

ухудшают качество жизни пациентов, а также воздействуют на прогрессирование сосудистой мозговой недостаточности [2, с. 6].

Цель

Целью нашего исследования явился анализ нейропсихологического тестирования пациентов с хроническим головокружением.

Материал и методы исследования

В исследование было включено 10 человек. Среди них: женщины в возрасте от 33 до 60 лет, 9 человек; 1 мужчина в возрасте 39 лет. Пациентам проводилось нейропсихологическое тестирование с помощью практического руководства по методам нейропсихологической диагностики Вассермана Л.И.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам нейропсихологического тестирования были выявлены нарушения средней степени автоматизированной речи при пересказе коротких рассказов у мужчины и легкие — у одной женщины. Легкие нарушения отраженной речи при повторении серий слов и слогов у 3 женщин, умеренные — у 2 человек (мужчины и женщины). Также наблюдались легкие нарушения понимания речи и логико-грамматических структур у 6 человек, легкие нарушения фонематического анализа у 3 человек, умеренные — у 1. Легкие нарушения узнавания зашумленных букв у 1 человека. Легкие нарушения счета — у 3 человек, умеренные — у одного. Легкие нарушения конструктивного праксиса — у 1 человека, динамического — у 3. Легкие нарушения узнавания различных ритмов — у 2 человек. Легкие нарушения право-левой ориентировки — у 1 человека. Умеренные нарушения пальцевого гнозиса — у 1 человека. Легкие нарушения ориентировки в пространстве — у 2 человек. Легкие нарушения предметного зрительного гнозиса — у 3 человек. Легкие нарушения лицевого гнозиса — у 4 человек.

Заключение

Полученные данные указывают на необходимость более тщательного нейропсихологического тестирования пациентов с целью изучения механизмов сложной психической деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон // СПб.: Стройлеспечать. — 1997. — 360 с.
2. Максимова, М. Ю. Синдром недостаточности кровотока в артериях вертебробазилярной системы / М. Ю. Максимова, М. А. Пирадов // Русский медицинский журнал. — 2018. — № 7. — С. 4–8.

УДК 616.741/.751-009.7

МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНО БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Новик А. А.¹, Шевчун А. Ю.¹, Усова Н. Н.¹, Кулиш Е. А.¹, Лапковский А. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 2»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Миофасциальный болевой синдром — это боль и (или) вегетативные симптомы, отражённые из активных миофасциальных триггерных точек с появлением дисфункции соответствующей мышцы. Миофасциальная триггерная точка — болезненное уплотнение пучков мышечных волокон или участков мышечных фасций с характерным паттерном отражённой боли [1].

По данным различных авторов, в течение жизни 80–90 % людей испытывают боли в спине (L. Manchikanti, 2000, A. O. Frank, 2001). Данная проблема имеет огромное социально-экономическое значение, что связано как с прямыми денежными затратами на лечение данных пациентов, так и с потерями в связи с временной утратой трудоспособности, а иногда и с инвалидизацией этих пациентов (L. Lidgren, 2003; В. А. Lampert, 2007). Следует учитывать тот факт, что пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст [3].

Цель

Изучить распространенность мышечно-фасциального болевого синдрома нижней части спины, установить клинические особенности острых мышечно-фасциальных болевых синдромов нижней части спины, а также определить основные патогенетические факторы, влияющие на формирование клинических вариантов МФБС.

Материал и методы исследования

Проведено исследование 63 пациентов с болевыми синдромами нижней части спины, проходящих стационарное лечение в Гомельском областном клиническом Госпитале инвалидов отечественной войны в неврологическом отделении № 2, являющимся клинической базой курса неврологии УО «Гомельского государственного медицинского университета». Длительность начала заболевания или последнего обострения болевого синдрома на момент исследования составляла не более 1 месяца. Средний возраст пациентов составил 44,8 лет, с преобладанием пациентов в возрастной группе от 34 лет до 53 лет (68 %). Среди мужчин данная патология встречалась чаще, чем у женщин (67 и 33 % соответственно). В группу клинического сравнения вошли 35 человек (24 мужчины и 11 женщин, средний возраст которых составил 43,1 года) с болями в нижней части спины, проходивших общепринятое медикаментозное и физиотерапевтическое лечение в условиях неврологического стационара.

Критериями включения в группы исследования было отсутствие на момент обследования и лечения органической патологии позвоночника (перелом, артрит, артроз и др.), выраженных клинических проявлений заболеваний внутренних органов в фазе обострения, психических заболеваний, инфекционных заболеваний и другой патологии, препятствующей вертеброневрологическому исследованию.

Для проведения исследования использовался модифицированный опросник на базе освестровского опросника нарушения жизнедеятельности при болях в нижней части спины (Osvestry low back pain disability questionnaire) и опросника Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушения жизнедеятельности» (Low back pain and disability questionnaire, Roland-Morris).

Все пациенты обследованы по стандартизированной программе исследования, в которую были включены визуально-аналоговая шкала боли для оценки качественных и количественных характеристик болевого синдрома, а также разделы, где отмечали локализацию алгических проявлений, результаты визуальной и мануальной диагностики, дополнительных методов исследования, данные о сопутствующей патологии, степень выраженности клинических проявлений и эффективность лечения. При сборе анамнеза изучали особенности болевого синдрома, уточняли характер, локализацию, длительность, интенсивность, иррадиацию болей. Площадь распространения болей оценивали по «схеме тела». Выясняли статические и динамические факторы, усиливающие и уменьшающие болевой синдром. Также были использованы русифицированный опросник Мак — Гилла о характере боли и шкалу оценки тревожных состояний Гамильтона для оценки уровня тревожности в процессе лечения. Пациентов осматривали в положениях: стоя, сидя, лёжа, также в положении, провоцирующем боль и в положении, купирующем боль. Мануальное тестирование проводилось по методике D. Walther (1988). Использовали 6-бальную систему для оценки силы мышц (А. А. Скоромец, 2000).

МФБС диагностировали на основании: наличии связи возникновения болей с физической или статической нагрузкой, выявлении триггерных точек при пальпации с получение болевой реакции при надавливании, наличие болезненных уплотнений в виде тяжа [3].

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета статистических программ «Statistica» 12.0 и «Microsoft Excel» 2003.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования была выявлена средняя интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале, которая составила 6,7 баллов. Средняя продолжительность болевого приступа варьировала от нескольких часов в день до нескольких дней. Было установлено, что пациенты с болевым синдромом нижней части спины купируют боль медикаментозными средствами лишь в 32 % случаев.

Основной жалобой всех пациентов была боль в поясничной области. В 62 % пациенты предъявляли жалобы на двустороннюю боль, в 38 % — на одностороннюю соответственно. При описании качественных характеристик боли по опроснику Мак-Гилла большинство пациентов описывали свою боль как «ноющую» (58 %), «стреляющую» (27 %), «тянущую» (15 %).

Выявлено, что основным иницирующим фактором мышечно-фасциальной боли нижней части спины являлась неадекватная физическая нагрузка более чем в 60 % случаев.

У 56 % пациентов боль усиливается при определённом активном движении туловища, 30 % пациентов отмечали усиление боли при статической нагрузке в положении сидя или лёжа, 14 % пациентов указывали на постоянный характер боли, не зависящий от каких-либо действий.

Всем пациентам был проведен курс ежедневных сеансов мануальной терапии. После каждого сеанса пациенту предлагали оценить оставшуюся боль в нижней части спины по визуально-аналоговой шкале, результаты оказались следующими: после 1 сеанса у 6 % пациентов полностью исчезли боли и восстановился полный объем движений, 34 % — боли исчезли наполовину от исходного уровня, 52 % — боли уменьшились незначительно, 8 % — без положительной динамики. После 2 сеанса результаты оказались следующими: 12 % — боли полностью исчезли, 36 % — боли исчезли наполовину от исходного уровня, 44 % — боли уменьшились незначительно, 8 % — без положительной динамики. После 3 сеанса: 32 % — боли полностью исчезли, 42 % — боли исчезли наполовину, 24 % — боли уменьшились незначительно, 2 % — без положительной динамики. После 4 сеанса: 53 % — боли полностью исчезли, 32 % — боли уменьшились наполовину, 13 % — боли уменьшились незначительно, 2 % — без положительной динамики. После 5 сеанса: 62 % пациентов отметили полностью исчезновение болей в спине, 30 % — боли уменьшились наполовину, 6 % — боли уменьшились незначительно, 2 % — без положительной динамики. После 6–8 сеанса: 68 % пациентов отметили полностью исчезновение болей в спине, 22 % — боли уменьшились наполовину, 8 % — боли уменьшились незначительно, 2 % — без положительной динамики. После 9–10 сеанса: 72 % пациентов отметили полностью исчезновение болей в спине, 20 % — боли уменьшились наполовину, 6 % — боли уменьшились незначительно, 2 % — без положительной динамики.

Выводы

Мышечно-фасциальные боли нижней части спины гетерогенны и имеют различное соотношение структурных и функциональных нарушений в системе регуляции движений. При обследовании пациентов следует обратить внимание на оценку позы и движения, которые усиливают или уменьшают болевой синдром.

ЛИТЕРАТУРА

1. Есина, Р. Г. Боль в спине / Р. Г. Есина // Казанский полиграфкомбинат. — 2010. — С. 57–80.
2. Парфенов, В. А. Нервные болезни. Общая неврология: учеб. для студентов / В. А. Парфенов, Н. Н. Яхно, И. В. Дамулин ; Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова. — М.: МИА, 2014.
3. Болевые синдромы в неврологической практике: монография / под ред. В. Л. Голубева. — М.: МЕДпресс-информ, 2010.
4. Дифференциальный диагноз боли в спине: учебное пособие / М. И. Карпова, Ю. С. Шамуров, В. В. Маркова. — Челябинск: Издательство ЮУГМУ, 2013.