

НЕВРОЛОГІЧНІ СИМПТОМИ ОРОФАЦІАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ МНОЖИННОМУ СКЛЕРОЗІ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ В АСПЕКТІ КОМОРБІДНОСТІ ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Клінічна картина множинного склерозу (МС) складається з великої кількості неврологічних симптомів, серед яких неврологічні симптоми орофациальної ділянки (НСОД) мають значне поширення.

Мета. Вивчити поширеність НСОД у хворих з МС та з'ясувати особливості їх перебігу в аспекті коморбідності; вивчити можливості акупунктурної корекції НСОД в складі комплексного лікування у хворих з МС.

Матеріал і методи. Обстежено 207 хворих МС з різними формами перебігу. Оцінювались клініко-демографічні характеристики хворих з МС у зв'язку з коморбідністю, визначались рівень інвалідності (EDSS), ступінь вираженості болю (ВАШ), тяжкості втоми (FSS), депресії (BDI-II), проводилась синдромальна акупунктурна діагностика (САД), електропунктурна діагностика (ЕПД) за методом Накатані.

Результати. Середній рівень поширеності НСОД у досліджуваних нами хворих з МС становить 33,8%. У пацієнтів з МС II групи (на тлі коморбідної патології) достовірно вищою виявилась як частота поширення НСОД ($p < 0,05$), так і клінічна різноманітність їх патологічних проявів.

Висновки. НСОД у хворих з МС мають більш значне поширення, різноманітніше представлені клінічно і відрізняються важчим перебігом за даними показників шкал EDSS, ВАШ, FSS, BDI-II у групі хворих з коморбідною патологією.

Ключові слова: множинний склероз, неврологічні симптоми орофациальної ділянки, коморбідність, акупунктура.

Вступ. Клінічна картина МС, як відображення багатоглинистого демієлінізуючого ураження нервової системи (насамперед ЦНС), складається з великої кількості неврологічних симптомів, серед яких НСОД мають значне поширення [6], часто можуть бути першим проявом МС [5] здебільшого важко корегуються медикаментозно [3] і навіть за умов купірування загострення МС часто супроводжуються залишковою симптоматикою. Серед НСОД часто фігурують тригемінальна невралгія (ТН), трійчаста сенсорна невралгія (ТСН), артрогенні лицеві болі (ЛБ) внаслідок артропатії скронево-нижньощелепних суглобів (СНС) [7], одонтогенні ЛБ [1] і лицевий парез (ЛП) [6]. НСОД при МС можуть бути безпосереднім відображенням демієлінізуючого процесу, або є результатом коморбідних захворювань, з високою вірогідністю взаємного обтяжуючого впливу [4,2], при цьому ступінь і напрямок цього впливу потребують уточнення.

Мета. Вивчити поширеність НСОД у хворих з МС та з'ясувати особливості їх перебігу в аспекті коморбідності; вивчити можливості акупунктурної корекції НСОД в складі комплексного лікування у хворих з МС.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 207 хворих з МС з різними формами перебігу, які проходили комплексне амбу-

латорне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика у період з 2007 по 2015 рр.

При неврологічному обстеженні пацієнтів з МС нами було визначено рівень інвалідизації (EDSS), виявлено наявність або відсутність НСОД, з'ясовано їх характер; проведено нейропсихологічне дослідження: проявів втоми за шкалою тяжкості втоми (FSS), болю (ВАШ), рівня депресії (за шкалою BDI-II). При акупунктурному обстеженні пацієнтів з МС згідно проводилась САД, також було проведено ЕГД за методом Накатані.

Статистичну обробку результатів нами було проведено за допомогою непараметричних критеріїв Манна-Уїтні та Крускала- Уолліса.

Результати та їх обговорення. Із обстежених нами 207 хворих з МС з різними формами перебігу, з наявністю одного чи декількох супутніх захворювань було 102 (49,3%) (II група), та без жодного супутнього захворювання 105 (50,7%) хворих (I група). Клініко-демографічні характеристики хворих з МС I та II груп наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Клініко-демографічні характеристики хворих з МС у зв'язку з коморбідністю

№ з/п	Показник	Групи обстежених хворих з МС у аспекті коморбідності (n=207)	
		I група - без супутніх захворювань, n=105	II група - наявність супутньої патології, n=102
1.	Середній вік, років (m ± CB)	36,7 ± 9,2	42,2 ± 10,3 *
2.	Тривалість захворювання, років	5,3 ± 1,9	7,4 ± 2,0 *
3.	Гендерне співвідношення (жінки/чоловіки, абс., %)	69/36 (65,7/34,3)	64/38 (62,7/37,3)
4.	Оцінка за шкалою EDSS, бали (m ± CB)	3,3 ± 1,1	4,4 ± 1,2**
5.	Оцінка болю за шкалою ВАШ, бали (m ± CB)	3,1 ± 1,3	4,8 ± 1,6**
6.	Оцінка втоми за шкалою FSS, бали (m ± CB)	3,4 ± 0,8	4,5 ± 1,2**
7.	Оцінка депресії за шкалою Бека (BDI-II), бали (m ± CB)	11,3 ± 1,5	15,9 ± 1,9***
8.	Наявність НСОД, абс./%	31(29,5%)	39(38,2%)

Примітка: * $p > 0,05$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$.

Середній рівень поширеності НСОД у досліджуваних нами хворих з МС становить 33,8%. В I групі пацієнтів з МС НСОД були наявні у 31(29,5%) хворого, клінічно вони були представлені парестезіями та/або дизестезіями в ділянці обличчя (17), одонтогенним ЛБ (6), офтальмогенним ЛБ внаслідок оптичного неврити (7), сухістю в роті (15), ЛП (12). В II групі пацієнтів з МС НСОД відмічались у 39(38,2%) хворих, клінічно вони були представлені парестезіями та/або дизестезіями в ділянці обличчя (19), ТН (7), ТСН (3)

НЕРВОВІ ХВОРОБИ

одонтогенним ЛБ (4), офтальмогенним ЛБ внаслідок оптичного невриту (5), міофасціальним ЛБ – 4, артрогенним ЛБ внаслідок артропатії СНС (7), сухістю в роті (22), ЛП (17). При цьому в обох групах у одного хворого могли сполучатися два і більше НСОД.

Таким чином видно, що у пацієнтів з МС II групи (на тлі коморбідної патології) достовірно вищою виявилась як частота поширення НСОД ($p < 0,05$), так і клінічна різноманітність їх патологічних проявів. Крім того (табл. 1), у II групі хворих з МС, де частіше зустрічаються і ширше клінічно представлені НСОД, відмічається достовірно більший ступінь вираженості больових проявів за шкалою ВАШ і також має місце достовірне превалювання астеничних і депресивних проявів (дані шкал FSS і BDI-II).

Результати проведення САД виявились наступними: у 70 пацієнтів з НСОД було діагностовано основний і у 57 - супутній синдроми традиційної китайської медицини (ТКМ) (табл. 2), при цьому у хворих з НСОД спостерігалось домінування синдромів ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки» (основний) і «Застій крові» (супутній).

Таблиця 2

Зв'язок між НСОД у хворих з МС і домінуючий синдромом згідно з ТКМ

№ п/п	Основні клінічні прояви НСОД у хворих з МС (абс. кільк., %)	Домінуючий синдромом згідно з ТКМ							
		Основний			Супутній				
		Дефіцит ЧИ селезінки	Дефіцит ІНЬ печінки та нирок	Застій ЧИ печінки	Застій Крові	Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові	Дефіцит ЧИ нирок	Дефіцит ЯН нирок	Застій Флегми та Жару
1.	Парестезії та/або дизестезії в ділянці обличчя (36, 17,4%)	24	5	7	9	2	1	-	-
2.	Тригемінальна невралгія (7, 3,4%)	2	-	5	5	-	-	-	1
3.	Тригемінальна сенсорна невропатія (3, 1,5%)	-	-	3	3	-	-	-	-
4.	Одонтогенні ЛБ (10, 4,8%)	2	5	3	3	-	2	1	-
5.	Сухість в роті (37, 17,9%)	18	12	7	8	3	1	2	2
6.	Лицевий парез (29, 14,0%)	17	2	10	4	5	2	1	2
7.	Міофасціальні ЛБ (4, 1,9%)	2	-	2	2	-	-	-	1
8.	Офтальмогенні ЛБ (12, 5,8%)	4	3	5	5	1	-	1	2

При аналізі даних ЕПД за методом Накатані орієнтувались на максимальне відхилення від фізіологічного коридору в меридіанах акупунктури: у пацієнтів з НСОД найчастіше відмічався дефіцит в меридіанах «Селезінки-Підшлункової залози» (23), «Нирок» (18), гіперактивність в меридіані «Печінки» (16), «Шлунка» (13).

Для купірування НСОД у хворих з МС у складі комплексного лікування нами було використано метод скальпової акупунктури (СА): 1) вплив на зони скальпу у відповідності до Стандартної міжнародної номенклатури (MS-1 середня лінія чола - ефективна для купірування болів у ділянці орбіти; MS-7 задня коса тім'яно-скронева лінія, нижні 2/5 - ефективна для купірування різних лицевих болів, а також інших чутливих порушень у ділянці обличчя; MS-10— передня скронева лінія - ефективна для купірування лицевих болів, а також лицевого парезу; MS-11—ефективна для купірування лицевих болів, а також лицевого парезу; 2) вплив на зони скальпу у відповідності до практичного досвіду застосування зонального акупунктурного впливу: зональний вплив від ТА VB-14 ян-бай до ТА PC-6 ю-яо – ефективний для купірування болів у ділянці орбіти а також лицевого парезу; зональний вплив від ТА V-2 цуань-чжу до ТА PC-6 ю-яо – ефективний для купірування болів у ділянці орбіти а також лицевого парезу; зональний вплив від ТА E-2 си-бай до ТА IG-18 цюань-ляо – ефективний для купірування лицевого парезу і сухості в роті; зональний вплив від ТА E-4 до ТА E-6 – ефективний для купірування лицевого парезу і сухості в роті;

З метою потенціювання ефектів від СА для лікування НСОД доцільно застосовувати у складі акупунктурних рецептів такі ТА: E-36 цзу-сань-лі, T-20 бай-хуей, TR-17 і-фен, E-8 тоу-вей, F-3 тай-чун, R-3 (тай-сі), GI-4 хе-гу, P-7 ле-цюе, VB-34 ян-лін-цюань, V-10 тянь-чжу, V-11 да-чжу, V-17 ге-шу, V-18 гань-шу, V-23шень-шу, J-4 гуань-юань, j-6 ци-хай (посилюють ефекти зон СА щодо купірування лицевого парезу); VB-20 фен-чи, T-14 да-чжуй, PC-3 інь-тан, PC-9 тай-ян, TR-5 вай-гуань, VB-41 цзу-лїнь-ци, RP-3 тай-бай, RP-4 гунь-сунь (посилюють ефекти зон СА щодо купірування лицевих болів та інших чутливих розладів обличчя).

Застосування акупунктурних методик, що базуються на СА і її потенціювання за допомогою ТА регулярних меридіанів акупунктури і позамеридіанних ТА в комплексі лікувальних заходів у хворих з НСОД при МС дозволило нам більш якісно лікувати вищевказані розлади при терапії загострення і купірувати їх, якщо вони були залишковими симптомами загострення або виникали поза загостренням МС.

Висновки. Середній рівень поширеності НСОД у досліджуваних нами хворих з МС становить 33,8%. НСОД у хворих з МС мають більш значне поширення, різноманітніше представлені клінічно і відрізняються важчим перебігом за даними показників шкал EDSS, ВАШ, FSS, BDI-II у групі хворих з коморбідною патологією. У хворих з НСОД при МС за даними САД спостерігалось домінування синдромів ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки» (основний) і «Застій крові» (супутній); аналіз даних ЕПД за методом Накатані у пацієнтів з НСОД показав превалювання дефіциту в меридіані «Селезінки-Підшлункової залози». Застосування акупунктурних методик в комплексі лікувальних заходів у хворих з НСОД при МС дозволило підвищити ефективність лікування.

Подальше вивчення НСОД у пацієнтів з МС в аспекті коморбідності є перспективним як в плані визначення взаємозв'язків між різними видами коморбідності і особливостями перебігу НСОД, так і в аспекті оптимізації лікувальної тактики.

Література

1. Чуприна Г.М. Стоматологічні розлади у хворих з розсіяним скле-розом: особливості перебігу в аспекті коморбідності, пошук спільних патофізіологічних механізмів / Чуприна Г.М. // Східно-Європ. неврол. журнал. -2015. –№5. - С. 44-48.
2. Чуприна Г.М. Цефалгії як прояв коморбідності у хворих на розсіяний склероз: особливості перебігу, підходи до медикаментозного та акупунктурного лікування / Чуприна Г.М. // 36. наук. праць співроб. НМАПО.- К.- 2015. - Вип. 24, кн.2. - С. 297– 302.
3. A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis / Truini A. Barbanti P. Pozzilli C. [et al.] // J. Neurol. – 2013.- Vol. 260. – P.351–367.
4. Analysis of the pain in multiple sclerosis patients / Grau-Lypez L., Sierra S., Martinez-Caceres E. [et al.] // Neurologia.- 2011. - Vol.26, №4.-P. 208 – 213.
5. Lateral rectus muscle palsy, facial numbness and ataxia as the initial manifestation of multiple sclerosis/ Mitchell J.P., Beer J., Yancy A. [et al.]// J. Natl. Med. Assoc.- 2008.-№100.- P.572-574.
6. Orofacial changes in patients with multiple sclerosistreated in Brasil/ Sacramento T. O., de Araújo R. P. C., de Araujo D. B. [et al.] // International Journal of Medicine and Medical Sciences.- 2011.- № 5.- Vol. 3.- P. 139-143.
7. Oral health status and temporomandibular disorders in multiple sclerosis patients/ Kovac Z., Uhac I., Bukovic D. [et al.] // Coll. Antropol.- 2005.- Vol. 29.- №2.- P. 441–444.

Г.Н.Чупрына

Неврологические симптомы орофациальной области при рассеянном склерозе: особенности течения в аспекте коморбидности и подходы к лечению

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев

Введение. Клиническая картина рассеянного склероза (РС) состоит из большого количества неврологических симптомов, среди которых неврологические симптомы орофациальной области (НСОО) имеют широкое распространение.

Цель. Изучить распространенность НСОО у больных с РС и выяснить особенности их течения в аспекте коморбидности.

Материал и методы. Обследовано 207 больных РС. Оценивались клинико-демографические характеристики больных РС в связи с коморбидностью, определялись уровень инвалидности (EDSS), степень выраженности боли (ВАШ), тяжести усталости (FSS), депрессии (BDI-II).

Результаты. Средний уровень распространенности НСОО у обследованных больных РС составляет 33,8%. У пациентов с РС II группы (на фоне коморбидной патологии) достоверно выше оказалась как частота распространения НСОО ($p < 0,05$), так и клиническое разнообразие их патологических проявлений.

Выводы. НСОД у больных с РС имеют более широкое распространение, разнообразнее представлены клинически и отличаются более тяжелым течением в группе больных с коморбидной патологией.

Ключевые слова: рассеянный склероз, неврологические симптомы орорфациальной области, коморбидность, акупунктура.

H.M. Chupryna

Neurological symptoms of the orofacial region in multiple sclerosis: comorbidity-related features of the course and treatment approaches

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. Clinical presentation of multiple sclerosis (MS) includes a large number of neurological symptoms, among which neurological symptoms of the orofacial region (NSOR) are common.

Aim. To investigate the prevalence of NSOR in MS patients and ascertain comorbidity-related features of the course.

Material and methods. The study involved 207 MS patients. There were evaluated comorbidity-related clinical and demographic characteristics of MS; disability was quantified using the EDSS; the severity of pain was assessed on the VAS; the FSS questionnaire was employed to rate the severity of fatigue symptoms, the severity of depression was measured by the Beck Depression Inventory (BDI-II).

Results. The average prevalence of NSOR in MS patients was 33.8%. MS patients with comorbid pathologies (Group II) showed significantly higher prevalence of NSOR ($p < 0.05$) and clinical diversity of the signs.

Conclusions. NSOR are quite common in MS patients with comorbid pathology. They have a diverse clinical presentation and more severe course.

Key words: multiple sclerosis, neurological symptoms of the orofacial region, comorbidity, acupuncture.

Відомості про автора:

Чуприна Геннадій Миколайович – к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Адреса: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 483-17-56.