

## ТҮЙІН

**Омыртқаның бел бөлімінің остеохондрозында нейро - бұлшық еттік қатерлі синдромы бар емделушілерінде жапсарлас паравертебралды зоналарында Алфлутоп препаратының трансдермалды электрофорезі**

Омыртқаның бел бөлімінің остеохондрозында нейро - бұлшық еттік қатерлі синдромын емдеуі кезінде алынған нәтижелер Алфлутоп препаратының тиімділігін және қауіпсіздігін растайды. Біздің зерттеуіміздің ерекшелігі жапсарлас паравертебралды зоналарында трансдермалды электрофорез әдісін болып табылады.

**Түйін сөздер:** остеохондроз, электрофорез.

## РЕЗЮМЕ

**Трансдермальный электрофорез препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника**

Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность препарата Алфлутоп в лечении нейро-мышечного болевого синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Особенностью нашего исследования явилось использование

метода трансдермального электрофореза в смежные паравертебральные зоны.

**Ключевые слова:** остеохондроз, электрофорез.

## SUMMARY

The results confirm the effectiveness and safety of the drug in the treatment of Alflutop neuro-muscular pain in osteochondrosis of the lumbar spine. Feature of our study was that, first, we demonstrated the efficacy of the drug in this Alflutop pronounced neuro-muscular pain in osteochondrosis of the lumbar spine. Second, we found that the administration of the drug by transdermal Alflutop electrophoresis adjacent paravertebral zone effective at neuropathic pain component vertebral pathology. Thirdly, it was found that a combination of NSAIDs and transdermal drug Alflutop by electrophoresis in adjacent paravertebral zone enhances the expression of the therapeutic potential of drugs: clinical and promotes regression of neurological symptoms and syndromes, reduce the intensity of pain and the possibility of a successful rehabilitation measures to enhance motor activity, which in turn significantly improves the quality of life for patients.

**Keywords:** osteochondrosis, electrophoresis.

УДК 616.8-009.7-039.13

## РАЗЛИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ ДОРСАЛГИЙ

Умутбаева Г.А.

ГКБ №7 г. Алматы, Казахстан

**Актуальность.** Современные теоретические представления, как и многочисленные клинические исследования, побуждают к рассмотрению болевых синдромов как системных заболеваний, требующих соответствующего патогенетического комплексного подхода (Богачева Л.А., 2000; Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., 2002; Алексеев В.В., 2003; Хабиров Ф.А., 2006). В настоящее время все большее признание в неврологии находит психосоматический подход, предполагающий восприятие человека в единстве его биологического и психического начал, и определяющий необходимость применения психокорректирующих методов в лечении заболеваний нервной системы (Вейн А.М., 2001). В настоящий момент исследования показывают, что существует взаимодействие между стрессовыми ситуациями, появлением жалоб на боли и переходом болей в хроническую форму (Осипова В.В., 2001; Croft P.R. et al., 2001; Whyte A.S., Niven C.A., 2001).

Анализ современной литературы показал, что хронические боли в спине значительно ухудшают психоэмоциональное состояние больного и могут привести к возникновению тревожно-депрессивных расстройств.

Чем длительнее и интенсивнее болит тот или иной участок тела, тем сильнее «растормаживается» тот отдел нервной системы, который «контролирует» больной участок. Каждый новый приступ боли протряет и облегчает дорогу для следующего болевого пароксизма. Срабатывает так называемая «болевая память».

Нарушение баланса между двумя системами в сторону активации ноцицептивной системы или подавления активности антиноцицептивной системы и приводит к развитию хронического болевого синдрома, а возникающий после тканевого повреждения дисбаланс нейромедиаторов «запускает» механизмы патологических пластических процессов в периферической и центральной нервных системах, приводящих к формированию хронических болевых синдромов, при этом ингибирующее

воздействие оказывается серотонинергическими и норадренергическими структурами. Умеренная кратковременная недостаточность серотонинергических структур приводит к развитию тревоги и боли, при длительно существующем дефиците серотонина может развиваться депрессия. Этим объясняется выраженное анальгетическое действие малых доз антидепрессантов при хроническом болевом синдроме и использование блокаторов обратного захвата серотонина, повышающих концентрацию этого нейротрансмиттера в ядрах ретикулярной формации мозгового ствола, из которых исходят нисходящие тормозящие пути, воздействующие на редукцию боли, в частности, при вертеброгенных болевых синдромах, обусловленных такими распространенными на сегодняшний день нозологиями, как остеохондрозы с компрессионно-корешковыми синдромами и грыжами межпозвоночных дисков. Хроническая боль играет важную роль в появлении суицидальных мыслей и попытках самоубийства. По данным отдельных исследований до 50% неонкологических больных с хроническими болевыми синдромами в определенные моменты имели суицидальные тенденции (Benjamin D., Pincus H., 2000; Fisher B.J. et al., 2001). Многие пациенты с хроническими болями страдают от сексуальных проблем (Fillingim R.B., 2000; Leveille S.G. et al., 2005). Нарушения в сексуальной жизни могут способствовать уменьшению взаимной эмоциональной поддержки между больным и его близкими, углублению депрессии (Ambler N. et al., 2001). Хроническая боль в спине снижает качество жизни пациентов: 30% отказываются от трудовой деятельности, 15% становятся дезадаптированными в повседневной жизни (Gureje O., 2001). Выявлено, что снижение качества жизни больных с хронической дорсалгией обусловлено в основном неудовлетворенностью, связанной с ограничениями в повседневной жизни и физической активности, а также необходимостью лечиться (Новик А.А. с соавт., 2000; Зайцев

В.П. с соавт., 2002).

**Цель исследования.** Дорсалгия также оказывает глубокое неблагоприятное психосоциальное и физическое воздействие на качество жизни пациентов. Необходимо выявить психические расстройства при дорсалгиях.

**Материалы и методы.** В основу работы положены материалы обследования 128 пациентов с болями в шейной, грудной и поясничной областях в качестве ведущих симптомов при остеохондрозах. Критерии исключения: инфекционные и воспалительные поражения позвоночника, опухолевые процессы, остеопороз.

Больные были разделены на 3 группы в зависимости от возраста. Средний возраст больных был от 18 до 65 лет. Из них было 65 женщин и 63 мужчин. Распределение больных по возрасту и полу представлены в таблице 1.

**Таблица 1** - Распределение больных по полу и по возрасту

Пол	16-30 лет		31 – 45 лет		46 – 60 лет		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	10	8%	23	18%	30	24%	63	51%
Женщины	8	6%	28	22%	29	22%	65	49%

Наибольшее количество пациентов представлено в возрастной группе 31-45 лет и 46-60 лет, практически в равных количествах, процентное соотношение мужчин составило 18% и 24% соответственно, процентное соотношение женщин - 22% и 22% также во второй возрастной группе. Таким образом, большинство пациентов, представленных выше, приходится на трудоспособный возраст

В основной группе пациентов при исследовании их согласно критериям МКБ-10, определилось несколько видов нозологий среди психических патологий. При анализе встречаемости психических расстройств у больных с вертеброгенным корешковым болевым синдромом, определилась следующая картина: пациентов с агорафобией - 9, с социальной фобией - 20, со специфической фобией - 28, с генерализованным тревожным расстройством - 14, со смешанным тревожным и депрессивным расстройством - 19 и с обсессивно-компульсивным расстройством - 8 пациентов, как это видно из таблицы 2.1., где приведены показатели абсолютных значений и процентного соотношения нозологий.

**Таблица 2** - Основные клинические формы, при вертеброгенном корешковом синдроме в основной группе

Клинические формы тревоги	Абсолютные значения	%
Агорафобия	9	9
Социальные фобии	20	20
Специфические фобии	28	29
Генерализованное тревожное расстройство	14	14
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	19	20
Обсессивно-компульсивное расстройство	8	8
ВСЕГО	98	100

Наиболее показательное соотношение встречаемости нозологий видно из диаграммы, приведенной ниже.

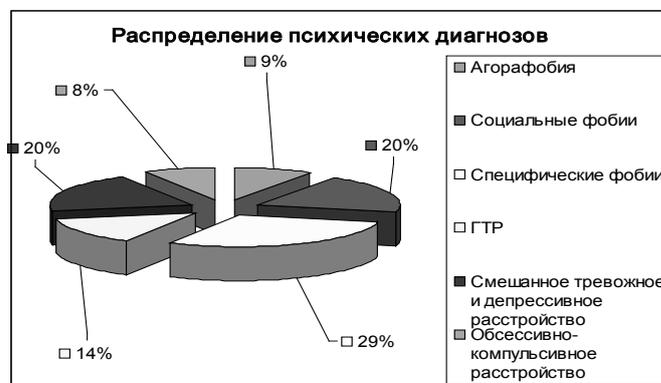


Диаграмма 1. Процентное соотношение психических диагнозов

Все пациенты основной группы помимо представленного деления по психическим нозологиям, делились также по синдромальным формам неврологических диагнозов. Соотношение психических нозологий и синдромальных неврологических диагнозов представлено в виде таблицы ниже.

**Таблица 3** - Соотношение клинических форм психических нозологий и неврологической симптоматики

Клинические формы тревоги	Компрессионно-ишемический с-м	Корешковый с-м	Рефлекторный с-м	ВСЕГО (абс)
Агорафобия	1 (12%)	4 (44%)	4 (44%)	9
Социальные фобии	9 (45%)	6 (30%)	5 (25%)	20
Специфические фобии	11 (39%)	10 (36%)	7 (25%)	28
ГТР	9 (64%)	3 (21%)	2 (15%)	14
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	8 (42%)	8 (42%)	3 (16%)	19
Обсессивно-компульсивное расстройство	3 (38%)	1 (12%)	4 (50%)	8

Как видно из таблицы 3, психические нозологии представлены 6-ю основными диагнозами: агорафобией, социальной фобией, специфической фобией, генерализованным тревожным расстройством, смешанным тревожным и депрессивным расстройством и обсессивно-

компульсивным расстройством. Неврологические группы диагнозов представлены 3-мя синдромами: компрессионно-ишемический, корешковый и рефлекторный.

Агорафобия при компрессионно-ишемическом синдроме характеризовалась следующими признаками:

страх, связанный с пребыванием в общественном месте (в данном случае, в больнице), нарастающее беспокойство по поводу нахождения в общественном месте и невозможности сразу же вернуться домой, неспособность расслабиться, мышечное напряжение, нарушение концентрации, раздражительность, «стеснение в груди» и дискомфорт, инсомния.

*Агорафобия* при корешковом болевом синдроме характеризовалась также страхом невозможности свободного передвижения, в связи с нахождением в больнице, нетерпеливостью, склонностью к затруднению концентрации внимания, нервной дрожью, ощущением комка в горле, стеснением в груди, трудностями засыпания.

А *агорафобия* при рефлекторном болевом синдроме – недовольством ограниченной свободой, в связи с соблюдением больничного режима, ранними пробуждениями, трудностями глотания, сухостью во рту, внутренним напряжением, трудностями засыпания и нарушениями ночного сна.

*Социальная фобия* при компрессионно-корешковом синдроме характеризовалась следующими симптомами: внутренним напряжением, ощущением усталости, страхом испытать излишнее внимание со стороны врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также рассеянностью, робостью, и даже ранимостью.

*Социальная фобия* при корешковом синдроме характеризовалась напряженностью в общении с врачами и медицинским персоналом, зажатостью в коммуникации, пугливостью, избеганию излишнего общения, общение лишь только по экстренной необходимости, а также нарушениями сна.

*Социальная фобия* при рефлекторном синдроме мало отличалась от описанных предыдущих двух форм.

*Специфические фобии* и оказались наиболее многочисленной группой встречающихся расстройств и характеризовались у каждого пациента разными видами фобий, например, такими как: избегание вида крови, избегание и отказ от некоторых видов процедур и манипуляций, связанных с лечением, страх заражения во время манипуляций некоторыми видами инфекций – такими как вирусные гепатиты, венерические заболевания.

Общими расстройствами, имеющими место при *Специфических фобиях* при компрессионно-ишемическом, корешковом и рефлекторном синдроме были следующие расстройства – страх и мрачные предчувствия, одышка, учащенное сердцебиение, тошнота, жидкий стул или учащенное мочеиспускание, внутреннее напряжение, нарушение сна в виде трудности засыпания.

*Генерализованное тревожное расстройство* при компрессионно-ишемическом синдроме характеризовалось следующими симптомами – чувство постоянной нервозности, мышечного напряжения, ощущения внутренней дрожи, пульсации, а также симптомами со стороны вегетативной нервной системой – это сильное сердцебиение, учащенный пульс, потливость, озноб, тремор, ощущение нехватки воздуха, тошнота или абдоминальный дискомфорт, неустойчивость, легкость в голове или предобморочное состояние, ощущение дереализации и деперсонализации (чувство нереальности).

*Генерализованное тревожное расстройство* при корешковом болевом синдроме проявлялось болью или дискомфортом в левой половине грудной клетки, одышкой, ощущением головокружения, ощущением онемения или покалывания (парестезии) в верхних конечностях, ощущением прохождения по телу волн жара или холода, а также ощущением предчувствия каких либо плохих событий, бесперспективность, тревожные мысли о неэффективности лечения, невозможность избавиться от

этих мыслей, затруднение концентрировать внимание, чувствительностью к шуму, головокружение и головная боль.

*Генерализованное тревожное расстройство* при рефлекторном синдроме характеризовалось приблизительно одинаковыми симптомами с вышеперечисленными при корешковом и компрессионно-ишемическом болевом синдроме.

*Смешанное тревожное и депрессивное расстройство* при компрессионно-ишемическом, корешковом и рефлекторном синдроме одинаково проявлялось наличием одновременно как симптомов тревоги, так и симптомов депрессии, при чем ни тревога ни депрессия не являлись доминирующими, а проявлялись в равной мере. Выявленные симптомы: мышечное напряжение, тремор, неспособность расслабиться, головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), нервозность, бессонница, сексуальные нарушения, невозможность сконцентрироваться, ухудшение памяти, быстрая утомляемость, ощущение взвинченности, ожидание неопределенной опасности, а также гиперактивность вегетативной нервной системы, которая выражалась повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением.

*Обсессивно-компульсивное расстройство* проявлялось беспокойством, раздражительностью, различными нарушениями сна (с трудностью засыпания и ранними пробуждениями), изменениями аппетита (как повышение так и отсутствие), нарушениями памяти и концентрации внимания, а также навязчивыми мыслями и представляемыми образами о бесперспективности лечения, о возможности инвалидизации, с которыми самому пациенту очень трудно справиться. Каким-либо критических отличий обсессивно-компульсивных расстройств при компрессионно-ишемическом, корешковом и рефлекторном синдроме не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом, как определяется из приведенных выше данных, наиболее распространенной нозологией из выявленных нами всех психических нозологий являются: F40.1 - Социальные фобии, F40.2 - Специфические фобии, F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство, их процентное соотношение среди психических нозологий составляет 20%, 28% и 19% соответственно приведенным наименованиям диагнозов. Из проведенного анализа психических расстройств выявлено, что тревожные расстройства не обладают какой-либо специфичностью по отношению к разным формам неврологических расстройств.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. М.: Медицина; 2000. – 400 с.
2. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.
3. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. *Невротические расстройства внутренних органов*. — Кишинёв: Штиинца, 1998. — 166 с.
4. Курако Ю.Л., Волянский В.Е. *Пути оптимизации терапии психовегетативного синдрома // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 1992. — Т. 92, вып. 4. — С. 47–50.
5. Левина Т.М. *Показатели госпитализации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами // Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума*. — Томск, 1987. — С. 26–28.
6. Никитин З.А. *Атаракс и генерализованное*

- тревожное расстройство: новая перспектива старого лекарства? Журнал Психиатрия и психофармакология, Т 11, №2, 2006. Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, Российское отделение международной научной организации «Кокрановское сотрудничество»
7. Справочник по формулированию клинического диагноза заболеваний нервной системы/ под. ред. В.Н.Штока, О.С. Левина. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 520 с.
  8. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал 2004; 12 (22): 2–7.
  9. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и её значение для терапии и прогноза. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1986. — 26 с.
  10. Тополянский В.Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
  11. Успенский Ю. П., Балукова Е.В. Патоморфоз тревожного расстройства у больных с дисбиозом кишечника. #07/2009 «Лечащий врач» Медицинский научно-практический журнал.
  12. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
  13. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. — М.: Медицина, 1972. — 280 с.
  14. Чугунов В.С., Васильев В.Н. Неврозы, неврозоподобные состояния и симпатико-адреналовая система. — М.: Медицина, 1984. — 192 с.
  15. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: руководство для врачей. В 2 т. Т I/ под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. — 3-е изд. — М.: Медицина, 2003. — 512 с.
  16. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus group on Depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl. 11): 53–58
  17. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 2003; 65: 963–970.
  18. Goodwin R, Gorman J. Psychopharmacologic Treatment of generalized anxiety disorder and risk of major Depression. *Am J Psychiat* 2002; 159: 1935–7.
  19. Harter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and medical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 313–320.
  20. Kessler R.C., Berglund P.A., Foster C.L., et al. Social consequences of psychiatric disorders, 2: teenage parenthood. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1405–1411
  21. Kucharczyk W.M. Central Nervous system. — Philadelphia, 1990. - P.233
  22. Mayer E.A., Craske M., Naliboff B.D. Depression, anxiety and the gastrointestinal system. *J Clin Psych* 2001; 62 (suppl. 8): 28–36.
  23. Simon J., Lecrubier Y, Ustun TB. Somatic symptoms and psychiatric disorder: an international primary care study. *Rev Contemp Pharmacotherapy* 1996; 7: 279–285.
  24. Waddell G., Main C. J. Illness behavior // *The Back Pain Revolution/ Ed. G. Waddell. - Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999. - P. 155-173.*
  25. Waddell G., Main C. J. Psychologic distress // *Ibid. -P. 173-187.*
  26. Wells K.B., Golding J.M., Burnham NA: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988, 145:980.

### РЕЗЮМЕ

Представлены результаты исследований психических нарушений у больных с дорсалгиями.

### SUMMARY

Results of researches at patients with dorsalgia with presence of test of psychical alarm are presented and methods of their correction are given.

### ТҮЖЫРЫМ

Үрей сезімі бар психикалық өзгерістерді дорсалгиямен ауыраатын науқастарды зерттеу нәтижелері көрсетілген.