

ЛИТЕРАТУРА

1. Барулин, А. Е. Комплексный метод оценки факторов риска развития вертеброгенной патологии / А. Е. Барулин // Вестник ВолгГМУ. – 2012. – № 3.
2. Барулин, А. Е. Диагностика неврологических проявлений дорсопатий / А. Е. Барулин, О. В. Курушина, А. И. Рязанцев // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсаковского. – 2012. – № 10.
3. Данилов, А. Б. О концептуальной модели перехода острой боли в хроническую / А. Б. Данилов, В. Л. Голубев // РМЖ (Спец. вып. «Болевой синдром»). – 2009. – С. 11–14.
4. Каракулова, Ю. В. Роль серотонинергической системы в формировании психоэмоциональных расстройств у больных головной болью напряжения / Ю. В. Каракулова // Пермский медицинский журнал. – 2004. – № 3. – С. 12–15.
5. Кукушкин, М. Л. Хроническая боль: механизмы развития / М. Л. Кукушкин // Доктор. Ру. – 2010. – № 4. – С. 23–28.
6. Психофизиологические аспекты формирования хронических болевых синдромов / В. А. Рыбак, О. В. Курушина, А. Е. Барулин и др. // Вестник ВолгГМУ. – 2010. – № 2.
7. Common diagnoses in internal medicine in Europe 2009: a pan-European, multi-centre survey / D. Roger, P. Runolfur, B. Lenka, et al. // Eur. J. Intern Med. – 2010. – № 21 (5). – P. 449–452.
8. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a national survey / L. Carmona, J. Ballina, R. Gabriel, et al. // Ann Rheum Dis. – 2001. – № 60. – P. 1040–1045.

СИНДРОМ АБДОМИНАЛГИИ В НЕВРОЛОГИИ

В. А. Рыбак, И. Е. Гордеева, А. Е. Барулин

Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики

Справедливо отметить, что в большинстве случаев абдоминалгии (их распространенность среди населения составляет 1,7–2 % (Thompson W. G., 1999) являются основным симптомом гастроэнтерологических заболеваний, однако у трети больных природа абдоминальных болей остается невыясненной, что приводит к диагностическим и лечебным ошибкам, а в дальнейшем к хронизации патологического процесса (Feinmann С., 1990; Jenkins P. L., 1991; Britt H., 1994; Loizeau E., 1995; Белоусова Е. А., 2002).

В то же время по данным ряда авторов (Dolle W., 2010), на долю неорганических абдоминалгий приходится от 30 до 60 % больных с заболеваниями пищеварительной системы. Показатель распространенности в странах Западной Европы также демонстрирует значительный разброс от 30 до 45 % (Johnsen R., 1991). Еще в 1999 г. функциональный абдоминальный болевой синдром в Риме был принят как Римский критерий II, согласно которому гастроэнтерологи считают, что он обусловлен преимущественно амплификацией (т. е. усилением) восприятия боли в коре головного мозга за счет избыточной восходящей афферентной импульсации (в меньшей степени) и ее недо-

статочного нисходящего подавления (в большей степени) (Thompson W. G., 1999).

С учетом большого числа заболеваний, способных протекать с синдромом абдоминалгии, в диагностике широко применяются современные методы исследования: панэндоскопия, радиологические, рентгенографические, ультразвуковые, компьютерно-томографические исследования, а также диагностическая лапароскопия и биопсия. Использование указанных современных методов исследования облегчает дифференциальную диагностику между «органическими» и «неорганическими» абдоминалгиями. Последние врач должен выносить в диагноз только после исключения любой соматической патологии, которая может сопровождаться абдоминалгией.

Однако при дифференциальной диагностике между органическими и неорганическими причинами для практических врачей возникает ряд трудностей, которые иногда приводят как к неправильному диагнозу, так и к неправильному выбору тактики лечения и даже неоправданным оперативным вмешательствам, когда больные становятся «жертвами хирургической избыточности» (Borten-Brivine J., 1986). А в 10–30 % случаях после аппендекто-

мии при гистологическом исследовании не находят каких-либо морфологических изменений (Молдовану И. В., 1998), при этом клиника острого аппендицита может быть обусловлена вертеброгенным псевдоаппендикулярным синдромом Лемана, встречающимся при поражении 10–12 нижнегрудных корешков справа. Интересен тот факт, что у прооперированных больных при наличии здорового отростка выявляли частые нарушения со стороны психической сферы депрессивного характера (Молдовану И. В., 1998).

Боль, как известно, является чрезвычайно сложным и многоуровневым по механизмам психогенеза феноменом, и далеко не всегда поиски материальных основ болевого синдрома заканчиваются ясным соматическим диагнозом. В центре вегетологии А. М. Вейном и И. В. Молдовану в 2003 году была предложена классификация абдоминальных болей.

Классификация абдоминальных болей с позиций невролога

I. Абдоминальные боли, связанные с церебральными (надсегментарными) вегетативными нарушениями:

1. Абдоминалгии психогенной природы.
2. Абдоминалгии (психогенные с эндогенными включениями) смешанного характера.
3. Абдоминалгии как проявления психического (эндогенного заболевания).
4. Абдоминальная мигрень.
5. Эпилепсия с абдоминальными припадками.
6. Абдоминальная форма спазмофилии (тетании).
7. Абдоминальные боли у больных с гипервентиляционным синдромом.
8. Периодическая болезнь.

II. Абдоминальные боли, связанные с периферическими (сегментарными) вегетативными расстройствами:

1. Поражение солнечного сплетения.
2. Желудочные «табетические» кризы.
3. Порфирия.
4. Абдоминальные боли вертеброгенной природы.
5. Рассеянный склероз.
6. Сирингомиелия.
7. Опухоли головного и спинного мозга.

III. Абдоминальные боли при заболеваниях желудочно-кишечного тракта неясной этиологии:

1. Синдром раздраженного кишечника.

2. Диспепсия.

Психогенные абдоминалгии проявляются нетипичными болями в животе на фоне личностных изменений в рамках невротических или даже психотических расстройств. В анамнезе у таких больных выявляются неоднократные психотравмирующие ситуации, повторные операции (у женщин аборт или экстирпация матки) и необъяснимые (с точки зрения общесоматической медицины) симптомы. Характерна явная или скрытая депрессия, ипохондрические проявления, сенестопатическое расстройство, истерические особенности личности, а также признаки «болевого личности» («rain-prone»), нарушения сна, страх перед тяжелым заболеванием или уверенность в его наличии. Иногда в основе упорных жалоб на боли лежит синдром Мюнхаузена (часто с множественными лапаротомиями в анамнезе по поводу «спаек»). Встречаются явные психотические расстройства, к проявлениям которых относится и яркий болевой синдром с бросающимся в глаза своей нелепостью и неадекватным поведением, а также синдром Альвареса с симптомами, напоминающими беременность (ложная беременность) (Lempert T., 1990; Jenkins P. L., 1994).

У таких больных отмечается диссоциация между описанием болей как «чрезмерных», «невыносимых» и достаточно удовлетворительным общим состоянием пациента, его настроением, аппетитом, сном и поведением, которые отмечаются на фоне других психических нарушений. Представленные характеристики позволяют заподозрить у больных сенесто-ипохондрические и депрессивные нарушения эндогенного происхождения, при которых абдоминальные боли являются лишь частью проявлений клинической картины заболевания (Risser W. L., 1987; Creed F., Craig T., Farmer R., 1988; Смулевич А. Б., 2000; Бениашвили А. Г., 2003).

Тревожно-депрессивные аффективные расстройства вследствие их сопряженности с вегетативными, эндокринными и гуморальными реакциями приводят к нарушению вегетативно-висцеральной (желудочно-кишечной) регуляции, одновременно снижая пороги вегетативной интрацептивной перцепции. Связь депрессии с хронической абдоминальной болью объясняется общими биохимическими процессами, в первую очередь недостаточностью

моноаминергических (серотонинергических) механизмов, что подтверждается высокой эффективностью антидепрессантов, особенно ингибиторов обратного захвата серотонина, в лечении подобных болевых синдромов (Данилов А. Б., 2011).

Были разработаны специальные критерии психогенных абдоминальных болей (Шкроб Е. О., 1991; Молдовану И. В., 1998).

Ведущие критерии:

1. Боль в животе без органических изменений внутренних органов или при наличии определенных изменений, которые не в состоянии объяснить выраженность боли.

2. Связь и вовлеченность психических факторов в феномен боли:

а) определенная временная связь между объективными дистрессовыми событиями в жизни больного, дебютом и течением (усиление, обострение, уменьшение, исчезновение, изменение) абдоминальной боли;

б) связь между динамикой психогенной ситуации, субъективными переживаниями больного и течением абдоминальной боли;

в) наличие факторов, которые могли бы объяснить локализацию боли: наличие в анамнезе в окружении больного абдоминалгий (модель симптома), патологических (заболевание, травмы) и физиологических (беременность) состояний, выявление психогенных ситуаций, которые способствовали бы патологической фиксации внимания к абдоминальной зоне, и т. д.

3. Абдоминальные боли не являются признаком психического эндогенного заболевания.

Дополнительные критерии:

1. Необычность клинических проявлений и течение абдоминальных болей и их несхожесть с известными соматическими страданиями.

2. Изменение поведения больного (получение вторичных привилегий от наличия боли: группа инвалидности, регуляция семейных отношений, возможность избежания неприятных ситуаций и деятельности и т. д.).

3. Присутствие и других болевых проявлений в различных областях тела и зоне проекции внутренних органов, диффузные болевые проявления («болевая личность»).

4. Выявление у больного эмоционально-личностных расстройств.

5. Диссоциация между выраженностью боли и поведением больного.

6. Определенный эффект от психотерапии и применения психотропных средств.

7. Выраженный психовегетативный синдром и склонность к пароксизмальному течению.

Эпилепсия. Боли в животе могут быть проявлением простого парциального припадка с вегетативно-висцеральными проявлениями или проявлением вегетативно-висцеральной ауры. При этом характерны околопупочная локализация болей, пароксизмальность и кратковременность (секунды, минуты) приступа, распространение болей и неприятных ощущений, иногда в сочетании с тошнотой, от живота вверх к голове, после чего наступает выключение сознания и (или) появляются различные парциальные нарушения или разворачивается генерализованный приступ. Эти боли не зависят от приема пищи, им часто сопутствует постприступный сон, а в некоторых случаях явления амнезии приступа. При этом обязательным является наличие специфических изменений на ЭЭГ. Отмечается хороший эффект от карбамазепина, препаратов вальпроевой кислоты и дифенина (Данилов А. Б., 2001).

Вегетативные кризы могут часто сопровождаться абдоминалгией. При этом боли в животе могут возникать на высоте криза, нередко сопровождаясь усиленной перистальтикой кишечника, вздутием, тошнотой и даже диареей. В системе органов пищеварения СВД может проявляться диспептическими или дискинетическими нарушениями без признаков органической патологии желудочно-кишечного тракта. Абдоминалгия не связана с приемом пищи, усиливается после эмоционального перенапряжения. Параллельно могут наблюдаться изменения пульса, АД, выявляется гипергидроз, изменение окраски кожи. Поведение больного не соответствует выраженности абдоминалгии, на которую он жалуется (Вейн А. М. и др. 1997; Дюкова Г. М., Вейн А. М., 2000). Показано, что абдоминалгии у женщин, страдающих ВСД и депрессией, являются более неблагоприятными с точки зрения прогноза лечения и длительности болезни (Muris J. W., 1996).

Поражения спинного мозга (опухоли, спинная сухотка с абдоминальными табетическими кризами, рассеянный склероз, сирингомиелия, и др.) проявляются характерными сегментарными и проводниковыми неврологическими симптомами, в контексте которых

боли в области живота нетрудно связать с основным заболеванием.

Тетании. Боли в животе носят периодический, спазматический характер и появляются как пароксизмально, так и перманентно. В первом случае больные жалуются на ощущение сокращения, сжатия, спазмов в животе. Клинически, абдоминалгии с тетанической составляющей проявляются парестезиями с мышечно-тоническим компонентом в конечностях (крампи, феномен руки акушера, карпепедальные спазмы); симптомами повышенной нервно-мышечной возбудимости (симптомы Хвостека, Труссо и др.); изменениями на ЭМГ, гипокальциемией, гипомагниемией, гипофосфатемией (Молдовану И. В., Яхно Н. Н., 1985). Идентичные по характеру боли могут встречаться как изолированно, так и при **гипервентиляционном синдроме (ГВС)**. Частым симптомом при ГВС является аэрофагия с последующими болями в животе (Вейн А. М., Молдовану И. В., 1988).

Абдоминальная форма мигрени чаще встречается у детей и юношей, чем у взрослых. Боль интенсивная, диффузная, может локализоваться в области пупка, эпигастрия, сопровождается тошнотой, рвотой, поносом, побледнением и похолоданием конечностей. Длительность – от получаса до нескольких часов или даже нескольких суток. Возможны различные сочетания с мигренозной цефалгией: одновременное появление абдоминальной и цефалгической боли или их чередование. При диагностике необходимо учитывать следующие факторы: наличие связи абдоминальной боли с головной болью мигренозного характера, характерные для мигрени провоцирующие факторы, молодой возраст, семейный анамнез, терапевтический эффект противомигренозных препаратов (амигренин, релпакс и др.), увеличение скорости линейного кровотока в брюшной аорте при доплерографии (особенно во время пароксизма) (Вейн и др., 1999).

Периодическая болезнь. Заболевание (распространено среди этнических групп Средиземноморского побережья) характеризуется периодически возникающими (на несколько дней) приступами острых болей в животе и суставах и резким подъемом температуры до высоких цифр. В основе его патогенеза лежит полисерозит с периодическим нарушением проницаемости сосудистой стенки. Отмечаются

тошнота, рвота, диарея. Пальпация обнаруживает напряжение мышц передней стенки живота, резко положительный симптом Щеткина–Блюмберга. С учетом того, что боль в животе, помимо лихорадки, сопровождается также повышением СОЭ и лейкоцитозом, нередко эти больные подвергаются оперативным вмешательствам. У таких пациентов описан феномен «географического живота» с наличием на животе многочисленных послеоперационных рубцов (Гращенко Н. И., Вейн А. М., Соловьева А. Д., 1964).

Порфирии – группа заболеваний с различной этиологией, в основе которых лежит нарушение обмена порфиринов. Наиболее частым вариантом является перемежающаяся порфирия, при которой ведущим признаком является коликообразная боль в животе продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней. Часто сопровождается тошнотой, рвотой, запором, реже диареей, позже присоединяются симптомы полинейропатии. Патогномичным является окрашивание мочи в кирпичный или красный цвет, интенсивность которого зависит от выраженности заболевания. Специальные тесты (тест мочи с реактивом Эрлиха, тесты Уотсона–Шварца и Хоша, определение общих порфиринов и их предшественников ПБГ и д-аминолевулиновой кислоты в моче) выявляют положительную реакцию на порфобилиноген в кале и уропорфирин в моче (Вейн А. М. и др., 1999).

Абдоминалгии вертеброгенной и мышечной природы

Природа этих абдоминалгий обусловлена вертебро-вегето-висцеральными взаимосвязями (Мерзенюк О. С., 2001; Данилов А. Б., 2002; Рыбак В. А. и др., 2002), что объясняется анатомо-физиологическими особенностями строения соматической и вегетативной нервной системы, взаимодействие которых происходит при тесном участии позвоночника.

Выделяют нерелекторный и релекторный варианты. При первом, первичная ноцицептивная афферентация из пораженного органа может дестабилизировать механизмы обработки сенсорных сигналов на входе в сегментарный аппарат, что приводит к ирритации нейрогенных групп заднего рога спинного мозга с возбуждением сенсорных каналов, принадлежащих миодерматому и вызывает обратный эффект с развитием в дерматоме, миотоме,

склеротоме и спланхнотоме участков гипералгезии, т. е. формируется так называемый «порочный круг» висцеро-vertebro-висцерально-го влияния.

Рефлекторный вариант может иметь vertebro-висцеральную, висцеро-моторную и висцеро-склеротомную природу. Основой понимания рефлекторной vertebro-абдоминальной боли должен служить тот факт, что присутствие органического повреждения нервных стволов необязательно; в данном случае импульсы передаются из рецепторов пораженного позвоночника или других тканей. При данном типе боли может формироваться порочный круг vertebro-висцеро-verteбральных влияний. Verteброгенный характер болей может быть обусловлен дегенеративными изменениями в позвоночнике, туберкулезом, опухолью или травмой позвоночника. При verteброгенных заболеваниях отраженные боли в области живота характеризуются одновременным и более выраженным болевым синдромом непосредственно в области позвонков и спины, локальным напряжением мышц спины, болезненностью при перкуссии соответствующего позвонка и/или его суставов, ограничением подвижности. При этом при локализации процесса в D8 – D12 сегментах рефлекторные мышечно-тонические и компрессионные синдромы проявляются в виде опоясывающих одно- или двусторонних болей в области живота (обычно в зоне того или иного корешка), иногда – локальными изменениями тонуса мышц, имеющие четкую связь с движениями в позвоночнике (Попелянский Я. Ю., 1997; Васенин Б. Н. 1998; Данилов А. Б., 2001).

Выделяют три группы verteброгенных висцеральных синдромов:

а) висцералгические синдромы – характеризуются превалированием в клинической практике болевых ощущений, которые локализуются в области определенного органа; механизм их возникновения связан с раздражением корешковых структур, симпатических ганглиев, а также нарушением вегетативной нейротрофической регуляции внутренних органов (например, ишемические расстройства, вызванные регионарным изменением сосудистого тонуса);

б) висцеродисфункциональные синдромы – проявляются нарушением функций органа без возникновения выраженных органических изменений в его тканях; (например, verteброгенный гастростаз или метеоризм); этот синдром

особенно характерен для поражения узлов пограничного симпатического ствола;

в) висцеродистрофические синдромы verteброгенной природы поражения внутренних органов, возникают вследствие нарушения нейротрофической функции вегетативной нервной системы; по своей сути, они составляют начальную стадию формирования соматического заболевания, которые в дальнейшем могут переходить в определенную нозологическую форму (Мерзеник О. С., 2001; Васильева Л. Ф., 2002).

По данным М. Дусмуратова (1974), около 35 % больных остеохондрозом грудного отдела лечатся по поводу различных заболеваний пищеварительного тракта. Абдоминалгический синдром может быть обусловлен раздражением селезеночного, блуждающего и правого диафрагмального нервов, входящих в чревное сплетение (Юмашев Г. С., Фурман М. Е., 1984). Грудная часть симпатического ствола состоит из 12 параverteбральных грудных узлов. Наиболее важными образованиями, формирующимися из грудных узлов, являются большой внутренностный (4–9 узлы) и малый внутренностный (10–11 узлы) нервы. Внутренностные нервы вместе с волокнами блуждающего нерва участвуют в образовании чревного, верхнего и нижнего брыжеечных узлов. Синдромы поражения грудных узлов (при инфекциях, интоксикациях, а чаще всего при остеохондрозе позвоночника, вызывающем реактивные грунциты) проявляются различными висцеральными нарушениями по типу пареза или паралича мышц кишечника, вздутия живота, замедления перистальтики и запоров. Для дифференциации боли соляного происхождения от корешковой Е. Л. Пучковская (1973) предлагает определять болезненность точек (на линии между пупком и мечевидным отростком – сразу под последним и в средней и нижней третях этого расстояния), как при расслабленном, так и при напряженном состоянии передней брюшной стенки – болезненность в первом случае и ее отсутствие во втором служат доказательством соляного происхождения боли.

Миофасциальные болевые синдромы, сопровождающиеся абдоминальной болью, характерны для локальных мышечных гипертонусов в области прямых, косых, поперечной мышц живота, подвздошно-реберной мышцы груди, многораздельных мышц и пирамидальной

мышцы. При этом больные могут жаловаться на «жжение в животе», «тяжесть», т. е. – псевдовисцеральная боль. Характерны триггерные точки, пальпируемые болезненные утолщения мышц, связь боли с движением или с позой. Генез таких болей составляют не только вертеброгенные причины, но длительное мышечное напряжение, например, у спортсменов, травмы брюшной стенки, операции в данном регионе и др. Для их дифференциальной диагностики ранее мы предлагали доступный лидокаиновый тест (Рыбак В. А. и др., 2002; Рыбак В. А. и др., 2009).

При грудном варианте абдоминалгии больных беспокоят боли в верхних и средних отделах передней брюшной стенки. Миофасциальные триггерные точки определяются в прямых и наружных косых мышцах живота, преимущественно на уровне эпи- и мезогастрия. При поясничном варианте жалобы сводятся к болям в нижней половине живота. Экстравертебральные нейромиодистрофические проявления локализуются в подвздошно-паховой, надлобковой областях. Больных с пояснично-грудным вариантом беспокоят диффузные, разлитые боли в различных областях передней брюшной стенки и вегетативные нарушения. Локальные мышечные гипертонусы и зоны нейромиодистрофии, как правило, множественны и обнаруживаются в различных участках мышц брюшного пресса (чаще у пупка и в месте прикрепления мышц к лобковому гребню). При вовлечении в процесс периферических невралгических структур выявляются гипестезия пупочной, боковой или подвздошно-паховой областей, а также изменение брюшных рефлексов. При этом тонус и сила брюшных мышц снижаются. Вертеброгенные боли в области мышц лонного сочленения – пубальгию, следует отличать от отраженных пубальгий при висцеральных очагах, при нестабильности крестцово-подвздошного сочленения. Абдоминалгия и пубалгия может развиваться также при патологии невралгических структур в связи с тем, что лобковая зона иннервационно связана с корешками – D12, L1, с нервами – подвздошно-паховым, подвздошно-подчревным, половым (Газизуллин И. М., 1999; Васильева Л. Ф., 2004; Иваничев Г. А., 2003).

Иногда вышеуказанная патология формирует симфизо-стернальный синдром Брюггера. Обычно после нескольких люмбалгических эпизодов в момент физического перенапряже-

ния появляются боли в области брюшной стенки, которые становятся постоянными, усиливаются при кашле, чихании, резких поворотах туловища (Ягубов В. А. и др., 2008; Голубев В. Л., 2010)

Диагноз вертебро- и миогенной абдоминалгии подтверждается хорошим эффектом НПВС, которые можно назначать как перорально, так и парентерально (**флексен**, мовалис, кеторол и др.).

Синдром раздраженного кишечника – хроническое патологическое состояние, которое характеризуется наличием болей в животе, сочетающихся с расстройствами функции кишечника (понос, запор) без нарушения аппетита и снижения массы тела, продолжительностью расстройств не менее 3 месяцев при отсутствии органических изменений ЖКТ. Болевой синдром характеризуется многообразием проявлений: от диффузных тупых болей до острых, спазматических. Изменение психической сферы в виде тревожных и депрессивных расстройств встречается у 60–70 % больных с синдромом раздраженного кишечника (Ивашкин В. Т., 1993; Абдурахманов А. И., 2005).

Синдром неязвенной диспепсии проявляется как боль в животе, дискомфорт или тошнота, возникающие периодически, сохраняющиеся не менее месяца, не связанная с физической нагрузкой и не исчезающие в течение 5 минут отдыха. Боли при диспепсии во многом идентичны болям при синдроме раздраженного кишечника. Они, как правило, сочетаются с ощущением тяжести, давления и переполнения после еды в эпигастральной области, сопровождаются отрыжкой воздухом или пищей. Однако, надо отметить, что подобные расстройства существенно не влияют в целом на социальную активность пациентов (Яковенко Э. П., 2001).

Зачастую терапевты и гастроэнтерологи, не найдя анатомический субстрат болевого синдрома в абдоминальной области, испытывают затруднения в тактике ведения таких больных и направляют их к неврологу. Поэтому неврологический взгляд на данную проблему становится все более актуальным.

На основании научных работ, посвященных этому вопросу (Шкроб Е. О., 1991; Молдовану И. В., 1998), а также собственных исследований, нами выделены следующие основные критерии дифференциальной диагностики неорганической абдоминалгии от органической (табл. 1).

Таблица 1

Основные критерии дифференциальной диагностики неорганической абдоминалгии от органической

| Критерий | Органическая абдоминалгия | Неорганическая абдоминалгия |
|--|---------------------------|---------------------------------------|
| Наличие типичных гастроэнтерологических жалоб и анамнеза | Характерно | Возможно |
| Отсутствие органических изменений внутренних органов | Нехарактерно | Характерно, могут быть незначительные |
| Наличие «невротических» жалоб и связь с психическими факторами | Редко встречается | Характерно |
| Хронические болевые синдромы в других частях тела (цефалгии и др.) | Не характерно | Встречается |
| Сочетание абдоминалгии с болями в области спины | Не характерно | Характерно |
| Наличие характерного брюшного мышечно-тонического синдрома | Не характерно | Характерно |
| Зоны Захарьина–Геда | Выявляются часто | Не характерны |
| Наличие существенных изменений в лабораторных показателях | Характерно | Не характерно |
| Атипичный характер и локализация болевого синдрома | Не характерно | Характерно |
| Сочетание болевого синдрома с гипестезиями (парестезиями) в пределах нижнегрудных дерматомов | Не характерно | Характерно |
| Пароксизмальное течение | Не характерно | Характерно |
| Эффект от применения психотропных препаратов или психотерапии | Возможен, но небольшой | Выраженный |
| Эффект от приема гастроэнтерологических средств | Хороший, стойкий | Может отсутствовать |

Пациенты с невисцеральной абдоминалгией, как правило, в течение длительного периода времени ведут поиск органического субстрата своего заболевания, а возможность появления болей в связи с социопсихологическими, вертеброгенными, вегетативными, дисметаболическими и другими факторами чаще всего представляется им маловероятной. Распространено мнение, что стрессы обостряют соматическое страдание, что подтверждают терапевты и гастроэнтерологи. Поэтому от

врача, ведущего поиск возможных причин болезни, требуются умение убеждать и гибкость, а также знание предложенных выше дифференциально-диагностических критериев.

Любая патология «на стыке специальностей» представляет собой немалую диагностическую и лечебную трудность (Britt H., 1994). Именно поэтому в этом вопросе важно сотрудничество и коллегиальность (консилиум) между врачами различных специальностей в принятии решения об окончательном диагнозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов, А. И. Синдром раздраженного кишечника (некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. И. Абдурахманов. – Душанбе, 2005. – 24 с.
2. Васильева, Л. Ф. Мануальная диагностика и терапия дисфункции внутренних органов / Л. Ф. Васильева. – Новокузнецк, 2002. – 243 с.
3. Вегетативные расстройства. Руководство для врачей / Под ред. А. М. Вейна. – М.: МИА, 1998. – 750 с.
4. Вейн, А. М. Кардиалгии и абдоминалгии / А. М. Вейн, А. Б. Данилова // РМЖ. – 1999. – № 9. – С. 428–432.
5. Вейн, А. М. Нейрогенная гипервентиляция / А. М. Вейн, И. В. Молдовану. – Кишинев: Штиинца, 1988.
6. Голубев, В. Л. Болевые синдромы в неврологической практике. 3-е изд. / В. Л. Голубев. – 2010. – 336 с.
7. Данилов, А. Б. Абдоминалгический синдром. В сб.: Болевые синдромы в неврологической практике / А. Б. Данилов; под ред. А. М. Вейна. – МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
8. Дюкова, Г. М. Вегетативные расстройства и депрессия / Г. М. Дюкова, А. М. Вейн // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 1. – С. 2–7.
9. Инвазивные методы лечения в неврологии / В. А. Рыбак, И. Е. Гордеева, Я. Х. Бабушкин и др. – Волгоград, 2009. – 300 с.
10. Мерзеник, О. С. Рефлекторные вертебро-висцеральные синдромы: новые подходы в мануальной терапии: дис. ... д-ра мед. наук / О. С. Мерзеник. – Краснодар, 2001. – 306 с.
11. Молдовану, И. В. Нейрогенная тетания / И. В. Молдовану, Н. Н. Яхно. – Кишинев: Штиинца, 1985.
12. Панические атаки / А. М. Вейн, Г. М. Дюкова, О. В. Воробьева и др. – СПб., 1997. – 304.
13. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология. Вертеброневрология. Руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. – Казань, 1997. – Т. 1. – 554 с.
14. Рыбак, В. А. Вертеброгенная абдоминалгия: дифференциальный диагноз при совместном осмотре терапевта и невролога в условиях поликлиники. Полисистемные неспецифические синдромы в клиническом полиморфизме заболеваний нервной системы и их коррекция: Матер. междунаучно-практич. конф. / В. А. Рыбак, И. Е. Гордеева, Н. В. Матохина. – Новокузнецк, 2002. – С. 90–92.

15. Смулевич, А. Б. Депрессии в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич. – М.: Медицина, 2000. – 160 с.
16. Шептулин, А. А. Функциональная абдоминальная боль / А. А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т. 14, № 5. – С. 9–13.
17. Шкроб, Е. О. Абдоминалгический синдром нейрогенной природы (вопросы клиники, патогенеза, лечения): дис.... канд. мед. наук / Е. О. Шкроб. – М., 1991. – 130 с.
18. Ягубов, В. А. и др. Спондилогенные абдоминалгии / В. А. Ягубов и др. // Альтернативная медицина. – 2008. – № 1.
19. Яковенко, Э. П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии / Э. П. Яковенко // Лечащий врач. – 2001. – № 5–6.
20. Creed, F. Functional abdominal pain, psychiatric illness, and life events / F. Creed, T. Craig, R. Farmer // Gut. – 1988. – № 29 (2). – P. 235–242.
21. Forbes, D. Abdominal pain in childhood / D. Forbes // Aust Fam Physician. – 1994. – № 23 (3). – P. 347–348; 351; 354–357.
22. Jenkins, P. L. Psychogenic abdominal pain / P. L. Jenkins // Gen. Hosp. Psychiatry. – 1991. – № 13 (1). – P. 27–30.
23. Loizeau, E. Clinical problem: painful abdomen / E. Loizeau // Rev. Med. Suisse Romande. – 1995. – № 115 (4). – P. 303–305.
24. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum / Lempert T., Dietrich M., Huppert D., et al. // Acta Neurol. Scand. – 1990. – № 82 (5). – P. 335–340.
25. Silverberg, M. Chronic abdominal pain in adolescent / M. Silverberg // Pediatr Ann. – 1991. – № 20 (4). – P. 179–185.
26. The diagnostic difficulties of abdominal pain / H. Britt, C. Bridges-Webb, G. P. Sayer, et al. // Aust Fam Physician. – 1994. – № 23 (3). – P. 375–377; 380–381.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

В. В. Мирошникова, А. А. Саранов, А. С. Аракелян, В. А. Рыбак

Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики

Рассеянный склероз (РС) относится к числу достаточно распространенных органических заболеваний нервной системы, которое преимущественно поражает лиц молодого, трудоспособного возраста. Только в России насчитывается более 150 тыс. таких больных.

Распространенность РС в большинстве стран мира постоянно увеличивается. Для большинства регионов России распространенность заболевания находится на среднем (10–50 случаев на 100 тыс. населения) и высоком (более 50 случаев на 100 тыс. населения) уровнях. За последние 120 лет в различных регионах России распространенность рассеянного склероза выросла с 29–33 до 45–50 случаев на 100 тыс. населения, что связано не только с увеличением продолжительности жизни больных, но и с истинным увеличением заболеваемости. Заболеваемость РС растет в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случаев на 100 тыс. населения в год; в некоторых странах Северной Европы – до 5–8 новых случаев.

По данным ВОЗ, среди неврологических заболеваний РС является одной из основных причин стойкой инвалидизации лиц молодого возраста [5]. В связи с выше указанными причинами вопросы лечения РС являются чрезвычайно актуальными.

РС – аутоиммунное заболевание, основным патофизиологическим механизмом которого является аутоагрессия против миелина ЦНС. Однако, в результате многочисленных исследований, было установлено, что морфологическим изменениям при РС подвергаются не только оболочки проводников ЦНС, но и сами аксоны. Аксональное повреждение начинается уже на ранних стадиях РС. Этот процесс идет параллельно демиелинизации и выявляется не только в очагах РС, но и в «нормально выглядящем» белом и даже сером веществе мозга. Демиелинизация и гибель аксонов приводят к атрофии головного и спинного мозга [28, 38], следствием чего является развитие стойкого неврологического дефицита, который служит причиной инвалидизации. Осо-