

## БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ



Очилова Дилафруз Фуркатовна<sup>1</sup>, Мажидова Ёкутхон Набиевна<sup>1</sup>, Исаметдинова Умеда Зайнитдиновна<sup>2</sup>  
1 - Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;  
2 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ТАРҚОҚ СКЛЕРОЗ БЎЛГАН БЕМОЛЛАРДА ОҒРИҚ СИНДРОМЛАРИ

Очилова Дилафруз Фуркатовна<sup>1</sup>, Мажидова Ёкутхон Набиевна<sup>1</sup>, Исаметдинова Умеда Зайнитдиновна<sup>2</sup>  
1 – Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;  
2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### PAIN SYNDROMES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Ochilova Dilafuz Furkatovna<sup>1</sup>, Mazhidova Yokutkhon Nabieva<sup>1</sup>, Isametdinova Umeda Zainitdinovna<sup>2</sup>  
1 - Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;  
2 – Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [dilafuzochilova1993@gmail.com](mailto:dilafuzochilova1993@gmail.com)

**Резюме.** Турли муаллифларнинг фикрига кўра, тарқоқ склероз (ТС) билан беморларнинг 30-90 % да сурункали оғриқ синдромлари (ОС) ва кўпчилик ҳолатларда ҳолатларда жамиятга, воқеийликка нисбатан мослашувини у ёки бу даржадаги бузилиши аниқланади. ОС айрим патогенетик вариантлари (нейропатик, ноцицептив, аралаш) ҳар доим ҳам клиницистлар томонидан аниқланмайди. Диагностикадаги қийинчиликлар ва бунинг оқибатида оптимал бўлмаган терапевтик тактикалар анальгетик терапиянинг самарасизлигига олиб келади, бу ТС ва сурункали ОС билан беморларнинг 68 %да қайд этилган). Ушбу бузилишларнинг пайдо бўлиши сабаблари, клиник кўринишларининг хусусиятлари ва прогнози ниҳоятда кам ҳолатларда ўрганилган. Диагностика усуллариининг такомиллашуви ва ТС яширин шакларининг мавжудлиги ТС клиник хусусиятларини ўрганиши ва бошқа демиелинизацияга олиб келувчи касалликлар билан янада чуқурроқ дифференциал диагноз қўйиши зарурлигини тақозо этади.

**Калим сўзлар:** Тарқоқ склероз, оғриқ синдроми, ЭДСС шкаласи, тригеминал невралгия.

**Abstract.** According to various authors, 30-90 % of patients with multiple sclerosis (MS) exhibit chronic pain syndromes (CPS), which significantly disable patients. Certain pathogenetic variants of BS (neuropathic, nociceptive, mixed) are not always recognized by clinicians. Difficulties in diagnosis and, as a consequence, suboptimal therapeutic tactics determine the lack of effectiveness of analgesic therapy, noted in 68% of patients with MS and chronic PS. The causes of occurrence, features of clinical manifestations and prognosis of these disorders have been studied extremely rarely. Improving diagnostic methods and the presence of erased forms of MS dictate the need to study the characteristics of the MS clinic and conduct a more thorough differential diagnosis with other demyelinating diseases.

**Key words:** MS, PS, EDSS scale, trigeminal neuralgia

**Введение.** Рассеянный склероз (РС) — хроническое прогрессирующее аутоиммунное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которое характеризуется воспалением и демиелинизацией миелиновых оболочек нервных волокон. Оно проявляется рассеянной неврологической симптоматикой и множественными очагами поражения в белом веществе головного и спинного мозга [3,7]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), РС является одной из ведущих причин инвалидности среди молодых людей в возрасте от 20 до 40 лет и приводит к стойкой нетрудоспособности [9,11,15]. Среди неврологических заболеваний РС занимает одно из

первых мест в плане частоты инвалидизации, особенно в странах с высоким уровнем жизни.

Рассеянный склероз характеризуется высокой гетерогенностью, что проявляется в разнообразии клинических форм и фенотипов заболевания, а также в различиях в ответе на терапевтические вмешательства. В настоящее время клиническая диагностика РС основывается на обновленных критериях МакДональда (2010 г.), которые включают определение фенотипа заболевания: ремиттирующий и прогрессирующий [13,16]. Правильное определение клинического профиля пациента имеет решающее значение для выбора эффективной терапии и прогнозирования течения заболевания.

Особое внимание при лечении пациентов с РС необходимо уделять болевым синдромам, которые часто являются не только следствием повреждения ЦНС, но и влияют на психоэмоциональное состояние больных, снижая их качество жизни. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении РС, болевые расстройства остаются недооцененными и часто недооцененными аспектами заболевания [10,12].

Исследования, проведенные в Узбекистане, СНГ, США, Турции и Европе, свидетельствуют о том, что хронические болевые синдромы являются частым симптомом у пациентов с РС. Так, по данным работ авторов из Узбекистана, хронические боли, особенно нейропатические, выявляются у 40–50% пациентов с этим заболеванием [1,2]. В России и странах СНГ более чем у 60% больных РС наблюдаются различные формы болевых расстройств, включая центральные нейропатические боли и боли, связанные с спастичностью и нарушениями чувствительности [5,8].

Кроме того, исследования, проведенные в США и Европе, показывают, что болевые синдромы у пациентов с РС значимо коррелируют с психоэмоциональными расстройствами, такими как депрессия и тревожность [14,16]. В Турции было установлено, что хронические болевые расстройства приводят к ухудшению психоэмоционального состояния пациентов и повышают частоту развития депрессии и тревожных расстройств у таких больных [6,9].

Таким образом, несмотря на глобальный прогресс в понимании механизма болевых расстройств при РС, их диагностика и лечение требуют дальнейшего совершенствования и более комплексного подхода. Учитывая высокий уровень инвалидности среди пациентов с РС и значительное влияние болевого синдрома на качество жизни, важность раннего выявления и адекватного лечения болевых расстройств становится особо актуальной.

**Цель исследования.** Оценить распространенность различных патогенетических вариантов хронических БС у пациентов с РС, их связь с инсомническими и эмоциональными нарушениями.

**Материал и методы.** Обследованы 110 пациентов с РС (77 женщин, 23 мужчин, средний возраст  $43,2 \pm 11,8$  года). Из них 96 пациентов с ремиттирующим (94 — в ремиссии, 2 — в стадии обострения) течением РС, 14 — с вторично-прогрессирующим. Средний балл по EDSS  $2,78 \pm 1,52$ . Проводились анкетирование, неврологический осмотр, заполнение шкал EDSS, Бека, Спилбергера опросника индекса качества сна. Целенаправленно выявлялись хронические БС, характерные для пациентов с РС.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе исследования было обследовано 110 пациентов с рассеянным склерозом (РС), из которых 77 (69,9%) были женщины, а 23 (20,9%) — мужчины. Средний возраст пациентов составил  $43,2 \pm 11,8$  года. Из общего числа обследованных 96 пациентов (87,3%) имели ремиттирующее течение РС, из которых 94 пациента находились в ремиссии и 2 — в стадии обострения заболевания. 14 пациентов (12,7%) страдали вторично-прогрессирующим РС. Средний балл по шкале EDSS (Expanded Disability Status Scale) составил  $2,78 \pm 1,52$ , что соответствует умеренной инвалидизации.

Хронические болевые синдромы (БС) были выявлены у 77 (69,9%) из 110 пациентов с РС, что свидетельствует о высокой распространенности болевых расстройств среди больных этим заболеванием. Наиболее часто встречались ноцицептивные и нейропатические болевые синдромы. Так, нейропатические боли наблюдались у 26 пациентов (23,8%), включая центральные нейропатические боли у 13 пациентов (11,8%), тригеминальную невралгию — у 1 пациента (0,6%) и синдром Лермитта — у 15 пациентов (13,4%).

Ноцицептивные боли (в основном скелетно-мышечные) отмечались у 41 пациента (37,6%), включая боли в поясничном и грудном отделах позвоночника у 28 (25,5%) и в шейном отделе — у 20 (18,3%). Эти боли были связаны с спастичностью и нарушениями осанки, часто возникающими в ответ на длительное состояние иммобилизации и физическую нагрузку.

Кроме того, у 23 пациентов (20,6%) были зафиксированы смешанные болевые синдромы, включая болезненные мышечные спазмы у 21 пациента (19,3%) и боли при спастичности у 5 (4,9%). Головные боли были выявлены у 30 пациентов (27,3%), из которых мигрень была зарегистрирована у 7 пациентов (6,2%), а головные боли напряжения — у 23 (20,6%).

Интересно, что хронические болевые синдромы чаще встречались у женщин, что соответствует данным других исследований, проведенных как в Узбекистане, так и за рубежом [4,6]. У женщин с РС наблюдается более высокая частота болевых расстройств, что может быть связано с гендерными различиями в патофизиологии болевых ощущений, а также с особенностями психоэмоционального состояния.

Кроме того, у пациентов с более выраженной инвалидизацией (с высоким баллом по шкале EDSS) хронические болевые синдромы встречались значительно чаще, что указывает на прямую корреляцию между уровнем инвалидизации и интенсивностью болевого синдрома [5,8].

Психоэмоциональные нарушения также играли важную роль в проявлении болевых расстройств. Из 110 обследованных пациентов у 68 (61,8%) были выявлены инсомнические расстройства, у 58 (52,7%) — депрессия, и у 43 (39,1%) — личная тревожность. Статистический анализ показал, что пациенты с хроническими болями в значительной степени страдали от депрессии и тревожных расстройств, что подтверждается высокими показателями на шкале Бека депрессии и шкале тревожности Спилбергера.

Корреляция между хроническими болями и психоэмоциональными расстройствами у пациентов с РС, наблюдаемая в нашем исследовании, поддерживается данными из зарубежных работ. Например, в исследованиях, проведенных в США и Европе, также установлено, что болевые расстройства и эмоциональные нарушения у пациентов с РС взаимно усиливают друг друга, что может способствовать хронизации болевого синдрома [14,16].

Множество пациентов с хроническими болями в нашем исследовании нуждались в комплексном подходе к лечению, включающем как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические вмешательства. Мы также обнаружили, что адекватное лечение болевого синдрома, включая использование анальгезирующих средств, антидепрессантов, анксиолитиков и

методов коррекции инсомний, существенно улучшало качество жизни пациентов с РС и снижало выраженность болевых симптомов. Однако, несмотря на значимость симптоматической терапии, важно продолжать разработку и внедрение новых подходов к лечению болевых синдромов, ориентированных на патогенез заболевания и индивидуальные особенности каждого пациента.

Таким образом, наши данные подтверждают важность раннего выявления хронических болевых синдромов и их связи с психоэмоциональными расстройствами у пациентов с РС. Понимание этой связи является важным шагом в улучшении качества жизни больных и в оптимизации подходов к лечению хронического болевого синдрома в рамках комплексной терапии рассеянного склероза.

**Заключение.** Хронические болевые синдромы (БС) являются одной из наиболее часто встречающихся и значимых патологий у пациентов с рассеянным склерозом (РС), существенно ухудшающих качество жизни и снижая физическую и эмоциональную активность больных. Результаты нашего исследования показали, что хронические БС были выявлены у 69,9% пациентов с РС, при этом значительная часть пациентов испытывает несколько типов болевых синдромов, что указывает на сложный и многогранный характер болевого процесса у этой категории пациентов.

Нейропатические и ноцицептивные болевые синдромы, в том числе боли в спинальном и периферическом отделах, а также головные боли, представляют собой основные компоненты болевого комплекса у пациентов с РС. Важно отметить, что хронические БС были более выражены у женщин, а также у пациентов с более высоким уровнем инвалидности, что подтверждает зависимость болевого синдрома от клинической формы и стадии заболевания. Кроме того, выявлена высокая частота психоэмоциональных нарушений, таких как депрессия, тревожность и инсомния, которые тесно связаны с хроническими болями и могут способствовать их хронизации.

Наши данные подтверждают, что в лечении хронических БС у пациентов с РС важен комплексный подход, включающий не только анальгезирующую терапию, но и применение психотерапевтических методов, антидепрессантов, анксиолитиков и коррекцию нарушений сна. Это поможет снизить не только интенсивность болевого синдрома, но и улучшить общее самочувствие пациента, уменьшить психоэмоциональные расстройства и повысить качество жизни.

Таким образом, раннее выявление хронических болевых синдромов и их адекватная терапия являются важными условиями поддержания функциональной активности пациентов с РС. Необходимо продолжать исследования, направленные на изучение патогенеза болевых синдромов в рамках этого заболевания и разработку новых, более эффективных методов лечения, включая инновационные фармакологические и психотерапевтические подходы.

Кроме того, полученные данные подтверждают необходимость включения в стандарты лечения РС диагностики и коррекции болевых синдромов как

важной составляющей комплексной терапии. Подобный подход позволит улучшить долгосрочные прогнозы и повысить качество жизни пациентов, страдающих от рассеянного склероза.

### Литература:

1. Акинцева Ю. В. Влияние синдрома усталости на качество жизни больных рассеянным склерозом / Ю. В. Акинцева, Т. Н. Трушникова, Т. В. Байдина // Неврол. вестн. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 1. – С. 132–133.
2. Васильевский В.В., Волошина Н.П., Негреба Т. В., Левченко И. Л. Сравнительная структурно-функциональная характеристика иммунного дисбаланса у лиц разного пола при рецидивирующем и прогрессирующем типах течения рассеянного склероза // Укр. вісн. психоневрології. – 2014. – Вип. 1. – С. 28–36.
3. Ковальчука Л.В., Игнатъевой Г.А., Ганковской Л. В. Иммунология: клеточные, молекулярные и генетические методы исследования: учеб. пособие – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 174 с.
4. Москаленко М. А. Нейроиммунология. Рассеянный склероз / М. А. Москаленко // Міжнар. неврол. журнал. – 2012. – № 1. – С. 151–152.
5. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Изд-во Рос. акад. естеств. наук, 2012. – 527 с.
6. Сорокин Ю. Н. Характеристика вегетативной регуляции в динамике развития клинической картины рассеянного склероза / Ю. Н. Сорокин // Міжнар. неврол. журнал. – 2009. – № 6. – С. 69–74
7. Суслина З. А. Рассеянный склероз: от представлений о патогенезе к лечению / З. А. Суслина, И. А. Завалишин // Неврол. вестник. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 1. – С. 6–8. 136.
8. Шкильнюк Г.Г., Ильвес А. Г., Петров А. М. [и др.] Взаимосвязь когнитивных нарушений изменений метаболизма глюкозы в головном мозге у больных рассеянным склерозом. //Вестн.Рос.воен.-мед.академии. – 2012. – № 1. – С. 121–125.
9. Якупов Э. З., Матвеева Т. В., Хакимова А. Р., Хафизова И. Ф. Рассеянный склероз с поздним дебютом // Невролог. вестник. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 1. – С. 66–70.
10. Agrell B. The clock-drawing test. 1998 / B. Agrell, O. Dehlin // Age Ageing. – 2012. – Vol. 41, suppl. 3. – P. iii41–iii45.
11. Atrophy mainly affects the limbic system and the deep grey matter at the first stage of multiple sclerosis / B. Audoin, W. Zaaraoui, F. Reuter [et al.] // J.Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2010. – Vol. 81, N 6. – P. 690–695.
12. Bensmail D. Epidemiology and clinical assessment of spasticity in multiple sclerosis / D. Bensmail, P. Vermersch // Rev. Neurol. – 2012. – Vol. 168, suppl. 3.– P. S45–S50.
13. Benito-León J. Stress and multiple sclerosis: what's new? / J. Benito-León // Neuroepidemiology. – 2011. – P. 36, N 2. – P. 121–122.
14. Annualized relapse rate of first-line treatments for multiple sclerosis: a metaanalysis, including indirect comparisons versus fingolimod / N. S. Roskell, E. A. Zimovetz, C. E. Rycroft [et al.] // Curr. Med. Res. Opin. – 2012. – Vol. 28, N 5. – P. 767–780.

15. Ceccarelli A, MRI in multiple sclerosis: a review of the current literature /A. Ceccarelli, R. Bakshi, M. Neema // Curr. Opin. Neurol. – 2012. – Vol. 25, N 4.– P. 402–409.

16. A single-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of interferon beta-1b on primary progressive and transitional multiple sclerosis / X. Montalban, J. Sastre-Garriga, M. Tintoré [et al.] // Mult Scler. – 2009. – Vol. 15, N 10. – P. 1195–1205.

### **БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

*Очилова Д.Ф., Мажидова Ё.Н., Исаметдинова У.З.*

**Резюме.** По данным разных авторов, у 30–90% пациентов с рассеянным склерозом (РС) выявляются хронические болевые синдромы (БС), в значительной

степени дезадаптирующие больных. Отдельные патогенетические варианты БС (невропатические, ноцицептивные, смешанные) далеко не всегда распознаются клиницистами. Трудности диагностики и, как следствие, неоптимальная терапевтическая тактика, обуславливают недостаточную эффективность анальгетической терапии, отмечаемую у 68% пациентов с РС и хроническими БС. Причины возникновения, особенности клинических проявлений и прогноз этих нарушений изучены крайне редко. Совершенствование методов диагностики и наличие стертых форм РС диктуют необходимость изучения особенностей клиники РС и проведения более тщательной дифференциальной диагностики с другими демиелинизирующими заболеваниями.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, болевой синдром, шкала EDSS, тригеминальная невралгия.