

УДК 616.832-004.2:616.891]-071

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**К. В. Сеницына**, кандидат медицинских наук,  
**А. В. Худяков**, доктор медицинских наук,  
**В. В. Сеницын\***

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, депрессивные расстройства, реабилитация, психотерапия, качество жизни.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): Vlad308@ya.ru

Рассеянный склероз (РС) – прогрессирующее, в настоящее время неизлечимое заболевание нервной системы, развивающееся преимущественно у лиц молодого трудоспособного возраста, характеризующееся быстро нарастающей инвалидизацией и развитием депрессивных расстройств [2, 3]. С увеличением длительности заболевания вместе с воспалительными изменениями в нервной системе нарастают нейродегенеративные процессы, ухудшается прогноз, снижается приверженность к лечению. РС из ремиттирующего (РРС) переходит во вторично-прогрессирующий (ВПРС), формируются тяжелые, необратимые нарушения функций нервной системы, усугубляются психопатологические расстройства, которые приводят к социальной дезадаптации и значительному снижению качества жизни [4, 5]. Депрессивные расстройства у больных РС наблюдаются в 45–60% случаев, но адекватное лечение получают меньше половины из них, так как в поле зрения психиатра попадают пациенты только с тяжелыми психическими нарушениями [1]. Особенности патогенеза РС, полиморфизм клинических проявлений требуют междисциплинарного подхода к патогенетической терапии, симптоматическому лечению и реабилитации. Среди наиболее часто встречающихся инвалидирующих расстройств у больных РС выделяют двигательные нарушения, расстройства координации, нарушения функций тазовых органов, аффективные нарушения. Таким образом, разработка системы комплексных мероприятий для проведения медицинской реабилитации больных РС и оценка ее эффективности является актуальной задачей.

Цель исследования – оценить эффективность программы медицинской реабилитации больных РС с депрессией при использовании междисциплинарного подхода.

Обследовано 60 пациентов в возрасте  $35,0 \pm 5,5$  года с достоверным диагнозом РС (по критериям McDonald (2005) данным, магнитно-резонансной томографии головного мозга с силой магнитного поля 1,5 Т) с ремиттирующим течением и депрессивными расстройствами (60% женщин и 40% мужчин). Возраст дебюта РС составил  $26,0 \pm 2,5$  года, длительность заболевания –  $6,0 \pm 2,5$  года. Степень выраженности функциональных расстройств по EDSS –  $3,5 \pm 1,5$  балла. Применялись скрининговая анкета для выявления риска расстройств аффективного спектра, оценочная шкала депрессии Бека, опросник психического состояния (согласно рекомендациям Минздрава-соцразвития РФ, Московского НИИ психиатрии (2008)). Диагноз депрессии устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10. Депрессивные расстройства были легкой (75%) и умеренной (25%) степени. Выраженность болевого синдрома оценивалась при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), тревожность – по шкалам Спилбергера – Ханина. На основе исследования неврологического статуса выделены значимые клиническо-функциональные нарушения, степень выраженности которых оценивалась по шкале Kurtzke (табл.).

Реабилитационный курс осуществлялся в условиях первичной медицинской сети поликлиник города Иванова в течение 21 дня. Проводились: кинезотерапия – 14 занятий по 45 минут, массаж конечностей в сочетании с нервно-мышечной электростимуляцией токами частотой 2–20 ГГц с индивидуальным подбором режимов – 10 сеансов, при тазовых расстройствах – магнито- и электростимуляция мочевого пузыря – 10 сеансов в сочетании с фармакотерапией (при недержании мочи – толтеродин (детрузиол) в дозе 4 мг 1 раз в сутки при объеме остаточной мочи 100 мл и менее, при задержке мочеиспу-

**Таблица.** Клинико-функциональные нарушения у больных рассеянным склерозом

Функциональные шкалы	Степень выраженности нарушений по шкале Куртцке, баллы
Двигательные нарушения	3,5 ± 1,5
Нарушения координации	2,0 ± 1,5
Нарушение чувствительности	1,6 ± 0,5
Поражение черепных нервов	2,5 ± 0,3
Нарушение функции тазовых органов	3,5 ± 1,5

скания – тизанидин (сирдолуд) в дозе 4 мг 3 раза в сутки). Для лечения депрессивных расстройств назначался препарат группы СИОЗС в дозе 40 мг/сут в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией 3 раза в неделю; мишенями для проведения психотерапии были эмоциональная лабильность и дезадаптивные убеждения пациентов. Лечение проводилось согласно приказу МЗ РФ № 1542 Н от 24 декабря 2012 г. «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе». Эффективность реабилитации определяли по динамике интегральной оценки качества жизни (КЖ) по шкалам SF-36, а также по изменению степени инвалидизации по шкале EDSS. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 6,0.

При исследовании КЖ у больных РС с депрессивными расстройствами до проведения реабилитационных мероприятий выявлено снижение по всем шкалам SF-36, особенно общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования и психологического здоровья. При объективном обследовании больных после проведения комплексного реабилитационного курса установлено статистически

значимое снижение выраженности двигательных нарушений по EDSS с 3,5 ± 1,6 до 2,5 ± 1,0 балла ( $p < 0,05$ ); расстройства координации – с 2,0 ± 1,5 до 1,0 ± 0,5 балла ( $p < 0,05$ ); нарушений функции тазовых органов – с 3,5 ± 1,5 до 2,5 ± 1,5 балла ( $p < 0,01$ ); уровня личностной тревожности – с 49,3 ± 1,9 до 31,4 ± 1,7 балла ( $p < 0,05$ ); ситуационной тревожности – с 46,5 ± 1,7 до 24,7 ± 1,2 балла ( $p < 0,01$ ). Выявлена выраженность болевого синдрома по ВАШ снизилась с 7,5 до 1,5 балла ( $p < 0,05$ ) без применения анальгетиков, выраженность депрессивных расстройств по шкале Бека – с 16,1 до 5,5 балла ( $p < 0,05$ ). Выявлено улучшение показателей КЖ по опроснику SF-36 по шкалам физического функционирования (с 42,0 ± 2,5 до 60,0 ± 1,4 балла); общего здоровья (с 39,0 ± 1,7 до 64,0 ± 2,2 балла); физической боли (с 35,0 ± 2,1 до 69,0 ± 2,4 балла); социального функционирования (с 37,0 ± 1,8 до 72,0 ± 2,1 балла).

Полученные данные подтверждают высокую эффективность проведенного комплексного реабилитационного курса у больных РС и депрессивными расстройствами на основе междисциплинарного подхода. Показатели качества жизни целесообразно использовать как интегральный критерий оценки результатов лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вопросы диагностики и лечения рассеянного склероза / И. А. Завалишин [и др.] // РМЖ. – 2011. – № 7. – С. 468.
2. Столяров, И. Д. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты / И. Д. Столяров, А. Н. Бойко. – СПб., 2008. – 320 с.
3. Хабилов, Ф. А. Клиническая картина, диагностика и лечение рассеянного склероза : руководство для врачей / Ф. А. Хабилов, А. Н. Бойко, Ф. И. Девликамова. – Казань : Медицина, 2010. – 88 с.
4. Шмидт, Т. Е. Рассеянный склероз : руководство для врачей / Т. Е. Шмидт, Н. Н. Яхно. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 267 с.
5. Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability / R. R. Bakshi [et al.] // Mult. Scler. – 2000. – Vol. 6, Suppl. 3. – P. 181–185.

K. V. Sinitsina, A. V. Khudyakov, V. V. Sinitsin

## INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS AND DEPRESSIVE DISORDERS

**Key words:** multiple sclerosis, depressive disorders, rehabilitation, psychotherapy, quality of life.