

УДК 616.832-004.2-06:616.8-009.7]-039.5-036.86

DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.16.7.2020.218242>

Боженко М.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Характеристики якості життя хворих на розсіяний склероз залежно від типу больового синдрому

Резюме. Актуальність. Одним із синдромів, на який найчастіше скаржаться хворі на розсіяний склероз (РС), є больовий синдром, що у багатьох випадках залишається недооціненим як лікарями, так і хворими, проте значною мірою впливає на якість їх життя. **Мета:** оцінити характеристики якості життя хворих на РС залежно від типу больового синдрому. **Матеріали та методи.** Обстежено 104 хворих на РС, які мали скарги на біль протягом останнього місяця. У кожного пацієнта визначено тип больового синдрому, проведено опитування за допомогою стандартизованих опитувальників (Pain Detect, ВАШ, SF-36), після чого був проведений аналіз характеристик якості життя при різних типах болю. **Результати.** У хворих на РС з больовими синдромами низькі значення показників фізичного та психологічного компонента якості життя виявлені при всіх типах болю. Найпоширенішими типами больових синдромів були постійний біль у кінцівці/кінцівках, головний біль напруження, болючі тонічні спазми та біль при спастичності. Медіанні показники характеристики «біль» при всіх типах болю є нижчими за 50 %, що демонструє вплив болю на формування структури якості життя. Найнижчі значення психологічного компонента якості життя відзначались при больових синдромах, що характеризуються регулярним раптовим високоінтенсивним нападopodobним болем, а саме феномені Лермітта — 31,1 % [24,4; 45,9], мігрені — 31,7 % [29,5; 39,1] та болючих тонічних спазмах — 35,4 % [28,0; 40,2]. Найнижчі значення фізичного компонента якості життя відзначались при скелетно-м'язовому болі, індукованому постуральними аномаліями, — 25,4 % [24,8; 28,1]. Найнижчі значення серед характеристик якості життя мала характеристика «рольові обмеження через фізичні проблеми» — 9 з 11 типів болю мали середнє значення 0 %. Більшість показників шкал якості життя мали вищі значення у хворих з одним типом болю, ніж у хворих з 2–3 типами ($p < 0,05$). Так, середнє значення фізичного компонента здоров'я було вірогідно вищим на 18,8 % ($p = 0,004$) у хворих з одним типом болю, ніж у хворих з 2–3 типами. У психологічному компоненті різниця між групами становила 4 % ($p = 0,05$). **Висновки.** Больові синдроми, їх тип, характеристики, поєднання впливають на формування структури якості життя хворих на РС. Якісна корекція больових синдромів з урахуванням їх типу та характеристик є додатковим інструментом для покращення якості життя пацієнта з РС. Найнижчі значення психологічного компонента якості життя відзначались при больових синдромах, що характеризуються регулярним раптовим високоінтенсивним нападopodobним болем. Найнижче значення фізичного компонента якості життя було при скелетно-м'язовому болі, індукованому постуральними аномаліями. Присутність у хворого на РС кількох типів болю більшою мірою впливає на фізичний компонент якості життя.

Ключові слова: розсіяний склероз; біль; якість життя

Вступ

Розсіяний склероз (РС) — це прогресуюче аутоімунне захворювання нервової системи, що пов'язане з фізичними порушеннями, втомлюваністю, хронічними больовими синдромами, тривогою, депресією, когнітивними змінами та іншими симптомами, які, поєднуючись між собою, суттєво впливають на якість життя хворих [1]. За даними ВООЗ, з-поміж усіх неврологічних захворювань основною причиною стійкої інвалідизації осіб молодого віку є саме РС [2]. Зазвичай перші симптоми захворювання проявляються в молодому, працездатному віці (20–40 років), коли люди перебувають на етапі становлення своєї професійної кар'єри та створення сім'ї. Недавнє загальноєвропейське дослідження показало, що вже на початкових етапах захворювання значна частка хворих на РС не в змозі зберегти або відновити звичну роботу навіть за відсутності значної фізичної втрати працездатності.

Одним із синдромів, на який найчастіше скаржаться хворі на РС, є больовий синдром. Згідно з даними різних досліджень, поширеність болю у хворих на РС становить від 29 до 92 %. Така розбіжність у результатах пов'язана з різною методологією досліджень. Дані метааналізу встановили, що поширеність болю серед пацієнтів із РС становить близько 63 % [3]. При РС виникають різні види і типи болю та їх поєднання. Класифікації переважно поділяють больові синдроми при РС на нейропатичні, тобто ті, що виникають на основі структурних змін внаслідок РС, та інші типи болю, включаючи ноцицептивний, з менш вивченим причинно-наслідковим зв'язком виникнення болю [4].

Завдяки розвитку медичної науки і появі нових можливостей хворобомодифікуючої терапії при РС протягом останніх десятиліть очікувана тривалість життя хворих на РС зросла і незначно відрізняється від популяції в цілому [5]. Тому фокус досліджень все більше зміщується до покращення результатів самооцінки хворим характеристик стану здоров'я, таких як якість життя [6]. Проте у клінічній практиці роль больових синдромів у структурі якості життя все ще недооцінюється, що демонструє дослідження, проведене Грау-Лопезом та ін., яке показало, що лише 38 % хворих з болем, пов'язаним із РС, отримували лікування больових синдромів. Кількість досліджень, які б вивчали характеристики якості життя при різних типах болю в хворих з РС, є обмеженою, що визначає актуальність проведеної нами роботи.

Мета роботи: оцінити характеристики якості життя хворих на РС залежно від типу больового синдрому.

Матеріали та методи

Обстежено 120 хворих з підтвердженим діагнозом розсіяного склерозу з різними типами перебігу. Діагноз РС підтверджений відповідно до критеріїв Макдональда 2017 року на основі клінічної картини, даних анамнезу захворювання, аналізу вогнищ на МРТ, дисемінації в просторі і часі. В пацієнтів з клінічно ізольованим синдромом при відсутності дисемінації в часі для підтвердження діагнозу була виконана люм-

бальна пункція для проведення аналізу ліквору на наявність олігоклональних СМР-специфічних антитіл. При детальному фізикальному обстеженні пацієнтів оглядали по системах організму, клінічно визначалась відсутність супутніх захворювань. Всі хворі перебувають на обліку «Д» у Львівському обласному центрі розсіяного склерозу. Серед обстежених хворих 104 особи (86,7 %) скаржилися на біль протягом останнього місяця. Ці хворі були залучені для подальшої оцінки характеристик якості життя. Середній вік у вибірці становив $38,7 \pm 9,6$ року, серед пацієнтів було 76 жінок та 28 чоловіків. Тривалість захворювання у вибірці — від 0 до 31 року, медіана — 6 років [3; 12,25]. Середній бал за шкалою EDSS — $3,64 \pm 0,24$. Медіана кількості загострень РС до моменту обстеження в анамнезі пацієнтів становила 10 [3; 15]. Критеріями виключення з дослідження були тяжкі супутні вроджені та набуті захворювання, больові синдроми, спричинені іншими захворюваннями, інші серйозні неврологічні захворювання в анамнезі.

Після отримання письмової інформованої згоди на участь у дослідженні проведено збір скарг, анамнезу, аналіз медичної документації, неврологічний і загальний медичний огляд обстежуваних, після чого хворі були розподілені за типом больових синдромів відповідно до механізм-базованої класифікації Труїні та ін. [7]. Для оцінки характеристик больових синдромів і якості життя хворих на РС використані стандартизовані опитувальники. Характеристики больових синдромів оцінено за допомогою опитувальника Pain Detect, що дає можливість оцінити інтенсивність болю завдяки наявності в ньому візуальної аналогової шкали оцінки болю (ВАШ), характеристики, вид і патерн больового синдрому. Для оцінки якості життя використовували опитувальник Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36), що, згідно з доступними науковими джерелами, вважається найбільш апробованим і валідним неспецифічним опитувальником для оцінки якості життя [8]. Оцінки дескрипторів характеристик якості життя у SF-36 проаналізовані, закодовані, підсумовані та перетворені за шкалою від 0 (низька якість життя) до 100 (оптимальна якість життя).

Результати та обговорення

На сьогодні не існує єдиної загальноприйнятої класифікації больових синдромів при РС. Для поділу больових синдромів на типи використана класифікація, авторами якої є Труїні та ін., що базується на механізмі виникнення болю та часто використовується у клінічній практиці та в наукових дослідженнях [7]. Згідно з цією класифікацією, кожний із 4 видів болю (нейропатичний, ноцицептивний, змішаний, інший) поділяється на типи, формуючи таким чином назагал 12 типів болю. До нейропатичного болю належать: постійний біль у кінцівці/кінцівках (1); тригемінальна невралгія (2); феномен Лермітта (3); до ноцицептивного болю — біль, пов'язаний з невритом зорового нерва (4); скелетно-м'язовий біль, індукований постуральними аномаліями (5); біль у спині (6); мігрень (7); головний

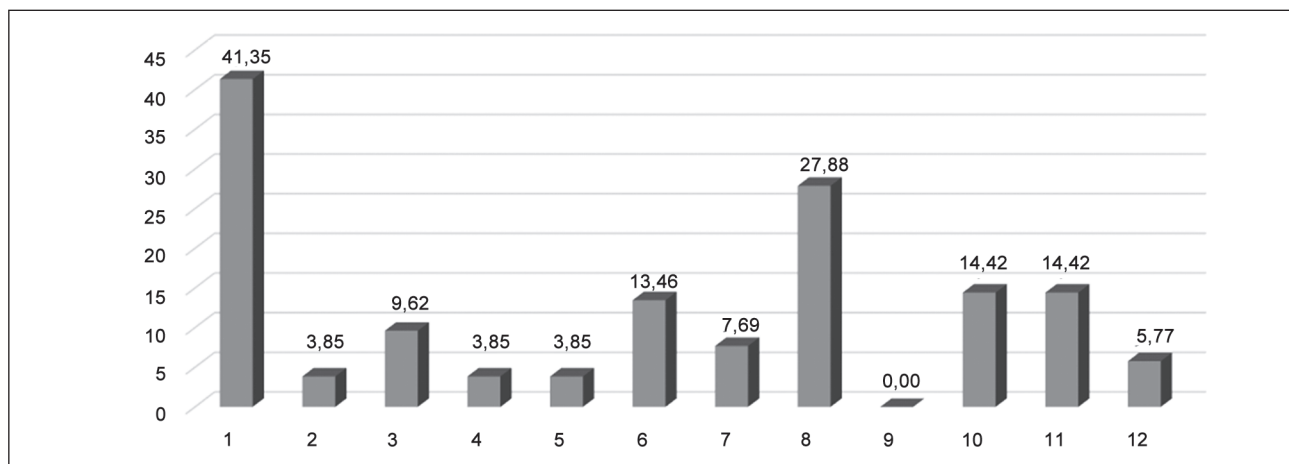


Рисунок 1. Розподіл хворих на РС за типом болю (%)

Примітка: хворі на РС могли мати декілька типів болю одночасно.

біль напруження (8); біль, викликаний надмірним споживанням ліків (9). До змішаного болю відносять: болючі тонічні спазми (10); біль при спастичності (11). Окремо виділяють інший біль (12). Розподіл обстежених нами хворих за типом болю зображений на рис. 1.

Аналізуючи дані рис. 1, ми бачимо, що близько половини опитаних нами хворих ($41,35 \pm 4,83$ %) мали постійний біль у кінцівці/кінцівках (тип 1), практично третина ($27,88 \pm 4,40$ %) — головний біль напруження (тип 8) та кожний сьомий ($14,42 \pm 3,45$ %) мав або болючі тонічні спазми (тип 10), або біль при спастичності (тип 11). Жодний із досліджуваних хворих не скаржився на біль, викликаний надмірним споживанням ліків (тип 9). В цілому ці дані відповідають даним метааналізу, проведеного Фоулі та ін [3]. У табл. 1, 2 узагальнені дані про структуру якості життя хворих на РС залежно від типу болю.

Складно виділити роль кожного окремого симптому і синдрому при РС у формуванні якості життя пацієнта, оскільки якість життя є складною, багатовимірною структурою. Проте попередні дослідження продемонстрували, що для 30–50 % хворих на РС біль є серйозною проблемою, що відіграє важливу роль у формуванні якості їх життя [9, 10]. Наявність болю пов'язана зі зниженням рівнів соціального та фізичного функціонування, а також функціонування верхніх і нижніх кінцівок [13]. Характеристика «біль» фізичного компонента якості життя з опитувальника SF-36 може слугувати індикаторним показником впливу больових синдромів на формування якості життя хворих.

Аналізуючи дані табл. 1, ми бачимо, що медіанні показники характеристики «біль» при всіх типах болю є нижчими за 50 %, що демонструє вплив болю на формування структури якості життя.

Найнижче значення фізичний компонент якості життя мав при скелетно-м'язовому болі, індукованому постуральними аномаліями, — $25,4$ % [24,8; 28,1]. Це, імовірно, пов'язано зі слабкістю та спастичністю, що є підґрунтям появи цього типу болю і можуть суттєво впливати на локомоторну функцію, а отже, і на фізич-

ні можливості. Проте, на протипагу цьому, пацієнти з цим типом болю мали порівняно високі показники психологічного компонента якості життя, що може бути пов'язано з тим, що постуральні аномалії виникають з часом, і ці люди вже навчилися жити зі своєю хворобою [7].

Найнижчі значення психологічного компонента якості життя відзначались при феномені Лермітта — $31,1$ % [24,4; 45,9], мігрені — $31,7$ % [29,5; 39,1] та болючих тонічних спазмах — $35,4$ % [28,0; 40,2]. Це типи больових синдромів, які характеризуються регулярним раптовим високоінтенсивним нападopodobним болем, через що пацієнти перебувають у постійному очікуванні нападу, що підвищує рівень тривожності [11].

Попри низькі значення показників фізичного і психологічного компонентів якості життя при всіх типах болю у хворих на РС, порівняно найвищі значення фізичного компонента відзначались при тригемінальній невралгії — $38,5$ % [35,7; 42,0]. Порівняно високі значення також були при болі у спині та мігрені. Порівняно найвищі показники психологічного компонента якості життя відзначались при іншому болі — $46,4$ % [40,3; 49,8], порівняно високі значення — при скелетно-м'язовому болі, індукованому постуральними аномаліями, та тригемінальній невралгії.

Хворі на РС з тригемінальною невралгією мали порівняно високі показники при обох компонентах якості життя. Це, імовірно, пов'язано з порівняно низькою частотою та меншою тривалістю нападів, а також з локальністю проявів тригемінальної невралгії, що не враховується дескрипторами SF-36 [12].

Серед характеристик якості життя найвищими при усіх типах болю були значення соціального функціонування: від $50,0$ [31,3; 81,3] до $75,0$ % [68,8; 78,1]. На другому місці за значенням часток показників якості життя було емоційне самопочуття — від $34,0$ [28,0; 51,0] до $56,0$ % [37,0; 74,0]; на третьому — фізичне функціонування — від $27,5$ [16,3; 38,8] до $70,0$ % [66,3; 75,0].

Найнижче значення серед характеристик якості життя мали рольові обмеження через фізичні проблеми:

Таблиця 1. Показники характеристик фізичного компонента якості життя (%) у хворих на РС залежно від типу болю

Показники якості життя	1		2		3		4		5		6		7		8		10		11		12	
	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3
1	31,8	27,4; 38,3	38,5	35,7; 42,0	33,4	28,5; 42,0	31,2	29,0; 33,9	25,4	24,8; 28,1	37,8	25,5; 43,8	37,3	31,2; 42,6	34,9	29,9; 38,6	32,5	29,6; 35,9	33,1	26,9; 37,5	30,4	25,3; 35,6
1.1	45,0	20,0; 60,0	70,0	66,25; 75,0	37,5	21,25; 73,75	37,5	20,0; 57,5	27,5	23,8; 33,8	50,0	26,3; 67,5	62,5	37,5; 83,8	55,0	30,0; 80,0	30,0	25,0; 60,0	30,0	20,0; 45,0	27,5	16,3; 38,8
1.2	0	0; 25	25,0	0; 56,3	0	0; 18,8	0	0; 6,3	0	0; 0	25,0	0; 75,0	0	0; 50,0	0	0; 25,0	0	0; 0	0	0; 37,5	0	0; 18,75
1.3	45,0	22,5; 51,3	22,5	21,9; 31,3	33,8	26,9; 42,5	38,8	30,0; 45,0	45,0	26,3; 55,0	26,3	15,0; 42,5	45,0	31,3; 46,3	32,5	22,5; 52,5	45,0	31,3; 52,5	35,0	22,5; 56,25	48,8	28,1; 54,4
1.4	35,0	30,0; 52,5	42,5	37,5; 53,8	42,5	26,3; 57,5	30,0	28,8; 35,0	40,0	27,5; 47,5	45,0	31,3; 60,0	37,5	32,5; 50,0	40,0	30,0; 55,0	40,0	30,0; 50,0	45,0	32,5; 57,5	52,5	46,3; 58,8

Таблиця 2. Показники характеристик психологічного компонента якості життя (%) у хворих на РС залежно від типу болю

Показники якості життя	1		2		3		4		5		6		7		8		10		11		12	
	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3
2	37,6	33,4; 43,9	38,7	30,0; 46,0	31,1	24,4; 45,9	37,1	30,9; 40,4	40,7	35,0; 45,0	38,0	33,3; 42,1	31,7	29,5; 39,1	37,9	33,9; 43,2	35,4	28,0; 40,2	38,1	29,1; 47,4	46,4	40,3; 49,8
2.1	48,0	38,0; 60,0	44,0	34,0; 58,0	38,0	25,0; 65,0	48,0	34,0; 61,0	56,0	37,0; 74,0	44,0	36,0; 55,0	34,0	28,0; 51,0	48,0	32,0; 56,0	44,0	26,0; 58,0	48,0	28,0; 62,0	52,0	52,0; 64,0
2.2	0	0; 33,3	16,7	0; 50,0	0	0; 0	0	0; 0	16,7	0; 33,3	16,7	0; 58,4	16,7	0; 66,7	0	0; 66,7	0	0; 0	0	0; 66,7	33,3	8,3; 58,4
2.3	62,5	50,0; 75,0	75,0	68,8; 78,1	62,5	40,6; 62,5	56,3	43,8; 68,8	62,5	40,6; 75,0	68,8	53,1; 84,4	56,3	46,9; 75,0	62,5	50,0; 75,0	62,5	37,5; 75,0	50,0	31,3; 81,3	56,3	50,0; 62,5
2.4	35,0	25,0; 45,0	40,0	26,3; 48,8	27,5	20,0; 41,3	35,0	18,8; 46,3	35,0	30,0; 35,0	40,0	25,0; 48,8	32,5	25,0; 41,3	40,0	20,0; 45,0	30,0	15,0; 40,0	30,0	17,5; 45,0	45,0	41,3; 52,5
3	25,0	25,0; 50,0	50,0	50,0; 56,3	25,0	25,0; 50,0	42,5	32,5; 56,3	37,5	25,0; 56,3	25,0	25,0; 43,8	37,5	18,8; 50,0	35,0	25,0; 50,0	50,0	25,0; 50,0	25,0	25,0; 37,5	25,0	25,0; 25,0

Таблиця 3. Характеристики якості життя (%) у хворих на РС з одним типом болю та у хворих з двома-трьома типами болю

Показники якості життя		1 тип болю		2–3 типи болю		Критерій Манна – Уїтні	
		Me	Q1; Q3	Me	Q1; Q3	U	P
1	Фізичний компонент здоров'я	37,2	30,5; 43,8	31,3	27,3; 36,7	839	0,004
1.1	Фізичне функціонування	55,0	35,0; 80,0	30,0	20,0; 57,5	888	0,011
1.2	Рольові обмеження через фізичні проблеми	0,0	0; 50,0	0,0	0; 25,0	1051,5	0,094
1.3	Біль	45,0	32,5; 65,0	32,5	22,5; 45,0	795	0,001
1.4	Загальний стан здоров'я	45,0	35,0; 55,0	35,0	30,0; 50,0	972	0,046
2	Психологічний компонент здоров'я	39,0	32,7; 47,0	37,5	29,3; 41,5	981	0,054
2.1	Емоційне самопочуття	52,0	44,0; 68,0	40,0	30,0; 56,0	901	0,014
2.2	Рольові обмеження через емоційні проблеми	33,3	0; 66,7	0,0	0; 33,3	968	0,028
2.3	Соціальне функціонування	62,5	50,0; 87,5	62,5	50,0; 75,0	1091,5	0,230
2.4	Життєва активність	40,0	30,0; 55,0	30,0	20,0; 40,0	870,5	0,007
3	Зміна здоров'я	25,0	25,0; 50,0	25,0	25,0; 50,0	1220,5	0,739

більшість (9 з 11) типів болю мали середнє значення 0 %, лише типи 2 та 6 — 25,0 %. Низькі значення показників також мала така характеристика якості життя, як рольові обмеження через емоційні проблеми. Низькі показники цих характеристик якості життя свідчать про те, що фізичний і психологічний стан хворих на РС з больовими синдромами суттєво впливає на здатність виконувати роботу або займатись іншою повсякденною діяльністю. Співставляючи це з даними недавнього загальноєвропейського дослідження, яке показало, що вже на початкових етапах захворювання значна частка хворих на РС не в змозі зберегти або відновити звичну роботу навіть за відсутності значної фізичної втрати працездатності, можна припустити, що больові синдроми є одним із факторів, які впливають на це зниження працездатності [13].

Оскільки значна частка хворих ($37,50 \pm 4,75$ %) мали більше одного типу болю (табл. 3), було проведено порівняння показників якості життя у групі хворих лише з одним типом болю ($n = 65$) та у хворих з двома або трьома типами болю ($n = 39$).

Аналізуючи дані табл. 3, було встановлено, що більшість показників шкал якості життя мали вищі значення у хворих з одним типом болю, ніж у хворих з 2–3 типами ($p < 0,05$). Так, середнє значення фізичного компонента здоров'я було вірогідно вищим на 18,8 % ($p = 0,004$) у хворих з одним типом болю, ніж з 2–3 типами, — 37,2 [30,5; 43,8] проти 31,3 [27,3; 36,7] відповідно.

У психологічному компоненті різниця між групами становила 4 % ($p = 0,05$): 39,0 [32,7; 47] проти 37,5 [29,3; 41,5] відповідно. Тобто все ж таки фізичний компонент більше залежить від кількості типів болю, присутніх у хворих на РС, ніж психологічний компонент якості життя.

Найбільша різниця у показниках шкал груп (в 1,8 раза) відзначалась при показнику «фізичне функціонування»: 55,0 [35,0; 80,0] проти 30,0 % [20,0; 57,5] ($p = 0,01$) відповідно; найменша (в 1,3 раза) — при показнику «загальний стан здоров'я»: 45,0 [35,0; 55,0] проти 35,0 % [30,0; 50,0] ($p = 0,05$) відповідно.

Висновки

1. Больові синдроми, їх характеристики та особливості впливають на формування структури якості життя хворих на РС. Якісна корекція больових синдромів з урахуванням їх типу та характеристик є додатковим інструментом для покращення якості життя пацієнта з РС.

2. Найнижчі значення психологічного компонента якості життя відзначались при больових синдромах, що характеризуються регулярним раптовим високоінтенсивним нападаподібним болем (феномен Лермітта, мігрень, болючі тонічні спазми). Розуміння цього дасть клініцисту змогу більш детально оцінити психологічний статус пацієнта та корегувати його.

3. Найнижче значення фізичного компонента якості життя відзначалось при скелетно-м'язовому болі, індукованому постуральними аномаліями, що демонструє важливість попередження виникнення постуральних аномалій.

4. Присутність у хворого на РС кількох типів болю більшою мірою впливає на фізичний компонент якості життя.

5. У хворих на РС з больовими синдромами найнижчі значення серед характеристик якості життя мали рольові обмеження через фізичні проблеми, рольові обмеження через емоційні проблеми. Низькі показники цих характеристик якості життя свідчать про те, що фізичний і психологічний стан хворих на

РС з больовими синдромами впливає на здатність виконувати роботу або займатись іншою повсякденною діяльністю.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Kratz A.L. et al. How Do Pain, Fatigue, Depressive, and Cognitive Symptoms Relate to Well-Being and Social and Physical Functioning in the Daily Lives of Individuals With Multiple Sclerosis? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017. Vol. 98. Issue 11. P. 2160-2166. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.07.004>.
2. Berkowitz A.L. Global perspectives. *Neurology*. 2014. Vol. 82. Issue 16. P. 1463-1464. Doi: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000338>.
3. Foley P.L. et al. Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: Systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2013. Vol. 154. Issue 5. P. 632-642. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.12.002>.
4. Heitmann H. et al. Longitudinal prevalence and determinants of pain in multiple sclerosis: results from the German National Multiple Sclerosis Cohort study. *Pain*. 2020. Vol. 161. Issue 4. P. 787-796. Doi: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001767>.
5. Karamyan A., Sellner J. Journal Club: Effect of comorbidity on mortality in multiple sclerosis. *Neurology*. 2016. Vol. 86. Issue 22. P. e228-e230. Doi: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002718>.
6. Barin L. et al. The disease burden of Multiple Sclerosis from the individual and population perspective: Which symptoms matter most?

Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2018. Vol. 25. P. 112-121. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.07.013>.

7. Truini A. et al. A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis. *Journal Neurology*. 2013. Vol. 260. Issue 2. P. 351-367.

8. Nehrych O.I. et al. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19: validation and adaptation for Ukrainian population. *International Neurological Journal*. 2019. Vol. 0. Issue 5.107. P. 19-25. Doi: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.5.107.2019.176702>.

9. Algahtani H.A. et al. Quality of life among multiple sclerosis patients in Saudi Arabia. *Neurosciences*. 2017. Vol. 22. Issue 4. P. 261-266. Doi: <https://doi.org/10.17712/nsj.2017.4.20170273>.

10. Ysraelit M.C. et al. Quality of life assessment in multiple sclerosis: Different perception between patients and neurologists. *Frontiers in Neurology*. 2018. Vol. 8. Issue JAN. P. 1-6. Doi: <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00729>.

11. Nick S.T. et al. Multiple sclerosis and pain. *Neurological Research*. 2012. Vol. 34. P. 829-841. Doi: <https://doi.org/10.1179/1743132812Y.0000000082>.

12. Bozhenko M., Bozhenko N., Nehrych T. Features of trigeminal neuralgia in multiple sclerosis patients. *Journal of the Neurological Sciences*. 2019. Vol. 405. P. 286-287. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2019.10.1361>.

13. Kobelt G. et al. The burden of multiple sclerosis 2015: Methods of data collection, assessment and analysis of costs, quality of life and symptoms. *Multiple Sclerosis Journal*. 2017. Vol. 23. Issue 2 (suppl.). P. 4-16. Doi: <https://doi.org/10.1177/1352458517708097>.

Отримано/Received 10.07.2020

Рецензовано/Revised 24.07.2020

Прийнято до друку/Accepted 30.07.2020 ■

Боженко М.И.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Характеристики качества жизни больных рассеянным склерозом в зависимости от типа болевого синдрома

Резюме. Актуальность. Одним из синдромов, на который чаще всего жалуются больные рассеянным склерозом (РС), является болевой синдром, который во многих случаях остается недооцененным как врачами, так и больными, однако в значительной степени влияет на качество их жизни. **Цель:** оценить характеристики качества жизни больных РС в зависимости от типа болевого синдрома. **Материалы и методы.** Обследовали 104 больных РС, которые имели жалобы на боль в течение последнего месяца. У каждого пациента определен тип болевого синдрома, проведен опрос с помощью стандартизированных опросников (Pain Detect, ВАШ, SF-36), после чего был проведен анализ характеристик качества жизни при различных типах боли. **Результаты.** У больных РС с болевыми синдромами низкие значения показателей физического и психологического компонента качества жизни обнаружены при всех типах боли. Частыми типами болевых синдромов были постоянные боли в конечности/конечностях, головная боль напряжения, болезненные тонические спазмы, боль при спастичности. Медианные показатели характеристики «боль» при всех типах боли были ниже 50 %, что демонстрирует влияние боли на формирование структуры качества жизни. Наиболее низкие значения психологиче-

ского компонента качества жизни отмечались при болевых синдромах, характеризующихся регулярной внезапной высокоинтенсивной приступообразной болью, а именно феномене Лермитта — 31,1 % [24,4; 45,9], мигрени — 31,7 % [29,5; 39,1] и болезненных тонических спазмах — 35,4 % [28,0; 40,2]. Наиболее низкое значение физического компонента качества жизни было при скелетно-мышечной боли, индуцированной постуральными аномалиями, — 25,4 % [24,8; 28,1]. Наиболее низкое значение среди характеристик качества жизни имела характеристика «ролевые ограничения в связи с физическими проблемами» — 9 из 11 типов боли имели срединное значение 0 %. Большинство показателей шкал качества жизни имели более высокие значения у больных с одним типом боли, чем у больных с 2–3 типами ($p < 0,05$). Так, срединное значение физического компонента здоровья было достоверно выше на 18,8 % ($p = 0,004$) у больных с одним типом боли, чем у больных с 2–3 типами. В психологическом компоненте разница между группами составила 4 % ($p = 0,05$). **Выводы.** Болевые синдромы, их тип, характеристики, сочетание влияют на формирование структуры качества жизни больных РС. Адекватная коррекция болевых синдромов с учетом их типа и характеристик является дополнительным

инструментом для улучшения качества жизни пациентов с РС. Наиболее низкие значения психологического компонента качества жизни отмечались при болевых синдромах, характеризующихся регулярной внезапной высокоинтенсивной приступообразной болью. Наиболее низкое значение физического компонента качества жизни было при

скелетно-мышечной боли, индуцированной постуральными аномалиями. Наличие у больного РС нескольких типов боли в большей степени влияет на физический компонент качества жизни.

Ключевые слова: рассеянный склероз; боль; качество жизни

M.I. Bozhenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Quality of life characteristics in multiple sclerosis patients depending on the type of pain syndrome

Abstract. Background. Pain is one of the syndromes people with multiple sclerosis (MS) most often complained of. In many cases, pain remains underestimated by both doctors and patients, however, significantly affects patient's quality of life. The purpose was to evaluate the quality of life characteristics in MS patients depending on the type of pain syndrome. **Materials and methods.** One hundred and four patients with MS who had complaints of pain during the previous month were examined. Each person was diagnosed with a type of pain syndrome. Then a survey was conducted using standardized questionnaires (Pain Detect, VAS, SF-36) and analysis of the quality of life characteristics of patients with different types of pain was carried out. **Results.** In MS patients with pain syndromes, low values of physical and psychological components of the quality of life were found in all types of pain. The most common types of pain syndromes were ongoing extremity pain, tension-type headache, painful tonic spasms and spasticity pain. The median indicators of the "Pain" characteristic were below 50 % in all types of pain, which demonstrates the impact of pain on the formation of the quality of life. The lowest values of the psychological component of the quality of life were in pain syndromes characterized by regular sudden high-intensity paroxysmal pain, namely Lhermitt's phenomenon — 31.1 % [24.4; 45.9], migraine — 31.7 % [29.5; 39.1] and painful tonic spasms — 35.4 % [28.0; 40.2]. The lowest values of

the physical component of the quality of life were in musculoskeletal pain induced by postural abnormalities — 25.4 % [24.8; 28.1]. The lowest value among the characteristics of the quality of life was in "Role limitations due to physical problems" characteristic — 9 out of 11 types of pain had a mean value of 0 %. Most quality of life scale indicators had higher values in patients with one type of pain than in people with 2–3 types of pain ($p < 0.05$). Thus, the mean value of the physical component of health was proved to be higher by 18.8 % ($p = 0.004$) in patients with one type of pain than in those with 2–3 types. In the psychological component, the difference between the groups was 4 % ($p = 0.05$). **Conclusions.** Pain syndromes, their type, characteristics and combination affect formation of the quality of life structure in people with MS. Adequate correction of pain syndromes, taking into account their type and characteristics, is an additional tool to improve the quality of life in patients with MS. Lowest values of the psychological component of the quality of life were found in pain syndromes, which are characterized by regular sudden high-intensity paroxysmal pain. The lowest value of the physical component of the quality of life was in patients with musculoskeletal pain induced by postural abnormalities. The presence of several types of pain in a patient with MS has a greater impact on the physical component of the quality of life.

Keywords: multiple sclerosis; pain; quality of life