

*К.Д. Бондар*  
**СИНДРОМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕНСИТИЗАЦИИ  
У ПАЦИЕНТОВ С МИОФАСЦИАЛЬНОЙ БОЛЬЮ**

*Научный руководитель: ассист. Ю. Ч. Сирицына*  
*Кафедра медицинской реабилитации*  
*Гродненский государственный медицинский университет, г.Гродно*

*K.D. Bondar*  
**CENTRAL SENSITIZATION SYNDROME IN PATIENTS  
WITH MYOFASCIAL PAIN**

*Tutor: assistant. Yu.Ch. Siritsyna*  
*Department of Medical Rehabilitation*  
*Grodno State Medical University, Grodno*

**Резюме.** В настоящее время выбор лекарственных препаратов и немедикаментозных методов терапии хронической боли во многом зависит не от ее локализации и интенсивности, а от патофизиологических механизмов ее формирования и синдрома центральной сенситизации.

**Ключевые слова:** центральная сенситизация, миофасциальный синдром, боль, центральный механизм регуляции.

**Resume.** Currently, the choice of drugs and non-drug methods of chronic pain therapy largely depends not on its localization and intensity, but on the pathophysiological mechanisms of its formation and the central sensitization syndrome.

**Keywords:** central sensitization, myofascial syndrome, pain, central regulation mechanism.

**Актуальность.** На протяжении многих десятков лет глубоко изучались периферические механизмы боли (роль ноцицепторов, возбудимость периферических сенсорных нейронов, воспаление и др.). Однако за последние 30 лет произошли существенные изменения в представлениях о роли центральной нервной системы (ЦНС) в патогенезе болевых синдромов, что открыло новые перспективы для лечения. Одним из важнейших механизмов формирования хронической боли является феномен центральной сенситизации (ЦС), т.е. не столько специфические качества непосредственно воздействующих периферических болевых стимулов влияют на формирование боли, а скорее функциональное состояние ЦНС [3, 5].

Возможно, что возникновение и поддержание ЦС является основным патофизиологическим механизмом при хронической боли [1, 2].

Открытие этого феномена позволило объяснить многие «необъяснимые» болевые синдромы и предложить стратегию их лечения. Такой подход в выборе фармакологических препаратов получил название «патогенетически обоснованная терапия боли».

**Цель:** оценка феномена ЦС у пациентов с миофасциальным синдромом (МФС).

**Задачи:**

1. Определение интенсивности болевого синдрома у пациентов с МФС.
2. Анализ уровня центральной сенситизации с использованием опросника центральной сенситизации.

3. Определение клинической значимости синдрома центральной сенситизации у пациентов с хронической болью.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 50 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст составил 37 лет) с соматоформными вегетативными дисфункциями, имеющими МФС шейно-плечевой локализации, которые находились на лечении в отделении пограничных состояний Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-Наркология» с расстройствами адаптации, недифференцированными соматоформными дисфункциями, тревожно-депрессивными расстройствами, рекуррентными депрессивными расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством. Из них 28 пациентов (56%) составили пациенты женского пола и 22 пациента (44%) – мужского. В течение последних трех месяцев боль разной степени выраженности испытывали все обследуемые пациенты в виде цефалгий, цервикокраниалгий, цервикобрахиалгий с наличием активных и латентных ТТ в трапецивидной мышце, грудино-ключично-сосцевидной, ромбовидных мышцах, мышце, поднимающей лопатку, ротаторах шеи и др., которые выявлялись при пальпации как болезненные уплотнения различных размеров в виде мышечных тяжей и валиков плотно-эластичной консистенции с характерной отраженной болью и вегетативной реакцией, иногда с сенестопатической окраской – жжение, мурашки, чувство холода, «ползание и шевеление под кожей», «ощущение волны жара по всему телу».

Для оценки болевого синдрома (БС) использовалась визуально-аналоговая шкала – ВАШ, отрезок длиной 10см, где отметка 0 - «нет боли» и 10см - «невыносимая боль». Пациенту предлагалось сделать на этом отрезке отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им в данный момент боли. Расстояние между концом линии «нет боли» и сделанной пациентом отметкой измеряют в сантиметрах и округляют. При анализе выраженности боли была принята следующая градация степеней тяжести: слабая боль – 1-4 балла, умеренная боль – 5-6 баллов, интенсивная боль – 7-10 баллов.

Для оценки уровня центральной сенситизации использовался опросник (ОЦС – адаптированная русскоязычная версия)[4], состоящий из 25 утверждений, каждое из которых сформулировано так, чтобы выявить то или иное заболевание или синдром, связанный с синдромом ЦС. При этом утверждения описывают патологические состояния понятным языком и не содержат медицинских терминов. Напротив каждого утверждения, описывающего одной короткой фразой то или иное болезненное состояние, расположены слова – наречия частоты (никогда, редко, иногда, часто, всегда). Прочитав утверждение, пациент должен отметить подходящее слово. Слова расположены в определенном порядке так, чтобы составить 5 бальную вербальную рейтинговую шкалу, где слову «никогда» соответствует 0 баллов, слову «всегда» – 4 балла. Каждому отмеченному пациентом слову присваивают соответствующий балл, затем баллы суммируют и определяют общий балл. Минимальное число баллов = 0, максимальное = 100. Для интерпритации полученных значений в баллах рекомендуются следующие 5 интервалов: ЦС субклиническая (0-29) баллов; легкая (30-39); умеренная (40-49); выраженная (50-59); критическая (60-100).

Для диагностики вегетативной дисфункции использовался вегетативный тест (Вейн А.М., 2003), содержащий 11 вопросов. Пациенту предлагается выбрать те или иные характеристики, подчеркивая нужные слова. Положительный ответ оценивается по балльной системе (от 3 до 7 баллов), который в итоге суммируется, отрицательный ответ определяется как 0 баллов. При анкетировании обследуемый подчеркивает соответствующий ответ "да" или "нет". Затем подсчитывается суммарный балл всех положительных ответов. По количеству баллов, обозначающих удельный вес различных симптомов вегетативной дисфункции, оценивается вегетативный статус: 0-14 баллов – норма, 15 и более баллов означает наличие у пациента вегетативной дисфункции.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам исследования пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени выраженности БС по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и уровню ЦС. Первую группу составили 11 человек со слабовыраженной болью по ВАШ ( $3,4 \pm 0,7$ ) и легким уровнем ЦС ( $33,5 \pm 0,5$ ), во вторую группу вошел 17 человек с умеренно-выраженной болью ( $5,5 \pm 0,8$ ) и умеренным уровнем ЦС ( $42,6 \pm 0,4$ ), третью группу составил 22 пациента с интенсивным БС ( $7,3 \pm 0,6$ ) и выраженным уровнем ЦС ( $54,6 \pm 0,3$ ). При анализе вегетативного теста для оценки у пациентов вегетативных изменений выявлено наличие различных симптомов вегетативной дисфункции таких как, ощущения сердцебиения, повышенная потливость, чувство нехватки воздуха, снижение работоспособности, быстрая утомляемость, нарушение сна и др. и уровень вегетативного статуса более 15 баллов ( $31,0 \pm 0,5$ ), что характерно для МФС. Согласно проведенному исследованию для оценки ЦС из жалоб пациенты отмечали проблемы со сном, напряжение и боли в мышцах, состояние тревоги, подавленности, усиление симптомов на фоне стрессовых ситуаций. Анализ уровня ЦС у пациентов с МФС от уровня БС выявил наличие прямой зависимости: с увеличением боли соответствующего увеличивается и уровень выраженности ЦС ( $p \leq 0,05$ ). Данные результатов нашего исследования позволяют сделать предположение, свидетельствующее о вовлечении в патогенез развития боли, ее хронизации и усиления БС нейродинамических нарушений в ЦНС. Т.о. МФС – дисфункциональный хронический болевой синдром, одним из механизмов развития которого является нарушением центральных механизмов регуляции боли с развитием феномена ЦС, и требующий соответствующего подхода в лечении с использованием не только принципов лечения, направленных на источник боли, но методов психотерапевтической коррекции, направленных на центральные механизмы регуляции.

#### **Выводы:**

1. Терапия хронической боли представляет мультидисциплинарную проблему, над которой наряду с алгологами должны работать врачи разных специальностей.
2. Практическое значение диагностических критериев для определения ЦС заключается в том, что это дает не только представление о патофизиологических механизмах, ответственных за возникновение боли, но и в большей степени позволяет определить потенциальную стратегию лечения.

### Литература

1. Барулин, А. Е. Хроническая боль и депрессия / А. Е. Барулин, О. В. Курушина, Б. М. Калинин, Е. П. Черноволенко // Лекарственный вестник. – 2016. – Т 10, №1. – С. 3-10.
2. Данилов, А. Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль / А. Б. Данилов, Ал. Б. Данилов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. – №1. – С. 30-36.
3. Данилов, А. Б. Центральная сенситизация: клиническая значимость / А. Б. Данилов, Ю.М.Курганов // Неврология/ревматология. – 2012. – №1. – С. 59-64.
4. Кукушкин, М.Л. Опросник для оценки центральной сенситизации: лингвистическая адаптация русскоязычной версии / М.Л.Кукушкин // Российский журнал боли. – 2020. – Т18. – №4. – С. 40-45.
5. Лихачев, С. А. Синдром центральной сенситизации / С. А.Лихачев, Н. Н. Усова, А.П.Савостин, О.С.Давыдов // Медицинские новости. – 2018. – №1. – С. 19-23.