examined, of whom 46 (56.1%) were women and 36 (43.9%) were men. Asthenic syndrome was diagnosed basing on patient's complaints, anxiety level was determined using the Spielberger – Hanin Reactive and Personal Anxiety Scale, and depression was determined by the Beck Depression Inventory.

Results. Investigation of neurological status, as well as findings of neurophysiological and neuroimaging research methods allow to evaluate the degree of nervous system disorders in such conditions as dorsopathies of various genesis.

CPS severity analysis is required for objectification of pain and psychoemotional condition.

Conclusions. Chronic pain is closely related to the psycho-emotional state of the patient, which requires the choice of appropriate treatment for depression and anxiety.

Keywords: dorsopathy, chronic pain, asthenic syndrome, depression, vegetative changes

■ ВВЕДЕНИЕ

Боль – чисто субъективное ощущение, которое оценивается исключительно по описанию самого пациента. Определяющими при диагностике боли являются слова пациентов о том, как они переживают и чувствуют боль. Некоторые из них, ошибаясь, за хронический болевой синдром (ХБС) принимают душевный дискомфорт, тревожность, тягостные ощущения. Соразмерный анализ боли с применением детально отработанных, испытанных и одобренных методов, подобранных для определенных пациентов, является обязательным элементом благополучного лечения пациентов с ХБС [1].

Хронический болевой синдром при дорсопатиях напрямую связан с психоэмоциональным состоянием пациента, которое требует выбора соответствующего лечения депрессии и тревожного состояния [2]. В выявлении вышеуказанных состояний хорошо помогают следующие психометрические тесты: Hospital Anxiety and Depression Scale – Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Beck Depression Inventory – опросник депрессии Бека, опросник тревоги Спилбергера – Ханина [3].

Одной из наиболее часто встречаемых жалоб у пациентов с нейросоматикой, по сведениям некоторых авторов, является астения – 9,2–65% [4].

Астеноневротические состояния (АНС) имеют несколько видов (соматогенные, психогенные), для дифференциации которых Лобзиным В.С. и Шапкиным В.И. (1978) созданы алгоритмы. Соматогенные АНС напрямую зависят от выраженности и течения основного заболевания. Нередко АНС становится дебютом многих соматических заболеваний. Астения – болезненное состояние, основными проявлениями которого являются повышенная утомляемость, неустойчивое настроение, нарушение сна и умственное и физическое напряжение. Связано данное состояние с диффузным изменением ретикулярной восходящей формации и подкорковых ганглий [5].

Из 320 пациентов, которых беспокоила хроническая боль, у 240 (75%) наблюдались различной степени выраженности астенические расстройства, которые проявлялись перепадами настроения, быстрой утомляемостью, повышенной раздражительностью, склонностью к неразговорчивости [6, 7].

При общении с пациентами у 225 (70,3%) основное место среди жалоб занимала тревога, выражающаяся ощущением беспокойства, дисфории и опасения [8]. Диагностирование тревожных расстройств проводили с помощью опросника Спилбергера – Ханина, который выявлял ситуационную и личностную тревожность [9, 10].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать полученные результаты исследования клинико-психопатологических и вегетативных особенностей пациентов с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 82 пациента с ХБС при дорсопатиях компрессионно-ишемического генеза (ДКИГ) (I группа), из них 46 человек (56,1%) – женщины, 36 – мужчины (43,9%). Астенический синдром устанавливался на основании жалоб пациентов (рис. 1). Уровень тревожности определяли по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина [11]. Наличие депрессии определяли по шкале депрессии Бека, включающей в себя 21 категорию симптомов и жалоб (каждая категория состояла из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии). Анализировалось самочувствие пациентов в течение последней недели. Основными психопатологическими жалобами были жалобы на астению в виде: общей слабости – 58 (70,7%), повышенной утомляемости – 41 (50%), снижения работоспособности – 47 (57,3%), ухудшения сна – 51 (62,2%).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке аффективных нарушений с помощью шкалы тревоги Спилбергера – Ханина, которая проводилась всем 82 (100%) пациентам, среднее значение составило $31,8 \pm 8,2$ балла по ситуационной тревожности и $31,5 \pm 8,1$ балла по личностной тревожности (рис. 2). В результате исследования выявленные показатели говорили о наличии умеренного тревожного расстройства, скорее всего, связанного с наличием длительного хронического болевого синдрома.

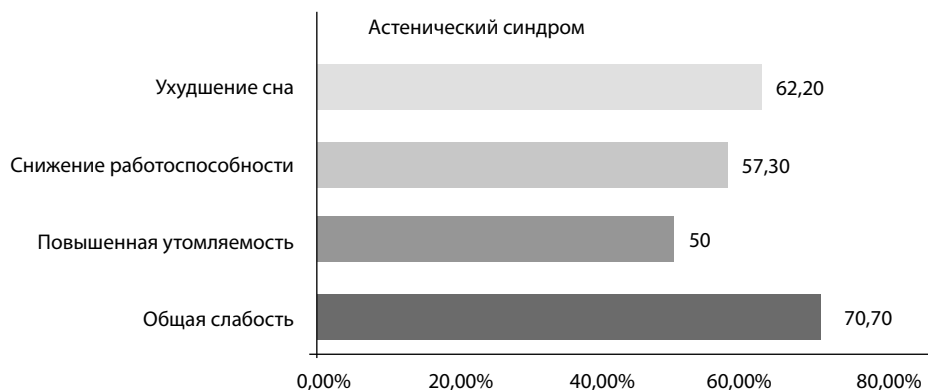


Рис. 1. Состояние астенического синдрома у пациентов с дорсопатией компрессионно-ишемического генеза

Fig. 1. Asthenic syndrome in patients with dorsopathy of compression-ischemic genesis



Рис. 2. Оценка аффективных нарушений с помощью шкалы тревоги Спилбергера – Ханина у пациентов с дорсопатией компрессионно-ишемического генеза

Fig. 2. Assessment of affective disorders using the Spielberger – Hanin anxiety test in patients with dorsopathy of compression-ischemic genesis

Хроническая боль у большинства пациентов приводила к депрессивным переживаниям, для изучения которых использовали шкалу депрессии Бека [12]. Результаты показали следующее: у 67 (81,7%) пациентов симптомы депрессии отсутствовали, у 14±1,5 (17,1%) – выявлена легкая депрессия, у 1 (1,2%) пациента определена умеренная депрессия (рис. 3).

У пациентов данной группы наблюдались нарушения вегетативной нервной системы, которые были проанализированы с помощью расчета индекса Кердо.

Полученные данные показали (рис. 4), что эйтония, то есть вегетативное равновесие, выявлена только у 3±0,6 (3,7%) пациента, преобладание симпатического влияния наблюдалось у 48±1,8 (58,5%), парасимпатического – у 31±1,5 (37,8%) пациента.

Эти данные подтверждают наличие синдрома вегетативной дистонии, для определения которого нами был использован опросник (Вейн А.М., 1998), выявляющий признаки вегетативных изменений [13, 14]. Пациентам был предоставлен список

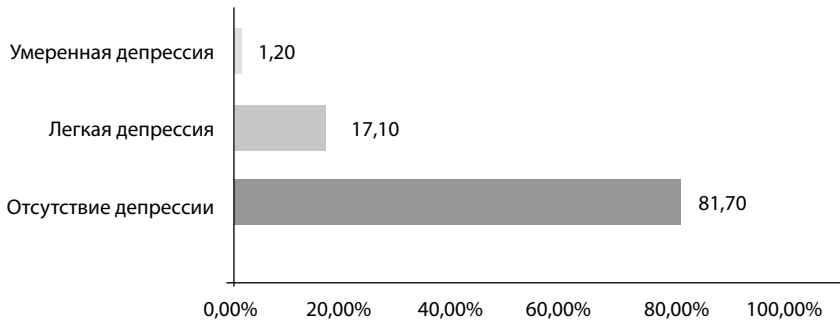


Рис. 3. Показатели состояния депрессии по шкале Бека у пациентов с дорсопатией компрессионно-ишемического генеза
Fig. 3. Indicators of depression by the Beck Depression Inventory in patients with dorsopathy of compression-ischemic genesis

вопросов, где нужно было подчеркнуть ответ «Да» или «Нет», соответствующий их состоянию. Результаты опроса оказались следующими: склонность к покраснению лица – 0 ответов, то есть не наблюдалось у лиц данной группы; побледнение лица наблюдалось при сильных болях у 12 пациентов (14,6%). Онемение в пальцах кистей, стоп отметил 21 (25,6%) пациент; онемение целиком в кистях и стопах никто не указал; побледнение, покраснение, синюшность пальцев кистей, стоп – 18 человек (21,9%); целиком синюшности кистей, стоп у пациентов не было выявлено. Такой симптом, как повышенная потливость, встречался у большинства пациентов – 79 человек (96,3%); при этом потливость была постоянной у 44 человек (53,6%), отмечалась при волнении – у 35 (42,7%). Такое состояние, как ощущения сердцебиения, «замирания», остановки сердца, в данной группе пациентов не наблюдалось. Опросник помог выявить приступообразные головные боли, которые были достаточно частыми жалобами, – их отметили 60 человек (73,1%), из них на диффузные боли указали

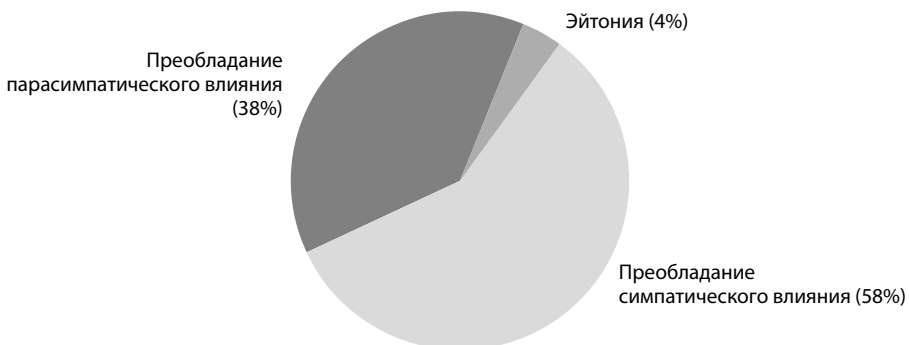


Рис. 4. Заинтересованность вегетативной нервной системы у пациентов с дорсопатией компрессионно-ишемического генеза
Fig. 4. Involvement of vegetative nervous system in patients with dorsopathy of compression-ischemic genesis

25 пациентов (30,1%), только в половине головы – 9 (11%), во всей голове – 7 (8,5%), сжимающие – 5 (6,1%), пульсирующие – 9 (11%).

Все пациенты ощущали такое состояние, как снижение работоспособности, – 82 (100%), а также быструю утомляемость – 82 человека (100%). Таким же частым симптомом были нарушения сна в виде: трудности засыпания – 51 человек (62,2%); поверхностного, неглубокого сна с частыми пробуждениями – 39 (47,5%); чувства невысыпания – 36 (43,9%), усталости при пробуждении утром – 48 (58,5%).

Все полученные данные указывали на наличие синдрома вегетативной дистонии, который выявлен у 79 человек (96,3%). Нами была зафиксирована корреляция между интенсивностью болевого синдрома и психопатологическими расстройствами.

Таким образом, психопатологические и вегетативные нарушения наблюдались у большинства пациентов с хроническим болевым синдромом при дорсопатии компрессионно-ишемического генеза. Психопатологические синдромы были представлены астеноневротическим, тревожным и депрессивным признаками, которые определялись по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина, а также по шкале депрессии Бека. С помощью расчета индекса Кердо и опросника [15], который выявлял признаки вегетативных изменений, у пациентов определялись признаки нарушения со стороны вегетативной нервной системы.

Заболеваемость бруцеллезом на сегодняшний день остается на достаточно высоком уровне. Постоянно регистрируются случаи заражения бруцеллами во всем мире. По образному выражению Н.Д. Беклемишева, «течение болезни бывает настолько многообразным, различные симптомы так многочисленны и выступают нередко в таких причудливых комбинациях...» [16].

Поэтому диагноз хронического бруцеллеза иногда устанавливается через многие годы после заражения (Н.Д. Беклемишев, 2018). Одним из ведущих компонентов в клинической картине заболевания является поражение нервной системы, особенно вегетативного отдела. Поражение вегетативной нервной системы характеризовалось следующими симптомами: общее и местное нарушение потоотделения, нарушение роста волос, ногтей, гиперкератоз подошв, болезненность солнечного и подчревного сплетений. Также наблюдались плаксивость, раздражительность, тремор конечностей, дрожание век и языка, снижение памяти, расстройства сна и бодрствования, изменения настроения, асимметричное похолодание конечностей (рис. 5). Важным компонентом вегетативных нарушений был красный дермографизм, который сохранялся до 40 секунд.

Под нашим наблюдением находились 84 пациента с ХБС при РХБр (II группа), у которых наблюдались психопатологические и вегетативные нарушения. На основании многочисленных жалоб пациентов диагностировался астенический синдром, по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина определялся уровень тревожности. Наличие депрессии определяли по шкале депрессии Бека, включающей в себя 21 категорию симптомов и жалоб (каждая категория состояла из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии). Анализировалось самочувствие пациентов в течение последней недели.

Астенический синдром был представлен следующими психопатологическими жалобами: общую слабость отметили 84 пациента (100%), повышенную утомляемость – 77 (91,7%), раздражительность – 79 (94%), эмоциональную лабильность – 61 (72,6%), бессонницу – 72 (85,7%) (рис. 6).



Рис. 5. Результаты опросника (Вейн А.М., 1998) у пациентов с дорсопатией компрессионно-ишемического генеза

Fig. 5. Questionnaire results (Vein A.M., 1998) in patients with dorsopathy of compression-ischemic genesis

С помощью шкалы тревоги Спилбергера – Ханина проводилась оценка аффективных нарушений у всех 84 (100%) пациентов.

Среднее значение по ситуационной тревожности составило $35,8 \pm 8,6$ балла, по личностной тревожности – $56,8 \pm 7,5$ балла (рис. 7). Полученные данные показали, что у пациентов наблюдались умеренная ситуационная тревожность и достаточно высокая личностная тревожность, к чему могли привести длительная хроническая боль и выраженная астения.

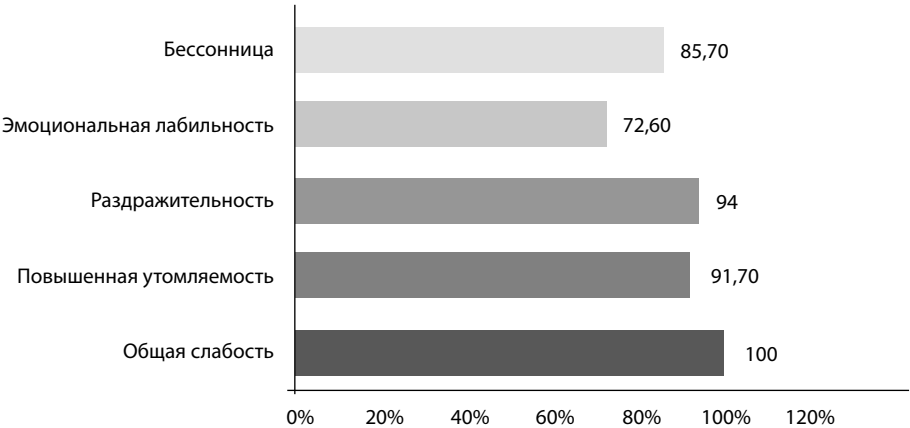


Рис. 6. Состояние астенического синдрома у пациентов II группы
Fig. 6. Asthenic syndrome in patients of group II

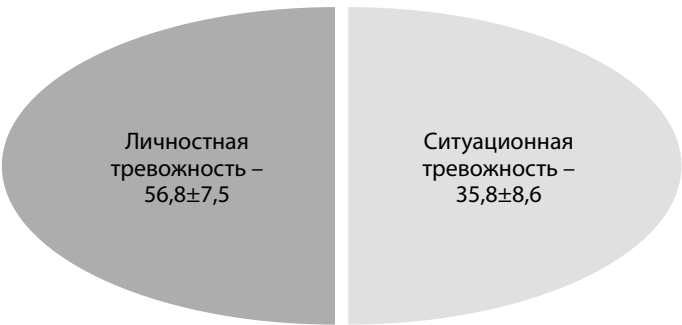


Рис. 7. Оценка аффективных нарушений с помощью шкалы тревоги Спилберга – Ханина у пациентов II группы
Fig. 7. Assessment of affective disorders using the Spielberger – Hanin anxiety test in patients of group II

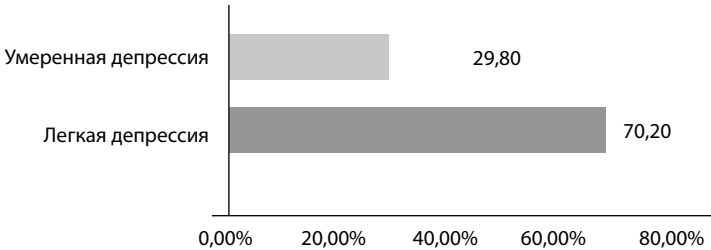


Рис. 8. Показатели состояния депрессии по шкале Бека у пациентов II группы
Fig. 8. Indicators of depression by the Beck Depression Inventory in patients of group II

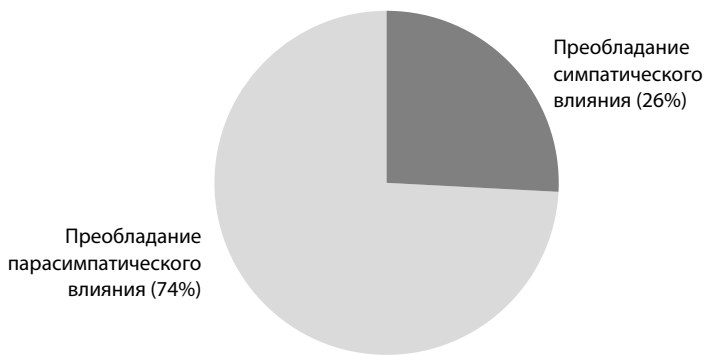


Рис. 9. Заинтересованность вегетативной нервной системы у пациентов II группы
Fig. 9. Involvement of vegetative nervous system in patients of group II

Данная группа отличалась тем, что длительная ноющая, изнуряющая хроническая боль приводила к депрессивным состояниям, которые определялись по шкале депрессии Бека.

Оценка полученных данных показала (рис. 8), что у всех 84 (100%) пациентов выявлялась депрессия, из них у 59 (70,2%) – легкая депрессия, у 25 (29,8%) – умеренная. Одним из основных поражений нервной системы при хроническом бруцеллезе стало поражение вегетативной нервной системы. Анализ степени нарушений вегетативной нервной системы производили с помощью расчетов индекса Кердо.

Согласно полученным показателям ни у одного пациента не выявлено эйтонии, то есть вегетативного равновесия. Расчет индекса указывал на преобладание парасимпатикотонических проявлений у 62 (73,8%) пациентов, а также незначительные симпатикотонические проявления – у 22 (26,2%).

Также для выявления вегетативных нарушений использовали опросник Вейна А.М., выявляющий признаки вегетативных изменений. Пациенты отвечали на предоставленный список вопросов, соответствующих их состоянию, с помощью вариантов «Да» или «Нет». Ответы на вопросы показали следующее (рис. 9): склонность к покраснению лица отметили 0 человек, то есть не наблюдалось у пациентов с ХБр; побледнение лица наблюдалось при сильных болях у 24 (28,6%). Онемение либо похолодание в пальцах кистей, стоп отметили 32 человека (38,1%), онемение полностью в кистях и стопах – 3 (3,6%). У некоторых пациентов были зафиксированы побледнение, покраснение, синюшность пальцев кистей, стоп – 27 человек (32,1%); целиком побледнение, покраснение, синюшность кистей, стоп у пациентов не были выявлены.

Такой симптом, как повышенная потливость, встречался у всех – 84 (100%) человека; при этом профузный пот отмечал 51 (60,7%) человек, потливость была постоянной у 84 (100%) пациентов. Единичные лица отмечали обмороки в душном помещении – 5 (5,9%), при волнении – 7 (8,3%), длительном пребывании в вертикальном положении – 9 (10,7%).

Опросник помог выявить приступообразные головные боли, которые были достаточно частыми жалобами, – 65 человек (77,4%), из них диффузные – 35 (41,7%),

гемикрания – 15 (17,8%), во всей голове – 7 (8,3%), сжимающие – 4 (4,8%), пульсирующие – 9 (10,7%). Абсолютно все пациенты предъявляли жалобы на снижение работоспособности – 84 (100%), быструю утомляемость – 84 (100%). Таким же частым симптомом были нарушения сна в виде: трудности засыпания – 61 человек (72,6%); поверхностного, неглубокого сна с частыми пробуждениями – 51 (60,7%), чувства невысыпания – 42 (50%), усталости при пробуждении утром – 72 (85,7%). Все полученные данные указывали на наличие синдрома вегетативной дистонии, который выявлен у 84 человек (100%).



Рис. 10. Результаты опросника (Вейн А.М., 1998) у пациентов II группы
Fig. 10. Questionnaire results (Vein A.M., 1998) in patients of group II

Таким образом, психопатологические, и особенно вегетативные, нарушения наблюдались у всех пациентов с дорсопатией при хроническом бруцеллезе. Жалобы выявили астенизацию нервной системы. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина продемонстрировала достаточно высокий уровень тревожности. Особенно значительным оказалось выявление легкой и средней депрессии по шкале Бека. Результаты индекса Кердо указали на поражение вегетативной нервной системы у всех пациентов.

Ревматизм является воспалительным заболеванием соединительной ткани в сердечно-сосудистой, нервной и опорно-двигательной системах. Основная опасность ревматизма состоит в том, что при отсутствии соответствующего лечения возможно развитие довольно серьезных патологий, поражающих центральную и периферическую нервную систему, приводящих к ухудшению качества жизни, получению инвалидности и потере трудоспособности.

Астенические состояния, встречающиеся при ревматизме, правильнее назвать ревматической церебрастенией. Ведущими симптомами в клинической картине являются синдром раздражительной слабости, повышенная возбудимость, впечатлительность, быстрая утомляемость и быстрая истощаемость при работе, особенно умственной. Однако наряду с признаками, общими для астенических состояний любой природы, при ревматической церебрастении наблюдается ряд симптомов, более типичных именно для данной болезни. Это своеобразная триада двигательных, сенсорных и эмоциональных расстройств [17].

Нами обследованы 76 пациентов с ХБС при дорсопатиях ревматического генеза (ДРГ) (III группа), из них 60 человек (78,9%) – женщины, 16 – мужчины (21,1%). Многочисленные жалобы пациентов стали основанием для диагностирования астенического синдрома. Уровень тревожности у пациентов определяли по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина. По шкале депрессии Бека, состоящей из 21 категории симптомов и жалоб (каждая категория состояла из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии), определяли наличие депрессии. Самочувствие пациентов анализировалось в течение последней недели.

Основной психопатологической жалобой была астения в виде: общей слабости – 65 человек (85,5%), повышенной утомляемости – 44 (57,9%), ухудшения сна – 61 (80,3%) (рис. 11).

Анализ показателей, полученных с помощью шкалы тревоги Спилбергера – Ханина, проведенный у всех 76 (100%) пациентов данной группы, показал среднее значение $32,9 \pm 7,8$ балла по ситуационной тревожности и $33,2 \pm 8,2$ балла по личностной тревожности (рис. 12).

Эти цифры указывали на наличие умеренного тревожного расстройства, связанного с истощением организма от длительного хронического болевого синдрома.

Также хроническая боль с истощением организма приводила пациентов к депрессии, которая изучалась по шкале депрессии Бека. Полученные результаты были следующими: у 55 (72,4%) пациентов явление депрессии не было выявлено, у 21 (27,6%) человека была выявлена легкая депрессия (рис. 13).

Ревматические поражения организма приводили к вовлечению в патологический процесс вегетативной нервной системы, эти изменения определялись с помощью расчета индекса Кердо. Данный индекс рассчитывался следующим образом:

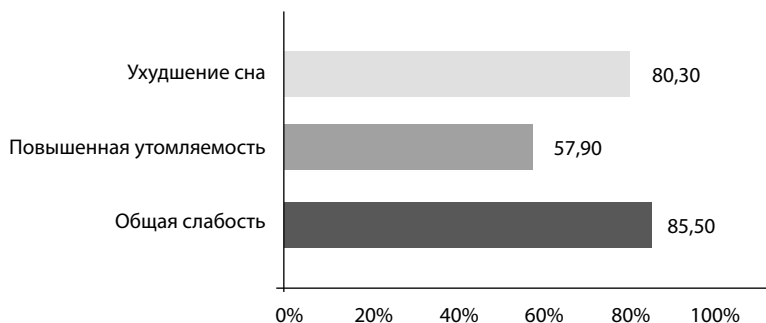


Рис. 11. Состояние астенического синдрома у пациентов III группы
Fig. 11. Asthenic syndrome in patients of group III



Рис. 12. Оценка аффективных нарушений с помощью шкалы тревоги Spielбергера – Ханина у пациентов III группы
Fig. 12. Assessment of affective disorders using the Spielberger – Hanin anxiety test in patients of group III

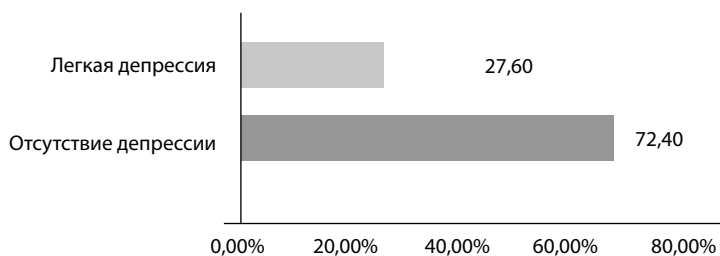


Рис. 13. Показатели состояния депрессии по шкале Бека у пациентов III группы
Fig. 13. Indicators of depression by the Beck Depression Inventory in patients of group III

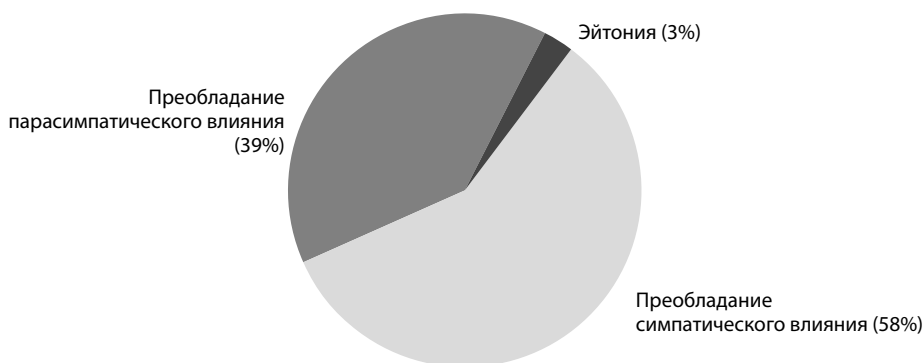


Рис. 14. Заинтересованность вегетативной нервной системы у пациентов III группы
Fig. 14. Involvement of vegetative nervous system in patients of group III

ВИ = $(1 - Д / ЧСС) \times 100$, где ВИ – вегетативный индекс, Д – величина диастолического давления, ЧСС – частота сердечных сокращений в 1 минуту (при полном вегетативном равновесии (эйтония) в сердечно-сосудистой системе ВИ равен 0; если коэффициент положительный, то преобладают симпатические влияния; если цифровое значение со знаком минус, то повышен парасимпатический тонус) [18].

Результаты расчетов индекса Кердо оказались следующими: эйтония – 2 (2,6%), симпатическое влияние – 44 (57,9%), парасимпатическое – 30 (39,5%) (рис. 14).

Применяемый нами опросник Вейна для подтверждения синдрома вегетативной дистонии состоял из вопросов, где нужно было подчеркнуть ответ «Да» или «Нет», соответствующий состоянию пациента. Результаты опросника показали следующее: пациентов со склонностью к покраснению лица не было; побледнение лица наблюдалось только при сильных болях у 9 человек (11,8%). Онемение или похолодание в пальцах кистей, стоп отмечалось у 33 (43,4%) пациентов данной группы; онемение полностью в кистях и стопах – у 2 (2,6%). 12 человек (15,8%) отмечали побледнение, покраснение, синюшность пальцев кистей, стоп; целиком побледнение, покраснение, синюшность кистей, стоп у пациентов не выявлены. Повышенная потливость встречалась у большинства пациентов – 74 человека (97,4%); при этом потливость была постоянной у 68 человек (89,5%), при волнении – у 6 (7,9%). Все пациенты ощущали такое состояние, как снижение работоспособности, – 76 человек (100%), а также быструю утомляемость – 76 (100%). Таким же частым симптомом были нарушения сна в виде: трудности засыпания – 61 (80,3%); поверхностного, неглубокого сна с частыми пробуждениями – 19 (25%); чувства разбитости по утрам, сочетающейся со скованностью, – 68 (89,5%). Все полученные данные указывали на наличие синдрома вегетативной дистонии, который выявлен у 73 человек (96%) (рис. 15).

Таким образом, в группе с дорсопатиями ревматического генеза психопатологические и вегетативные поражения выявлены у большого числа пациентов. Астения была представлена общей слабостью, повышенной утомляемостью и ухудшением сна. Некоторые пациенты страдали легкой депрессией. Однако синдром вегетативной дистонии наблюдался почти у всех лиц и был наиболее выражен по сравнению с другими группами.

Способность вируса герпеса к персистенции и латенции в инфицированном организме человека, а также высокая мутабельность позволяют вирусу избегать иммунного надзора и длительно существовать в хронической и латентной форме. По мнению ученых Японии, депрессию способен вызывать вирус герпеса. Профессор Кадзухиро Кондо подчеркнул: «Обонятельная луковица играет важную роль в мозге, она связана и с эмоциями. А значит, когда клетки обонятельной луковицы умирают, это влияет и на эмоции. Допустим, накапливается стресс. Стресс – это реакция на внешние возбудители: занятость на работе, неприятности. Это реакция мозга. И вот эта реакция становится чрезмерной. Реакция мозга на стрессовые ситуации является причиной депрессии – это все знают. Это происходит из-за протеина SITH-1. Из-за того, что он убивает клетки обонятельной луковицы, мозг чрезмерно реагирует на стресс. Это является причиной депрессии».



Рис. 15. Результаты опросника (Вейн А.М., 1998) у пациентов III группы
Fig. 15. Questionnaire results (Vein A.M., 1998) in patients of group III

Все герпес-вирусы протекают с синдромом хронической усталости, при котором пациенты жалуются на повышенную утомляемость, сонливость, потерю концентрации внимания, ухудшение памяти, снижение работоспособности. Данное состояние нужно рассматривать как мультифакторное расстройство у людей с генетической предрасположенностью, где пусковой механизм – вирус герпеса [19].

Нами было обследовано 78 пациентов с ХБС при дорсопатиях на фоне герпетической инфекции (IV группа), из них 49 (62,8%) – женщины, 29 (37,2%) – мужчины. Астенический синдром определяли на основании предъявляемых жалоб пациентов. По шкале Спилбергера – Ханина устанавливали уровень реактивной и личностной тревожности. Депрессию у пациентов определяли по шкале депрессии Бека, включающей в себя 21 категорию симптомов и жалоб (каждая категория состояла из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии). К данным показателям следует отнести и то, что пациенты жаловались на усталость даже после отдыха. Анализировалось самочувствие пациентов в течение последней недели.

Основными психопатологическими жалобами были жалобы на астению в виде: общей слабости – 72 человека (92,3%), повышенной утомляемости – 65 (83,3%), снижения работоспособности – 61 (78,2%), ухудшения сна – 75 (96,1%) (рис. 16).

У всех 78 пациентов (100%) проведена оценка аффективных нарушений с помощью шкалы тревоги Спилбергера – Ханина, отмечено среднее значение $42 \pm 7,5$ балла по ситуационной тревожности, $48 \pm 8,1$ балла – по личностной тревожности (рис. 17). Данные цифры указывали на высокую тревожность, которая, по-видимому, связана с длительным ХБС, который сочетался с синдромом хронической усталости.

Данная группа отличалась выраженным депрессивным состоянием, что и подтвердилось при проведении опроса по шкале Бека. Показатели были следующими: депрессия наблюдалась у всех 78 (100%) пациентов, из них у 47 (60,3%) – легкая депрессия, у 31 (39,7%) – умеренная.

Далее нам было необходимо проанализировать состояние вегетативной нервной системы, для этого был подсчитан индекс Кердо следующим образом: $ВИ = (1 - Д / ЧСС) \times 100$, где ВИ – вегетативный индекс, Д – величина диастолического давления, ЧСС – частота сердечных сокращений в 1 минуту (при полном вегетативном равновесии (эйтония) в сердечно-сосудистой системе ВИ равен 0; если коэффициент

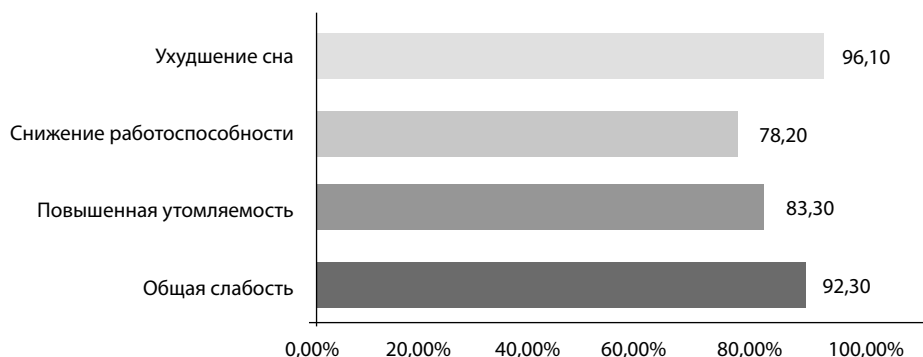


Рис. 16. Состояние астенического синдрома у пациентов IV группы
Fig. 16. Asthenic syndrome in patients of group IV



Рис. 17. Оценка аффективных нарушений с помощью шкалы тревоги Спилбергера – Ханина у пациентов IV группы

Fig. 17. Assessment of affective disorders using the Spielberger – Hanin anxiety test in patients of group IV

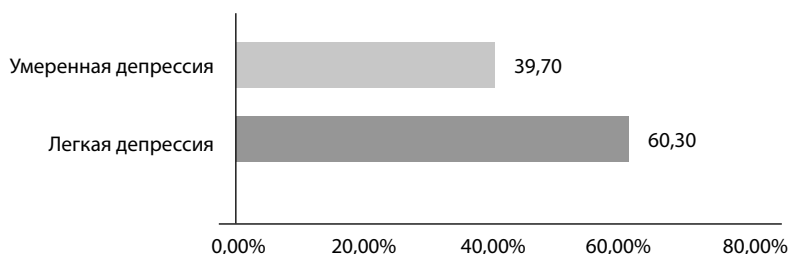


Рис. 18. Показатели состояния депрессии по шкале Бека у пациентов IV группы

Fig. 18. Indicators of depression by the Beck Depression Inventory in patients of group IV

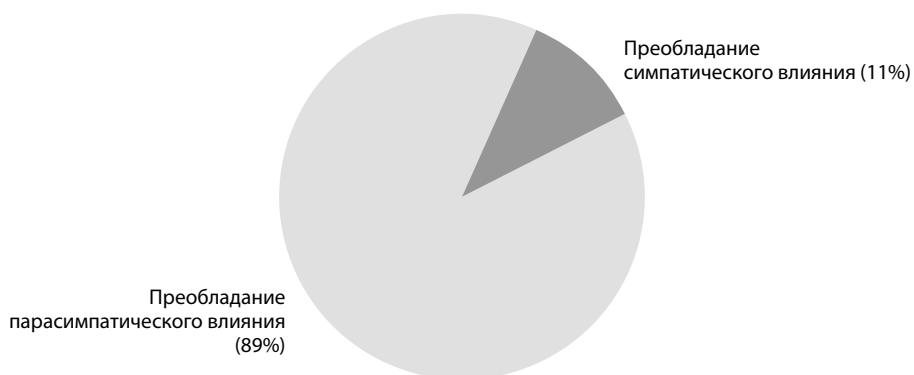


Рис. 19. Заинтересованность вегетативной нервной системы у пациентов IV группы

Fig. 19. Involvement of vegetative nervous system in patients of group IV



Рис. 20. Результаты опросника (Вейн А.М., 1998) у пациентов IV группы
Fig. 20. Questionnaire results (Vein A.M., 1998) in patients of group IV

положительный, то преобладают симпатические влияния; если цифровое значение коэффициента получают со знаком минус, то повышен парасимпатический тонус (Я. Мурашко, 2018)).

Показатели были такими: состояние эйтонии в данной группе пациентов не отмечено, нарушения с преобладанием симпатического отдела были незначительными – 9 человек (11,5%), однако у большинства пациентов были обнаружены поражения парасимпатического отдела ВНС – 69 человек (88,5%).

Для выявления поражения ВНС и подтверждения синдрома вегетативной дистонии всем 78 (100%) пациентам раздали опросник (Вейн А.М., 1998), по которому они должны были выбрать ответ «Да» или «Нет», соответствующий их состоянию. Были получены следующие результаты: у 11 (14,1%) человек обнаружилась склонность к

покраснению лица, у 47 (60,3%) – склонность к побледнению лица. Онемение или похолодание в пальцах кистей и стоп отметил 31 (39,7%) человек, онемение целиком в кистях и стопах не отметил никто.

Все полученные данные указывали на наличие синдрома вегетативной дистонии, который выявлен у 78 человек (100%).

Итак, можно сделать вывод о том, что при дорсопатиях герпетического генеза, сопровождающихся ХБС, наблюдались психопатологические и вегетативные нарушения. Отличительной особенностью было большое количество пациентов с состоянием депрессии. Были обнаружены высокие баллы реактивной и личностной тревожности у пациентов по шкале Спилбергера – Ханина. У всех лиц было обнаружено нарушение со стороны ВНС и подтвержден синдром вегетативной дистонии.

Таким образом, в результате проведенного исследования можно заключить, что у пациентов с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях различного генеза имеются определенные клинико-психопатологические и вегетативные особенности. Астенический синдром развивался у всех пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом (рис. 21).

Достоверно выражена астенизация нервной системы у пациентов во второй группе, которая проявлялась эмоциональной лабильностью, раздражительностью и бессонницей, не наблюдавшимися в других группах, а также выраженной общей слабостью и повышенной утомляемостью. Невыраженная астения наблюдалась у пациентов с ХБС в первой группе с ДКИГ.

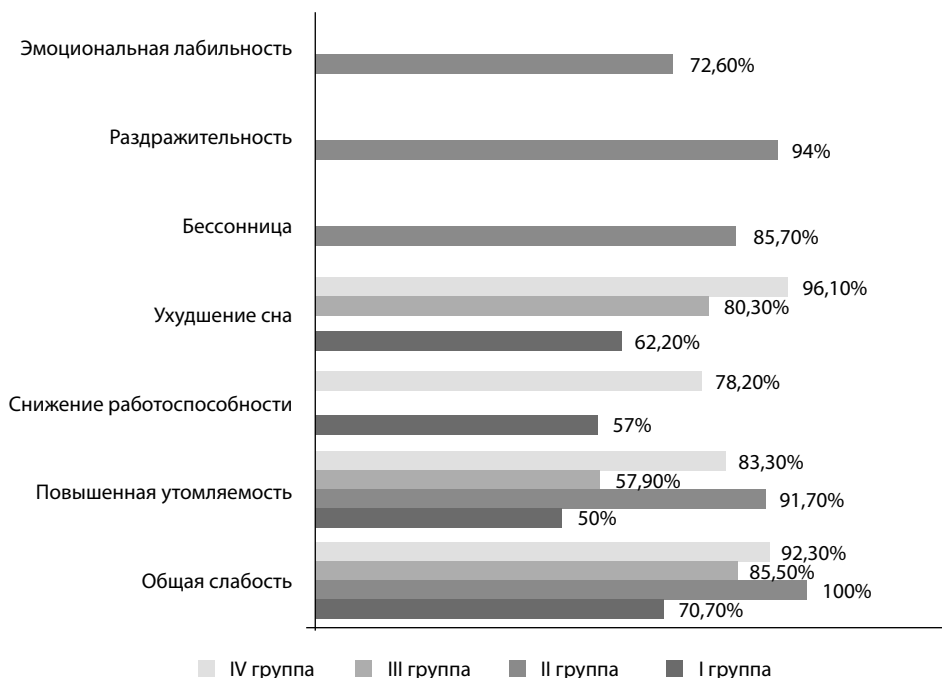


Рис. 21. Состояние астенического синдрома у всех пациентов
Fig. 21. Asthenic syndrome in all patients

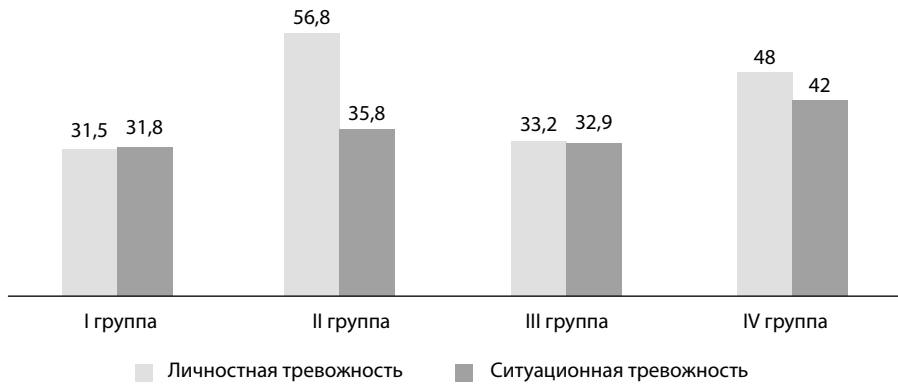


Рис. 22. Оценка аффективных нарушений с помощью шкалы тревоги Спилберга – Ханина у всех пациентов

Fig. 22. Assessment of affective disorders using the Spielberger – Hanin anxiety test in all patients

Тревожные нарушения наблюдались во всех группах (рис. 22), однако больше всего тревога была выявлена в группе пациентов с ДБрГ и ДРГ, превалируя в показателях личностной тревожности.

В первой и третьей группе пациентов развивался невыраженный тревожный синдром. При исследовании депрессивного синдрома по шкале Бека (рис. 23) обнаружено, что умеренная депрессия развивалась больше у пациентов третьей группы с ХБС при дорсопатиях ревматического генеза, а также в четвертой группе пациентов.

Умеренной и больше легкой депрессией страдали пациенты второй группы, в отличие от пациентов первой группы, где у большей части лиц депрессия отсутствовала.

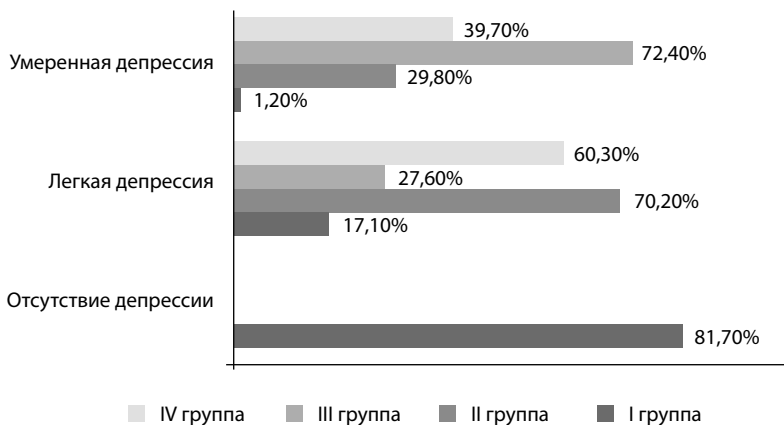


Рис. 23. Показатели состояния депрессии по шкале Бека у всех пациентов

Fig. 23. Indicators of depression by the Beck Depression Inventory in all patients

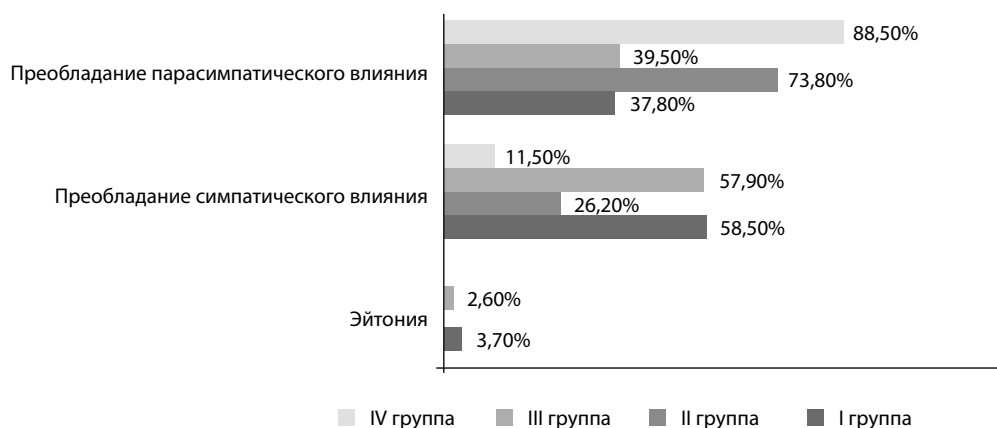


Рис. 24. Заинтересованность вегетативной нервной системы у всех пациентов
Fig. 24. Involvement of vegetative nervous system in all patients

Проанализировав состояние вегетативной нервной системы с помощью индекса Кердо, мы пришли к выводу о том, что ХБС при ДРГ и ДБрГ приводит к развитию парасимпатического влияния на организм пациента, а в группе пациентов с ДКИГ и РРевГ преобладало симпатическое влияние.

Вегетативные признаки у пациентов были изучены по опроснику Вейна А.М. (1998). В таблице отображены данные, которые указывают на вовлечение вегетативной нервной системы во всех группах. Такие признаки, как снижение работоспособности и быстрая утомляемость, были отмечены всеми пациентами. Повышенная потливость также была отмечена большинством лиц. Приступообразные головные боли, трудности засыпания и усталость при пробуждении утром были названы пациентами как часто беспокоящие их симптомы.

Таким образом, в результате длительного воздействия на пациента хронической боли у него развиваются клинко-психопатологические и вегетативные нарушения, что мы и выявили у пациентов при дорсопатиях различного генеза.

■ ВЫВОДЫ

Болевой синдром по своему патогенезу делится на ноцицептивную, нейропатическую и психогенную боли. В зависимости от этиологического генеза доля участия этих трех факторов может быть различной, и от этого зависит тактика лечения. В частности, при ноцицептивной боли основной акцент делается на нестероидных противовоспалительных препаратах; невропатическая боль в основном носит хронический характер, и здесь препаратами выбора являются антидепрессанты и антиконвульсанты; психогенная боль требует компетенции не только невролога, но и психиатра, а также индивидуального подбора психотропных средств.

Результаты клинко-неврологического обследования пациентов первой группы показали, что основной их жалобой была хроническая боль, которая сохранялась каждый день и имела характер «прострела», чаще начиналась по утрам, усиливалась при чихании, кашле, подъеме и отведении руки, резком движении головой, давала

Результаты опросника (Вейн А.М., 1998) у всех пациентов
Questionnaire results (Vein A.M., 1998) in all patients

Вегетативные признаки	I группа	II группа	III группа	IV группа
Покраснение лица	0	0	0	14,10%
Побледнение лица	14,60%	28,60%	11,80%	60,30%
Онемение или похолодание в пальцах	25,60%	25,60%	43,40%	39,70%
Побледнение, покраснение, синюшность пальцев кистей, стоп	21,90%	38,10%	15,80%	74,40%
Повышенная потливость	96,30%	100,00%	97,40%	92,30%
Потливость постоянная	53,60%	100,00%	89,50%	41,00%
Потливость при волнении	42,70%	60,70%	7,90%	24,40%
Сердцебиение	0	0	82,90%	6,00%
Чувство нехватки воздуха	11%	14%	9%	5%
Учащенное дыхание	17,50%	26,20%	14,50%	
Склонность к запорам	15,80%	53,60%	27,60%	24,40%
Склонность к поносам	8,50%	25,00%	13,20%	29,50%
Вздутие живота	25,60%	57,10%	26,40%	47,40%
Боли в животе	2,40%	14,30%	0,00%	5,10%
Обмороки в душном помещении	3,60%	5,90%	3,90%	11,50%
Обмороки при волнении	4,90%	8,30%	2,60%	5,10%
Обмороки при длительном пребывании в вертикальном положении	2,40%	10,70%	11,80%	7,70%
Приступообразные головные боли	73,10%	77,40%	69,74%	39,70%
Снижение работоспособности	100%	100%	100%	100%
Быстрая утомляемость	100%	100%	100%	100%
Трудности засыпания	62,20%	72,60%	80,30%	78,20%
Поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями	47,50%	60,7%	25,00%	32,10%
Чувство невыспанности	43,90%	50,00%		
Усталость при пробуждении утром	58,50%	85,70%	96,00%	88,50%

ощущение скованности в мышцах шеи, иррадиировала в конечности. Анамнез выявил дорсопатию компрессионно-ишемического генеза, которая развивалась в результате неправильно выполняемых движений, статического напряжения мышц, а также длительного стояния или сидения в неизменной позе. У пациентов отмечалось острое, в некоторых случаях подострое течение. Болевой синдром при вертеброгенных болях является по своим характеристикам смешанным и в равной степени невропатическим и ноцицептивным (корешковая и связочно-суставная). Боль распространялась преимущественно в области поясницы в начале приступа, имела симметрично-двухсторонний характер, далее локализуясь в определенной зоне, при выполнении резких движений боль становилась мучительной, жгучего характера, с «прострелами», как удар током. Чаще всего боль начиналась после подъема тяжести, переохлаждения, стресса или ущемления во сне. Объективное исследование выявило ограничение движений, гиперлордоз поясничного отдела позвоночника, опущение крыльев подвздошных костей на больной стороне, отмечались болезненность при пальпации паравerteбральных точек и дефанс паравerteбральных мышц. Наблюдались некоторое снижение силы мышц тыльного сгибания стопы, слабость

в руке или ноге, гипорефлексия или арефлексия в пораженной конечности, положительный симптом Ласега. Чувствительность проявлялась в гиперестезии, онемении и аллодинии. Уровень боли по ВАШ (мм) в среднем составил 53,3, что говорит о высокой интенсивности боли. При нейровизуализационном исследовании у всех пациентов данной группы были отмечены признаки остеохондроза позвоночника в виде склерозирования замыкательных пластинок, формирования остеофитов на телах позвонков, снижения высоты межпозвонковых пространств, обызвествления задней продольной связки; выявлялись выпрямление физиологического лордоза в шейном и поясничном отделах позвоночника, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков, что совпадало с данными предыдущих исследований (Андреева Г.О., 2020). Данные ЭНМГ свидетельствовали о демиелинизирующем характере поражения. Дуплексное сканирование артерий и вен нижних конечностей выявило некоторое нарушение в сосудах нижних конечностей.

Клинико-неврологическое обследование пациентов второй группы выявило, что ХБ беспокоила их в области выхода спинномозговых корешков, пояснично-крестцового синдроза и гребешка подвздошной кости, была изнуряющего и ноющего характера, беспокоила ежедневно, сопровождалась общей слабостью и ноющей головной болью. Хроническая боль носила типичный суставно-мышечный характер. Из анамнеза: пациенты – жители сельской местности, имеющие свой домашний скот, а также люди, употребляющие в пищу сырое молоко, брынзу домашнего изготовления и термически не обработанное мясо, у них отмечалось подострое течение болезни. В данном случае жалобой, не характерной для других групп, было наличие боли в эпигастральной области. Также пациенты жаловались на мышечные боли в голени и бедре нейропатического характера, профузный пот, который создавал дискомфорт, вызывал бессонницу, увеличение лимфатических узлов, снижение чувствительности в области пораженных мышц, парестезии, снижение рефлексов, ВАШ – 59,8 мм, что говорит о высокой интенсивности боли. При тщательном обследовании у пациентов данной группы выявлялись сакроилеиты. При нейровизуализации обнаружены: признаки остеоартроза крестцово-подвздошных и лонных сочленений, выраженного субхондрального остеосклероза суставных поверхностей КПС с обеих сторон, двухстороннего коксартроза 1–2-й стадии, умеренного скопления жидкости в малом тазу, склерозирования замыкательных пластинок, снижение высоты межпозвонковых пространств, обызвествление задней продольной связки, выпрямление физиологического лордоза – в шейном и поясничном отделах позвоночника, протрузии и грыжи межпозвонковых дисков 2–5 мм. Данные ЭНМГ свидетельствовали о демиелинизирующем характере поражения, больше в двигательных волокнах.

Клинико-неврологическое обследование пациентов третьей группы показало, что хроническая боль в поясничной области имела ноющий характер; утомляли пациентов летучесть болей по мышцам и суставам, фибромиалгия, а также поверхностный сон с частыми пробуждениями, который приводил к чувству разбитости по утрам. Большинство пациентов жаловались на частые ноющие, продолжительные боли в разных частях тела, которые они описывали как жгучие, щиплющие, изнуряющие и монотонные. Отличительной особенностью боли у пациентов этой группы 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 пациента

приводит к частым перепадам настроения. Уровень боли по ВАШ (мм) имел ремитирование боли с умеренной интенсивностью днем и выраженной интенсивностью боли ночью. При нейровизуализации были обнаружены: оссификация наружных слоев межпозвоночных дисков, формирование костных мостиков, признаки воспаления межпозвоночных дисков в виде спондилодисцита, выпячивание передних остеофитов в виде «клюва». Данные ЭНМГ свидетельствовали о смешанном характере поражения периферических нервов в виде первичной демиелинизации и вторичной аксональной дегенерации.

Клинико-неврологическое обследование пациентов четвертой группы показало, что хроническая боль при герпетической этиологии носит классический невропатический характер, локализуется в основном в поясничной области в виде сильного неприятного ощущения, чаще жгучего или в виде «удара током». Боль отдавала в ногу или руку, локализовалась у нескольких пациентов в шейном отделе и отдавала в руки; большинство из них отмечали жгучую боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в ноги. Отличительным моментом в жалобах пациентов было ощущение парестезий и онемения в зоне поражения, в области ягодиц и промежности. При исследовании двигательной сферы – легкое снижение мышечной силы, со стороны активных и пассивных движений значимых изменений не выявлялось. У большинства пациентов наблюдалось поражение всех видов чувствительности: глубокой, дистальнее от болевого ганглия, снижение болевой чувствительности, отмечались вегетативно-трофические расстройства. У обследованных лиц данной группы были обнаружены нарушения функции тазовых органов. Уровень боли по ВАШ (мм) в среднем составил 65, что говорит о высокой интенсивности боли. При нейровизуализации были обнаружены значительные дегенеративно-дистрофические изменения. Данные ЭНМГ свидетельствовали о смешанном характере поражения периферических нервов в виде первичной демиелинизации чувствительных волокон, а также об изменениях, характерных для поражений межпозвоночных ганглий.

Помимо вышеуказанного, в нашем исследовании выявили сосудистое звено болевого синдрома, которое оказалось общим для всех групп, в основном это обусловлено венозным застоем. Нарушение кровообращения в сосудах конечностей связано с нарушением венозного оттока.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lyutkevich A.A., Poteryaeva E.L., Nesina I.A. (2013) Features of the psychophysiological status in persons with occupational dorsopathies depending on changes in autonomic regulation. *Journal of Siberian Medical Sciences*, (6), p. 74. (in Russian)
2. Novoseltsev S.V., Checha D.B. (2009) Biomechanical disorders and their osteopathic correction in patients with herniated lumbar discs. *Manual therapy*, no 3 (35), pp. 64–72. (in Russian)
3. Khakimova S.Z., Atokhodjaeva D.A. (2020) Features of Pain Syndrome of Patients with Brucellosis if Damaged Nervous System. *Medico-legal Update*, vol. 20, no 3.
4. Mulleman D., Mammou S., Griffoul I., Watier H., Goupille P. (2006) Pathophysiology of disk-related sciatica. I. Evidence supporting a chemical component. *Joint Bone Spine*, vol. 73, pp. 151–158.
5. Samiyev A.S. (2020) *Field of rehabilitation in Belsi spondylogenic radiculopathy. Monograph*. Samarkand, 104 p.
6. Hakimova S.Z., Hakimova G.K. (2021) Peculiarities of psychopathological and autonomic diseases of radiculopathy of compressive-ischemic origin in patients with chronic pain syndrome. *Doctor's newsletter*, no 1 (98), pp. 100–102. (in Uzbek)
7. Aldabergenova A.B., Biryuchkov M.Yu. (2002) Magnetic resonance imaging in the diagnosis of osteochondrosis of the lumbar spine. *Journal of theoretical and clinical medicine*, no 3, pp. 107–108.
8. Alekseev V.V. Diagnosis and treatment of back pain. *Consilium medicum*, vol. 4, no 2, pp. 96–102.
9. Asadullaev M.M. (2002) Acute pain syndrome and its correction in vertebroneurology. *Neurology*, no 1 (25), pp. 5–8. (in Uzbek)
10. Belyakov V.V. Electroneuromyography in the practice of a manual therapist. *Manual therapy*, no 4, pp. 22–23.

11. Drivotinov B.V., Polyakova T.D., Pankova M.D. (2005) *Physical rehabilitation in neurological manifestations of spinal osteochondrosis*. Proc. Allowance, Minsk, 211 p.
12. Krylov V.I. (2020) Controversial issues of general psychopathology (traditional and innovative approaches). *Neurological Bulletin*, vol. LII, no 1 (2020).
13. Ziyadulloeva K.S. (2020) Features of psychopathological and autonomic disorders in patients with chronic pain syndrome with radiculopathies of compression-ischemic genesis. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, no 7 (09).
14. Khakimova S.Z., Khamdamov B.K., Kodirov U.A. (2022) Features of clinical and neurological results of examination of patients with dorsopathy of rheumatic genesis. *Journal of biomedicine and practice*, 7 (1). 9 (in Uzbek)
15. Ziyadullayeva S.K., Alisherovna D.A. (2020) Features of pain syndrome of patients with brucellosis if damaged nervous system. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, no 14 (4), pp. 7558–7562.
16. Khakimova S. (2016) Modern aspects of neurobrucellosis. *Journal of Problems of Biology and Medicine*, no 2 (87), pp. 195–202.
17. Nasretidinova M.T. (2021) Tactics of Administration of Patients with Chronic Atrophic Rhinitis. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, pp. 147–151.
18. Nasretidinova M.T., Nabiev O.R. (2020) Features of Manifestation of Optokinetic Nystagmus in Meniere'S Disease. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, vol. 14, no 4.
19. Nasretidinova M.T., Karabaev H.E. (2018) The use of vestibular rehabilitation in patients with violations of the vestibular analyzer. *Science and Innovations in Medicine*, vol. 3, no 1, pp. 66–68.
20. Khakimova S.Z., Khamidullaeva M.M.K., Nabieva L.T. (2020) Principles of complex therapy of chronic pain syndrome in diseases of the peripheral nervous system. *Achievements of science and education*, no 1 (55), pp. 60–66. (in Russian)