

Результаты лечения у пациентов с установками на «таинственный» характер происхождения боли и пессимистическими ожиданиями в отношении длительности алгического расстройства были хуже, чем у более оптимистично настроенных больных. Наименьший процент выздоровления был получен во второй группе — с высокими показателями по шкалам Д и Т.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у пациентов с дорсалгиями имеется ряд особенностей психоэмоционального статуса, которые не зависят от локализации болевого синдрома. Они подвержены влиянию как длительности алгических расстройств, так и гендерных особенностей пациентов.

В тоже время проведенное поисковое исследование продемонстрировало взаимосвязь боле-

вых установок пациентов и результатов их лечения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки валидизированных оригинальных опросников для изучения болевых установок пациентов с целью прогнозирования исходов лечения и выработки индивидуальных терапевтических программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А. В., Бранд П. Я. // Боль. — 2008. — Т. 1, № 18. — С. 21—23.
2. Голубев В. Л., Данилов А. Б. // РМЖ. Спец. вып. Болевой синдром. — 2009. — С. 11—14.
3. Барулин А. Е., Курушина О. В., Рыбак В. А., Саранов А. А. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 2. — С. 52—54.
4. Курушина О. В., Барулин А. Е. // Профилактическая и клиническая медицина. — 2011. — Т. 2 (39), № 2 (39). — С. 322.
5. Williams D. A., Keefe F. J. // Pain. — 1991. — Vol. 46. — P. 185—190.

О. В. Курушина, В. В. Мирошникова, М. А. Радюк, О. А. Дериченко

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: КОМОРБИДНЫЕ БОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 616.858

Используемый в настоящее время алгоритм диагностики и лечения болезни Паркинсона отразил свою неэффективность в отношении коррекции как моторных, так и немоторных проявлений данного заболевания. Значительная распространенность алгических расстройств различной локализации у лиц с болезнью Паркинсона существенно влияет на физическую активность и снижает качество жизни таких пациентов. В данной работе ставится вопрос о необходимости пересмотра имеющихся схем лечения и возможности социальной адаптации пациентов. Поиск новых методов лечения должен быть направлен в первую очередь на купирование болевых проявлений.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, алгический синдром, социальная адаптация.

O. V. Kurushina, V. V. Miroshnikova, M. A. Raduk, O. A. Drichenko

PARKINSON DISORDER: PAIN SYNDROME COMORBIDITY

The algorithm of diagnostics and treatment of Parkinson's disease administered nowadays has shown its ineffectiveness as to correction of both motor and nonmotor manifestations of this disease. Considerable prevalence of pain disorders of different localization in patients with Parkinson's disease essentially affects their physical activity and decreases their quality of life. This work raises the question of reviewing the current schemes of treatment and a possibility of social adaptation of patients. Search for new methods of treatment should be aimed at reducing pain manifestations.

Key words: Parkinson's disease, algetic syndrome, social adaptation.

Болезнь Паркинсона (БП) является одним из наиболее частых нейродегенеративных заболеваний головного мозга, неуклонно ведущих к инвалидизации больных. Данная патология встречается во всем мире, распространенность в популяции составляет от 60 до 160 на 100 000 населения, заболеваемость — 20 на 100 000 населения. В последнее время отмечается рост БП с ранним началом (до 40 лет), что является социально-значимой тенденцией, так как охватывает трудоспособную, активную часть населения. [3] Кроме того, увеличение продолжительно-

сти жизни, а также улучшение диагностических возможностей современной медицины в развитых странах мира в последние десятилетия обусловило увеличение распространенности БП [2, 7].

Но, несмотря на актуальность проблемы, в настоящее время не существует лекарственных средств, способных излечить БП. Имеющиеся препараты позволяют ослабить проявления болезни и замедлить ее прогрессирование, однако добиться стойкого улучшения удается крайне редко. С одной стороны, это обусловлено неуклонным прогресси-

ванием нейродегенеративного процесса в ЦНС, с другой — отсутствием единых подходов к выбору тактики лечения данной патологии [6]. Кроме того, чрезвычайно проблемным является купирование именно немоторных проявлений, к которым и относятся алгические расстройства. Авторами современных исследований убедительно продемонстрировано, что наибольшее влияние на качество жизни больных, страдающих БП, оказывают именно немоторные симптомы, такие как патологическая утомляемость, депрессия, деменция, снижение либидо, хронические запоры и нарушения мочеиспускания [4, 5, 8].

Несмотря на то, что в данный момент существует 6 групп лекарственных средств для коррекции БП, единого алгоритма их использования не существует. Тактика ведения пациентов определяется лечащим врачом и зависит от степени тяжести, инвалидизации, психического статуса, наличия сопутствующей патологии, возраста, а также социальных факторов — социального статуса, профессиональных особенностей и др. [1]. Подход, при котором активную терапию БП начинали в тот момент, когда двигательный дефект ограничивал функциональные, в том числе профессиональные возможности пациентов, следует признать устаревшим [9]. С другой стороны, имеющиеся схемы лечения требуют пересмотра с учетом выявленных аспектов патогенеза и клинических проявлений. Новые направления терапии в настоящее время развиваются в двух направлениях: разработка новых эффективных средств, стимулирующих основные нейромедиаторные системы и поиск других путей, способных оказать влияние на немоторные симптомы БП.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение распространенности и выраженности болевых синдромов различной локализации у пациентов с БП.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего обследовано 143 пациента с БП на разных стадиях, из них 78 женщин и 65 мужчин. Средний возраст обследованных пациентов ($53,2 \pm 1,7$) лет. Длительность заболевания от 1,5 до 12,5 лет, в среднем ($7,3 \pm 1,1$) лет. Всего было 23 пациента с 1-й степенью заболевания (по Хен-Яру), 79 пациентов со 2-й степенью и 41 пациент с 3-й степенью. Кроме клинико-неврологического исследования применялись нейроортопедическое обследование, уровень боли определялся по визуально-аналоговой шкале, степень влияния боли — по опроснику «Качество жизни».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования выявлено, что болевые синдромы различной локализации той или иной степени выраженности встречались у 132 пациентов (92,3 %) с БП. При этом наиболее часто встречалась боль в спине — у 85 (59,4 %), головная боль — у 43 (30,1 %), распространенная

суставная боль — у 39 (27,3 %) пациентов. Кроме этого отмечались абдоминалгии, глоссалгии, масталгии и другие виды болей. У 28 (19,6 %) пациентов боль отмечалась в двух и более участках тела. При этом прямой зависимости между стадией заболевания и количеством алгических феноменов не отмечалось. Однако выявлена корреляция между выраженностью боли и длительностью заболевания.

При нейроортопедическом обследовании выявлен удельный вес сколиотической деформации позвоночника — 76,9 %. Асимметриями анатомических ориентиров во фронтальной плоскости и сагиттальной плоскостях страдали 136 (95,1 %) обследованных пациентов, нарушение осанки в сочетании с изменением симметрии надплечий, лопаток было также выявлено у подавляющего большинства (81,1 %) участников исследования. Значительное уплощение свода стоп встречалось у 71,3 % пациентов с БП.

Изучение качества жизни пациентов с БП выявило значительные различия между пациентами без болевых проявлений, с одной локализацией боли и рядом болевых расстройств. У пациентов без болевых расстройств средний показатель по опроснику составил ($73,2 \pm 1,2$) балла, с одним болевым расстройством — ($59,9 \pm 1,1$) балла, с несколькими алгическими феноменами — ($47,1 \pm 1,7$) балла. Наибольшие расхождения наблюдались по шкалам «тревога, связанная с болевыми проблемами» и «настроение». Жалобы на нарушение активности из-за боли предъявляли 65,1 % пациентов с БП. Пробуждение из-за боли отметили 27,3 % опрошенных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало высокую распространенность различных болевых синдромов у пациентов, страдающих БП. Наличие боли не только значительно влияло на физическую активность больных, но и снижало уровень их социальных контактов, отрицательно влияло на настроение и качество сна. Поиск способа адекватного обезболивания при БП является актуальной и сложной задачей современной неврологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артёмьев Д. В. // Трудный пациент. — 2005 — № 12. — С. 3.
2. Левин О. С. // Лечащий врач. — 2007. — № 8, 9. — С. 78—80.
3. Литвиненко И. В. Болезнь Паркинсона. — М., 2006. — С. 216.
4. Нодель М. П. // Атмосфера. — 2009. — № 3. — С. 13—17.
5. Протокол ведения больных. Болезнь Паркинсона. — М.: Издательство НЬЮДИАМЕД, 2006. — 184 с.
6. Турбина Л. Г., Богданов П. П. // Лечащий врач. — 2009. — № 5. — С. 10—13.
7. Chaudhuri K. R., Martinez-Martin P., Brown R., et al. // Movement Disorders. — 2007. — Vol. 22, № 13. — P. 1901—1911.
8. Grosset K. A., Bone I., Grosset D. G. // Expert Opin Pharmacother. — 2005. — Vol. 6. — P. 2061—2075.
9. Nojomi M., Mostafavian Z., Shahidi G., Jenkinson C. // Journal of Research in Medical Sciences. — 2010. — Vol. 15. — P. 2.