ISSN 2219-5297 (PRINT)
ISSN 2618-9860 (ONLINE)

РОССИЙСКИЙ ЖУРНАЛ БОЛИ

ТЕЗИСЫ
XXVI РОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ

Том 18

Специальный
выпуск

2020

**МЕДИЦИНА
БОЛИ:
ОТ ПОНИМАНИЯ
К ДЕЙСТВИЮ**

17–19 сентября 2020 г.
www.painrussia.ru

явлений псориаза оценивали по индексу PASI, включая оценку площади пораженной поверхности тела (BSA).

Результаты. Среди больных ПсА мужчин было 12 человек, женщин — 3. Возраст больных составил $48,2 \pm 10,56$ года, длительность суставного синдрома — от 7 мес до 5 лет, длительность кожного синдрома — от 1,5 до 22 лет. Преобладал спондилоартритический вариант (75%) с наличием воспалительной боли в спине согласно критериям ASAS 2009, полиартритический вариант встречался в 20% случаев, мутилирующий — в 5%. 26,7% пациентов имели ограниченный вульгарный псориаз, остальные — распространенный. Все больные принимали МТ в качестве БПВП в дозе от 10 до 20 мг в неделю, а также различные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Длительность терапии МТ составляла $20,4 \pm 13,7$ мес, на стабильной дозировке все пациенты были не менее 6 мес. Все пациенты имели умеренную активность заболевания (DAS28-CRP(4) от 4,28 до 5,01; DAPSA от 23 до 26,8), со средним числом болезненных и припухших суставов $11,8 \pm 5,6$ и $3,8 \pm 0,63$ соответственно. Средняя концентрация СРБ составила 15,38 мг/л. Активность заболевания по ВАШ пациентом была $61 \pm 8,9$ мм, врачом — $58 \pm 4,2$ мм, по шкале Ликерта — 2,5 балла. Наличие боли и функциональных ограничений негативно отразилось на всех параметрах качества жизни. По SF-36 изменялись физический ($41,64 \pm 10,9$) и ментальный ($39,22 \pm 9,2$) показатели. Значения HAQ-DI колебались от 0,50 до 1,25 (от минимального до умеренного снижения качества жизни), BASDAI — от 3,4 до 5,6 (преимущественно умеренной активности), DLQI — от 7 до 12 (псориаз оказывает от умеренного влияния на жизнь пациента до сильного), QIDS SR-16 — от 5 до 10 (легкая степень депрессии). Индекс площади поражения псориазом (PASI), как показатель степени выраженности и тяжести псориаза, составил от 4 до 13,6 балла, индекс BSA (площадь поверхности кожи, пораженной псориазом) в оценке распространенности кожных проявлений — от 2 до 9,8%.

Заключение. У всех пациентов со спондилоартритическим вариантом ПсА на фоне приема МТ в качестве БПВП не были достигнуты ремиссия или низкая активность. У 100% больных, несмотря на длительный прием МТ в стабильной дозировке, сохранялась умеренная клинико-лабораторная активность заболевания, что отразилось на всех показателях качества жизни (как на физическом состоянии, так и на ментальном, включая проявления легкой депрессии). Таким образом, пациентам с ПсА необходим постоянный мониторинг эффективности проводимой терапии с целью своевременной коррекции в виде повышения дозировки МТ или назначения комбинированного лечения, или генно-инженерной терапии, что позволит добиться снижения активности ПсА, уменьшения степени выраженности кожных проявлений, тем самым улучшить функциональную способность суставов, повысить качество жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спицина С.С., Шилова Л.Н., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Тихомирова Е.А., Мамус М.А. Оценка качества жизни больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов на фоне базисной терапии метотрексатом. Актуальные проблемы современной ревматологии: сборник научных работ. Волгоград. 2019; XXXVI. М.: Планета; 2019; 164–168.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Спицина С.С.^{1,2}, Шилова Л.Н.², Трофименко А.С.^{1,2}, Мозговая Е.Э.¹, Бедина С.А.¹

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии им. А.Б. Зборовского», Волгоград, Россия;

²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА), являясь одним из наиболее распространенных видов артрита, приводит к раннему развитию инвалидизации. Снижение трудоспособности в течение 5 лет заболевания встречается у каждого шестого пациента. Развитие и прогрессирование патологического процесса в суставах происходит в первые годы болезни, поэтому «окно терапевтических возможностей» небольшое, и актуальными являются проблемы ранней диагностики и фармакотерапии этого заболевания [1, 2].

Цель исследования. Оценить выраженность суставного синдрома, показатели качества жизни больных РА на ранних этапах заболевания, выявить основные влияющие факторы и фармакоэпидемиологические особенности, а также возможности повышения эффективности лечения.

Материал и методы. В исследование включались пациенты с установленным согласно критериям ACR/EULAR 2010 диагнозом РА, длительностью заболевания до 5 лет, с отсутствием системных проявлений и осложнений. Всем больным проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, рентгенография кистей. Активность РА оценивалась с помощью индекса DAS28-CRP(4). Оценка качества жизни пациентов проводилась на основании опросников HAQ и SF-36, а оценка восприятия активности заболевания пациентом — по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ SPSS 20.0.

Результаты. Среди обследованных были 27 (90%) женщин и 3 (10%) мужчин со средним возрастом $52,6 \pm 11,3$ года. Низкая активность и ремиссия не были зарегистрированы. У наблюдаемых пациентов РА диагностировался в среднем через 10 мес после дебюта клинических проявлений. Все больные принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): 90% больных принимали регулярно, 10% — только при усилении суставного синдрома. 37% пациентов принимали глюкокортикостероиды (метилпреднизолон 4–8 мг/день) ежедневно. Базисные противовоспалительные препараты (БПВП) принимали 80% больных, 20% — не получали БПВП (из них 10% самостоятельно бросили прием препаратов). В среднем терапия БПВП начиналась в течение первых 10 месяцев после возникновения первых симптомов. В группе без БПВП у всех была высокая активность заболевания, все принимали ГКС. Отмечался выраженный болевой синдром, который по ВАШ соответствовал в среднем 36 и 65 мм в группах с и без БПВП соответственно. Функциональный индекс анкеты HAQ составил $1,83 \pm 0,36$ балла. Наиболее страдали такие виды деятельности, как работа по дому, прогулки, вставание, гигиена. По шкале SF-36 были оцене-

ны физический и психологический компоненты здоровья, которые оказались сниженными (в среднем 35,82 и 37,56 соответственно). Параметры качества жизни у лиц без базисной терапии были достоверно хуже.

Заключение. Качество жизни больных РА достоверно снижается уже на ранних этапах заболевания, что обусловлено наличием хронического воспаления. Поэтому весьма актуально решение вопросов оказания медицинской помощи больным на ранней стадии. Необходимо, во-первых, раннее выявление и установление диагноза и, во-вторых, проведение оптимального лечения, а именно: своевременное обязательное назначение БПВП уже на ранней и очень ранней стадиях, повышение приверженности пациентов к лечению. Данные мероприятия позволяют избежать высоких доз симптоматических препаратов в виде ГКС и НПВП, уменьшить выраженность суставного синдрома и повысить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спицина С.С., Шилова Л.Н., Трофименко А.С., Мозговая Е.Э., Бедина С.А., Тихомирова Е.А., Мамус М.А. Оценка качества жизни больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов на фоне базисной терапии метотрексатом. Актуальные проблемы современной ревматологии: сборник научных работ. Волгоград. 2019. Выпуск XXXVI. М.: Планета; 2019;164-168.
2. Доценко С.С., Шилова Л.Н. Качество жизни пациентов с ревматоидным артритом на ранних этапах заболевания. Научно-практическая ревматология: Тезисы VII съезда ревматологов (Москва, 24—28 апреля 2017 г.). М. 2017;55:2:1-45.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДИСТОНИЧЕСКИХ ГИПЕРКИНЕЗОВ

Чернуха Т.Н., Лихачев С.А.

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Республика Беларусь, Минск

Дистонические гиперкинезы (ДГ) характеризуются наличием непроизвольных сокращений мышц, нерегулярно и неритмично повторяющихся изменений мышечного тонуса, приводящих к патологическим позам, часто сопровождаются болевым синдромом [1, 2].

Цель исследования. Исследовать распространенность и выраженность болевого синдрома при различных формах дистонии, оценить динамику болевого синдрома при лечении.

Методы. Для оценки степени болевого синдрома использовалась шкала визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Выраженность спастической кривошеи (СК) определялась по шкале TWSTRS. Для оценки степени тяжести ДГ с вовлечением конечностей, туловища использовалась международная оценочная шкала дистонического движения **Burke-Fahn-Marsden**. В РНПЦ неврологии и нейрохирургии наблюдаются 1178 пациентов с различными формами ДГ, при проведении неврологического осмотра проводилась оценка интенсивности боли и выраженности ДГ. В исследование вошло 648 (57,6%) пациентов со СК, 86 (7,6%) — с сегментарной дистонией (СД), 246 (21,9%) — с блефароспазмом, 58 (5,1%) — с закаталепсией дистонией, 27 (2,4%) — с генерализованной дистонией (ГД), 19 (1,7%) — с оромандибулярной дистонией (ОМД), камптокормией — 7 (0,6%), другими формами — 35 (3,1%).

Результаты. Болевой синдром в области шеи присутствовал в клинической картине у 457 (70,5%) из 648 пациентов со СК, интенсивность боли по шкале ВАШ была равна 4,0 [2,0; 5,0] балла. Дополнительно пациенты с СК предъявляли жалобы на неприятные ощущения, покалывание, онемение в области шеи испытывали 103 (15,8%) пациента. Корреляционной связи между степенью тяжести СК по шкале TWSTRS и уровнем боли по шкале ВАШ выявлено не было ($r_s=0,11$, $p>0,05$). При лечении инъекциями БТА отмечалась уменьшение болевого синдрома при СК до 2,0 [0,0; 2,0] баллов ($p<0,05$).

Для блефароспазма болевой синдром был не характерен, всего лишь 2 (0,8%) отметили наличие боли в глазах, жалобы сенестопатического характера имелись в 152 (61,79%) случаев, неприятные ощущения в глазах испытывали 137 (55,69%) пациентов, ощущение «песка в глазах» — 11 (4,47%), светобоязнь — 3 (1,22%), сухость глаз — 1 (0,41%) пациент.

Камптокормия наблюдалась у 39 пациентов с МД, из них у 7 (17,9%) пациентов встречалась как вариант фокальной дистонии, у 14 (35,9%) пациентов была одним из симптомов СД, у 18 (46,2%) — присутствовала в клинической картине ГД. Наличие болевого синдрома при камптокормии отметили 34 (87,18%) пациентов, оценка по шкале ВАШ имела высокие значения — 5,0 [3,5; 5,0] балла.

Симптомы оромандибулярного гиперкинеза наблюдались у 85 (7,21%) пациентов с ДГ, 16 (88,9%) из 18 с сжиманием челюстей предъявляли жалобы на боли в нижней половине лица, оценка по шкале ВАШ была достаточно высока — 5,0 [4,0; 5,0] балла. Инъекции БТА были эффективны в отношении болевого синдрома, оценка по шкале ВАШ после лечения составила 1,0 [0,0; 2,0] балла ($p<0,05$).

У пациентов с генерализованными формами дистонии боль была частым симптомом заболеваний и встречалась в 100% случаев, ее интенсивность по шкале ВАШ составила 6,0 [4,0; 7,0] балла, тяжесть дистонического гиперкинеза по шкале **Burke-Fahn-Marsden** составила 37,5 [27,0; 41,3] баллов в данной группе пациентов. Операции по глубокой стимуляции мозга были выполнены у 18 пациентов, через год наблюдали уменьшение выраженности дистонического гиперкинеза по шкале **Burke-Fahn-Marsden** до 5,0 [2,0; 11,5] балла ($p<0,001$), оценка по шкале ВАШ составила 2,0 [2,0; 3,0] балла ($p<0,001$).

Заключение. Болевой синдром в области шеи встречался у 70,5% пациентов со СК до начала лечения инъекциями БТА, интенсивность боли по шкале ВАШ была равна 4,0 [2,0; 5,0] балла. Локальные инъекции БТА эффективно уменьшали интенсивность боли. Болевой синдром был характерен для ГД, камптокормии, ОМД с преимущественным сжиманием челюстей. Нейрохирургические операции по глубокой стимуляции мозга у пациентов с ГД эффективно уменьшали как симптомы гиперкинеза, так и болевого синдрома. Отсутствие корреляции степени выраженности гиперкинеза с интенсивностью боли по шкале ВАШ при ДГ в совокупности с новыми научными сведениями о патофизиологии дистоний [3—5], позволяет предположить, что боль является немоторным симптомом дистоний, но данная гипотеза требует проведения дальнейших клинико-нейрофизиологических исследований.