

ОСОБЕННОСТИ МИОФАСЦИЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Якупов Э.З., Шиков А.С.

Казанский государственный медицинский университет, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, e-mail: muhaslon141@mail.ru

Лица, страдающие нарушениями ночного сна после перенесенного инсульта, отмечали развитие утомляемости (100%), раздражительности (46,7%) и ухудшения памяти (26,7% респондентов).

Анализ ответов на вопросы госпитальной шкалы тревоги и депрессии показал достоверно более высокий уровень тревоги у лиц, страдающих нарушениями сна после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения, по сравнению с лицами данной группы без нарушений ночного сна (8,73±4,03 и 7,4±1,2 балла соответственно, $p<0,05$); уровень депрессии в группе пациентов, страдающих нарушениями сна, также был повышен (9,0±3,0 и 6,4±2,58 балла соответственно). У 95% пациентов с нарушениями сна после инсульта было зарегистрировано повышение уровня диастолического артериального давления.

Наиболее низкие значения у лиц, перенесших инсульт и страдающих нарушениями сна, были зарегистрированы по шкалам, определяющим ограничение жизнедеятельности в связи с нарушениями социальной активности (RE) и физическими проблемами (RP). Достоверные различия ($p<0,05$) между пациентами, перенесшими острые нарушения мозгового кровообращения, с нарушениями сна и без них были зарегистрированы по шкалам физического функционирования (возможность человека выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня, PF) и жизнеспособности (субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил, VT). Также достоверные различия были выявлены и по интегральному показателю физического здоровья (достоверно ниже в группе пациентов, перенесших инсульт, имеющих трудности засыпания и поддержания ночного сна).

Выводы: Результаты опроса среди пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения показали высокую распространенность нарушений сна, которые характеризуются изменением продолжительности сна, частыми ночными пробуждениями, отсутствием удовлетворенности ночным сном, а также развитием утомляемости, раздражительности, ухудшения памяти вследствие нарушений сна. Хронический дефицит сна и повышенная дневная сонливость приводят к повышенному уровню тревоги, которая коррелирует со степенью повышения диастолического артериального давления, что повышает риск сердечно-сосудистых осложнений у данных пациентов. Кроме того, расстройства сна приводят к нарушению физического и эмоционального функционирования пациентов, неизбежно снижая их качество жизни. В связи с этим необходима ранняя диагностика нарушений сна у пациентов, перенесших инсульт, для своевременной коррекции данных нарушений с целью профилактики ассоциированных соматических заболеваний, снижения риска медико-социальных и экономических последствий и улучшения качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Протокол исследования больных с нарушениями сна. <http://www.sleepmed.ru/> / Protocol for patients with sleep disorders. <http://www.sleepmed.ru/> [Russian].
2. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of psychiatric research. 1975. Vol. 12 (3). P. 189–98.
3. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale // Sleep. 1991. Vol. 14. P. 540–545.
4. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993.
5. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. Vol. 67, № 6. P. 361–370.

Поступила 04.05.17.

Известно, что в клинической практике типичным является сочетание миофасциального болевого синдрома и панического расстройства [1-5]. *Цель исследования:* выявить особенности миофасциального болевого синдрома у пациентов с паническими атаками. *Материалы и методы:* В исследование включены 50 пациентов (39 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст – 30,9 ± 8,9). Диагноз устанавливался на основании МКБ 10. Средняя продолжительность заболевания ПА составила 2,8 ± 2,25 года (от 6 месяцев до 9 лет), а средняя продолжительность МФБС 2,01 ± 1,82 (от 2 месяцев до 7 лет). Для постановки диагноза МФБС использовались следующие критерии: «Большие» (необходимо наличие всех 5): 1) жалобы на региональную боль; 2) пальпируемый «тугой» тяж в мышце; 3) участок повышенной чувствительности в пределах «тугого» тяжа; 4) характерный паттерн отражённой боли или чувствительных расстройств (парестезий); 5) ограничение объёма движений. «Малые» (необходимо наличие 1 из 3): 1) воспроизводимость боли или чувствительных нарушений при стимуляции (пальпации) триггерной зоны (ТЗ); 2) локальное сокращение при пальпации ТЗ заинтересованной мышцы или при инъекции в ТЗ; 3) уменьшение боли при растяжении мышцы или при лечебной блокаде или уколе «сухой» иглой [4]. Обследование проводилось в активный период (обострения) обоих заболеваний.

Всем пациентам проводилось клинично-неврологическое обследование с мануальным тестированием, скрининговая оценка уровня тревоги по Шкале Спилберга (State Trait Anxiety Inventory - STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина и депрессии по Шкале депрессии Гамильтона (HRDS) [1]. С целью выявления и оценки гипервентиляционного синдрома (ГВС) использовался Наймигенский опросник (НО) [5] и проводился гипервентиляционный провокационный тест (ГПТ). В специально разработанной карте отмечались болезненные области с указанием локализация активных и латентных триггерных точек (ТТ). Интенсивность болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты: Более чем 80% пациентов связывают возникновение МФБС с ПА. Интересно отметить, что 70% обследованных отмечают повышение интенсивности боли через несколько часов после очередного приступа ПА. Это может объясняться тем, что во время ПА основное внимание направлено на другие симптомы, кажущиеся пациенту более жизнеугрожающими, а после того, как их актуальность снижается, на первый план выходят болевые феномены. Выраженность болевого синдрома по ВАШ в среднем составляла 4,94 ± 1,36 баллов (от 3 до 7 баллов).

При оценке уровня депрессии и тревоги, была замечена определённая тенденция их повышения в зависимости от интенсивности боли (рис. 1). Пациенты с 3 баллами по ВАШ имели умеренный уровень тревожности и не имели депрессии.

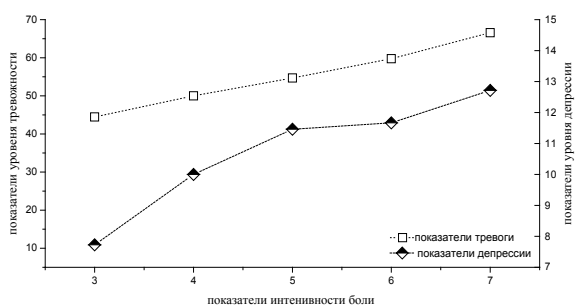


Рис. 1. Взаимосвязь уровня боли с уровнем депрессии и тревожности.

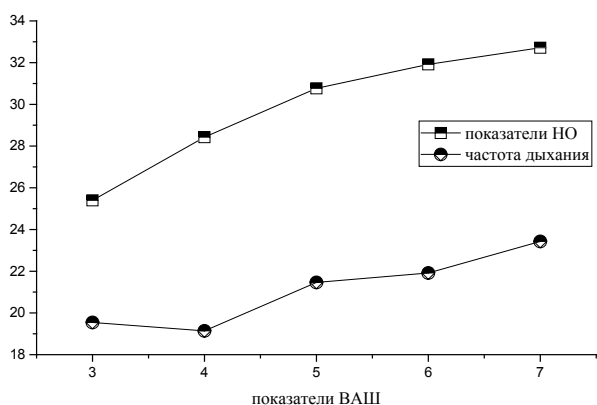


Рис. 1. Взаимосвязь показателей НО и частоты дыхания от показателей ВАШ.

Усиление болевого синдрома так же наблюдается и при усилении одышки, что подтверждается закономерным проявлением зависимости интенсивности боли от выраженности ГВС (рис. 2). Данный факт так же может объяснять локализацию мышечных болей при ПА, которые в основном располагаются в области грудной клетки, шеи и головы. При ГВ наблюдается парадоксальное дыхание, которое характеризуется неэффективным газообменом, что способствует увеличению частоты дыхания, с привлечением дополнительных дыхательных мышц [3]. При длительно существующей ГВ, в этих мышцах происходит перенапряжение, приводящее к формированию в них ТТ [2].

При активном расспросе, всего 60% обследованных указывали на боли в области грудной клетки, но при мануальном тестировании практически у 80% пациентов была выявлена болезненность в области и ТТ в проекции малой и большой грудных, межрёберных, ромбовидных, мышц поднимающих лопатку и трапециевидных мышц. Около 70% пациентов сообщали про боли в области шеи, при мануальном тестировании у всех были выявлены ТТ в проекции ключично-грудинно-сосцевидных и лестничных мышц. Так же практически 60% имели болезненность в верхней трети предплечья по переднелатеральной поверхности и ТТ в проекции круглого пронатора и сгибателей пальцев. При мануальном тестировании головы около 50% жаловались на боли в височной области с двух сторон, так же 45% отмечали болезненность в затылочной области. Интересно отметить, что у 60% наблюдалась болезненность в области задней поверхности голени в проекции икроножной мышцы.

Заключение: Интенсивность МФБС у пациентов с ПА зависит от многих факторов, среди которых уровень ситуационной тревожности, депрессии и выраженности ГВС. Особенности МФБС, а именно определённые места локализации ТТ и отражённой болезненности, вероятнее всего

объясняются определённым патогенезом, связанным на прямую с ГВС.

ЛИТЕРАТУРА

- Hamilton M.A. Rating scale for depression // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1960. Vol. 23 P. 56–62 DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Maria A. Perri, Elizabeth Halford Pain and faulty breathing: a pilot study // Journal of Bodywork and Movement Therapies. 2004. Vol. 8. P. 297–306. doi:10.1016/S1360-8592(03)00085-8)
- Richard Boulding, Rebecca Stacey, Rob Niven, Stephen J. Fowler Dysfunctional breathing: a review of the literature and proposal for classification. // European Respiratory Review. 2016. Vol. 25. P. 287–294; DOI: 10.1183/16000617.0088-2015
- Simons D.G., Travell J.G., Simons L.S. et al. Travell and Simons' myofascial pain and dysfunction the trigger point manual. 2th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1999.
- Van Dixhoorn J, Folgering H. The Nijmegen Questionnaire and dysfunctional breathing // ERJ Open Research. 2015. Vol. 1(1):00001-02015. doi:10.1183/23120541.00001-2015.

Поступила 04.05.17.

УДК 616.832—004.21

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТОВ, ИЗМЕНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА, ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ ЛИНИИ

Байдина Т.В.¹, Медведева Е.В.², Трушников Т.Н.²

¹Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера, кафедра неврологии им. В.П.Первушина, г.Пермь, e-mail: tatiana_baidina@mail.ru, ²Пермская Краевая клиническая больница, центр рассеянного склероза г.Пермь, e-mail: trushnikova.t@mail.ru

Целью исследования явилось определение BDNF и CNTF в сыворотке крови пациентов с РС и влияния на них препаратов, изменяющих течение РС (ПИТРС) (натализумаб, финголимод, интерфероны-бета), учитывая важность определения новых терапевтических мишеней для лечения этого заболевания [1], в том числе, возможностей влияния нейротрофических факторов [2,3,4]. **Материалы и методы.** Методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы R&D Systems (USA) определена концентрация BDNF и CNTF в сыворотке крови пациентов с достоверным диагнозом РС согласно критериям МакДональда (2005 г.) в стадии клинической ремиссии. 44 пациента ранее не получали ПИТРС, 25 – лечились натализумабом, 15 – финголимодом, 27 – интерферонами-бета. Группы были сопоставимы по основным параметрам (возрасту, полу, длительности заболевания). Пациенты, получавшие препараты второй линии, имели больший балл EDSS, но, поскольку корреляционный анализ показал отсутствие связи нейротрофинов с тяжестью заболевания, мы сочли возможным сравнивать группы. Проанализирована также динамика клинических параметров в процессе терапии. Статистическая обработка данных производилась при помощи пакета программ Statistica V.6.0 с использованием непараметрических методов математического анализа. Достоверность различий (p) независимых переменных оценивалась по критерию Mann-Whitney.

Результаты. Клиническая динамика при лечении интерферонами, финголимодом и моноклональными антителами была положительной. Так, при лечении интерферонами уменьшилась психическая астения, отмечено улучшение