
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

А.Е. Барулин., О.В. Курушина

Кафедра неврологии, нейрохирургии
с курсом медицинской генетики, ВолГМУ
пл. Павших Борцов, 1, Волгоград, Россия, 400135
тел. +79114636467, barulin23@mail.ru

Несмотря на многообразие подходов к диагностике алгических проявлений различной локализации, проблема далека от ее окончательного разрешения. Диагностика должна быть экспрессивной, неинвазивной, обоснованной с обязательным учетом как изменений психоэмоциональной и социальной сфер, так и особенностей локомоторного аппарата индивидуума. В работе представлены новые диагностические подходы к выявлению алгических проявлений с учетом психоэмоционального статуса и параметров двигательного стереотипа.

Ключевые слова: диагностика, психоэмоциональной, индивидуума.

Хроническая боль считается самостоятельной нозологической единицей, отличающейся не только длительностью процесса, но и отсутствием прямой зависимости от этиологического фактора, а также резистентностью к традиционной анальгетической терапии [1, 2]. Хронические болевые синдромы, в отличие от острой боли, имеют многокомпонентное происхождение, в основе которого лежат как нарушения морфофункциональных взаимодействий, так и целый ряд эмоциональных, поведенческих и социальных факторов [4]. В настоящее время наблюдается отчетливая тенденция к росту случаев формирования хронических болевых синдромов у лиц молодого возраста. Это связано с нахождением человека в условиях хронического стресса, сложной экологической обстановки, длительных статических нагрузок (статичность позы, локальный дефанс мышц, монотонность работы) [3].

Поэтому при составлении алгоритма диагностики болевых синдромов различной локализации необходимо исследовать состояние организма в комплексе, с учетом как изменений психоэмоциональной и социальной сфер, так и особенностей локомоторного аппарата.

Цель работы: разработать и обосновать комплексный подход к диагностике хронических болевых синдромов различной локализации, как основу составления индивидуальных профилактических программ для предотвращения хронизации болевых проявлений.

Материал и методы. Для выполнения поставленной цели нами было выполнено обследование 115 студентов (из них 59 женщин и 56 мужчина) вузов г. Волгограда в возрасте от 18 до 28 лет. В основную группу были включены 74 человека с хроническими болевыми синдромами различной локализации. Критериями исключения являлись: наличие острой соматической патологии, органические заболевания нервной системы. В группу контроля вошли 41 человек без актуальных болевых синдромов. Группы были сопоставимы по возрастному и половому составу.

У всех обследованных проводилось исследование по следующим направлениям:

1. Изучение психоэмоциональной сферы с помощью общепринятых шкал и методик.
2. Исследование анамнестических данных, социального статуса с помощью собственного опросника, состоящего из 75 вопросов.
3. Клинико-неврологическое обследование с анализом медицинской документации.
4. Классическое мануальное исследование.
5. Определение статодинамических изменений состояния позвоночника разработанным нами способом визуально-оптической диагностики. Способ визуально-оптической диагностики обеспечивает диагностику нарушений как в статической, так и динамической мускулатуре. Наряду с использованием визуальной оценки баланса мышц регионов позвоночника и конечностей проводится оптическая регистрация и анализ границ смещения осей регионов позвоночника и конечностей, включающих общую оценку оси тела в трех проекциях. Оценка смещения осей регионов позвоночника и конечностей проводится по анатомически выделяющимся костным ориентирам (мест прикрепления мышц).

Результаты обрабатывались статистическими методами (Statistica for Windows v. 6.0).

Результаты исследования. Было установлено, что в группе студентов, страдающих хронической болью, наблюдается сходство ряда характеристик психоэмоционального статуса, нарушений двигательного стереотипа, неудовлетворенности собственным социальным положением. При этом не прослеживалось взаимосвязи между вышеуказанными параметрами и локализацией алгического феномена. Надо отметить, что наибольшие различия между основной и контрольной группами были получены по уровням тревоги и депрессии, степени деформации контуров позвоночника, наличию психогений детского возраста, параметрами социального статуса, наличия болевых синдромов в семейном анамнезе. В то же время уровень физических нагрузок и maritalный статус у лиц молодого возраста этих групп практически не отличался (таблицы 1 и 2).

Таблица 1

Уровни тревожности у студентов основной и контрольной групп

| Тревожность | Основная группа | Контрольная группа |
|-------------|-----------------|--------------------|
| Личностная | 39,8 ± 2,1 | 33,8 ± 1,2 |
| Реактивная | 49 ± 1,5 | 35,6 ± 2,1 |

Таблица 2

Уровни депрессии у студентов основной и контрольной групп

| Уровни депрессии | Основная группа | | Контрольная группа | |
|------------------|-----------------|------|--------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Норма | 18 | 24,3 | 29 | 70,7 |
| Мягкая | 38 | 51,3 | 12 | 29,3 |
| Умеренная | 15 | 20,3 | — | — |
| Сильная | 3 | 4,0% | — | — |
| Максимальная | — | — | — | — |

Наиболее значимые результаты визуально-оптического обследования представлены в табл. 3.

Таблица 3

Статодинамические изменения в основной и контрольной группах

| Функциональные нарушения | Основная группа (%) | Контрольная группа (%) |
|---|---------------------|------------------------|
| Функциональное укорочение нижней конечности | 36,5 | 8,1 |
| Нестабильность вертикальной устойчивости | 83,7 | 33,7 |
| Уплотнение сводов стоп | 78,3 | 17,5 |
| Дисбаланс скелетной мускулатуры | 94,5 | 40,5 |
| Ограничение общей подвижности позвоночника | 41,9 | 12,1 |
| Гипермобильность позвоночника | 16,2 | — |
| Нарушение симметрии осанки | 89,3 | 22,9 |

В основной группе: сколиотическая деформация позвоночника — 89%, в то время как в контрольной менее 24%. Сочетание нарушения осанки с асимметрией надплечий, лопаток, и значительное уплощение сводов стоп — 78,6% в основной и 16% — в контрольной соответственно. Наименее встречаемая деформация спины — кругло-вогнутая.

Выводы. В формировании хронических болевых синдромов доминирующую роль играет сочетание поведенческих, характерологических и социальных особенностей личности и нарушение двигательного стереотипа. Это подразумевает включение в алгоритм диагностики данного патологического состояния не только традиционных (клинико-неврологических, нейровизуализационных) методик, но и обязательное исследование психоэмоционального, социального статусов и двигательного стереотипа пациента. Полученные результаты демонстрируют необходимость разработки принципиально новых индивидуальных профилактических программ для предотвращения хронизации болевых проявлений.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Алексеев А.В., Бранд П.Я.* Рекомендации по диагностике, оценке и лечению хронической боли // *Боль*. — Т. 1. — № 18. — 2008. — С. 21—23.
- [2] *Данилов А.Б., Голубев В.Л.* О концептуальной модели перехода острой боли в хроническую // *РМЖ. Специальный выпуск «Болевой синдром»*. — 2009. — С. 11—14.
- [3] *Сквознова Т.М.* Биомеханические исследования позвоночника // *Лечебная физкультура и массаж*. — 2006. — № 9. — С. 44—50.
- [4] *Pruimboom L, van Dam A.C.* Chronic pain: a non-use disease // *Med Hypotheses*. — № 1. — 2007. — P. 16—18.

FUNCTIONAL ASPECTS IN COMPLEX DIAGNOSTICS OF CHRONIC PAIN SYNDROMES

A.E. Barulin, O.V. Kurushina

Chair of neurology and neurosurgery
with the course of medical genetics, VolGMU
sq. Pavshih Borcov, 1, Volgograd, Russia, 400135
tel. +79114636467, barulin23@mail.ru

In work new diagnostic approaches to revealing altical displays taking into account the psychoemotional status and parametres of an impellent stereotype are presented.

Key words: diagnostics, psychoemotional, an individual.