

РЕФЛЕКТОРНАЯ ВОЗБУДИМОСТЬ СЕГМЕНТАРНОГО АППАРАТА СПИННОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛЬГИЕЙ

Ходжиева Дилбар Таджиевна¹

Эгамов Дадажон Бахтиерович²

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7045434>

Аннотация: Фибромиалгия (ФМ) в последние годы заняла прочное место в ряду наиболее актуальных и сложных проблем медицины. Не вызывает сомнения практическое значение ее изучения, так как ФМ является самой распространенной формой хронических миалгических синдромов. Между тем в проблеме ФМ существует много нерешенных вопросов; ее называют мифом, ставя под сомнение реальность ее как самостоятельного заболевания.

Ключевые слова: Фибромиалгия, миофасциальный болевой синдром

Цель исследования: Исследование рефлекторной возбудимости сегментарного аппарата спинного мозга у больных фибромиалгией

Материал и методы: Проведено клиническое и электрофизиологическое обследование 54 больных ФМ (9 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 21 до 50 лет. Диагноз ФМ устанавливался на основании общепринятых критериев и методических рекомендаций. Наряду с общеневрологическим и вертебро-неврологическим обследованием всем пациентам проводилось мануальное тестирование мышечно-суставных и фасциально-связочных структур локомоторной системы.

Результаты исследования: Нейроортопедический анализ обследуемых нами больных ФМ показал, что источником боли может быть значительное число мышечно-связочных структур аксиального скелета и конечностей. Были выявлены следующие зоны и частота болевых ощущений: область краниовертебрального перехода — 100%, область шеи — 82%, плече-лопаточная область — 87%, межлопаточная область — 93%, передняя область грудной стенки — 69%, поясничный отдел позвоночника — 95%, ягодичная область и зона тазобедренных суставов — 87%, переднебоковая поверхность бедра — 65%, область задней поверхности голени — 72%. Локализация диффузная, симметричная или с доминированием конкретных алгических зон. Далее нами был проведен клинический анализ мышц участвующих в оформлении клинической картины МФБС. Анализ результатов данного раздела исследования позволил выявить наиболее типичные варианты и частоту болевых мышечных синдромов: су-праскапулярный синдром — (24%),

межлопаточный болевой синдром (21,4%), склеротомная кефальгия (11,1%), синдром передней грудной стенки — наблюдался у (8,3%), синдром передней лестничной мышцы (7,4%), синдром мышцы, поднимающей лопатку (2,8%), межлестнично-плечевая плексопатия наблюдалась лишь у 1 больного (0,9%), синдром грушевидной мышцы (14,8%), синдром подвздошно-поясничной мышцы (6,5%), синдром мышцы, натягивающей широкую фасцию бедра (2,8%). Средние значения индекса мышечного синдрома составляли у больных ФМ — 8,6 баллов, у больных ФМ с актуальным МФБС — 12 баллов. Средние значения феномена вибрационной отдачи составляли у больных ФМ — 6,2 балла, у больных ФМ с сочетанным МФБС — 8 баллов.

Патологический двигательный стереотип выявлен у 31,5% наблюдавшихся нами больных ФМ: верхний перекрестный синдром (17 больных — 15,7%); нижний перекрестный синдром (10 пациентов — 9,3%); этажный (слоистый) синдром (7 человек — 6,5%). Результаты данного фрагмента исследования показали, что для ФМ характерно повышение возбудимости элементов мо-тонеуронного пула. На это, в частности, указывает снижение порога рефлекторного ответа, а также сокращение диапазона нарастания амплитуды рефлекса от пороговой до максимальной величины. Результаты проведенного исследования амплитудновременных параметров МР больных ФМ показали, что для ФМ с МФБС наиболее характерным является повышение рефлекторной возбудимости нейронов, участвующих в реализации позднего компонента мигательного рефлекса. Известно, что рефлекторная дуга МР включает афференты первой ветви тройничного нерва, эфференты лицевого нерва, ядра этих черепных нервов, а также нейроны ретикулярной формации мозгового ствола. Очевидно, обнаруженные нами изменения параметров МР у больных ФМ свидетельствуют о нарушении рефлекторной возбудимости проприобульбарных нейронов ствола мозга и слабости тормозных влияний со стороны над-сегментарных структур на мотонейронный пул сегментарного аппарата мозга.

Выводы

1. У больных фибромиалгией наряду с чувствительными точками выявляются латентные и активные миофасциальные триггерные пункты, которые участвуют в оформлении клинической картины миофасциальной боли.

2. У 92,% больных фибромиалгией наблюдается модуляция рефлекторной возбудимости спинного мозга. Наиболее характерным ее вариантом является гиперрефлексия (2%) спинальных мотонейронов.
3. Для больных фибромиалгией (7%) характерно повышение рефлекторной возбудимости проприобульбарных нейронов, участвующих в реализации R2 компонента мигательного рефлекса.
4. Сочетанная методика регистрации Н-рефлекса и мигательного рефлекса позволяет эффективно оценивать рефлекторную возбудимость спинальных и супраспинальных отделов нервной системы у больных фибромиалгией.

Литература.

1. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. — Москва: МедПРЕСС, 2007. — 352 с.
2. Иваничев Г.А. Фибромиалгический синдром. — Казань, 2004. — 194 с.
3. Табеева Г.Р. Фибромиалгия / Г.Р. Табеева, С.Б. Короткова, А.М. Вейн // Журн. невропатол. и психиатрии, 2000. — № 4. — С. 65-77.
4. Yunus M.B. Role of central sensitization in symptoms beyond muscle pain, and the evaluation of a patient with widespread pain // Best Pract. Res. Clin. Rheumatol., 2007. — Vol. 3. — P. 451-497.
5. ДБ Эгамов, МИ Камалова. Современные взгляды на клинику и лечения синдрома фибромиалгии// - Scientific progress, 2022