



М. І. БОЖЕНКО

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Місце болю в структурі неврологічних симптомів у хворих на розсіяний склероз та характеристики, які впливають на пріоритизацію болю пацієнтом

Мета — оцінити місце болю в структурі неврологічних симптомів у хворих на розсіяний склероз (РС) з точки зору пацієнта та визначити характеристики перебігу захворювання і больових синдромів, які впливають на сприйняття болю як симптому, котрий найбільше турбує хворих на РС.

Матеріали і методи. Обстежено 104 хворих з підтвердженим діагнозом РС. Проведено аналіз медичної документації, неврологічний і загальний медичний огляд, збір анамнезу захворювання та болю, а також анамнезу життя, зокрема щодо рівня освіти та релігійності. Для оцінки характеристик больових синдромів використано візуальну аналогову шкалу та опитувальник Short-form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2). У хворих з'ясували, який синдром РС турбує їх найбільше.

Результати. Біль був синдромом, який найбільше турбує, у 41,3% пацієнтів. Стать і релігійність не впливали на це сприйняття. Спостерігалася тенденція до частішого сприйняття болю як синдрому, котрий найбільше турбує, пацієнтами з нижчим рівнем освіти, але ця тенденція не була статистично значущою ($p=0,14$). Серед пацієнтів, для яких біль є синдромом, котрий найбільше їх турбує, виявлено більшу частку осіб з меншою кількістю загострень (1—10): ($65,1 \pm 7,3$) та ($44,3 \pm 6,4$)% відповідно ($p=0,04$). Частка пацієнтів, які вважали біль синдромом, котрий найбільше їх турбує, була більшою серед осіб, у яких біль був першим виявом РС. Порівняння характеристик болю за SF-MPQ-2 виявило вищі показники тривалого та різкого компонентів болю у пацієнтів із болем як синдромом, котрий найбільше турбує: 27,0 (18,5; 36,5) і 21,0 (10,0; 33,0) бала ($p=0,04$) та 20,0 (13,0; 30,0) і 12,0 (4,0; 26,0) балів ($p=0,03$) відповідно. Найсильніший біль за місяць був вищим за візуальною аналоговою шкалою у хворих, у яких біль був синдромом, котрий найбільше турбує (8 (7; 9) балів), порівняно з особами, яких біль не турбував найбільше (6 (4; 8) балів; $p=0,0001$). Частка хворих із больовим синдромом як найбільш значущим виявом РС у 2,2 рази перевищувала частку пацієнтів, для яких больові синдроми не були найбільш значущими при найсильнішій інтенсивності болю (8—10 балів): ($67,4 \pm 7,1$) та ($31,1 \pm 5,9$)% відповідно ($p=0,0003$). При порівнянні розподілу хворих за інтенсивністю середнього болю за місяць встановлено, що частка пацієнтів із високоінтенсивним болем була більше ніж удвічі вищою серед хворих, які вважали біль синдромом, котрий найбільше їх турбує в структурі РС.

Висновки. Понад третина хворих на РС вважали біль симптомом, який найбільше їх турбує у структурі цього захворювання. Така оцінка болю не залежить від статі та релігійності, але може мати певний зв'язок з рівнем освіти. Больові синдроми як симптом РС, який найбільше турбує, частіше траплялися у перші роки захворювання в осіб з незначною кількістю загострень. При оцінці характеристик структури болю встановлено, що у пацієнтів, які вважають біль синдромом, котрий найбільше турбує, вищі показники різкого і тривалого компонентів болю за відсутності різниці за афективним і нейропатичним. Важливим чинником у сприйнятті болю, як синдрому РС синдромом, що найбільше турбує, є інтенсивність найсильнішого болю за місяць, а також середня інтенсивність болю за місяць.

Ключові слова: розсіяний склероз, біль, больові синдроми, інтенсивність, симптом.

Розсіяний склероз (РС) — це запальне демієлінізуювальне нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи, на яке страждають близько 2,5 млн осіб у світі. Характеризується різними виявами неврологічних порушень. Розсіяний склероз є основною причиною нетравматичного неврологічного зниження працездатності у молодих осіб, а також другою за поширеністю причиною інвалідизації, поступаючись лише дорожньо-транспортним пригодам [5]. Тому РС є не лише медичною, а і соціально-економічною проблемою. Розсіяний склероз посідає друге місце після хронічної серцевої недостатності за прямими медичними витратами. Так, у США орієнтовна вартість прямих медичних витрат становить від 8528 до 54 244 доларів США на одного пацієнта з РС на рік [1].

Біль є одним із найпоширеніших інвалідизуючих клінічних синдромів у пацієнтів з РС [7]. Згідно з даними метааналізу, поширеність больових синдромів у популяції хворих на РС становить близько 63 %, у деяких дослідженнях цей показник ще вище — 93 % [8]. Дослідження демонструють вплив больового синдрому на якість життя пацієнтів. У наших попередніх публікаціях наведено характеристики структури якості життя в хворих на РС залежно від типу, виду і характеристик больових синдромів [4, 10, 12]. Больові синдроми при РС часто недооцінюються лікарями у структурі захворювання, оскільки обмежені можливості щодо об'єктивізації болю. Лікар не завжди усвідомлює важливе значення болю у формуванні якості життя, на відміну від симптомів, які можна оцінити під час неврологічного огляду чи додаткових тестувань.

Мета роботи — оцінити місце болю в структурі неврологічних симптомів у хворих на розсіяний склероз з точки зору пацієнта та визначити характеристики перебігу захворювання і больових синдромів, які впливають на сприйняття болю як симптому, котрий найбільше турбує хворих на розсіяний склероз.

Матеріали і методи

У Львівському обласному центрі розсіяного склерозу обстежено 120 хворих з підтвердженим діагнозом РС відповідно до критеріїв Макдональда (2017) з різними типами перебігу РС. З них 104 особи скаржилися на біль протягом останнього місяця. Після отримання письмової інформованої згоди на участь у дослідженні цих хворих було залучено в дослідження.

Проведено аналіз медичної документації, неврологічний і загальний медичний огляд, збір анамнезу захворювання та болю, а також анамнезу життя, зокрема щодо рівня освіти та релігійності. Для оцінки характеристик больових синдромів використано візуальну аналогову шкалу (ВАШ) та опитувальник Short-form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2). У хворих з'ясували, який синдром РС турбує їх найбільше.

Критеріями залучення у дослідження були: наявність розсіяного склерозу, підтвердженого відповідно до критеріїв Макдональда (2017), больового синдрому, пов'язаного з РС, протягом останнього місяця, вік понад 18 років, індивідуальна письмова згода пацієнта на участь у дослідженні.

Критеріями вилучення із дослідження були тяжкі супутні вроджені та набуті захворювання, больові синдроми, спричинені іншими захворюваннями, інші серйозні неврологічні захворювання в анамнезі.

Статистичне опрацювання отриманих результатів виконано за допомогою стандартних методів із застосуванням пакета прикладних програм MS Excel, RStudio. 1.1.442 та RCommanderv. 2.4-4. Аналіз проводили за показниками медіани (Me) та 25 % (Q_1) і 75 % квантилів (Q_3), що є доцільним при негауссівському розподілі показників у варіаційному ряді ознак. Значущість різниці показників у групах оцінювали за непараметричним критерієм для незалежних сукупностей Манна—Уїтні (U). Для оцінювання зв'язків між показниками проведено кореляційний аналіз за Спірменом. Статистично значущими вважали дані, якщо рівень значущості (p) був $< 0,05$.

Результати та обговорення

Середній вік хворих на РС становив $(38,7 \pm 9,6)$ року. Серед обстежених було 76 жінок та 28 чоловіків. Тривалість захворювання становила до 31 року (медіана — 6 років [3; 12,25]). Медіана кількості загострень РС до моменту обстеження в анамнезі пацієнтів — 10 [3; 15], середній бал за шкалою EDSS — $3,64 \pm 0,74$. Біль був синдромом, який найбільше турбує, у 35,83 % хворих на РС та у 41,35 % хворих на РС з больовими синдромами.

Результати опублікованих досліджень важливості симптомів і синдромів у структурі РС демонструють, що їх оцінка пацієнтами та лікарями відрізняється. Біль є одним із симптомів, які недооцінюють лікарі, попри високе місце в структурі важливості симптомів для пацієнтів. Попередні дослідження продемонстрували, що для 30—50 % хворих на РС біль є пріоритетною проблемою, яка відіграє важливу роль у формуванні якості їхнього життя, що узгоджується з отриманими нами результатами [2, 13]. Однак не всі дослідження вказують на ключову роль болю в структурі РС [11]. Деякі автори виділяють його лише при прогресуючих типах перебігу [3]. Така недооцінка больових синдромів призводить до того, що лише 38 % пацієнтів із РС, в яких наявні больові синдроми, отримують їх адекватне лікування [9].

При порівнянні розподілу за статтю відмінностей між групами за часткою осіб, які вважають біль синдромом, котрий найбільше турбує, не виявлено: у чоловіків — $(42,9 \pm 9,4) \%$, у жінок — $(40,8 \pm 5,6) \%$ ($p > 0,05$), що свідчить про те, що стать не впливає на сприйняття больових синдромів, як вияву РС, котрий найбільше турбує.

При оцінці впливу рівня освіти та релігійності встановлено, що у групі осіб, у яких біль був синдромом, котрий найбільше турбує, була більшою частка хворих із середньою освітою порівняно з групою осіб, в яких біль не був синдромом, що найбільше турбує: $(51,0 \pm 4,9)$ і $(31,3 \pm 11,6)$ % відповідно, хоча відмінність не була статистично значущою ($p = 0,14$). І навпаки, частка осіб з вищою освітою була більшою серед пацієнтів, в яких біль не був синдромом, котрий найбільше турбує: $(56,3 \pm 12,4)$ та $(44,2 \pm 4,9)$ % ($p = 0,37$). Це дає підставу припустити, що рівень освіти може впливати на сприйняття пацієнтом болю як найбільш значущого синдрому в структурі РС.

При аналізі розподілу хворих, в яких біль був синдромом, котрий найбільше турбує при РС, кореляції з релігійністю не виявлено ($p > 0,05$).

Важливо встановити, на якому етапі перебігу РС біль є ключовим синдромом захворювання. Порівняння пацієнтів за віком початку РС не виявило відмінності між групами ($p > 0,05$). При аналізі пацієнтів за тривалістю захворювання (табл. 1) у пацієнтів, в яких біль не був найбільш значущим синдромом, встановлено, що частіше (в 1,9 разу) реєстрували значну тривалість РС (11—20 років): $(36,1 \pm 6,1)$ і $(18,6 \pm 5,9)$ % ($p = 0,053$). Також виявлено відмінності за кількістю загострень. Так, менша їх кількість (1—10) була більш поширена серед пацієнтів, для яких біль є синдромом, котрий найбільше їх турбує: $(65,1 \pm 7,3)$ та $(44,3 \pm 6,4)$ % ($p = 0,04$).

Аналіз за тривалістю захворювання дає підставу припустити, що больові синдроми, як симптом РС, який найбільше турбує, частіше трапляються у перші роки захворювання в осіб з незначною кількістю загострень. Серед пацієнтів, які вважали біль першим виявом РС, була більшою частка осіб, котрі вважали біль синдромом, який найбільше турбує: $(62,8 \pm 7,4)$ і $(39,3 \pm 6,3)$ % ($p = 0,02$).

Для оцінки характеристик больових синдромів обрано опитувальник, який широко використовують у світі, з хорошою надійністю і значущістю — SF-MPQ-2. Він дає змогу сформулювати та оцінити структуру больових синдромів та їх ключові характеристики [13]. Для опису болю і пов'язаних з нею неприємних відчуттів SFMPQ-2 містить список з 22 дескрипторів, які оцінюють за 11-бальною шкалою (0—10). Дескриптори групуються в 4 основних характеристики болю (тривалий, різкий, афективний, нейропатичний), які формуються шляхом сумування бальних показників дескрипторів, відповідно до належності до однієї з 4 характеристик болю. Результати порівняння медіан значень видів болю за SF-MPQ-2 у групах пацієнтів виявили значно вищі показники тривалого та різкого компонентів болю у хворих із болем як синдромом, котрий найбільше турбує: $27,0$ [18,5; 36,5] і $21,0$ [10,0; 33,0] бала ($p = 0,04$) та $20,0$ [13,0; 30,0] і $12,0$ [4,0; 26,0] балів ($p = 0,03$) відповідно (табл. 2).

Т а б л и ц я 1
Розподіл пацієнтів за тривалістю захворювання та кількістю загострень

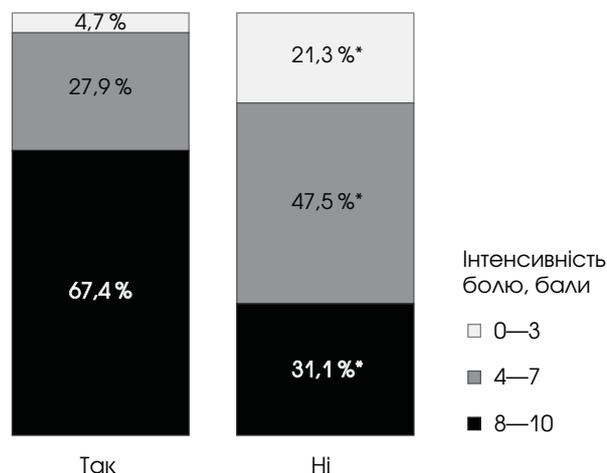
Показник	Біль — симптом, який найбільше турбує		χ^2	p
	Так (n = 43)	Ні (n = 61)		
Тривалість хвороби, роки				
Уперше встановлена	3 (7,0 ± 3,9)%	2 (3,3 ± 2,3)%	0,75	0,39
< 10	29 (67,4 ± 7,1)%	34 (55,7 ± 6,4)%	1,45	0,23
11—20	8 (18,6 ± 5,9)%	22 (36,1 ± 6,1)%	3,75	0,05
> 20	3 (7,0 ± 3,9)%	3 (4,9 ± 2,8)%	0,20	0,66
Кількість загострень				
1—10	28 (65,1 ± 7,3)%	27 (44,3 ± 6,4)%	4,40	0,04
11—20	10 (23,3 ± 6,4)%	23 (37,7 ± 6,2)%	2,43	0,12
21—30	3 (7,0 ± 3,9)%	10 (16,4 ± 4,7)%	2,04	0,15
> 30	2 (4,7 ± 3,2)%	1 (1,6 ± 1,6)%	0,82	0,37
Біль був першим виявом РС	27 (62,8 ± 7,4)%	24 (39,3 ± 6,3)%	5,55	0,02

Примітка. Показники наведено у вигляді середніх значень та стандартних відхилень.

Т а б л и ц я 2
Оцінка видів болю за опитувальником SF-MPQ-2, бал

Біль	Біль — симптом, який найбільше турбує		U	p
	Так (n = 43)	Ні (n = 61)		
Загальний бал	82,0 (56,5; 114,5)	64,0 (28,0; 109,0)	1004	0,04
Тривалий	27,0 (18,5; 36,5)	21,0 (10,0; 33,0)	1002	0,04
Різкий	20,0 (13,0; 30,0)	12,0 (4,0; 26,0)	974	0,03
Афективний	15,0 (9,5; 22,0)	14,0 (5,0; 22,0)	1123	0,21
Нейропатичний	19,0 (11,5; 29,0)	15,0 (8,0; 28,0)	1109	0,18

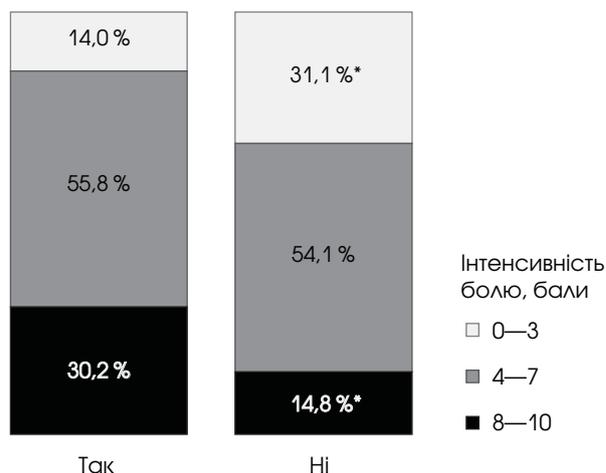
Примітка. Показники наведено у вигляді медіани та нижнього і верхнього кватилів.



Біль — синдром, що найбільше турбує

* Статистично значуща різниця щодо пацієнтів зі сприйняттям болю як основного синдрому ($p < 0,05$).

Рис. 1. Розподіл хворих на розсіяний склероз за інтенсивністю найсильнішого болю за місяць



Біль — синдром, що найбільше турбує

* Статистично значуща різниця щодо пацієнтів зі сприйняттям болю як основного синдрому ($p < 0,05$).

Рис. 2. Розподіл хворих на розсіяний склероз за середньою інтенсивністю болю за місяць

У своїх дослідженнях ми встановили, що інтенсивність болю є одним із чинників, які впливають на якість життя пацієнтів з РС [4]. Для оцінки середньої інтенсивності болю за місяць та найінтенсивнішого болю за останній місяць використали ВАШ.

Медіана інтенсивності болю за ВАШ на момент огляду хворих на РС з больовими синдромами становила 4 [2; 6], помірної інтенсивності болю — 5 [3,75; 7,00], найінтенсивнішого болю за місяць — 7 [5; 9]. Близько половини хворих на РС мали біль середньої інтенсивності (4—7 балів): (46,4 ± 9,4)% чоловіків та (46,1 ± 5,7)% жінок ($p = 0,97$). Найсильніший біль за місяць високої інтенсивності (8—10 балів) зареєстровано у (48,7 ± 5,7)% жінок та (39,3 ± 9,2)% чоловіків ($p = 0,39$).

За середньою інтенсивністю болю протягом останнього місяця хворих розділили на групи: з низькою інтенсивністю болю (1—3 бали за ВАШ), помірною інтенсивністю (4—7 балів) та високою інтенсивністю (8—10 балів).

Установлено, що 24% пацієнтів мали біль низької, 55% — помірної, 21% — високої інтенсивності. Отже, більшість хворих на РС скаржилися на біль помірної інтенсивності. У пацієнтів переважала помірно висока інтенсивність болю, що дає підставу припустити, що больові синдроми є важливим елементом синдромальної структури РС з точки зору оцінки власного стану хворими.

Вивчено вплив інтенсивності болю на сприйняття болю як синдрому РС, який найбільше турбує. Виявлено статистично значущу різницю між групами з різною інтенсивністю болю за сприйняттям болю. Найсильніший біль за місяць був вищим за ВАШ у хворих, у яких біль був синдромом, котрий найбільше турбує (8 [7; 9] балів), порівняно з особами, яких біль не турбував найбільше (6 [4; 8] балів; $p = 0,0001$) (рис. 1).

Частка хворих із больовим синдромом як найбільш значущим виявом РС у 2,2 рази перевищувала частку пацієнтів, для яких больові синдроми не були найбільш значущими при найсильнішій інтенсивності болю (8—10 балів): (67,4 ± 7,1) та (31,1 ± 5,9)% відповідно ($p = 0,0003$). Це свідчить про те, що найінтенсивніший біль за місяць суттєво впливає на сприйняття болю хворими як ключового синдрому в структурі РС.

При порівнянні розподілу хворих за інтенсивністю середнього болю за місяць встановлено, що частка пацієнтів із високоінтенсивним болем була більше ніж удвічі вищою серед хворих, які вважали біль синдромом, котрий найбільше їх турбує в структурі РС. На відміну від структури найінтенсивнішого болю за місяць, де у хворих, які вважають біль синдромом, котрий найбільше турбує, значно переважав біль високої інтенсивності, у структурі середньої інтенсивності болю за місяць серед хворих, які вважають біль синдромом, котрий найбільше турбує, більшість мали біль помірної інтенсивності (рис. 2).

Висновки

Більшість хворих на РС мають біль помірної інтенсивності.

Понад третина хворих на РС вважали біль синдромом, який найбільше їх турбує в структурі цього захворювання.

Сприйняття болю як синдрому, котрий найбільш турбує, не залежить від статі та релігійності, але має певний зв'язок з рівнем освіти. Серед пацієнтів із середньою освітою більша частка тих, хто вважав біль синдромом, котрий найбільше турбує, ніж серед пацієнтів з вищою освітою.

Больові синдроми як симптом РС, який найбільше турбує, частіше траплялися у перші роки

захворювання серед осіб з незначною кількістю загострень.

Серед пацієнтів, які вважали біль першим виявом РС, було більше осіб, котрі вважали біль синдромом, який найбільше їх турбує.

При оцінці характеристик структури болю встановлено, що серед пацієнтів, які вважали біль синдромом, який найбільше турбує, були вищі показники різкого та тривалого компонентів болю за відсутності різниці за афективним і нейропатичним.

Важливим чинником у сприйнятті болю є інтенсивність найсильнішого болю за місяць, а також

Конфлікту інтересів немає.

середня інтенсивність болю за місяць. Серед хворих на РС, які вважали біль синдромом, що найбільше турбує, більша частка мала високу інтенсивність найсильнішого болю за місяць, а також високу середню інтенсивність болю за місяць.

Розуміння важливості больових синдромів з точки зору пацієнта, а також знання чинників, які на це впливають, дає змогу клініцисту виділити групу хворих на РС, які потребують детальнішої оцінки больових синдромів, що дасть змогу поліпшити лікування і, як наслідок, — якість життя пацієнтів.

Література

- Adelman G., Rane S.G., Villa K. F. The cost burden of multiple sclerosis in the United States: A systematic review of the literature // *J. Med. Econ.* — 2013. — 16(5). — P. 639—647.
- Algahtani H.A., Shirah B.H., Alzahrani F.A., Abobaker H.A., Algha-naim N.A., Manlangit J. S. Quality of life among multiple sclerosis patients in Saudi Arabia // *Neurosciences.* — 2017. — 22(4). — P. 261—236. doi: 10.17712/nsj.2017.4.20170273.
- Barin L., Salmen A., Disanto G., Babačić H., Calabrese P., Chan A. et al. The disease burden of Multiple Sclerosis from the individual and population perspective: Which symptoms matter most? // *Mult. Scler. Relat. Disord.* — 2018. — 25. — P. 112—121.
- Bozhenko M. I. Quality of life characteristics in multiple sclerosis patients depending on the type of pain syndrome (Ukrainian) // *International Neurological Journal.* — 2020. — 0713. — P. 16—22.
- Browne P., Chandraratna D., Angood C., Tremlett H., Baker C., Taylor B. V. et al. Atlas of multiple sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity // *Neurology.* — 2014. — 83(11). — P. 1022—1024.
- Dworkin R.H., Turk D.C., Revicki D.A. et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2) // *Pain [Internet].* — 2009. — 144(1—2). — P. 35—42.
- Ferraro D., Plantone D., Morselli F., Dallari G., Simone A.M., Vitetta F. et al. Systematic assessment and characterization of chronic pain in multiple sclerosis patients // *Neurol. Sci.* — 2018. — 39(3). — P. 445—453. doi: 10.1007/s10072-017-3217-x.
- Foley P.L., Vesterinen H.M., Laird B.J., Sena E.S., Colvin L.A., Chandran S. et al. Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: Systematic review and meta-analysis // *Pain [Internet].* — 2013. — 154(5). — P. 632—642. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.12.002>.
- Grau-López L., Sierra S., Martínez-Cáceres E., Ramo-Tello C. Análisis del dolor en pacientes con esclerosis múltiple // *Neurología.* — 2011. — 26(4). — P. 208—213.
- Kratz A.L., Braley T.J., Foxen-Craft E., Scott E., Murphy J.F., Murphy S. L. 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? // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 2017. — 98(11). — P. 2160—2166. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.07.004>.
- Motl R.W., McAuley E., Snook E.M., Gliottoni R. C. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support // *Psychol. Heal. Med.* — 2009. — 14(1). — P. 111—124.
- Veličkaitė G., Jucevičiūtė N., Balnytė R., Laucius O., Vaitkus A. Pain characteristics and associations with quality of life in patients with multiple sclerosis in Lithuania // *Med.* — 2020. — 56(11). — P. 1—7. doi: 10.3390/medicina56110596.
- Ysraelit M.C., Fiol M.P., Gaitán M.I., Correale J. Quality of life assessment in multiple sclerosis: Different perception between patients and neurologists // *Front. Neurol.* — 2018. — 8(JAN). — P. 1—6. doi: 10.3389/fneur.2017.00729.

М. И. БОЖЕНКО

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Место боли в структуре неврологических симптомов у больных рассеянным склерозом и характеристики, влияющие на приоритизацию боли пациентом

Цель — оценить место боли в структуре неврологических симптомов у больных рассеянным склерозом (РС) с точки зрения пациента и определить характеристики течения заболевания и болевых синдромов, а также социальные факторы, влияющие на восприятие боли как симптома, который больше всего беспокоит больных РС.

Материалы и методы. Обследованы 104 больных с подтвержденным диагнозом РС и болевыми синдромами. Проведены анализ медицинской документации, неврологический и общий медицинский осмотр, сбор анамнеза заболевания и боли, а также анамнеза жизни, в частности об уровне образования и религиозности. Для оценки характеристик болевых синдромов использовали визуальную аналоговую шкалу и опросник Short-form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2). У больных выясняли, какой синдром РС беспокоит их больше всего.

Результаты. Боль была синдромом, который больше всего беспокоит, у 41,3% пациентов. Пол и религиозность не влияли на это восприятие. Наблюдалась тенденция к более частому восприятию боли как синдрома, который больше всего беспокоит, пациентами с низким уровнем образования, но эта тенденция не была статистически значимой ($p=0,14$). Среди пациентов, для которых боль является синдромом, который больше всего их беспокоит, выявлено большую часть лиц с меньшим количеством обострений (1—10): (65,1 ± 7,3) и (44,3 ± 6,4) %

соответственно ($p=0,04$). Доля пациентов, которые считали боль синдромом, который больше всего их беспокоит, была больше среди лиц, у которых боль была первым проявлением РС ($p=0,02$). Сравнение характеристик боли по опроснику SF-MPQ-2 выявило высокие показатели длительного и резкого компонентов боли у пациентов с болью как синдромом, который больше всего беспокоит: 27,0 (18,5; 36,5) и 21,0 (10,0; 33,0) балла ($p=0,04$) и 20,0 (13,0; 30,0) и 12,0 (4,0; 26,0) баллов ($p=0,03$) соответственно. Сильнейшая боль за месяц была выше по визуальной аналоговой шкале у больных, у которых боль была синдромом, который больше всего беспокоит (8 (7, 9) баллов), по сравнению с лицами, которых боль не беспокоила больше всего (6 (4, 8) баллов, $p=0,0001$). Доля больных с болевым синдромом как наиболее значимым проявлением РС в 2,2 раза превышала долю пациентов, для которых болевые синдромы не были наиболее значимыми при сильной интенсивности боли (8—10 баллов): (67,4 ± 7,1) и (31,1 ± 5,9) % соответственно ($p=0,0003$). При сравнении распределения больных по интенсивности средней боли за месяц установлено, что доля пациентов с высокоинтенсивной болью была больше чем вдвое выше среди больных, которые считали боль синдромом, больше всего их беспокоящем в структуре РС.

Выводы. Более трети больных РС считали боль симптомом, который больше всего их беспокоит в структуре этого заболевания. Такая оценка боли не зависит от пола и религиозности, но может иметь определенную связь с уровнем образования. Болевые синдромы как симптом РС, который больше всего беспокоит, чаще встречались в первые годы заболевания у лиц с незначительным количеством обострений. При оценке характеристик структуры боли установлено, что у пациентов, считающих боль синдромом, который больше всего беспокоит, высокие показатели резкого и длительного компонентов боли при отсутствии разницы по аффективному и нейропатическому. Важным фактором в этом восприятии является интенсивность сильной боли за месяц, а также средняя интенсивность боли за месяц.

Ключевые слова: рассеянный склероз, боль, болевые синдромы, интенсивность, симптом.

M. I. BOZHENKO

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv

The place of pain in the structure of neurological symptoms in patients with multiple sclerosis and the characteristics that affect the prioritization of pain by the patient

Objective — to evaluate the place of pain in the structure of neurological symptoms from the patient's point of view in patients with multiple sclerosis and determine the characteristics of the MS, pain syndromes and social factors that affect the perception of pain as a most disturbing symptom in patients with MS.

Methods and subjects. 104 patients with a confirmed diagnosis of multiple sclerosis and existing pain syndromes were examined. An analysis of medical records, neurological and general medical examination, medical history and history of pain, as well as life history with clarification of education background and religiousness were conducted. VAS and SF-MPQ2 questionnaires were used to assess the characteristics of pain syndromes. Patients were asked which multiple sclerosis syndrome disturbed them the most.

Results. Among the examined patients with MS, pain was the most disturbing syndrome for 41.3% of patients. Gender and religiosity did not affect this perception. There was a tendency to more frequent perception of pain as the syndrome that disturbed the most among patients with lower levels of education, but this trend was not statistically significant ($p=0.14$). Among patients with pain as the syndrome that disturbs them the most, there is a larger proportion of patients with a small number of MS relapses (1—10): 65.1 ± 7.3% vs. 44.3 ± 6.4%, respectively, $p=0.04$. Among patients who considered pain to be the first manifestation of MS, pain was considered to be the most disturbing syndrome more often ($p=0.02$). The results of pain characteristics comparison based on SF-MPQ-2 results showed significantly higher rates of continuous, intermittent pain components of pain in patients with pain as the most disturbing syndrome: 27.0 (18.5; 36.5) and 21.0 (10.0; 33.0) point, $p=0.04$; 20.0 (13.0; 30.0) and 12.0 (4.0; 26.0) points, $p=0.03$, respectively. The VAS scores of strongest pain for the last month were higher in the group of patients whose pain was the most disturbing syndrome — 8 (7; 9) points than in the group of patients whose pain was not the most disturbing syndrome — 6 (4; 8) points ($p=0.0001$). The proportion of patients with pain, as the most disturbing symptom of MS, was 2.2 times higher than the proportion of patients for whom pain was not the most disturbing symptom of MS in the group with the strongest pain intensity for the last month of 8—10 points: 67.4 ± 7.1% vs. 31.1 ± 5.9%, respectively ($p=0.0003$). A similar difference was found when comparing the distribution of patients by the intensity of average pain per month, where the proportion of patients with high-intensity average pain per month is more than 2 times higher among patients who consider pain the syndrome that disturbing them the most in the structure of MS.

Conclusions. More than a third of MS patients consider pain as a most disturbing symptom in the structure of this disease. Such an assessment of pain does not depend on gender or religiosity, however, may have some connection with the education level. Pain syndromes, as the most disturbing symptom of MS, will be more common among people in the first years of the disease, with a small number of MS relapses. While assessing the characteristics of pain structure, we found that among patients who consider pain as a most disturbing syndrome there were higher characteristics of continuous, intermittent components of pain, without differences in affective and neuropathic components. An important factor in this perception is the intensity of the strongest pain per month, as well as the average intensity of pain per month.

Key words: multiple sclerosis, pain, pain syndromes, intensity, symptom.

ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Bozhenko M. I. Місце болю в структурі неврологічних симптомів у хворих на розсіяний склероз та характеристики, які впливають на пріоритизацію болю пацієнтом // Український неврологічний журнал. — 2021. — № 1—2. — С. 19—24. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-1-2-19>.

Bozhenko M. I. The place of pain in the structure of neurological symptoms in patients with multiple sclerosis and the characteristics that affect the prioritization of pain by the patient (in Ukrainian). Ukrainian Neurological Journal. 2021;1-2:19-24. <http://doi.org/10.30978/UNJ2021-1-2-19>.