

Тезисы молодых ученых, представленные к X Междисциплинарному международному конгрессу Manage Pain («Управляй болью»)

(14–16 ноября 2019 г., Москва)

Theses of young scientists presented to the X Interdisciplinary International Congress 'Manage the Pain'

(November 14–16, 2019, Moscow, Russia)

Зависимость дебюта мигрени у женщин от возраста менархе

Е. А. Кирьянова (научный руководитель — д.м.н., проф. Г. Р. Табеева)

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Мигрень отмечается у 15% людей в мировой популяции, считается шестым по распространенности заболеванием, оказывающим существенный экономический ущерб, особенно в группе женщин репродуктивного возраста. Исследования показывают увеличение риска дебюта мигрени в связи с ранним менархе.

Цель. Проанализировать взаимосвязь дебюта мигрени и возраста менархе, определить, имеется ли связь менструальной ассоциации приступов с возрастом менархе.

Материалы и методы. Проводились анкетирование 28 женщин репродуктивного возраста, статистическая обработка материала, аналитический обзор литературы.

Результаты. Всего было обследовано 28 женщин репродуктивного возраста с сохраненным менструальным циклом от 18 до 48 лет. Средний возраст — 33,57 года. Все женщины были разделены на три группы в зависимости от возраста менархе: 1-я группа — 10–12 лет ($n = 12$); 2-я группа — 13–14 ($n = 14$); 3-я группа — 15–16 ($n = 2$) лет. Средний возраст первого приступа мигрени в 1-й и 2-й группах оказался практически одинаковым — 20,8 и 20,9 года соответственно. Анализ 3-й группы нерепрезентативен. В 1-й группе полностью отсутствуют пациентки, у которых дебют мигрени отмечался до менархе либо был связан с менархе (± 1 год относительно менархе). Во 2-й группе отмечено 5 (35,7%) случаев дебюта мигрени, ассоциированных с менархе, в том числе три случая дебюта мигрени до менархе. По данным зарубежной литературы, раннее менархе ассоциировано с наличием нерегулярного цикла, синдромом поликистозных яичников, эндометриозом, первичной дисменореей, ранней менопаузой. Действительно, гинекологическая патология чаще отмечалась в 1-й группе (6 [50,0%] случаев из 12), в то время как во 2-й группе только 4 из 14 (28,6%) случая. Количество женщин, которые отмечали связь приступов с менструацией, в 1-й группе — 5 (41,7%), во второй — 6 (42,9%).

Заключение. По предварительным данным, более раннее менархе отмечается у пациенток с мигренью в 42,9% случаев. При более раннем менархе дебют мигрени отмечается позже, нежели при менархе в 13–14 лет, когда в 35,7% случаев наблюдается дебют до менархе или ассоциирован с ним. Гинекологическая патология чаще наблюдается у пациенток с более ранним менархе. На данный момент имеются данные, подтверждающие влияние раннего менархе на формирование менструально-ассоциированной мигрени.

Влияние гиповитаминоза D на хроническую головную боль напряжения

А. А. Колоскова

Кафедра нервных болезней ИПО ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Хроническая головная боль напряжения (ХГБН) является распространенным и одним из наиболее сложных, с терапевтической точки зрения, видов головной боли (ГБ). В научных публикациях последнего десятилетия активно обсуждается участие в патогенезе хронической боли витамина D (VD), являющегося полимодальным фактором нейрогуморальной регуляции. Изучение влияния VD на клинические характеристики ХГБН может способствовать повышению эффективности терапии заболевания.

Материалы и методы. В исследование было включено 103 пациентки с ХГБН в возрасте от 25 до 55 лет, набор которых проводился в ГБУЗ НО «Городская больница № 24 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода». Оценивались параметры ГБ, мышечная болезненность, распространенность болевых ощущений. Уровень VD определяли путем измерения содержания 25-гидроксивитамина D венозной крови пациенток методом хемоллюминесцентного иммунологического анализа на базе лаборатории ООО «ТИАС ЛОТУС» (г. Нижний Новгород). Производилось сравнение показателей в зависимости от уровня VD.

Результаты. Среди женщин с ХГБН выявлена высокая распространенность гиповитаминоза D (73%). При низком уровне VD обнаружены более высокие частота и длительность

ность ГБ ($p < 0,001$) и мышечно-скелетной боли ($p < 0,001$), индексов влияния ГБ на качество жизни ($p < 0,001$) и более ранний возраст дебюта заболевания ($p < 0,001$). Выявлена разница влияния VD на боль в группах женщин разного возраста: в младшей группе зависимыми от уровня VD были почти все показатели боли, где наиболее сильная связь выявлялась с частотой ГБ (r Спирмена = $-0,73$; $p < 0,001$; $n = 53$); в старшей группе чувствительной к VD оказалась только длительность ГБ (r Спирмена = $-0,53$; $p < 0,001$; $n = 50$). Кроме того, для показателей цефалгии, болезненности перикраниальных мышц и распространности болевых ощущений обнаружена специфика их связей с VD, а также особенности динамики с возрастом и стажем заболевания. Частота и длительность ГБ имели эффект суммации негативного влияния стажа и гиповитаминоза и демонстрировали значимость дефицита VD для раннего прогрессирования ХГБН.

Заключение. VD принимает участие в регуляции хронической боли при ХГБН. Гиповитаминоз оказывает негативное влияние на течение ХГБН, способствуя увеличению показателей цефалгии и мышечно-скелетной боли, а также раннему началу и ускорению прогрессирования заболевания.

Влияние трициклических антидепрессантов на лечение хронической боли в нижней части спины

К. Б. Манышева¹, А. М. Гасанова², С. М. Хуталиева¹

¹Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

²Кафедра неврологии имени академика С. Н. Давиденкова ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Хроническая боль — одна из основных проблем современной медицины. Подходы к включению антидепрессантов в ее терапию противоречивы и неоднозначны.

Цель: определить целесообразность включения в схему терапии пациентов с хронической болью в нижней части спины трициклических антидепрессантов.

Материалы и методы. Для контроля терапии на базе многопрофильного стационара мы наблюдали 86 пациентов с хронической болью в нижней части спины, обусловленной вероятными вертеброгенными причинами (подтвержденными данными инструментального исследования), из них мужчин — 37, женщин — 49. Средний возраст пациентов составил $43,6 \pm 0,8$ года. Хроническая боль у пациентов длилась от 2 до 7 лет, 76,7% пациентов ранее получали курсы медикаментозного и немедикаментозного лечения, назначенные специалистами, еще 12,8% лечились самостоятельно препаратами традиционной и народной медицины. У 17 больных в анамнезе отмечалось нейрохирургическое лечение предположительных причин возникшего болевого синдрома.

Результаты. В соответствии с проводимой терапией пациенты были разделены на две группы: в I вошли 46, во II — 40 пациентов. С учетом смешанного типа болевого синдрома пациенты обеих групп в равной степени получали противовоспалительные препараты, витамины группы В, в ряде случаев к ним добавляли анальгетики, миорелаксанты, в единичных случаях — антигистаминные, антихолинэстеразные препараты, ангио- и хондропротекторы. Пациенты II группы дополнительно получали трициклический антидепрессант amitриптилин в начальной дозировке 12,5 мг с последующим индивидуальным титрованием дозы. Динамика болевого синдрома составила уменьшение интенсивности по ВАШ у пациентов I группы в среднем на $3,1 \pm 1,3$ балла, во II группе — $3,7 \pm 1,5$ балла. У пациентов I группы уровень депрессии по шкале Бека интерпретировался как легкая депрессия (14–19 баллов) у 14, умеренная депрессия (20–28 баллов) — у 4 пациентов; во II группе — у 17 и 2 пациентов соответственно. После проведенной терапии отмечался регресс проявлений по шкале Бека в I группе на $5,8 \pm 3,6$ балла, во II группе — на $6,7 \pm 2,1$ балла.

Заключение. С учетом биопсихосоциального подхода к терапии хронического болевого синдрома мы считаем целесообразным назначение трициклических антидепрессантов для получения более выраженного клинического эффекта.

Состояние скелетных мышц при хронической неспецифической боли в нижней части спины

Д. О. Рожков

Клиника нервных болезней имени А. Я. Кожевникова (I неврологическое отделение) ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. По статистике, около 40% пациентов с хронической неспецифической болью в нижней части спины (ХНБНЧС) не удается подобрать эффективного обезболивания. Одним из эффективных способов обезболивания является локальное воздействие на источники ноцицептивной импульсации растворами местных анестетиков с или без глюкокортикостероидов — фасеточные суставы (ФС), крестцово-подвздошные сочленения (КПС), миофасциальные триггерные точки (МТТ) с дальнейшей кинезиотерапией.

Цель исследования: оптимизировать диагностику и подходы к лечению миофасциального болевого синдрома (МФБС) у пациентов с ХНБНЧС.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Клиники нервных болезней имени А. Я. Кожевникова. В исследование включены 121 пациентка с диагностированной ХНБНЧС. Проведено комплексное клиническое, неврологическое, нейроортопедическое обследование. С учетом выявленных результатов оценки нейроортопедического статуса предположен ведущий ноцицептивный

паттерн болевого синдрома. Для верификации в область предполагаемого паттерна двухкратно выполнялось локальное введение растворов местных анестетиков разной продолжительности действия под рентгеновским или ультразвуковым контролем. МТТ выявлялась при помощи УЗИ мышцы, выпрямляющей позвоночник. У 16 пациентов из верифицированной МТТ произведена биопсия. Выполнено морфологическое исследование, иммуногистохимическое типирование мышечных волокон, ДСН-гель-электрофорез для оценки гигантских белков саркомерного цитоскелета (титина и небулина). Группа контроля — трое здоровых добровольцев.

Результаты. По результатам клинической оценки и последующей верификации местным анестетиком выявлено, что в 31,15% случаев встречается сочетание МФБС и суставного синдрома, изолированное поражение ФС и КПС в 22,95 и 24,60% соответственно. МФБС диагностирован в 16,40% случаев, в 4,09% случаев диагностирован психогенный характер боли. В 93,30% случаев введение местного анестетика позволяет преодолеть кинезиофобию и расширить объем физической активности. При морфологическом исследовании биоптата мышечной ткани не выявлено признаков деструкции и воспалительной инфильтрации. Иммуногистохимическое типирование мышечных волокон выявило трансформацию миозинового фенотипа в сторону увеличения доли мышечных волокон, содержащих «быстрые» тяжелые цепи миозина (ТЦМ) II типа. При этом иммунофлуоресцентный анализ показал достоверное уменьшение размера волокон, содержащих «медленные» ТЦМ II типа. Результаты ДСН-гель-электрофореза выявили снижение содержания титина (Т1) и небулина — гигантских белков саркомерного цитоскелета, участвующих в поддержании высокоупорядоченной саркомерной структуры и сократительной способности мышцы. При этом снижение содержания Т1 сопровождалось увеличением содержания Т2-фрагментов — продуктов деградации Т1 вследствие повышенного протеолиза этого белка.

Заключение. Верификация ноцицептивного паттерна и локальное введение местного анестетика позволяют быстрее уменьшить боль, преодолеть кинезиофобию, расширить объем физической активности. Результаты морфологического и морфометрического исследований свидетельствуют о структурно-функциональной перестройке мышцы, вовлеченной в патологический процесс. Выявленные изменения зависят от уровня физической активности и имеют потенциально обратимый характер, что используется для оптимизации кинезиотерапии.

Особенности поражения периферической нервной системы при системном амилоидозе

Э. И. Сафиулина¹, Н. С. Щеглова²

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ²Клиника нервных болезней имени А. Я. Кожевникова ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Среди системных заболеваний особое место занимают первичный AL- и наследственный транстретиновый амилоидоз (hATTR), в основе патогенеза которых лежит отложение патологического белка — амилоида. Многообразие клинических фенотипов приводит к поздней постановке диагноза и делает обоснованным междисциплинарный подход к изучению данной проблемы. К характерным неврологическим проявлениям относится сенсорно-моторная полиневропатия, сопровождающаяся в большинстве случаев поражением автономной нервной системы. Периферическая невропатия характеризуется прогрессирующим течением, приводя к инвалидизации пациента, что делает актуальной проблему ранней диагностики амилоидоза.

Цель: оценить клинические проявления и нейрофизиологические особенности поражения периферической нервной системы при системном амилоидозе.

Материалы и методы. Обследовано 19 пациентов с AL-амилоидозом и 11 пациентов с hATTR. Средний возраст в группе пациентов с AL-амилоидозом составил $59,3 \pm 10,6$ года (соотношение мужчин и женщин: 7: 12), средняя продолжительность заболевания — $3,3 \pm 2,5$ года. В группе с hATTR средний возраст — $57,7 \pm 12,2$ года (соотношение мужчин и женщин: 5: 6), средняя продолжительность заболевания — $5,7 \pm 3,1$ года. Всем пациентам было проведено клиническое неврологическое обследование. Нейрофизиологическое обследование включало стимуляционную электромиографию.

Результаты. При неврологическом обследовании в группе пациентов с hATTR в 10 случаях из 11 (91%) отмечались клинические проявления дистальной симметричной сенсорной или сенсорно-моторной полиневропатии, в 4 (36%) случаях — множественные туннельные невропатии. Признаки поражения автономной нервной системы были выявлены у 9 (82%) пациентов. При неврологическом обследовании у пациентов с AL-амилоидозом в 4 (36%) случаях выявлена дистальная преимущественно сенсорная полиневропатия, в 4 (36%) случаях — множественные туннельные невропатии. Признаки поражения автономной нервной системы отмечались у 8 (42%) пациентов. По данным нейрофизиологического обследования, признаки периферической невропатии были объективизированы у всех больных, причем в случаях hATTR сенсорно-моторная полиневропатия выявлялась у 8 из 11 (73%) пациентов, множественная туннельная невропатия — у 5 пациентов из 11 (45%), при AL-амилоидозе сенсорно-моторная полиневропатия — у 9 пациентов из 14 (64%), множественная туннельная невропатия — у 11 из 14 пациентов (79%).

Заключение. Основными симптомами поражения являются прогрессирующая сенсорно-моторно-вегетативная полиневропатия и множественная туннельная невропатия. Данные нейрофизиологического обследования позволяют выявить у пациентов субклиническую стадию невропатии и объективизировать характер поражения.

Особенности клинической картины синдрома хронической тазовой боли у женщин разного возраста

С. Б. Ханмурзаева, Б. А. Абусуева, Н. Б. Ханмурзаева

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

Введение. Эмоционально-аффективные нарушения часто сопровождают болевые синдромы различной этиологии и локализации. Наличие аффективных расстройств видоизменяет клиническую картину заболевания, делает течение его более сложным и требует решения о выборе дополнительной терапии.

Цель исследования: изучение вегетативных и аффективных нарушений у женщин с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) из различных возрастных групп.

Материал и методы. Обследовано 80 женщин с СХТБ, 1-я группа — 40 пациенток детородного возраста с сохраненным менструальным циклом ($35,9 \pm 7,5$ года), 2-я группа — 40 пациенток в постменопаузальном периоде ($62,1 \pm 8,2$ года); контрольные группы составили 50 здоровых женщин, сопоставимых по возрасту с основными группами, не страдавших СХТБ-болью.

Результаты. При оценке уровня коморбидности оказалось, что значения обоих показателей были достоверно выше у больных 2-й группы (различия достоверны — $p < 0,05$). Кроме того, было установлено, что показатели ка-

чества жизни были достоверно снижены у пациентов с более высокими значениями индексов CIRS и ИКК. Значимыми оказались различия при исследовании выраженности ситуационной тревожности: значения указанного показателя у пациенток 1-й и 2-й групп соответствовали уровню умеренной тревожности, при том что у пациенток 2-й группы значения показателя оказались в среднем на 18,2% выше ($p < 0,05$). Кроме того, показатели уровня ситуационной тревожности у женщин 1-й и 2-й групп достоверным образом отличались от соответствующих показателей контрольных групп. Выраженной оказалась степень депрессивных нарушений у больных 2-й группы. Значения данного показателя достоверным образом превосходили соответствующие значения у пациентов 1-й ($p < 0,05$), а также контрольной ($p < 0,05$) групп. Имела место положительная корреляционная связь между выраженностью депрессивного расстройства, с одной стороны, и интенсивностью болевого синдрома и его длительностью, с другой ($r = 0,477$; $p < 0,05$ и $r = 0,502$; $p < 0,05$ соответственно).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о значительной распространенности аффективных нарушений у женщин с СХТБ, при этом у более молодых пациентов преобладают тревожные нарушения (ситуационная тревожность), тогда как у женщин старшего возраста — депрессивные расстройства. Полученные данные могут быть использованы для выбора оптимальной терапевтической тактики.

Врачи предлагают включить применение витаминов группы В в национальные рекомендации лечения болей в спине

В рамках X Междисциплинарного международного конгресса *Manage pain* («Управляй болью!»), состоявшегося в Москве 14–16 ноября 2019 года, прошел симпозиум «Снижение болевого синдрома при дорсалгии: путь думающего клинициста».

По данным исследований, боль в спине является второй по распространенности причиной временной нетрудоспособности¹. Это связано с образом жизни, особенностями физических нагрузок и другими факторами. В России практически каждый второй пациент обращается в поликлинику в связи с болью, при этом в половине таких обращений присутствует жалоба на боль в спине².

Ан. Б. Данилов, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, председатель совета экспертов Ассоциации междисциплинарной медицины, главный редактор журнала «Управляй болью» выступил с докладом «Резервы снижения болевого синдрома: простые ответы возможны». «Добавление Мильгаммы как ко-анальгетика к НПВП у пациентов с болью в спине позволяет не только уменьшить неврологическую симптоматику быстрее и эффективнее, но и значительно повышает безопасность терапии за счет сокращения потребности в НПВП», — отметил он

С докладом «Мышечно-скелетные боли в спине: преодолеваем стереотипы» выступил Д. А. Искра, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова: «Оценивая удовлетворенность

лечением пациентов с мышечно-тоническим синдромом, следует отметить почти вдвое более высокую удовлетворенность терапией пациентов, получивших комбинацию НПВП и ко-анальгетика Мильгамма в сравнении с группой монотерапии НПВП».

В выступлении «Ко-анальгетики в лечении боли: модно или необходимо?» д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Казанского государственного медицинского университета Э. З. Якупов подчеркнул, что терапия дорсалгии всегда носит комплексный характер. Врач стремится в максимально сжатые сроки купировать боль и снизить ее хронификацию, с чем прекрасно справляются витамины группы В в комбинации с НПВП. «На мой взгляд, использование высокодозных витаминов группы В (Мильгамма) в качестве ко-анальгетиков при лечении острой боли необходимо включить в национальные рекомендации», — подчеркнул он.

Ссылки

1. Hall H., McIntosh G. Low back pain (acute) // Clin. Evid. 2008. P. 1102–1108.
2. Яхно Н.Н., Кукушкин М.А., Чурюканов М.В., Сыровегин А.В. Результаты открытого мультицентрового исследования «МЕРИДИАН» по оценке распространенности болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей. Российский журнал боли. 2012; (3) : 10–4.