

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ РАДИКУЛОПАТИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

С. З. Хакимова, Г. К. Хакимова, Ф. М. Хамрокулова

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: поверхностная чувствительность, хронический болевой синдром, радикулопатия.

Таянч сўзлар: юзаки сезгирлик, сурункали оғрик синдроми, радикулопатия.

Key words: superficial sensitivity, chronic pain syndrome, radiculopathy.

У больных с радикулопатиями различного генеза наряду с хроническим болевым синдромом (ХБС) наблюдаются нарушение тактильной чувствительности [1]. В группах пациентов с радикулопатиями была исследована поверхностная чувствительность с помощью монофиламента, которая обнаружила статистически значимое повышение порога чувствительности [2]. Проведенная электронейромиография подтвердила поражение поверхностной чувствительности у больных с ХБС при радикулопатиях различного генеза.

ТУРЛИ ГЕНЕЗИСНИНГ РАДИКУЛОПАТИЯСИДА СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮЗА СЕЗГИРЛИГИНИ ТАДҚИҚ ҚИЛИШ

С. З. Хакимова, Г. К. Хакимова, Ф. М. Хамрокулова

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Турли хил келиб чиқиш радикулопатиялари бўлган беморларда сурункали оғрик синдроми (СОС) билан бирга тактил сезгирликнинг бузилиши кузатилади [1]. Радикулопатияларга чалинган беморлар гуруҳларида сирт сезгирлиги монофиламент ёрдамида ўрганилди, натижада сезгирлик чегарасида статистик жихатдан сезиларли ўсиш кузатилди [2]. Амалга оширилган электронейромиография турли келиб чиқиши радикулопатияларга эга бўлган СОС бўлган беморларда юзаки сезгирликнинг мағлуб бўлишини тасдиқлади.

RESEARCH OF SURFACE SENSITIVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME AT RADICULOPATHIES OF DIFFERENT GENESIS

S. Z. Khakimova, G. K. Khakimova, F. M. Hamrokulova

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

In patients with radiculopathies of various origins, along with chronic pain syndrome (CHD), there is a violation of tactile sensitivity [1]. In groups of patients with radiculopathies, surface sensitivity was studied using a monofilament, which revealed a statistically significant increase in the sensitivity threshold [2]. The performed electroneuromyography confirmed the defeat of superficial sensitivity in patients with CHD with radiculopathies of various origins.

Введение. При заболеваниях периферической нервной системы (ПНС), особенно при радикулопатиях различного генеза поражение поверхностной чувствительности является довольно частым явлением. Для исследования больного первоначальным является выяснение жалоб, особенно если эта ХБС [1]. Выясняется характер боли: тупая, острая, колющая, ноющая, пульсирующая, кинжальная, жгучая и т.д.; локализация и иррадиация боли и т.д.

Для выявления поражения чувствительной сферы необходимо соблюдение ряда условий: тишина, покой и комфортная температура, то есть спокойная обстановка в помещении, исследовать при открытых и закрытых глазах, раздражения должны быть с различными интервалами и одинаковой силы, как на больной, так и на здоровой стороне [1]. При поражениях ПНС изменения тактильной чувствительности могут быть наиболее информативными показателями начальных проявлений заболевания [3].

Тактильную чувствительность проверяют с помощью ватки, кисточки или тонкой бумаги, легким прикосновением к коже. Площадь соприкосновения кожи не более 1 см², избегая скользящих и мажущих движений. Мы в нашем исследовании применяли монофиламенты весом 10 г (5,07), для оценки изменения тактильной чувствительности, выявления имеющихся изменений осязания и определения порога ощущения [2].

Цель исследования – сравнение характера боли и оценка поверхностной чувствительности у пациентов с хроническим болевым синдромом при радикулопатиях различного

генеза.

Материалы и методы исследования. Нами было осмотрено 560 больных их к-х отобранные 320 с ХБС при радикулопатиях различного генеза. Для раскрытия основных этапов развития и направления ХБС при радикулопатиях выбранные нами больные были исследованы по следующим параметрам: клинические характеристики поражений ПНС; электрофизиологические характеристики поражений ПНС; ХБС: его характер и стадия выраженности; влияние ХБС на развитие, характер и степень аффективных расстройств.

Распределение больных в следующие группы:

- 1-я группа: хроническая радикулопатия компрессионно-ишемического генеза (КИГ) – 82 больных;
- 2-я группа – радикулопатия при хроническом бруцеллезе (ХБр) – 84 больных;
- 3-я группа – радикулопатия ревматического генеза (РГ) – 76 больных;
- 4-я группа – радикулопатия при TORCH инфекции (ТИ) – 78 больных;
- 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 сопровождалась хроническим болевым синдромом, наибольший интерес вызвали заболевания периферической нервной системы инфекционного генеза: радикулопатии компрессионно-ишемического генеза, радикулопатия при хроническом бруцеллезе, радикулопатия ревматического генеза, и радикулопатия 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.).

Специальный неврологический осмотр исследования чувствительной сферы состоял из:

- Наличие и определения порога болевой чувствительности с помощью иглы на конце неврологического молотка. При исследовании больного опрашивали на предмет присутствия боли или ощущения прикосновения, детализировали уровень начала ощущения боли. Порогом нарушения боли принимали уровень, где начиналось болевое ощущение от воздействия иглой (Е.Н. Пономарёва, 1996).
- Определение поверхностной тактильной чувствительности определяли на стопах при помощи набора монофиламента. Монофиламенты – нейлоновые нити различного диаметра, закреплённые к пластиковым ручкам, обеспечивающие различную силу давления на исследуемую поверхность. Монофиламент располагали перпендикулярно коже подошвенной поверхности стопы в проекции первого пальца, плюсневого возвышения, а также в зоне 4-5 плюсневых костей. Давление оказывалось в течении 2-3 секунд, трижды, с перерывом в 30 сек. (И.Г. Михайлюк, 2014).
- Определение температурной чувствительности производилась с использованием двух пробирок: с горячей водой – 40° и холодной водой – 20°. Температурная чувствительность считалась не нарушенной, если больной ощущал разницу температур во всех исследуемых точках. В норме разница в 2° уже заметна обследуемому больному (J. Pirart et al., 1994).

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 статической 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. Снижение чувствительности в области пораженного корешка выявлялось у 41 пациента (50%), гиперестезия в области пораженного радикса – 16 (19,5%), онемение - 26 (31,7%), аллодиния - 15 (18,3%), слабость в руке или ноге - 34 (41,5%).

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%).

Большое количество больных с радикулопатиями 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%).

Отличительными характеристиками жалоб больных с TORCH инфекциями, а именно с простым герпесом, состояли из 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 рутинном неврологическом осмотре больных с РРГ на начальных стадиях заболевания чувствительные расстройства не обнаруживаются. Альтернативным методом, позволяющим обнаружить расстройства чувствительности, служит монофиламент.

Снижение болевой и температурной чувствительности свидетельствует в пользу повреждения не миелинизированных и слабо миелинизированных аксонов. Необходимо отличать выпадение чувствительности при радикулопатиях от полинейропатий. Отличительным моментом является снижение болевой чувствительности от проксимальных отделов к дистальным, что и наблюдалось во всех четырех исследуемых группах. Однако больные 4-й группы, у которых стаж заболевания превышал 10 лет предъявляли нарушение чувствительности по полиневритическому типу, то есть по типу «перчаток» и «носков» (таблица 1).

Для тщательного сбора анамнеза, выслушивания жалоб больного и полного определения чувствительности необходимо 8-10 минут. Это позволит врачу правильно поставить диагноз для выбора дальнейшей тактики лечения.

Таблица 1.

Дифференциально-диагностические критерии у больных с хроническим болевым синдромом при радикулопатиях различного генеза.

Клинические проявления	Радикулопатии			
	компрессионно-ишемического генеза	при хроническом бруцеллезе	ревматического генеза	при TORCH 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 болевой чувствительности от проксимальных отделов к дистальным	√	√	√	-
Нарушение чувствительности по полиневритическому типу	-	-	-	√

Выводы. Анализ клинико-диагностических данных показал, что у больных с ХБС при радикулопатиях различного генеза при тщательном сборе анамнеза и жалоб больного, а также полного определения чувствительности возможно дифференцирование заболевания ПНС. Монофиламенты, применяющиеся при исследовании поверхностной чувствительности позволяют более детально выявлять поражения. Своевременная дифференциальная диагностика радикулопатий с дальнейшей профилактикой и лечением позволит избежать серьёзных поражений ПНС и снижение инвалидности больных. В современных условиях как в стационарных, так и в амбулаторных условиях у врача невролога есть все возможности для правильной диагностики радикулопатий различного генеза.

Использованная литература:

1. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Неврологический статус и его интерпретация. МЕДпресс-информ, 2010. 256с.
2. Михайлюк И.Г., Спиринов Н.Н., Сальников Е.В. Исследование тактильной чувствительности при помощи монофиламентов Семмес-Вейнштейна у больных с синдромом запястного канала и здоровых лиц. Нервно-мышечные болезни. 2014; 2; 32-35.
3. Лебедюк М.Н., Запольский М.Е., Горанский Ю.И. Герпетическое поражение нервной системы. Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии. 2011; 2 (41); 92-97.