

Тезисы молодых ученых, представленные к IX Междисциплинарному международному конгрессу Manage Pain («Управляй болью») (15–17 ноября 2018 г., Москва)

Theses of young scientists presented to the IX Interdisciplinary International Congress 'Manage the Pain' (November 15-17, 2018, Moscow, Russia)

Эффективность лечения синдрома дорсалгии при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника

П. М. Абдусаламова, А. М. Гасанова, К. Б. Манышева
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Дорсалгия является одной из наиболее частых причин обращения пациента к терапевту и неврологу. Особенно пристального внимания требуют пациенты с трансформацией острой боли в хроническую на фоне проводимого медикаментозного, немедикаментозного и даже хирургического лечения.

Цель. Исследовать эффективность терапии дорсалгии у пациентов с острой и хронической болью.

Материалы и методы. На базе республиканской клинической больницы нами обследованы 100 пациентов с дорсалгией. Средний возраст составил 45 лет. Соотношение мужчин и женщин — 2:3.

Результаты. Среди обследованных нами пациентов 14 обратились в больницу с острой болью. У остальных боль была хронической, от которой пациенты страдали от 2 до 7 лет. 66 пациентов получали медикаментозную терапию по поводу боли в спине ранее. У 17 больных в анамнезе отмечалось нейрохирургическое лечение предположительных причин возникшего болевого синдрома. В рамках стационарного лечения все пациенты получали комплексную терапию. В 98 случаях были назначены нестероидные противовоспалительные средства. 45 пациентов получали также противовоспалительную терапию глюкокортикоидами. Анальгетики самостоятельно или в составе литической смеси присутствовали в плане терапии 74 больных. Отдельное назначение антигистаминных препаратов отмечено в девяти случаях. Хондропротекторы в стационаре получили 19 пациентов, остальным их назначение было отложено до амбулаторного этапа долечивания. Витамины группы В получали все пациенты. Более чем в половине случаев были назначены трициклические антидепрессанты, каждый третий пациент получал миорелаксанты. Ангиопротекторы и антихолинэстеразные препараты назначались в считанных случаях. Кроме того, абсолютное большинство пациентов получали немедикаментозное лечение. К сожалению, приходится констатировать низкую эффективность стационарного лечения. У 14 пациентов отмечалось резкое снижение интенсивности боли вплоть до полного ее исчезновения и восстановления двигательной активности. Еще восемь пациентов отметили уменьшение боли в состоянии покоя. Остальные пациенты не отмечали какого-либо эффекта от лечения.

Заключение. Неспецифическая боль в спине является серьезной проблемой современной медицины, требующей серьезного биопсихосоциального подхода к ее решению и значительного пересмотра традиционных схем терапии.

Боль и коморбидная патология при артрогрипозе

О. И. Агаркова

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Актуальность. Артрогрипоз (*arthrogryposis*; греч. *arthron* — сустав и *gryposis* — искривление) — врожденное заболевание, характеризующееся контрактурами двух и более крупных суставов несмежных областей, а также поражением мышц и спинного мозга. На настоящий момент частота встречаемости заболевания составляет около 1 случая на 3 тыс. новорожденных, что является весьма частым заболеванием, в то время как в Австралии — 1 на 12 тыс. новорожденных, в Шотландии — 1 на 56 тыс. новорожденных. Причины артрогрипоза полностью не изучены. На настоящий момент определены некоторые предикторы заболевания, такие как инфекции, применение лекарственных препаратов, хронические заболевания матери, выкидыши, аборт, наследственная предрасположенность и прочие.

Целью нашего исследования было проанализировать наличие болевого синдрома при артрогрипозе и возможность его коррекции.

Материалы и методы. Нами были проанализированы 7 пациентов с установленным диагнозом артрогрипоз в возрасте от 6 до 14 лет. Из них болевым синдромом различной интенсивности страдали 5 человек. Болевой синдром был локализован в шейно-грудном отделе позвоночника и составлял по ВАШ $4,0 \pm 0,25$ балла. Индекс мышечного напряжения по Хабирову составил $8,0 \pm 0,5$ балла. В рамках исследования и коррекции основного заболевания пациентам были выполнены индивидуальные корсеты с экзоскелетом «ЭКЗАР». Пациентам были предложены занятия в аппарате с постепенным увеличением времени и интенсивности нагрузки. Пациенты также продолжили плановые занятия ЛФК и ФТЛ в объеме, назначенном лечащим врачом.

Результаты. Через 30 дней была произведена оценка показателей. На фоне увеличения объема движения в верхних конечностях, улучшения функции самообслуживания было выявлено снижение болевого синдрома в шейно-грудном отделе позвоночника, по ВАШ показатель составил $2,00 \pm 0,45$, индекс мышечного напряжения по Хабирову: $3,0 \pm 0,15$ балла.

Заключение. Распространенность болевого синдрома при артрогрипозе достигает почти 80% случаев, что является частой коморбидной патологией, которой, к сожалению, не уделяется достаточного внимания. Возможность применения экзоскелета «ЭКЗАР» при артрогрипозе приводит к нормализации биомеханики двигательного акта в верхнем плечевом поясе, снижению осевой нагрузки на позвоночник, что ведет к снижению болевого синдрома, тем самым сокращая потребность в медикаментозной коррекции боли.

Распространенность и характеристика хронического болевого синдрома среди молодого населения

Л. К. Афанасьева, К. А. Багирян, К. С. Доронина
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск

Актуальность темы исследования. Боль сопровождает 70% всех известных заболеваний и патологических состояний. Но в то время как острая боль обычно является симптомом заболевания или травмы, хроническая боль является отдельной нозологической единицей, которая наносит ущерб не только больному, но и обществу в целом и поэтому признается одной из ведущих проблем современной медицины. Боль способна не только значительно менять качество жизни человека, в ряде случаев она способна лишить его жизни.

Цель данной работы заключается в оценке распространенности и характеристике хронического болевого синдрома (ХБС) среди молодого населения.

Материалы и методы. Было проведено онлайн-анкетирование на основе валидизированных в России опросников и шкал: опросника по боли painDetect (2005); опросника Douleur Neuropathique 4 questions (DN4, 2004); болевой шкалы Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs (LANSS, 2001); шкалы VAS (Visual Analogue Scale, 1974). В исследовании участвовали люди трех возрастных групп: 18–24, 25–30, 31–35 лет.

Результаты. Был опрошен 101 человек, трех возрастных групп: 18–24 (71,3%), 25–30 (19,8%) и 31–35 лет (8,9%). Среди опрошенных было 25,7% мужчин и 74,3% женщин. Среди респондентов 63,4% испытывали болевой синдром более трех месяцев вне связи с предшествующей травмой, операцией или инфекционным заболеванием. Были получены результаты по частоте локализации болевых синдромов — волосистая часть головы (44,6%), шейный отдел (36,9%), поясничный отдел позвоночника (29,2%); характеру боли — ноющая (50,8%), давящая (29,2%), пульсирующая (27,7%), стреляющая (21,5%), сжимающая боль (20%); распространенности нейропатического компонента (14,8%); интенсивности боли; продолжительности боли; влиянию на сон и активное бодрствование. Также выяснялась взаимосвязь ХБС с эндометриозом и альгоменореей у женщин.

Заключение. Значительная часть молодого населения испытывает ХБС (63,4%). Нейропатический компонент ХБС, согласно анкетам, можно заподозрить у 14,8% рес-

пондентов. Установлена взаимосвязь ХБС с альгоменореей или эндометриозом у женщин. Наиболее распространенные виды хронических болей у молодых — головная боль напряжения (44,6%) и скелетно-мышечные боли (46,5%). Перспективным представляется дальнейшее изучение развития ХБС у респондентов в зависимости от различных биосоциальных факторов.

Вестибулярные нарушения при мигрени

Д. М. Гассиева, Г. Р. Табеева

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

Обоснование. Головные боли и головокружение — одни из самых распространенных расстройств в популяции. Нередко они сочетаются у одного и того же пациента, что позволяет предполагать существование определенной связи между ними. Ассоциация головокружения и мигрени встречается чаще, чем в популяции (3,2%) и имеет двунаправленный характер. Помимо этого можно выделить и другие мигрень-ассоциированные вестибулярные расстройства. Изучение особенностей такой взаимосвязи может прояснить патофизиологические механизмы как мигрени, так и вестибулярных нарушений, что делает подобные исследования весьма актуальными.

Цель исследования. Выявить и изучить частоту вестибулярных нарушений — как скрытых, выявляемых при клиническом и инструментальном обследовании, так и явных (синдром укачивания, высотная болезнь, непереносимость движения головой) у пациентов с мигренью, что поможет повысить качество топической диагностики причин головокружения и других вестибулярных расстройств при мигрени.

Материалы и методы. Проводится обследование 50 пациентов (средний возраст $43,160 \pm 1,917$ года) с различными формами мигрени без головокружения (возраст начала головной боли $17,110 \pm 1,534$ года). Группы пациентов: I — с мигренью без головокружения с вестибулярными жалобами; II — с мигренью без вестибулярных жалоб.

Методы исследования. Клинико-неврологическое обследование, нейровестибулярное обследование (исследование спонтанного нистагма, позиционные пробы Семонта, Дикса-Холпайка, Макклюра-Пагнини, проба Хальмаги, проба со встряхиванием головы, проба Ромберга, проба Фукуда), инструментальные исследования (МРТ головного мозга, видеонистагмография), анкетирование (специально разработанная анкета, при помощи которой устанавливалось наличие вестибулярных жалоб, шкала оценки головокружения ДН1, шкала депрессии Бека, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, индекс тревожной чувствительности, опросник для выявления агорафобии, шкала влияния вестибулярных расстройств на повседневную активность VADL).

Результаты. При сравнении двух групп пациентов с хронической и эпизодической мигренью оказалось, что вестибулярные жалобы встречаются практически с одинаковой частотой в обеих группах: как с аурой, так и без

нее у 58,1% (достоверность различия менее 0,005). Однако только у пациентов с хронической мигренью (9,3%) отмечались жалобы на морскую болезнь. В ходе исследования было установлено, что выявленные при видеонистамографии вестибулярные нарушения центрального характера в пробах на плавное слежение и оптокинетический нистагм характерны больше для хронической мигрени и мигрени с аурой (67,4%).

Заключение. Из нашего исследования видно, что пациенты с мигренью без головокружения предъявляют различные вестибулярные жалобы, а также выявляются субклинические вестибулярные нарушения центрального при специальном инструментальном исследовании, что позволяет предположить участие центральных механизмов развития вестибулярных жалоб.

Эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии при различных видах первичных головных болей у подростков

Т. А. Грильборцер, М. А. Калетюк

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Актуальность. Течение первичных головных болей (ГБ) связано с коморбидными расстройствами, особенно с тревогой и депрессией. Среди терапевтических подходов ведущую роль играет фармакотерапия.

Цель исследования. Оценить эффективность КПТ в лечении коморбидных расстройств при различных видах первичных ГБ у подростков.

Материалы и методы. На базе неврологического отделения ЧОДКБ боли обследованы 49 пациентов. Медиана возраста составила 13 лет. Все исследуемые были обследованы неврологом, диагноз установлен в соответствии с критериями МКГБ-36. Группа опыта включала 31 человека, контроля — 18 человек. Для пациентов опытной группы в стационаре регулярно применялись следующие методы КПТ: эмоции, «взмах», тест пяти колонок, миорелаксация по Джексону, упражнение «лифт». Перед началом терапии была предложена анкета, включающая в себя личную оценку ребенком его настроения и тревоги за возникновение ГБ, тест М. Ковач для оценки исходного уровня депрессии. По окончании терапии была предложена заключительная анкета, в которой дети повторно оценили уровень своего настроения и тревоги за возникновение ГБ, заинтересованность в проведении КПТ, а также тест CEF-DS для оценки уровня депрессии. Пациентам контрольной группы предлагалось оценить свое настроение и тревогу за возникновение ГБ, а также уровень депрессии по средствам теста М. Ковач в начале и CEF-DS в конце пребывания в стационаре. Оценка проводилась дважды с интервалом семь дней.

Результаты и их обсуждение. Группа опыта. Динамика изменения коморбидных расстройств: настроение улучшилось у 39%, не изменилось — 45%, ухудшилось — 16%; тревога: улучшение — 64%, не изменилась — 23%,

ухудшилась — 13%; депрессия улучшилась у 58%, не изменилась — 26%, ухудшилась — 16%. У пациентов с М в большей степени улучшались показатели депрессии — 70%; у пациентов с ГБН показатели тревоги — 68% детей. В группе контроля: настроение улучшилось у 17%, не изменилось — 44%, ухудшилось — 39%; тревога: улучшение — 11%, не изменилась — 67%, ухудшилась — 22%; депрессия улучшилась у 28%, не изменилась — 33%, ухудшилась — 39%.

Выводы. В группе контроля показатели чаще ухудшались или не изменялись, тогда как в группе опыта показатели достоверно улучшались. При этом при ГБН КПТ оказывает большее влияние на показатели тревоги, а при М — на снижение уровня депрессии.

Клиническая диагностика туннельных синдромов у лиц с хронической тазовой болью

В. В. Думцев

ФУВ ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Актуальность. С целью диагностики компрессионных ишемических синдромов традиционно используются такие дорогостоящие и высокотехнологические методы, как ЭНМГ, МРТ, УЗИ и др. При этом проведение высокотехнологичных методов не гарантирует определения клинически значимых компрессионных синдромов без прицельного изучения невральных структур. При диагностике синдрома хронической тазовой боли мало внимания уделяется клиническим диагностическим тестам, позволяющим определить характер и уровень поражения без применения высокотехнологичных методов.

Цель исследования. Оценить возможности применения клинических диагностических тестов у пациентов с туннельными синдромами тазового региона.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 31 человек в возрасте от 20 до 62 лет — 22 женского пола и 9 мужского пола. Был проведен комплекс исследований: сбор жалоб, анамнеза, неврологический осмотр, тестирование по DN4, визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Проводились тесты компрессии поверхностных нервов (симптом Гольдберга) и диагностическое растяжение глубоких мышц и связок тазового региона.

Результаты. У 6 из 31 пациента (19,3%) были выявлены признаки нейропатического болевого синдрома. При диагностических тестах признаки компрессии тазовых нервов распределились следующим образом: бедренно-полового нерва — у 4 пациентов (66%), внутреннего срамного нерва — у 1 пациента (16%) и компрессия наружного кожного нерва бедра — у 1 (16%) пациента, у 1 пациента (16%) наблюдались признаки истинного недержания мочи легкой степени. Средний балл по ВАШ в группе пациентов с нейропатическим болевым синдромом до проведения тестов на растяжение составлял $5,5 \pm 1,4$ балла, после проведения тестов — $4,0 \pm 1,6$ балла. При этом 3 пациента (50%) отметили значительное умень-

шение боли, 2 (34%) — незначительное уменьшение и 1 (16%) — не отметил уменьшения интенсивности болевого синдрома.

Заключение. Клинические тесты, обладая высокой специфичностью, позволяют быстро и точно определить направление дальнейшей инструментальной диагностики, а во многих случаях и не применять высокотехнологичные методы исследования. Клинические тесты не требуют финансовых и больших временных затрат и должны применяться врачами-неврологами при рутинном осмотре пациента с тазовой болью.

Сравнительный анализ эффективности лечебных подходов к ведению пациентов с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией

М. А. Иванова

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

Дискогенная радикулопатия характеризуется интенсивным болевым синдромом, приводящим к снижению качества жизни пациентов. Рассматриваются хирургический и консервативный методы лечения данного заболевания, однако оптимальная тактика ведения больных остается дискуссионной.

Цель. Изучение эффективности консервативного и хирургического лечения пациентов с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией.

Материалы и методы. Проспективное динамическое наблюдение в течение года пациентов с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией на фоне двух лечебных подходов. В группе 1 ($n = 27$, 11 мужчин, средний возраст — $38,9 \pm 2,3$ года) проводилось комплексное консервативное лечение с применением эпидурального введения стероидов с местными анестетиками. В группе 2 ($n = 32$, 18 мужчин, средний возраст — $42,7 \pm 2,1$ года) проводилось нейрохирургическое вмешательство. Исходно показатели групп не различались.

Результаты. В 1-й группе отмечено снижение средней интенсивности боли в спине по цифровой рейтинговой шкале с 6,4 до 1,5 балла через 7–14 дней, через 12 месяцев — до 0,7 балла ($p < 0,001$ по сравнению с исходным). Уменьшилась средняя интенсивность боли в ноге: с 6,8 до 2,1 балла в краткосрочном периоде, через 12 месяцев — до 0,5 балла ($p < 0,001$). Показано снижение степени нарушения функционального статуса: индекс Освестри до лечения — 57,3%, через 7–14 дней — 19,7%, через год — 8,3% ($p < 0,001$). Во 2-й группе также снизилась средняя интенсивность боли в спине с 4,9 до 1,9 балла через 7–14 дней, через 12 месяцев — до 1,0 балла ($p < 0,001$). Уменьшилась средняя интенсивность боли в ноге: с 7,2 до 0,9 балла в краткосрочном периоде, через 12 месяцев — до 0,9 балла ($p < 0,001$). Улучшились показатели функционального статуса: индекс Освестри

до лечения — 57,1%, через 7–14 дней — 24,1%, через год — 10,0% ($p < 0,001$). При наблюдении в течение года в обеих группах отмечалось статистически значимое ($p < 0,001$) уменьшение психоэмоциональных расстройств, улучшение показателей качества жизни. При сравнении показателей двух групп в динамике значимо различалась интенсивность боли в ноге в краткосрочном периоде (2,1 против 0,9; $p = 0,003$), однако уже к трем месяцам различия стерлись. При наблюдении в течение года не получено статистически значимых различий между группами в отношении интенсивности боли в спине, показателей функционального статуса, тревоги, депрессии, качества жизни.

Заключение. Существенное улучшение состояния пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией наблюдается как при консервативном, так и хирургическом лечении. Хирургический подход позволяет быстрее снизить интенсивность боли в ноге, однако он не показал преимуществ в отдаленном периоде.

Новые возможности оптимизации противоболевой терапии у пациентов мужского пола с андрогенодефицитом и сопутствующей хронической неспецифической болью в спине

Р. Р. Ильясов

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Одной из приоритетных задач современной медицины является обеспечение оптимального лечения пациентов с хронической болью. С целью повышения качества и эффективности противоболевой терапии необходима тактика индивидуального подхода в медицине боли, в том числе с учетом различий в уровне половых гормонов.

Цель. Оценка роли половых гормонов (препаратов тестостерона и хорионического гонадотропина) в лечении болевого синдрома у пациентов мужского пола с андрогенодефицитом и сопутствующей хронической неспецифической болью в спине.

Материал и методы. Обследованы 68 пациентов мужского пола на приеме врача-уролога и эндокринолога. Средний возраст пациентов — $45,2 \pm 12,6$ года. Исследование включало два этапа: 1) изучение структуры болевых синдромов у пациентов мужского пола на приеме врача-уролога и врача-эндокринолога; 2) изучение возможного влияния повышения уровня общего тестостерона в крови пациента на уровень боли и другие клинические показатели с применением препаратов тестостерона и (или) хорионического гонадотропина.

Результаты. Распространенность болевых синдромов среди пациентов мужского пола на приеме врача-уролога и врача-эндокринолога составляла 66%. Структура болевых синдромов была представлена: 1) головной болью у 24% пациентов; 2) болью в спине у 20% пациентов; 3)

болью в суставах у 14% пациентов; 4) болью в мышцах у 8% пациентов. Коррекция андрогенодефицита у пациентов мужского пола с сопутствующей хронической неспецифической болью в спине статистически достоверно приводила к снижению выраженности боли, степени нарушения жизнедеятельности, уровня депрессии и ситуативной тревожности среди. Наиболее благоприятные целевые значения уровня общего тестостерона в крови у пациентов мужского пола, соответствующие отсутствию или минимальным жалобам на наличие боли, составляли более 22,0 нмоль/л.

Заключение. Полученные результаты дают основание считать перспективным практическое использование препаратов, способствующих повышению уровня тестостерона в крови (препараты тестостерона и [или] хорионического гонадотропина) для оптимизации противоболевой терапии у пациентов мужского пола с андрогенодефицитом и сопутствующей хронической неспецифической болью в спине.

Кинезиотейпирование в комплексной терапии миофасциальной лицевой боли

Б. М. Калинин

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Актуальность. На сегодняшний день особая роль в лечении лицевой боли отведена поиску немедикаментозных методов лечения, и кинезиотейпирование (КТ) — одно из этих направлений.

Цель. Оценить эффективность кинезиотейпирования в восстановлении функции орофациальной мускулатуры и болевой активности при миофасциальной лицевой боли.

Материалы и методы. Обследованы 63 человека с миофасциальными лицевыми болями (МЛБ). Для коррекции использовались мышечные и лимфодренажные техники КТ. Оценка влияния кинезиотейпирования на изменение биомеханики велась с применением метода визуально оптической диагностики (патент № 2012618316) и стабилотрии. Проведена фотофиксация двух групп: контрольная группа (31 человек) — медикаментозное лечение в комбинации с лечебной физкультурой (ЛФК) и физиотерапевтическими методами, группа сравнения (32 человека) — медикаментозное лечение в сочетании с физиотерапией, ЛФК и техниками КТ.

Результаты. Выявлено значимое снижение болевой активности по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в контрольной группе с $7,2 \pm 0,5$ до $5,5 \pm 0,4$ балла, в группе сравнения — с $7,5 \pm 0,4$ до $4,1 \pm 0,3$ балла. Биомеханические измерения также имели однонаправленную динамику: биакромиальная линия в группе сравнения имела достоверные значения снижения с $8,5^\circ \pm 0,4$ до $3,2^\circ \pm 0,5$ ($p = 0,05$), в контрольной группе с $8,3^\circ \pm 0,5$ до $4,3^\circ \pm 0,2$; биаурикулярной линии в группе с КТ статистически значимо уменьшилось с $5,5^\circ \pm 0,3$ до $3,1^\circ \pm 0,3$, в группе контроля составила с $5,9^\circ \pm 0,3$ до $4,6^\circ \pm 0,3$. Динамика

восстановления смещения центра тяжести по сагиттальной и фронтальной осям кранио-мандибулярного и шейного регионов значительно превосходила: в группе сравнения прирост составил 23% по сравнению с 13% в группе контроля. Восстановление поструральной устойчивости в виде изменения средней площади статокинезиограммы: до лечения в положении «глаза открыты» — $89,7 \text{ мм}^2$ (контрольная группа) и $92,7 \text{ мм}^2$ (группа сравнения), а после проведенного лечения — $86,1$ и $85,9 \text{ мм}^2$ соответственно. Также показатели энергозатратности в группе у пациентов с применением методики КТ стали значительно ниже, чем в группе контроля.

Заключение. Определено лучшее восстановление биомеханических показателей орофациального региона и динамики боли по (ВАШ) у лиц с применением методик КТ. Тейпирование оказывает влияние на патофизиологическую основу формирования МЛБ для восстановления миофасциальных взаимоотношений, коррекции алгических явлений и позволяет улучшить результаты лечения.

Характеристика болевого синдрома в дебюте острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии у детей

А. В. Клишкин, В. Б. Войтенков, Н. В. Скрипченко

ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней» ФМБА России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ОВДП) у взрослых характеризуется в дебюте частым (до 72% случаев) развитием болевого синдрома. У детей данные о частоте болевого синдрома разнятся.

Цель. Целью данной работы было дать характеристику болевого синдрома в дебюте острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии у детей.

Материалы и методы. В исследование включены 46 детей с ОВДП, госпитализированные в клинику Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России в первые семь суток с момента развития заболевания (возраст от 7 до 17 лет; 24 мальчика, 22 девочки). Пациенты проходили клинико-неврологический мониторинг и нейрофизиологическое обследование (электронейромиографию) с подтверждением ОВДП согласно критериям Hadden. Результаты. В ходе проведенного исследования особенностей клинических проявлений у 46 детей с ОВДП установлено, что наиболее распространенным проявлением при манифестации ОВДП была мышечная слабость (95,6%) в конечностях с различными по степени парезами в руках и ногах. Онемение и парестезии (83,4%) по полиневропатическому типу были наиболее распространенным типом чувствительных расстройств. В 69% случаев при ОВДП отмечался болевой синдром с первых дней заболевания в виде мышечной боли, боли в позвоночнике, по ходу нервных стволов. Период интенсивных болей у всех детей наблюдался от 3 до 5 дней и в последующем не являлся ведущим

синдромом. С первых дней болезни отмечались симптомы натяжения Ласега, Вассермана, Нери (частота развития — 32 из 46 детей, 69% случаев). К 15-м суткам заболевания частота болевого синдрома уменьшалась до 20% случаев. К моменту выписки из стационара болевой синдром ни у одного пациента не регистрировался. Заключение. Частота развития болевого синдрома у детей в дебюте острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии составляет 69%. Болевой синдром представлен нейропатическими болями и симптомами натяжения, максимальная интенсивность наблюдается в течение 3–5 суток и впоследствии не является ведущим синдромом заболевания.

Влияние болевого синдрома на качество жизни больных аденомой гипофиза в до- и послеоперационном периоде

М. Ю. Курнухина

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Головная боль — одна из наиболее частых жалоб больных с аденомой гипофиза. В связи с этим исследование, посвященное влиянию болевого синдрома на качество жизни у пациентов с аденомой гипофиза, чрезвычайно актуально в настоящее время. Ранее в литературе не были описаны исследования, посвященные данной теме.

Цель. Оценка влияния болевого синдрома на качество жизни больных аденомой гипофиза в до- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование 45 больных с аденомами гипофиза. Установление диагноза у исследуемых больных основывалось на клинико-лабораторных данных, данных лучевых и инструментальных методов исследования. У пациентов был избран трансфеноидальный доступ для удаления аденомы гипофиза. Анализ качества жизни проводился в дооперационном периоде и раннем послеоперационном периоде. Исследуемые были в возрасте от 22 до 63 лет (медиана 45 лет). Для оценки качества жизни исследуемых в до- и послеоперационном периодах нами был выбран специальный опросник EORTC QLQ-C 30. Данный опросник создан группой оценки качества жизни Европейской организации исследования и лечения рака.

Результаты. Головная боль — самая частая жалоба в дооперационном периоде у исследуемых пациентов с аденомой гипофиза. 68,9% больных отмечали головные боли диффузного характера, 4,4% — головную боль определенной локализации. При исследовании была выявлена корреляционная связь между болевым синдромом и показателями различных шкал опросника EORTC QLQ-C 30. До операции больные при более выраженном болевом синдроме чаще обозначали ухудшение когнитивного ($p = 0,0001$; $r = -0,531$), социального функционирования ($p = 0,0001$; $r = -0,503$), повышенную утомляемость

($p = 0,001$; $r = 0,467$), ухудшение аппетита ($p = 0,030$; $r = 0,323$) и общего состояния здоровья ($p = 0,022$; $r = -0,340$). После оперативного лечения у пациентов уменьшалась выраженность головных болей (до операции — $28,51 \pm 29,41$; после операции — $16,31 \pm 25,02$). После удаления образования больные, так же как и до операции, отмечали при выраженных головных болях повышенную утомляемость ($p = 0,0001$; $r = 0,567$), снижение аппетита ($p = 0,003$; $r = 0,432$) и физического функционирования ($p = 0,029$; $r = -0,029$). Также у исследуемых после операции при возрастании болевого синдрома увеличивались финансовые затруднения ($p = 0,004$; $r = 0,425$), что может быть связано с опасением больных позже приступить к своим служебным обязанностям, нуждаясь в длительном пребывании на листке нетрудоспособности.

Заключение. Нами выявлено, что болевой синдром ухудшает качество жизни больных с аденомой гипофиза в до- и послеоперационном периоде.

Противоболевая помощь пациентам с заболеваниями системы крови

О. К. Левченко

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. На базе Гематологического научного центра Минздрава России выполнено анкетирование 112 пациентов с врожденной гипокоагуляцией — гемофилией А и В, которое позволило установить, что 75% респондентов испытывают острую боль, связанную с кровоизлияниями в крупные суставы; 39% — хроническую боль; треть оценивают среднюю боль за последние 24 часа как тяжелую; нейропатический компонент боли отмечается у 23% пациентов с гемофилией. Почти половина опрошенных (44%) заявили, что недовольны результатами лечения боли. Установлено, что 74% пациентов с гемофилией лечат боль самостоятельно. Данные о столь часто неконтролируемой боли вызывают беспокойство и отражают отсутствие специализированной службы.

Цель. организация противоболевой помощи для пациентов с заболеваниями системы крови (ЗСК).

Материалы и методы. В НМИЦ гематологии Минздрава РФ проводится регулярная консультативная помощь пациентам с болевыми синдромами. На консультации пациенты направляются врачом-гематологом в случаях трудно купируемой боли. За последний год консультации проводились два раза в месяц (24 приемных дня в году), в среднем по 3–4 пациента в день.

Результаты. Медиана возраста: 38 ± 13 лет. Чаще всего за противоболевой помощью обращались пациенты с гемофилией (30% первичных обращений), тромбофилией (22%), множественной миеломой (17%), реже с лейкозом (13%), болезнью Виллебранда и лимфомой. Созданы алгоритмы диагностики ведения болевых синдромов при разных нозологиях в гематологии. Проводится изучение генетических маркеров боли у пациентов с ЗСК. Среди основных причин обращений пациентов с ЗСК к специ-

алисту по боли: боль в суставах — 35%, боль в спине — 26%, периферическая полинейропатия — 18%, головная боль — 9%, стоматит — 4%, менструальная боль — 4%, зуд и боль кожи — 4%. Среди основных методов лечения преобладали ингибиторы ЦОГ-2 и парацетамол (в 18% случаев), антиконвульсанты (17%), наркотические анальгетики (14%), антидепрессанты (4%), местные анестетики (7%), кинезиотейпирование (19%), ЛФК (12%). Учитывая высокий риск геморрагических осложнений у пациентов с ЗСК, инвазивные методы обезбоживания и НПВП не использовались.

Заключение. Развитие противоболевой помощи позволяет осуществлять дифференцированный подход в лечении болевых синдромов у пациентов с гемофилией, повысит качество медицинской помощи данной категории больных.

Вопросы диагностики и терапии поясничных болей у подростков и юношей на Северном Кавказе

К. Б. Манышева, Т. З. Ахмадов, Б. А. Абусуева

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала; медицинский институт ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет» Минобрнауки России, г. Грозный

Актуальность. Во многих случаях дебют вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы (ВЗПНС) происходит в подростковом и детском возрасте. В РФ не исследованы их эпидемиология, клинические проявления, диагностика и лечение у лиц молодого возраста. На Северном Кавказе среди молодежи популярны различные виды спорта. Боль в нижней части спины (БНЧС) часто приводит к нетрудоспособности, а спортивные травмы выступают дополнительным фактором риска ее развития. Необходима профилактика этого симптома у молодых людей.

Целью исследования было изучение особенностей клиники и лечения ВЗПНС на Северном Кавказе.

Материалы и методы. В Чеченской Республике и Республике Дагестан нами проведен медико-статистический анализ зарегистрированных случаев ВЗПНС по данным обращаемости за медицинской помощью и по составу госпитализированных больных. Проведено клиническое и физиологическое обследование 234 пациентов в возрасте до 25 лет, у которых был синдром БНЧС.

Результаты. В ЧР из 142 пациентов возрасте от 12 до 25 лет лиц мужского пола — 92 (64,7%), женского — 50 (35,3%) человек. В РД обследованы 92 пациента в возрасте от 16 до 25 лет. Из них 65 (70,7%) юношей, 27 (29,3%) девушек. Этиологические факторы аналогичны — травмы и переохлаждение, но у девушек в РД старше 20 лет часто появление БНЧС предвещал подъем тяжестей. На основании проведенных клинических и параклинических исследований нами были выявлены синдромы: люмбаго — у 8, люмбалгии — у 141, люмбоишиалгии — у 41, корешковых синдромов (радикулопатии) у 44 пациентов. Клиническая картина и течение ВЗПНС характеризовались выраженным полиморфизмом. Каждому пациенту индивидуально назначался комплекс терапевтических мероприятий с со-

четанием медикаментозных и немедикаментозных методов. Лечебные мероприятия были направлены на устранение болевого синдрома, неврологических проявлений заболевания, укрепление мышечно-связочного аппарата поясничного отдела позвоночника, стабилизацию позвоночного двигательного сегмента, предупреждение дальнейшего развития патогенетической основы вертеброгенных болевых синдромов. В большинстве случаев препаратами выбора лечения острой БНЧС были нестероидные противовоспалительные средства. Хондропротекторы использовали при четких начальных признаках межпозвонкового остеохондроза. Многим пациентам назначали витамины группы В, миорелаксанты, антиконвульсанты, антидепрессанты с учетом возрастной дозировки. Из немедикаментозных средств широко использовали ЛФК, физио-, игло-, мануальную терапию, преимущественно при хронической БНЧС.

Выводы. ВЗПНС нередко встречаются у подростков и юношей. Признаки ВЗПНС у детей и подростков отличаются от таковых у взрослых, но лучше поддаются терапии.

Радиотерапия малыми дозами хронического болевого синдрома при специфических и неспецифических заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Е. С. Новикова, И. Д. Розанов

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», г. Москва

Актуальность. Радиотерапия хронического болевого синдрома при специфических и неспецифических заболеваниях опорно-двигательного аппарата используется, как правило, при отсутствии положительного эффекта от применения других лечебных воздействий, в том числе и агрессивного медикаментозного лечения. К преимуществам данного метода относятся простота использования и возможность применения у подавляющего большинства больных именно в амбулаторных условиях, что обеспечивает его высокую экономичность. При этом нередко появляется возможность резко снизить дозу обезболивающих и противовоспалительных фармацевтических препаратов вплоть до их полной отмены, применяющихся, как правило, с самого начала заболевания.

Цель. Разработка методики радиотерапии малыми дозами хронического болевого синдрома при специфических и неспецифических заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Опросник DN 4, краткий болевой опросник, дистанционная γ -терапия.

Результаты. Обследованы 10 пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сопровождающимися выраженным болевым синдромом, плохо поддававшимся медикаментозной коррекции, которым был проведен курс дистанционной радиотерапии малыми дозами (РОД — 1 Гр, СОД — 3 Гр). Перед проведением

радиотерапии каждому пациенту проводили неврологический осмотр, а также оценивали выраженность болевого синдрома с использованием краткого болевого опросника и опросника DN4. После проведения трех фракций радиотерапии осуществляли повторно неврологический осмотр и оценку степени выраженности боли. По результатам проведенного лечения выявлено значительное снижение болевого синдрома у подавляющего количества пациентов (90%), что позволило уменьшить или полностью отменить прием анальгетических препаратов.

Заключение. Эффективность радиотерапии объясняется противовоспалительным, анальгезирующим и антиспастическим действиями ионизирующего излучения. Высокая эффективность лучевого лечения позволяет более широко применять ее в повседневной клинической практике, даже не дожидаясь ситуации, при которой будут исчерпаны все современные методы терапевтического воздействия.

Когнитивные нарушения у пациентов с хронической мигренью

Д. В. Осипова

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

Актуальность. Пациенты с хронической мигренью (ХМ) активно предъявляют жалобы на такие нарушения когнитивных функций, как снижение памяти, забывчивость, невозможность концентрации внимания, трудности с планированием дел. Особенно распространены у пациентов с ХМ в клинической практике жалобы на нарушения памяти и внимания, что, по их мнению, является основной причиной нарушения трудоспособности наряду с головной болью. Несмотря на частую встречаемость вышеперечисленных симптомов в клинической практике, распространенность и структура когнитивных нарушений (КН) при ХМ практически не известны. Целью настоящей работы стало изучение распространенности и клинической структуры объективных КН у пациентов с хронической мигренью (ХМ), а также факторов, имеющих значение для их развития.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 62 пациента с ХМ и 36 пациентов с редкой эпизодической мигренью ([ЭМ] менее четырех дней головной боли [ГБ] в месяц) в возрасте от 18 до 59 лет, подобранных по полу и возрасту. Всем пациентам с ХМ и ЭМ проведено клиническое неврологическое исследование и анкетирование: опросник демографических и клинических характеристик, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала нетрудоспособности Шихана (Sheehan Disability Scale). Также всем участникам исследования проведено исследование когнитивных функций при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), теста замены цифр символами (DSST), теста Рея на слухоречевое заучивание (RAVLT) и опросника воспринимаемого дефицита (PDQ-20).

Результаты. В результате нашего исследования было выявлено, что 58% пациентов с ХМ предъявляли жалобы на нарушение памяти. Снижение когнитивных функций также выявлено при самооценке по опроснику PDQ-20. При объективном исследовании когнитивных функций в группе ХМ отмечено значимое снижение результатов теста DSST, общего числа запомненных слов, а также ухудшение показателя обучения. Вероятность снижения показателя по тесту DSST при ХМ была выше по сравнению с ЭМ (отношение шансов: 5,07 (95%-ный ДИ: 1,59–16,17); $p = 0,003$). У 40% пациентов с ХМ диагностированы когнитивные расстройства по шкале MoCA. Не было отмечено корреляции уровня депрессии и тревоги с показателями тестов когнитивных функций. Наличие ХМ (частой ГБ) и длительность анамнеза ГБ, но не депрессия, тревога и злоупотребление анальгетиками, являются независимыми факторами риска развития КН.

Заключение. Таким образом, у пациентов с ХМ отмечена высокая распространенность субъективных и объективных нарушений когнитивных функций, которые в первую очередь касаются снижения памяти и внимания. Было выявлено, что длительный анамнез ГБ и наличие ХМ являются независимыми факторами риска развития КН у пациентов с ХМ.

Когнитивные и эмоциональные расстройства при хронической мигрени

К. А. Пожидев

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

Хроническая мигрень является одной из наиболее частых форм головной боли. Во многих случаях отмечается наличие сопутствующих поражений белого вещества головного мозга при мигрени по типу гиперинтенсивности. Часто пациенты с мигренью предъявляют жалобы на снижение когнитивных функций. В настоящее время проведено недостаточно исследований на тему связи когнитивных нарушений (КН) при ХМ с наличием МР-изменений.

Цель исследования. Выяснение наличия когнитивных и эмоциональных нарушений, их взаимосвязи с МР-изменениями при хронической мигрени. Исследовались 20 пациентов 20–64 лет с хронической мигренью по критериям МКГБ-3 с изменениями МР-картины головного мозга.

Методы исследования. Для оценки когнитивных функций использовались: тест 12 слов, литеральные и категориальные ассоциации, тест Бентона, тест Мюнстерберга, TMT, Digit span, Digit symbol, МОСА-тест, исследование эмоциональных расстройств по шкалам (Спилбергер-Ханина, [госпитальной] тревоги и депрессии, депрессии Бека, CES-D), анализ проведенного МР-исследования.

Результаты. По данным МРТ у 65% выявлены единичные изменения белого вещества до 3 мм (I группа), у 20% — единичные изменения белого вещества до 5 мм

(II группа), у 15% — выраженные многоочаговые изменения белого вещества головного мозга более 5 мм (III группа). В I группе у 23% наблюдались легкие когнитивные расстройства (ЛКР), у 46% — умеренные когнитивные расстройства (УКР), 31% пациентов не имели КН. В II группе у 25% — ЛКР, у 25% — УКР, а 50% не имеют КН. В III группе 67% имели ЛКР, у 33% нет КН. Среди всех 20 пациентов с разными формами мигрени (95% мигрень без ауры, 5% мигрень с аурой) у 30% отмечены ЛКР, у 35% — УКР, 35% больных не имеют КН. Преобладает снижение внимания (80%). У всех пациентов наблюдались аффективные нарушения различной степени выраженности. У 50% не было клинических признаков депрессии, 20% имели депрессию легкой степени, 15% — средней степени, 15% — клинически выраженную депрессию. В то же время 65% имели высокую степень тревожности, 25% — умеренную степень тревожного расстройства, 10% — низкую выраженность тревоги. Не было отмечено связи между КН и объемом МР-изменений.

Заключение. Исследование демонстрирует, что среди нарушений ВПФ при ХМ преобладают аффективные нарушения, такие как тревога и депрессия. В сфере когнитивных функций преобладали расстройства в сфере внимания, что, вероятнее всего, обусловлено указанными аффективными нарушениями. Таким образом, основной вклад в изменение когнитивных функций при ХМ вносит аффективный компонент, а не выявленные МР-изменения.

Клиническая эффективность навигационной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции у пациентов с невралгией тройничного нерва

А. Г. Пойдашева, Д. О. Сеницын, И. С. Бакулин,
Н. А. Супонева, М. А. Пирадов

ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва

Актуальность. Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) составляет до 30–50 больных на 100 тысяч человек. Консервативное лечение НТН не всегда эффективно, а частота возобновления болей после нейроваскулярной декомпрессии составляет более 30%. Недостаточная эффективность имеющихся фармакологических и хирургических методов лечения определяет актуальность поиска новых подходов, в частности, ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС). Применение рТМС для лечения хронических болевых синдромов имеет высший уровень доказанности эффекта, однако высокая его вариабельность затрудняет широкое внедрение метода в клиническую практику.

Цель. Оценка клинической эффективности навигационной рТМС у пациентов с НТН.

Материалы и методы. В исследование были включены 15 пациентов (2 мужчин, медиана возраста — 56 лет, квартили — 38, 66 лет), страдающих НТН и не имеющих признаков нейроваскулярного конфликта на стороне

боли. Всем пациентам проводилось 10 сеансов высокочастотной рТМС первичной моторной коры (M1) полушария, контралатеральной локализации боли (частота стимуляции — 10 Гц, интенсивность стимуляции — 90% моторного порога покоя, длительность пачки импульсов — 4 с, интервал между пачками — 25 с, 1 600 стимулов за сессию). В качестве мишени для стимуляции использовалась точка с максимальной амплитудой вызванного моторного ответа мышцы, отводящей большой палец. Для оценки максимальной и средней интенсивности болевого синдрома до и после 10 сессий рТМС использовалась числовая аналоговая шкала боли. Сопутствующие аффективные нарушения оценивались с помощью шкалы депрессии Бэка (Beck Depression Inventory). Наконец, для субъективной оценки эффекта использовался раздел В шкалы общего клинического впечатления (Clinical global impression scale, CGI). Статистическая обработка результатов проводилась в ПО Matlab R 2017a с использованием W-критерия Вилкоксона, пороговый уровень значимости $p = 0,05$.

Результаты. Выявлено статистически значимое снижение как максимальной ($p = 0,007$), так и средней интенсивности ($p = 0,004$) болевого синдрома. Значимого изменения выраженности аффективных нарушений не отмечено. По CGI 46,7% пациентов отметили умеренное улучшение, 13,3% — выраженное улучшение, 40% — отсутствие изменений в состоянии. Ухудшений состояния отмечено не было.

Заключение. Высокочастотная рТМС зоны M1 эффективно уменьшает выраженность болевого синдрома у части пациентов с НТН. Однако большая вариабельность эффекта и доля пациентов, не отвечающих на терапию, обуславливают необходимость поиска предикторов эффективности и усовершенствования выбора мишени и протокола.

Изменения функциональной коннективности у пациентов с невралгией тройничного нерва

А. Г. Пойдашева, Д. О. Сеницын, И. С. Бакулин,
Н. А. Супонева, М. А. Пирадов

ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва

Актуальность. Невралгия тройничного нерва (НТН) — одна из наиболее часто встречающихся причин развития хронической нейропатической боли. По современным представлениям, одним из механизмов формирования хронических нейропатических болевых синдромов является нарушение взаимодействия между различными регионами головного мозга. Активно развивающимся методом исследований взаимодействия расположенных на отдалении участков коры головного мозга является оценка функциональной коннективности (ФК). ФК определяет сходство паттернов колебаний во времени усредненного BOLD-сигнала от заданных регионов в состоянии покоя. Ранее было показано изменение ФК у пациентов с хроническими болевыми синдромами, в частности, изменения в активности сети

пассивного режима работы мозга (СПРРМ), а также сети выявления значимости (СВЗ) и фронто-париетальной контрольной сети (ФПКС).

Цель. Описать паттерн изменения ФК у пациентов с НТН, сопоставить выявленные изменения с интенсивностью болевого синдрома.

Материалы и методы. В исследование включены 15 пациентов (2 мужчин, медиана возраста — 56 лет, квартили — 38, 66 лет), страдающих НТН и не имеющих признаков нейроваскулярного конфликта на стороне боли. В контрольную группу вошли 15 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами. Нейровизуализационное обследование проводилось на МР-томографе Siemens MAGNETOM Verio с величиной магнитной индукции 3 Тл и включало в себя режим T2 — градиентное эхо (T2*) и режим 3D-T1 — градиентное эхо. Препроцессинг полученных данных проводился с помощью ПО CONN и SPM12. ROI-to-ROI анализ ФК проводился с использованием атласа сетей покоя CONN, содержащего 32 зоны, распределенные между восемью сетями покоя. В процессе препроцессинга проводился «поворот» структурных и функциональных данных таким образом, чтобы полушарие, контрлатеральное локализации болевого синдрома, всегда оказывалось справа, а ипсилатеральное полушарие — слева. На последнем этапе проводилось сопоставление выявленных изменений с выраженностью болевого синдрома по числовой аналоговой шкале.

Результаты. У пациентов с НТН по сравнению со здоровыми добровольцами отмечалось увеличение ФК между элементами СПРРМ и ФПКС, а также уменьшение ФК внутри СВЗ. При поиске корреляций выявленных изменений паттерна ФК с выраженностью расстройства статистически значимых корреляций получено не было.

Заключение. Описанные паттерны изменения ФК у пациентов с НТН могут служить как для исследования патогенеза развития хронических болевых синдромов, так и для разработки новых терапевтических методик, например, неинвазивной стимуляции мозга.

Применение метода миосенсорного управления у пациентов при хронических цервикалгиях

А. Е. Пучков

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Актуальность. Боль в шее занимает одно из лидирующих мест по обращаемости за медицинской помощью.

Цель. Разработка и апробирование метода миосенсорного управления в лечении и профилактике цервикалгий.

Материалы и методы. Аппаратный оригинальный метод БОС, основанный на миографических, дыхательных и пульсометрических данных. В исследовании приняли участие 96 пациентов с цервикалгиями (43 женщин, 53 мужчин) в возрасте от 24 до 50 лет. Лабораторные и инструментальные исследования проводились согласно

федеральным стандартам (приказ № 1547н от 24.12.2012). Пациенты разделены на две равные группы (по 48 пациентов): 1-я группа (контрольная) — пациенты получали медикаментозное лечение. Во 2-й группе (основной) у пациентов наряду со стандартным лечением применялся оригинальный метод. Оценка результатов проводилась по миографическим показателям поверхностного напряжения мышц с оценкой боли по ВАШ и индексу ИМС по Хабирову.

Результаты. 1 группа: снижение болевого синдрома (ВАШ) до 2 отмечалось у 5 (10%) пациентов, до 3,5–4,0 — у 29 (60%), до 4,5–5,0 — у 14 (30%) пациентов (что соответствует средней степени тяжести болевого синдрома). ИМС по Хабирову к концу лечения составлял $4,7 \pm 0,3$, в начале лечения данный показатель составлял $7,8 \pm 0,4$. К концу лечения среднее снижение амплитуды мышечного напряжения в данной группе составило 31%. 2 группа: снижение болевого синдрома (ВАШ) до 2 отмечалось у 27 (55%) пациентов, до 3,5–4,0 — у 19 (40%), 4,5–5,0 — у 2 пациентов (5%). ИМС по Хабирову к концу лечения составлял $3,3 \pm 0,2$, в начале лечения данный показатель составлял $7,4 \pm 0,4$. Среднее снижение амплитуды мышечного напряжения в данной группе составило 48%.

Выводы. Результаты демонстрируют необходимость включения метода в лечебный процесс при цервикалгиях для улучшения результатов лечения.

Применение корковой стимуляции (MCS) в лечении инкурабельной невралгии тройничного нерва у пациента с опухолью крылонебного ганглия

А. С. Симонян, А. И. Есин, Э. Д. Исагулян

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» ФМБА России, ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова» Минздрава России; г. Москва

Опухоли крылонебного ганглия встречаются редко. Анатомические особенности зачастую не позволяют выполнить тотальную резекцию опухоли. Многие пациенты в послеоперационном периоде страдают от лицевых болей, трудно поддающихся терапии. В нашей работе представлен клинический случай успешного лечения нейропатической боли после удаления и радиохирургического лечения опухоли крылонебного ганглия с применением MCS.

Пациентка 72 лет обратилась с жалобами на онемение в правой половине лица. По данным МРТ выявлено новообразование области крылонебной ямки. Выполнена парциальная резекция новообразования (по данным гистологического исследования — тригеминальная шваннома) с последующим курсом лучевой терапии (50 Гр). В течение последующих двух лет у пациентки отмечено нарастание лицевых болей. По данным повторного МРТ головного мозга отмечен рост опухоли. Выполнена транс-

назально-трансфеноидальная резекция опухоли. В послеоперационном периоде отмечено резкое обострение болевого синдрома, проведены многочисленные курсы консервативной терапии без значительного положительного эффекта. Через год пациентка обратилась к нам. Проведен неврологический и психологический осмотр пациентки, установлен диагноз «хронический нейропатический болевой синдром правой половины лица». По результатам транскраниальной магнитной стимуляции (в течение 15 минут) отмечен частичный регресс болевого синдрома и принято решение об имплантации системы хронической стимуляции коры головного мозга. С пациенткой проведена беседа с подробным разъяснением возможных осложнений оперативного вмешательства в связи с отсутствием клинического опыта и возможности оценки влияния MCS на рост опухоли. Для более точной имплантации электродов анестезиологическое обеспечение проводилось по протоколу awake-awake-awake. Перед имплантацией электродов методикой прямой стимуляции определены целевые зоны коры головного мозга. Проведена имплантация двух четырехконтактных эпидуральных электродов. Электроды подключены к программатору, проведена тестовая стимуляция, на фоне которой отмечен регресс болевого синдрома. Проведена фиксация электродов, имплантация нейростимулятора. В послеоперационном периоде проведен подбор параметров нейростимуляции. Выраженность болевого синдрома оценивалась по шкалам LANSS, NTSS-9, DN4, PQLC, Pain Detect. Отмечен регресс болевого синдрома более чем на 65%. По результатам МРТ головного мозга через 3, 6 и 12 месяцев на фоне проводимой нейростимуляции роста опухоли не отмечено.

Заключение. MCS не может заменить классические хирургические техники лечения невралгии тройничного нерва, но в случае их неэффективности и нецелесообразности может значительно улучшить качество жизни пациентов и приводить к регрессу болевого синдрома.

Влияние нарушений кинематики двигательного и дыхательного паттернов на формирование болевых проявлений у пациентов с болезнью Паркинсона

Е. П. Черноволенко

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Волгоград

Актуальность. Болевой синдром (БС) при болезни Паркинсона (БП) является наиболее частым немоторным симптомом на всех стадиях заболевания. Предполагают, что алгические проявления при БП тесно взаимосвязаны не только с моторным дефицитом, но и с изменением в целом статодинамических показателей и дыхательного паттерна.

Цель. Определить взаимосвязь болевого синдрома с изменениями двигательного и дыхательного паттернов у пациентов с БП.

Материалы и методы. Были обследованы две группы пациентов с БП. 1-я группа (9 мужчин и 22 женщины) — пациенты с БС (средний возраст — $63,8 \pm 5,24$ года; I–II стадия по Хен-Яру у 62,5% пациентов, III стадия у 37,5%, средняя длительность заболевания $7,4 \pm 4,1$ года); 2-я группа (35 человек) — сопоставимые по возрасту и полу пациенты без БС. В обеих группах проводились клинико-неврологический осмотр, мануально-мышечное тестирование, оценка функциональных показателей внешнего дыхания.

Результаты. В основной группе боли в шее с иррадиацией в руку и лопатку имели большинство пациентов — в среднем 65,6%, в грудном отделе позвоночника — 50%, в пояснице — 37,5%, суставные боли — 59,4%. Асимметрия осанки, функциональная разница в длине ног, смещение общего центра тяжести позвоночника в среднем на 43,7% чаще встречались в 1-й группе. В обеих группах дисбаланс в локомоторной сфере был сопряжен с изменениями биомеханических показателей дыхательного акта. Уменьшение экскурсии грудной клетки преобладало у пациентов с БС и составило в среднем $2,2 \pm 0,4$ против $3,6 \pm 0,7$ см в контрольной группе. Участие вспомогательных инспираторных (лестничные, большая и малая грудные) и экспираторных (трапецевидная, ромбовидная) мышц наблюдалось также чаще у пациентов основной группы, что коррелировало с более частой локализацией триггерных пунктов в данных мышцах ($r = 0,72$), ограничением объема движений ($r = 0,81$) и наличием функциональных блоков в ПДС шейного и грудного регионов ($r = 0,76$). Частота дыхательных движений (ЧДД) в покое в основной группе была выше нормы (в среднем $19,6 \pm 2,4$ в минуту), в контрольной группе — в пределах нормы ($16,8 \pm 2,1$ в минуту). Согласно соотношению показателей дыхательного цикла (длительности фаз вдоха, выдоха, паузы, дыхательных коэффициентов) у всех пациентов с БС выявлены структурные изменения цикла, соответствующие тахипноическому и обструктивному типам дыхательных паттернов. Данные изменения коррелировали главным образом с выраженностью моторного дефицита ($r = 0,74$) и изменениями в ПДС ($r = 0,6$). В контрольной группе сохранялся нормопноический тип дыхания с тенденцией к обструкции, что больше было обусловлено изменениями в ПДС ($r = 0,68$).

Заключение. Формирующиеся на фоне моторного дефицита клинически выраженные изменения двигательного и дыхательного паттерна способствуют развитию и поддержанию БС при БП. Это говорит о необходимости включения в программу лечения БП методик восстановления нормального двигательного и дыхательного стереотипов.

