

Больові синдроми у хворих на розсіяний склероз

Л.І. Соколова, М.Г. Матюшко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Резюме. У статті наведено результати обстеження 65 хворих щодо наявності больових синдромів, які спостерігаються у хворих на розсіяний склероз (РС). Було також вивчено вплив медикаментозної терапії на лікування хворих із больовими синдромами. У хворих на РС із больовим синдромом переважають головні болі, болі в шийно-грудному та попереково-крижовому відділах хребта, а також нейропатичні болі в нижніх кінцівках. Призначення хворим із вертеброгенними больовими синдромами (ВБС) мелоксикаму та комплексу вітамінів групи В у поєднанні, дає позитивний ефект і покращує стан хворих, а комплексного вітамінного препарату групи В разом з іпідакрином сприятливо діє на хворих із нейропатичним болем у нижніх кінцівках.

Ключові слова: розсіяний склероз, больові синдроми, вертеброгенні больові синдроми.

Розсіяний склероз (РС) — хронічне запально-дем'єлінізуюче захворювання ЦНС, яке є найчастішою причиною інвалідності в осіб молодого віку. У більшості випадків РС проявляється загостреннями з підсиленням ознак вогнищезового ураження ЦНС із подальшою ремісією. Враховуючи те, що основною мішенню патогенних чинників при РС є мієлін, симптоматика переважно обумовлена ураженням провідних шляхів головного та спинного мозку [1, 15]. У клінічній картині захворювання превалюють зорові, рухові, сенсорні, координаційні, тазові порушення.

Раніше вважалося, що РС може супроводжуватись різноманітними симптомами, але не болем. Насьогодні все більшу актуальність набуває проблема больового синдрому (БС) у хворих на РС [9, 15, 16].

Біль є частим симптомом у хворих на РС [10]. Роботи останніх років засвідчили про те, що не менше 2/3 пацієнтів (від 50 до 80%) тією чи іншою мірою страждають від болю, при цьому не менше 40% із них характеризують її як постійну [13, 22]. Хворі на РС за наявності БС більше піддаються інвалідизації та соціальній дезадаптації, аніж хворі з аналогічним неврологічним дефектом, але без БС. У рецидивуюче-ремітуючу фазу хвороби вони пов'язані з загостренням, із долученням сенсорних провідників, іноді тривають декілька місяців після загострення, призводячи до депресії та тривожності, які ще більше підсилюють симптоми.

За даними різних авторів [1, 4, 13, 20, 22], біль, як перший прояв РС, зустрічається в 10% випадків.

Згідно з патогенетичною класифікацією, розрізняють три типи БС: соматогенні (ноцицептивні), невропатичні та психогенні.

Ноцицептивний (соматогенний) біль — це адекватна фізіологічна реакція на больові подразнення, при цьому відбувається активація ноцицепторів після тканинного ушкодження. Ноцицептивний біль відповідає ступеню ушкодження та тривалості дії ушкоджувального чинника, він повністю регресує після заживлення, має захисну функцію, як правило транзиторну, при цьому больовий подразник очевидний і біль досить часто є локальним.

Невропатичний біль виникає за рахунок прямого пошкодження або хвороб соматосенсорної системи, це біль, що пов'язаний з ураженням периферичної чи центральної нервової систем. За відсутності прямого подразнення ноцицепторів, він не виконує захисної функції, часто хронічний.

Психогенний біль виникає на індивідуально значиму емоційну дію. Психогенний біль — больовий розлад, пов'язаний із психологічними чинниками, коли останні відіграють основну роль у виникненні, вираженості, підсиленні та збереженні болю. Якщо ж є соматичне захворювання, такий біль не відіграє великої ролі в появі симптомів.

Найчастіше хворих на РС турбує головний біль, болі при невралгії трійчастого нерва та вертеброгенних больових синдромах (ВБС).

Головний біль у хворих на РС досить частий симптом, хоча причина його залишається нез'ясованою, але при РС зустрічається втричі частіше ніж при інших неврологічних захворюваннях [9, 10]. Іноді головний біль є першою ознакою захворювання. Частіше такий біль носить характер головних болей напруження. Можливо він обумовлений гіпертензивно-гідроцефальним синдромом за рахунок атрофії кори головного мозку. Ця ситуація характерна для розгорнутої картини РС. Іноді вираженість гіпертензивного болю сягає характеру псевдотуморозного синдрому.

Тригемінальні болі з'являються у хворих внаслідок демієлізації корінця трійчастого нерва за рахунок активації автоімунних процесів. Під впливом тривалої патологічної стимуляції з периферії в спинномозковому ядрі трійчастого нерва формується «вогнище» подібне до епілептичного — генератор патологічно підсиленого збудження, існування якого вже не залежить від аферентної імпульсації. Імпульси від тригерних точок надходять до провідних нейронів генератора та викликають його полегшуючу активацію. Генератор патологічно підсиленого збудження активізує ретикулярну формацію, ядра таламусу, кору головного мозку, формуючи таким чином патологічно алгогенну систему [5, 8].

ВБС у хворих на РС формуються під впливом кількох чинників, з яких найчастішим є вогнища демієлізації, дистрофічні зміни хребта, остеопороз.

Вірогідно, початкові прояви подразнення рецепторів, корінців пов'язані з дисфункцією чи дизгемією в зоні дистрофічно зміненого диска. Довгі м'язи спини деякий час попереджують ослаблення фіксації, але з часом, під впливом несприятливих чинників вони ослаблюються, що призводить до подразнення корінців і появи болю, особливо при навантаженні на хребет [3,7].

ВБС у хворих на РС мають такі особливості: ранній початок БС, велику тривалість болю без чітких періодів погіршення/покращання, слабкої чи помірної інтенсивності, м'язово-тонічні порушення помірно виражені, наявні на всіх рівнях хребта. Корінцеві розлади — легкі (в основному це симптоми натягування). Корінцеві болі обумовлені порушенням м'язового тону, спастичністю з перерозподіленням навантаження на хребет під час ходи. Для них характерною є наявність симптому

Лерміта. На рентгенограмах дистрофічні зміни — легкі, не відповідають тривалості та інтенсивності БС. При цьому, зазвичай, спостерігається недостатній ефект від стандартної комплексної терапії [4, 8, 9, 11].

При обстеженні таких пацієнтів необхідно враховувати таке: молодий вік пацієнтів, тривалий ВБС, незначний ефект від традиційної терапії, відсутність значних дистрофічних змін на рентгенограмах хребта, наявність симптому Лерміта в анамнезі чи на момент огляду. Таким пацієнтам необхідно провести МРТ відповідного відділу хребта та спинного мозку, для виключення іншої патології, у тому числі й вогнищ демієлізації.

Алгоритм терапії радикулопатії включає:

- усунення джерела болю;
- зменшення м'язового спазму;
- застосування нестероїдних протизапальних препаратів;
- купірування набряку та запальних реакцій.

Для консервативної терапії радикулопатії використовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Більшість препаратів цієї групи є неселективними інгібіторами ферменту циклооксигенази (ЦОГ), які пригнічують дію обох його ізоформ — ЦОГ-1 і ЦОГ-2. Циклооксигеназа відповідає за вироблення простагландинів і тромбоксану з арахідонової кислоти, яка, у свою чергу, отримується з фосфоліпідів клітинної стінки за рахунок ферменту фосфоліпази А₂.

Простагландини (ПГ) серед інших функцій є посередниками й регуляторами розвитку запалення.

Існують різноманітні лікарські форми НПЗП (таблетки, ректальні свічки, зовнішні форми та розчини для ін'єкцій). Систематичні огляди даних наукової літератури підтверджують, що НПЗП зменшують БС і запальні процеси ефективніше ніж плацебо [13, 17, 18].

Усі НПЗП володіють єдиним механізмом дії (пригнічення проальгетивної й тканинопротективної активності), однак, їх фармакологічні та токсичні якості значно варіюють залежно від фармакокінетики [14]. Так, ефективність конкретного препарату залежить від того, чи можливо досягти його терапевтичної концентрації в тканинах-мішенях (на тлі запалення) і, одночасно зберегти мінімальний рівень у зонах можливого виникнення побічних ефектів.

Механізм дії НПЗП полягає в послабленні синтезу ПГ за рахунок зниження активності

ізоферментів ЦОГ-1 і ЦОГ-2. Наявність про-тизапальної активності в НПЗП пояснюється пригніченням вироблення ПГ у м'яких тканинах і ЦНС, де є запальний процес.

Мета дослідження — провести аналіз наявності больових синдромів, які найчастіше зустрічаються у хворих на розсіяний склероз і вивчити вплив медикаментозної терапії при лікуванні хворих із БС.

Матеріали та методи

За 8 місяців 2014 року в III неврологічному відділенні КМКЛ № 4 знаходились на лікуванні 883 хворих на РС. Вік хворих складав від 19 до 59 років, діагноз РС було підтверджено за даними скарг, анамнезу, неврологічного обстеження та даних МРТ (згідно з критеріями Mac Donald, 2010 р.). Інтенсивність больового синдрому визначали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ).

Хворим на ВБС призначали мелоксикам по 15 мг внутрішньом'язово 3-5 днів підряд із подальшим переходом на пероральний прийом препарату до 10 днів. Мелоксикам в організмі не взаємодіє з іншими ліками, що має велике значення для раціональної терапії хворих на РС. На відміну від інших НПЗП, мелоксикам рідко призводить до гастропатії, а це дуже важливо для хворих на РС, особливо коли їм призначають гормональні препарати.

Також хворі з ВБС, як і хворі з невропатичним болем у нижніх кінцівках отримували комплекс вітамінів групи В по 2 мл внутрішньом'язово протягом 10 днів. Вітаміни групи В діють на активність ноцицептивних нейронів ЦНС. Тіамін значно зменшує ноцицептивний і невропатичний біль, покращує проведення збудження в нервових волокнах, володіє нейротропною дією, що проявляється зменшенням больових відчуттів, пов'язаних із патологічними процесами в нервах.

Піридоксин бере участь в біосинтезі мієлінової оболонки нервових волокон та покращує білковий, ліпідний і вуглеводний обмін.

Ціанокобаламін відіграє важливу роль в амінокислотному обміні, біосинтезі ацетилхоліну та в процесах мієлінізації нервових волокон, а також володіє знеболюючим ефектом.

Хворим із невропатичним болем у ногах крім комплексу вітамінів групи В призначали іпідакрин 0,05% у розчині по 1 мл в/м 5-10 днів. Іпідакрин покращує провідність нервових волокон і сприяє зменшенню болю.

Результати та їх обговорення

Згідно з результатами обстеження, у 65 (7,4%) хворих відмічались БС різної інтенсивності та локалізації. Серед них було 37 жінок та 28 чоловіків. На головний біль (інтенсивністю від 2 до 4 балів за шкалою ВАШ) скаржились 27 (41,5%) пацієнтів. Основною причиною появи болю хворі вважали емоційне навантаження. ВБС відмічали 23 (35,3%) хворих, із них, болі в шийному та шийно-грудному відділах хребта були в 6 пацієнтів, у попереково-крижовому відділі — у 17 пацієнтів. Більшість хворих посилення болю пов'язували з фізичним навантаженням, решта не визначались із причиною. За шкалою ВАШ інтенсивність болю хворі оцінювали в 3-5 балів.

15 (23%) пацієнтів скаржились на болі ниючого характеру в нижніх кінцівках (нейропатичний біль), які виникали без причини та посилювались при фізичних навантаженнях. За шкалою ВАШ хворі оцінювали їх в 1-3 бали.

У багатьох хворих спостерігалось поєднання болю. Так, у хворих із ВБС у шийному відділі досить часто турбували головні болі. При наявності ВБС у попереково-крижовому відділі, часто відмічались болі в одній або обох ногах.

За наявності головного болю хворі приймали анальгетики, аспірин чи ібупрофен.

Серед 23 хворих із ВБС після лікування мелоксикамом та комплексом вітамінів групи В позитивний ефект (зниження показника за ВАШ на 2-3 бали) було отримано у 17 хворих протягом 5 днів; інші 6 пацієнтів отримували мелоксикам перорально протягом 10 днів. Усі пацієнти відмічали зниження болю на 2-3 бали на 8-10 день.

Більшість хворих із невропатичним болем у нижніх кінцівках (без ВБС) після лікування комплексом вітамінів групи В та іпідакрином відмітили позитивний ефект. У 13 пацієнтів відбулося зменшення больових відчуттів та затерпання в нижніх кінцівках, у 2 хворих — суттєвого покращання не відмічалось.

Висновки:

1. У хворих на РС із больовим синдромом переважають головні болі, болі в шийно-грудному та попереково-крижовому відділах хребта, а також невропатичні болі в нижніх кінцівках.

2. Призначення хворим із ВБС мелоксикаму та комплексу вітамінів групи В у поєднанні, дає позитивний ефект і покращує стан хворих.
3. Хворим із нейропатичним болем у нижніх кінцівках рекомендується прийом комплексного вітамінного препарату групи В у поєднання з іпідакрином.

Список використаної літератури

1. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. А.М. Вейна. - М.: МЕДпресс-информ, 2001. - 368 с.
2. Віничук С.М. Гострий розсіяний енцефаломієліт // Догот. - 2006. - № 39. - 35 с.
3. Григорьева В.Н. Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине // журн. Неврол. и психиатрии. - 2002. - № 12. - С.3-9.
4. Данилов А.Б., Вейн А.М. Методы исследования боли // Боль и обезболивание. - М.: Медицина, 1997. - С 27-45.
5. Евтушенко С.К., Москаленко М.А. Рассеянный склероз у детей (клиника, диагностика, лечение) // Киев 2009. - 250 с.
6. Крылова В.Ю. Выбор нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования неспецифического болевого синдрома в нижней части спины // Международный неврологический журнал. - 2006. - № 5(9). - С. 63-64.
7. Лысенко Г.И., Ткаченко В.И. Проблема боли в общей врачебной практике // Медкнига, Киев, 2007. - 195 с.
8. Майда Ева. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких // Пер. с нем. - М.: АО «Интер-эксперт», 1999. - С. 140-141.
9. Мищенко Т.С. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний периферической нервной системы // Здоров'я України. - 2008. - № 7. - С. 40-41.
10. Неврология под. ред. Марко Мументалер, Хейнрих Маттле, пер. с нем. под. ред. О.С. Левина // М. МЕД-пресс-информ. - 2007. - 917 с.
11. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // Клинич. мед. - 2000. - № 2. - С. 10-13.
12. Новиков А.В., Солоха О.А. Нейропатическая боль: обзор по материалам журнала «THE LANCET» (1999, May-June) // Неврологический журнал, - 2000. - № 1. - С. 56-62.
13. Осипова Н.А., Шерemet А.Л., Никода В.В. Современное состояние науки о боли. Острые и хронические болевые синдромы (Информация о X-ом Всемирном конгрессе по боли) // Анестезиология и реанимация. - 2003. - № 5. - С. 4-9.
14. Пономарев В.В. Аутоиммунные заболевания в неврологии / В.В. Пономарев — Минск: Беларус. навука, 2010. - 259 с.
15. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты. Под. ред. Столярова И.Д., Бойко А.Н. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2008. - 320 с.
16. Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы» под редакцией Алана Дж. Томпсона, Криса Полмана, Райнхарда Холфельда, пер. с англ. Н.А. Тополян, А.А. Скоромца. Издательство «Политехника» Санкт-Петербург. - 2001. - 421 с.
17. Скоромец А.А., Скоромец Т.А., Шумилина А.П. «Остеохондроз дисков: новые взгляды на патогенез неврологических синдромов//Неврологический журнал. - 1997. - № 6. - С. 53-55.
18. Хронические нейроинфекции. И.А. Завалишина // ГЭОТАР-Медиа. - 2011. - 560 с.
19. Черный В.И., Штраменко Е.К., Бовайло И.В., Островая Т.В. Демиелинизирующие заболевания нервной системы и возможности дифференцированной терапии в остром и подостром периодах.// Международный неврологический журнал. - 2007. - № 3. - С. 14-20.
20. Clifford D.B., Trotter J.L. Pain in MS. Arch neurol. - 1984. - V.41. - P. 1270-1279.
21. Reder A.T., Arnason B.G.W. Trigeminal neuralgia in multiple sclerosis relieved by prostaglandin E-analogue. Neurology/ — 1995. - V.45. - P. 1097-1100.
22. Raif Baron Treatment Strategies for neuropathic pain — state of the Art // Международный неврологический журнал. - 2007/ — № 3 (13). - С. 100-107.

Надійшла до редакції 08.04.2015 р.

PAIN SYNDROMES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

L.I. Sokolova, M.H. Matiushko

Summary

The article presents the results of examination of 65 patients for the presence of pain syndromes observed in patients with multiple sclerosis (MS). The effect of drug therapy on the treatment of patients with pain syndromes has also been studied. In MS patients with pain syndrome, headaches, pain in the cervical-thoracic and lumbosacral spine, as well as neuropathic pain in the lower extremities have been observed. In patients with vertebral pain syndromes (VBS), the combination of Meloxicam with vitamin B complex makes positive effect and improves the condition of patients, and the combination of vitamin B complex with Ipidacrine effects beneficially on patients with neuropathic pain in the lower extremities.

Keywords: multiple sclerosis, pain syndromes, vertebral pain syndromes.