

Секция: Здоровый дух. Научный взгляд на традиции терапии прошлых лет в наркологии, психиатрии, психотерапии

УДК 616-009.7/616.891.6

Беляев Анатолий Фёдорович^{1,2}, Михайличенко Наталия Михайловна³

**ОСТЕОПАТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД
НА ВЗАИМОВЛИЯНИЕ БОЛИ И ЧАСТОТЫ
ПАНИЧЕСКИХ АТАК**

¹ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава
России, г. Владивосток, Россия

²ПКОУ «Институт вертеброневрологии и мануальной медицины»,
г. Владивосток, Россия

³ООО «Камчатская неврологическая клиника», г. Петропавловск-Камчатский, Россия

Болевой синдром у пациентов с паническими атаками встречается значительно чаще, чем у пациентов без панических атак, носит хронический характер и предшествует появлению панических атак; он имеет свои особенности: полирегиональность, частая встречаемость дисфункциональной и нейропатической боли, преимущественная локализация в области головы, грудной клетки и шеи, высокая интенсивность боли, связь с тяжестью течения панического расстройства. Болевой синдром у пациентов с паническими атаками может служить predispositional фактором развития панических атак, а также утяжеляет течение панического расстройства.

Ключевые слова: панические атаки; болевой синдром; головная боль; боль в грудной клетке; боль в позвоночнике.

Belyaev Anatoly Fyodorovich^{1,2}, Mikhailichenko Nataliya Mikhailovna³

**AN OSTEOPATHIC VIEW ON THE RECIPROCAL INFLUENCE OF PAIN AND
FREQUENCY OF PANIC ATTACKS**

Pain syndrome in patients with panic attacks occurs much more often than in patients without panic attacks, is chronic and precedes the onset of panic attacks; it has its own characteristics: polyregionality, frequent occurrence of dysfunctional and neuropathic pain, predominant localization in the head, chest and neck, high intensity of pain, connection with the severity of panic disorder. Pain syndrome in patients with panic attacks can serve as a predispositional factor in the development of panic attacks, and also aggravates the course of panic disorder.

Keywords: panic attacks, pain syndrome, headache, chest pain, spinal pain

Панические атаки (ПА) представляют собой основу панического расстройства (ПР) и являются серьезной медицинской и социальной проблемой [1]. Боль является одним из самых распространенных симптомов у пациентов с ПР и включается в дифференциальную диагностику этого расстройства [2]. Несмотря на достаточную изученность панических расстройств, особенности телесных проявлений у пациентов с ПА, включая соматические дисфункции и болевой синдром, их влияние на течение ПР остаются малоизученными.

Цель исследования. Изучить взаимозависимость боли, соматических дисфункций тела и течения ПА.

Материалы и методы. Исследование, которое было открытым, контролируемым, одномоментным, одноцентровым, пилотным, полностью завершили 197 человек в возрасте от

18 до 60 лет: 41 мужчина (20,8 %) и 156 женщин (79,2 %). Пациенты по признаку наличия или отсутствия ПА были распределены на 2 группы: первая включала 147 человек с паническими атаками и вторая - 50 человек без панических атак, которые статистически не отличались друг от друга по возрасту, полу, образованию, семейному положению ($p > 0,05$).

Всем пациентам первой группы по МКБ 10 и DSM 5 был установлен диагноз: F41.0 Паническое расстройство [3, 4]. Вторую группу составляли пациенты, с отсутствием установленных диагнозов по МКБ 10, относящихся к рубрике Психические расстройства и расстройства поведения F00 – F99.

Для оценки выраженности болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ, visual analog scale, VAS) [5, 6]. Болевой синдром у наших пациентов исследовался в четырех регионах тела (в области головы, грудной клетки, шеи, пояснично-крестцовой области): оценивалась степень выраженности боли по регионам, её встречаемость, характер (нейропатический, ноцицептивный, дисфункциональный), длительность болевого синдрома. Согласно клиническим рекомендациям всем пациентам было проведено остеопатическое обследование [7].

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы SPSS Статистика 27 для Windows. Для анализа различий качественных данных были использованы таблицы сопряженности и критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2). Корреляционный анализ проводился с помощью ранговой корреляции Спирмена (r_s). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Болевой синдром наблюдался у 93,2 % пациентов (137 человек) с ПА. Болевой синдром отсутствовал у 36,0 % пациентов без ПА и только у 6,8 % пациентов с ПА, что составляет разницу в 5,3 раза. Наиболее часто пациенты с ПА предъявляли жалобы на головную боль, которая была обнаружена в 81,0 % случаев, на втором месте по встречаемости была боль в грудной клетке (73,3 %), на третьем - боль в шее (67,2%), на четвертом – боль в пояснично-крестцовой области (51,8 %). Большинство пациентов с ПА предъявляли жалобы на боль в нескольких регионах тела (86,9 %) и только 13,1 % пациентов (18 человек) - на боль в одном регионе.

Среди пациентов с ПА с жалобами на головную боль, у 64,9 % (72 человек) была диагностирована головная боль напряжения, расцененная нами как дисфункциональная, у 35,1 % (39 человек) были выявлены различные виды мигрени и лицевых болей. Боль в шее и в пояснице носила ноцицептивный характер, которую можно было охарактеризовать как неспецифическую боль в спине. При этом у пациентов значительно чаще выявлялся нейропатический и дисфункциональный характер боли.

У 94,9 % пациентов с ПА (130 человек), боль носила хронический характер (длительность болевого синдрома более 3 мес.) и только у 5,1 % (7 пациентов) наблюдалась острая боль. У

75,9 % пациентов с ПА (104 человек) болевой синдром предшествовал появлению ПА, у 14,6 % (20 пациентов) возник одновременно с появлением ПА, у 9,5 % (13 человек) появился позже начала ПА.

Для изучения зависимости характеристик болевого синдрома от степени тяжести заболевания 147 пациентов первой группы были разделены на 3 подгруппы по частоте ПА в четырехнедельный период: подгруппа с редкими ПА (менее четырёх панических атак) - 31 человек, средней частоты (не менее четырех панических атак) – 48 человек и частыми ПА (не менее четырех панических атаки в неделю) - 68 человек.

Была установлена взаимозависимость частоты встречаемости болевых синдромов и степени тяжести панического расстройства. Так, на головную боль, боль в области шеи и в пояснично-крестцовой области наиболее часто жаловались пациенты с частыми ПА. Особенно это проявлялось при головной боли, где разница между подгруппами (с частыми и редкими ПА, частыми и средними ПА) была статистически значимой ($\chi^2 = 9,025$, $p = 0,005$ и $\chi^2 = 12,750$, $p = 0,002$). С зависимостью частоты встречаемости болевых синдромов от степени тяжести заболевания коррелировали показатели интенсивности головной боли: наиболее интенсивный характер головной боли отмечался у пациентов с частыми ПА ($p < 0,01$).

Изучение взаимосвязи полирегиональности болевого синдрома и степени тяжести ПР показало, что при более частых ПА статистически чаще пациенты жалуются на боль в нескольких регионах тела. Так, болевой синдром у пациентов с частыми ПА встречается (по сравнению с редкими) в 3 раза чаще в 4 регионах тела ($\chi^2 = 6,387$, $p = 0,015$).

Определенное значение в патофизиологических механизмах возникновения боли имеют соматические дисфункции тела, которые являются генераторами патологически усиленного возбуждения и принимают участие в формировании патологической алгической системы [8]. Длительно существующие вертеброгенные болевые синдромы цервикальной локализации [9] могут спровоцировать тревожные расстройства.

При остеопатическом обследовании пациентов с ПА соматические дисфункции (СД) костей черепа, грудного отдела позвоночника и ребер были обнаружены практически у всех пациентов. У обследованных без ПА соматические дисфункции в данных регионах диагностировались значительно реже ($p < 0,05$).

Выводы. Болевой синдром у пациентов с ПА встречается значительно чаще, чем у пациентов без ПА, носит хронический характер и предшествует появлению ПА; он имеет свои особенности: полирегиональность, частая встречаемость дисфункциональной и нейропатической боли, преимущественная локализация в области головы, грудной клетки и шеи, высокая интенсивность боли, связь с тяжестью течения панического расстройства.

Таким образом, болевой синдром у пациентов с ПА может служить predispositional фактором развития панических атак, а также утяжеляет течение панического расстройства. В

свою очередь, соматические дисфункции тела (являющиеся генераторами патологически усиленного возбуждения), принимают участие в формировании патологической алгической системы [8] и могут быть причиной возникновения, как болевого синдрома, так и панических атак. Дальнейшее изучение пациентов с ПА методами остеопатии [10] может повысить эффективность профилактики панического расстройства и лечения этих пациентов.

Список использованной литературы

1. de Jonge P, Roest AM, Lim CC, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, Harris M, Nakov V, Caldas-de-Almeida JM, Levinson D, Al-Hamzawi AO, Haro JM, Viana MC, Borges G, O'Neill S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Gureje O, Iwata N, Lee S, Hu C, Karam A, Moskalewicz J, KovessMasfety V, Navarro-Mateu F, Browne MO, Piazza M, Posada-Villa J, Torres Y, Ten 24. Have ML, Kessler RC, Scott KM. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016. doi: 10.1002/da.22572
2. Дороженок И.Ю. Тревожные и болевые расстройства в общемедицинской практике (аспекты коморбидности и терапии). *Медицинский совет*. 2012;4: 98 – 104.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10/УСД-10: Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; Пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - СПб.: Адис, 1994. - 303 с.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)*. – American Psychiatric Publishing, 2013. – 991с.
5. Huskisson, E.C. Measurement of pain/E.C. Huskisson // *Lancet*. 1974; 304 (7889): 1127 – 1131.
6. Беляев А.Ф. Применение шкал, тестов и опросников в практике врача-osteopата. *Российский остеопатический журнал*. 2021;(3):85-94.
7. Клинические рекомендации – Соматическая дисфункция – 2023-2024- 2025 (07.02.2023) – Утверждены Минздравом РФ.
8. Красноярова Н.А. Обоснованный подход остеопатической и мануальной медицины к лечению головных болей. *Мануальная терапия*. 2022; 85 (1): 38 – 52.
9. Сумная Д. Б., Коваленко Д.Д., Сумная Т.А. Особенности психоэмоционального статуса у пациентов с тревожными расстройствами на фоне шейного остеохондроза. *Ежемесячный научный журнал - «Евразийский Союз Ученых ЕСУ»*. 2015; 9 (18), часть 4: 102-105.
10. Беляев А.Ф. Основы мануальной медицины. Клинические лекции для врачей и клинических ординаторов. Владивосток, 1998. 47 С.

Сведения об авторах статьи:

Беляев А.Ф. - главный внештатный специалист по остеопатии и по медицинской реабилитации Минздрава России по Дальнему Востоку, профессор института клинической неврологии и реабилитационной медицины ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, директор Приморского Института вертеброневрологии и мануальной медицины, д.м.н., профессор, заслуженный врач России;
Михайличенко Наталия Михайловна - врач психиатр, психотерапевт, остеопат ООО «Камчатская неврологическая клиника» E-mail: mikhnatali1973@yandex.ru, mnm73@yandex.ru