

№1 2020



ВЕСТНИК ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ



СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



Научное издание

Междисциплинарная научно-практическая конференция

**«Актуальные вопросы медицинской реабилитации
пациентов с болью в нижней части спины»**

Сборник тезисов

Материалы публикуются в авторской редакции

© ООО «Центр доказательной медицины», составление, оформление, 2020

© Коллектив авторов, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

- 4 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
Аксенова Т. В.
- 5 МЕТОДИКА ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ
МЯГКИХ ТКАНЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ
ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ
Васильев В. А., Бегидова Т. П.
- 6 СКОЛИОЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА, КАК ПРИЧИНА
ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА
Васильев В. А., Бегидова Т. П.
- 8 ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ
В НИЖНей ЧАСТИ СПИНы
Волканевский А. В.
- 10 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ
В НИЖНей ЧАСТИ СПИНы
С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
Михайлюк И. Г.
- 11 КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ
Поздняков С. О., Спирин Н. Н., Корсунская Е. А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Аксенова Т. В.

Международный центр по проблемам пожилых людей «Здоровое долголетие»
ГБУЗ ЯО «Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн», Ярославль

Человеческий организм является целостной системой, которая состоит из взаимосвязанных и подчиненных друг другу элементов. Одним из наиболее ярких представителей такой связи является система «пояснично-крестцовый отдел позвоночника – тазобедренные суставы». Она представляет собой сложную связь большого количества анатомических структур. Такая единая система чутко реагирует на изменения в любой ее части. Причем изменения в одном отделе могут отягощать патологию в другом. Заболевания тазобедренного и поясничного отделов позвоночника часто встречаются в сочетании, что может привести к стойкому, выраженному болевому синдрому и инвалидизации человека. Диагностика и лечение таких пациентов может быть сложной задачей, поскольку перекрывающиеся симптомы затрудняют постановку правильного диагноза и, следовательно, пациенты могут своевременно не получить необходимого лечения.

Термин «коксо-вертеброгенный синдром» (Hip-spine syndrome) был предложен С.М. Offierski, I. MacNab в 1983 году (Offierski, C.M. Hip-spine syndrome / C.M. Offierski, I. Macnab // Spine. – 1983 – Vol. 8, N 3 – P. 316–321). Авторы выделили разновидности синдрома: простой, сложный, вторичный и неправильно дি-

У пациентов с простым синдромом удается легко выявить первичный источник симптомов, несмотря на наличие как патологии тазобедренного сустава, так и поясничного

У пациентов со сложным синдромом нет

четкого источника симптомов, несмотря на детальное физическое обследование. В таком случае необходимы дополнительные диагностические тесты и обследования, в том числе инъекции с диагностической целью.

У пациентов с вторичным синдромом оба заболевания взаимозависимы, и изменение в одной области приводят к патологии в другой. Например, сгибательная контрактура бедра, приводит к компенсаторному гиперlordозу поясничного отдела позвоночника, который может вызывать стеноз позвоночного канала. Точно так же сколиоз вызывает наклон таза и наклон вертлужной впадины, что влечет за собой развитие патологии тазобедренного сустава.

У больных с неверно диагностированным синдромом первичный источник боли диагностируется неправильно, что приводит к неадекватному, дорогостоящему лечению и неудовлетворенности пациентов.

Частота встречаемости коксо-вертеброгенного синдрома в литературных источниках значительно варьирует. По одним данным, он встречается у 10–20% пациентов с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, по другим – в 50–70%. Такая вариабельность связана с отсутствием четких критериев, на основании которых можно диагностировать у пациента именно этот синдром. Это лишний раз подтверждает сложность диагностики и понимания этиологии данного состояния.

Пациенты с патологией тазобедренного и пояснично-крестцового отделов позвоночника обычно испытывают боль в пояснице

с иррадиацией в область ягодиц, паха, бедер и, возможно, коленей. При заболеваниях тазобедренных суставов люмбалгия, ишиалгия встречаются в 95% случаев, а при остеохон-

дрозе поясничного отдела позвоночника болевой синдром с нарушениями функции тазобедренного сустава имеет место в 10–15% случаев.

МЕТОДИКА ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛЯХ В СПИНЕ

Васильев В. А., Бегидова Т. П.

Кафедра теории и методики адаптивной физической культуры
ФГБОУ ВО «Воронежский ГИФК», Воронеж

Инструментальная мобилизация мягких тканей (ИММТ) представляет собой новый набор инструментов, позволяющий специалистам в области физической реабилитации эффективно снижать миофасциальный болевой синдром. Существуют различные школы, практикующие и обучающие ИММТ, такие как RockTape®, Nordblade®, HawkGrips®, Graston®, Técnica Gavilán®, Functional and Kinetic Treatment with Rehab (FAKTR)®, Adhesion Breakers®, усиленная мобилизация мягких тканей или ASTYM® и Fascial Abrasion Technique™, которые отличаются различными по материалу и форме инструментами и различными подходами к их применению. Содержательно методика схожа с традиционным методом китайской медицины Гуа Ша. Однако при детальном рассмотрении обнаруживается, что Гуа Ша нацелен на перемещение негативной энергии Ци через кожу по заданным меридианам, тогда как ИММТ нацелен на терапию заболеваний опорно-двигательного аппарата. Кроме того, реализация методики ИММТ предполагает малую инвазивность в отличии от метода Гуа Ша: итог реализации метода Гуа Ша – образование петехий, гематом, вызванных повреждением капилляров, а метод ИММТ в большинстве случаев предполагает более мягкое

воздействие, минимизируя повреждение мягких тканей (Hammer W. I., 2005; Gulick D. T., 2014; Lee J.-H., 2016). Основная задача метода ИММТ – поиск и устранение фасциальных ограничений, быстрая локализация и эффективная обработка областей фиброзирования мягких тканей, зон хронического воспаления или дегенерации.

Помимо миофасциального болевого синдрома, показаниями к применению методики ИММТ могут служить тендинопатии, артрофиброзы (в том числе послеоперационного генеза), контрактуры, хронические неспецифические боли в области паравертебральных мышц и позвоночника, ограничение подвижности в позвоночнике.

При применении методики ИММТ важно соблюдать меры предосторожности при онкологии в стадии ремиссии, гриппозных симптомах, приеме НВПС, фитотерапии, непосредственно после инъекции лекарственных средств, незаживших переломах, заболеваниях сердца и нарушениях кровообращения, заболеваниях почек, остеопорозе, варикозе, ожогах, полинейропатии, диабете и беременности. Абсолютными противопоказаниями являются рак и злокачественные опухоли, гемофилия, оструя лихорадка.

радка, острые заболевания сердца, почек, печени, гипертония, гематомы и остифицирующие миозиты, рассеянный склероз, тромбофлебит и остеомиелит, эпилепсия. При всем разнообразии школ и техник, методика ИММТ запрещает давление на проекцию вен, нервов и костных выступов, особенно на остистые отростки позвоночника.

Различные школы дают разные рекомендации относительно глубины, силы, направления воздействия, предлагают инструменты различной формы и материалов. Так, метод Graston® и популярный на территории СНГ метод Nordblade® содержат полный протокол лечения, начиная от осмотра, разминки, непосредственно реализации метода ИММТ, растяжки после его реализации, закрепления эффекта посредством упражне-

Обобщая данные различных школ, можно установить, что сущность метода заключается в механическом разрушении фасциальных ограничений и рубцовой ткани. Контролируемая микротравматизация стимулирует местный воспалительный ответ в структуре мягких тканей, имеющей нарушения. Подобный ответ стимулирует реабсорбцию фиброзированной или рубцовой ткани и способствует ремоделированию поврежденных структур. Адгезивные и спаечные процессы в мягких тканях, развивающиеся в

результате длительной иммобилизации, разрушаются, позволяя полностью восстановить утраченные функции. Удобство инструментальной работы с паравертебральными мышцами заключается не только в удобстве и эргonomичности инструмента, позволяющего прорабатывать мышечные волокна непосредственно от остистых отростков, но и в существенной экономии сил терапевта в сочетании с более глубокой проработкой миофасциальных слоев. Эта особенность повышает эффективность работы именно с болями в области позвоночника.

Несмотря на большой перечень показаний и противопоказаний, методика остается малоизученной и требует дальнейших глубоких исследований. Однако уже сейчас можно сказать, что ИММТ демонстрирует высокую эффективность в лечении заболеваний ОДА, существенно снижает болевой синдром перед физической активностью у профессиональных спортсменов. Кроме того, исследования обнаружили, что ИММТ влияет на местную температуру тела и периферическое кровообращение, улучшение активности mechanoreцепторов и ноцицепторов, способна влиять на преобразование соединительной ткани за счет резорбции чрезмерного фиброза, а также способствует восстановлению и регенерации коллагена (Lee J.-H., 2016).

СКОЛИОЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА КАК ПРИЧИНА ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Васильев В. А., Бегидова Т. П.

Кафедра теории и методики адаптивной физической культуры
ФГБОУ ВО «Воронежский ГИФК», Воронеж

Идиопатический сколиоз представляет собой наиболее распространенную форму деформации позвоночника, которая пора-

жает от 1% до 3% населения. Идиопатический сколиоз можно определить как трехплоскостное искривление позвоночника с

Сколиоз поясничного отдела как причина вертеброгенного болевого синдрома

углом Кобба > 10. Чаще всего оно возникает у подростков старше 10 лет, и характеризуется неопределенной этиологией. Отсутствие научно обоснованных причин возникновения сколиоза отличает идиопатический сколиоз от других разновидностей сколиоза: врожденного, травматического, нейромышечного, структурального.

Существующая при сколиозе деформация позвоночника изменяет биомеханику позвоночника и нарушает функции паравертебральных мышц, порождая или усиливая воспалительный процесс, чем повышает риск развития болей в спине. Боль в спине, возникающая у лиц, имеющих сколиотическую деформацию позвоночника, чаще характеризуется хроническим течением, что ведет к значительным социально-экономическим и психологическим стрессовым последствиям (Fu KMG., 2012).

Пациенты с диагностированным идиопатическим сколиозом сообщают о более высокой распространенности болей в поясничном отделе позвоночника, чем в шейном, болевой синдром в грудном отделе позвоночника наименее распространен. Вне зависимости от типа сколиотической дуги, распространенность хронических болей в спине у пациентов со сколиозом варьируется от 33% до 85% (Karimi MT., 2020).

Поясничные и грудопоясничные сколиотические дуги склонны к большей прогрессии. Вероятно, это связано с тем, что поясничные позвонки не ограничены в своей подвижности грудной клеткой, при этом к отклонениям во фронтальной плоскости добавляются нарушения в горизонтальной плоскости. Ротационные нарушения в позвоночнике, измеряемые углом Раймонди, характеризуются торсионными нарушениями, то есть структурной деформацией остистых и поперечных отростков, а также тел позвонков. Такая деформация создает неоптимальную нагрузку на дугоотросчатые суставы позвоночника. При этом ускоряется дегенеративно-дистрофический процесс в суставах

с последующим развитием артроза и возникновением болевого синдрома. Кроме того, дегенеративные изменения тел позвонков и их деформация способствуют перераспределению нагрузки на межпозвоночный диск, формируя условия для формирования грыж, а также увеличивают вероятность компрессии нервных корешков и спинного мозга (Fujiwara A., 2001).

Известно, что раннее возникновение и персистирование болевого синдрома в поясничном отделе у подростков, имеющих идиопатический сколиоз, является предиктором хронических болей в спине и регулярного обращения за медицинской помощью у взрослых (Chang, DG., 2019).

Представляется необходимым выявить потенциальные факторы развития болей у подростков с идиопатическим сколиозом, с целью разработки и реализации эффективных профилактических мер. Эта задача становится еще более важной, поскольку пациенты с идиопатическим сколиозом и болями в спине, помимо физических дисфункций, испытывают значимую тревогу, депрессию, страдают от ночной бессонницы и дневной сонливости. Отмечается резкий рост симптоматики, если угол Кобба превышает 30°, одновременно с этим растет риск прогрессирования сколиотической дуги даже после закрытия зон роста (Watanabe K., 2018).

Согласно исследованиям, использование в рамках консервативного лечения сочетания терапевтических физических упражнений, специфичных для сколиоза, с корсетированием способно не только снизить болевой синдром, но и предотвратить прогрессирование заболевания (Chang, DG., 2019).

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Волканевский А. В.

ГБОУ ЯО «Областной перинатальный центр», Ярославль

Интервенционное лечение боли – одно из перспективных направлений в терапии лечения болевых синдромов, направленное на максимально точное, малоинвазивное введение лекарственных средств или физическое лечебное воздействие непосредственно в области анатомического генератора

История развития интервенционного лечения боли берет начало в середине XX века вместе с развитием регионарной анестезии. Одним из знаковых событий в концептуализации интервенционных методик является создание Международной ассоциации по изучению боли (IASP), основанной в 1973 году, которая по сей день является крупнейшей организацией в области изучения и создания клинических рекомендаций по лечению острой и хронической боли.

Согласно рекомендациям IASP, эффективное снятие острой боли должно быть выполнено в первый месяц и не должно затягиваться дольше 3 месяцев во избежание развития центральной сенситизации и хронической боли. Именно поэтому интервенционное лечение является одним из наиболее эффективных методик купирования острой боли как элемент мультидисциплинарного подхода в лечении болевых синдромов.

В 2018 году Ассоциацией интервенционного лечения боли (АИЛБ) впервые в России были выпущены клинические рекомендации по интервенционному лечению пациентов с хроническим болевым синдромом.

Интервенционное лечение боли включает в себя следующие взаимодополняющие ме-

1. диагностические блокады,
2. лечебные блокады,
3. денервация (термическая/криоабляция),
4. нейромодуляция.

Одним из ключевых критериев эффективности интервенционных методик является применение технологической навигации: УЗИ, рентгена, компьютерной томографии, нейростимуляции, ЭНМГ. Навигация позволяет многократно повысить точность воздействия на анатомический генератор боли.

Лечебное воздействие достигается благодаря максимально точной доставке в патологический очаг генератора боли различных лечебных агентов:

1. местных анестетиков,
2. глюкокортикоидов (растворимых и партикулярных форм),
3. аутологической плазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP),
4. препаратов гиалуроновой кислоты (методом внутрисуставного введения),
5. ботулотоксина (лечение спастики, мигренизных болей),
6. декстрозы (пролотерапия),
7. стволовых клеток, амниотических тканей (перспективные направления),
8. фенола, этанола (химическая денервация),
9. имплантируемых электродов для непрерывной нейромодуляции.

Кроме того, навигация может использоваться для повышения эффективности ме-

тодов термической радиочастотной абляции ТРЧА (денервация), криоабляции (денервации), импульсной радиочастотной абляции ИРЧА (нейромодуляции).

Основными лечебными интервенционными методиками в зависимости от модальности боли являются следующие способы введения лекарственных препаратов:

1. миофасциальные блокады – прицельное введение лечебных агентов или методикой сухой иглы («dry needle») в мышечные структуры: триггерные точки, спазмированные мышцы. Примером такой манипуляции служит блокада триггерных точек трапециевидной мышцы, блокада грушевидной мышцы, блокада квадратной мышцы поясницы;
2. блокады межфасциального пространства – введение лечебных агентов и/или применение нейромодуляции в межфасциальных пространствах с захватом обширного межфасциального рецепторного поля и транзитных нервных структур. Например: блокада поперечного пространства живота (ТАР-блок), блокада пространства мышцы, выпрямляющей позвоночник (ESP-блок);
3. перитендинальное введение – введение лекарственных препаратов около сухожилий и связок. Отдельной перитендинальной методикой является барботаж кальцината связки – игольчатая ирригация и аспирация участка кальцината под контролем УЗИ. Например: блокада сухожилия подлопаточной мышцы, блокада латеральной связки коленного сустава;
4. внутрисуставное или интрабурсальное введение препаратов и/или аспирация избыточной внутрисуставной жидкости, гематом. Имеются данные об эффективности внутрисуставной нейромодуляции – обработке суставных поверхностей импульсными радиочастотными токами. Примером данного вида манипуляций является блокада поддельтовидной бursы, блокада супрапателлярной бурсы;
5. периневральное (блокады отдельных нервов или нервных структур) введение лекарственных препаратов или физическое воздействие на нервные структуры – импульсная радиочастотная нейромодуляция, термальная или холодовая денервация, химическая денервация. В эту методику входит гидродиссекция – адгезиолизис: освобождение от спаечного процесса. Примером таких манипуляций могут служить блокада срединного нерва при синдроме карпального канала, где нервация крестцово-подвздошного сочленения, блокада медиальной ветви при фасеточном синдроме;
6. эпидуральное введение лекарственных препаратов или физическое воздействие на нервные структуры в эпидуральном пространстве – импульсная радиочастотная нейромодуляция. Например: трансформинальная эпидуральная инъекция (TFESI) при радикулопатии, импульсная радиочастотная абляция дорсального ганглия при радикулопатии, стимуляция спинного мозга (SCS) при синдроме оперированного позвоночника (failed back).

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Михайлук И. Г.

ООО «Центр доказательной медицины», Ярославль

Боль в нижней части спины хотя бы раз в жизни испытывают от 60 до 80% населения земли. Среди этих пациентов 23% испытывают хроническую боль, которая сохраняется свыше 3 месяцев (Casiano V.E., De N.K., 2019), в 11-12% случаев люди с хронической болью в спине становятся инвалидами (Balagué F., Mannion A. F., Pellisé F. et al., 2012). Боль в спине может быть вызвана различными причинами, поэтому пациенты, обращающиеся на прием с подобными жалобами, представляют собой очень гетерогенную группу. По современным представлениям, в случае первичной боли структурные изменения, которые обнаруживаются при выполнении визуализационных исследований, в большинстве случаев являются бессимптомными и не коррелируют с выраженной болезнью (Ross J.S., 2007). Поэтому на первый план в процессе диагностики заболевания выступают не дополнительные методы обследования, а выявление так называемых «красных флагов» – потенциально опасных заболеваний, симптомом которых может быть боль в спине. Кроме того, большое значение имеет выявление наличия психосоциальных проблем у пациента, так как они могут значительно влиять на прогноз лечения (Ladeira C.

В настоящее время доступно большое количество лечебных вмешательств, направленных на лечение боли в спине. Индивидуальные особенности течения заболевания могут приводить к разной эффективности одних и тех же лечебных мероприятий у разных пациентов. Таким образом, первостепенной задачей клинициста является выбор

терапии в соответствии с предикторами ее благоприятного исхода. Одним из подходов, позволяющих выбрать именно те методики, которые имеют максимальную доказанную эффективность для конкретного пациента, является система классификации боли в нижней части спины на основе подходов к лечению (Treatment-based classification), в соответствии с которой при первичном обращении пациента за медицинской помощью, он распределяется в одну из трех терапевтических групп. Выбор группы осуществляется на основании выраженности болевого синдрома, а также наличия «красных» и «желтых флагов» у пациента (Alrwaily M., Timko M., Schneider M. et al., 2016).

Наиболее тяжелые пациенты, нуждающиеся в терапевтическом вмешательстве для купирования симптомов, попадают в первую группу (medical management). Вторая группа(rehabilitation management) может сразу приступить к физической реабилитации под руководством специалиста, а для третьей группы (self-care management) достаточным является обучение методам самопомощи при появлении боли (Hill J.C., Dunn K.M., Lewis M., 2008).

При осуществлении физической реабилитации пациенты подразделяются на три группы в зависимости от степени выраженности у них нарушения функции, стабильности симптомов и выраженности боли.

Пассивные терапевтические методики, включающие различные разновидности мануальной терапии, показаны в первую очередь для первой группы пациентов с выра-

женным нарушением функции. Основной задачей на этом этапе является уменьшение болевого синдрома и улучшение подвижности, для того чтобы пациент смог перейти к следующему этапу – активной реабилитации с использованием методов лечебной физкультуры (Childs J. D., Fritz J. M., Flynn T. W., et al., 2004).

При наличии стабильной симптоматики лучший эффект показывают методики лечебной физкультуры, направленные на улучшение сенсомоторного контроля, а также на улучшение гибкости или стабильности в зависимости от исходного состояния подвижности опорно-двигательного аппарата (Hicks G. E., Fritz J. M., Delitto A., 2005).

При наличии незначительной степени нарушения функции и незначительной или отсутствующей болью пациенты распределяются в третью группу, для которой наиболее эффективными будут упражнения, направ-

ленные на увеличение силы мышц и выносливости (Rabin A, Shashua A, Pizem K, et al., 2014).

Таким образом, сортировка пациентов по группам при их обращении за медицинской помощью позволяет выбирать наиболее оптимальную научно обоснованную стратегию терапевтического вмешательства в соответствии с состоянием организма. Методы дополнительного обследования не должны назначаться рутинно в связи с высокой распространенностью бессимптомных дегенеративно-дистрофических изменений в опорно-двигательном аппарате, а диагностический поиск в первую очередь должен быть направлен на выявление «красных флагов» серьезных заболеваний, а также сопутствующих психоэмоциональных проблем и заболеваний, обладающих высокой коморбидностью с хроническим болевым синдромом.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Поздняков С. О., Спирин Н. Н., Корсунская Е. А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ярославль

Цель работы: изучение наличия коморбидных заболеваний, их сочетаний и распределения по возрастным группам у пациентов с рассеянным склерозом (РС) Ярославской области.

Материалы и методы: модифицированная шкала CIRS-G для опроса больных и оценки коморбидности. Для анализа полученных результатов применялась программа Statistica 10,0, методы непараметрической метод χ^2 .

Обследовано 45 человек, из них 30 человек в возрасте 18-44 лет, 11 в возрасте 45-59

лет, 4 человека в возрасте 60-75 лет.

Результаты: В структуре общей коморбидности преобладали вирусные заболевания (n=40, 88,8%), болезни верхних отделов ЖКТ (n=34, 75,6%), мочеполовой (n=32, 71,1%), нервной, исключая рассеянный склероз, систем (n=29, 64,4%), болезни ЛОР-органов (n=29, 64,4%), опорно-двигательного аппарата (n=26, 57,7%). Количество пораженных систем в среднем: в возрасте 18-44 лет – 4,5 [1; 9]; 45-59 лет – 6 [3; 11]; 60-75 лет – 7,4 [5; 11]. В возрастной группе 18-44 лет преобладала

общая коморбидность по вирусным заболеваниям (n=24, 80,0%), ЛОР-органам (n=21, 70,0%), нервной системе (n=19, 63,3%). В возрастной группе 45-59 лет в общей коморбидности преобладали болезни ЛОР-органов (n=10, 91,1%), верхних отделов ЖКТ (n=9, 81,1%), мочеполовой (n=9, 81,1%), сосудистой (n=8, 72,7%), нервной системы (n=8, 72,7%). В возрастной группе 45-59 лет в общей коморбидности преобладали болезни, сосудистой (n=4, 100%), нервной системы (n=4, 100%) ЛОР-органов (n=3, 75,0%), верхних отделов ЖКТ (n=3, 750%), мочеполовой (n=3, 75,0%). По сравнению с другими аналогичными исследованиями наблюдалась статистически значимые различия: в Ярославской области чаще встречались: заболевания щитовидной железы ($\chi^2 = 36,4$, $p < 0,01$); мигрень (головная боль) ($\chi^2 = 21,0$, $p < 0,01$).

Выводы: у пациентов с РС статистически значимо чаще встречается коморбидная патология. При этом характерно увеличение числа сопутствующих патологических состояний с увеличением возраста. С учетом полученных данных для пациентов с рассеянным склерозом необходимо проводить профилактику и адекватную терапию типичных коморбидных заболеваний и учитывать лекарственное взаимодействие с учетом применяемых ПИТРС.

Сетевое издание «Вестник доказательной медицины»
ООО «Центр доказательной медицины»

150000, Ярославская область, г. Ярославль,
ул. Большая Октябрьская, д. 32
Телефон: +7 (4852) 70-00-03, 68-44-26
info@cdm.clinic
<https://um.center/journal/vdm/>

Главный редактор: канд. филол. наук Яковлева А.В.
Дизайн, верстка: Раева Е. А.
Гарнитура «Roboto»