

ID: 2018-06-23-T-18676

Тезис

Суворова В.А., Антипенко Е.А.

Немоторные проявления мышечных дистоний*ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России*

Введение. Немоторные проявления экстрапирамидных расстройств все чаще привлекают внимание исследователей. Достаточно хорошо изучены немоторные проявления болезни Паркинсона, чего нельзя сказать о мышечных дистониях. Немоторные проявления являются частью первичного патофизиологического механизма дистонии и могут быть частично объяснены в рамках патофизиологической модели двигательных симптомов. Они заслуживают внимания с клинической точки зрения, так как они субъективно тяжело переносятся пациентами с мышечными дистониями. Немоторные проявления являются не просто эпифеноменами, которыми можно пренебречь, они требуют дальнейшего изучения, что, несомненно, приведет к более глубокому пониманию патофизиологических механизмов формирования первичной дистонии.

Цель: проанализировать структуру немоторных проявлений у пациентов с фокальными, сегментарными, торсионными мышечными дистониями.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 70 пациентов в возрасте от 19 до 75 лет с установленным диагнозом мышечной дистонии, из них диагноз фокальной мышечной дистонии был установлен у 40 человек, сегментарной - у 18 человек и торсионной - у 12 человек. Среди них было 30 мужчин и 40 женщин.

Обследование включало анализ данных анамнеза, исследование соматического и неврологического статуса. Для оценки эмоциональной сферы использовались шкала тревоги и депрессии Гамильтона, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, шкала самооценки Спилберга, вегетативные нарушения оценивались с помощью вегетативного опросника А.М. Вейна, также использовалась анкета качества ночного сна и шкала астении MFI-20.

Результаты. Тревожные расстройства при оценке по разным шкалам встречались у 65-82,5% пациентов с фокальными дистониями, у 55-94% пациентов с сегментарными и 58-100% пациентов с торсионными дистониями, наиболее чувствительной шкалой оказалась шкала самооценки Спилберга. Депрессивные расстройства при оценке по разным шкалам встречались у 57,5-60% пациентов с фокальными дистониями, у 50-77,7% пациентов с сегментарными и 41,6-47,7% пациентов с торсионными дистониями. Вегетативные нарушения были выявлены у 75% пациентов с фокальными дистониями, 72,2% с сегментарными и 75% с торсионными дистониями. Астенический синдром имел место у 60% больных фокальной дистонией, 44,4% - сегментарной и 83,3% - торсионной дистонией. Достоверно оценить качество сна у пациентов с мышечными дистониями не представляется возможным, поскольку подавляющее большинство пациентов принимает препараты, влияющие на сон. По нашим данным расстройство сна имели 42,5% пациентов с фокальными дистониями, 27,7% с сегментарными и 25% с торсионными дистониями. При сравнении групп с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни нами не было установлено достоверных различий выраженности немоторных симптомов у разных групп пациентов ($p>0,05$).

Выводы. Немоторные проявления встречаются практически у каждого пациента с мышечными дистониями. Их выраженность и распространенность варьирует в зависимости от формы дистонического гиперкинеза. Подавляющее число пациентов предъявляют жалобы на раздражительность, нервозность, постоянное беспокойство, неспособность расслабиться, снижение настроения, быструю утомляемость, плохую переносимость жары и холода и периодические головные боли. Данные проявления немоторных симптомов субъективно тяжело переносятся пациентами с мышечными дистониями, что несомненно, вносит свой вклад в течение заболевания.

Ключевые слова: мышечные дистонии