

## КОРРЕКЦИЯ БОЛЕВЫХ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

*А. А. Саранов, В. А. Рыбак, О. В. Курушина, А. Е. Барулин*

*Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики ВолГМУ*

Симптоматическое лечение рассеянного склероза до сих пор остается актуальной проблемой. Головные боли и психовегетативные нарушения имеют высокую распространенность у больных рассеянным склерозом. В работе представлены результаты лечения цефалгий и психовегетативного синдрома применением комбинации антидепрессанта вальдоксан и транскраниальной электростимуляции эндорфинных структур головного мозга.

*Ключевые слова:* цефалгии, психовегетативные нарушения, рассеянный склероз, вальдоксан, транскраниальная электростимуляция.

## MANAGEMENT OF CEPHALALGIAS AND PSYCHOVEGETATIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

*A. A. Saranov, V. A. Rybak, O. V. Kurushina, A. E. Barulin*

Symptomatic treatment of multiple sclerosis is still an important problem. Headaches and psychovegetative disturbances are highly prevalent in patients with multiple sclerosis. The paper presents results of treatment of cephalalgias and psychovegetative disturbances with combination of antidepressant valdoxan and transcranial electrostimulation of cerebral endorphine generating structures.

*Key words:* cephalalgias, psychovegetative disturbances, multiple sclerosis, valdoxan, transcranial electrostimulation.

Несмотря на значительный прогресс в понимании патофизиологии рассеянного склероза (РС) и усовершенствовании методов патогенетического лечения этого заболевания, до сих пор актуальной остается симптоматическая терапия и медико-социальная реабилитация данной группы пациентов [1]. Комплекс медико-социальной реабилитации больных РС включает методы медикаментозного и немедикаментозного восстановления двигательных, чувствительных и других функций, социальной и профессиональной адаптации больного, нормализации психического состояния, сохранения его трудоспособности и социально-бытовой независимости, улучшения качества жизни. Ведущими среди симптомов, снижающих качество жизни больных РС, неизменно считаются двигательные и координаторные нарушения, а также нейропсихологические нарушения, включая синдром хронической усталости и депрессию [1]. Последние являются составной частью так называемого психовегетативного синдрома (ПВС), представляющего собой самый частый вариант синдрома вегетативной дистонии. Согласно немногочисленным данным [2, 3], ПВС развивается почти у 100 % пациентов, страдающих РС, что может значительно снижать качество их жизни. Менее изученной является проблема головных болей при РС. До сих пор нет единой точки зрения о распространенности цефалгий в данной группе пациентов, однако большинство исследователей сходятся во мнении о высокой встречаемости цефалгий у больных РС [4, 5]. При этом известно, что частые головные боли неизменно приводят к снижению качества жизни.

Принимая во внимание вышеперечисленные факты, коррекция цефалгий и психовегетативных нарушений у больных РС представляется нам важным звеном

медико-социальной реабилитации в этой группе пациентов, поскольку, несмотря на их существенно меньший вклад в развитие инвалидизации, они могут значительно влиять на повседневную активность больных и их адаптацию к тяжелым органическим симптомам.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Коррекция цефалгий и психовегетативных нарушений у больных рассеянным склерозом с применением антидепрессанта вальдоксан и транскраниальной электростимуляции (ТЭС) эндорфинных структур головного мозга.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 35 больных рассеянным склерозом с ремитирующим течением, страдающих цефалгиями. Средний возраст больных составил ( $37 \pm 5,8$ ) лет, из них 26 женщин (74,2 %) и 9 мужчин (25,8 %). Средняя длительность заболевания на момент исследования составила ( $8,2 \pm 3,2$ ) года. Средний балл по шкале Куртцке — 3. Для оценки результатов лечения использовались следующие шкалы и параметры: визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки выраженности цефалгий, «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений» и «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» А. М. Вейна, Анкета гипервентиляции, шкала депрессии Бека, Опросник качества жизни для больных рассеянным склерозом (MSQOL-54), шкала оценки усталости FSS. Курс лечения состоял из приема препарата вальдоксан в дозировке 25 мг вечером в течение одного месяца и 10 сеансов ТЭС. Оценка

эффективности лечения ПВС проводилась по следующим критериям: 1) очень хорошо (уменьшение балльной оценки по шкале СВД на 40 % и более); 2) хорошо (уменьшение на 15—30 %); без эффекта (уменьшение не более 10 %); хуже (увеличение балльной оценки). Статистический анализ данных осуществлялся с использованием программы Statistica 6,0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных, участвовавших в исследовании, были диагностированы 2 типа цефалгий: 28 человек с головными болями напряжения (ГБН) — 8 мужчин и 20 женщин и 7 человек с мигренью без ауры (М) — 1 мужчина и 6 женщин. Средняя интенсивность головной боли в группе с ГБН составила  $6,5 \pm 1,5$ , в группе с М —  $7,3 \pm 1,8$ . Психовегетативные нарушения выявлены у 100 % пациентов. Наиболее частыми жалобами, согласно Вопроснику Вейна, были снижение работоспособности, быстрая утомляемость, онемение или похолодание целиком кистей или стоп, нарушения функции пищеварительного тракта, нарушение сна, при этом средний балл по Вопроснику составил  $39,5 \pm 5,8$ . Средний балл по «Схеме исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» составил  $56,0 \pm 8,4$ . Гипервентиляционный синдром выявлен у 12 пациентов (34,2 %), средний балл по Анкете гипервентиляции составил  $27,8 \pm 7,6$ . Легкие депрессивные расстройства (средний балл по шкале Бека  $12,2 \pm 2,3$ ) были выявлены у 25 пациентов (71,4 %), умеренные (балл по шкале Бека  $17,3 \pm 1,5$ ) — у 3 пациентов (8,5 %), выраженная депрессия (балл 22) — у 1 пациента. По шкале усталости FSS средний балл составил  $5,8 \pm 0,4$ , по шкале качества жизни MSQOL —  $8,2 \pm 1,8$ .

В результате проведенного лечения отмечалось статистически достоверное улучшение по основным исследуемым параметрам. Эти данные приведены в табл. 1. У большинства пациентов отмечался хороший и очень хороший результат (48,5 и 45,7 % соответственно) в отношении коррекции проявлений психовегетативного синдрома, что оценивалось по динамике показателей «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений».

Таблица 1

### Динамика основных показателей на фоне проводимой терапии

Показатель	До лечения	После лечения
ВАШ	$6,8 \pm 2,2$	$4,6 \pm 1,6$
Вопросник Вейна	$39,5 \pm 5,8$	$20,0 \pm 6,2$
Схема Вейна	$56,0 \pm 8,4$	$28 \pm 7,5$
Шкала Бека	$13,5 \pm 3,2$	$8,8 \pm 3,4$
FSS	$5,8 \pm 0,4$	$4,2 \pm 0,6$
MSQOL	$8,2 \pm 1,8$	$5,6 \pm 1,3$

При проведении анализа полученных данных в зависимости от типа цефалгии получены следующие результаты (табл. 2). В группе больных с М, несмотря на изначально более высокую интенсивность головных бо-

лей ( $7,3 \pm 1,8$ ), динамика показателей оказалась лучше ( $4,6 \pm 1,5$ ), чем в группе ГБН ( $6,2 \pm 1,8$  до и  $4,5 \pm 1,2$  после лечения). Аналогичные изменения наблюдались по показателям психовегетативной дисфункции: в группе М средний балл по Схеме Вейна составил  $62,5 \pm 5,1$  до и  $25,7 \pm 6,6$  после лечения, тогда как в группе ГБН —  $52,8 \pm 8,2$  и  $30,6 \pm 8,4$  соответственно. В то же самое время в группе больных с ГБН средний балл по шкале Бека был выше ( $14,2 \pm 2,7$ ), чем в группе больных с М ( $11,3 \pm 2,6$ ), однако динамика по этому показателю существенно не отличалась ( $9,3 \pm 2,2$  и  $6,2 \pm 1,8$  соответственно). Значимых различий в показателях усталости по шкале FSS между группами выявлено не было. У больных с М отмечались изначально худшие показатели качества жизни, чем у больных с ГБН ( $8,5 \pm 0,6$  и  $8,0 \pm 1,2$  соответственно), однако после проведенного лечения они стали несколько выше ( $5,3 \pm 0,8$  и  $5,7 \pm 1,3$  соответственно).

Таблица 2

### Динамика основных показателей в группах

Показатель	Головная боль напряжения		Мигрень	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ВАШ	$6,2 \pm 1,8$	$4,5 \pm 1,2$	$7,3 \pm 1,8$	$4,6 \pm 1,5$
Схема Вейна	$52,8 \pm 8,2$	$30,6 \pm 8,4$	$62,5 \pm 5,1$	$25,7 \pm 6,6$
Шкала Бека	$14,2 \pm 2,7$	$9,3 \pm 2,2$	$11,3 \pm 2,6$	$6,2 \pm 1,8$
MSQOL	$8,5 \pm 0,6$	$8,0 \pm 1,2$	$5,3 \pm 0,8$	$5,7 \pm 1,3$

Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности антидепрессанта вальдоксан и транскраниальной электростимуляции в лечении цефалгий и психовегетативных нарушений у больных рассеянным склерозом. Получена хорошая динамика показателей интенсивности головных болей по ВАШ. Хороший или очень хороший эффект в отношении коррекции ПВС отмечался в 94 % случаев. После проведенного лечения значительно редуцировались депрессивные расстройства, а также проявления хронической усталости. В целом, как интегративный показатель эффективности, произошло улучшение качества жизни больных. Отмечена хорошая переносимость, отсутствие выраженных побочных эффектов при использовании данной методики, вследствие чего ни один из участников не выбыл из исследования. Различия, полученные в группах с головной болью напряжения и мигренью, могут объясняться следующим образом. Мигрень считается более типичным видом цефалгий для больных с ремитирующим течением РС, тогда как ГБН чаще развивается на фоне трансформации ремитирующего во вторично-прогредиентное течение. В результате показатели психовегетативной дисфункции у больных с мигренью могут быть легче обратимы, чем у больных с ГБН, что приводит, в том числе, к более значительному

улучшению качества жизни на фоне проводимого лечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коррекция цефалгий и психовегетативных нарушений является важной задачей симптоматического лечения больных рассеянным склерозом. Применение комбинации антидепрессанта вальдоксан и транскраниальной электростимуляции обладает хорошей переносимостью и позволяет существенно уменьшить данную симптоматику, что приводит к улучшению качества жизни больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И., Бойко А. Н. // Лечение нервных болезней. — 2006. — № 1. — С. 3.

2. Евдокимова О. В., Стариков А. С., Лапкин М. М., Жаднов В. А. // Неврологический вестник. — 2003. — Т. XXXV, № 1—2. — С. 22—25.

3. Тайцлин В. И., Перцев Г. Д. // Украинский медицинский часопис. — 2003. — № 3. — С. 43.

4. Putzki N., Pfriema A., Limmroth V., et al. // European Journal of Neurology. — 2009. — Vol. 16. — P. 262—267.

5. Vacca G., et al. // Neurol Sci. — 2007. — Vol. 28. — P. 133—135.

## Контактная информация:

**Рыбак Вера Александровна** — д. м. н., профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики ВолГМУ, e-mail: neurology@tele-kom.ru

УДК 614.1:312.2 (471.331)

## ДИНАМИКА, ТЕНДЕНЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СМЕРТНОСТИ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

*К. Сайед, А. Г. Иванов*

*Тверская государственная медицинская академия*

В статье рассматривается одна из основных медико-демографических проблем Тверского региона — высокая смертность населения, в том числе трудоспособного возраста. Анализируется распространенность и структура основных причин смерти, а также дается прогноз показателей смертности населения на перспективу.

*Ключевые слова:* медико-демографические показатели, смертность, население трудоспособного возраста, частота и структура причин смерти, прогнозирование.

## DYNAMICS, TRENDS AND PREDICTION OF MORTALITY IN TVER REGION

*K. Sayed, A. G. Ivanov*

The article discusses one of the most pressing medico-demographic issues of the Tver region — a high mortality rate, which is particularly disturbing with regard to the able-bodied population. The authors analyze the frequency and proportional distribution of major death causes and attempt to predict mortality rates in the long-term.

*Key words:* medico-demographic factors, mortality, able-bodied population, frequency and proportional distribution of death causes, prediction.

Одна из основных демографических проблем в России — высокие показатели преждевременной смертности при низком уровне рождаемости, которые отражают высокие темпы убывания населения в молодых возрастных группах и снижение численности населения страны. Причинами сложившейся неблагоприятной демографической ситуации явились негативные социально-экономические кризисы 1991 и 1998 гг., приведшие к существенному снижению уровня и качества жизни значительной части населения страны.

Тверская область — один из регионов Центрального Федерального округа, где проблема высокого уровня смертности населения является наиболее выраженной и актуальной.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить распространенность, структуру основных причин смерти и дать прогноз показателей смертности населения на перспективу.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы такие медико-демографические показатели, как смертность и рождаемость, наиболее полно аккумулирующие влияние всей совокупности региональных наследственно-биологических, климатогеографических и социально-экономических факторов, которые испытывает на себе общество и которые служат чутким индикатором его благополучия.