

Немедикаментозные методы лечения боли в спине у больных с рассеянным склерозом

Г.И. Резков¹, И.В. Буякова², В.И. Шмырев^{1,3}

¹ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,

²ФГБУ «Клиническая больница №1» УД Президента РФ,

³ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Под наблюдением находилось 28 больных с рассеянным склерозом. Возраст пациентов был от 21 года до 68 лет. Средний возраст составил 40,4±3 года. Среди них мужчин было 10 (35,7%), женщин – 18 (64,3%).

Контрольная группа состояла из 43 больных с дорсалгией без рассеянного склероза в возрасте от 27 до 77 лет. Средний возраст составил 54,7±3 года. Мужчин было 19 (44,18%), женщин – 24 (55,82%).

По мнению авторов, включение в комплексную терапию дорсалгий немедикаментозных методов лечения (мануальной терапии, физиотерапии, лечебной гимнастики, массажа, иглорефлексотерапии) у всех наблюдаемых больных дало положительный эффект. Улучшилось общее состояние, снизились или полностью исчезли боли. У пациентов с рассеянным склерозом немедикаментозную терапию проводили по индивидуальной программе, с учетом всего неврологического статуса. Это способствовало восстановлению координации, объема и силы движений в позвоночнике и конечностях. Больные отмечали улучшение самочувствия, настроения, сна.

Ключевые слова: дорсалгии, рассеянный склероз.

28 patients with disseminated sclerosis have been followed-up. Their age ranged within 21 - 68 years. Average age was 40.4±3. Men - 10 (35.7%), women - 18 (64.3%).

Control group included 43 patients with dorsalgias without disseminated sclerosis aged 27 -77. Average age - 54.7±3 years. Men- 19 (44.18%), women - 24 (55.82%).

The authors consider that non-medicamentous techniques for treating dorsalgias (manual therapy, physiotherapy, curative gymnastics, massage, acupuncture) were effective in all observed patients. Their general state improved, pain became less or disappeared at all. Patients with disseminated sclerosis has non-medicamentous therapy by personally developed programmes which were developed taking into consideration their general neurologic status. Such an approach promoted the restoration of coordination, volume and power of movements in the spine and extremities. Patients had better sleep and mood.

Key words: dorsalgias, disseminated sclerosis.

Рассеянный склероз является хроническим прогрессирующим заболеванием нервной системы, которое развивается на фоне вторичного иммунодефицита, с развитием аутоиммунного процесса с повреждением миелина в головном и спинном мозге. Провоцирующими факторами начала заболевания являются неспецифический инфекционный агент, роды и др. [1, 2, 4].

Пациенты с рассеянным склерозом часто страдают как болевыми синдромами, связанными с основным заболеванием (тонические спазмы, симптом Лермитта и т. д.), так и болями в спине вследствие дистрофических изменений в позвоночнике.

Наряду с патогенетической терапией больные с болевым синдромом в спине при рассеянном склерозе нуждаются в назначении немедикаментозных методов лечения. С этой целью применяются физиотерапия, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, лечебная гимнастика, массаж и др. [3].

Под нашим наблюдением находилось 28 больных с рассеянным склерозом (основная группа) в возрасте от 21 года до 68 лет. Средний возраст составил 40,4±3 года. Среди них мужчин было 10 (35,7%), женщин – 18 (64,3%).

Контрольная группа состояла из 43 больных с дорсалгией без рассеянного склероза в возрасте от 27 до 77 лет. Средний возраст составил 54,7±3 года. Мужчин было 19 (44,18%), женщин – 24 (55,82%).

Дебют рассеянного склероза в основной группе у 14 (50%) женщин отмечался в возрасте до 40 лет, у 4 (14,2%) женщин – в возрасте от 40 до 50 лет. У мужчин дебют рассеянного склероза в 6 (21,4%) случаях произошел до 40 лет, в 1 (3,5%) случае – от 40 до 50 лет. В отличие от женщин, у мужчин отмечены 3 (10,7%) случая позднего на-

чала рассеянного склероза, в возрасте старше 50 лет. Наблюдалось 16 (57,14%) пациентов с церебральной формой рассеянного склероза и 12 (42,86%) пациентов с цереброспинальной формой рассеянного склероза. В период ремиссии госпитализировано 4 (14,3%) пациента, в период обострения – 24 (85,7%) пациента, в том числе 6 (21,4%) пациентов в дебюте заболевания, 3 (10,7%) пациента со вторично-прогрессирующим течением и 1 (3,57%) пациента с первично-прогрессирующим течением.

Для количественной оценки инвалидизации больных с рассеянным склерозом использовали шкалу нарушений жизнедеятельности Куртцке. К функциональным системам (ФС) в данной шкале относят пирамидную, мозжечковую, ствол головного мозга, сенсорную, функцию тазовых органов, зрительную, когнитивную и др.

Из табл. 1 видно, что у 18 (64,72%) пациентов мобильность была сохранена. Не требовалось вспомогательных средств для прохождения расстояния до 500 м. У 10 (35,28%) пациентов мобильность была нарушена (9 пациентов использовали вспомогательные средства – трости, костыли для передвижения, 1 пациент передвигался на инвалидном кресле).

Пациенты с рассеянным склерозом были госпитализированы не только по поводу основного заболевания, но и в связи с сопутствующей патологией, в частности с болями в спине.

Из 28 пациентов жалобы на боль в спине предъявляли у 12 (42,85%) больных. Из них 5 пациентов по шкале Куртцке оценивались в 5–6 баллов, 7 пациентов – в 3–4 балла.

Как видно из табл. 2, у 33,3% пациентов болевой синдром локализовался в шейном отделе позвоночника, 25%

Распределение больных с рассеянным склерозом по шкале Куртцке

Оценка ФС и мобильности больного	Характеристика	Церебральная форма	Цереброспинальная форма	Всего больных
1.	Нет нарушений жизнедеятельности, минимальные признаки поражения одной ФС	0	0	0
2.	Минимальные нарушения жизнедеятельности в одной ФС	0	0	0
3.	Умеренные нарушения в одной ФС или легкие нарушения в 3–4 ФС. Мобильность полностью сохранена	9 (32,1%)	1 (3,56%)	10 (35,66%)
4.	Мобильность сохранена, вспомогательных средств при передвижении не требуется, может пройти без отдыха до 500 м	5 (17,9%)	3 (10,7%)	8 (28,6%)
5.	Может пройти без отдыха около 200 м. Не может поддерживать полную активность в течение всего дня	2 (7,14%)	2 (7,14%)	4 (14,28%)
6.	Для преодоления 100 м с отдыхом или без него требуются вспомогательные средства	0	5 (17,9%)	5 (17,9%)
7.	Не способен пройти более 5 м, передвигается на инвалидном кресле в течение дня	0	1 (3,56%)	1 (3,56%)
8.	В основном прикован к постели или инвалидному креслу, многие функции самообслуживания сохранены, эффективно использует руки	0	0	0
9.	Полностью прикован к постели, может общаться и принимать пищу	0	0	0
9.5	Абсолютно беспомощен, не способен общаться или принимать пищу/глотать	0	0	0
Итого ...		16 (57,14%)	12 (42,86%)	28 (100%)

Таблица 2

Локализация болевого синдрома в спине у пациентов с рассеянным склерозом

Цервикалгия	Торакалгия	Люмбалгия	Цервикалгия и люмбалгия	Торакалгия и люмбалгия	Всего
4 (33,3%)	2 (16,7%)	3 (25%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)

страдали болью в поясничном отделе, сочетание болей в шейном и поясничном отделах позвоночника отмечалось у 16,7% больных, в 8,3% случаев наблюдалась боль в грудном и поясничном отделах позвоночника.

При проведении магнитно-резонансной томографии 12 пациентам с болевым синдромом в спине, с рассеянным склерозом грыжи межпозвонковых дисков выявлены у 9 (75%) пациентов (5 женщин и 4 мужчин). Межпозвонковые грыжи в шейном отделе позвоночника выявлены у 2 (16,7%) пациентов с цереброспинальной формой и 1 (8,3%) пациента с церебральной формой. В грудном отделе позвоночника межпозвонковые грыжи присутствовали у 2 (16,7%) пациентов с цереброспинальной формой рассеянного склероза. В поясничном отделе позвоночника у 2 (16,7%) пациентов с цереброспинальной формой и 1 (8,3%) пациента с церебральной формой обнаружены грыжи межпозвонковых дисков. Сочетание межпозвонковых грыж в поясничном и грудном отделах позвоночника было у 1 (8,3%) пациента с церебральной формой.

У всех 12 пациентов, имеющих жалобы на боль в спине, отмечался мышечно-тонический синдром. Причем,

как видно из табл. 3, мышечно-тонический синдром выявлялся не только в зоне болевого синдрома, но у части пациентов носил более распространенный характер. У 2 пациентов с цервикалгией, а также у 1 пациента с люмбалгией наблюдалось сочетание мышечно-тонического синдрома в шейном и поясничном отделах позвоночника, у 1 пациента с люмбалгией – сочетание мышечно-тонического синдрома в поясничном и грудном отделах позвоночника.

Интенсивность болевого синдрома в спине расценивалась у 11 (91,6%) пациентов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) боли от 3 до 6 баллов, у 1 (8,4%) пациента – 8–9 баллов. Изменение мышечного тонуса выявлено у 18 (64,28%) из 28 пациентов: у 17 (60,71%) пациентов отмечено повышение мышечного тонуса по спастическому типу, у 1 (3,5%) пациента наблюдалась диффузная мышечная гипотония.

В контрольной группе наблюдалось 19 (42,85%) пациентов с цервикалгией, 21 (50%) пациент с люмбалгией, 3 (7,14%) пациента с торакалгией. Грыжи межпозвонковых дисков выявлены у 31 (73,8%) пациента (13 случаев в шейном отделе позвоночника, 17 в поясничном отделе

Таблица 3

Локализация мышечно-тонического синдрома в различных отделах позвоночника у пациентов с рассеянным склерозом

Шейный	Грудной	Поясничный	Шейный и поясничный	Грудной и поясничный	Всего
2 (16,7%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	5 (41,6%)	2 (16,7%)	12 (100%)

позвоночника, 1 в грудном отделе позвоночника). Интенсивность болевого синдрома расценивалась по ВАШ боли в 8 (19%) случаях как слабая, в 29 (66,7%) случаях от 3 до 6 баллов, в 6 (21,42%) случаях в 8–9 баллов.

Наряду со стандартной медикаментозной терапией [нестероидные противовоспалительные средства (вольтарен, мовалис, ксефокам и др.), миорелаксанты (сирдалуд, баклофен, мидокалм и др.), габапентин, витамины группы В, лечебные паравертебральные блокады и т.д.] у всех больных с рассеянным склерозом и пациентов контрольной группы активно использовали нефармакологические методы лечения: физиотерапию, лечебную физкультуру, мануальную терапию, массаж, иглорефлексотерапию, занятия в бассейне. Нефармакологические методы лечения применяли у больных с рассеянным склерозом в целях уменьшения спастичности конечностей, купирования мышечно-тонического синдрома, профилактики формирования контрактур, коррекции болевого синдрома, увеличения объема движений в пораженном отделе позвоночника и конечностях, коррекции эмоциональных и других нарушений.

При проведении лечебной физкультуры использовались упражнения на растяжение спастичных мышц. Применялись активные и пассивные упражнения. Так, для уменьшения мышечного тонуса использовались упражнения в бассейне. Применялись массаж, лечение положением. Активно применяли методы мануальной терапии (постизометрическая релаксация, кожно-мышечные и мышечно-фасциальные техники), направленные на восстановление адекватного мышечного тонуса, увеличение объема движений, предупреждение развития контрактур. У больных с рассеянным склерозом использовали физиотерапевтические методики: бегущее магнитное поле, импульсное электромагнитное поле низкой частоты (аппарат «Инфита»). При болевых синдромах в спине у больных с рассеянным склерозом применяли динамические токи (ДДТ), синусоидальные модулированные токи (СМТ), электрофорез анальгина, новокаина, диметилсульфоксида, низкочастотную магнитотерапию.

У пациентов с дорсалгией без рассеянного склероза совместно с лекарственной терапией применяли аналогичные нефармакологические методы лечения. У всех 43 пациентов использовали физиотерапевтические методы лечения (СМТ, ДДТ, электрофорез, инфитатерапия и др.), назначали лечебную гимнастику, мануальную терапию (мягкотканые техники), массаж, иглорефлексотерапию.

Положительные результаты лечения получены как у пациентов с рассеянным склерозом, так и в контрольной группе. У больных с рассеянным склерозом выявлена корреляция результатов лечения в соответствии с градацией по шкале Куртцке. Выраженность болевого и миофасциального синдрома в спине значительно уменьшилась у 7 пациентов с оценкой 3–4 балла. У остальных 5 больных, имеющих оценку 5–6 баллов по шкале нарушений жизнедеятельности Куртцке, интенсивность болей уменьшилась на 25–30%, однако полностью боли не исчезли.

У пациентов контрольной группы купирование болевого и миофасциального синдромов достигнуто в 67% случаев, 33% выписаны с уменьшением выраженности болевого синдрома.

Таким образом, включение в комплексную терапию дорсалгий немедикаментозных методов лечения у всех наблюдаемых больных дало положительный эффект.

Улучшилось общее состояние, ослабли или полностью исчезли боли. Пациентам с рассеянным склерозом немедикаментозную терапию проводили по индивидуальной программе, с учетом всего неврологического статуса. Это способствовало восстановлению координации, объема и силы движений в позвоночнике и конечностях. Больные отмечали улучшение самочувствия, настроения, сна.

Выводы

1. Больных с рассеянным склерозом госпитализируют в стационар не только по поводу обострения основного заболевания. Сочетание с дорсопатией с болевым и мышечно-тоническими синдромами обуславливает 32,1% госпитализаций в стационар.

2. У 83,3% больных с рассеянным склерозом болевой синдром в спине имеет хроническое течение.

3. Обострение болевого синдрома в спине у больных с рассеянным склерозом требует более длительного лечения, чем в группе больных с дорсопатией без рассеянного склероза.

4. Больным с рассеянным склерозом не противопоказано применение в комплексной терапии нефармакологических методов лечения (мануальной терапии, физиотерапии, лечебной гимнастики, массажа, иглорефлексотерапии), дающих положительный терапевтический эффект.

Литература

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. *Рассеянный склероз*. — М.: Нефть и газ, 1997.
2. Завалишин И.А., Гусев Е.И., Яхно Н.Н. и др. *Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания*. — М.: Миклош, 2004.
3. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. *Реабилитация неврологических больных*. — М.: Медпресс-информ, 2009.
4. *Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики* / Под. Ред. И.А.Завалишина, В.И.Головкина. — М.: ООО «Эльф ИПР», 2000.
5. *Дифференциальная диагностика нервных болезней* / Под ред. Г.А.Акимова. — СПб.: Гиппократ, 1997.
6. Тринитатский Ю.В. *Рассеянный склероз*. — Ростов-на-Дону: «Молот», 2001.
7. Хондариан О.А., Завалишин И.А., Невская О.М. *Рассеянный склероз* — М.: Медицина, 1987.
8. Goodin D.S., Frohman E.M., Garmany G.P. *Disease modifying therapies in multiple sclerosis // Neurology*. — 2002.
9. Patten S.B., Fridhandler S., Beck C.A., Luanne M.M. *Depressive symptoms in a treated multiple sclerosis cohort // Multiple Sclerosis*. — 2003.
10. Clifford D.B., Trotter J.L. *Pain in multiple sclerosis. Arch. Neurology*. — 1984.
11. Monlin D.E. *Pain in multiple sclerosis. Neurology Clinical*. — 1989.