

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В СТРУКТУРЕ НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Доц. О. Л. ТОНДИЙ, доц. Е. П. ЗАВАЛЬНАЯ, доц. С. Н. КОРЕНЕВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Рассмотрена целесообразность включения в комплексное лечение болевого синдрома у пациентов с ранними стадиями болезни Паркинсона физических факторов — синусоидальных модулированных токов, бальнеотерапии и переменных магнитных полей низкой интенсивности. Предложенный лечебный комплекс с включением физических факторов позволил снизить у пациентов болевые ощущения, улучшить их состояние, и, в конечном итоге, повысить качество жизни.

Ключевые слова: ранние стадии болезни Паркинсона, синусоидальные модулированные токи, бальнеотерапия, переменное магнитное поле низкой интенсивности.

Болезнь Паркинсона (БП), или идиопатический паркинсонизм,— одно из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, обусловленное дегенерацией nigrostriарных нейронов и нарушением функции базальных ганглиев. Частота его распространения в популяции составляет 150–200 случаев на 100 000 населения, увеличиваясь до 20% в возрастных группах старше 60 лет.

Болезнь Паркинсона традиционно рассматривается как заболевание, поражающее преимущественно моторную сферу. Классические двигательные проявления БП — гипокинезия, ригидность, тремор покоя — вызваны дегенерацией дофаминергических нейронов компактной части черной субстанции и возникающим в силу этого дефицитом дофамина в стриатуме. Но, помимо моторных симптомов, в клинической картине БП присутствуют и немоторные проявления, изучению которых в последнее время уделяется особое внимание. Более того, по мере прогрессирования заболевания некоторые из них приобретают доминирующее клиническое значение, оказывая негативное воздействие на качество жизни пациентов, приводя к их инвалидизации и влияя на продолжительность их жизни [1–4].

Немоторные проявления БП отмечаются еще за 5–10 лет, а иногда за 10–15 лет до клинической манифестации двигательных нарушений. По данным нейровизуализации именно в этот промежуток времени появляются и прогрессируют структурные изменения в центральной нервной системе (ЦНС), которые могут стать субстратом тех или иных вегетативных, соматических и психических нарушений. В связи с этим уместно говорить о наличии додвигательной (продромальной) стадии БП, к наиболее частым проявлениям которой относятся anosmia, тревога, депрессия, запоры, нарушения фазы сна с быстрыми движениями глаз, болевые синдромы.

Согласно теории Н. Braak et al. [2], нейродегенеративный процесс захватывает структуры ЦНС последовательно, начиная с рецепторных и вегетативных: обонятельной луковицы, дорсального ядра блуждающего нерва (I патоморфологическая стадия БП по Braak), далее переходит на ядра шва, голубое пятно, гигантоклеточное ретикулярное ядро (II стадия), затем в него вовлекаются структуры, ответственные за формирование двигательных стереотипов: nigrostriарная система и отдельные участки головного мозга [1, 2, 5–8].

Недвигательные проявления БП отмечаются практически у всех пациентов независимо от возраста, стадии болезни и ее продолжительности, а по мере прогрессирования заболевания становятся ведущими в дезадаптации и снижении качества повседневной жизни [4, 7–9].

Среди немоторных проявлений БП встречаются психические, диссомнические, вегетативные и сенсорные нарушения. Большинство из них нарастают по мере прогрессирования заболевания — параллельно с усугублением двигательных расстройств, но такие нарушения, как обоняние, запор, депрессия, боль, расстройства поведения во сне с быстрыми движениями глаз возникают до развития классических моторных симптомов БП.

Все немоторные симптомы болезни Паркинсона можно разделить на:

1) нейропсихические — депрессия, апатия, тревога, ангедония, дефицит внимания, галлюцинации, иллюзии, деменция, obsessive поведение (обычно вызванное лекарственными препаратами), спутанность сознания, делирий (может быть вызван медикаментами), панические атаки;

2) расстройства сна — синдром «беспокойных ног» и периодические движения конечностей, поведенческие расстройства во сне (в rapid eye movement — REM-фазе), утрата REM-атонии, двигательные расстройства, не связанные с REM-фазой сна, выраженная дневная сонливость, яркие

сновидения, бессонница, расстройства дыхания во сне;

3) вегетативные — мочеполовая дисфункция (императивные позывы, никтурия, учащение мочеиспускания, гиперсексуальность (может быть медикаментозная), эректильная дисфункция, гастроинтестинальные симптомы (слюнотечение, агейзия, дисфагия, удушье, рефлюкс, рвота, тошнота, запоры, неудовлетворенность опорожнением кишечника, недержание кала), потливость, ортостатическая гипотензия, сухость глаз (ксерофтальмия);

4) сенсорные — боль, парестезия, обонятельные расстройства;

5) другие — утомляемость, диплопия, себорея, снижение веса, прибавка веса (вероятно, медикаментозная).

Одно из частых немоторных проявлений БП — болевой синдром. Частота боли у пациентов с БП, по данным разных авторов, варьирует в 40–70% случаев и превышает таковую в общей популяции (10–40%) [4]. Упорные боли в плечелопаточной области, не поддающиеся традиционным методам лечения (нестероидные противовоспалительные препараты, блокады и др.), считаются возможным предиктором дальнейшего развития БП [5, 6, 8, 10]. Определение роли как периферического, так и центрального механизма формирования болевого синдрома, значение дегенерации дофаминергических структур и других нейротрансмиссивных систем становятся важным моментом в дальнейшей коррекции болевого синдрома у пациентов с БП на ранних стадиях заболевания с минимальным двигательным дефицитом.

Одним из путей решения проблемы является исследование зависимости характера и выраженности боли от климатической фазы, степени тяжести, темпа прогрессирования, медикаментозного лечения.

По данным ряда авторов, болевой симптом при БП по клинической характеристике может носить скелетно-мышечный, радикулярно-невротический и центральный характер. Для ранних стадий БП с болевым синдромом более характерны миофасциальные боли, плечелопаточные периартропатии и спондилоартрозы [7, 10].

О. С. Левин и С. О. Махнев выделили вертеброгенные (в 72,0% случаев), рефлекторные (в 54,5%) и корешковые (в 18,2%) болевые синдромы при БП. D. Drake выявил миогенные боли у 74% пациентов с болями при БП, дистонические — у 28%, «корешково-невритические» — у 14%, суставные — у 14% пациентов и генерализованные — в 2% случаев [11].

Боли в области плеча и плечелопаточной области, особенно двуглавой мышцы плеча, занимают ведущее место в структуре болевого синдрома при БП и наблюдаются на начальных стадиях болезни на стороне появления первых двигательных симптомов практически в 100% случаев. По мере прогрессирования заболевания и вовлечения в патологический процесс второй стороны

присоединяются боли и во втором плече, но сохраняются на стороне более грубых двигательных нарушений.

По данным исследований, физиотерапевтические методы, наряду с медикаментозным лечением, можно эффективно применять начиная с 1-й стадии заболевания для уменьшения болевого синдрома, снижения мышечного тонуса, улучшения трофики тканей. В комплексном лечении совместно с фармакотерапией, лечебной физкультурой, массажем физиотерапевтические методики оказывают положительное влияние на центральную, периферическую и вегетативную нервную систему, мышечно-суставный аппарат [11–13].

Цель нашего исследования — изучение эффективности применения физических факторов в лечении болевого синдрома на ранних стадиях БП.

За период с января 2013 г. по июнь 2015 г. нами было обследовано 42 пациента (29 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 52 до 65 лет с установленным диагнозом БП 1–2-й стадий по шкале Hoehn — Yahr. Наиболее часто встречались ригидно-дрожательная (18 пациентов) и акинетико-ригидная (24 больных) формы.

Все пациенты предъявляли жалобы на болевые ощущения, скованность, ограничения подвижности в области плечевого сустава, стягивания, слабости, онемения в руке и пальцах кисти, неловкости в руке при выполнении мелких движений, слабости, различной степени выраженности, провоцирующиеся сначала физической нагрузкой и неудобным положением тела, а со временем болевые ощущения приобретали постоянный характер. Со слов пациентов, болевой синдром был первым признаком, с которого началась манифестация клинических проявлений БП. Двигательный дефицит был выражен еще незначительно и не влиял на качество жизни пациентов. Пациенты отмечали боль, ограничение подвижности в верхнем плечевом поясе, в шейном отделе позвоночника (39 больных), скованность и стягивание в руке (28), дрожание в руке, вначале провоцируемое эмоциональными факторами (18). Больные не могли свободно причесываться, чистить зубы, одеваться, писать и т. д., что ухудшало качество их жизни.

Кроме перечисленных жалоб, отмечались расстройства обоняния (34 больных), склонность к запорам (26), тревога (16), нарушение сна (14), эректильная дисфункция (9).

Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее данные жалоб, неврологического статуса, анамнеза болезни и жизни, дополнительных методов исследования (магниторезонансная и компьютерная томография, рентгенография шейного отдела позвоночника и плечевого сустава). Для объективной оценки степени выраженности двигательных нарушений были использованы II и III части шкалы UPDRS — Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Для оценки степени немоторных проявлений в повседневной жизни была использована I часть шкалы UPDRS.

Выраженность болевого синдрома в области плечевых суставов и позвоночного столба оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) — от 2 до 7 баллов. Пациенты изначально обращались за помощью к вертебрологу и ревматологу. В связи с отсутствием выраженности вертебрального статуса при клиническом и параклиническом исследовании (рентгенография, компьютерная и магниторезонансная томография) они направлялись на консультацию к неврологу, где и был поставлен диагноз БП.

Все пациенты с болевым синдромом были разделены на две группы. Большим было назначено патогенетическое лечение, но 9 из них не были готовы к постоянному регулярному противопаркинсоническому лечению и отказались принимать медикаментозную терапию. В первую группу из 15 пациентов входили те, которым на ранних стадиях БП была назначена антиапоптозная, нейропротекторная терапия в виде препаратов амантадина, ингибиторов моноаминоксидазы (МАО), агонистов дофаминовых рецепторов.

Вторую группу составили 27 человек, которые получали медикаментозную терапию препаратами амантадина, ингибиторов МАО, агонистов дофаминовых рецепторов, а также воздействие физических факторов в виде сочетания синусоидальных модулированных токов (СМТ), бальнеотерапии (радоновые ванны) и переменного магнитного поля.

Выбор сочетания именно этих физических факторов не случаен, обусловлен их механизмом действия на пато- и саногенез заболевания. СМТ влияют на нейромоторный аппарат спинного мозга, их назначают паравертебрально на шейно-грудной и пояснично-грудной отделы позвоночника, а также на область плечевого сустава, 3–4-й режимы работы (РР) по 5 мин каждый, частота 80–30 Гц, глубина модуляции 50–100%, ежедневно, 10–12 процедур на курс. Переменное магнитное поле является легким миорелаксантом, обладает противоотечным действием за счет улучшения венозного оттока, улучшает трофику тканей и их регенерацию, имеет свойства антиоксиданта, оказывает опосредованный анальгетический эффект. Воздействие проводилось вдоль позвоночного столба (частота 100 Гц, магнитная индукция 27 мТл), экспозиция — 12–15 мин. Радоновые ванны, кроме выраженных противовоспалительного (репаративно-регенеративного), анальгетического, метаболического (участие в гликолизе и липолизе), иммуностимулирующего, сосудорасширяющего эффектов, участвуют также

в образовании ДОФА, ДОФА-хинонов и ДОФА-аминов, стимулирующих образование меланина. Кроме того, указанные физические факторы кумулируют и потенцируют воздействие друг друга. Курс воздействия каждым из факторов составил по 10–12 процедур [12–14].

Во многих эпидемиологических исследованиях было продемонстрировано, что при нейродегенеративных заболеваниях физические упражнения позволяют уменьшить оксидантный стресс, активировать мозговую кровоток, ускорить аксональный транспорт ацетилхолинэстеразы и дофамина. С учетом этого для пациентов был разработан специальный лечебный комплекс физических упражнений (ЛФК) с упражнениями, направленными как на активацию, так и на расслабление мышц (элементы йоги и постизометрической релаксации) [3, 4, 12–14].

Физиотерапевтический курс лечения составил 15 дн. Пациентам было рекомендовано в дальнейшем продолжить курс лечебной физкультуры в домашних условиях.

После проведенного курса лечения отмечалось улучшение состояния в виде уменьшения выраженности болевого синдрома у 25 пациентов, из них у 16 боли уменьшились по ВАШ с 5–7 баллов до 3, у 11 — с 4–5 до 1–2 баллов. Субъективно пациенты чувствовали себя лучше, увеличился объем их движений, появилась дневная активность, уменьшились тревога и страх за свое здоровье, вернулся интерес к работе и окружающим людям.

Таким образом, сочетание и комбинирование нейропротекторной, патогенетической терапии и лечения физическими факторами является эффективным и помогает сохранить двигательную активность пациентов. Прохождение физиотерапевтического курса в комплексном лечении болевого синдрома на ранних стадиях БП позволяет уменьшить выраженность болевых ощущений и позволит в дальнейшем отсрочить назначение специфических противопаркинсонических препаратов. Можно сделать вывод о целесообразности включения физических факторов в комплексное лечение пациентов с ранними стадиями БП для коррекции как двигательных, так и немоторных расстройств. Применение, в частности, сочетания СМТ, переменного магнитного поля и бальнеотерапии (радоновые ванны) у пациентов с БП на ранних стадиях позволяет улучшить их субъективное состояние, качество жизни, влияет в определенной степени на их социальную адаптацию.

Список литературы

1. Премоторная болезнь Паркинсона / С. В. Копишинская, А. В. Густов, С. В. Макушина [и др.] // Ремедиум Приволжье.— 2010.— № 2.— С. 20–22.
2. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease / Н. Braak, К. Del Tredici, V. Rub [et al.] // *Neurobiol. Aging*.— 2003.— № 24.— Р. 194–211.
3. Маньковский Н. Б. Особенности клинического те-

- чения и фармакотерапии болезни Паркинсона на разных этапах развития заболевания / Н. Б. Маньковский, Н. В. Карабань // *Международ. мед. журнал*.— 2005.— Т. 11, № 4.— С. 47–51.
4. Левин О. С. Стандарты лечения болезни Паркинсона / О. С. Левин // *Лечащий врач*.— 2007.— № 9.— С. 78–80.

5. Литвиненко И. В. Боль и депрессия при болезни Паркинсона: новые терапевтические возможности прамипексола / И. В. Литвиненко, М. М. Одинак, В. И. Могильная // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2009.— № 5.— С 35–37.
6. Пилипович А. А. Немоторные симптомы болезни Паркинсона / А. А. Пилипович // Неврология и ревматология.— 2014.— № 2.— С. 29–33.
7. Залялова З. А. Немоторные проявления болезни Паркинсона: методическое пособие для постдипломного образования / З. А. Залялова, Л. А. Яковлева, Э. И. Богданов.— Казань: КГМУ, 2009.— 33 с.
8. Pfeiffer R. E. Non-motor Parkinsonism / R. E. Pfeiffer // Parkinsonism and Related Disorders.— 2007.— № 13.— P. 211–220.
9. Тавадян З. Д. Немоторные проявления болезни Паркинсона / З. Д. Тавадян, Г. О. Бакунц // Журн. неврологи и психиатрии.— 2014.— № 5.— С. 81–85.
10. Залялова З. А. Болевой синдром при болезни Паркинсона / З. А. Залялова, Л. А. Яковлева, Р. А. Алтунбаев // Журн. неврологии и психиатрии.— 2011.— № 3.— С. 79–81.
11. Левин О. С. Болевые синдромы при болезни Паркинсона / О. С. Левин, С. О. Махнев // Альманах клинической медицины.— 2006.— № 13.— С. 130–134.
12. Агафонова О. Особливості фізичної реабілітації при хворобі Паркінсона / О. Агафонова, О. Білянський, С. Єфімова // Спортивна наука України.— 2014.— № 3 (61).— С. 7–11.
13. Корнюхина Е. Ю. Методы медицинской реабилитации болезни Паркинсона / Е. Ю. Корнюхина // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация.— 2013.— № 4.— С. 21–24.
14. Абрамович С. Г. Клиническая физиотерапия в неврологии: моногр. / С. Г. Абрамович, А. В. Машанская.— Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012.— С. 34–44.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У СТРУКТУРІ НЕМОТОРНИХ ПРОЯВІВ ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

О. Л. ТОНДІЙ, О. П. ЗАВАЛЬНА, С. М. КОРЕНЄВ

Розглянуто доцільність включення до комплексного лікування болювого синдрому у пацієнтів із ранніми стадіями хвороби Паркінсона фізичних факторів — синусоїдальних модульованих струмів, бальнеотерапії та змінних магнітних полів низької інтенсивності. Запропонований лікувальний комплекс із включенням фізичних факторів дав змогу знизити больові відчуття, поліпшити стан, і, в кінцевому підсумку, підвищити якість життя.

Ключові слова: ранні стадії хвороби Паркінсона, синусоїдальні модульовані струми, бальнеотерапія, змінне магнітне поле низької інтенсивності.

NON-MEDICATION IN TREATMENT OF PAIN SYNDROMES IN THE STRUCTURE OF NON-MOTOR MANIFESTATIONS OF INITIAL STAGES OF PARKINSON'S DISEASE

O. L. TONDII, O. P. ZAVALNA, S. M. KORENIEV

Reasonability of physical factors (sinusoidal modulated currents, balneotherapy and low-intensity alternating magnetic field) in comprehensive treatment of pain in patients with early stage of Parkinson's disease was discussed. The proposed therapeutic complex including physical factors reduced pain, improved their general condition, and, as a result, improved quality of life.

Key words: early stage of Parkinson's disease, sinusoidal modulated currents, balneotherapy, low-intensity alternating magnetic field.

Поступила 31.03.2016