

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Хакимова С.З.¹, Хамидуллаева М.М.², Набиева Л.Т.³

¹Хакимова Сохиба Зиядуллаевна – доцент;

²Хамидуллаева Мохинур Максатилло кизи – студент магистратуры;

³Набиева Лазиза Толибовна – клинический ординатор,

Курс неврологии и нейрохирургии,

факультет постдипломного образования,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: хронический болевой синдром сопровождается такие заболевания периферической нервной системы, как радикулопатия, плексопатия, компрессионно-ишемическая невропатия, хроническая диабетическая полиневропатия. Определяя ведущую неврологическую симптоматику, необходимо рационально подбирать терапию.

Ключевые слова: боль, периферическая нервная система, терапия хронической боли.

Актуальность. Боль - самый частый симптом, встречающийся в неврологической практике. В структуре болевых синдромов среди неврологических больных 95% составляют заболевания периферической нервной системы [1, 3, 7, 9]. Проблема заболеваний травм периферической нервной системы, сопровождающихся хроническим болевым синдромом, приводящим к длительным срокам стационарного лечения и частой инвалидизации [2, 5, 6, 10], продолжает оставаться одной из актуальных. Заболевания периферической нервной системы, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом, являются не только значимой медицинской, но и социальной проблемой [4, 6, 8].

Цель: изучить принципы комплексной терапии хронического болевого синдрома при заболеваниях периферической нервной системы.

Материалы и методы исследования: Нами обследованы 146 пациентов, 71(48%) больных с радикулопатиями, 20 (14 %) - с плексопатией, 23(16 %) с компрессионно-ишемическими невропатиями, 32 (22%) - с хронической диабетической полиневропатией. Возраст обследованных нами больных варьировал в диапазоне от 19 до 60 лет. Среди пациентов преобладали мужчины - 100 человек (68,4%) наиболее трудоспособного возраста. Как среди мужчин, так и среди женщин, ХБС при заболеваниях периферических нервов наиболее часто - 46 человека (31,6%) - наблюдался в возрастных группах от 30 до 49 лет. Среди заболеваний периферической нервной системы, чаще встречались радикулопатии, компрессионно-ишемические невропатии, полиневропатии диабетического генеза. Диагностическими критериями заболеваний периферической нервной системы считали следующее:

- 1) наличие клинических признаков заболеваний периферических нервов или корешков;
- 2) наличие электрофизиологических признаков поражения периферических нервов или корешков;
- 3) наличие нейровизуализационных признаков поражения периферических нервов или корешков.

Критериями исключения из исследования считали: наличие опухоли либо метастазов, являющихся причиной заболеваний периферических нервов, полный анатомический перерыв нерва.

Результаты. В результате лечения больных с хроническими радикулопатиями отмечалась выраженная положительная динамика в виде уменьшения или полного купирования болевого синдрома, улучшения неврологического статуса и психофизиологического состояния больных группы исследования. Хорошие результаты лечения отмечали у 80(37,4%) больных, удовлетворительные у 118 (55,1%), без значительной динамики - у 16(7,5%). В группе сравнения хорошие результаты лечения были отмечены только у 6 (16,7%) больных, удовлетворительные у 18(50%), без достоверной динамики у 12 (33,3 %) больных. До лечения болевой синдром был средней и высокой степени выраженности и варьировал по ВАШ от 31 до 81 мм (в среднем 54+13мм в группе исследования, 54+11мм в группе сравнения). Больные группы исследования отмечали улучшение состояния и уменьшение интенсивности болевого синдрома через 8 - 14 дней от начала лечения. При обследовании через 4 недели от начала лечения было отмечено улучшение показателей боли в этой группе, которые в среднем составили 23+16 мм, и достоверно ($p<0,01$) отличались от предыдущего этапа обследования и от средних показателей группы сравнения ($p<0,05$). Через 8 недель позитивная динамика продолжилась, средние значения показателей боли составили 14+15 мм, и достоверно ($p<0,01$) отличались от начального этапа исследования и от средних показателей группы сравнения ($p<0,05$). В группе сравнения также наблюдалась положительная динамика в отношении болевого синдрома, средние показатели по ВАШ через 4 недели составили 42+11 мм, однако, достоверное изменение показателей боли было отмечено только через 8 недель от начала лечения (34+11 мм). Была отмечена также положительная динамика в отношении нейропатического характера болей, в группе исследования достоверное улучшение ($p<0,05$) этих показателей отмечалось на всех этапах обследования через 4 и через 8 недель от начала лечения, в группе сравнения достоверной разницы обнаружено не было. Редукция нейропатических болей через 8 недель была отмечена у 57,8% пациентов группы исследования и у 35,7% больных группы сравнения. Положительная динамика чувствительных нарушений в виде уменьшения зоны гипестезии

наблюдалась у 91(74%) пациента группы исследования и у 16 (44,4%) группы сравнения, уменьшения гиперестезии у 47(82,5%) пациентов группы исследования и у 19(52,7%) группы сравнения. Выраженная положительная динамика в двигательной сфере отмечалась через 4 недели как в группе исследования, так и в группе сравнения, но достоверное увеличение мышечной силы ($p<0,05$) было отмечено только в группе исследования через 8 недель терапии.

Уменьшение степени пареза отмечалось у 39(43,8%) больных группы исследования и у (30,6%) группы сравнения. Уменьшение степени вегетативно-трофических нарушений в виде изменения цвета кожи, уменьшения явлений гипотермии кожи, нарушений потоотделения отмечалось у 38 больных группы исследования и у 4 больных группы сравнения. В результате лечения больных с хроническими плечевыми плексопатиями в группе исследования наблюдали выраженную положительную динамику в виде уменьшения или полного купирования болевого синдрома, улучшение как неврологического статуса, так и психофизиологического состояния, что подтверждалось результатами клинико-неврологического обследования, данными психометрических шкал. Хорошие результаты лечения отмечали у 45,2% больных, удовлетворительные 45,2% больных, без динамики у 9,6% больных. В группе сравнения редукцию болевого синдрома отмечали у 28,8% пациентов, значительное уменьшение интенсивности и продолжительности болей у 48,8% пациентов, достоверной динамики показателей болевого синдрома не было отмечено у 28,6% больных. Нейропатический характер болей до начала лечения в группе исследования был отмечен у 13 (41,9%) больных, средние показатели были равны $4,2+0,4$ баллов по шкале DN 4, редукция нейропатических болей через 4 недели была отмечена у 9 (69,2%) больных, через 8 недель у всех пациентов. В группе сравнения нейропатический характер болей до начала лечения был отмечен у 12(40 %) больных, средние показатели были сопоставимы с группой исследования и равны $4,5+0,5$ баллов по шкале DN4, редукция нейропатических болей через 4 недели отмечена у 5 (41,7%) больных, через 8 недель ещё у 4 (33,3 %) пациентов, после курса лечения нейропатический характер болей сохранялся у 3(25%) больных. Достоверное улучшение показателей по шкале DN 4 ($p<0,05$) в группе исследования отмечалась через 4 недели терапии, как по отношению к результату первичного обследования, так и по отношению к показателям группы сравнения. В группе исследования наблюдали положительную динамику чувствительных нарушений в виде уменьшения зоны гипестезии у 10 (52,6%) пациентов, в виде отсутствия парестезий и гиперпатии у 6(52,6%) пациентов. Уменьшение двигательных нарушений отмечали у 15 (48,4%) больных. Уменьшение степени вегетативно-трофических нарушений в виде изменения цвета кожи, уменьшения сухости кожи отмечали у 4 (21%) пациентов. В результате лечения отмечалась положительная динамика психофизиологических показателей. Достоверное улучшение показателей астении в группе исследования было отмечено через 4 недели терапии у 11 (45,8%) больных, полная редукция астенического синдрома - у 11 (45,8%) больных, у 2 (8,4%) пациентов сохранялся прежний уровень астении; через 8 недель астенические нарушения были купированы. В группе сравнения астенические расстройства через 8 недель терапии сохранялись у 4 (17,4 %) больных; средние показатели выраженности астении достоверно ($p<0,05$) отличались между группами на этом этапе обследования (таблица 1).

Таблица 1. Динамика боли и психофизиологических показателей у больных с плечевыми плексопатиями

Параметры / временной интервал	до лечения		через 4 недели от начала лечения		через 8 недель от начала лечения	
	гр. исследования	гр. сравнения	гр. исследования	гр. сравнения	гр. исследования	гр. сравнения
Уровень боли по ВАШ (мм)	49+11	50+8	33+6*	48+9 ^A	13+9*	31+8# _A
Нейропатическая боль по DN4 (баллы)	4,2+0,4	4,5+0,5	3,2+0,6*	4,2+0,7 ^A	2,6+0,3#	3,5+0,8
Уровень реактивной тревоги (баллы)	40,0+1,8	40,6 ± 1,1	35,7+1,3*	38,4±1,3 _A	32,2+1,3*	36,3±2,7# _A
Уровень личностной тревожности (баллы)	42,7+1,8	42,6+1,4	37,4+1,6*	40,9+1,9 _A	33,6+1,9*	37,7+2,1# _A
Показатели депрессии по шкале Монтгомери-Асберга (баллы)	21,2+1,3	21,1 ± 3,4	16,9+1,6*	19,8±3,8 _A	13,5+1,8*	17,8±2,2# _A
Показатели астении (по шкале MFI-20) (баллы)	14,3+1,4	14,7+1,6	11,6+1,5*	13,2±1,5	9,7+1,5#	12,7±1,2# _A

Примечание:

* различия по сравнению с показателями предыдущего этапа обследования достоверны ($p<0,05$);

различия по сравнению с показателями до лечения достоверны ($p<0,05$);

^A различия между группами достоверны ($p<0,05$).

В результате лечения больных с хроническими компрессионно-ишемическими невропатиями наблюдалась положительная динамика в виде улучшения неврологического статуса и психофизиологического состояния больных. В группе исследования хорошие результаты лечения отмечали у 66,7% больных, удовлетворительные у 25,9% больных, без динамики у 7,4% больных. В группе сравнения

хорошие результаты лечения отмечены в 23,5 % случаев, удовлетворительные в 41,2 % случаев, без достоверной динамики в 35,3 % случаев. Результаты обследования представлены. В группе исследования отмечалась достоверное ($p < 0,01$) уменьшение болевого синдрома через 4 и через 8 недель, в группе сравнения - только через 8 недель терапии ($p < 0,05$). Обнаружено значимое отличие ($p < 0,05$) средних показателей боли по ВАШ между группами. В группе исследования наблюдали положительную динамику чувствительных нарушений в виде уменьшения зоны гипестезии у 18(64,3 %) пациентов, уменьшения гиперестезии в зоне иннервации пораженного нерва у 7(63,6 %) пациентов. Отмечено уменьшение вегетативных расстройств в зоне иннервации пораженного нерва у 19(63,3 %) больных.

Улучшение психофизиологического статуса у больных группы исследования имело выраженную динамику и отмечалось уже через 4 недели терапии. Нормализация показателей РТ и ЛТ была отмечена у 20 (46,5%) больных, уменьшение РТ и ЛТ отмечалось у 15 (34,9%) больных, у 4 (8,7%) больных уровень тревожности достоверно не изменился. Депрессивные расстройства были купированы у 9 (31 %) больных, у 16 (55,1 %) больных они стали менее выраженными, у 3 (10,3 %) больных степень выраженности депрессивных нарушений достоверно не изменилась. Через 4 недели проводимого лечения купирование астенических проявлений отмечалось у 23 (54,8%) пациентов, достоверное улучшение у 15 (35,7%), без изменения у 4 (9,5%) пациентов; через 8 недель терапии показатели астении не превышали нормальных значений. В группе сравнения достоверная положительная динамика клинических и астенических показателей была отмечена только через 8 недель лечения; показатели аффективных расстройств улучшились незначительно; средние значения выраженности астенических, тревожных и депрессивных расстройств достоверно отличались от показателей группы исследования ($p < 0,05$).

Таблица 2. Динамика боли и психофизиологических показателей у больных с хроническими компрессионно-ишемическими невралгиями

Параметры / временной интервал	до лечения		через 4 недели от начала лечения		через 8 недель от начала лечения	
	гр. исследования	гр. сравнения	гр. исследован ия	гр. сравнения	гр. исследован ия	гр. сравнения
Уровень боли по ВАШ (мм)	52+12	51+10	25+9*	38+10	8+7*	26+10#А
Нейропатическая боль по DN4 (баллы)	4,5+0,5	4,3+0,5	3,5+0,8	4,2+0,5	2,8+1,1#а	3,3+1,0#
Уровень реактивной тревоги (баллы)	45,5+2,4	44,4± 3,1	40,3+2,5*	42,2 ± 2,9	34,3+2,6*	39,8±2,7 ¹
Уровень личностной тревожности (баллы)	47,8+2,4	46,7± 3,0	42,4+2,3*	44,7 ± 3,0	36,4+2,7*	42,3±2,1 ¹
Показатели депрессии по шкале Монтгомери- Асберга (баллы)	21,8+2,9	21,4± 2,4	16,9+1,6*	19,9 ± 2,5	13,8+1,2*	18,0±2,1 А
Показатели астении (по шкале MFI-20) (баллы)	15,5+1,1	15,2+0,9	12,2+1,9*	13,2+1,3	8,7+1,6*	12,1+1,5# А

Примечание:

* различия по сравнению с показателями предыдущего этапа обследования достоверны ($p < 0,01$);

различия по сравнению с показателями до лечения достоверны ($p < 0,05$);

^ различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Результаты лечения больных с хронической диабетической полиневропатией. Нами выявлено положительное влияние комплексного лечения на выраженность клинических проявлений болевой диабетической полиневропатии у большинства больных группы исследования. Клиническое улучшение отмечалось в виде восстановления чувствительности, уменьшения степени парезов, уменьшения вегетативно-трофических изменений. Болевой синдром удалось полностью купировать, либо уменьшить на более, чем 50 % у 28,2 % больных (хорошие результаты лечения); уменьшение интенсивности болевого синдрома на 30-49 % отмечалось у 60,9 % пациентов (удовлетворительные результаты лечения), незначительное снижение интенсивность болей отмечено у 10,9 % больных (неудовлетворительные результаты лечения), получавших комплексное лечение в группе исследования. В группе сравнения хорошие результаты лечения были получены у 13% больных, удовлетворительные у 60% больных, неудовлетворительные отмечались у 26,7 % больных.

Снижение болевого синдрома и уменьшение явлений парестезий нижних конечностей больные отмечали уже через 10 дней после начала комплексного лечения. Средние показатели боли до лечения в группе исследования составляли 59+12 мм, в группе сравнения 60+8 мм; через 4 недели терапии в группе исследования достоверно ($p < 0,05$) уменьшились и составляли 36+10 мм, в группе сравнения 47+10 мм; через 8 недель после начала лечения в группе исследования составляли 18+8 мм, в группе сравнения 29+11 мм. Достоверное ($p < 0,05$) улучшение показателей болевого синдрома по ВАШ и DN 4 в группе исследования было отмечено уже через 4 недели от начала терапии, а в группе сравнения только через 8 недель. Разница

показателей боли между группами была достоверной ($p < 0,05$) и отмечалась через 8 недель лечения. Со стороны других расстройств чувствительной сферы под влиянием комплексного лечения в группе исследования отмечалась положительная динамика в виде уменьшения неприятных ощущений в стопах и кистях (онемения, ползания мурашек, зябкости). После проведенного лечения интенсивность гиперестезий уменьшилась у 37 из 46 пациентов (80,4 %). Парестезии исчезли у 12 больных (32,4%), у 9 (24,3%) пациентов значительно уменьшились. Лечение оказалось эффективным в отношении такого симптома, как онемение стоп: у 8 (24,2 %) больных отмечалось полное исчезновение чувства онемения, у 22 (66,7 %) пациентов значительно уменьшилась выраженность онемения стоп, у 3 больных (9,1 %) онемение сохранялось. В ходе лечения наблюдалась также положительная динамика психофизиологических показателей.

До лечения клинически значимые астенические нарушения были выявлены 76,1 % больных группы исследования, средний балл был равен $14,3 \pm 1,2$. В результате проведенного комплексного лечения отмечалась нормализация показателей астенических проявлений через 4 недели терапии (средний балл составил $11,7 \pm 1,3$ ($p < 0,05$)) и продолжилась через 8 недель (средний балл $10,7 \pm 1,0$ ($p < 0,05$)). В группе сравнения астенические расстройства были отмечены у 73,3% больных, в ходе лечения также отмечалась положительная динамика показателей: средние значения до начала лечения составляли $14,5 \pm 1,3$ баллов, через 4 недели стали равны $13,2 \pm 1,2$ баллов, но достоверная разница была отмечена только через 8 недель лечения: $12,1 \pm 0,9$ баллов ($p < 0,05$). В результате лечения в группе исследования отмечены достоверно более низкие ($p < 0,05$) показатели по шкале MFI-20, чем в группе сравнения. В результате лечения наблюдалась положительная динамика аффективных расстройств. В группе исследования уровень реактивной тревоги до лечения составлял $40,0 \pm 1,8$ баллов, после 4 недель лечения достоверно ($p < 0,05$) снизился до $35,2 \pm 1,4$ баллов; уровень личностной тревожности до лечения составлял $42,1 \pm 2,2$ балла после 4 недель лечения достоверно ($p < 0,05$) уменьшился до $36,7 \pm 1,5$ баллов. Через 8 недель терапии произошло дальнейшее достоверное ($p < 0,05$) улучшение показателей РТ до $28,1 \pm 3,3$ баллов, ЛТ до $32 \pm 3,2$ баллов. В группе сравнения при первичном обследовании уровни РТ и ЛТ были сопоставимыми с группой исследования, в ходе лечения отмечалась положительная динамика тревожных нарушений: РТ - $35,7 \pm 3,7$ баллов, ЛТ - $38,6 \pm 2,9$ баллов, но достоверных изменений показателей получено не было ($p > 0,05$).

На этапах обследования через 4 и через 8 недель от начала лечения отмечены достоверно более низкие показатели реактивной и личностной тревоги ($p < 0,05$) в группе исследования по отношению к группе сравнения. Динамика показателей депрессии в ходе лечения была аналогичной динамике тревожных расстройств и в группе исследования носила более выраженный характер, через 4 недели терапии отмечались достоверные изменения, по отношению к предыдущему этапу обследования. В группе сравнения средние показатели достоверно ($p < 0,05$) улучшились только через 8 недель лечения и значительно ($p < 0,05$) отличались от показателей группы исследования.

Подводя итог клиническим результатам проведенного лечения, мы отмечаем положительную динамику в виде регресса болевого синдрома и основных клинических проявлений невропатий и радикулопатий. Отмечена хорошая переносимость комплексной терапии во всех группах больных. Наиболее эффективна рефлексотерапия в сочетании с анксиолитиками и антидепрессантами в отношении регресса хронического болевого синдрома. Наличие астенических, тревожных и депрессивных расстройств значительно утяжеляет течение хронического болевого синдрома, замедляет регресс неврологических нарушений, удлиняет сроки лечения. Так, в группах КРБС, диабетическими и алкогольными полиневропатиями, с высокими средними показателями боли по шкале ВАШ, высоким процентом нейропатических болей, наличием выраженных тревожных и депрессивных расстройств хорошие результаты лечения были достигнуты реже, чем в группах с радикулопатиями, плечевыми плексопатиями, компрессионно-ишемическими невропатиями.

Выводы. Таким образом, лечение хронического болевого синдрома при заболеваниях ПНС должно быть системным, комплексным и иметь четкую патогенетическую направленность. При построении рациональной терапии таких больных мы учитывали ведущую неврологическую симптоматику, особенности течения, выраженность и характер болевого синдрома, наличие и выраженность нарушений аффективной сферы, выраженность признаков поражения периферических нервов и корешков.

Список литературы

1. Абдусаломова М.А., Мавлянова З.Ф., Махмудов С.М. Оптимизация медико-социальной реабилитации при болезни Дюшенна // Достижения науки и образования, 2019. № 11 (52).
2. Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Бурханова Г.Л. Исследование допустимых значений параметров тела спортсменов при помощи биоимпедансометрии // Вопросы науки и образования, 2019. № 31 (81).
3. Бойжураев О.Н., Тоштемиров Ш.И., Джурабекова А.Т. Результаты лечения больных с сосудистым паркинсонизмом препаратом мидокалм // Ответственный редактор: Сукиасян АА, к. э. н., ст. преп., 2015. С. 184.
4. Буриева Д.М., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Сравнительное изучение функции поддержания вертикальной позы у здоровых лиц и больных с паркинсонизмом // Инновационная наука, 2015. № 6-2.
5. Камилова Р.Т. и др. Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов // Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2016. № 4.

6. Салохиддинова Ш.Ш., Юсупова Н.Н., Джурабекова А.Т. Современный подход к диагностике когнитивных нарушений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией // Инновационная наука, 2015. № 6-2.
7. Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Когнитивные нарушения при болезни Паркинсона // Вестник врача, 2015. С. 49.
8. Эшимова Ш.К., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т. Оценка эффективности антитреморных препаратов у больных эссенциальным тремором // Инновационная наука, 2016. № 1-3 (13).
9. Юсупова Н.Н., Мавлянова З.Ф., Джурабекова А.Т. Коррекция болевого синдрома у больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Российский журнал боли, 2015. № 1. С. 98-98.
10. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.