

ДИНАМИКА ВЫРАЖЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КОМПОНЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Савостин А. П., Усова Н. Н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Введение. Боли в спине является одной из наиболее важных проблем современной неврологии, распространённость которой достигает 30-40%. При этом следует отметить, что зачастую проблемы связаны с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями костно-мышечной системы и особое внимание обращает на себя хронический болевой синдром, который продолжается более 3-х месяцев. По данным разных авторов распространённость хронического болевого синдрома указывается от 13,8% до 56,7%, причем в преобладающем количестве это пациенты трудоспособного возраста. Von Korff с соавторами отмечают, что у 8% пациентов с поясничными болями отмечаются тяжелые медикаментозно-резистентные боли. Следует отметить, что ограничения, вызываемые хронической болью, касаются практически всех видов повседневной деятельности пациентов. В большей степени это касается сна, физических упражнений, работы по дому и ходьбы, в меньшей степени – поддержания семейных отношений, социальной активности, а также сексуальных отношений (Breivik H. et al., 2006). При изучении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, следует выделять несколько разновидностей болевого синдрома, таких как ноцицептивная боль (появляется вследствие активации болевой системы и является адекватной защитной реакцией организма на повреждение, проходит после репарации поврежденного компонента), нейропатическая боль (появляется вследствие повреждения непосредственно нервной системы, не соответствует выраженности тяжести повреждения, сохраняется после восстановления повреждения). Адекватное разделение этих понятий крайне необходимо для выбора тактики лечения, что будет способствовать адекватной терапии и снижению общего периода нетрудоспособности.

Цель. Изучить динамику ноцицептивного и нейропатического компонентов болевого синдрома у пациентов с хроническими рефлекторными вертеброгенными болями.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов с диагнозом «Вертеброгенная люмбоишалгия» (средний возраст составил $52,9 \pm 10,7$ лет, из них 21 мужчина и 4 женщины), проходивших лечение в неврологических отделениях учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ». Исследование проводилось до и после курса стационарного лечения согласно протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Выраженность и характеристики болевого синдрома оценивались с помощью

опросников: PainDetect, DN4, Мак-Гилловский болевой опросник, визуально-аналоговая шкала (ВАШ).

У всех пациентов было получено информированное согласие. Статистическая обработка проводилась с помощью программы “Statistica 12.0» с использованием непараметрических методов статистического анализа, данные представлены в виде моды, верхнего и нижнего квартилей.

Результаты. В результате исследования было установлено, что оценка боли по ВАШ при поступлении пациентов составила 6,0 [5,0; 6,0] баллов и соответствовала болевому синдрому умеренной выраженности. После лечения балл по шкале ВАШ равнялся 3,0 [2,0; 4,0] и значимо снизился до уровня легкого болевого синдрома, $p < 0,0005$.

При анализе динамики нейропатического компонента болевого синдрома установлена интересная закономерность. Оценка боли по шкале Pain Detect показала уровень боли в 1 сутки от момента поступления 3,0 [3,0; 9,0] баллов, после окончания курса лечения тестирование показало большие значения 8,0 [5,0; 9,0], которые однако не достигали значимой разницы, $p = 0,4$.

Оценка нейропатического компонента боли по шкале DN4 на момент поступления составила 2,0 [2,0; 2,0] балла, при выписке он значимо уменьшился при сравнении тестом Вилкоксона до 2,0 [1,0; 2,0] баллов, $p = 0,0014$.

При анализе описательных характеристик боли согласно Мак-Гилловскому опроснику сенсорный компонент болевого синдрома в первые сутки имел следующие характеристики: индекс числа выбранных дискрипторов (ИЧВД) равнялся 3,0 [2,0; 4,0] баллов, ранговый индекс боли составил 8,0 [4,0; 9,0]. Аффективные параметры болевого синдрома (включение эмоциональной составляющей) при поступлении показали индекс числа выбранных дискрипторов (ИЧВД) равнялся 2,0 [2,0; 3,0] баллов, ранговый индекс боли составил 3,0 [3,0; 5,0]. Эвалютивная (оценочная) шкала боли при оценке на первый день показала значения 2,0 [2,0; 3,0], что характеризовала уровень боли как умеренный.

Параметры Мак-Гилловского опросника при выписке показали значимое улучшение по всем описательным характеристикам болевого синдрома. Так сенсорный компонент болевого синдрома составил: индекс числа выбранных дискрипторов (ИЧВД) равнялся 1,0 [1,0; 3,0] баллов, $p = 0,0009$, ранговый индекс боли составил 2,0 [2,0; 4,0], $p < 0,0005$. Аффективная составляющая болевого синдрома показала индекс числа выбранных дискрипторов (ИЧВД) – 2,0 [1,0; 3,0] баллов ($p = 0,03$), ранговый индекс боли составил 2,0 [1,0; 2,0], $p < 0,0005$. Эвалютивная (оценочная) шкала боли также показывала ее умеренную интенсивность 2,0 [1,0; 2,0], $p = 0,001$.

Выводы. Таким образом, комплексный анализ выраженности и характеристик хронического вертеброгенного синдрома показал значимое уменьшение интенсивности боли (более 50%). Описательные параметры болевого синдрома также показали улучшение по сенсорным, аффективным и эвалютивным параметрам. Однако степень нейропатической боли на фоне

стандартных схем лечения не изменилась, а шкала Pain Detect даже показала некоторое увеличение показателей центральной боли, что обосновывает необходимость коррекции данного вида болевого синдрома совместно со стандартной терапией.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ПАНАЙОТОПУЛОСА

Савченко М. А., Куликова С. Л., Свинковская Т. В.

РНПЦ неврологии и нейрохирургии

Введение. Синдром Панайотопулоса – доброкачественная затылочная эпилепсия детского возраста с ранним дебютом, характеризующаяся наличием редких вегето-висцеральных приступов, склонностью к статусному течению, появлением на электроэнцефалограмме типичной активности в виде комплексов «острая-медленная волна» в затылочных отведениях. По данным С. Panayotopoulos синдром встречается с частотой 2-3 пациента на 1000 в общей детской популяции и составляет 6% всех афебрильных приступов у детей с 1 года до 15 лет.

Цель работы. Анализ клинических случаев пациентов с синдромом Панайотопулоса, проходивших обследование и лечение на базе неврологического отделения № 4 РНПЦ неврологии и нейрохирургии.

Материалы и методы. Проанализировано 343 карты стационарного больного с диагнозом эпилепсия, проходивших лечение на базе неврологического отделения № 4 РНПЦ неврологии и нейрохирургии, из которых у 14 был диагностирован синдром Панайотопулоса (4,08%).

Результаты. Возраст дебюта приступов был от 2 до 8 лет. Средний возраст дебюта составил 4,6 лет. Однократный приступ наблюдался в 2 (14,3%) случаях, количество приступов от 2 до 5 демонстрировали 7 пациентов (50%); в одном случае зарегистрировано 7 приступов (7,15%), 4 ребёнка имели 10 и более приступов (28,6%). По клиническим проявлениям в 13 случаях приступы сопровождались нарушением сознания (92,9%); у 9 (64,3%) протекали в виде рвоты или позывов на рвоту, у 9 (64,3%) сопровождались версией глаз, у 9 (64,3%) отмечалась общая гипотония; у 1 пациента (7,15%) развился гемиконвульсивный приступ; у 6 (42,86%) наблюдался оперкулярный компонент (насильственное глотание, клочущие звуки). У 4 пациентов из 14 (28,6%) развивался билатеральный тонико-клонический приступ. Тенденция к статусному течению наблюдалась у 5 пациентов (35,7%). Связь приступов со сном демонстрировали 7 пациентов (50%). Согласно медицинской документации, отягощённый семейный анамнез по эпилепсии, со слов родителей, не удалось достоверно установить ни в одном наблюдении из 14. В одном случае отмечался отягощённый перинатальный анамнез, ребёнок