

## ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЛИТЕЛЬНО И КОРОТКОБОЛЕЮЩИХ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ МИОФАСЦИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

*И.В. Романенко, д.мед.н.*

*Луганский государственный медицинский университет*

### ВСТУПЛЕНИЕ

Болевые синдромы при заболеваниях периферической нервной системы являются одной из актуальных проблем современной неврологии. Среди хронических заболеваний человека на поражение периферической нервной системы приходится 5-10% общей заболеваемости населения. В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения болезни периферической нервной системы составляют 48-52%, занимая при этом первое место по распространению и количеству дней нетрудоспособности. В работах отечественных и зарубежных авторов подчеркивается преобладание при заболеваниях позвоночника не корешковых, а миофасциальных синдромов (МФС) [1-5]. Вопрос о функциональной роли центральных систем в формировании периферического болевого миофасциального синдрома становится особенно актуальным в связи с настойчивыми попытками отдельных исследователей привлечь внимание к церебральному уровню при остеохондрозе позвоночника [6,7]. Стало очевидным, что функциональная асимметрия полушарий прослеживается в реализации как относительно простых моторных и сенсорных, так и наиболее сложных церебральных функций.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью данной работы являлось изучение клинических и психофизиологических особенностей больных с болевыми миофасциальными синдромами.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-неврологическое обследование проводилось по специально разработанной схеме истории болезни. Для объективизации степени выраженности болевого синдрома были использованы количественные коэффициенты. Экспериментально-психологические методы включали в себя следующие тесты: Спилбергера; ВАШ; качества жизни. Электрофизиологические исследования велись в различных функциональных состояниях: 1) расслабленное бодрствование; 2) напряженное бодрствование моделировалось предъявлением стандартных нагрузок: а) звуковой стимул; б) вербальная и в) невербальная нагрузки. Артефакты автоматически исключались из записи. Анализировалась процентная представленность мощности ритмов ЭЭГ в обоих полушарий.

Больные с миофасциальными синдромами и триггерными точками в области мышц головы и шеи (m.sternocleidomastoideus, m.splenius capitis, m.temporalis, m.masseter, m.trapezius, m.levator scapulae, m.rectus capitis posterior major); плечевого пояса, рук и грудного отдела (m.m.infraspinatus, supraspinatus, m.m.scalene, m.deltoides, m.subscapularis, m.extensor digitorum longus, m.extensor carpi radialis, m.supinator, m.interosus, m.adductor pollicis; m.m.pectoralis major and minor, m.serratus anterior, m.sternalis) условно отнесены нами к болевым синдромам с шейной локализацией патологического процесса.

Нами было обследовано 217 пациентов с болевыми миофасциальными синдромами (МФС) на шейном уровне. Возраст исследуемых больных составлял от 25 до 60 лет (средний возраст-42,3 года). Было произведено подразделение больных на группу длительно (больше 5 лет) и коротко болеющих (меньше 5 лет).

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Анализ клинических исследований показал, что для длительно болеющих пациентов характерны более частые головные боли (70,8%), чем у коротко болеющих (41,7%), и двухсторонняя локализация болевого процесса. Боли чаще усиливаются под воздействием психотравмы (65,2%). Приступы боли более длительные (длется сутками), а раздражительность реже связана с заболеванием (28,6%), чем у коротко болеющих - (52,4%). У одной трети больных причиной заболевания является психотравма (29,2%), а отдельные обострения у длительноболеющих чаще провоцируются психотравмой (70,6%), а у коротко болеющих - в 15,0%. Кроме того, у длительно болеющих больных отмечается тенденция к учащению и утяжелению заболевания (83,3%) по сравнению с больными с более короткой длительностью заболевания - 37,5%.

Для коротко болеющих пациентов характерны более частые боли в области сердца и в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (58,3%) и реже-головные боли (41,7%), которые усиливаются после психотравмы (17,4%). Боль носит постоянный, а не приступообразный характер. Эта группа больных раздражительность чаще связывает с появлением заболевания (52,4%), а переохлаждение как причина заболевания встречается в 23,1% случаях. Для коротко болеющих больных с болевыми МФС без стрессогенного дебюта заболевания характерны односторонние боли, реже 2-х сторонние, но они встречаются чаще, почти ежедневно (43,5%). В обеих группах (длительно- и коротко болеющих) больные изменились по характеру (78,3% и 84,0%) и недовольны своим сном (65,2% и 60,0%).

Анализ данных больных женщин с правосторонними болевыми МФС выявил, что для длительно болеющих пациентов характерны более частые боли в области шеи (73,3%) и живота (20,0%). У длительно болеющих пациентов на момент обследования боль была наиболее выражена в голове (73,3%) и шее (40,0%), чаще двухсторонняя, распирающего и пульсирующего характера. Боли у длительно болеющих чаще усиливаются под воздействием психотравмы (78,6%), а у коротко болеющих - в 16,6%. Раздражительность в этой группе больных встречалась еще до обострения заболевания (46,2%). У длительно болеющих отмечается тенденция к учащению и утяжелению заболевания за последние три года (80,0%), по сравнению с больными с более короткой длительностью заболевания - 37,5%. Причиной обострения чаще бывает психотравма (80%). Комплексное

лечение, как правило, не приводит к положительному эффекту, часто наблюдается торпидное течение заболевания. Что касается соматической патологии, то больные женщины с длительным течением заболевания чаще страдают заболеваниями со стороны желудочно-кишечного тракта (84,6%). Работа, как правило, связана с психоэмоциональным перенапряжением. Для коротко болеющих женщин характерны более частые боли в области сердца (61,5%) и в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (61,5%), сковывающего характера, которые усиливаются чаще вечером. Раздражительность чаще связывают с появлением заболевания (45,5%), а обострение заболевания в среднем длится до двух недель.

Анализ данных больных женщин с левосторонними болями МФС выявил, что для длительно болеющих женщин характерны более частые боли в области шеи (66,7%) и грудного отдела позвоночника (48,7%). У длительно болеющих пациентов на момент обследования боль была наиболее выражена в руках (31,4%), чаще двухсторонняя, распирающего и сковывающего характера, чаще усиливалась в любое время суток под воздействием физической нагрузки и психотравмы (51,8%). Раздражительность в этой группе больных встречалась еще до обострения заболевания (78,2%). Боли длятся сутками с частотой один раз в несколько дней. Причиной заболевания и обострения чаще является психотравма (62,3%). Боль появлялась, как правило, без видимых причин. Практически у всех больных отмечается тенденция к учащению и утяжелению заболевания за последние три года. Характерно также стационарное течение заболевания. Что касается соматической патологии, то больные женщины с длительным течением заболевания чаще страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы (67,5%) и желудочно-кишечного тракта (32,7%). Эти женщины чаще временно не работают. Для коротко болеющих женщин с левосторонней локализацией болевых очагов характерны более частые боли в области сердца (80,0%) и под лопаткой (40,0%), пульсирующего характера, которые усиливаются без видимой причины. На момент обследования боли чаще локализируются в грудном отделе позвоночника (33,3%) и длятся минутами, но почти ежедневно. Раздражительность чаще связывают с появлением заболевания (50,0%). Причиной заболевания чаще является переохлаждение и ОРВИ (33,3%). В большинстве случаев (33,3%) отмечают улучшение состояния после проводимого лечения.

Кроме клинико-неврологического обследования больных проводилось и исследование их психической сферы. Клинически в группе больных наблюдались различные проявления астено-невротического синдрома: склонность к тревожным реакциям, астеническим, депрессивным и ипохондрическим жалобам. Уровень стрессогенного фактора у длительно болеющих больных достоверно выше (273,5), чем у коротко болеющих больных (201,9). Субъективная выраженность боли несколько выше у длительно болеющих больных (52,4), чем у коротко болеющих (47,1). Субъективная выраженность боли несколько выше у длительно болеющих больных (52,4), чем у коротко болеющих (47,1). Больные с длительно (Д) и коротко (К) болеющие по тесту Спилберга характеризовались достоверным повышением как реактивной (Д – 46,2; К – 44,3), так и личностной тревожности (Д – 47,8; К – 49,4) по сравнению с группой здоровых испытуемых (РТ – 35,3; ЛТ – 40,3). Уровень стрессогенного фактора в группе больных женщин несколько выше (265,9), чем у мужчин (223,4), а субъективная выраженность боли достоверно выше у мужчин (51,9), чем у женщин (48,7). Личностная тревога достоверно выше у женщин (49,7), чем у мужчин (41,8).

Данные ЭЭГ-картирования (табл.1) группы больных длительно и коротко болеющих показывают, что активация альфа-ритма в фоне и усиление его на нагрузки, коррелирует также с заинтересованностью заболевания, так как эти изменения максимально выражены у длительно болеющих. Обратная тенденция прослеживается к тета ритму, в частности, его повышенная реактивность на нагрузки более выражена у больных коротко болеющих. Возможно предположить, что выявленные изменения альфа ритма имеют вторичный характер к болевому фактору и говорят о том, что длительная периферическая боль может приводить к вторичным изменениям церебральной нейродинамики. Обратная тенденция прослеживается к тета ритму, в частности, его повышенная реактивность на нагрузки более выражена у больных коротко болеющих, что, возможно, отражает более выраженные эмоциональные расстройства в этой группе больных.

Таблица № 1 - Процентная представленность ритмов ЭЭГ в группе длительно (Д) и коротко (К) болеющих больных

Ритмы ЭЭГ	Фон			Звуковой стимул			7*7			-Э		
	Зд	Д	К	Зд	Д	К	Зд	Д	К	Зд	Д	К
BF1	57,1	50,4	43,7	54,1	83,7	60,8	83,2	57,6	64,7	73,8	73,9	48,9
BF2	50,9	47,6	53,7	65,8	58,0	33,1	87,5	48,0	62,4	69,5	80,4	51,4
BF7	39,7	65,1	70,3	33,2	88,6+	52,0	72,1	56,6	52,9	57,5	83,7	50,8
BF3	34,3	40,1	52,0	32,4	86,7+	39,2	73,5	56,5	63,8	55,1	69,9	29,2
BFZ	40,4	53,3	25,3	41,7	76,4+	45,3	51,7	47,0	56,8	32,8	79,7+	36,0
BF4	46,4	41,8	43,8	52,4	59,1	48,4	55,8	49,4	59,9	56,2	69,1	30,1
BF8	79,4	60,9	56,4	71,1	59,7	34,9	84,6	46,0+	55,0	74,0	78,7	46,7
BT3	30,0	43,8	42,6	42,5	73,8	37,9	53,3	53,5	61,5	57,4	78,3	40,2
BC3	31,4	46,8	41,6	39,9	65,2	37,3	36,8	42,6	39,1	45,8	57,1	33,3
BCZ	16,4	36,9	38,3	32,1	71,5+	42,6	26,5	24,6	34,9	27,3	44,5	26,7
BC4	35,7	52,8	46,5	35,7	74,5+	47,1	41,8	44,2	48,0	31,3	55,7	35,6
BT4	35,7	48,8	35,4	31,4	73,4+	31,2	23,9	24,2	48,6	28,5	66,3	37,8
BT5	20,3	39,8	32,3	27,9	43,7	40,2	21,4	51,6+	54,9+	24,8	51,5	11,1
BP3	21,2	37,4	24,7	21,0	50,8	31,1	24,5	27,0	30,6	25,5	38,3	5,9+
BPZ	10,1	30,8	21,1	9,5	44,0+	25,0	24,2	36,6	31,3	27,0	45,5	11,0
BP4	16,3	42,0	30,9	32,2	45,5	41,6	26,2	35,1	32,2	26,2	29,7	34,8
BT6	21,0	33,3	24,1	51,2	55,0	32,0	18,5	35,6	48,5	39,5	47,2	35,8
BO1	8,4	34,9+	23,7	14,9	39,4	27,5	23,6	27,2	17,6	12,3	26,1	7,5
BO2	25,4	40,2	20,9	18,1	47,5	35,2	10,2	35,7+	13,7	23,5	18,9	15,9

Продолжение таблицы 1

Тета	TF1	5,4	19,4	15,0	4,3	14,5	21,1	3,2	25,1+	19,7+	6,1	3,1	5,5
	TF2	6,9	18,8	21,1	3,9	13,9	24,7	2,5	25,3+	16,1+	3,7	3,5	5,5
	TF7	3,1	14,5	14,9	2,3	5,6	18,0+	4,5	13,2	5,5	1,4	1,2	2,5
	TF3	8,0	22,3	21,3	10,6	9,1	30,4	2,7	20,1+	13,2	3,9	3,2	19,6
	TFZ	9,7	20,2	27,4	7,4	6,2	44,7+	4,5	23,4+	12,7	9,2	0,0+	9,0
	TF4	8,5	21,1	31,6+	8,4	14,5	31,2+	1,3	20,6+	13,1+	5,2	2,0	15,6
	TF8	1,5	17,9+	22,4+	1,5	16,5+	30,1+	0,0	31,7+	15,1+	1,2	0,0	8,6
	TT3	4,1	21,0+	24,1+	4,7	9,3	30,0+	0,8	22,4+	20,0+	2,5	1,8	13,0
	TC3	2,4	22,2	29,5	7,1	8,6	40,0+	2,6	19,3+	18,5+	0,8	0,0	10,9
	TCZ	2,1	16,7	29,1	5,1	13,2	35,5+	16,4	19,2	18,4	5,8	9,1	12,4
	TC4	7,1	23,1+	25,7+	5,5	8,9	35,9+	10,8	23,1	15,9	6,5	0,0+	12,5
	TT4	0,2	26,6+	25,5+	3,6	11,5	35,7+	0,0	22,9+	16,4+	0,0	0,0	3,3
	TT5	7,3	19,9	22,0	4,7	10,8	28,4+	1,9	21,5+	5,3	3,3	5,1	1,4
	TP3	7,6	24,6	20,2	12,7	20,9	35,6	6,5	27,1+	19,6	3,4	9,6	11,3
	TPZ	6,4	25,3	17,6	5,6	13,7	22,8	8,7	24,8	8,9	1,9	0,0	0,0
	TP4	7,7	21,7	18,7	3,2	11,4	27,2+	7,2	23,6	6,6	2,0	0,0	0,0
	TT6	4,0	25,9+	18,1+	0,0	9,7+	24,5+	0,0	22,5+	11,2+	0,0	3,9	3,1
	TO1	5,7	24,8+	17,4+	2,7	24,7+	20,6+	3,5	18,7+	23,1+	1,2	0,0	6,6
	TO2	5,1	28,0+	16,0	2,3	8,9	22,5+	3,0	18,3+	15,0+	0,9	0,4	2,8
	Альфа	AF1	23,2	11,5	11,4	20,2	1,8+	8,0	13,6	12,5	4,6	12,5	4,8
AF2		27,4	7,6	15,2	15,9	10,0	12,2	10,0	25,8	9,5	19,1	7,0	12,5
AF7		21,9	3,7+	4,9	28,8	5,8	10,0	15,8	21,1	1,7	10,4	6,1	6,7
AF3		29,2	18,7	16,6	28,5	4,2+	10,4	16,4	21,9	9,9	33,4	8,8	21,1
AFZ		35,6	16,7	27,2	22,4	8,5	10,0	36,1	29,2	18,1	42,8	11,2+	25,0
AF4		37,9	10,5+	14,7	32,0	8,2	10,4	19,8	28,9	10,7	31,0	10,7	24,1
AF8		12,0	10,3	11,2	6,0	5,5	3,2	7,7	21,2	3,8	9,4	11,4	22,6
AT3		30,2	9,3+	13,3	24,2	7,8	12,1	22,8	23,4	6,6	17,8	10,8	17,5
AC3		42,0	12,1+	17,8	38,7	8,0	12,7	37,5	37,3	17,6	38,0	7,5+	15,3
ACZ		50,1	27,8	22,6	55,6	15,3+	12,0+	49,5	37,5	24,7	36,2	10,0	40,6
AC4		35,7	13,6	17,8	37,4	16,6	7,2+	32,2	32,3	12,0	46,8	8,0+	31,7
AT4		35,5	7,1+	29,2	15,0	6,2	17,2	22,2	34,0	10,0	25,4	6,5	28,9
AT5		43,9	6,8+	15,8+	31,7	9,1	11,6	31,3	26,9	19,8	33,4	7,0	17,5
AP3		49,6	11,8+	34,5	44,9	19,2	26,2	53,6	36,2	38,7	48,0	15,7+	40,6
APZ		69,1	26,8+	50,4	68,2	24,1+	32,2+	51,0	38,6	49,8	54,6	36,4	58,7
AP4		54,6	28,0	40,3	50,3	15,8+	21,3	59,0	41,3	51,3	49,6	33,9	25,2
AT6		32,6	23,9	38,7	34,5	17,1	23,5	58,5	41,6	28,2	37,5	13,5	31,1
AO1		78,6	21,6+	48,4+	67,4	26,7+	30,8+	64,1	43,7	47,9	62,9	46,6	53,2
AO2		63,9	30,4+	52,5	72,2	34,4+	32,2+	71,2	45,7	61,0	66,2	44,3	51,1
(+) - достоверные отличия в группах больных по сравнению со здоровыми (Зд) испытуемыми													

### ВЫВОДЫ

Таким образом, подводя итоги клинической и психофизиологической характеристике длительно и коротко болеющих больных с болевыми МФС, можно сделать вывод, что длительное течение заболевания существенно влияет на выраженность и течение клинической картины заболевания, которые необходимо учитывать в комплексном лечении.

### SUMMARY

*Psychophysiological characteristic of long and shortly sick patients with painful myofascial syndrome. I.V. Romanenko, Lugansk State Medical University.*

*The data of EEG-mapping of group of the patients who are long and shortly sick allow to assume, that the revealed changes of alpha-rhythm have secondary character to the painful factor and show that long peripheral pain can be a result in secondary changes of cerebral neurodynamics.*

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вознесенская Т.Г. Болевые синдромы в неврологической практике/Под ред. А.М.Вейна. - М.: Медпресс, 1999. - 365 с.
2. Иваничев Г.А. Мануальная медицина. Руководство. Атлас. - Казань, 1997. - 448 с.
3. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. - 1993. - 510 с.
4. Тревелл Д.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. - М.: Медицина, 1989. - С. 1-2.
5. Woodside D. Chronic pain clinics: Practical problems //Schmerz. Pain, Douler.- 1988.- №4.- P.296-300.
6. Ампилова Н.В. Состояние высшей нервной деятельности у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза //Автореф. дисс... кан. мед. наук. -Минск, 1985.- 24 с.
7. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. 2-е изд., перераб. и дополн. - М., 1988. - 240 с.

Поступила в редколлегию 2 апреля 2003г.