

так и механизмы их формирования. В соответствии с мнением отечественных и зарубежных ученых причиной появления хронической боли (ХБ) может стать снижение активности антиноцицептивной системы (АНС), что приводит к формированию очага повышенного возбуждения (ОПВ) в головном мозге [1, 2]. Так, по мнению Г.Н. Крыжановского [1], любое заболевание является источником патологической импульсации в головной мозг, где формируется ОПВ. Если очаг небольшой, то при устранении раздражителя он исчезает. Если раздражитель продолжает действовать, то очаг распространяется на другие структуры головного мозга и формируется патологическая детерминанта (ПД). ПД и скопления кластеров ОПВ в перидетерминантной зоне образуют патологическую систему и манифестируют себя в виде различных симптомов, включая ФБ и ПБ. Поэтому важной задачей является устранение ОПВ и перевод ПД в неактивное состояние. В этой работе представлены результаты исследования динамики изменения интенсивности ФБ и ПБ под влиянием эмпатотехники и описание предполагаемых механизмов ее воздействия.

Цель работы: исследовать динамику изменения интенсивности фантомной и психогенной боли, оценить эффективность эмпатотехники и описать возможные ее механизмы.

Материалы и методы. Обследовано 79 пациентов с ФБ (гр. 1), перенесших ампутацию нижних конечностей вследствие тяжелых хронических заболеваний в возрасте от 49 до 71 года и 53 пациента (гр. 2) с соматоформными расстройствами в возрасте от 20 до 56 лет, страдающих ПБ. Для устранения ФБ и ПБ применяли курс эмпатотехники [3, 6]. Интенсивность боли определяли с помощью ВАШ до и после первого и последнего сеансов эмпатотехники. Разницу между интенсивностью боли до и по-

сле сеанса оценивали как выраженность психогенного компонента (ПК). Проводилась статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. Как до (гр. 1=6,61±0,21; гр. 2=6,83±0,18), так и после (гр. 1=2,78±0,15; гр. 2=2,69±0,10) первого сеанса эмпатотехники, а также до (гр. 1=2,25±0,17; гр. 2=1,81±0,15) и после (гр. 1=1,73±0,12 гр. 2=1,04±0,06) последнего сеанса, показатели интенсивности ФБ и ПБ не имели достоверных различий. Показатели ПК в обеих группах в начале курса эмпатотехники соответствовали умеренному уровню (гр. 1 – 3,82±0,12 и гр. 2 – 4,16±0,16) и в конце курса – «отсутствие боли» (гр. 1 – 0,53±0,06 и гр. 2 – 0,76±0,09) также не имели достоверных межгрупповых различий.

Согласно полученным результатам, к концу курса эмпатотехники удалось не только снизить интенсивность ФБ и ПБ, но и устранить ПК, который, предположительно, мог косвенно отражать интенсивность ОПВ. Принимая во внимание полученные результаты, мы можем думать, что эмпатотехника позволяет нейтрализовать ОПВ в перидетерминантной зоне и способствует переводу ПД в неактивное состояние. Как показали предыдущие исследования биоэлектрической активности головного мозга, у пациентов с ПБ в процессе применения эмпатотехники повышалась амплитуда альфа-ритма, отмечалось снижение процессов возбуждения до нормальных значений, что свидетельствовало о нормализации функционального состояния ЦНС [5]. Полученные результаты могут служить косвенным подтверждением нашей гипотезы. Таким образом, можно думать, что применение Эмпатотехники позволяет снизить интенсивность ФБ и ПБ за счет усиления ингибиторных влияний АНС, уменьшения возбудимости нейронов в перидетерминантной зоне головного мозга и переходу ПД в неактивное состояние.

Список литературы

1. Крыжановский Г.Н. Центральные механизмы патологической боли. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999; 12: 4–7.
2. Кукушкин М.Л. Этиопатогенетические принципы лечения хронической боли. Русский медицинский журнал. 2007; 15 (10): 827–832.
3. Ishinova V.A., Svyatogor I.A., Reznikova T.N. Features of color reflection in psychogenic pain in patients with somatoform disorders during psychotherapeutic treatment. The Spanish Journal of Psychology. 2009, 12: 2: 715–724.

4. Richardson C., Kulkarni J. A review of the management of phantom limb pain: challenges and solution. Journal of Pain Research. 2017; 10: 1861–1870.
5. Ishinova V.A., Svyatogor I.A., Ishinov I.U. Peculiarities of Using Empatho-technique and Biofeedback as Psychotherapy Methods for Chronic Pain of Psychogenic Origin. Psychopathology and Addiction Medicine. 2. 1 June 2017; 18–256.
6. Ishinova V.A. Empatho-technique: Similarity and Differences of Phantom Limb Pain and Psychogenic Pain. Psychopathology and Addiction Medicine, 2018; 18–23.

Салина Е.А.,
Парсамян Р.Р.

ФГБОУ ВО «Саратовский
ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздрава РФ, кафедра
нервных болезней,
Саратов, Россия;
Клиника лечения боли,
Саратов, Россия

Эффективность транскраниальной электростимуляции при хронической мигрени

Одним из заболеваний, которое сопровождается значительным снижением качества жизни пациентов с головной болью, является хроническая мигрень. Психологическое переутомление, умственные перегрузки,

нерациональный прием обезболивающих препаратов выступают главными пусковыми факторами, переводящими мигрень в хроническую фазу. Терапия хронической мигрени представляет собой сложную задачу

и требует комплексного подхода при составлении схемы лечения [1, 2].

Цель исследования: оценить эффективность транскраниальной электростимуляции при хронической мигрени в составе комплексной терапии.

Методы. На базе клиники лечения боли проведено комплексное лечение 82 пациентов (73,1% женщин и 26,9% мужчин) с хронической мигренью. Диагноз хроническая мигрень был установлен согласно МКГБ-3, 2018. Пациенты были поделены на 2 группы в зависимости от варианта терапии. Все пациенты получали лекарственное профилактическое лечение хронической мигрени: антидепрессанты, антиконвульсанты, бета-блокаторы. Первую группу составили 49 больных, которым, помимо медикаментозной поддержки, в течении 3-х месяцев 2 раза в неделю проводили транскраниальную электростимуляцию. Пациенты второй группы, которая включала 33 человека, принимали только лекарственные препараты. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и длительности заболевания. Средний возраст больных составил 47,9 лет. На момент начала терапии и через 3 месяца определялись показатели боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), применялась госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS). Была проведена оценка частоты и длительности приступов головной боли и приема препаратов. Транскраниальная электростимуляция осуществлялась на аппарате Магнот-ДКС путем накладывания накожных электродов на надбровную и ретроастиоидальную зоны. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 10.0.

Результаты. Длительность заболевания в среднем составила 10,5 лет. У всех пациентов определялась уме-

ренная и интенсивная головная боль. До начала терапии средний балл по шкале ВАШ в первой группе был $7,9 \pm 2,3$, во второй группе – $7,8 \pm 2,5$. Опросник HADS показал высокий уровень тревоги при первичном приеме у больных как первой группы – $14,8 \pm 2,6$, так и второй – $14,9 \pm 2,5$. Уровень депрессии до лечения в первой группе составил $10,1 \pm 2,7$, во второй – $10,3 \pm 2,4$. На фоне проводимой терапии через 3 месяца у пациентов первой группы наблюдалось снижение частоты возникновения головной боли на 78%, во второй группе – на 64%; уменьшение длительности приступов – на 44% в первой группе, на 36% – во второй. Все пациенты независимо от группы отмечали уменьшение эффективной дозы обезболивающих препаратов для купирования приступа мигрени. Оценка интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ после 3-х месяцев лечения показала существенное снижение болевых ощущений: в первой группе средний балл составил $3,5 \pm 2,1$, во второй группе – $3,9 \pm 2,4$. Согласно опроснику HADS уровень тревоги в первой группе после лечения был $6,3 \pm 2,8$, во второй группе – $7,7 \pm 2,2$, уровень депрессии в первой группе – $4,5 \pm 2,3$, во второй – $4,9 \pm 2,5$. При анализе полученных данных положительные результаты лечения преобладали у пациентов первой группы. Применение транскраниальной электростимуляции у первой группы больных повышало эффективности лечения хронической мигрени по сравнению с пациентами второй группы, получавшими только лекарственную терапию.

Заключение. Использование транскраниальной электростимуляции является эффективным дополнительным методом лечения болевого синдрома и коррекции эмоционального статуса у пациентов с хронической мигренью.

Список литературы

1. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия. Практическое руководство. М.: «Медицинское ин-

формационное агентство», 2014; 336 с.

2. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018; 38 (1): 1–211.

Рябченко А.Ю.²,
Богданов В.С.²,
Зубкова А.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург, Россия;
²ГАУЗ ДГКБ, Оренбург, Россия

Применения метода внутритканевой электростимуляции при миофасциальном синдроме на фоне дорсопатии

Введение. Боль, связанная с миофасциальным синдромом, – одна из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью. Около 90% людей когда-либо предъявляли жалобы на боли в спине и шее [2]. Миофасциальные болевые синдромы являются одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности и крайне отрицательно влияют на качество жизни пациентов [3]. Одним из методов, использующих физические факторы воздействия на патологические процессы при болевых синдромах, является внутритканевая электростимуляция [1].

Цель исследования: изучить влияние метода внутритканевой электростимуляции на качество жизни пациентов с миофасциальным болевым синдромом на фоне дорсопатии.

Материалы и методы. В исследование включено 24 пациента с миофасциальным болевым синдромом. Средний возраст пациентов – $42,2 \pm 2,3$ лет. Все пациенты получили курс из 5 сеансов внутритканевой электростимуляции. Качество жизни оценивалось с помощью опросника Освестри нарушений жизнедеятельности до и после лечения.