

УДК 616.832-004.2-009

© С.В. Федосеев, 2012.

## СТРУКТУРА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

**С.В. Федосеев***ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків, Україна*

### STRUCTURE OF PAIN IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

**S.V. Fedoseev**

#### SUMMARY

The study of structure and clinical characteristics of pain in a group of 60 patients with MS, selected by random sampling. Pain was diagnosed in 73.3% patients from group surveyed. The most frequent localization of pain in these patients - a headache, lumbar pain and joint pain. Established gender differences pain in patients with MS, pain conducted correlation with the type of MS.

### СТРУКТУРА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

**С.В. Федосеев**

#### РЕЗЮМЕ

В группе из 60 больных с РС, отобранной методом случайной выборки, изучены структура и особенности клинического течения болевых синдромов. Боль разной локализации диагностирована у 73,3% пациентов из группы обследованных. Наиболее частой локализацией боли у этих пациентов была головная боль, пояснично-крестцовая боль и боль в суставах. Установлены гендерные особенности болевых синдромов у больных с РС, проведена корреляция болевого синдрома с типом течения РС.

**Ключові слова:** біль, больовий синдром, розсіяний склероз.

Біль є одним з найбільш розповсюджених клінічних симптомів, до того ж симптомом найбільш тяжким, що значно впливає на якість життя хворої людини. За даними епідеміологічних досліджень, розповсюдженість болю складає від 7 до 64% [1,2], а розповсюдженість хронічного болю - від 7,6 до 45% [3]. Кількість людей, що страждають на біль, який можна вилікувати, але не отримують адекватної допомоги, досить значна. Однією з найбільш актуальних проблем є діагностика чинників, що викликають та підтримують хронічний біль.

В структурі болевих синдромів досить мало вивченим є біль, що виникає на тлі розсіяного склерозу (РС) - найбільш поширеного аутоімунного нейродегенеративного та демієлінізуючого захворювання центральної нервової системи з хронічним, тяжким, не передбачуваним та прогресуючим перебігом, яке вражає переважно осіб молодого працездатного віку [4]. Це захворювання призводить до стійкої інвалідизації та погіршення якості життя людини [4,5,6]. Практичний досвід, який був накопичений при власному спостереженні за хворими, свідчить про те, що біль відноситься до суттєвих та майже постійних проявів РС. На це ж саме вказують і результати епідеміологічних досліджень, що були проведені в Європейських країнах [7,8,9]. Доведено, що більше половини хворих на РС страждає на біль. У 20% пацієнтів біль може бути першим єдиним симптомом хвороби.

Згодом кількість пацієнтів з РС, що страждають на біль зростає, та на пізніх етапах РС, біль зустрічається майже в усіх пацієнтів. Біль значно знижує якість життя хворих на РС.

Біль має складний патогенез. Серед механізмів його виникнення, найбільше значення відіграють порушення сегментарної і надсегментарної вегетативної регуляції, зміни біоелектрогенезу мозку, ураження внутрішніх органів та систем організму людини, психоемоційний фактор. Майже не вивченими є структура болевих синдромів, роль вікових, гендерних, соціальних, професійних та інших факторів у формуванні болю у хворих на РС. Численні фактори, що викликають біль, складний патогенез болю та відсутність уніфікованих методів діагностики болевих синдромів обумовлюють доцільність проведення наукових досліджень спрямованих на визначення факторів, що викликають больові відчуття та формують больовий синдром у хворих на РС.

Мета дослідження - вивчити структуру та клінічні особливості болевих синдромів у хворих на розсіяний склероз, визначити фактори формування та хронізації болю у цього контингенту хворих. Робота проводилась у рамках комплексної теми «Вивчити нейробіологічні механізми гендерних особливостей дебюту і перебігу розсіяного склерозу в клініці і експерименті» (Шифр АМН.РС.Ф.09, № держ. реєстрації 0109U001174).

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети був впроваджений клініко-анамнестичний метод із застосуванням корисної моделі «Спосіб діагностики больових синдромів у хворих на розсіяний склероз» [10]. Основу діагностики, поряд із загально прийнятими методами клінічної діагностики, складало анкетування хворих за розробленою анкетною.

Усі хворі, що були обстежені, мали вірогідний РС згідно класичних клінічних критеріїв, що запропоновані G. Schumacher і співавт. [11] у 1965 році та критеріїв McDonald, що рекомендовані Міжнародною експертною групою у 2001 році, уточнені у 2005 та 2010 роках [11,12].

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Методом випадкової вибірки проведено обстеження 60 хворих на РС, що знаходились на лікуванні у клініці Інституту. Із обстежених хворих 24 були чоловіки, 36 – жінки. Середній вік хворих в групі обстежених склав 35,72 року.

Із обстежених хворих не мали болю 16 пацієнтів – 10 чоловіків та 6 жінок. Мали одну локалізацію болю 6 пацієнтів, дві локалізації – 11 пацієнтів, три – 11 пацієнтів, чотири – 6 пацієнтів, п'ять – 6 пацієнтів, шість – 1 пацієнт та сім – 3 пацієнти. Тобто лише 26,7% хворих на РС не мали больових відчуттів (відповідно 73,3% пацієнтів непокоїть біль). У хворих, які мали больові відчуття, біль був частіше за все двох або трьох локалізацій. Середній вік хворих без болю та з болем істотно не відрізнявся, і склав 36,48 та 35,13 року відповідно.

Головний біль був притаманний для 32 (53,3%) хворих, біль шийної локалізації – для 16 (26,6%) хворих, грудної – для 15 (25,0%) хворих, попереково-крижової – для 27 (45,0%) хворих, біль у суглобах – для 24 (40,0%) хворих, біль у кінцівках – для 15 (25,0%) та біль у проекції внутрішніх органів – для 7 (11,7%) хворих. Таким чином, більш за все хворих на РС турбував головний біль, біль попереково-крижової локалізації та біль у суглобах.

Слід відзначити, що больовий синдром мав певні гендерні відмінності. Так, головний біль спостерігався у 9 (64,3%) чоловіків і 23 (76,7%) жінок з числа тих, що мали больовий синдром, біль попереково-крижової локалізації відповідно у 8 (57,1%) чоловіків і 19 (63,3%) жінок, біль у суглобах у 8 (57,1%) чоловіків і 16 (53,3%) жінок, біль грудної локалізації та біль кінцівок у 3 (21,4%) чоловіків і 12 (40,0%) жінок. Але найбільш суттєві гендерні відмінності були у хворих на РС з болем у шиї та болем у проекції внутрішніх органів. Біль у шиї був характерною ознакою лише у 1 з 14 (7,1%) чоловіків з больовим синдромом та у 15 з 30 (50,0%) жінок. На біль у проекції внутрішніх органів не скаржився жоден чоловік, але такий біль був притаманний для 7 (23,3%) жінок.

Тривалість РС з моменту встановлення діагнозу у хворих без болю була від 1 до 15 років (середній показник 8,06 року), у хворих з болем – від 1 місяця

до 19 років (4,85 року). За даними анамнезу (спогадами пацієнтів) тривалість РС у хворих без болю була від 2 до 16 років (середній показник 10,15 року; в 1-му випадку хворий не зміг визначитися), у хворих з болем – від 6 місяців до 36 років (середній показник 8,56 року).

Результати аналізу, що до співставлення больового синдрому з типом перебігу РС є дуже цікавими. Серед хворих без болю, первинно-прогресивний перебіг (ППП) РС мали 2 пацієнтів, рецидивуючий перебіг (РП) – 7 пацієнтів, вторинно-прогресивний перебіг (ВПП) – 6 пацієнтів та дебютний епізод РС – ще 1 пацієнт. Серед хворих з больовим синдромом ППП мали 4 пацієнти, РП – 31 пацієнт, ВПП – 8 пацієнтів та дебютний епізод – 1 пацієнт. Слід відзначити, що хворі, у яких біль був представлений від однієї до трьох локалізацій мали переважно РП захворювання, а у хворих з чотирма та більше локалізаціями болю зростала кількість ППП та ВПП. Як що наявність болю однієї чи кількох локалізацій у хворих з РП РС можна пояснити динамічними полісистемними змінами (активація запалення, порушення вегетативної регуляції та ін.) які відбуваються при рецидиві захворювання, збільшення кількості локалізацій болю у хворих з ППП та ВПП – більш глибокими функціональними та структурними порушеннями, наявністю полі органної патології, то пояснення повної відсутності больових проявів у значній кількості хворих з ППП та ВПП потребує подальшого аналізу та обміркування.

Був проведений поглиблений аналіз даних про патологію інших органів і систем у хворих на РС. Хворі на РС без болю в анамнезі мали: ангіни чи хронічний тонзиліт – 10 хворих (62,5% групи без болю), гайморит – 1 (6,25%) хворих, бронхіти чи пневмонії – 4 (25%), лабіальний герпес, що рецидивує – 7 (43,75%), пієлонефрит – 3 (18,75%), цистит – 3 (18,75%), простатит – 2 (12,5%), аднексит – 1 (6,25%), вітряну віспу – 3 (18,75%), коклюш – 1 (6,25%) хворий. Хворі з больовим синдромом в анамнезі мали: ангіни чи хронічний тонзиліт – 28 хворих (63,6% групи з больовим синдромом), гайморит – 5 (11,4%), бронхіти чи пневмонії – 20 (45,5%), лабіальний герпес, що рецидивує – 28 (63,6%), пієлонефрит – 6 (13,7%), цистит – 10 (22,7%), простатит – 5 (11,4%), аднексит – 11 (25,0%), вітряну віспу – 6 (13,7%), кір – 7 (15,9%), скарлатину – 2 (4,5%), менінгіт – 2 (4,5%), вірусний гепатит – 2 (4,5%), гастрит, виразку шлунку або 12-перстної кишки – 9 (20,5%), ревматизм – 3 (6,8%), фіброміому матки – 5 (11,4%) хворих. Таким чином, хворі на РС з болем, порівняно з хворими на РС без больового синдрому, мали значно більшу представленість патології різних органів та систем організму, у тому числі інфекційно-запального походження.

Відомо, що соціальна дезадаптація є одним з факторів, що сприяє формуванню та хронізації больового синдрому. Аналіз даних, що були отримані у дослідженні підтверджує сказане. Серед хворих на РС без

боллю лише 2 (12,5%) були розлучені, 11 (68,75%) перебували у шлюбі, 3 (18,75%) були неодружені чи незаміжні. Серед хворих на РС з больовим синдромом картина інша – 16 (36,4%) були розлучені, 21 (47,7%) перебували у шлюбі, 7 (15,9%) були неодружені чи незаміжні. Тобто, серед хворих на РС з больовим синдромом було на 23,9% більше розлучених та на 21% менше перебувало у шлюбі порівняно з хворими на РС без боллю. Таким чином, наявність шлюбних стосунків можна вважати одним з чинників, що запобігають появі боллю у хворих на РС.

Серед хворих на РС без боллю 3 (18,75%) не мали групи інвалідності, 8 (50,0%) мали II групу інвалідності, 5 (31,25%) – I групу. З хворих на РС з больовими проявами, не мали групи інвалідності 16 (36,4%) осіб, мали III групу інвалідності – 12 (27,3%), II групу – 15 (34,1%) та I групу – 1 (2,3%) хворий. Таким чином, серед хворих на РС без боллю працювали лише 18,75% хворих, не працювали, мали II або I групу інвалідності 81,25% хворих; у порівнянні, серед хворих на РС з больовими проявами не мали групи інвалідності або мали III робочу групу 63,7% хворих, мали II або I групу інвалідності 36,3% хворих. Можна зробити припущення, що організм хворої на РС людини не може повною мірою витримувати фізичні та психоемоційні навантаження які виникають під час праці без обмеження, що в свою чергу сприяє виникненню больових проявів та формуванню больового синдрому.

Були відстежені співвідношення між розсіяним склерозом та окремими варіантами больового синдрому.

З 32 випадків головного боллю у хворих на РС у 11 випадках біль був до появи симптомів РС та з приєднанням цього захворювання не змінився, у 11 випадках – був до появи симптомів РС, з приєднанням РС посилювався, став більш частим та тривалим, у 10 випадках – з'явився у дебюті чи при подальшому перебігу РС. Терапія, що спрямована на лікування РС у 9 випадках сприяла зменшенню боллю, у 19 випадках не впливала на головний біль та у 4 випадках хворі не змогли визначитися у цьому питанні. Таким чином, з 32 хворих на РС з головним болем, 21 (65,7%) вказали на посилення головного боллю після появи симптомів РС або на появу боллю в дебюті чи при подальшому перебігу РС.

З 27 випадків боллю попереково-крижової локалізації у хворих на РС у 8 випадках біль був до появи симптомів РС, з приєднанням РС не змінився, у 6 випадках – був до появи симптомів РС, з приєднанням РС посилювався, став більш частим та тривалим, у 11 випадках – з'явився в дебюті чи при подальшому перебігу РС, у 2 випадках – за період існування РС біль зменшився. Терапія, що спрямована на лікування РС у 10 випадках сприяла зменшенню боллю, у 17 випадках – не впливала на біль у попереково-крижовому регіоні. Таким чином, з 27 хворих на РС з болем попереково-крижової локалізації 17 (62,9%) хворих вказали на посилення боллю з приєднанням симптомів

РС, появу боллю в дебюті чи при подальшому перебігу РС. Зменшення больових проявів поперекової локалізації у 2 (7,4%) хворих, скоріше за все пов'язане із зменшенням навантаження опорно-рухової системи внаслідок інвалідизації та зміни способу життя.

З 24 випадків боллю у суглобах у хворих на РС у 11 випадках біль був до появи симптомів РС, з приєднанням РС не змінився, у 4 випадку – був до появи симптомів РС, з приєднанням РС посилювався, став більш частим та тривалим, у 9 випадках – з'явився під час перебігу РС. Терапія, що спрямована на лікування РС у 13 випадках сприяла зменшенню боллю, у 11 випадках не впливала на біль. Таким чином, з 24 хворих на РС з болем у суглобах 13 (54,1%) хворих вказали на посилення боллю з приєднанням симптомів РС, появу боллю у суглобах в дебюті чи при подальшому перебігу РС.

Проведений аналіз співвідношень РС з трьома варіантами боллю, що зустрічаються частіше за все (головний біль, біль попереково-крижової локалізації, біль у суглобах) підтверджує роль РС в формуванні та хронізації больових синдромів. За отриманими даними, від 50 до 70% хворих вказують на те, що мають біль який з'явився в дебюті чи при подальшому перебігу РС або біль який був раніше, а з появою симптомів РС посилювався, став більш частим та тривалим.

#### ВИСНОВКИ

1. У результаті проведеного дослідження встановлено, що біль різної локалізації є характерним клінічним проявом у хворих на РС та був виявлений у 73,3% пацієнтів з групи обстежених.

2. Хворі на РС, що скаржаться на біль мають від однієї до семи локалізацій боллю, переважно дві або три локалізації. За локалізацією, найбільш характерними можна вважати головний біль (непокоїв 53,3% обстежених хворих), попереково-крижовий біль (непокоїв 45,0% обстежених хворих) та біль у суглобах (непокоїв 40,0% обстежених хворих).

3. Встановлено, що для хворих на РС, які мають рецидивуючий перебіг захворювання характерним є біль, що має від однієї до трьох локалізацій, а у хворих з первинно-прогресивним та вторинно-прогресивним перебігом РС зростає кількість локалізацій боллю або, навпаки, вони зовсім не скаржаться на біль.

4. Встановлені гендерні відмінності боллю у хворих на РС; біль шийної локалізації та біль в проекції внутрішніх органів був характерним для жінок (відповідно 50,0% та 23,3% від загальної кількості жінок з больовим синдромом) та майже не виявлявся у хворих чоловічої статі.

5. Встановлено, що хворі на РС з болем, порівняно з хворими на РС без больового синдрому, мають значно більшу представленість патології різних органів та систем організму, у тому числі інфекційно-запального походження.

6. Доведена роль РС у формуванні та подальшому перебігу больових синдромів. Від 50 до 70% хворих мали біль, який з'явився у дебюті чи при подаль-

шому перебігу РС або біль який турбував раніше, а з появою симптомів РС посилювся, став більш частим та тривалим.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Crombie I.K. Epidemiology of persistent pain // *Progress in Pain Research and Management* / Eds T.S. Jensen, J.A. Turner, Z. Wiesenfeld-Hallm - Seattle, 1997 - Vol.8. - P.53-61.
2. Павленко С.С. Эпидемиология боли. Обзор // *Неврологический журнал*. - 1999.- т.4, №1. - С.41-46.
3. Smith V.H., Penny K.I., Punes A.M. et al. The chronic Pain Grade questionnaire validation and reliability in postal research // *Pain* - 1997. - Vol.71 – P.141-147.
4. Рассеянный склероз. Под ред. Столярова И.Д., Осетрова Б.А., Практическое руководство.: Спб., ЭЛБИ - Спб., 2002. - 176 с.
5. Віничук С.М., Уніч П.П., Клименко В.В., Прокопів М.М. Поширеність розсіяного склерозу в різних регіонах України. Особливості перебігу та лікування // *Український Медичний часопис*. - 2000. - № 6. - С.51-54.
6. Волошина Н.П., Шестопалова Л.Ф., Негреба Т.В. та ін. Копаксон в лікуванні хворих на розсіяний склероз // *Український вісник психоневрології*. - 2002. - Т.10, вип.2 (31). - С.199-202.
7. Archibald C.J., McGrath P.J. et al. Pain prevalence, severity and impact in a clinic sampl of multiple sclerosis patients // *Pain*.- 1994. - Vol.58 - P.89-93.
8. Comi G. Fatigue and pain in multiple sclerosis. Teaching course “Multiple sclertosis and CNS inflammation”, 7<sup>th</sup> Congress of EFNS 30.08-2.09.2003, 39 p.
9. Торопина Г.Г., Шмидт Т.Е. Боль при рассеянном склерозе // *Неврологический журнал*. - 2003. - т.8, №1. - С.40-43.
10. Патент на корисну модель № 53783 UA МПК А61В 19/00. Спосіб діагностики больових синдромів у хворих на розсіяний склероз / Автор: Федосєєв С.В.; патентовласник: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України». - заявлено 24.11.2009, опубліковано 25.10.2010, бюл. №20.
11. Рассеянный склероз. Википедия. - [www.ru.wikipedia.org](http://www.ru.wikipedia.org).
12. Polman C.H., Reingold S.C., Banwell B. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria // *Annals of Neurology*. - 2011. - 69 (2)– P. 292–302.