

15. Montastruc J.L., Rascol O., Senard J.M. et al. A randomised controlled study comparing bromocriptine to which levodopa was later added, with Parkinson's disease: A 5-year follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:1034–8.
16. Pezzoli G., Martignoni E., Pacchetti C. et al. A crossover, controlled study comparing pergolide with bromocriptine as an adjunct to levodopa for the treatment of Parkinson's disease. *Neurology* 1995;45(Suppl 3):S22–7.
17. Rascol O., Brooks D.J., Dorczyn A.D. et al., for the 056 Study Group. A five-year study of the incidence of dyskinesia in patients with early Parkinson's disease who were treated with ropinirole or levodopa. *N Engl J Med* 2000;342:1484–91.
18. Rinne U.K. Early combination of bromocriptine and levodopa in the treatment of Parkinson's disease: A 5-year follow-up. *Neurology* 1987;37:826–8.
19. Rinne U.K., Bracco F., Chouza C. et al., for the PKDS009 Study Group. Early treatment of Parkinson's disease with cabergoline delays the onset of motor complications. Result of a double-blind levodopa controlled trial. *Drugs* 1998;55(Suppl 1):23–30.
20. Thobois S., Delamarre-Damier F., Derkinderen P. Treatment of motor dysfunction in Parkinson's disease: An overview. *Clin Neurol Neurosurg* 2005;107:269–81.
21. Ziegler M., Castro-Caldas A., Del Signore S. et al. Efficacy of priribedil as early combination to levodopa in patients with stable Parkinson's disease: A 6-month, randomized, placebo-controlled study. *Mov Dis* 2003;18:418–25.
22. Hoehn M.M., Yahr M.D. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967;17:427–42.
23. Goetz C.G., Blasucci L., Stebbins G.T. Switching dopamine agonists in advanced Parkinson's disease: is rapid titration preferable to slow? *Neurology* 1997;52:1227–9.
24. Olanow C.W., Agid Y., Mizuno Y. et al. Levodopa in the treatment of Parkinson's disease: Current controversies [published correction appears in *Mov Dis* 2005;20:645]. *Mov Dis* 2004;19:997–1005.
25. Horstink M., Tolosa E., Bonuccelli U. et al. Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of joint task force of EFNS and MDS-ES. *Eur J Neurol* 2006;13(11):1186–202.

**С. Ю. Анисимова, А.П. Рачин**

*Кафедра неврологии и психиатрии ФПК и ППС*

*ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*

## Клинико-психологические особенности детей и подростков с болью в спине

*Проведено обследование 292 школьников (41,1% мальчиков и 58,9% девочек) в возрасте 6–17 лет с использованием психометрических методов. Боль в спине диагностирована в 29,1% случаев. Полученные данные позволили выявить определенные характерологические особенности у школьников, страдающих болью в спине.*

**Ключевые слова:** боль в спине у детей и подростков, клиническая картина, особенности личности.

**Контакты:** Андрей Петрович Рачин [andrey-ratchin@mail.ru](mailto:andrey-ratchin@mail.ru)

*The clinical and psychological features of back pain in children and adolescents*

*S. Yu. Anisimova, A.P. Rachin*

*Department of Neurology and Psychiatry, Faculty for Advanced Training and Professional Retraining of Specialists, Smolensk State Medical Academy*

*Two hundred and ninety-two schoolchildren (41.1% boys and 58.9% girls) aged 6–17 years were examined by psychometric methods. Back pain was diagnosed in 29.1% of cases. The findings permitted the detection of certain characterological personality traits in schoolchildren with back pain.*

**Key words:** back pain in children and adolescents, clinical picture, personality traits.

**Contact:** *Andrey Petrovich Rachin* [andrey-ratchin@mail.ru](mailto:andrey-ratchin@mail.ru)

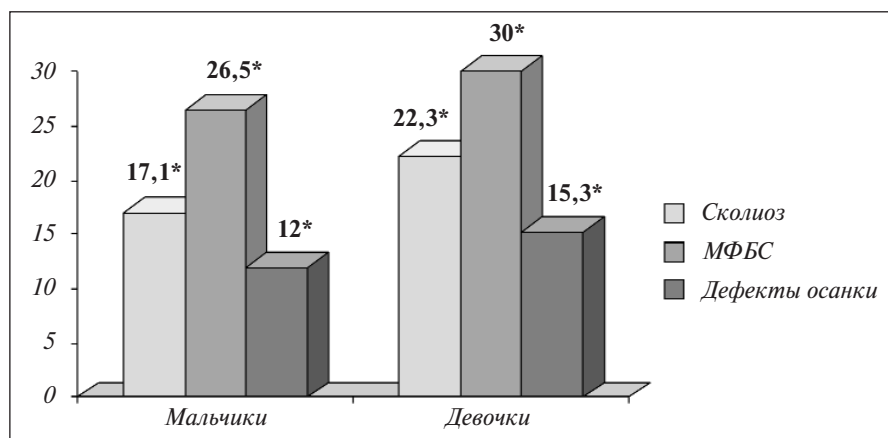
Распространенность боли в спине у детей достигает 30–40% [1]. Методы рентгенологической диагностики не рекомендуется использовать для массовых осмотров и динамического наблюдения детей. Б.М. Анселл [2] отмечает, что дети, жалуясь на боль в спине, могут подражать кому-то из взрослых членов семьи, такие жалобы могут быть выражением напряженных отношений между ребенком и родителями, при этом нередко они остаются незамеченными.

Важным методом диагностики боли в спине у детей является исследование эмоционально-личностной сферы. С этой целью используют тесты Ч. Спилбергера; комплексный болевой опросник, состоящий из шкал, характеризующих эмоциональные, когнитивные и поведенческие аспекты переживания боли и формирование стратегии по ее пре-

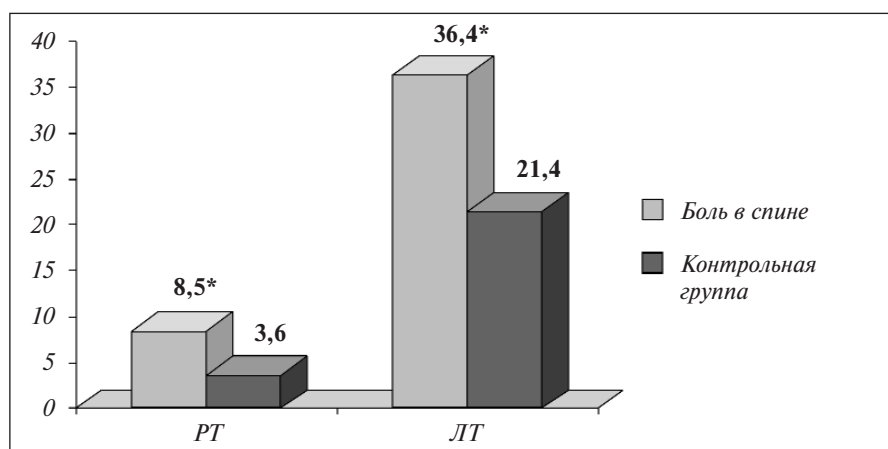
одолению. Для характеристики болевых ощущений применяют визуально-аналоговую шкалу боли (ВАШ), опросник качества жизни, комплексный болевой опросник [3–6].

Для диагностики боли у детей 3–7 лет используют проективные (чаще рисуночные, цветовые) методы. В этом возрасте дети могут сами указывать на боль, выражать ее интенсивность с помощью цвета или рисунка, а также фотографий.

У детей 7 лет и старше уже можно применять числовые, вербальные шкалы, а также ВАШ, а с 7–12 лет благодаря формированию конкретно-операционального мышления при оценке качества и интенсивности боли широко используются ассоциации ребенка с ситуацией боли. Оценка самой боли уже включает не только сенсорные и эмоциональные, но и ситуационные параметры.



**Рис. 1.** Интенсивность боли в спине по ВАШ (баллы) при ее разных причинах у мальчиков и девочек. Здесь и на рис. 2: \* – достоверное различие между группами ( $p < 0,05$ )



**Рис. 2.** Показатели тревожности (в баллах) у школьников с болью в спине и без нее (контрольная группа). ЛТ – личностная тревожность, РТ – реактивная тревожность

Дети старше 12 лет обладают достаточно развитым абстрактным мышлением и способностью к самоанализу и рефлексии. Чаще всего у них используют методы самоотчета, различные виды дневников боли, в которых можно фиксировать информацию не только об интенсивности боли, но и о том, что помогает справиться с болью, а что ее усиливает [7–10].

Необходимым дополнением к клиническим методам исследования являются следующие параклинические методы, позволяющие уточнить диагноз при боли в спине у детей: рентгенография позвоночника в двух проекциях (прямая и боковая), при необходимости – функциональные пробы (сгибание, разгибание), рентгенография таза, магнитно-резонансная и компьютерная томография, электронейромиография, денситометрия, радиоизотопная остеосцинтиграфия, миелография (по показаниям).

**Цель** настоящего исследования – изучение клинико-психологических особенностей детей и подростков, страдающих болью в спине.

**Пациенты и методы.** Проведено обследование 292 школьников (41,1% мальчиков, 58,9% девочек) в возрасте

6–17 лет. Все обследованные разделены на две возрастные группы: младшие (6–11 лет; 39,7%) и старшие (12–17 лет; 60,3%) школьники. Контрольную группу составили 32 школьника (16 девочек и 16 мальчиков; средний возраст – 15 лет) без боли в спине.

При анализе причин боли в спине у школьников выявленные изменения были разделены на группы в соответствии с их кодировкой в МКБ-10: сколиоз – М41, кифоз и лордоз (дефекты осанки) – М40, дорсалгии (миофасциальный болевой синдром – МФБС) – М54.

Использовали следующие психометрические методы: ВАШ, модифицированный опросник Освестри нарушения жизнедеятельности при боли в спине, опросник Роланда – Морриса, шкалу 5-балльной оценки вертеброневрологической симптоматики, комплексный болевой опросник, шкалу самооценки тревоги Спилбергера.

Статистическую и математическую обработку данных проводили методами вариационной статистики и дисперсионного анализа. Все полученные данные обработаны с использованием пакетов статистических программ StatGraphics 2,1 и SAS.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При опросе 292 школьников наличие боли в спине отмечено у 29,1% (41,1% мальчиков и 58,9% девочек). МФБС установлен у 11,1% обследованных, дефекты осанки – у 8,3%, сколиоз – у 7,6%. У 1,9% школьников боль в спине не удалось отнести ни к одному из классифицированных вариантов. У 0,2% детей выявлена болезнь Шейермана – Мау.

Оценка боли по ВАШ показала, что наиболее высокий ее уровень отмечался при МФБС: у девочек –  $30,0 \pm 1,7$  балла, у мальчиков –  $26,5 \pm 2,1$  балла. При сколиозе и дефектах осанки показатели ВАШ были выше у девочек ( $22,3 \pm 1,4$  и  $15,3 \pm 1,4$  балла), чем у мальчиков ( $17,1 \pm 1,4$  и  $12,0 \pm 1,3$  балла; рис. 1).

Установлено, что боль в спине  $>1$  мес имела место у 80,3% школьников с МФБС, 51,7% со сколиозом и 59,6% с дефектами осанки. У детей со сколиозом часто (80,8%) отмечалась двусторонняя боль в спине, у девочек показатель ВАШ (22,3 балла) был выше, чем у мальчиков (17,1 балла). Показатели реактивной и личностной тревожности были выше у девочек (10,2 и 37,5 балла), чем у мальчиков (7,8 и 35,9 балла). Нарушение жизнедеятельности по модифицированному опроснику Освестри у девочек составило 9,5 балла, у мальчиков – 8,7 балла.

При МФБС преобладала (71,1%) односторонняя боль в спине. У девочек показатель ВАШ (30 баллов) был выше, чем у мальчиков (26,5 балла). Показатели реактив-

ной и личностной тревожности были выше у девочек (9,7 и 37,2 балла), чем у мальчиков (8,6 и 35,2 балла). Нарушение жизнедеятельности по модифицированному опроснику Освестри у девочек составило 9,9 балла, у мальчиков — 8,8 балла.

У школьников с дефектами осанки часто (82,8%) отмечалась односторонняя боль в спине. У девочек показатель ВАШ (15,3 балла) был выше, чем у мальчиков (12,0 балла). Показатели реактивной и личностной тревожности были выше у девочек (6,3 и 35,9 балла) по сравнению с мальчиками (4,2 и 34,3 балла). Нарушение жизнедеятельности по модифицированному опроснику Освестри у девочек составило 7,8 балла, у мальчиков — 7,7 балла.

При анализе данных опроса по шкале самооценки Спилбергера установлено, что у школьников с болью в спине реактивная тревожность составила  $8,5 \pm 0,6$  балла, что достоверно выше ( $p \leq 0,01$ ), чем в контрольной группе —  $3,6 \pm 1,3$  балла. В контрольной группе отмечалась низкая личностная тревожность ( $21,4 \pm 1,5$  балла), а у пациентов с болью в спине — умеренная ( $36,4 \pm 0,7$  балла; рис. 2).

При анализе данных опроса по шкале самооценки Спилбергера установлено, что у школьников при всех вариантах боли в спине наблюдалась низкая реактивная тревожность ( $< 30$  баллов); личностная тревожность при сколиозе

составила  $36,9 \pm 1,2$  балла, при МФБС —  $36,5 \pm 1,02$  балла и при дефектах осанки —  $34,9 \pm 1,2$  балла.

При анализе степени страдания, причиняемого болью в спине (комплексный болевой опросник — КБО-12), показатели были выше при МФБС ( $2,7 \pm 0,06$  балла), чем при сколиозе ( $2,4 \pm 0,1$  балла) и дефектах осанки ( $1,6 \pm 0,1$  балла). В большей степени родственники и друзья поддерживают школьников с МФБС. Анализируя показатели КБО-12, мы выявили, что сколиоз наиболее затрудняет повседневную работоспособность ( $1,5 \pm 0,1$  балла).

Степень страдания при боли в спине по КБО-12 была выше у мальчиков ( $2,4 \pm 0,1$  балла) и девочек ( $2,8 \pm 0,06$  балла) с МФБС, чем с другими типами боли в спине.

Таким образом, самый высокий уровень боли по ВАШ отмечался при МФБС у девочек ( $30,0 \pm 1,7$  балла). У школьников без боли в спине констатирована низкая личностная тревожность ( $21,4 \pm 1,5$  балла), у пациентов с болью в спине — умеренная ( $36,4 \pm 0,7$  балла). Наиболее высокая степень страдания, причиняемая болью в спине, выявлена при МФБС.

Полученные данные позволили установить у школьников с болью в спине определенные характерологические особенности, являющиеся преморбидным фоном для развития болезни и плацдармом для поддержания специфических форм социального реагирования.

## ЛИТЕРАТУРА

- Masiero S., Carraro E., Celia A. Prevalence of nonspecific low back pain in schoolchildren aged between 13 and 15 years. Acta Paediatr 2008;97(2):212–6.
- Анселл Б. М. Ревматические болезни у детей. М.: Медицина, 1983; 10–23.
- Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитологии. М.: Антидор, 2001; 439 с.
- Энциклопедия психологических тестов. Личность, мотивация, потребность. М.: АСТ, 1997; 300 с.
- Koleck M. Mazaux, J.M., Rasclé N. et al. Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. Eur J Pain 2006; 10:1–11.
- Wintgens A. et al. Posttraumatic stress symptoms and medical procedures in children. Can J Psychiatr 1997; 42:611–6.
- Кузьменко В.В., Фокин В.А., Соколов Е.Л. Психологические методы количественной оценки боли. Сов мед 1986; (10):44–8.
- Hollingsworth P. Back pain in children. Brit J Rheum 1996; 35:1022–28.
- Limon S., Valinsky L.J., Ben-Shalom Y. Children at risk: risk factors for low back pain in the elementary school environment. Spine 2004; 11; 29(6):697–702.
- Mohreni-Bandpei M.A., Bagheri-Nesami M., Shaesteh-Azar M. Nonspecific low back pain in 5000 Iranian school-age children. J Pediatr Orthop 2007; 27(2):126–9.

**Е.В. Елисеев, Т.Ю. Недоросткова, С.А. Румянцева, В.В. Афанасьев**

*ГКБ № 15 им. О.М. Филатова,*

*ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, Москва*

## Опыт коррекции отека мозга при церебральных инфарктах

*Цель исследования — оценка влияния L-лизина эсцината — инъекционного корректора тканевого отека, в том числе отека мозга, — на течение отечных синдромов у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и варикозной болезнью вен нижних конечностей.*

**Пациенты и методы.** В исследование включено 20 больных ишемическим инсультом (8 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 48 до 65 лет, поступивших в клинику в первые 24 ч заболевания. Фоновая тяжесть неврологической симптоматики составляла  $10,2 \pm 2,12$  балла по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (NIHSS). Все пациенты получали терапию согласно медико-экономическим стандартам лечения больных инсультом в г. Москве, помимо этого, 10 больным в течение первых 3 сут назначали L-лизина эсцинат внутривенно медленно капельно в суточной дозе 10 мл.

**Результаты исследования.** Отмечена более выраженная положительная динамика неврологического статуса по шкале NIHSS у пациентов в острейшем периоде церебрального инсульта, которым на госпитальном этапе в условиях отделения нейрореанимации в составе комплексной терапии вводили 10 мл/сут раствора L-лизина эсцината в течение 3 сут, по сравнению с пациентами, получавшими только базовую терапию.