

ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ «ГУСИНОЙ ЛАПКИ»

Геннадий Васильевич Кокуркин¹, Александр Николаевич Каралин²,
Сергей Анатольевич Николаев^{1,2}

ГОУ ВПО «Медицинский институт Чувашского государственного университета
им. И.Н. Ульянова», ¹кафедра фармакологии, ²кафедра экстремальной медицины,
428015, г. Чебоксары, Московский проспект, 15, e-mail: G.Kokurkin@mail.ru

Реферат. Нейрофизиологические исследования больных с артралгическим поражением коленных суставов выявили снижение биоэлектрической активности мышц на фоне нарушений функции сегментарно-корешковых структур нижних конечностей, содействующее развитию синдрома «гусиной лапки» и дисфункции механизмов вегетативной регуляции.

Ключевые слова: синдром «гусиная лапка», биоэлектрическая активность мышц, вегетативная дисфункция.

“КАЗ Т•ПИЕ” СИНДРОМЛЫ АВЫРУЛАРДА
ВЕГЕТАТИВ ТАЙПЫЛЫШЛАР

Геннадий Васильевич Кокуркин¹, Александр Николаевич
Каралин², Сергей Анатольевич Николаев^{1,2}

И.Н. Ульянов ис. Чуваш д•үл•т университетены•
медицина институты, ¹фармакалогия кафедрасы,
²экстремаль медицина кафедрасы, 428015., Чебоксар
ш•һ•ре, М•ск•ү проспекты, e-mail: G.Kokurkin@mail.ru,

Тез буыны артралгиясе күз•телг•н авыруларга
нейрофизиологик тикшеренүл•р уздырып, аякны• сегментар
структуралары функциял•ре бозылу фонында мускулларны•
биоэлектрик активлыгы кимүен ачыклаганнар. Бу ис•
вегетатив регуляция механизмнары функциясене•
бозылуына китер• һ•м “каз т•пие” синдромы үсешен• эт•ргеч
булып тора.

Төп төшенч•л•р: “каз т•пие” синдромы, мускулларны•
биоэлектрик активлыгы, вегетатив дисфункция.

VEGETATIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH “A
GOOSE PAD” SYNDROME

Gennady Vasilevich Kokurkin¹, Alexander Nikolaevich
Karalin², Sergey Anatolevich Nikolaev^{1,2}

«Medical Institute of Chuvashsky state university named after
I.N. Uljanov», ¹chair of pharmacology, ²chair of extremal
medicine, 428015, Cheboksary, Moscovsky pr., 15,
e-mail: G.Kokurkin@mail.ru

Neurophysiologic research of patients with arthralgic lesion
of knee joints revealed decrease of bioelectrical muscle activity,

based on dysfunction of segmented-radicular structures of low
extremities, promoting development of «a goose pad» syndrome
and dysfunction of vegetative regulation mechanisms.

Key words: «a goose pad» syndrome, bioelectrical muscle
activity, vegetative dysfunction.

Очевидна распространённость вегетативных
расстройств, которые достаточно редко
выступают в качестве самостоятельных
клинических форм. Практически нет заболеваний,
в клинической картине которых не присутствовали
бы те или иные симптомы вегетативной
дисфункции [6, 8, 9]. Известно, что соматическая
патология приводит к соматогенно-
обусловленным психоневрологическим
расстройствам. Патология крупных суставов,
особенно коленных, имеет высокий процент
распространения, охватывающий 15% населения
во всем мире [1, 4, 5, 8, 9, 15, 17, 18, 20]. Это
заболевание приводит к инвалидизации больных
и большим социально-экономическим проблемам
как для пациентов, так и государств в целом [2, 3,
10, 11, 15]. Одним из ведущих симптомов при
патологии крупных суставов нижней конечности
является болевой синдром. Возникновение его
может быть связано не только с воспалительным
процессом в суставе, нарушением биомеханики
сустава, но и с психоэмоциональными нару-
шениями и вегетативными расстройствами [2, 4,
12, 13, 14, 18]. Параартикулярный болевой синдром
развивается главным образом за счет
патологических изменений в зоне энтезов
(энтезопатии). Поэтому подробно описанный нами
синдром «гусиной лапки» (СГЛ) [10] мы относим

к самостоятельной нозологической патологии (параартикулярная артропатия коленного сустава по международной статистической классификации М.76.9 относится к энтезопатиям) — параартикулярный энтезопатический артралгический синдром «гусиной лапки». В литературе мы не нашли описание данного симптомокомплекса как самостоятельной нозологии при патологии коленного сустава. Имеется только краткая характеристика подколенного синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника [10, 11].

В данной статье мы рассматриваем особенности вегетативной регуляции организма при развитии артралгического заболевания коленного сустава СГЛ [5, 16, 19].

Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) было изучено у 50 больных с параартикулярным энтезопатическим артралгическим СГЛ (56,5% мужчин и 43,5% женщин в возрасте 35—60 лет и старше). У 74,8% обследованных СГЛ развился в возрасте 45—54 лет. Давность заболевания больных варьировала от одного года до 20 лет (в среднем $8,1 \pm 5,3$ года). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (53,3% мужчин и 46,7% женщин в возрасте 35—65 лет). Диагноз СГЛ выявляется коллегиально травматологами и неврологами.

Состояние ВНС оценивалось по результатам исследования исходного вегетативного тонуса (ИВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД). Эмоционально-личностная сфера изучалась с помощью теста тревожности Спилберга; электромиограмму (ЭМГ) получали на 4-канальном миографе М 440 «Медикор» с полосой частот от 2 до 10000 Гц, шкалой усиления от 200 мкВ до 500 мкВ/мм с определением скорости проведения импульса (СПИ) по двигательным волокнам срединного, больше- и малоберцового нервов, а также параметров (латентный период, амплитуда и длительность) вызванных потенциалов (ВП) мышц, моносинаптического Н-рефлекса и коэффициента Н/М. Артросоматическое обследование больных проводилось на ультразвуковом аппарате Siemens sonoline «Omniо» с использованием метода двухмерной томографии (В-метод) с помощью линейного датчика с частотой излучения 5,0—7,5 МГц в реальном времени по методике Л.В. Зубарева.

Поиск связи между выборками с нормальным распределением осуществлялся с помощью линейного коэффициента корреляции. Для неэмпирических распределений использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Поиск различий между двумя зависимыми выборками с эмпирическим распределением проводился с помощью критерия Стьюдента. При неэмпирическом распределении применялся критерий Вилкоксона—Манна—Уитни (U). Качественные эффекты оценивали точным методом Фишера.

У 85% (43 чел.) больных с СГЛ доминировал болевой синдром в коленном суставе, характерный для параартикулярной патологии. У 63,2% пациентов боли носили неприятный, мозжащий, сверлящий, иногда жгучий характер без четкой локализации (больные не могли объяснить локализацию болей). У 47,2% больных боли распространялись по задней внутренней поверхности бедра либо голени. Боли обострялись при влажной погоде (21,6%), длительной физической нагрузке (28,0%), в положении стоя и при ходьбе (47,2 %), часто при запрокидывании больной ноги на здоровую (37,6%). В положении сидя боли уменьшались у 53,2 % больных.

Клинические вегетативные и психопатологические нарушения наблюдались у 97% (49 чел.) обследованных. 90,9% (46 чел.) больных беспокоили повышенная слабость, раздражительность, фиксированность на неприятных ощущениях в своем теле, плаксивость. У 11,5% (6 чел.) пациентов было снижено настроение.

68,5% (34 чел.) обследованных страдали головными болями: треть из них редко (один-два приступа в месяц, как правило, нерезко выраженные), 2/3 — более часто, еженедельно, головные боли были разной интенсивности, иногда сопровождались общей слабостью, подташниванием, провоцирующиеся психоэмоциональными факторами, пребыванием в душном помещении.

У 31,5% больных отмечались несистемные головокружения. Легко выраженные головокружения, возникавшие при быстром изменении положения тела (вставание), беспокоили 20,0%; головокружения, сопровождавшиеся подташниванием и головной болью, — 64,4%; выраженные головокружения с тошнотой, иногда рвотой, общей слабостью, приступами потливости — 15,6% больных. Расстройства сна различного

характера имели место у 63,6% обследованных. Выраженные вегетативные кризы встречались довольно редко: у 6,3% смешанного характера, у 3,5% — парасимпатикотонического.

Среди обследованных 50 больных с СГЛ в 58,0% наблюдений в ИВТ были выявлены парасимпатические проявления, в 24% — симпатикотонические, в 18% — эйтонические.

ВР (по данным рефлекса Даньини—Ашнера) также изучалась у 50 больных с СГЛ. В 54,0% наблюдений она была снижена — небольшое замедление ЧСС (на -1,7 в мин; $p < 0,01$) по сравнению с таковым в контрольной группе (-3,1±0,93 в мин), в 8,0% — повышена, в 38,0% была в пределах нормы (эйтония).

ВОД (по данным ортостатической пробы) оказалось недостаточным у 18,0% больных, избыточным — у 46,0%, в пределах нормы — у 36,0%.

Результаты исследования уровня тревожности по шкалам Спилберга свидетельствовали о довольно высоких показателях у больных с СГЛ как личностной (здоровые — 37,1±0,53, больные — 40,5±0,73; $p < 0,01$), так и реактивной (здоровые — 36,5±0,74, больные — 41,9±0,77; $p < 0,01$) тревожности.

Результаты наших исследований показали, что у больных с длительным течением заболевания формируется синдром вегетативной дисфункции (СВД) на фоне преимущественно парасимпатикотонии с высоким уровнем личностной и реактивной тревоги.

Электромиографическое исследование проводилось у 25 больных с СГЛ. Изучали мышечные группы, формирующие анатомическую зону СГЛ. Большинство электромиограмм, регистрируемых при максимальном сокращении мышц, имело интерференционный характер (I тип). ЭМГ II типа при максимальном сокращении регистрировалась у 3 больных. Наиболее характерным электромиографическим признаком было снижение амплитуды биопотенциалов при максимальном сокращении на стороне поражения в мышце, иннервируемой пострадавшим корешком. Одностороннее снижение амплитуды биопотенциалов наблюдалось у 12 больных, с обеих сторон — у 9.

Электронейромиографическое исследование дополнило ЭМГ фактами, показывающими, что при радикулопатиях у больных с СГЛ (в 73%)

имеет место ограниченное, но довольно грубое поражение сегментарно-корешковых структур, проявляющееся снижением СПИ, амплитуды максимального М-ответа, значительным уменьшением количества двигательных единиц, угнетением рефлекторной возбудимости α -мотонейронов на стороне поражения. Артросонографические исследования выявили у 6 (5,6%) больных 0 стадию, у 17 (15,9%) — I, у 68 (63,6%) — II, у 16 (14,9%) — III. Признаки клинического синовита имели место в 43% суставах, субклинический синовит — в 22% и 35% без клинических признаков синовита.

Выводы

1. Нейрофизиологические исследования демонстрируют снижение биоэлектрической активности мышц, формирующих анатомическую зону «гусиной лапки», а также грубую дисфункцию сегментарно-корешковых структур с нарушением мышечного равновесия, обуславливая развитие данного синдрома.

2. У большинства больных с СГЛ выявляются изменения функционального состояния вегетативной нервной системы парасимпатической направленности, а при длительном течении заболевания клинические проявления свидетельствуют о снижении адаптивных возможностей вегетативной нервной системы с развитием перманентных и пароксизмальных синдромов вегетативной дисфункции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева, Л.И. Остеоартроз: из прошлого в будущее / Л.И. Алексеева, Е.С. Цветкова // Научно-практическая ревматология. — 2009. — №2. — С. 31—37.
2. Бадокин, В.В. Медикаментозная терапия первичного (идиопатического) остеоартроза // Русский медицинский журнал. — 2003. — №11 (5). — С. 243—245.
3. Балабанова, Р.М. Патогенетическое обоснование локальной терапии при ревматических заболеваниях / Р.М. Балабанова, М.Е. Запрягаева // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т.10, № 22. — С. 1041—1046.
4. Балабанова, Р.М. Роль нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексной терапии остеоартроза / Р.М. Балабанова, М.Е. Запрягаева // Consilium medicus. — 2006. — № 12. — С. 1030—1033.
5. Берлеглазов, М.А. Остеоартроз. Этиология, патогенез / М.А. Берлеглазов, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии. — 2006. — №4. — С. 79—86.
6. Вейн, А.М. Заболевания вегетативной нервной системы: руководство. — М.: Медицина, 2000. — 624с.
7. Дубенко, Е.Г. Неврология и соматическая медицина // Журн. неврол. и психиатр. — 1991. — №6. — С. 94—96.

8. *Исмагилов, М.Ф.* Наш опыт организации помощи больным с заболеваниями вегетативной нервной системы // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. — 1995. — вып. 3-4. — С. 37—38.
9. *Исмагилов, М.Ф.* Современные подходы к определению функциональных вегетативных нарушений // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. — 2003. — вып. 3-4. — С. 70—78.
10. *Каралин, А.Н.* Синдром «гусиной лапки»: Тез. докл. III пленума ассоциации ортопедов и травматологов Российской Федерации. — Уфа, 1998. — С. 23—24.
11. *Лила, А.М.* Социально-экономические аспекты лечения ревматических болезней // Русский медицинский журнал. — 2001. — Т.9, № 23. — С. 1033—1037.
12. *Насонов, Е.Л.* Современные направления фармакотерапии остеоартроза // Consilium medicus. — 2001. — Vol. 3(9). — P. 480—415.
13. *Наумов, А.В.* Как повысить безопасность и эффективность «антиартрозной» терапии у пациентов с соматической патологией / А.В. Наумов, А.Л. Верткин, О.И. Мендель // РМЖ. — 2007. — №26. — С. 10—15.
14. *Попелянский, Я.Ю.* Болезни периферической нервной системы. — М.: Медицина, 1993. — 350 с.
15. *Пишетаковский, И.Л.* Артrosis: клиника, диагностика, лечение, реабилитация. — Одесса: Астраконт, 2004. — 208 с.
16. *Сазонова, Н.В.* Влияние динамической стимуляции при гонартрозе на периферическую гемодинамику / Н.В. Сазонова, Т.И. Долганова, И.А. Меньшилова // Казанский мед. ж. — 2009. — Т. 90, №3. — С. 6—13.
17. *Салихов, И.Г.* Параартикулярное применение хондропротекторов у больных гонартозом с признаками поражения сухожильно-связочного аппарата / И.Г. Салихов, Э.Р. Волкова, С.П. Якунова // Consilium medicus. — 2006. — Т.8, № 2. — С. 59—61.
18. *Фоломеева, О.М.* Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США / О.М. Фоломеева, Е.А. Глушко, Ш.Ф. Эрдас // Науч.-практ. ревматология. — 2008. — №4. — С. 4—13.
19. *Шауро, К.И.* Статистика повреждений и заболеваний коленного сустава. — Л., 1981. — С. 3—6.
20. *Шурко, В.В.* Местные лечения суставного синдрома при остеоартрозе: рациональный выбор препарата и лекарственной формы // Справочник поликлинического врача. — 2006. — №8. — С. 3—8.
21. *Sangha, O.* Epidemiology of rheumatic diseases // Rheumatology. — 2000. — Vol. 39 (Suppl. 2). — P. 3—12.

Поступила 25.12.09.

