

УДК: 616.832-004.2-009.7-036.1-06

Особливості перебігу больових синдромів у хворих з множинним склерозом в аспекті коморбідності

■ Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Петренко М.С.

пошукач кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

Проводили вивчення больових синдромів (БС) у хворих з множинним склерозом (МС) з метою з'ясування особливостей їх перебігу та визначення ступеня впливу на якість життя (ЯЖ), рівень втоми і депресії в аспекті коморбідності. Було обстежено 207 хворих з МС з різними формами перебігу. Оцінювались клініко-демографічні характеристики хворих з МС у зв'язку з коморбідністю, рівень EDSS, проводилась багатовимірна оцінка болю за допомогою опитувальника болю Мак Гілла (ОБМГ). Також визначався ступінь вираженості болю (ВАШ), тяжкості втоми (FSS), депресії (BDI-II), показники ЯЖ (SF-36). Середній рівень поширеності БС у всіх досліджуваних нами хворих з МС становив 76,3%. Було встановлено, що БС у хворих на МС мають більш значне поширення і є більш важкими за перебігом у групі хворих з коморбідною патологією. Найбільш виражені БС за даними оцінки ВАШ зустрічаються у хворих на МС з поліморфним перебігом БС та за умов полікоморбідності.

Ключові слова: множинний склероз, коморбідність, больові синдроми.

У клінічній картині хворих з МС, внаслідок багатоглинистого демієлінізуючого ураження нервової системи, БС зустрічається досить часто і в теперішній час характеризуються більшістю дослідників як поширений розлад [2,6,10,12,13]. Про наявність болю на різних етапах захворювання, за даними сучасних досліджень, повідомляють від 29 до 90% хворих [6,10,12]. Хоча БС і не відносяться до типових клінічних проявів захворювання, проте наявність болю при МС може суттєво погіршити ЯЖ хворих [1,7] і сприяти поглибленню симптомів неврологічного дефіциту [4,6], однак дані про ступінь впливу БС на ЯЖ хворих з МС і на пришвидшення розвитку у них інвалідації неоднозначні і потребують уточнення [6,11,12,13].

У багатоцентровому дослідженні щодо поширеності болю при МС, в якості основних факторів, пов'язаних з розвитком болю Solaro C, et al, 2004 [13], визначає більшу тривалість захворювання, більш старший вік, неремітуючий перебіг, зменшення фізичної активності і значну інвалідацію; тоді як за іншими даними, біль при МС прямо корелює з рівнем тривоги, депресії та втоми і посилюється за умов появи розладів сну та збільшення спастичності [1,2,6,7,9,11].

В одних випадках БС при МС безпосередньо пов'язані з демієлінізуючим процесом в ЦНС та його наслідками, в інших – є результатом коморбідних захворювань, з високою вірогідністю взаємного обтяжуючого впливу [6,10,13], однак ступінь і напрямок цього впливу потребують подальшого вивчення.

Згідно з сучасною класифікацією болів при МС (A. Truini et al., 2013) [5], у хворих з цією патологією мають місце декілька типів болю: найчастіше, це невропатичний, або нейрогенний біль (зазвичай, напряму пов'язаний з руйнуванням мієлінової оболонки нервових утворень) і ноцицептивний біль (НЦБ), рідше - змішані болі (ЗБ) та інші види болів.

З групи невропатичних болів (НПБ) у хворих з МС за частотою переважають деаферентаційні болі в кінцівках (10–29 %), причиною виникнення яких є множинні демієлінізуючі ураження уздовж спинно-таламо-кіркових шляхів на рівні сенсорної кори, таламуса; тригемінальна невралгія (3–7 %), що виникає внаслідок компресії бляшкою нисхідного корінця n.trigemini на рівні довгастого мозку і нижнього відділу мосту; синдром Лермітта (7-13 %), пов'язаний з ураженням задніх стовпів спинного мозку на шийному рівні.

Серед НЦБ у хворих з МС найчастіше спостерігаються м'язово-скелетні болі (17-24%), болі в спині (10–19%), головні болі (ГБ), лицеві болі(ЛБ) (43-58%) та індуковані лікуванням болі (ІЛБ) (16-28%).

Механізм НЦБ при МС насамперед пов'язаний зі вторинними постуральними аномаліями, що виникають внаслідок рухових порушень, які формуються у хворих з МС в результаті домінуючих при цьому захворюванні симптомів ураження пірамідних шляхів і мозочка, таких як центральні парези, спастичність, атаксія, порушення функції ходи [4,6].

Також тут слід враховувати і патологічні зміни опорно-рухового апарату, пов'язані зі значним прискоренням розвитку остеопорозу що веде до швидкого прогресування остеохондрозу хребта (переважно попереково-крижового відділу) і артрозів суглобів нижніх кінцівок[4,6,10,14].

Крім цього, у зниженні загальної трофічної функції кісткової тканини і у схильності до вертеброгенних БС попереково-крижового рівня у хворих з МС може відігравати роль нефрологічна патологія, і взагалі, порушення функції системи нирок [4,8,15]. І це не дивно, адже, згідно з поглядами Традиційної Китайської медицини вважається, що саме система «нирок», яка часто страждає у хворих з МС, забезпечує структурну цілісність і функціональну повноцінність ЦНС (багатоголишеве ураження ЦНС при МС), а окрім цього одним із важливих аспектів загальної регуляторної діяльності цієї системи є контроль функції кісток і суглобів, насамперед поперекового відділу хребта.

ГБ та ЛБ при МС можуть бути пов'язані як з вогнищами демієлінізації в ЦНС і ПНС (зокрема, при оптичному невриті), носити вторинний, м'язово-скелетний характер (наприклад, цервікогенний ГБ), а також бути обумовленими коморбідною патологією (мігрень, ГБ напруження), тому їх доцільніше визначити скоріше як змішані, а не чисто ноцециптивні.

До групи болів змішаного генезу при МС прийнято відносити болючий тонічний м'язовий спазм (5-12%) та болі при спастичності (27-35%), пов'язаних з демієлінізуючим ураженням в ділянці пірамідних шляхів і підвищенням тонічного рефлексу розтя-

гування, що в свою чергу призводить до надмірної роботи м'язів і виникнення механічного м'язового болю.

І, нарешті, певна частина БС у хворих з МС (найчастіше це ГБ) може бути пов'язана з застосуванням патогенетичного лікування МС щодо профілактики загострень захворювання, особливо на початку лікування з використанням препаратів інтерферону (IFN β – 1 β більше, і 1 α - менше).

Мета дослідження

Визначити розповсюдженість БС у хворих з МС та з'ясувати особливості їх перебігу в аспекті коморбідності; визначити ступінь впливу БС на ЯЖ, рівень втоми і депресії хворих з МС в аспекті коморбідності.

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилось 207 хворих з МС з різними формами перебігу, які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика у період з 2007 по 2015 рр. Діагноз МС було виставлено у відповідності до оновлених критеріїв McDonald, а супутня патологія зафіксована у амбулаторній карті відповідним спеціалістом чи виявлена при обстеженні.

При неврологічному обстеженні пацієнтів з МС нами було визначено рівень інвалідизації (EDSS), виявлено наявність або відсутність БС під час обстеження а також в анамнезі, після встановлення діагнозу МС, з'ясовано їх локалізацію та характер; проведено нейропсихологічне дослідження: проявів втоми за шкалою тяжкості втоми (FSS), болю (ОБМГ, ВАШ), рівня депресії (за шкалою BDI-II), оцінено ЯЖ хворих (SF-36).

Статистичну обробку результатів нами було проведено за допомогою непараметричних критеріїв Манна-Уїтні та Крускала-Уолліса а також шляхом обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона.

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). При цьому, у групі хворих з супутніми захворюваннями у 39 (38,2%) було одне супутнє захворювання, у 26 (25,5%) – два, у 19 – (18,6%) – три, а у 18 (17,6%) - чотири і більше супутніх захворювань. 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

групи; синдром Лермітта - у 6 хворих I групи і у 9 хворих II групи, вторинні цефалгії – у 8 хворих I групи і у 11 хворих II групи.

№ з/п	Показник	Групи обстежених хворих з МС у аспекті коморбідності (n=197)	
		I група - без супутніх захворювань, n=99	II група - наявність супутньої патології, n=98
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.	Наявність болю під час обстеження (абс., %)	63 (63,6%)	75 (76,6%)
5.	Наявність БС на різних етапах МС (абс., %)	72 (68,6%)	86 (84,3%)
6.	Оцінка за шкалою EDSS, бали (m ± CB)	3,3 ± 1,1	4,4 ± 1,2 **
7.	Оцінка болю за шкалою ВАШ, бали (m ± CB)	3,1 ± 1,3	4,8 ± 1,6 **
8.	Оцінка втоми за шкалою FSS, бали (m ± CB)	3,4 ± 0,8	4,5 ± 1,2 **
9.	Оцінка депресії за шкалою Бека (BDI-II), бали (m ± CB)	11,3 ± 1,5	15,9 ± 1,9 ***
10.	Значення за шкалою «Інтенсивність болю», SF-36 (m ± CB)	67,3 ± 16,2	49,1 ± 17,9 **
Модальність БС (абс., %)			
11.	Мономодальний БС	63 (60,0%)	54 (52,9%)

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

Під час обстеження наявність болю відмітили 63 (58,9%) хворих з МС I групи і 75 (73,5%) хворих з МС II групи, середній рівень болю за шкалою ВАШ становив 3,1 ± 1,3 в I групі і 4,8 ± 1,6 в II групі. При цьому, у хворих з БС за ступенем вираженості болю градації були такі: I група: 4,8% – слабкий біль; 13,3% – незначний біль; 35,2% – помірний біль; 6,7% – сильний біль; II група: 5,9% – слабкий біль; 9,8% – незначний біль; 37,1% – помірний біль; 15,7% – сильний біль; 3,9% – дуже сильний біль. Наявність болю на різних етапах МС відмітили 72 (68,6%) хворих I групи, та 86 (84,3%) хворих II групи. Середній рівень поширеності БС у всіх досліджуваних нами хворих з МС становив 76,3%.

НПБ (періодичні або постійні) болі мали місце у 25 (23,8%) хворих I групи і у 39 (38,2%) хворих II групи. Серед них деаферентаційні болі в кінцівках спостерігались у 19 хворих I групи і у 23 хворих II групи; тригемінальна невралгія - у 7 хворих II

НЦБ були зафіксовані у 28 (26,7%) хворих I групи і у 52 (51,0%) хворих II групи; серед них м'язово-скелетні болі були зареєстровані у 19 хворих II групи (внаслідок артрозів нижніх кінцівок) болі в спині - у 32 хворих II групи (больові поперекові синдроми). НЦБ у хворих з МС були також представлені ГБ у 36 хворих II групи (мігрень - 19, ГБ напруження - 11, цервікогенний ГБ - 7) та ЛБ у 18 хворих II групи (артрогенний ЛБ внаслідок артропатії скронево-нижньощелепних суглобів - 7, офтальмогенний ЛБ внаслідок оптичного невриту - 5, міофасціальний ЛБ - 4, одонтогенний ЛБ - 4) та у хворих I групи (одонтогенний ЛБ - 6, офтальмогенний ЛБ внаслідок оптичного невриту - 7); при цьому у одного хворого могли сполучатися два і більше типів ГБ або ЛБ. Також серед групи НЦБ зустрічались вісцеральні болі з активацією ноцицепторів шлунка, сечового міхура, жовчного міхура і кишечника: вони мали місце у 15 хворих I групи і у 32 хворих II групи. ЛБ

були представлені ГБ, ЛБ і болями в спині і спостерігались вони у 6 (5,7%) хворих I групи і у 8 (7,8%) хворих II групи. За переконанням хворих, вони були безпосередньо пов'язані з введенням препаратів інтерферону (IFN β – 1b) і характеризувались помірною інтенсивністю. ЗБ - були зареєстровані у 18 (17,1%) хворих I групи і у 23 (22,5%) хворих II групи: вони були представлені болючим тонічним м'язовим спазмом (5 хворих I групи і 7 хворих II групи) а також болями внаслідок спастичності (13 хворих I групи і 18 хворих II групи).

У хворих з МС I та II груп БС протікали як у моноmodalьному (наявність у одного хворого одного виду болю), так і в поліmodalьному вигляді (наявність у одного хворого двох чи більше видів болю). Так, у I групі хворих, моноmodalьні БС мали місце у 63 (60,0%) хворих і поліmodalьні БС – у 9 (8,6%) хворих; тоді як в II групі хворих моноmodalьні БС

спостерігались у 54 (52,9%) хворих, а поліmodalьні – у 32 (31,4%) хворих. Також досить показовими були дані ОБМГ: їх обробка проводилась шляхом визначення 2-х показників за загальноприйнятою методикою: 1) кількість обраних дескрипторів (NWC): загальна, за окремими шкалами; 2) ранговий індекс болю (PRI): загальний, за окремими шкалами [3].

Методом непараметричного рангового дисперсійного аналізу Крускала-Уолліса проаналізовані характеристики болю за даними ОБМГ в залежності від типів больового синдрому. Дані представлені в таблиці 2.

Таблиця 2.
Показники ОБМГ в залежності від типу больового синдрому

Показники ОБМГ	Тип больового синдрому у хворих з РС в аспекті Коморбідності							
	НПБ		НЦБ		ЗБ		ЛБ	
	I група хворих з МС n=25	II група хворих з МС n=39	I група хворих з МС n=28	II група хворих з МС n=52	I група хворих з МС n=18	II група хворих з МС n=23	I група хворих з МС n=6	II група хворих з МС n=8
NWC сенс. (m ± CB)	4,5±2,5	4,9±3,1	5,1±2,2	6,3±1,9*	3,6±2,1	3,8±2,3	3,8±2,9	3,6±1,9
NWC афект. (m ± CB)	2,6±1,7	2,8±1,9	3,5±3,1	3,9±3,3	2,8±1,5	3,1±2,2	3,1±1,5	3,2±1,7
NWC загальн. (m ± CB)	8,3±3,3	8,5±3,9	8,8±4,1	11,1±4,6*	7,6±3,1	7,8±2,9	5,6±3,8	5,9±4,0
PRI сенс. (m ± CB)	11,1±7,3	11,7±6,1	9,9±5,1	12,4±6,2*	6,5±5,0	6,6±5,1	7,2±4,1	7,5±4,9
PRI афект. (m ± CB)	6,8±5,6	7,2±6,1	7,3±3,1	7,4±2,9	5,2±3,9	5,6±4,1	6,1±3,2	6,4±3,7
PRI евалют. (m ± CB)	3,2±1,2	3,7±1,6	3,3±1,7	3,6±1,9	2,4±1,1	3,0±1,7	3,0±1,7	3,1±1,9
PRI загальн. (m ± CB)	21,2±13,9	23,1±14,0	20,6±8,9	22,4±9,1*	8,1±9,0	8,3±8,9	13,4±5,7	14,6±6,8

*p < 0,01- різниця між групами порівняння

Аналіз даних, наведених в табл. 2 показує, що пацієнти з НЦБ (переважно - хворі з ГБ) були схильні вибирати більшу кількість описових характеристик болю, що відобразилось в достовірному збільшенні як числа обраних дескрипторів за сенсорною шкалою ОБМГ (NWC сенс.) ($p < 0,01$), так і загального числа обраних дескрипторів (NWC загальний) ($p < 0,01$) в порівнянні з іншими типами болів. При цьому у II групі хворих з НЦБ число обраних дескрипторів (NWC сенс., NWC загальний) було достовірно вищим, ніж у I групі ($p < 0,05$). Також пацієнти з НЦБ достовірно частіше обирали більш важкі реєстри інтенсивності, що проявилось підвищенням рангового сенсорного (PRI сенс.) і загально-

го рангового індексу болю - PRI загальний ($p < 0,01$). У II групі хворих з НЦБ підвищення рангового сенсорного і загального рангового індексу болю виявилось достовірно більш суттєвим, ніж у I групі ($p < 0,05$). Описові характеристики болю представлені в табл. 3.

Таблиця 3.
Частота використання описових характеристик болю у пацієнтів МС з різними типами БС за даними ОБМГ

№ шкали ОБМГ	Описові характеристики болю	Тип болю			
		НПБ	НЦБ	ЗБ	ІЛБ
		I гр., % / II гр., %	I гр., % / II гр., %	I гр., % / II гр., %	I гр., % / II гр., %
1	пульсуючий, схоплюючий, смикаючий, стьобаючий, сверлячий, калатаючий, пробиваючий, довблячий	51/53	50/59	53/58	49/51
2	подібний до: електричного розряду, удару струму, пострілу	38/39	25/29	23/22	27/29
3	колючий, такий, що впивається, буравлячий	33/31	30/37	34/37	36/35
4	гострий, ріжучий, шмагаючий	41/47	69/84*	32/39	46/48
5	давлячий, стискаючий, ниючий	26/28	12/19	64/79*	18/21
6	тягнучий, такий, що викручує, виринаючий, стискаючий, роздавлюючий	47/49	50/58	53/51	54/53
7	гарячий, пекучий, такий, що ошпарює, палючий	18/19	19/24	15/17	20/23
8	сверблячий, роз'їдаючий, щипаючий, жалячий	46/52*	7/15	23/21	31/33
9	тупий, ниючий, ломлячий, розколюючий	44/47	48/55	62/64	51/53
10	розпираючий, розтягуючий, роздираючий, розриваючий	59/63*	8/17	29/31	32/36
11	розлитий, такий, що розповсюджується, проникаючий, пронизуючий	12/15	19/23	41/54*	21/21
12	шкрябаючий, саднячий, такий, що дере, пиляючий, гризучий	25/23	15/21	11/16	16/11
13	німий, зводячий, морозячий	58/62	49/63	42/40	51/47

* $p < 0,01$

В ході аналізу даних, наведених в табл. 3 було з'ясовано, що пацієнти обох груп з НПБ, НЦБ, ЗБ та ІЛБ однаково часто ($p > 0,05$) обирали для опису болю характеристики, пов'язані з 1 та 6 шкалами ОБМГ. Крім цього, пацієнти з НПБ обох груп також часто вибирали характеристики болю, пов'язані з 8 і 10 шкалами ОБМГ, що, однак, достовірно ($p < 0,01$) відрізняло їх від хворих з іншими типами болю. Пацієнти з НЦБ з високою частотою вибирали для опису болю характеристики, пов'язані з 4 шкалою ОБМГ, що достовірно ($p < 0,01$) відрізняло їх від решти хворих. Пацієнти з ЗБ з високою частотою вибирали для опису болю характеристики, пов'язані з 5 і 11 шкалами ОБМГ, що достовірно ($p < 0,01$) відрізняло їх від решти хворих. У II групі хворих з НПБ (8, 10 шкали ОБМГ), НЦБ (4 шкала ОБМГ), ЗБ (5,11 шкали ОБМГ) підвищення частоти вибору для опису болю відповідних до вищевказаних шкал ОБМГ характеристик болю виявилось достовірно більш суттєвим, ніж у I групі ($p < 0,05$). Шляхом обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона нами було проведено кореляційний аналіз даних хворих з РС I і II груп: між показниками ОБМГ та ступенем інвалідності (EDSS), рівнем вираженості втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ) та ЯЖ (SF-36 – шкала ВР) (дивись табл.3).

Насамперед, нами були розраховані кореляції між показниками ОБМГ і ВАШ. У хворих з МС I і II груп відповідно виявлено помірні і сильні позитивні статистично достовірні зв'язки ($p < 0,05$ – для I

групи; $p < 0,01$ – для II групи) інтенсивності болю по ВАШ з ранговими індексами всіх шкал ОБМГ: PRI сенс. ($r = 0,44$ – I група; $r = 0,53$ – II група), PRI афект. ($r = 0,48$ – I група; $r = 0,59$ – II група), PRI евалют. ($r = 0,56$ – I група; $r = 0,74$ – II група), що відобразилось в помірному, але статистично достовірному зв'язку інтенсивності болю по ВАШ як із загальним числом обраних дескрипторів - NWC загальний ($r = 0,43$ – I група; $r = 0,49$ – II група), і числом обраних афективних дескрипторів - NWC афект. ($r = 0,47$ – I група; $r = 0,51$ – II група) ОБМГ, так і загальним ранговим індексом болю - PRI загальний ($r = 0,54$ – I група; $r = 0,61$ – II група). Виявлені зв'язки свідчать про різні механізми, що беруть участь у формуванні соматогенних больових відчуттів у хворих МС (основні патофізіологічні механізми МС, коморбідні захворювання, психогенний чинник) і спектр цих механізмів більший у хворих МС з наявністю коморбідної патології (табл.4).

Таблиця 4.

Кореляція між показниками ОБМГ у хворих з МС I і II груп та ступенем інвалідності (EDSS), рівнем вираженості втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ) та ЯЖ (SF-36 – шкала ВР).

Показники ОБМГ		Хворі з РС I групи (n=105; m ± СВ)					Хворі з РС II групи (n=102; m ± СВ)				
		EDSS	FSS	BDI-II	ВАШ	BP(SF-36)	EDSS	FSS	BDI-II	ВАШ	BP(SF-36)
Показники шкал, (m ± СВ)	NWC сенс.	0,25*	0,14*	0,20*	0,28*	-0,17*	0,27*	0,18*	0,22*	0,31*	-0,19*
	NWC афект.	0,46**	0,25**	0,32**	0,37**	-0,23	0,49**	0,27**	0,35**	0,41**	-0,41**
	PRI сенс.	0,37**	0,21*	0,33**	0,45**	-0,13*	0,38**	0,22*	0,28**	0,53**	-0,16*
	PRI афект.	0,41**	0,28**	0,41*	0,48**	-0,21*	0,43**	0,26**	0,44*	0,59**	-0,23*
	PRI евалют.	0,45**	0,26**	0,36**	0,56**	-0,11*	0,48**	0,30**	0,40**	0,74**	-0,17*
Узагальнені показники, (m ± СВ)	NWC загальн.	0,34**	0,23*	0,25**	0,43**	-0,20*	0,36**	0,24*	0,29**	0,49**	-0,22*
	PRI загальн.	0,42**	0,31**	0,39**	0,54**	-0,19*	0,45**	0,33**	0,42**	0,61**	-0,21***

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

При аналізі кореляційних зв'язків між показниками ОБМГ і даними шкали болю (BP) SF-36 у хворих з МС I і II груп переважно спостерігались слабкі зворотні зв'язки, і лише в одному випадку, у групі хворих з коморбідністю мав місце помірний зворотній достовірний зв'язок ($p < 0,05$) з числом обраних афективних дескрипторів - NWC афект. ($r = -0,23$ – I група; $r = -0,49$ – II група), що вказує на більш важкий перебіг БС у хворих з коморбідністю, пов'язаний з порушенням ЯЖ. Тобто, чим інтенсивніше був БС у цієї групи хворих, чим сильніше він порушував ЯЖ, тим більш був менш психологічно залежним, що, на наш погляд, обумовлено більш значним внеском основних патофізіологічних механізмів МС у формування БС у хворих МС з коморбідною патологією, а також, безумовно, і тим, що у пацієнтів II групи з МС больовий синдром частіше мав полімодальний характер.

Що стосується ступеня кореляційних зв'язків між показниками ОБМГ та іншими показниками (даними EDSS, FSS, BDI-II і SF-36 – шкала BP) у хворих з МС I та II груп, то всі вони були позитивними, і найбільш тісні кореляції спостерігались нами між показниками ОБМГ і EDSS, а найменш тісні – між показниками і FSS (дивись табл. 3).

Таким чином видно, що у II групі хворих з МС, де частіше зустрічаються больові розлади, відмічається достовірно більший ступінь вираженості больових проявів за шкалою ВАШ і згідно з даними ОБМГ, значно частіше зустрічається полімодальний перебіг БС, також має місце достовірне превалювання астеничних і депресивних проявів і зареєстровані достовірно нижчі показники ЯЖ.

Результати впливу різних видів коморбідної патології у хворих з МС на ступінь вираженості БС були наступними: найбільш виражені больові розлади (по відношенню до середнього по II групі) згідно з даними шкали ВАШ спостерігались у хворих з артрозами суглобів нижніх кінцівок ($6,5 \pm 3,1$; $p < 0,01$), цефалгіями та ЛБ ($6,1 \pm 2,4$; $p < 0,05$), больовими поперековими синдромами ($5,8 \pm 2,2$; $p < 0,05$), полімодальним БС ($6,7 \pm 2,3$; $p < 0,01$) та за умов полікоморбідності: трьома супутніми захворюваннями ($6,9 \pm 2,8$; $p < 0,01$), чотирма і більше супутніми захворюваннями ($7,1 \pm 3,3$; $p < 0,01$). І навпаки, найменш виражені больові розлади згідно з даними шкали ВАШ спостерігались у хворих з автоімунною коморбідністю ($2,9 \pm 0,9$; $p < 0,01$) і респіраторною коморбідністю ($3,6 \pm 1,3$; $p < 0,05$).

Зростання вираженості болю по ВАШ в групах хворих з полікоморбідністю пояснюється тим, що в цих групах був також найбільш поширений полімодальний БС, тоді як зменшення вираженості болю (а також проявів втоми, депресії і більш високі показники ЯЖ) в групі хворих з автоімунною коморбідністю нами було пояснено відносно молодим віком хворих, нетривалим перебігом захворювання і низьким рівнем інвалідизації. Найбільш виражені прояви втоми і депресії (згідно з даними шкал FSS і BDI-II відповідно) також мали місце за умов полікоморбідності: три супутні захворювання ($5,4 \pm 1,6$;

$19,3 \pm 2,7$ відповідно; $p < 0,05$); чотири і більше супутні захворювань ($5,7 \pm 1,9$; $19,8 \pm 3,1$ відповідно; $p < 0,05$). Що стосується оцінки ЯЖ, то максимальне зменшення показників (по відношенню до середнього по II групі) за шкалою «Інтенсивність болю» спостерігалось у хворих з коморбідними БС (артрози суглобів нижніх кінцівок: $42,1 \pm 11,7$; $p < 0,05$; цефалгії і лицеві болі: $43,3 \pm 25,4$; $p < 0,05$; больові поперекові синдроми: $44,1 \pm 23,6$; $p < 0,05$), полімодальним БС ($41,4 \pm 20,2$; $p < 0,01$) і полікоморбідністю, насамперед, у хворих з трьома супутніми захворюваннями ($40,5 \pm 23,4$; $p < 0,01$), чотирма і більше супутніми захворюваннями ($39,2 \pm 26,3$; $p < 0,001$). Максимальне зменшення загальних показників «Фізичний компонент здоров'я» (два супутні захворювання: $28,8 \pm 10,5$; $p < 0,05$; три супутні захворювання: $27,7 \pm 12,3$; $p < 0,01$; чотири і більше супутні захворювань: $26,1 \pm 13,5$; $p < 0,01$) і «Психічний компонент здоров'я» (три супутні захворювання: $26,7 \pm 11,2$; $p < 0,05$; чотири і більше супутні захворювань: $25,6 \pm 13,1$; $p < 0,01$) також було пов'язано з полікоморбідністю.

Висновки

1. Середній рівень поширеності БС у досліджуваних нами хворих з МС становить 76,3%.
2. БС у хворих на МС мають більш значне поширення і більш важкий перебіг за даними показників ОБМГ та ВАШ у групі хворих з коморбідною патологією.
3. Найбільш виражені БС за даними оцінки показників ОБМГ та ВАШ зустрічаються у хворих на МС з полімодальним перебігом БС та за умов полікоморбідності.

Література

1. Віничук С.М. Розсіяний склероз: діагностика та лікування проявів втоми / Віничук С.М., Копчак О.О. – К.: Наукова думка, 2007. – 134 с.
2. Гусев Е.И. Рассеянный склероз / Гусев Е.И., Деміна Т.Л., Бойко А.Н. – М.: Нефть и газ, 1997. – 463 с.
3. Мачерет Є.Л. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів / Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М., Морозова О.Г. [та ін.]. – Харків: ВПЦ «Контраст», 2006. – 167 с.
4. Чуприна Г. М. Больові поперекові синдроми і артрози суглобів нижніх кінцівок як прояв коморбідності у хворих на розсіяний склероз / Чуприна Г. М. // Сімейна медицина. – 2015. – №2. – С. 88-91.
5. 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.
6. Analysis of the pain in multiple sclerosis patients / Grau-Lopez L., Sierra S., Martinez-Caceres E. [et al.]// Neurologia.- 2011. – Vol.26. – №4.-P. 208 – 213.
7. Douglas C. The impact of pain on the quality of life of people with multiple sclerosis: a community survey / Douglas C., Wollin J. A., Windsor C.// Int J MS

- Care. - 2009. - Vol.11. - P. 127-136.
8. Health effects of dental amalgam exposure: a retrospective cohort study / Bates M. N., Fawcett J., Garrett N. [et al.]// *International Journal of Epidemiology*. - 2004. - Vol.33. - P. 894-902.
 9. Meta-analysis of the relationship between multiple sclerosis and migraine / Pakpoor J., Handel A. E., Giovannoni G. [et al.] // *Plos One*. - 2012. - Vol. 7. - Issue 9. - e45295. - P. 1 - 6.
 10. Pain associated with multiple sclerosis: systematic review and proposed classification / O'Connor A.B., Schwid S.R., Herrmann D.N. [et al.]// *Pain*. - 2008. - Vol.137. - P. 96-111.
 11. Prevalence and impact of pain in multiple sclerosis: physical and psychologic contributors/ Hirsh A. T., Turner A. P., Ehde D. M.// *Arch Phys Med Rehabil*. - 2009. - Vol.90. - №4. - P. 646 - 651.
 12. Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: systematic review and meta-analysis / Foley P. L., Vesterinen H. M., Laird B. J. [et al.]// *Pain*. - 2013. - Vol.154. - P. 632-642.
 13. The prevalence of pain in multiple sclerosis. A multicenter cross-sectional study/ Solaro C., Brichetto G., Amato M.P. [et al.]// *Neurology*. - 2004. - Vol.63. - P.919-921.
 14. The risk of fracture in patients with multiple sclerosis: the uk general practice research database / M.T. Bazelier, van Staa T., Uitdehaag B.M.J. [et al.] // *Journal of Bone and Mineral Research*. - 2011. - Vol.26. - № 9. - P. 2271-2279.
 15. Zhou X.H. The clinical application of tonifying and benefiting the kidney essence on multiple sclerosis/ Zhou X.H., Lu L.X.// *JACTCM*. - 1985. - Vol. 4. - P. 65- 66.

Особенности течения болевых синдромов у больных с рассеянным склерозом в аспекте коморбидности

Чуприна Г.Н.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Петренко М.С.

соискатель кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Резюме

Изучали болевые синдромы (БС) у больных с рассеянным склерозом (РС) с целью выяснения их особенностей и определения степени влияния на качество жизни (КЖ), уровень усталости и депрессии в аспекте коморбидности. Было обследовано 207 больных РС с

различными формами течения. Оценивались клинико-демографические характеристики больных, уровень EDSS, проводилась многомерная оценка боли с помощью опросника боли Мак Гилла. Также определялась степень выраженности боли (ВАШ), тяжести усталости (FSS), депрессии (BDI-II), показатели КЖ (SF-36). Средний уровень распространенности БС у всех исследованных нами больных с РС составил 76,3%. Было установлено, что БС у больных РС имеют более широкое распространение и являются более тяжелыми по течению в группе больных с коморбидной патологией.

Ключевые слова: рассеянный склероз, коморбидность, болевые синдромы.

FEATURES OF PAIN SYNDROMES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN THE ASPECT OF COMORBIDITY

Chupryna G.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Petrenko N.

Department of Neurology and Reflexology,
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Summary

We studied the prevalence of pain syndromes (PS) in patients with multiple sclerosis (MS) in order to clarify the characteristics of their occurrence and the extent of impact on quality of life, level of fatigue and depression in terms of comorbidity. The study involved 207 MS patients with different forms of course. Evaluated the clinical and demographic characteristics of the patients with MS due to comorbidity, conducted multidimensional assessment of pain using the McGill Pain Questionnaire, determines the level of EDSS, the severity of pain (VAS), the severity of fatigue (FSS), depression (BDI-II), quality of life (SF-36). The average prevalence of PS in all our study patients with MS was 76,3%. It was found that a PS in MS patients are more prevalent in patients with comorbid pathology.

Key words: multiple sclerosis, comorbidity, pain syndromes.