

УДК 616.832-004.2-053

Краткое сообщение

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ В РАЗНЫХ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Е. В. Лукина — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, кафедра неврологии ИДПО им. К. Н. Третьякова, кандидат медицинских наук; **О. А. Чернышева** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студентка 5 курса; **В. А. Елисеева** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студентка 5 курса.

FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN DIFFERENT CLINIC AND DEMOGRAPHIC GROUPS

E. V. Lukina — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology n.a. C. N. Tretiakov, Associate Professor, Candidate of Medical Sciences; **O. A. Chernysheva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, 5th Year Student; **V. A. Eliseeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, 5th Year Student.

Дата поступления — 24.02.2018 г.

Дата принятия в печать — 01.03.2018 г.

Лукина Е. В., Чернышева О. А., Елисеева В. А. Особенности психоэмоциональных расстройств у больных рассеянным склерозом в разных клинико-демографических группах. Саратовский научно-медицинский журнал 2018; 14 (1): 151–153.

Цель: проведение анализа психоэмоциональных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом, не получающих никакого лечения по поводу этих нарушений. **Материал и методы.** Для работы отобрана когорта пациентов с достоверным диагнозом рассеянного склероза, согласно критериям Ч. Позера, в составе 163 человек. Использовался четырехмерный симптоматический опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) и самоопросник для оценки симптомов фибромиалгии с оценкой количественных показателей (WPI, SS, FS). **Результаты.** Показаны различия средних значений уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации у пациентов с рассеянным склерозом разного пола, возраста, с разным типом течения и длительностью заболевания. **Заключение.** Нервно-психический статус пациентов зависит от типа течения заболевания, уровень дистресса — от возраста и пола, уровень соматизации — от возраста данной категории больных. В комплексном лечении данной категории больных необходимо использовать помимо патогенетической терапии симптоматическое лечение, не только оказывающее нейротрофический и вазоактивный эффект, но и влияющее на психоэмоциональный фон пациентов.

Ключевые слова: рассеянный склероз, дистресс, депрессия, тревога, соматизация.

Lukina EV, Chernysheva OA, Eliseeva VA. Features of psychoemotional disorders in patients with multiple sclerosis in different clinical and demographic groups. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2018; 14 (1): 151–153.

Purpose: to conduct an analysis of psychoemotional disorders in patients with multiple sclerosis, who are not receiving any treatment for these disorders. **Material and Methods.** A cohort of patients with a reliable diagnosis of multiple sclerosis, according to the criteria of C. Poser, consisting of 163 people, was selected for the research. A four-dimensional symptomatic questionnaire was used to assess distress, depression, anxiety and somatization (4DSQ) and a self-questionnaire for evaluating the symptoms of fibromyalgia with quantitative measures (WPI, SS, FS). **Results.** Differences in the average values of the level of distress, depression, anxiety and somatization in patients with multiple sclerosis of different sex, age, with different type of course and duration of the disease are shown. **Conclusion.** The neuropsychological status of patients depends on the type of course of the disease, the level of distress — from age and sex, the level of somatization — from the age of this category of patients. In the complex treatment of this category of patients it is necessary to use symptomatic treatment in addition to pathogenetic therapy, which has not only neurotrophic and vasoactive effects, but also affects the psychoemotional background of patients.

Key words: multiple sclerosis, distress, depression, anxiety, somatization.

Введение. Рассеянный склероз — хроническое прогрессирующее заболевание аутоиммунного генеза, при котором диффузно поражаются миелиновые оболочки проводящих путей в головном и спинном мозге, нарушается трофика нейронов с последующим развитием атрофии серого вещества. В клинической практике выявляются двигательные, чувствительные, координаторные, тазовые, зрительные, психогенные расстройства. На наш взгляд, проблемам именно в психической сфере у данной категории больных в течение длительного времени уделялось мало внимания. Однако в последние два десятилетия ситуация изменилась. Исследованиями разных авторов подтверждено, что психоэмоциональные нарушения при рассеянном склерозе вызывают порой более тяжелые страдания, чем физические дефекты [1–3].

Генез нервно-психических дисфункций связан не только с органическим поражением нервной си-

стемы, но и с психологической реакцией больных как на сам факт наличия болезни, так и на ее клинические проявления, приводящие к ухудшению качества жизни, а также с необходимостью длительного регулярного парентерального лечения [4].

К сожалению, в клинической практике психоэмоциональные расстройства у данной категории больных адекватно не оцениваются, что препятствует улучшению качества жизни пациентов.

Цель: проведение анализа психоэмоциональных расстройств у пациентов с рассеянным склерозом, не получающих никакого лечения по поводу этих нарушений.

Материал и методы. Для работы отобрана когорта пациентов с достоверным диагнозом рассеянного склероза, согласно критериям Ч. Позера, в составе 163 человек. Из них молодых людей (до 45 лет) было 110 человек (67,5%), а представителей зрелого возраста (45 лет и старше) 53 человека (32,5%). Средний возраст составил 38,7 года. В группе оказалось 116 женщин (71,2%) и 47 мужчин (28,8%). Соотношение М:Ж=1:2,5. Среди всех больных 15 человек

Ответственный автор — Лукина Елена Владимировна
Тел.: +7(905)3831726
E-mail: lukina-elena72@yandex.ru

(9%) имели вторично-прогредиентное течение заболевания. У остальных 149 человек (91%) течение заболевания было ремитирующее. По длительности заболевания все больные разделены на две группы: страдающие рассеянным склерозом 5 лет и менее (78 человек, или 47,9%) и более пяти лет (85 человек, или 52,1%).

Все больные регулярно получают иммуномодулирующие препараты (ПИТРС), в качестве патогенетической терапии, а также курсы симптоматического лечения. Нами использовался четырехмерный симптоматический опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) и самоопросник для оценки симптомов фибромиалгии с оценкой количественных показателей (WPI, SS, FS) [5–7].

Для обработки полученных данных использовался пакет анализа Microsoft Office Excel 2007. С его помощью определяли среднее значение параметров и стандартную ошибку среднего. Значимость различий оценивали по *t*-критерию Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В нашем исследовании средние значения по всем четырем показателям (дистресс, депрессия, тревога, соматизация) соответствовали норме. Однако у 37 человек уровень дистресса определялся как умеренно повышенный, а у 4 человек сильно повышенный уровень. При этом уровень соматизации у 30 человек оказался умеренно повышенный уровень, а у 3 пациентов выявлялся сильно повышенный уровень.

Сравнив все 4 показателя в зависимости от пола пациентов, получили следующие результаты. Уровень дистресса более выражен у мужчин ($7,7 \pm 0,46$), чем у женщин ($6,0 \pm 0,75$) ($p < 0,05$). Уровень депрессии существенно не различается в группах среди мужчин ($0,8 \pm 0,15$) и женщин ($0,5 \pm 0,15$) ($p > 0,05$). Показатели тревожности и соматизации отличаются, но статистически недостоверно. Средний показатель тревожности у мужчин составляет $2,5 \pm 0,23$, у женщин $1,7 \pm 0,35$ ($p > 0,05$). Средний показатель соматизации у мужчин составляет $7,0 \pm 0,43$, у женщин $5,6 \pm 0,75$ ($p > 0,05$).

Сравнили эти показатели и в зависимости от возраста больных. Уровень дистресса у молодых пациентов в возрасте до 45 лет ($8,7 \pm 0,79$) выше, чем у пациентов в возрасте 45 лет и старше ($6,7 \pm 0,46$) ($p < 0,05$). Уровень депрессии не различается в группах в зависимости от возраста, и различия являются статистически недостоверными. Средний показатель депрессии у молодых пациентов составил $0,9 \pm 0,27$, а у пациентов зрелого возраста $0,7 \pm 0,15$ ($p > 0,05$). При сравнении уровня тревоги различия также являются статистически недостоверными. Средний показатель уровня тревоги у пациентов до 45 лет составил $2,5 \pm 0,41$, в возрасте 45 лет и старше $2,1 \pm 0,23$ ($p > 0,05$). Однако уровень соматизации существенно отличается в зависимости от возраста. У молодых пациентов среднее значение составило $8,7 \pm 0,86$, у пациентов зрелого возраста $5,7 \pm 0,43$ ($p < 0,001$).

В зависимости от типа течения заболевания получили отличия по четырем показателям также различной степени выраженности. Среднее значение уровня дистресса у пациентов с ремитирующим течением составило $10,6 \pm 1,43$, с вторично-прогрессирующим течением $6,9 \pm 0,46$ ($p < 0,05$). Средний уровень депрессии у пациентов с ремитирующим течением составил $1,5 \pm 0,81$, с вторично-прогрессирующим течением заболевания $0,7 \pm 0,15$; различия существенные, однако являются статистически незначимыми

($p < 0,05$). Уровень тревоги зависит от течения заболевания. Средний уровень тревоги у пациентов с ремитирующим течением болезни составил $4,4 \pm 1,17$, с вторично-прогрессирующим $2,1 \pm 0,23$ ($p < 0,05$). Уровень соматизации также зависит от типа течения рассеянного склероза. Средний уровень соматизации у пациентов с ремитирующим течением составил $9,8 \pm 1,72$, с вторично-прогрессирующим течением $6,6 \pm 0,43$ ($p < 0,05$).

Все пациенты разделены на две группы в зависимости от длительности заболевания. Средний уровень дистресса у пациентов, страдающих рассеянным склерозом 5 лет и менее, составил $7,3 \pm 0,64$, а более пяти лет $7,1 \pm 0,46$ ($p > 0,05$). Средний уровень депрессии также не зависит от длительности заболевания. У пациентов, болеющих 5 лет и менее, он составил $0,8 \pm 0,2$, а более пяти лет $0,7 \pm 0,14$ ($p > 0,05$). Средний уровень тревоги у пациентов с длительностью заболевания 5 лет и менее составил $2,3 \pm 0,34$, а у более длительно болеющих пациентов $2,2 \pm 0,23$, что также статистически недостоверно ($p > 0,05$). Уровень соматизации имеет ту же тенденцию. Средний уровень соматизации у пациентов, болеющих рассеянным склерозом 5 лет и менее, составляет $6,9 \pm 0,66$, а более длительно — $6,3 \pm 0,43$ ($p > 0,05$).

Почти половина из опрошенных пациентов (49%) предъявляли жалобы на боли различной локализации, а 40% выделяли не менее двух болевых точек. Однако средний уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации у пациентов, предъявляющих и не предъявляющих жалобы на боль, не является статистически достоверным.

Обсуждение. В исследовании статистически достоверными явились различия уровня дистресса в зависимости от пола, возраста, типа течения заболевания, уровня тревоги в зависимости от типа течения заболевания, уровня соматизации в зависимости от возраста, типа течения заболевания. Все 4 показателя от длительности заболевания не зависят.

Природа психогенных расстройств при данном заболевании до настоящего времени окончательно не ясна. Несомненна органическая природа данных расстройств, генетическая предрасположенность играет не последнюю роль, как и социально-возрастные факторы. ПИТРС также могут являться причиной развития психогенных нарушений [8–11].

При вторично-прогрессирующем типе течения рассеянного склероза заболевание протекает тяжелее, имеются более выраженные органические изменения, ведущие к более явным социальным проблемам и нарушению качества жизни. Все это провоцирует развитие психогенных расстройств личности, которые требуют персонализированного лечения.

Заключение. Нервно-психический статус пациентов зависит от типа течения заболевания, уровень дистресса и соматизации — от возраста, а также уровень дистресса зависит от пола данной категории больных.

Учитывая изложенное, в клинической практике при лечении больных с рассеянным склерозом следует рекомендовать обращать внимание на весь спектр нервно-психических нарушений, особенно у больных с вторично-прогрессирующим типом течения. В комплексном лечении данной категории больных необходимо использовать помимо патогенетической терапии симптоматическое лечение, не только оказывающее нейротрофический и вазоактивный эффект, но и влияющее на психоэмоциональный

фон пациентов. Лечение каждого больного должно воздействовать на течение патологического процесса и улучшить качество жизни.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация результатов, утверждение рукописи для публикации — Е. В. Лукина; получение и обработка данных — О. А. Чернышева, В. А. Елисеева; написание статьи — Е. В. Лукина, О. А. Чернышева, В. А. Елисеева.

References (Литература)

1. Shmidt TE, Yakhno NN. Multiple sclerosis. Moscow: MEDpress-inform, 2016; 272 p. Russian (Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. М.: МЕДпресс-информ, 2016; 272 с.).
2. Caine ED, Schwid SR. Multiplesclerosis, depression, and the risk of suicide. *Neurology* 2002; 59: 662–3.
3. Kneebone II, Dunmore EC, Evans E. Symptoms of depression in older adults with multiple sclerosis (MS): comparison with a matched sample of younger adults. *Aging Ment Health* 2003; 7 (3): 182–5.
4. Lukina EV, Kuznetsova DE. An assessment of the level of anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2012; 8 (2): 484–8. Russian (Лукина Е.В., Кузнецова Д.Е. Оценка уровня тревожности и депрессии у больных рассеянным склерозом. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2012; 8 (2): 484–8).

5. Terluin B, van Marwijk HW, Ader HJ, et al. The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 34.

6. Terluin B, Smits N, Brouwers EP, de Vet HC. The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) in the general population: scale structure, reliability, measurement invariance and normative data: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes* 2016; 14 (1): 130.

7. Jongen PJ, Ruimschotel RP, Museler-Kreijns YM, et al. Improved health-related quality of life, participation, and autonomy in patients with treatment-resistant chronic pain after an intensive social cognitive intervention with the participation of support partners. *J Pain Res* 2017; 10: 2725–38.

8. Stolyarov ID, Osetrov BA (eds.). Multiple sclerosis. St.Petersburg: ELBI-SPb, 2002; 176 p. Russian (Столяров И.Д., Осетров Б.А. Рассеянный склероз. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002; 176 с.).

9. Bras M, Gregurek R, Milunović V, et al. Relationship between combat related posttraumatic stress disorder (PTSD) and multiple sclerosis (MS). *Psychiatr Danub* 2008; 20 (1): 80–4.

10. Hart DL, Memoli RI, Mason B, et al. Developing a Wellness Program for People with Multiple Sclerosis: Description and Initial Results. *Int J MS Care* 2011; 13 (4): 154–62.

11. Vleugels L, Pfenning L, Pouwer F, et al. Psychological functioning in primary progressive versus secondary progressive multiple sclerosis. *Br J Med Psychol* 1998; 71 (1): 99–106.

УДК 616.832–004.2–036.82

Обзор

«ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ» РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ВАРИАНТ БЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ И РЕЗУЛЬТАТ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР)

Н. С. Макаров — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры неврологии ИДПО им. К. Н. Третьякова, кандидат медицинских наук; **О. В. Колоколов** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой неврологии ИДПО им. К. Н. Третьякова, доцент, доктор медицинских наук.

“BENIGN” MULTIPLE SCLEROSIS: A VARIANT OF FAVORABLE DISEASE COURSE AND THE RESULT OF EFFECTIVE TREATMENT (REVIEW)

N. S. Makarov — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology of the Institute of Additional Professional Education n.a. K. N. Tretiakoff, Associate Professor, Candidate of Medical Sciences*; **O. V. Kolokolov** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Neurology of the Institute of Additional Professional Education n.a. K. N. Tretiakoff, Associate Professor, Doctor of Medical Sciences*.

Дата поступления — 07.02.2018 г.

Дата принятия в печать — 01.03.2018 г.

Макаров Н. С., Колоколов О. В. «Доброкачественный» рассеянный склероз: вариант благоприятного течения болезни и результат эффективного лечения (обзор). *Саратовский научно-медицинский журнал* 2018; 14 (1): 153–156.

Представлен обзор данных об изолированных синдромах демиелинизации, которые могут предшествовать рассеянному склерозу, и об особенностях течения так называемой «доброкачественной» формы рассеянного склероза. Показаны клинические и анамнестические критерии установления факта «доброкачественной» формы рассеянного склероза, а также тенденции изменения количества таких пациентов в общей популяции больных рассеянным склерозом, в том числе в связи с совершенствованием методов лечения этого заболевания.

Ключевые слова: рассеянный склероз, клинически изолированный синдром, радиологически изолированный синдром, «доброкачественный» рассеянный склероз, расширенная шкала оценки инвалидизации больных рассеянным склерозом (EDSS).

Makarov NS, Kolokolov OV. “Benign” multiple sclerosis: a variant of favorable disease course and the result of effective treatment (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2018; 14 (1): 153–156.

The article provides an overview of data on isolated demyelination syndromes that may precede multiple sclerosis, and on the peculiarities of the so-called “benign” form of multiple sclerosis. Clinical and anamnestic criteria for establishing the fact of a “benign” form of multiple sclerosis are presented, as well as trends in the number of these patients in the general population of patients with multiple sclerosis, including in connection with the improvement of treatment methods for this disease.

Key words: multiple sclerosis, clinically isolated syndrome, radiologically isolated syndrome, “benign” multiple sclerosis, Expanded Disability Status Scale (EDSS).