

АГ 3 ст. В группе пациентов с non-QИМ у 4 (36,3 %) человек была АГ 2 ст. и у 7 (63,7 %) пациентов АГ 3 ст.; у пациентов с ПС АГ 2 ст. — у 3 (42,9 %) человек, АГ 3 ст. — у 4 (57,1 %) пациентов. СД наблюдался в 11 (68,8 %) случаях у пациентов с QИМ; в 4 (36,4 %) случаях у пациентов с non-QИМ; у пациентов с ПС СД не наблюдался. Смерть наступила у 14 (93,3 %) пациентов из 15 при наличии СД. Средний уровень общего холестерина у пациентов в группах: QИМ — $5,78 \pm 0,43$ ммоль/л; non-QИМ — $5,46 \pm 0,48$ ммоль/л; ПС — $5,14 \pm 0,66$ ммоль/л. Средняя СКФ у пациентов с QИМ составила $37,4 \pm 23$ мл/мин/1,73м²; non-QИМ — $44,5 \pm 17$ мл/мин/1,73м²; ПС — $53 \pm 24,5$ мл/мин/1,73м². Средняя СКФ при летальных исходах у пациентов с ИИГМ во всех группах с острыми формами ИБС составила $36,24 \pm 3,97$ мл/мин/1,73м² и статистически значимо различалась с группой выживших пациентов — $54,07 \pm 6,45$ мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$).

Выводы:

- 1) частота развития острых форм ИБС на фоне ИИГМ выше у женщин;
- 2) не выявлено статистически значимых различий между выжившими и умершими группами пациентов с ИИГМ и острыми формами ИБС на фоне ФП и без ФП;
- 3) частота развития инфаркта миокарда у пациентов с ИИГМ составила 2,6 %;
- 4) артериальная гипертензия является фактором риска развития острых коронарных нарушений у пациентов с ИИГМ;
- 5) сахарный диабет является фактором утяжеления течения ИМ и предиктором летальности при острых формах ИБС у пациентов перенесших ИИГМ;
- 6) летальность у пациентов с QИМ составила 87,5 %, у пациентов с non-QИМ — 63,6 %;
- 7) степень хронической болезни почек от С3б и выше может являться предиктором летальных исходов у пациентов с ИМ на фоне ИИГМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алифирова, В. М. Заболевания сердца и инсульт / В. М. Алифирова, О. М. Антухова // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 46–49.
2. Цереброкардиальный синдром. Дифференциальная диагностика, лечебная тактика / А. А. Белкин [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2012. — № 4. — С. 81–86.

УДК 616.832-004.2-009.7

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Беридзе Р. М., Конюшенко А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Н. Усова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рассеянный склероз (РС) — хроническое мультифакториальное демиелинизирующее заболевание ЦНС, возникающее под воздействием экзогенных факторов и реализуемое посредством комплекса иммунопатологических и патохимических реакций. Основной болезнью является образование очагов разрушения оболочки нервов — миелина — в головном и спинном мозге. Эти очаги называются бляшками РС. Размеры бляшек, как правило, небольшие — от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, но при прогрессировании заболевания возможно образование крупных сливных очагов. Республика Беларусь, как и многие европейские страны, относится к зоне повышенного риска РС с распространенностью заболевания свыше 40 случаев на 100 тысяч населения [1].

Клиническая картина РС очень разнообразна, при этом нет ни одного патогномичного признака, характерного для этого заболевания. В последнее время появились сведения о том, что наряду с другими дезадаптирующими проявлениями РС, большое влияние на качество жизни оказывает болевой синдром (БС). В настоящее время все большую актуальность приобретает проблема болевого синдрома у пациентов с РС. Публикации последних лет свидетельствуют о том, что не менее 2/3 пациентов РС (от 50 до 80 %) в той или иной степени страдают от боли, при этом не менее 40 % из них характеризуют ее как постоянную [2].

Цель

Изучить и выявить особенности болевого синдрома при РС.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явились публикации, содержащие информацию о болевых синдромах, возникающих при РС, размещенные в англоязычных ресурсах «U.S. National Library of Medicine» и в ряде русскоязычных изданий за период 2013–2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Одной из наиболее актуальных проблем при РС является проблема БС. Структура болевых синдромов, связанных с данным заболеванием, неоднородна. Согласно современной классификации принято выделять нейропатические, соматогенные, висцерогенные и психогенные боли. По временным параметрам боль подразделяется на острую и хроническую.

Нейропатическая боль связана с аутоиммунным воспалением и процессами демиелинизации в структурах нервной системы, ответственных за проведение и восприятие болевых импульсов. Медиаторы воспаления при этом играют важную роль в возникновении таких симптомов, как гиперестезия и аллодиния. Нейропатические боли при РС могут протекать по типу острых, простреливающих болей (невралгия тройничного нерва, встречающаяся среди пациентов с РС в 300 раз чаще, чем в популяции. В отличие от ее идиопатической формы, невралгия тройничного нерва при РС чаще носит билатеральный характер и может сопровождаться снижением чувствительности в зоне иннервации нерва, то есть протекает по типу тригеминальной невропатии. Симптом Лермитта — кратковременная пронзительная боль (как от удара электротоком), проходящая от затылка вниз по позвоночнику при наклоне головы вперед; псевдорадикулярные боли) или по типу стойких болей с чувством жжения и ломоты (наиболее часто болезненная дизестезия в конечностях, хронические болезненные дизестезии и парестезии у пациентов с РС, по данным разных авторов, наблюдаются от 14 до 41 %. Пациенты жалуются на онемение, «замороженность», чувство «ползания мурашек», покалывание, жжение, преимущественно в ладонях и стопах. Клинический осмотр у большинства пациентов (60–75 %) может выявить нарушения болевой и температурной чувствительностей, чаще мозаичные, но иногда по полиневритическому типу). Невропатическая боль подразделяется на два типа: дизестезическую и трункальную. Поверхностная дизестезическая или деафферентационная боль описывается пациентами как жгучая, саднящая, вызывающая ощущение ожога, зуда, ползания мурашек, стянутости, прохождения электрического тока различной длительности (перемежающиеся, колющие, пронзающие или стреляющие). Дизестезические боли обычно наблюдаются у пациентов с преимущественным вовлечением малых С — волокон, которые, при поражении, приводят к нарушению болевой и температурной чувствительностей, а также к вегетативной дисфункции. Глубокая трункальная боль характеризуется как ноющая, временами режущая, ломящая. К этому же типу можно отнести и мышечную боль, проявляющуюся судорогами, тянуще-давящими ощущениями и болезненностью мышц при пальпации. Она обычно протекает длительно, может менять интенсивность. Трункальная боль встречается при компрессии спинномозговых корешков, туннельных невропатиях и связана, по-видимому, с дисфункцией Ад-волокон [2, 3].

Соматогенные боли связаны с нарушениями мышечного тонуса, патологическими позами, неправильным двигательным стереотипом, длительной иммобилизацией, а также с развитием артрозов и остеопороза. В рамках соматогенных болевых синдромов у пациентов с РС чаще всего описывают боли в спине — от 20 до 35 % случаев в первые 5 лет болезни; до 83 % при длительности заболевания свыше 15 лет; суставные боли — до 7,5 % наблюдений. Наиболее обсуждаемыми причинами возникновения считаются двигательные расстройства, нарушения мышечного тонуса, остеопороз, длительная иммобилизация.

Висцерогенные боли возникают при активации ноцицепторов в стенках полых органов при тазовых расстройствах (запоры, задержка мочи) [4].

Психогенные боли в чистом виде встречаются редко. Они развиваются на фоне депрессии или тревожного состояния при большой длительности болезни и связаны со снижением болевой толерантности. К таким болям можно отнести, в первую очередь, головные боли напряжения [5].

Выводы

Исследование распространенности и структуры болевых синдромов показало, что около 60 % пациентов с РС страдают хроническими болями. Таким образом, боли часто сопровождают течение РС, неизбежно причиняя дополнительные страдания этим пациентам. Проблема усугубляется отсутствием эффективных схем лечения болевых синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лорина, Л. В. Современные принципы терапии рассеянного склероза / Л. В. Лорина, Н. Т. Джапаралиева, Л. М. Михеева // Медицина и здравоохранение. — 2015. — № 4. — С. 163–164.
2. Аутоиммунные заболевания в неврологии: клиническое руководство / под ред. И. А. Завалишина [и др.]. — М.: Здоровье человека, 2014. — Т. 1. — 400 с.
3. Шмидт, Т. Е. Рассеянный склероз / Т. Е. Шмидт, Н. Н. Яхно. — М.: Медицина, 2013. — № 7. — С. 87–89.
4. Агафьина, А. С. Невропатический болевой синдром в клинической картине рассеянного склероза: обзор литературы, клиника, лечение / А. С. Агафьина, И. Д. Столяров, Е. В. Ивашкова // Нейроиммунные взаимодействия. — 2017. — № 5. — С. 151–156.
5. Гусев, Е. И. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко // Consilium medicum. — 2018. — Т. 2 (2). — С. 84–86.

УДК 616.858-008.6

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОЙ НАГРУЗКИ НА МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА РАННЕЙ СТАДИИ

Бойко А. В., Пономарев В. В., Чижик В.А.

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Клинические проявления болезни Паркинсона представляют собой сочетание акинезии или гипокинезии, мышечной ригидности и тремора покоя. Симптом зубчатого колеса представляет собой пластическую мышечную гипертонию в виде прерывистости сопротивления при пассивных движениях конечностью. Мышечный тонус при болезни Паркинсона может меняться под влиянием различных факторов. Так D. Formann описал у пациентов с БП изменение мышечного тонуса в зависимости от положения тела: нарастание в позе Ромберга и уменьшение в положении лежа. Известны ряд тестов для выявления скрытого повышения мышечного тонуса: прием Нойки-Ганевой — если лежащий на спине больной активно поднимает ногу, то врачу легче выявить по-