

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Цыганкова Д. А., Корсик В. Ю.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Байда А. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Ключевые слова: боль, болезнь Паркинсона, коморбидность.

Резюме: В статье представлены результаты оценки распространённости и степени выраженности болевого синдрома у пациентов с болезнью Паркинсона.

Resume: The article presents the results of prevalence and severity of pain in patients with Parkinson's disease.

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, обусловленное гибелью дофаминпродуцирующих нейронов черной субстанции. Типичные симптомы БП сопровождаются множеством немоторных проявлений, часто недооцениваются или вовсе остаются не диагностированными. Боль является одним из немоторных симптомов БП. Ее распространенность среди пациентов с этой патологией, по данным некоторых исследований, достигает до 80%. Это в 2-3 раза чаще, чем в популяции здоровых людей того же возраста. Боль является ранним симптомом, который снижает качество жизни пациентов и может встречаться за несколько лет до развития двигательных нарушений.

Наиболее частой жалобой является боль в пояснице, кроме того – в шее, конечностях. В связи с ограничением движений в суставах и позвоночнике вследствие ригидности, нарушения двигательного стереотипа для пациентов характерны боли в суставах наиболее распространенная локализация – плечевой, тазобедренный, коленный и голеностопный суставы.

Боли описываются пациентами как постоянные, плохо локализованные, «ноющие» или «спазмирующие», иногда, «жгучие», «покалывающие», эти симптомы предшествовали появлению двигательных симптомов.

В зависимости от уровня дофаминергической стимуляции можно выделить 3 группы болевых синдромов при БП:

□ боль, связанная с гиподофаминергическим состоянием (возникающая в период «выключения» при моторных флуктуациях, на фоне отмены дофаминергической терапии или вследствие недостаточности дозы дофаминергических средств);

□ боль, связанная с гипердофаминергическим состоянием (возникающая на избыточной дофаминергической стимуляции);

□ боль, не имеющая очевидной связи с приемом дофаминергических средств или вызванная другими причинами.

Особенностью болевых синдромов при БП (в сравнении с пациентами того же возраста, не страдающими БП, и пациентами с заболеваниями опорно-двигательного

аппарата), с которой соглашаются все исследователи, является большая частота хронических болей различной локализации.

На сегодняшний день имеются очевидные недооценка и гиподиагностика болевых синдромов при БП. Между тем они оказывают большое негативное влияние на общее состояние пациента, его качество жизни, провоцирует развитие депрессивных расстройств, поэтому требует отдельного внимания врача.

Цель: оценить наличие и степень выраженности болевых синдромов у пациентов с БП.

Задачи исследования:

1. Оценить и характеризовать болевые синдромы у пациентов с БП
2. Предложить рекомендации по коррекции индивидуальных комплексных схем терапии при наличии у пациентов с БП выраженного болевого синдрома.

Материалы и методы. Обследовано 15 пациентов с установленным диагнозом БП на базе УЗ 9 ГКБ г. Минска (10 женщин и 5 мужчин), средний возраст $60,3 \pm 7,2$ года. Болевые паттерны (качественный, качественный и частотный) определены в ходе опроса пациентов с использованием Визуально-аналоговой шкалы оценки боли (ВАШ), Шкалы Общей Оценки Симптомов Невропатии (NTSS-9), диагностического вопросника нейропатической боли DN-4 и аналогичного вопросника PainDetect. Все шкалы и опросники являются валидными и рекомендованы к применению в клинической практике. Результаты исследования обработаны методами описательной статистики в пакете программ IBM SPSS Statistics 20.0.

Результаты и их обсуждение. В 6 случаях по результатам ВАШ (Визуально-аналоговая шкала оценки боли) было выявлено наличие умеренной боли, в 5 случаях из 15 – минимальная, а в 2 – сильная (рисунок 1).

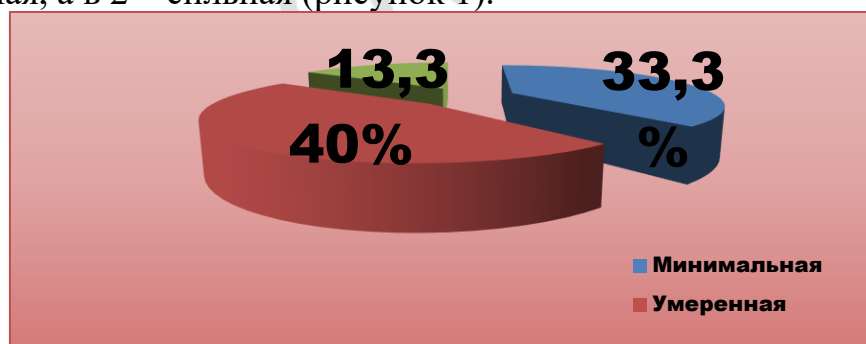


Рис 1. - Визуально-аналоговая шкала оценки боли в исследуемой группе пациентов с болезнью Паркинсона

У 10 пациентов из 15 было выявлено наличие нейропатического компонента боли по результатам опросника DN-4 (рисунок 2).

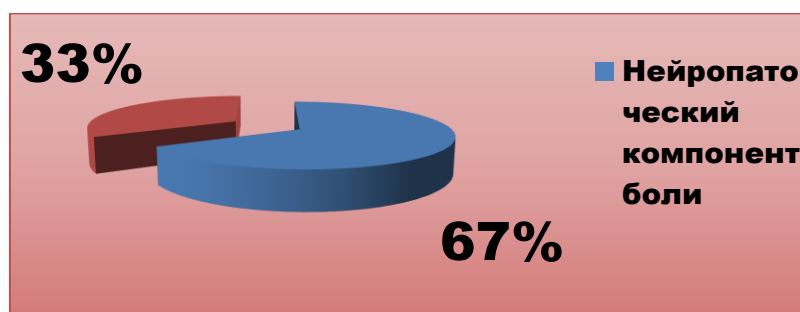


Рис. 2 - Диагностический вопросник нейропатической боли в исследуемой группе пациентов с болезнью Паркинсона

В то же время PainDetect-тест (вероятность наличия невропатического компонента боли) определил такой характер боли как маловероятный в преобладающем числе случаев (8 из 15), $Me=11$ (7;19), что представлено на рисунке 3.

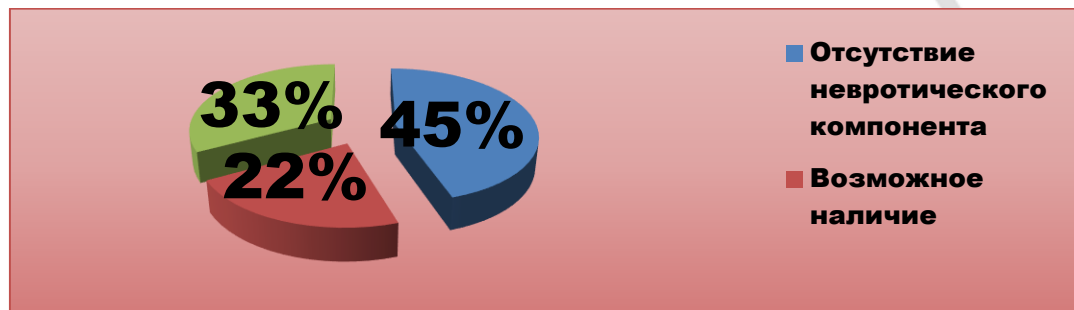


Рис.3 - Вероятность наличия невропатического компонента боли в исследуемой группе пациентов с болезнью Паркинсона

Выводы.

1. В 33,3% случаев по результатам ВАШ было выявлено наличие умеренной боли, в 40% - минимальная, а в 13,3% - сильная. В исследуемой группе болевые синдромы имели в большинстве случаев миофасциальный и нейропатический характер.

2. У 67% исследуемых было выявлено наличие нейропатического компонента боли по результатам опросника DN-4.

3. В то время как PainDetect-тест определил нейропатический характер боли как маловероятный в 45% случаев, возможный – в 22%, а в 33% случаев - с высокой вероятностью. Достаточно сложно оценить достоверно патофизиологические механизмы боли при данной патологии, используя только тесты DN-4 и PainDetect.

4. Оценка болевых синдромов при БП важна для коррекции проводимой пациенту противопаркинсонической и симптоматической обезболивающей терапии. Общие подходы к лечению болевых синдромов при БП включают оптимальную коррекцию противопаркинсонической терапии, коррекцию сопутствующей аффективной и скелетно-мышечной патологии, применение лечебной физкультуры, массажа, методов физиотерапии.

5. При нейропатической боли, в том числе центрального происхождения, не устраняемой коррекцией противопаркинсонической терапии, могут быть назначены трициклические антидепрессанты, СИОЗС, препараты для купирования нейропатической боли (прегабалин, габапентин) или их комбинация.

Литература

1. Васильев Ю.Н. Болезнь Паркинсона: патогенетическое значение стресса. Иркутск, 2009
2. Яхно Н.Н.. Общая неврология : учеб. пособие / Н. Н. Яхно, В. А. Парфенов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : МИА, 2009.
3. Болевые флюктуации при болезни Паркинсона / Л. А. Яковлева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2015. - № 9, вып. 1. - С. 41-44. - Библиогр.: 13 назв.
4. Osterveld L., Allen J.C., Seah S., Tan L. Program factors for early mortality in Parkinson's disease. 2014.