

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

М.М. ХАМИДУЛЛАЕВА, С.З. САТТАРОВА, П.А. ГАФФАРОВА, С.З. ХАКИМОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ПЕРИФЕРИК НЕРВ СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ОГРИК СИНДРОМИНИНГ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЯСИНИНГ УЗИГА ХОС КЕЧИШИ

М.М. ХАМИДУЛЛАЕВА, С.З. САТТАРОВА, П.А. ГАФФАРОВА, С.З. ХАКИМОВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

## CLINIC AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME IN DISEASES OF THE PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM

M.M. KHAMIDULLAYEVA, S.Z. SATTAROVA, P.A. GAFFAROVA, S.Z. KHAKIMOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

*Периферик нерв системаси касаллиги билан касалланган беморлар текиширилди, шундан радикулопатия, плексопатия, компрессион-ишемик невропатия ва сурункали диабетик полиневропатия тахисли беморлар ўрганилди. Периферик нерв системасининг касаллигига хос клиник белгилар, электрофизиологик зарарланиш белгилари ва нейровизуализацион белгиларидан фойдаланилди. Клинико-психопатологик текишувлар натижаси шуни кўрсатдики, психофизиологик бузилишлар 3 хил тоифага бўлинади: астеник, депрессив, ваҳима-қўрқув бузилишлар билан.*

**Калит сўзлар:** сурункали огрик, периферик нерв системаси, клинико-психопатологияси.

*Patients with peripheral nervous system disorders, including radiculopathy, plexopathy, compression-ischemic neuropathy, and chronic diabetic polyneuropathy were examined. Specific clinical signs of peripheral nervous system disease, electrophysiological signs of damage, neuroimaging signs of damage were used. Clinical and psychopathological studies show three options for psychophysiological disorders: asthenic, anxiety and depressive disorders.*

**Keywords:** Chronic pain, diseases of peripheral nervous system, clinico-psychopatic.

**Актуальность темы.** Боль - самый частый симптом, встречающийся в неврологической практике. В структуре болевых синдромов среди неврологических больных 95 % составляют заболевания периферической нервной системы [3, 5].

Несмотря на определенные успехи в разработке проблем диагностики, лечения и профилактики хронических болевых синдромов при заболеваниях периферической нервной системы, оценке психоэмоциональной сферы у таких больных до настоящего времени уделяется недостаточное внимание [2, 4]. Так же хронический болевой синдром затрудняет участие в привычных видах деятельности, ведет к ограничению контактов с окружающими людьми, существенно изменяет качество жизни больных. В условиях психических или физических перегрузок неврологические заболевания часто приводят к нарушениям аффективной сферы, возникающие астенические и эмоциональные расстройства значительно ухудшают прогноз заболевания [1, 3].

**Цель работы:** Изучить клинико-психопатологические особенности больных с хроническим болевым синдромом при заболеваниях периферической нервной системы.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследованы 146 пациентов, из них - 71 (48%) с радикулопатиями, 20 (14 %) - с плексопа-

тией, 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, соответственно женщин - 46.

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 стали: наличие опухолей либо метастазов, являющихся причиной заболеваний периферических нервов, полный анатомический перерыв нерва.

**Результаты исследований.** В нашем исследовании особое внимание было уделено изучению эмоциональной сферы, для исследования которой всем больным было проведено психофизиологическое тестирование. Большинство пациентов жаловались на повышенную утомляемость, физическую слабость, трудности концентрации внимания, снижение настроения, тревожность,

раздражительность. При осмотре больных нами отмечались снижение настроения, угнетенность, склонность к повышенным опасениям в плане прогноза заболевания. При детальном опросе выявлялись жалобы на нарушения сна, аппетита, отсутствия удовольствия от общения с родными и друзьями. Так же нами оценивались наличие и степень выраженности психофизиологических расстройств, которые были диагностированы у подавляющего большинства 140 (96%) больных с заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися хроническим болевым синдромом. В результате проведенных клинико-психопатологических исследований были выявлены три варианта психофизиологических нарушений: астенические, тревожные и депрессивные



Рис. 1. Варианты психофизиологических нарушений

У части больных отчетливые явления двигательной и идеаторной заторможенности развивались на фоне выраженного снижения настроения, больные этой группы выделялись своей отгороженностью, пассивностью, склонностью к уединению. Они редко обращались к медицинскому персоналу с вопросами или просьбами, не стремились к общению с другими больными. На задаваемые им вопросы отвечали односложно. Наличие неприятных ощущений со стороны внутренних органов, нарушения сна нередко удавалось выявить лишь при активном расспросе. Пессимистическая оценка настоящего и будущего сочеталась с негативной самооценкой. Описанный вариант симптомокомплекса квалифицировался нами, как астено-депрессивный, и наблюдался у 27 (18,5%) больных.

В ряде наблюдений психическое состояние больных характеризовалось наличием, наряду с «осевыми» признаками астенического синдрома, явлений эмоциональной напряженности, раздражительности, конфликтности, иногда, настороженности и мнительности в отношении лечебных назначений. Больные этой группы, в противоположность предыдущей, активно интересовались ходом лечения, стремились узнать, какими именно препаратами их лечат и с какой целью они назначены. В некоторых случаях, наоборот, фиксация на своем самочувствии сочеталась со

расстройством. Нарушения астенического характера (рис. 1) отмечались у 112 (76,5 %) больного, устойчивые изменения тревожного спектра - у 106 (72,9 %) больных, депрессивные расстройства - у 46 (31,4 %) больных (рис. 1).

В 76,5 % (112 наблюдений) на фоне неврологических проявлений заболеваний ПНС, сопровождающихся хроническим болевым синдромом, прослеживались астенические нарушения различной степени выраженности, проявляющиеся расстройствами в виде раздражительной слабости (ирритации и быстрого спада эмоционально-волевого контроля) и соматопсихических проявлений, в том числе быстрой утомляемости, непереносимости обыденных нагрузок.

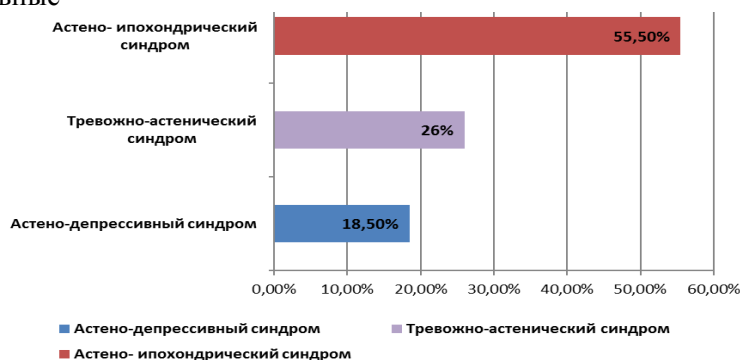


Рис. 2. Психическое состояние больных

склонностью больных к постоянному анализу и контролю своих поступков, высказываний. Больные сообщали, что они «устали от переживаний, но никак не получается отвлечься: все время возвращаются одни и те же мысли». Описанный вариант астенических нарушений рассматривался нами как тревожно-астенический у 38 (26%) больных.

Наибольшую группу больных составили пациенты с астено-ипохондрическим вариантом течения заболевания - 81 (55,5%) больных (рис. 2). Как и в предыдущей группе больных, особенностью клинических проявлений явилась стабильная акцентуированность внимания на своих болезненных переживаниях. Больные данной группы предъявляли большое количество жалоб с подробным их описанием, особенно на снижение работоспособности, настроения, потенции, нарушение сна, проявляли повышенное внимание к своему самочувствию, фиксации на своих болезненных ощущениях. Субъективное самочувствие пациентов этой группы оценивалось как неудовлетворительное. Настаивали на проведении разнообразных методов обследования, часто не имеющих отношения к изучаемой патологии. Пациенты проявляли достаточную активность в лечении и значительный интерес к проводимым обследованиям. В клинической картине у 111 обследованных больных (76,3 %) значительное ме-

сто занимала тревога, внутренняя напряженность, с нерезкими депрессивными тенденциями. Тревожные расстройства были диагностированы с помощью опросника Спилберга-Ханина. Уровень ситуационной тревоги составлял:  $43,9 \pm 0,6$  балла у больных со сроком заболевания от 3 до 6 месяцев,  $42,0 \pm 0,5$  балла у больных со сроком заболевания 6-12 месяцев и  $39,6 \pm 0,5$  балла у больных со сроком заболевания более 12 месяцев. Уровень личностной тревожности существенно не различался у больных со стажем хронической боли до одного года и составлял  $44,8 \pm 0,6$  баллов при длительности заболевания от 3 до 6 месяцев и  $44,3 \pm 0,5$  баллов при длительности 6-12 месяцев. Достоверно ( $p < 0,001$ ) ниже по сравнению с предыдущими группами ( $41,4 \pm 0,3$  балла) был у пациентов, страдающих от хронических болей более 12 месяцев. Большинство (60,6 %) 197 больных с тревожными реакциями предъявляли жалобы на умеренную выраженность болевых ощущений. При целенаправленном опросе 40 (27,4 %) больных выявлялись такие симптомы, как повышенная утомляемость, беспокойство, раздражительность, снижение самооценки, нарушения сна. Большинство таких больных предъявляли только жалобы, связанные с заболеванием периферической нервной системы: хронические боли, парестезии, ограничение движений в руке или ноге из-за болей (часто прослеживались затруднения в сенсорной оценке и четком описании боли), повышенную утомляемость, слабость. Анализ результатов тестирования по психометрическим шкалам выявил часто встречающиеся утверждения разочарованности в себе, чувства вины, трудности в принятии решений, отсутствие интереса к общению с другими людьми, бесперспективности будущего. По результатам психометрического тестирования средний балл по шкале Монтгомери-Асберга составлял  $20,7 \pm 0,9$ , был поставлен диагноз легкое депрессивное нарушение. У большинства пациентов этой группы болевой синдром был средней интенсивности.

При общении с 6 (4 %) больными обращало на себя внимание их подавленное настроение, проявления интеллектуальной и моторной заторможенности. Такие пациенты были погружены в свои мысли, избегали контактов с окружающими, жаловались на усталость «от жизни», неспособность работать. В клинической картине отмечались выраженные вегетативные расстройства, нередко со значительными двигательными нарушениями. По результатам анализа психометрического тестирования были выявлены умеренные депрессивные нарушения. Средний балл по шкале Монтгомери-Асберга составлял  $26,3 \pm 0,8$ . У большинства пациентов этой группы болевой синдром был высокой или средней интенсивности.

Среди больных хроническими радикулопа-

тиями у 52 (72,9%) пациентов были распознаны астенические нарушения. Такие больные предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, раздражительность, упадок сил, отсутствие желания что-либо делать, тревожность, снижение настроения, головную боль, нарушения сна. Структура выявленных эмоционально-волевых нарушений представляла собой сочетание различных типов донозологических форм психических расстройств, из которых наиболее четко выделялись состояния с преобладанием тревожно-депрессивной, астено-депрессивной, соматоформной симптоматики. Тревожные расстройства были отмечены у 48 (68,2%) больных с радикулопатиями: уровень реактивной тревоги (РТ) в среднем составлял  $38,5 \pm 2,1$  баллов, уровень личностной тревожности -  $39,9 \pm 1,9$  баллов. Депрессивные нарушения были распознаны у 16 (22%) больных. По частоте встречаемости преобладал малый депрессивный эпизод, выявленный у 28 (19,16%) пациентов (средний балл по MADRS -  $19,8 \pm 2,1$ ). Умеренные депрессивные нарушения отмечались у 4 (2,8%) пациентов (средний балл по шкале MADRS -  $26,2 \pm 0,6$ ).

Психометрическое тестирование 20 больного с плечевыми плексопатиями выявило, что имеются астенические нарушения у 16 (77,4 %) больных. Тревожные расстройства были отмечены у 15 (74,2%) больных: уровень реактивной тревоги в среднем составлял  $40,0 \pm 1,8$  баллов, уровень личностной тревожности -  $42,7 \pm 1,8$  баллов. Депрессивные нарушения были распознаны у 7 (35,5%) больных. Средний балл по шкале MADRS был равен  $21,2 \pm 1,3$ .

Среди больных с компрессионно-ишемическими невропатиями периферических нервов у 20 (85,2%) пациентов были выявлены признаки астенического синдрома. Средние значения показателей реактивной тревоги составили  $45,5 \pm 2,4$  баллов, средние показатели уровня личностной тревожности составили  $47,8 \pm 2,4$  баллов. Депрессивные нарушения были распознаны у 12 (53,7%) больных: легкой степени - у 10 (42,6%) пациентов, умеренной выраженности - у 3 (11,1%) пациентов.

При проведении психофизиологического тестирования 38 пациентов с идиопатической невралгией тройничного нерва клинически значимые астенические нарушения были выявлены у 32 (84,2 %) больных. Из них у 29 (76,3%) больных были отмечены нарушения тревожного характера. Средние значения реактивной тревоги составили  $43,7 \pm 3,5$  баллов, средние показатели уровня личностной тревожности составили  $42,7 \pm 2,3$  баллов. Депрессивные расстройства были выявлены у 11 (28,9%) больных, носили преимущественно легкий характер. Психофизиологическое обследование 32 пациентов с диабетической полиневропа-

тией нижних конечностей выявило астенические нарушения у 24 (76,1%) больных. Нарушения тревожного спектра определялись у 23 (71,7%) больных. Уровень личностной тревожности составлял  $42,1 \pm 2,2$  балла, уровень реактивной тревоги -  $40,0 \pm 1,8$  баллов. Расстройства депрессивного характера были обнаружены у 11 (34,8%) больных, во всех случаях депрессивные расстройства расценивались как нарушения легкой степени выраженности.

В целом, у пациентов с тревожными нарушениями интенсивность болевого синдрома была ниже, по сравнению с пациентами с депрессивными расстройствами, либо сочетанными тревожно-депрессивными, астено-депрессивными расстройствами, сочетанием астенических нарушений с тревожными и депрессивными расстройствами. Следует отметить, что с увеличением срока длительности хронического болевого синдрома при заболеваниях периферической нервной системы нарастает частота и расстройств аффективной сферы и астенического синдрома. Нарушения аффективной сферы (тревожного и депрессивного характера) чаще были отмечены у больных со сроком длительности заболевания больше одного года, по сравнению с длительностью хронического болевого синдрома от 3 месяцев до года. Так, при длительности болевого синдрома от 3 до 6 месяцев, астенические расстройства были отмечены у 66% больных, расстройства тревожного спектра – у 40,6% больных, депрессивные расстройства – у 22,6% больных. У больных с длительностью течения хронического болевого синдрома от 6 до 12 месяцев астенические расстройства были отмечены у 75,2% больных, тревожные расстройства были диагностированы у 67,8% больных, депрессивные расстройства – у 29,4% больных. В группе с длительностью болевого синдрома больше 12 месяцев астенические расстройства имели место у 79,2% больных, тревожные расстройства – у 78,3% больных, депрессивные нарушения были диагностированы у 39,4% больных.

**Выводы.** В результате анализа полученных данных психофизиологического исследования больных с заболеваниями периферической нервной системы, нами были выделены три стадии хронического болевого синдрома: - первая стадия: длительность болевого синдрома от 3 до 6 месяцев; начальные этапы «хронизации боли» с формированием астенических нарушений, с преобладанием тревожных расстройств высокой интенсивности; - вторая стадия: длительность болевого синдрома от 6 до 12 месяцев; формирование «порочного круга»: боль - аффективные нарушения - боль; снижение интенсивности тревожных расстройств, увеличение частоты астенических и депрессивных нарушений; - третья стадия: длитель-

ность болевого синдрома больше 12 месяцев: «фиксация» хронической боли, увеличение частоты астенических нарушений; дальнейшее снижение интенсивности тревожных расстройств, увеличение частоты и интенсивности депрессивных расстройств. Полученные результаты указывают на многоуровневый характер поражения нервной системы при заболеваниях периферической нервной системы, сопровождающихся хроническим болевым синдромом. Что требует индивидуально-подбора терапии с учетом всех выявленных синдромов и стадии течения хронической боли.

#### Литература:

1. Шамрей В. К. Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода / В.К. Колов, Б.В. Дрига // Вестн. Психотерапии. 2011. - №38(43). С. 104-110.
2. Шамрей В. К. и др. Патоморфоз невротический расстройств у военнослужащих // Мед. Акад. Журн. -2010. –Т. 331, № 1.-С. 29-34.
3. Шамрей В. К. и др. Психическое здоровье военнослужащих, совершивших суицидальные попытки // Вестн. Рос. Воен.-мед. Акад.-2010,- №2(30),-С.56-59.
4. Одинак М.М., Живолупов С.А., Самарцев И.Н. Болевые синдромы в неврологической практике // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2009.-№9-С. 80-88
5. Яхно Н.Н., Подчуфарова Е.В. Патологические аспекты хронических болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации //X Всероссийский съезд неврологов с межд.участием: материалы съезда.-Новгород: Б. и , 2012.-С.422-423

#### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

М.М. ХАМИДУЛЛАЕВА, С.З. САТТАРОВА,  
П.А. ГАФФАРОВА, С.З. ХАКИМОВА

Были обследованы пациенты с нарушениями периферической нервной системы, включая радикулопатию, плексопатию, компрессионно-ишемическую невропатию, и хроническую диабетическую полиневропатию. Были использованы специфические клинические признаки заболевания периферической нервной системы, электрофизиологических признаков поражения, нейровизуализационных признаков поражения. Клинико-психопатологические исследования показывают три варианта психофизиологических нарушений: астенические, тревожные и депрессивные расстройства.

**Ключевые слова:** хроническая боль, периферическая нервная система, клиническая психопатология.