



В то же время определена зависимость особенностей течения МБДС ЧЛО от варианта клинического проявления ШВДС и ШОХ, независимо от наличия патологии тканей пародонта и ЗЧА: более тяжелое течение синдрома наблюдается у больных с мышечно-дистрофическими проявлениями ШОХ ($0,05 > p > 0,02$).

Клинические признаки шейного вертебрального синдрома зависят от возраста больных. В младшей возрастной группе это были преимущественно варианты гипермобильности ШОП с мышечно-дистоническими проявлениями. В возрастной группе от 14 до 35 лет к гипермобильности добавлялись симптомы цервикоспондилопериартроза, компрессии шейных корешков, вегетативно-ирритативные и мышечно-тонические проявления. В возрасте старше 35 лет доминировали цервикоспондилоартроз, нейродистрофические поражения структур ШОП с его гипомобильностью.

Клинические признаки нарушения гемодинамики в вертебробазилярном бассейне, подтвержденные реографически, выявлены у всех больных МБДС ЧЛО и зависели от проявлений ШВДС и ШОХ: более значимые нарушения кровенаполнения, показателей тонуса артериол и вен найдены у больных МБДС ЧЛО с мышечно-дистрофическими проявлениями, менее выраженные — у больных МБДС ЧЛО с мышечно-дистоническими проявлениями ШОХ.

По данным электромиографии более выраженные изменения жевательных мышц, мышц шеи и надплечий у больных МБДС ЧЛО встречались при мышечно-дистонических и мышечно-дистрофических проявлениях ШОХ, менее выраженные — при вегетативно-ирритативных.

Функциональная рентгенография ШОП показала, что в младшей возрастной группе преобладали признаки нестабильности ШОП, которые с возрастом дополнялись признаками дистрофического поражения структур позвоночника. У больных с клинически значимым ШОХ выявлены критерии, отражающие нарушение амортизационной функции диска, и критерии, отражающие нарушение двигательной функции позвоночного сегмента.

Обоснованность гипотезы вертеброгенного происхождения клинических проявлений МБДС ЧЛО подтверждена и

результатами успешного дифференцированного лечения, включавшего санацию полости рта, лечение заболеваний пародонта, воздействие на ВНЧС, жевательные мышцы, на структуры ШОП, его центральные рефлексогенные зоны, на мышцы надплечий. Проведенные нами исследования показали, что самостоятельная полноценная функция ВНЧС и обслуживающих его мышц невозможна отдельно от работы всего шейно-лицевого двигательного паттерна. При этом актуален весь механизм поддержания вертикальной позы, включая позно-тоническую и фазическую деятельность нижних конечностей, таза, позвоночника, плечевого пояса, шеи и головы. Изменение динамических и статических составляющих этого ортостатического механизма в любом звене изменяет взаимоотношения черепа и ШОП. На начальных этапах дисбаланса эти нарушения носят, как правило, обратимый функциональный характер. С накоплением дистрофических изменений в перегруженных участках опорно-двигательного аппарата наступает этап морфологических изменений в тканях наиболее функционально неблагополучных звеньев стато-кинематической цепи.

Заключение

Изучение этиопатогенетической связи ЗЧА с развитием МБДС ЧЛО у детей и подростков с ШВДС и у больных с клинически значимым ШОХ выявило, что в целом ЗЧА не увеличивает распространенность заболевания и существенно не влияют на тяжесть его течения. Наиболее выраженная прямая зависимость существует между МБДС ЧЛО и клиническими проявлениями ШВДС и ШОХ. Особенности течения, клиническая картина, тяжесть МБДС ЧЛО зависят от варианта проявления шейного вертебрального дистрофического синдрома и шейного остеохондроза.

Таким образом, проведенные исследования, позволившие выявить зависимость развития МБДС ЧЛО от состояния структур шейных позвоночно-двигательных сегментов, особенностей его течения при различных проявлениях ШВДС и ШОХ и отсутствие достоверной взаимосвязи с ЗЧА, подтверждают выдвинутую ранее вертеброгенную концепцию этиопатогенеза МБДС ЧЛО.

Нейропсихологические особенности больных с миофасциальным болевым синдромом при паркинсонизме

Л. Н. БАЙРАМОВА. Кафедра неврологии и рефлексотерапии КГМА (руководитель — профессор Г. А. Иваничев).

Психиатрический аспект паркинсонизма достаточно полно исследован. В соответствующих работах описываются депрессивные состояния, мнестико-интеллектуальные нарушения, изменения личности. На фоне этих работ обращает на себя внимание отсутствие исследований, касающихся психических нарушений при паркинсонизме, сопровождающемся миофасциальным болевым синдромом. Вместе с тем, являясь признанной характеристикой паркинсонизма, болевой синдром может вносить свою лепту в оформление клинической картины этого заболевания, в том числе и его нейропсихологических симптомов.

Данное исследование посвящено выявлению нейропсихологических особенностей больных с миофасциальным болевым синдромом при разных формах паркинсонизма.

Материал и методы исследования

Клинико-инструментальное исследование было проведено у 91 человека от 23 до 98 лет (35 женщин и 56 мужчин). Контингент обследованных включал: акинетико-ригидную форму паркинсонизма (АРФ) — 33 пациента (11 женщин, 22 мужчины) и дрожательно-ригидную форму паркинсонизма (ДРФ) — 58 человек (24 женщины, 34 мужчины). В рамках проведения настоящего исследования больных групп АРФ и ДРФ подразделялись на группы: в группу I вошли больные с наличием миофасциального болевого синдрома, в группу II — без миофасциального болевого синдрома.

Нейропсихологическое тестирование было проведено у 14 пациентов с АРФ (I группа — 10, II группа — 4), 17 пациентов с ДРФ (I группа — 12, II группа — 5). В качестве

контроля обследовали 8 здоровых добровольцев.

Клиническое обследование включало неврологический осмотр по специально разработанной карте. Характер и выраженность паркинсонических симптомов оценивались по шкале балльной оценки основных клинических проявлений паркинсонизма, предложенной Papavasiliou (1982), в модификации Я. И. Левина (1991). Базисная оценка тяжести заболевания — по схеме Hoehn, Yahr (1967) в модификации Lindvall (1989), Tetrad, Langston (1989). Уровень боли оценивался по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Определение уровня болезненности мышц проводилось тензальгиметром Фишера. Уровень тревожности оценивался тестом Спилбергера, депрессии — шкалой Бека, изменения личности — характерологическим тестом Шмишека.

Результаты исследования и их обсуждение

Тремор, ригидность и (гипо-)акинезия являлись ведущими жалобами всех обследованных больных с паркинсонизмом. В зависимости от формы выявлялись различия их выраженности. Отмечались поструральная неустойчивость, изменение походки, речи и почерка, вегетативные проявления, слабость, нарушения тазовых функций — частое мочеиспускание и запоры, в общем, весь ансамбль симптомов и синдромов, характеризующих паркинсонизм. В таблице 1 представлены данные, характеризующие основные показатели паркинсонизма для исследуемых групп пациентов.

Статистически достоверная разница в показателях между пациентами с АРФ и ДРФ выявлена для тремора ($p < 0,001$), брадикинезии ($p < 0,001$), нарушений походки ($p < 0,05$) и ве-

Таблица 1

Оценка клинических проявлений паркинсонизма, баллы ($M \pm m$)

Проявления паркинсонизма	АРФ		
	группа I	группа II	в целом
Тремор	1,1 $\pm$ 0,2	1,5 $\pm$ 0,2	1,2 $\pm$ 0,2
Ригидность	1,8 $\pm$ 0,2	1,8 $\pm$ 0,3	1,8 $\pm$ 0,2
Брадикинезия	2,2 $\pm$ 0,2	2,1 $\pm$ 0,2	2,2 $\pm$ 0,2
Нарушение походки	1,8 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,3	1,8 $\pm$ 0,2
Постуральная устойчивость	1,3 $\pm$ 0,3	0,8 $\pm$ 0,4	1,2 $\pm$ 0,2
Нарушение речи	0,9 $\pm$ 0,0	0,9 $\pm$ 0,1	0,9 $\pm$ 0,1
Нарушение почерка	1,3 $\pm$ 0,2	1,0 $\pm$ 0,1	1,2 $\pm$ 0,2
Вегетативные нарушения	2,0 $\pm$ 0,2	2,0 $\pm$ 0,3	2,0 $\pm$ 0,1
Проявления паркинсонизма	ДРФ		
	группа I	группа II	в целом
Тремор	2,3 $\pm$ 0,2	2,3 $\pm$ 0,2	2,3 $\pm$ 0,2
Ригидность	1,6 $\pm$ 0,2	1,3 $\pm$ 0,3	1,5 $\pm$ 0,1
Брадикинезия	1,5 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,1	1,5 $\pm$ 0,1
Нарушение походки	1,3 $\pm$ 0,1	1,3 $\pm$ 0,3	1,3 $\pm$ 0,1
Постуральная устойчивость	1,0 $\pm$ 0,2	0,6 $\pm$ 0,2	0,9 $\pm$ 0,1
Нарушение речи	0,6 $\pm$ 0,1	0,7 $\pm$ 0,2	0,6 $\pm$ 0,1
Нарушение почерка	1,6 $\pm$ 0,2	1,5 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,2
Вегетативные нарушения	1,5 $\pm$ 0,2	1,5 $\pm$ 0,3	1,5 $\pm$ 0,1

гетативных нарушений ($p < 0,01$). Показатели группы АРФ в шести случаях из восьми превышали показатели группы ДРФ (хотя и не во всех случаях достоверно). Исключение составили показатели тремора и нарушений почерка. Сравнение соответствующих показателей групп I и II не выявило достоверной разницы, как в случае АРФ, так и в случае ДРФ.

Наряду с вышеперечисленными, частыми оказались жалобы на мышечно-скелетные боли. Данные жалобы были детализированы как по локализации, так и по характеру (табл. 2).

Таблица 2

Распределение жалоб на боли по областям тела

Области	АРФ I, чел.	ДРФ I, чел.	АРФ I, %	ДРФ I, %
Верхние конечности	14	21	58,3	48,8
Задняя поверхность шеи	14	16	58,3	37,2
Передняя поверхность шеи	1	0	4,2	0
Надплечья	17	30	70,8	69,7
Грудная клетка	3	14	12,5	32,6
Живот	2	4	8,3	9,3
Позвоночник	21	33	87,5	76,7
Нижние конечности	5	4	20,8	9,3

Максимальное количество жалоб в обеих группах приходится на боли в позвоночном столбе, затем следуют боли в надплечьях и в верхних конечностях. Достоверно больше жалоб на боли по задней поверхности шеи ($p < 0,05$) и в нижних конечностях ($p < 0,05$) выявлено в АРФ I. Группа ДРФ I достоверно чаще испытывала боли в грудной клетке.

На рис. 1 представлены данные о видах боли, испытываемых пациентами исследуемых групп.

На рисунке видно, что пациенты группы I АРФ чаще жаловались на локальную и диффузную боль — 52% и 40% соответственно. Выявлено достоверное отличие в частоте жалоб пациентов группы I АРФ на различные виды боли. Пациенты группы I ДРФ чаще предъявляли жалобы на локальную боль — 72%, в сравнении с пациентами группы I АРФ (52%). Для данной группы также выявлено достоверное отличие в

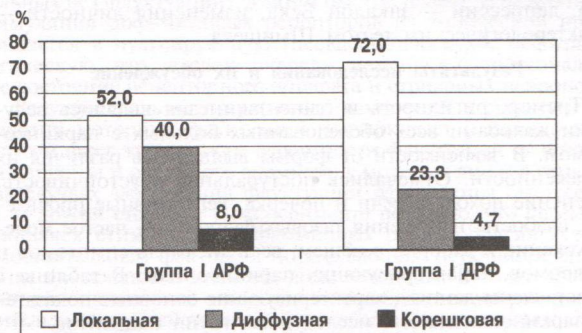


Рис. 1. Частота жалоб на различные виды боли у пациентов исследуемых групп, %.

частоте жалоб на различные виды боли. Сравнение частот жалоб на боль соответствующих видов в группах I АРФ и I ДРФ показало, что если для локальной боли показатели группы I ДРФ достоверно ($p < 0,01$) превышают показатели группы I АРФ, то для диффузной и корешковой боли эти показатели выше в группе I АРФ ($p < 0,001$ и $p < 0,05$).

Тензальгиметрия проводилась 51 больному. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Данные тензальгиметрии ($M \pm m$)

Группа	Тензальгиметрия		
	Min	Max	ПТБ
АРФ I (n=14)	5,87 $\pm$ 0,28	12,30 $\pm$ 0,65	6,43 $\pm$ 0,39
II (n=5)	5,75 $\pm$ 0,88	15,15 $\pm$ 0,64	9,40 $\pm$ 0,77
I+II (n=19)	5,85 $\pm$ 0,26	13,05 $\pm$ 0,68	7,20 $\pm$ 0,51
ДРФ I (n=26)	5,00 $\pm$ 0,21	13,17 $\pm$ 0,83	8,17 $\pm$ 0,52
II (n=6)	6,64 $\pm$ 0,68	17,25 $\pm$ 1,11	10,61 $\pm$ 1,01
I+II (n=32)	5,34 $\pm$ 0,21	14,14 $\pm$ 0,61	8,80 $\pm$ 0,54

Примечание: Min — минимальная болезненность, испытываемая больным при давлении шупа тензальгиметра, Max — максимальная болезненность, которую может выдержать больной при давлении шупа тензальгиметра, ПТБ — показатель толерантности к боли, соответствует разнице Max - Min.

Анализ представленных в таблице данных показал отсутствие достоверных межгрупповых различий минимальных и максимальных значений показателей. Выявлено достоверное отличие ПТБ между группами I и II как у пациентов с АРФ ($p < 0,01$), так и с ДРФ ($p < 0,05$).

Достоверного отличия показаний пациентов АРФ и ДРФ при исследовании по ВАШ выявлено не было. Однако сравнение I и II группы показало отсутствие субъективной болезненности в группе II.

После проведенного анализа результатов было выявлено совпадение стороны дебюта паркинсонизма и преимущественной мышечной болезненности примерно у 2/3 больных обеих групп (АРФ I — 67,4%, ДРФ I — 68%).

Нейропсихологическое исследование, проведенное у больных паркинсонизмом, выявило следующее.

Исследование уровня реактивной тревожности (РТ) как состояния пациентов с АРФ, ДРФ и группы нормы, в целом показал отсутствие достоверных различий в этих группах (табл. 5).

Таблица 5

Результаты исследования тревожности ($M \pm m$)

	АРФ всего (33)	АРФ I (25)	АРФ II (8)	
Реактивная тревожность	32,3±2,8	32,9±3,1	30,8±6,5	
Личностная тревожность	50,1±2	51,7±2,1	46±5	
	ДРФ всего (58)	ДРФ I (43)	ДРФ II (15)	Норма (5)
Реактивная тревожность	32,9±2,7	31,3±4,2	36,6±2,5	31±4,3
Личностная тревожность	49±2,4	50,8±3,4	44,6±3,4	44,4±2,8

При тестировании личностной тревожности (ЛТ) как устойчивой характеристики человека групп пациентов АРФ, ДРФ и нормы выявлена более высокая личностная тревожность в I группе. В группе без МФБС цифры сходны с показателями группы контроля.

При оценке депрессивных нарушений показатели больных паркинсонизмом превышали показатели группы нормы ($P_{АРФ-N} < 0,01$, $P_{ДРФ-N} < 0,05$) (табл. 6).

Таблица 6

Данные тестирования депрессии по шкале Бека

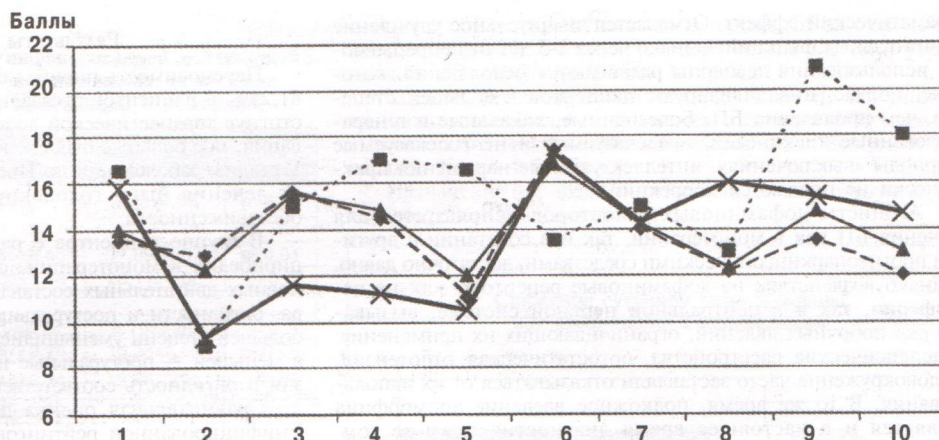
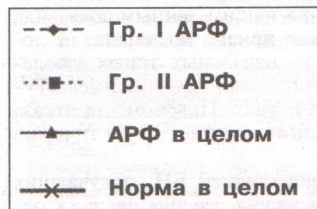
Группы	Подгруппы		
	I	II	I+II
АРФ	18,8 $\pm$ 2,7	16,3 $\pm$ 2,6	18,1 $\pm$ 2,7
ДРФ	16,7 $\pm$ 1,9	14,2 $\pm$ 2,3	16 $\pm$ 1,7
Норма	-	-	9,5 $\pm$ 1,0

В ходе исследований было выявлено, что больные акинетико-ригидной формой паркинсонизма были более подвержены депрессивным нарушениям, чем больные ДРФ, а показатели группы с МФБС (I) были выше показателей группы без МФБС (II) ($p > 0,05$).

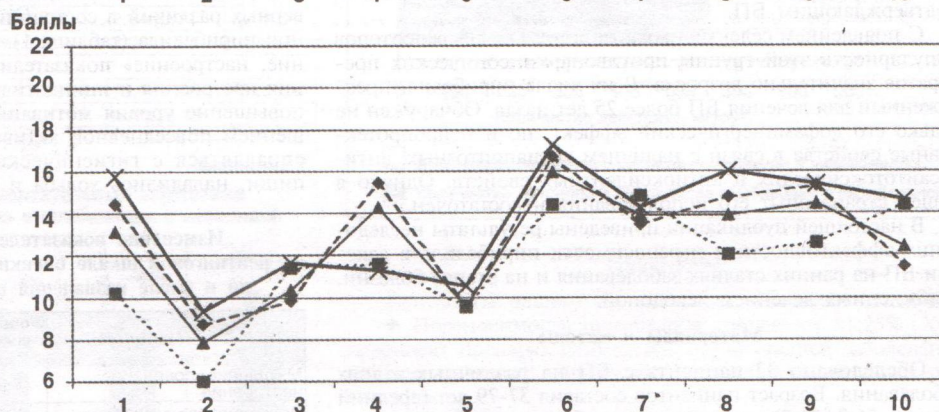
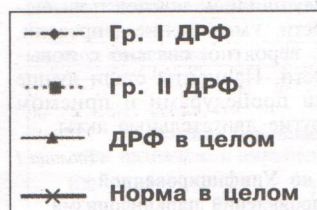
При анализе полученных результатов с точки зрения качественной характеристики депрессивных нарушений ока-



а) группа АРФ



б) группа ДРФ



Обозначения шкал акцентуаций: 1 — гипертимная, 2 — тревожная, 3 — дистимическая, 4 — педантическая, 5 — возбудимая, 6 — эмотивная, 7 — застревающая, 8 — демонстративная, 9 — циклотимическая, 10 — экзальтированная.

Рис. 2. Профиль личности по результатам психологического теста Шмишека «Акцентуации характера» при МФБС при паркинсонизме в баллах.

залось, что депрессия разных степеней наблюдалась у 70% больных группы АРФ I, и лишь у 25% группы АРФ II. В группе ДРФ I депрессивные нарушения разных степеней были выявлены у 33,4%, а в группе ДРФ II — у 20% обследованных.

По результатам исследования акцентуаций характера (тест Шмишека) больных с МФБС при паркинсонизме представлены средние значения ответов в баллах или, так называемые «профили акцентуации характера». Сравнение проводилось между группами АРФ, ДРФ и группой «нормы».

Средние значения тестов пациентов по типам акцентуации (ТА) характера ДРФ (рис. 2б) лежат ближе к кривой, полученной в результате тестирования пациентов группы нормы, в сравнении с результатами теста пациентов АРФ (рис. 2а). В случае с ДРФ практически все значения лежат ниже кривой акцентуации характера, которая оказалась выше нормы. При АРФ значения типов акцентуаций (ТА) 2, 3, 4 и 5 оказались достоверно выше нормы. Выявлены достоверные отличия показателей групп АРФ и ДРФ друг от друга для ТА 2 ($p < 0,01$) и 3 ($p < 0,05$) и ТА групп АРФ и ДРФ от группы нормы для ТА 4 ($p < 0,05$) и 8 ($p < 0,05$).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

- 1) выявлена большая тяжесть симптомов паркинсонизма при акинетико-ригидной форме;
- 2) локализация и характер миофасциальных болей при АРФ и ДРФ различны.
- 3) результаты тензальгометрии свидетельствуют о меньшей переносимости боли группы АРФ. Группы с МФБС характеризуются меньшей толерантностью к боли.
- 4) уровень реактивной тревожности при паркинсонизме не зависит от МФБС, более высокая личностная тревожность при паркинсонизме характерна для больных с МФБС;
- 5) более частые депрессивные реакции выявлены у больных паркинсонизмом с МФБС в группе АРФ;
- 6) для больных с МФБС при АРФ характерно преобладание гипертимной, педантической, возбудимой, циклотимической и экзальтированной черт характера. При ДРФ с МФБС преобладают гипертимные, тревожные, педантические, демонстративные и циклотимические типы акцентуаций характера.

Известно, что преморбидные нейropsychологические особенности являются тем базисом, на котором впоследствии получают реализацию различные болевые синдромы. Вместе с тем, МФБС, развивающийся при паркинсонизме, утяжеляет клиническую картину этого заболевания за счет развития депрессивных нарушений. Учет этих особенностей необходим при назначении лечения больных паркинсонизмом с миофасциальным болевым синдромом.

Опыт применения пирибедила при лечении болезни Паркинсона

З. А. ЗАЛЯЛОВА, кафедра неврологии и реабилитации КГМУ (зав. — проф. Богданов Э. И.).

Лечение болезни Паркинсона (БП) до настоящего времени остается сложной задачей. Необходимо подобрать такое лечение, при котором хорошая эффективность препарата сочеталась бы с минимальными побочными явлениями. Несмотря на значительный арсенал лекарственных средств,

используемых для лечения БП, назначаемых как в монотерапии, так и в комбинации, достичь положительных результатов без ятрогений бывает не просто.

На ранних стадиях заболевания врач становится перед выбором препарата. Часто назначением леводопы достигается