

ЧАСТОТА И ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Ш.С. ОЛЛАНОВА, Ш.К. ЭШИМОВА, М.М. МАМУРОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,
Н.Н. АБДУЛЛАЕВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ СИНДРОМИНИНГ КЕЧИШИ ВА КЎП УЧРАШИ

Ш.С. ОЛЛАНОВА, Ш.К. ЭШИМОВА, М.М. МАМУРОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,
Н.Н. АБДУЛЛАЕВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

THE FREQUENCY AND FOR CHRONIC PAIN IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Sh.S. OLLANOVA, Sh.K. ESHIMOVA, M.M. MAMUROVA, A.T. DJURABEKOVA,
N.N. ABDULLAYEVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Паркинсон кассалиги билан оғриган беморларда сурункали оғриқ синдромининг кечиши ва кўп учраши аниқланди. Изланишда 130 бемор ўрганилди. Ҳамма беморлар Хен-Яр, Паркинсон касаллигининг ягона рейтингли шкаласи (UPDRS) ва кўрув-таққосий шкаласи (ВАШ) шкалалари бўйича баҳоланди. Барча беморларда оғрикни баҳоловчи кундалик тутилди. Паркинсон касаллиги бўлган беморларда вибрацион сезги пасайганлиги аниқланди. Сурункали оғриқ синдроми 52% Паркинсон билан касалланган беморларда, шу билан бир вақтда эрта босқичда 36% беморларда, кечки босқичда 64% беморларда аниқланди.

Калит сўзлар: *Паркинсон кассалиги, оғриқ, ВАШ, шкала Хен-Яр.*

We studied the incidence and course of chronic pain in patients with Parkinson's disease (PD). The study included 130 patients. All evaluated on a scale Hyun-Yar, on the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) and visual analog scale (VAS). All patients had wound diary pain scores. In patients with Parkinson's disease showed a reduction in vibration sensitivity. Chronic pain is observed in 52% of patients with Parkinson's disease at the same time at the early stage 36% of patients in the late stage 64% of patients.

Keywords: *Parkinson's disease, pain, VAS, scale Hyun-Yar.*

Актуальность темы. Одним из наиболее частых немоторных проявлений болезни Паркинсона (БП) является боль. Частота хронической боли при БП, продолжающейся свыше трех месяцев, по данным разных авторов составляет от 40 до 70% и превышает таковую в общей популяции от 20 до 44% [10,13]. Предполагают, что боль у пациентов может быть связана с основными симптомами паркинсонизма, прежде всего мышечной ригидностью, сопутствующей скелетно-мышечной патологией или может быть самостоятельным симптомом, отражающим нарушение функции ноцицептивной системы при БП [2,4,5]. Все это делает актуальным комплексный клинический анализ хронических болевых синдромов у больных БП [1,7,8].

Материалы и методы исследования. В исследование включено 130 пациентов (57 мужчин и 73 женщины, средний возраст $63,5 \pm 9,1$ лет, оценка по шкале Хен - Яра $2,4 \pm 0,7$ баллов, длительность заболевания $3,8 \pm 2,3$ года, оценка по UPDRS ($46,7 \pm 15,6$ балла). Диагноз БП ставился в соответствии с клинико-диагностическими критериями Банка головного мозга общества БП Великобритании. Критерием отбора пациентов было отсутствие деменции

согласно критериям МКБ - 10. Группа обследованных с болевым синдромом при БП составила 68 пациентов, из них 31 мужчина и 37 женщин. Возраст пациентов, включенных в основную группу, колебался от 40 до 79 лет и составил в среднем $63,1 \pm 9,1$ года, средняя оценка по шкале UPDRS составила $49,3 \pm 15,9$ балла. Болевой синдром длительностью более 1 года выявлен у 39 (57,4%) из 68 пациентов. Персистирующий вариант хронического болевого синдрома отмечен у 45 (66,1%) пациентов, рецидивирующим болевым синдромом с ремиссиями не более 3 месяцев страдали 23 (33,9%) пациента. Из 68 больных с хроническим болевым синдромом у 25 (36,7%) он возник практически одновременно с появлением двигательных нарушений или незадолго до них, у 43 (63,3%) развивался позже, по мере дальнейшего прогрессирования заболевания. В течение года от начала заболевания болевой синдром, возникал у 25 пациентов (36,7%), спустя год и более у 43 пациентов (63,3%). Пациенты были исследованы нами по шкалам ВАШ (визуальная аналоговая шкала), UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scaley - унифицированная рейтинговая шкала болезни

Паркинсона), ДОБ-БП (дневник оценки боли при болезни Паркинсона).

Результаты исследования. У 43 (63%) пациентов болевой синдром выявлялся или был более интенсивен на стороне более выраженных моторных проявлений (гипокинезии и ригидности). У 9 (13%) пациентов болевой синдром выявлялся на противоположной стороне по отношению к стороне дебюта симптомов паркинсонизма. У четверти пациентов 17 (24%) болевой синдром регистрировался с двух сторон. Болевой синдром чаще локализовался в проксимальных отделах верхних конечностей у 31 (43,9%) пациента, чем в дистальных у 9 (16,3%) пациентов в отличие от симптомов паркинсонизма, которые при БП первоначально в большей степени вовлекают дистальные отделы верхних конечностей. На верхних конечностях болевой синдром чаще локализовался в области плеча у 31 (43,9%) пациента, реже в кисти у 9 (16,3%) пациентов. Боли в поясничной области отмечали 23 (32,8%) пациента. Боль в области бедра выявлялась у 17 (25,1%) пациентов, в области голени - у 12 (17,6%) пациентов, стопы - у 10 (14,7%) пациентов. Множественная локализация болевого синдрома регистрировалась у 21 (31%) пациента. Выраженность болевого синдрома в течение суток варьировала. По данным анализа дневников болевой синдром чаще возникал у пациентов в утренние и дневные часы 27 (39,7%) пациентов, реже - в утренние и вечерние часы 24 (35,3%) пациентов. Боль, преимущественно в вечернее и ночное время беспокоила 17 пациентов (25%). Выраженность болевого синдрома по ВАШ, колебалась от 1,7 до 8,3 балла и в среднем составила $5,5 \pm 1,6$ балла.

У пациентов с хроническим болевым синдромом суммарный средний балл по шкале ДОБ-

БП составил $49,3 \pm 15,9$ балла. В группе пациентов без болевого синдрома суммарный средний балл по шкале ДОБ-БП был ниже - $40,2 \pm 12,6$ балла (табл.2). Средняя оценка по III части и UPDRS у больных с болевым синдромом составила $30,9 \pm 10,4$ балла, а у пациентов без болевого синдрома - $25,5 \pm 8,8$ балла (табл.2).

Оценка по III части UPDRS у пациентов с болевым синдромом была выше, преимущественно за счет гипокинезии и постуральной неустойчивости, при этом между группами не было выявлено достоверного различия в выраженности тремора и ригидности ($p < 0,05$) (табл. 2). Интенсивность болевого синдрома, оцениваемого по ВАШ, коррелировала с оценкой по III части и UPDRS ($r = 0,43$, $p < 0,01$), а также оценкой гипокинезии ($r = 0,5$, $p < 0,01$). У пациентов с БП порог болевой чувствительности, оцениваемый с помощью прессальгометрии, был значительно ниже по сравнению с лицами контрольной группы ($p < 0,05$). У больных БП с болевым синдромом отмечался более низкий порог болевой чувствительности, чем у пациентов без болевого синдрома (табл. 3). Выраженность двигательных нарушений, оцениваемых по III части шкалы UPDRS коррелировала с порогом болевой чувствительности ($r = 0,22$, $p < 0,05$). У 36 пациентов с болевым синдромом при БП, у 31 пациента без болевого синдрома и у 30 лиц контрольной группы проводилось исследование вибрационной чувствительности. У пациентов с БП длительность восприятия вибрации было ниже по сравнению с контрольной группой (табл.4). У пациентов с болевым синдромом длительность восприятия вибрации было ниже по сравнению с пациентами без болевого синдрома (табл.5).

Таблица 1.

Локализация болевого синдрома у обследованных больных

Локализация болевого синдрома	Количество пациентов с БП (N=68) %
Аксиальные отделы	
Голова	4 (5,7%)
Шейная область	10 (14,2%)
Грудная клетка	5 (7,1%)
Живот	2 (2,8%)
Поясничная область	23 (32,8%)
Верхние конечности	
Плечо	31 (43,9%)
Кисть	9 (16,3%)
Нижние конечности	
Бедро	17 (25,1%)
Голень	12 (17,6%)
Стопа	10 (14,7%)
Множественная локализация болевого синдрома	21 (31%)

Таблица 2.

Выраженность симптомов паркинсонизма (оцениваемых по III части UPDRS у пациентов с болевым и без болевого синдромов)

<i>Средняя оценка по Шкалам</i>	<i>Больные с болевым синдромом, N= 68.</i>	<i>Больные без болевого синдрома, N= 31.</i>
<i>Возраст, лет</i>	63,1 ± 9,1	63,7 ± 9,1
<i>Стадия заболевания По Хен – Яру</i>	2,5 ± 0,6	2,3 ± 0,6
<i>Длительность заболевания, годы</i>	3,6 ± 2,4	3,3 ± 2,8
<i>Суммарный средний балл по шкале ДОБ-БП</i>	49,3 ± 15,9	40,2 ± 12,6
<i>UPDRS(IIIч), баллы</i>	30,9 ± 10,4*	25,5 ± 8,8
<i>Гипокинезия, баллы</i>	1,5 ± 0,4*	1,2 ± 0,5
<i>Ригидность, баллы</i>	1,5 ± 0,4	1,4 ± 0,6
<i>Тремор, баллы</i>	1,2 ± 0,5	1,1 ± 0,3
<i>Постуральная неустойчивость, баллы</i>	2,3 ± 0,7*	1,1 ± 0,8

*- различия между группами больных с болевым синдромом и без болевого синдрома статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 3.

Результаты исследования порога болевой чувствительности

<i>Порог болевой чувствительности</i>	<i>Пациенты с болевым синдромом (N=68) M±с</i>	<i>Пациенты без болевого синдрома (N=31) M±а</i>
<i>Порог болевой чувствительности на правой руке (мм.рт.ст)</i>	172,7 ± 58,8*	207,6 ± 59,5
<i>Порог болевой чувствительности на левой руке (мм.рт.ст)</i>	177,5 ± 55,2	217,8 ± 61,1*
<i>Суммарный порог болевой чувствительности при исследовании обеих рук (мм.рт.ст)</i>	350,4 ± 110,7*	424,6 ± 116,9
<i>Порог болевой чувствительности на стороне более выраженных моторных симптомов (мм.рт.ст)</i>	165,2 ± 56,3**	202,1 ± 62,1
<i>Порог болевой чувствительности на другой стороне (мм.рт.ст)</i>	185,9 ± 56,1*	222,6 ± 57,1

* - различия между группами больных с болевым синдромом и без болевого синдрома при БП статистически достоверны ($p < 0,05$).

** - различия между сторонами достоверно.

Таблица 4.

Вибрационная чувствительность у больных с БП и контрольной группой

<i>Локализация</i>	<i>Пациенты с БП, сек</i>	<i>Контрольная группа, сек</i>
<i>Большой палец стопы</i>	5,8 ± 1,3	6,7 ± 0,8
<i>Плюснефаланговый сустав на стопе</i>	5,6 ± 1,5*	6,8 ± 0,8
<i>Латеральная лодыжка</i>	5,7 ± 1,4	6,9 ± 0,8
<i>Надколенник</i>	5,7 ± 1,5*	7,1 ± 0,8
<i>Локтевой отросток</i>	6,5 ± 1,1	7,5 ± 0,5

*- различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 5.

Вибрационная чувствительность у больных БП с болевым синдромом и без болевого синдрома

<i>Локализация</i>	<i>Группа пациентов с болевым синдромом, сек M±ст</i>	<i>Группа пациентов без болевого синдрома, сек M±су</i>
<i>Большой палец стопы</i>	5,7 ± 1,3*	6,1 ± 1,3
<i>Плюснефаланговый сустав на стопе</i>	5,2 ± 1,4	6,2 ± 1,4
<i>Латеральная лодыжка</i>	5,2 ± 1,1	6,3 ± 1,4
<i>Надколенник</i>	5,1 ± 1,1	6,6 ± 1,3*
<i>Локтевой отросток</i>	6,1 ± 1,2	7Д ± 1,1

*- различия статистически достоверны ($p < 0,05$).

При оценке вибрационной чувствительности камертоном у пациентов с болевым синдромом длительность восприятия вибрации колеба-

лось от 3,8 до 7,3 сек. и в среднем составила 5,3 ± 0,9 сек. У пациентов без болевого синдрома длительность восприятия вибрации колебалось

от 3,6 до 8,2 сек и в среднем составила $6,4 \pm 1,1$ сек, таким образом, различия между группами были статистически достоверны ($p < 0,05$). В группе контроля колебание длительности восприятия вибрации было от 5,9 до 8 сек и в среднем составило $7,2 \pm 0,6$ сек. Снижение вибрационной чувствительности возникали в 83,3% ($n=30$) случаев в группе пациентов с болевым синдромом, что практически вдвое чаще, чем у пациентов без боли 41,9% ($n=13$). В контрольной группе снижение вибрационной чувствительности встречалось лишь в 13,3% ($n=4$) случаев.

Выводы. У пациентов с болевым синдромом было выявлено более значительное снижение вибрационной чувствительности по сравнению с пациентами без болевого синдрома, исключение составил лишь локтевой отросток, где значение вибрационной чувствительности было в пределах нормы. Выявленное снижение вибрационной чувствительности показывает наличие скрытых сенсорных нарушений у пациентов с БП, которые могут способствовать формированию хронического болевого синдрома.

Хронический болевой синдром отмечается у 52% больных с БП, при этом у трети пациентов он непосредственно связан с БП, у трети - условно связан с этим заболеванием, у трети пациентов не связан с БП и преимущественно объясняется сопутствующей скелетно-мышечной патологией. Хронический болевой синдром на ранней стадии заболевания выявлялся у 36% пациентов, возникновение боли на поздней стадии отмечалось у 64% больных.

Литература:

1. Богданов Р.Р.- «Эффективная фармакотерапия при болезни Паркинсона». Неврология и психиатрия. 2012. № 1. С. 48.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Данилов А.Б.- «Болевые синдромы в неврологической практике» М., 2011. С. 372.
3. Губанова Е.Н., Федорова Н.В. - «Особенности клинической картины болезни Паркинсона в ранних стадиях. Ошибки диагностики разных форм» 2011. № 7. С. 30.
4. Залялова З.А., Яковлева Л.А., Алтунбаев Р.А. - «Болевой синдром при болезни Паркинсона» // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. - 111, 3.С. 79-81.
5. Карабань И.Н., Карасевич Н.В., Чивликлий М.А. - «Проблема боли при болезни Паркинсона» Журнал неврологии им. Б.М. Маньковского 2014, ТОМ 2, № 3. С 76-80

6. Левин О.С., Лавров А.Ю., Шиндряева Н.Н. и др. - «Эпидемиология болезни Паркинсона. Болезни движений: медицинские и социальные аспекты» М., 2010;24.

7. Махнев С.О., Левин О.С. - «Хронические болевые синдромы при болезни Паркинсона. В кн.: Болезнь Паркинсона и расстройство движений» Руководство для врачей (Ред. С.Н. Иллариошкин, О.С. Левин) . - 2011, М. - С. 83-87.

8. Махнев С.О., Левин О.С. - «Клинические варианты болевых синдромов при болезни Паркинсона» М. 2013. С. 38-44

9. Тавадян З.Д., Бакунц Г.О. - «Немоторные проявления болезни Паркинсона» Журн. неврол. и психиатр. 2014, М.-С 81-85

10. Apaydin H., Ahlskog E., Parisi J.E., Boeve B.F., Dickson D.W.- «Parkinson's disease neuropathology. Later-developing dementia and loss of the Levodopa response». Arch Neurology, 2012. -V.59. - P. 102-112.

11. Beata B., Mitchel B.M. - Pain in Parkinson's disease. Neurology 2012. - V.62. - P.62- 72.

12. Deeb J., Hawkes C.H. - «Pre-motor features of Parkinson's disease: A review. Movement Disorders» 2011; 31: 4-42.

13. Tinazzi M., Vesco S.D., Fincati E. et al. - «Pain and motor complications in Parkinson's disease» Neurology 2012; 77: 822-825.

ЧАСТОТА И ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Ш.С. ОЛЛАНОВА, Ш.К. ЭШИМОВА,
М.М. МАМУРОВА, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,
Н.Н. АБДУЛЛАЕВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Изучена частота и течение хронического болевого синдрома у больных с болезнью Паркинсона (БП). В исследовании включены 130 пациентов. Всем проведена оценка по шкале Хен-Яра, по шкале Unified Parkinson's Disease Rating Sacle (UPDRS) и по шкале визуальная-аналоговая шкала (ВАШ). Всем больным был заведен дневник оценки боли. У пациентов с Болезнью Паркинсона выявлено снижение вибрационной чувствительности. Хронический болевой синдром отмечается у 52% больных с болезнью Паркинсона, в тоже время на ранней стадии у 36% больных, на поздней стадии у 64% больных.

Ключевые слова: Болезнь Паркинсона, боль, ВАШ, Хен-Яра.