

Key words: closed head injury, broken bones, maxillofacial, autoantibodies to protein S-100 protein myelin basic, neuron-specific enolase and overall human brain antigen.

Відомості про авторів:

Ткаченко Олена Василівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-а.

Петрова Уляна Михайлівна - заочний аспірант кафедри неврології №2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-а.

УДК: 616.832-004.2-036-092-06-08:615.814.1:615.849.19:615.844.4

© Г.М. ЧУПРИНА, 2015

Г.М. Чуприна

ЦЕФАЛГІЇ ЯК ПРОЯВ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ПІДХОДИ ДО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ТА АКУПУНКТУРНОГО ЛІКУВАННЯ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ

Вступ. При багатьох захворюваннях ГБ виступають у якості коморбідних нозологій: це стосується, зокрема, і РС. У хворих з РС ГБ різного генезу зустрічаються значно частіше, ніж у загальній популяції.

Мета. Визначити вплив ГБ як прояву коморбідності при РС на перебіг захворювання та розробити оптимальні шляхи їх медикаментозної та немедикаментозної корекції.

Матеріал і методи. Обстежено 189 хворих з РС з різними формами перебігу. Фіксувались дані про наявність або відсутність супутніх захворювань. Визначався рівень EDSS, ступень тяжкості втоми за FSS та ШАС, оцінювались больові прояви за ВАШ.

Результати. В якості основних факторів, пов'язаних з розвитком ГБ у хворих з РС, можна виділити більшу тривалість захворювання, більш виражену втому, ремітуючий та ремітуючо-прогресуючий перебіг, більш значну інвалідизацію. Проаналізовано використання методів РТ у складі комплексного лікування РС.

Висновки. ГБ болі у хворих з РС корелюють з більш важким перебігом захворювання. З метою корекції цефалічного синдрому при РС доцільно залучати методи РТ.

Ключові слова: розсіяний склероз, коморбідність, головні болі, рефлексотерапія.

Вступ. У теперішній час, в зв'язку зі зростанням темпів життя, підвищенням психоемоційного напруження, частоти стресів різного генезу, поширеність головного болю (ГБ) зростає [1,2,3,4,5]. Найчастіше люди страждають на ГБ напруження – до 60–70%; на другому місці йде мігрень – 20–30%; по 4–6% припадає на інші види первинного ГБ та симптоматичного ГБ [1,2,3,4,5]. При багатьох захворюваннях ГБ виступають у якості коморбідних нозологій: це стосується, зокрема, і розсіяного склерозу (РС), де ГБ складають значний відсоток від усієї супутньої патології. У хворих з РС ГБ різного генезу зустрічаються значно частіше, ніж у загальній популяції [10]. За даними Kister et al, 2010 [9], частота мігрені у хворих з РС (як у чоловіків, так і у жінок) втричі вища, ніж в цілому в популяції, тоді як Voneschi et al., 2008 [8] повідомляють, що жінки з РС мають більший ризик щодо ГБ, в порівнянні з тими хворими на РС, хто не

страждає на ГБ. Щодо негативного впливу ГБ на перебіг РС, то існують дані про те, що в пацієнтів з мігренню відмічається більш виражена депресія і додаткові больові синдроми [10]. Таким чином, питання негативного впливу ГБ на перебіг основного патологічного процесу у хворих з РС а також пошуки шляхів адекватної медикаментозної та немедикаментозної корекції ГБ при РС актуальне і потребує більш детального вивчення.

Мета. Визначити вплив цефалгій як прояву коморбідності при розсіяному склерозі на перебіг захворювання та розробити оптимальні шляхи їх медикаментозної та немедикаментозної корекції.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 189 хворих з РС з різними формами перебігу, з наявністю супутніх захворювань (91 – 48,15%), та без жодного супутнього захворювання (98-51,85%), які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології та рефлексотерапії у період з 2007 по 2014 рр. Діагноз РС було виставлено у відповідності до оновлених критеріїв Мак Дональда (2011 р.), а супутня патологія зафіксована у амбулаторній карті відповідним спеціалістом. За допомогою анкетування хворих та аналізу історій хвороб і амбулаторних карт, а також клінічного обстеження, нами було отримано дані про тривалість захворювання, тип його перебігу, наявність супутніх захворювань, чинників стилю життя та інші дані (вага, ріст,) що дали можливість розрахувати індекс маси тіла (по формулі Кетле). При неврологічному обстеженні пацієнтів з РС нами було визначено рівень інвалідизації (розширена шкала інвалідизації: Expanded Disability Status Scale EDSS, за Джоном Куртцке, проведене нейропсихологічне обстеження за шкалою тяжкості втоми (FSS) та шкалою астеничних станів (ШАС), а також проведена оцінка больових проявів за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Також у всіх пацієнтів з РС нами було проведено синдромальну акупунктурну діагностику (АД) згідно з уявленнями традиційної китайської медицини (ТКМ) та АД за методами Накатані і Брату [4,6].

Результати та їх обговорення. В структурі супутньої патології (91; 48,15% пацієнтів з РС) представлені цефалгії, такі як: мігрень - 31 (34,1%), ГБ напруження- 12 (13,2%), цервікогенний ГБ - 10 (11,0%), що відповідали всім критеріям діагностики цефалгій HIS. Для зручності аналізу, всіх обстежених пацієнтів з РС нами було розбито на 3 групи: I група - без жодного супутнього захворювання (n=98), II група - наявність супутньої патології без ГБ (n=38), III - група - наявність супутньої патології з ГБ (n=53). У хворих III групи спостерігалась більша тривалість захворювання (7,2 р. проти 5,3 і 6,7 відповідно у I і II групах), більш значна інвалідизація за шкалою EDSS (4,1±0,17 балів проти 3,3±0,19 і 3,8±0,17 відповідно у I і II групах), більша вираженість проявів втоми за шкалами FSS (4,2±0,21 балів проти 3,2±0,22 і 4,0±0,21 відповідно у I і II групах) та ШАС (64,1±4,3 балів проти 55,7± 3,9 і 62,1±4,3 відповідно у I і II групах), а також більш виражені прояви болю за шкалою ВАШ (6,1 ± 2,4 балів проти 1,5 ± 0,9 і 3,7 ± 2,7 відповідно у I і II групах). За типом перебігу РС у хворих III групи превалював ремітуючий (43,4%), тоді як наремітуючо-прогресуючий приходилось 34,0%, а на первинно-прогресуючий -22,6%. У I і II групах хворих це співвідношення дорівнювало 41,8%, 35,7%, 22,4% та 39,5%, 23,7%, 36,8% відповідно.

Таким чином, як нам вдалось встановити, в якості основних факторів, пов'язаних з розвитком ГБ у хворих з РС, можна виділити більшу тривалість

захворювання, більш виражену втому, ремітуючий та ремітуючий-прогресуючий перебіг, більш значну інвалідизацію. Крім того, за нашими даними, ГБ при РС посилюється за умов появи розладів сну, зменшення фізичної активності, зменшення ваги тіла, збільшення спастичності. Також нам вдалось з'ясувати, що , що ГБ при мігрені пов'язані із загостренням РС і часто передують їм. У хворих на РС з мігренозним ГБ значно частіше зустрічались також невропатичні головні болі та больові синдроми іншої локалізації. Крім патогенетичного лікування РС, хворі з цефалгіями отримували симптоматичне медикаментозне лікування: пацієнти з мігренозними ГБ - НПЗП, анальгетики, триптани, вазоактивні препарати, антиоксиданти, ноотропи; хворі з ГБ напруження – антидепресанти, НПЗП, міорелаксанти, транквілізатори, вітаміни, вазоактивні препарати, антиоксиданти, ноотропи; пацієнти з цервікогенним ГБ - НПЗП, міорелаксанти, хондропротектори [4,6]. Коригувати перебіг супутньої патології при РС можливо як завдяки призначення адекватної медикаментозної терапії, так і шляхом застосування немедикаментозних методів лікування, зокрема методів рефлексотерапії (РТ), які не лише поліпшують перебіг коморбідних до РС захворювань, але й, застосовані у складі комплексної терапії, проявляють ознаки патогенетичного щодо РС впливу, діючи як "немедикаментозні енергокоректори", тобто забезпечують підвищенню рівня нейропластичності ЦНС, від чого, в кінцевому підсумку залежить рівень компенсації мозкових уражень і темпи розвитку дегенеративних змін в структурах мозку [3,4,6,7]. РТ- лікування проводилось на основі проведеної АД.

Важливою умовою ефективного застосування методів РТ у складі комплексного лікування хворих з РС є індивідуальний підхід до лікування у кожного хворого, що базується на диференційованому складанні акупунктурних рецептів, побудованих в залежності від діагностичних даних, отриманих на основі уявлень ТКМ[1,4,6]. Згідно з нашими даними, і виходячи з матеріалів наших попередніх публікацій [1,2,6] ГБ при РС формуються переважно на тлі одного основного і двох супутніх синдромів ТКМ: «Застій Чи печінки»(похолодання дистальних відділів кінцівок, психоемоційні розлади, парестезії і різні болі, анорексія, відрижка, відчуття стороннього тіла в глотці, дисменорея , альгодисменорея у жінок), «Застій Крові» (гострі, колючі болі з іррадіацією, такі як мігрені, люмбаго, синдром Лермітта, пастозність або сухість шкіри, петехії, альгодисменорея у жінок), «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» (парези кінцівок, спастичність, головні болі напруження, запаморочення, атаксія, розлади координації рухів, тремор, ністагм).

У якості базових ТА для впливу при різних типах ГБ ми використали: VB-20, PC-9, TR-17, PC-3; аурикулярні точки: AP 25, 29, 33,34, 35,36,29,51,55, 82,8. Додатковими ТА у разі синдрому «Застій Чи печінки» нами було застосовано ТА F- 3,5,14 ;V-18 ;T- 20, PC-1 – що нейтралізують вплив застою печінкової Чи на ЦНС). У разі синдрому «Застій Крові» ми використали у якості додаткових ТА VB -34, F-3, RP -10, V-17, а у разі синдрому «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» - ТА F-3, TR-5, VB-34 [4,6]. В залежності від локалізації ГБ ми також застосовували додаткові ТА і зони скальпової акупунктури (CA): у разі локалізації ГБ в лобно- орбітальній ділянці: E-8, PC-3, T-23, V-2, TR-23, GI-4, GI-1, E-44; AP-33,34,8; зони CA: MS-1 (середня лінія чола); у разі локалізації ГБ в скроневій ділянці: PC-9, VB-20, VB-8, TR-5, TR-1, VB-41, VB-43; AP-35; зони CA: MS10(передня скронева лінія), MS11

(задня скронева лінія); у разі локалізації ГБ в потиличній ділянці: VB-20, VB-12, V-10, V-60, IG-3, IG-1; AP-29, 25; зони СА: MS12 (потилічна лінія), зона рівноваги; у разі локалізації ГБ в тім'яній ділянці: T-20, IG-3, V-67, F-3, MC-9; AP-36; MS5(зона маківки), MS8 (1 латеральна тім'яна лінія), MS9 (2 латеральна тім'яна лінія) [4,6].

Висновки. В якості основних факторів, пов'язаних з розвитком ГБ у хворих з РС, можна виділити більшу тривалість захворювання, більш виражену втому, ремітуючий та ремітуючи-прогресуючий перебіг, більш значну інвалідизацію. ГБ при РС можуть посилюватись за умов появи розладів сну, зменшення фізичної активності, зменшення ваги тіла, збільшення спастичності. Мігренозні цефалгії пов'язані із загостренням РС і часто передують їм. У хворих на РС з мігренозним ГБ значно частіше зустрічались також невропатичні ГБ та больові синдроми іншої локалізації. Оптимальна корекція цефалічного синдрому при РС повинна здійснюватись як медикаментозними засобами, так і рефлекторними методами, що сприяє як зменшенню проявів цефалгій, так і поліпшує перебіг основного захворювання. Оптимальним підходом до складання акупунктурних рецептів у хворих з РС за умов коморбідності є застосування методів синдромальної діагностики ТКМ і проведення електропунктурної діагностики за методами Накатані і Брату.

Література

1. Деякі механізми цефалгій (традиційні та сучасні погляди) / Чуприна Г.М. [та інш.] // Збірник наук. праць співроб. КМАПО.- К.- 2005. - Вип.14, кн.1.- С.703 – 708.
2. Мурашко Н.К. Головний біль у хворих первинною артеріальною гіпертензією / Мурашко Н.К., Панікарський В.Г., Чуприна Г.М. // Збірник наук. праць співроб. НМАПО .- К.-2007.- Вип. 16, кн. 2.- С.213-221.
3. Мурашко Н.К. Мігрень: етіологія, патогенез, клініка, сучасні підходи до медикаментозного лікування/ Мурашко Н.К., Чуприна Г.М. // Мистецтво лікування.- №6.-2012.- С. 21-24.
4. Рефлексотерапія / Національний підручник за ред. Н. К. Мурашко, О. Г. Морозової.- К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2013.- Т. II.- 421 с.
5. Хронічний головний біль: клініка, діагностика та принципи лікування/ Мурашко Н.К. [та інш.] // Збірник наук. праць співроб. НМАПО.- К.- 2011. - Вип. 20, кн.2.- С. 348– 354.
6. Чуприна Г.М. Підхід до рефлексотерапії у комплексному лікуванні хворих із розсіяним склерозом з урахуванням коморбідності // Чуприна Г.М., Мурашко Н.К. Сімейна медицина .– 2013. - № 4.- С.77-80.
7. Чуприна Г.М. Розсіяний склероз: сучасні підходи до комплексного лікування та реабілітації з використанням методів рефлексотерапії / Чуприна Г.М., Мурашко Н.К. //Лікарська справа Врачебное дело. – 2012. - № 7.- С.198-204.
8. Lifetime and actual prevalence of pain and headache in multiple sclerosis/ Boneschi F.M. [et al.] // Multiple Sclerosis.- 2008.- №14.- 514–521.
9. Migraine is comorbid with multiple sclerosis and associated with a more symptomatic MS course/ Kister I. [et al.] // J. of Headache Pain.- 2010.- №11(5).- С.417–425.
10. Prevalence of primary headaches in people with multiple sclerosis / D'Amico D. [et al.] // Cephalalgia .- 2004. –Vol. 24(11). – P. 980–984.

Г.Н. Чупрына

Цефалгии как проявление коморбидности у больных рассеянным склерозом: особенности течения, подходы к медикаментозному и акупунктурному лечению

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г.Киев

Введение. При многих заболеваниях ГБ выступают в качестве коморбидных нозологий: это касается, в частности, и РС. У больных с РС ГБ различного генеза встречаются значительно чаще, чем в общей популяции.

Цель. Определить влияние ГБ как проявления коморбидности при РС на течение заболевания и разработать оптимальные пути их медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

Материал и методы. Обследовано 189 больных с РС с различными формами течения. Фиксировались данные о наличии или отсутствии сопутствующих заболеваний. Определялся уровень EDSS, степень тяжести усталости за FSS и ШАС, оценивались болевые проявления по ВАШ.

Результаты. В качестве основных факторов, связанных с развитием ГБ у больных с РС, можно выделить большую длительность заболевания, более выраженную усталость, ремитирующий и ремитирующе-прогрессирующее течение, более значительную инвалидизацию. Проанализировано использование методов РТ в составе комплексного лечения РС.

Выводы. ГБ боли у больных с РС коррелируют с более тяжелым течением заболевания. С целью коррекции цефалической синдрома при РС целесообразно привлекать методы РТ.

Ключевые слова: рассеянный склероз, коморбидность, головные боли, рефлексотерапия.

G. N. Chupryna

Cephalalgias as Manifestation of Comorbidity in Patients with Multiple Sclerosis: Course Features, Approaches to Medical and Acupuncture Treatment

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. Headaches (HA) are comorbid nosologies for many diseases: it is subject to multiple sclerosis (MS), in particular. Headaches of various origins are more frequent in patients with MS than those in the general population.

Aim. To determine the effect of HA as comorbidity manifestation in MS on the disease course and to develop the best ways for their drug and non-drug correction.

Material and methods. There were examined 189 patients with various forms of MS. The data on the presence or absence of comorbidities were recorded. The EDSS level was determined, the fatigue severity was measured by the Fatigue Severity Scale (FSS) and the Scale of Asthenic Conditions, the pain manifestations were assessed by the Visual Analogue Scale (VAS).

Results. The main factors associated with the development of HA in patients with MS, are: the disease long duration, more significant fatigue, remitting and remitting progressive course, more significant disability. There were analyzed the used methods of acupuncture in the complex treatment of MS.

Conclusions. HA in patients with MS correlate with the more severe progression of the disease. In order to correct cephalgia syndromes in patients with MS it is reasonable to involve acupuncture methods.

Key words: multiple sclerosis, comorbidity, headache, reflex therapy.

Відомості про автора:

Чуприна Геннадій Миколайович – к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044)-483-17-56.

УДК:616.711 – 0183: 616.8

© О.Є.ЮРИК, 2015

О.Є.Юрик

НЕТИПОВІ НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

ДУ « Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Вступ. Остеохондроз відомий людству з незапам'ятних часів, але питання клінічних його проявів ще недостатньо вивчені.

Мета. Виявлення нетипового клінічного протікання остеохондрозу хребта, яке не знайшло свого відображення в жодній із існуючих до цього часу класифікацій неврологічних проявів цієї патології.

Матеріали і методи. Клінічно обстежено більш ніж 2 тис. пацієнтів з неврологічними проявами остеохондрозу хребта під час загострення процесу

Результати. Виявлені наступні нетипові прояви неврологічних ускладнень остеохондрозу хребта: синдром псевдотригемініта (або синдром аномалії розвитку IV шлуночку головного мозку); епілептиформно-іритативний синдром; синдром «додаткового хребця»; синдром герметичного гангліоніту; псевдо-синдром Педжета – Шреттера; синдром дефектності втраченої кінцівки; синдром нейроостеоартропатії; синдром подовженої кінцівки; синдром « перочинного ножа».

Висновки. Остеохондроз потребує постійного клінічного вивчення та узагальнення невідомих та мало відомих випадків такого процесу.

Ключові слова: остеохондроз хребта, неврологічні прояви остеохондрозу.

Вступ. Остеохондроз хребта та його неврологічні прояви відносяться до одних із найактуальніших проблем сучасності. Ця патологія вражає найбільш працездатну частину населення в молодому та середньому віці. Питома вага клінічних неврологічних проявів остеохондрозу серед захворювань периферичної нервової системи становить 67 – 95 %. Спірним залишаються питання етіології, патогенезу та лікування цього недугу. Існуючі класифікації неврологічних проявів цього захворювання не в повній мірі відтворюють різноманіття їхніх клінічних ознак.

Мета. Виявлення нетипового клінічного протікання цього процесу і яке не знайшло свого відображення в жодній із існуючих до цього часу класифікацій неврологічних проявів остеохондрозу хребта.

Матеріал і методи. В основу роботи покладені результати багаторічних клінічних спостережень більш ніж 2 тис. пацієнтів з неврологічними проявами остеохондрозу хребта під час загострення процесу, які знаходилися на обстеженні та лікуванні в клініках нашого інституту. Окрім звичайного неврологічного обстеження пацієнтів, використовувалися додаткові методи дослідження: магніторезонансна томографія структур хребта, головного та спинного мозку; оглядові та функціональні рентгенівські знімки хребта; електронейроміографія, різноманітні ультразвукові методи дослідження;