

© Бородій О.М., Костюченко А.В., Сергейчук О.В., Титаренко Н.В., Клименко Л.Д.

УДК: 616.832-004.2

Бородій О.М., Костюченко А.В., Сергейчук О.В., Титаренко Н.В., Клименко Л.Д.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕГАТИВНОЇ ДИНАМІКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ФОНІ МОДИФІКУЮЧОЇ ПЕРЕБІГ МНОЖИННОГО СКЛЕРОЗУ ТЕРАПІЇ

Резюме. *Обстежено 97 пацієнтів з рецидивуючо-ремітуючим множинним склерозом (МС). Результати дослідження показали значне збільшення якості життя у 51,4% пацієнтів, котрі отримували однорічний курс імуноспецифічної терапії. Підвищення якості життя було пов'язане зі зменшенням втоми. У 37,1% пацієнтів якість життя знизилася. Наявність загострень МС, депресія та тривога є предикторами зниження якості життя у хворих з МС, котрі отримують імуномодулюючу терапію.*

Ключові слова: *множинний склероз, модифікуюча перебіг захворювання терапія, якість життя.*

Вступ

Множинний склероз (МС) займає провідні позиції в структурі неврологічної патології, вражає приблизно 0,05 - 0,1% популяції дорослого населення і характеризується розвитком порушень у декількох функціональних системах, що асоціюється з обмеженням діяльності хворого у різних сферах - руховій, пізнавальній, комунікативній, професійній і т.п. [Tennant, 2013]. Останнє вимагає всебічної оцінки стану хворого, впливу МС та лікування на різні сфери життя пацієнта. Цим вимогам відповідає оцінка якості життя, що є важливим компонентом досліджень пацієнтів з МС і дозволяє забезпечити довгостроковий моніторинг ключових особливостей захворювання, котрі, зокрема, є необхідними для прийняття рішень стосовно показів до призначення імуномодуляторів.

Згідно результатів нашого попереднього дослідження, встановлено зниження профілю якості життя за всіма субшкалами системи SF-36 у хворих на МС порівняно з загальнопопуляційною контрольною групою, що досягається переважно за рахунок параметру фізичного здоров'я, тоді як соціальне функціонування та життєва активність страждають в меншому ступені. За даними Л.І. Соколової, Г.В. Гудзенко (2009, 2012) зі збільшенням неврологічного дефіциту, ступеня інвалідизації та тривалості хвороби прогресивно знижуються показники якості життя пацієнтів з МС [Соколова, Гудзенко, 2009, 2012]. Тому важливим напрямком, котрий сприяє покращенню результатів клінічного ведення хворих з МС, є методика вивчення якості життя хворих даної категорії.

Мета роботи - оцінка показників якості життя у хворих з рецидивуючо-ремітуючим МС (РРМС) на фоні річного курсу імуноспецифічної терапії та встановлення основних детермінант негативної динаміки останньої у хворих цієї категорії.

Матеріали та методи

Дизайн дослідження: нерандомізоване, відкрите, контрольоване. У випробуванні взяли участь 97 (31 чоловік, 66 жінок) хворих з РРМС, середній вік яких становив $37,39 \pm 8,67$ років (20-60 років), середня три-

валість захворювання - від 1 до 36 років ($8,86 \pm 7,19$ років). Критеріями включення в дослідження були: вік від 18 років; достовірний діагноз РРМС згідно критеріїв McDonald (2010); оцінка за шкалою EDSS < 8,0; інформована згода хворого на участь в дослідженні.

У відповідності з метою та основними завданнями роботи нами були виділені 2 клінічні групи. Групу I (контроль) склали 32 хворих з РРМС, які не отримували модифікуючої перебіг МС терапії. Пацієнтам II (основної) групи (n=65) була призначена імуномодуляторна терапія (бета-інтерферони чи глатирамеру ацетат) згідно існуючих інструкцій. Оскільки вплив окремих різновидів такої терапії на перебіг МС, а саме - на частоту загострень і, як вважають, на активність запального компоненту хвороби є приблизно однаковим [Goodin et al., 2002], ми не ділили групи хворих на підгрупи за типом лікувального агенту.

Учасникам дослідження проведено стандартне клініко-неврологічне обстеження, визначення якості життя за допомогою опитувальника SF-36 та нейропсихологічне тестування з використанням Госпітальної Шкали тривоги та депресії (HADS), Модифікованої Шкали Втоми (MFIS). Обстеження, ідентичне первинному, проводилися через 12 місяців.

Групи порівняння були зіставними за віком, статтю, найважливішими (пріоритетними для дослідження) характеристиками МС та середнім коефіцієнтом якості життя за опитувальником SF-36 (табл. 1).

Статистичну обробку даних виконували у статистичному пакеті SPSS 13 (@SPSS Inc.). Кількісні параметри представлені у вигляді $M \pm \delta$ (середнє значення \pm середнє квадратичне відхилення). Статистично значущими вважалися відмінності при $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості).

Результати. Обговорення

При порівнянні кінцевих і початкових даних у групі, що не отримувала модифікуючої перебіг захворювання терапії (група I, контрольна), за допомогою тесту Wilcoxon для двох залежних вибірок значущі відмінності щодо ступеня виразності неврологічного

дефіциту, тривоги, депресії, астенії, якості життя та її складових, за виключенням фізичного болю ($|z|=2,23$; $p=0,026$), виявлено не було.

При порівнянні середніх значень параметрів якості життя між I та II групами встановлено значущі відмінності щодо фізичного функціонування, ролі фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності, соціальної активності, психічного здоров'я (табл. 2). У групі II зафіксовано покращення фізичного компоненту якості життя на фоні використання імуномодулюючого лікування, порівняно з групою I, тоді як будь-якої динаміки середніх значень психічного компоненту якості життя в результаті річного курсу лікування виявлено не було.

Результати аналізу суб'єктивного сприйняття хворими динаміки стану свого здоров'я згідно опитування за відповідною субшкалою системи SF-36 наведені в таблиці 3. Можна вважати, що "незначне покращення" та "незначне погіршення" самооцінок лежить в межах припустимої похибки (близько 10%) і цих пацієнтів слід віднести до тих, що фактично не відчували змін протягом періоду спостереження. Тоді ця група хворих становить 69,2% в групі імуноспецифічної терапії та 59,3% в групі природного перебігу захворювання ($p=0,18$) (табл. 3).

Таким чином, при аналізі форм оцінки якості життя отримано, на перший погляд, парадоксальний висновок: за переважною більшістю компонентів, котрі складають концепцію "якості життя" протоколу SF-36, показники в II групі через 12 місяців імуноспецифічного лікування достовірно не відрізнялись від відповідних показників I (контрольної) групи. Така ситуація пояснюється тим, що процес тривалого прийому лікарських препаратів (місяці, роки) знижує суб'єктивне відчуття здоров'я та якості життя пацієнтів. Значущим фактором суттєвої зміни загальної якості життя та, відповідно, рівня самооцінок стану здоров'я у хворих з МС є факт щоденного вживання ін'єкційних препаратів. Нарешті, важливу роль відіграють побічні ефекти медикаментів, наприклад, інтерферонів (грипоподібний синдром), місцеві реакції (біль, гіперемія та ін.). Серйозним побічним ефектом інтерферонів бета-1а була депресія з суїцидальними думками, що спостерігалась у 7,7% з 65 пацієнтів, котрі отримували протирецидивне лікування.

З'ясована певна індивідуальна динаміка показників якості життя після річного лікування імуномодуляторами. Так, у 34 (52,3%) пацієнтів якість життя покращилась (фізичний компонент - $46,92 \pm 5,87\%$ проти $39,91 \pm 4,04\%$; $|z|=3,14$, $p=0,0017$ та психічний компонент - $44,98 \pm 9,46\%$ проти $44,59 \pm 7,43$; $|z|=0,22$, $p=0,98$), у 24 (36,9%) хворих - погіршилась (відповідно: $42,05 \pm 8,1\%$ проти $44,95 \pm 8,04\%$, $|z|=2,18$, $p=0,045$ та $44,0 \pm 8,83\%$ проти $48,64 \pm 8,63\%$; $|z|=2,55$, $p=0,011$) та у 7 (10,8%) - динаміки не спротерігалось.

При порівнянні підгруп хворих з покращенням та

Таблиця 1. Окремі клініко-демографічні характеристики хворих досліджуваних груп.

Показник	Група I (n=32)	Група II (n=65)
Стать (ч/ж)	7/25	24/41
Вік, роки	$37,34 \pm 7,74$	$37,41 \pm 0,15$
Тривалість захворювання, роки	$8,31 \pm 7,88$	$9,12 \pm 6,87$
Оцінка за шкалою EDSS, бали	$4,14 \pm 0,72$	$3,98 \pm 0,9$
HADS-Тривога, бали	$7,47 \pm 3,73$	$7,66 \pm 3,64$
HADS-Депресія, бали	$7,75 \pm 3,56$	$6,49 \pm 3,9$
MFS-Загальна оцінка, бали	$38,44 \pm 13,44$	$35,12 \pm 14,96$
Фізичний компонент якості життя, %	$38,63 \pm 7,13$	$40,66 \pm 6,42$
Психічний компонент якості життя, %	$41,74 \pm 10,27$	$45,43 \pm 8,99$

Примітка. * - рівень значущості відмінностей показників порівняно з I (контрольною) групою хворих $p < 0,05$.

Таблиця 2. Середні значення показників якості життя через 12 місяців спостереження.

Показник	Група I (n=32)	Група II (n=65)	t_{st}
	$M \pm \delta$	$M \pm \delta$	
PF (фізичне функціонування)	$53,28 \pm 24,65$	$68,59 \pm 20,61^*$	-3,22
RP (роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності)	$45,51 \pm 20,83$	$61,06 \pm 20,38^*$	-3,51
BP (фізичний біль)	$66,51 \pm 24,8$	$63,04 \pm 19,69$	0,75
GH (загальне сприйняття здоров'я)	$34,59 \pm 17,17$	$42,13 \pm 23,51$	-1,79
VT (життєздатність)	$49,21 \pm 21,48$	$57,75 \pm 21,36$	-1,84
SF (соціальна активність)	$63,13 \pm 25,31$	$78,66 \pm 21,39^*$	-3,16
RE (роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності)	$55,57 \pm 21,56$	$64,21 \pm 22,92$	-1,42
MH (психічне здоров'я)	$58,13 \pm 19,06$	$67,15 \pm 19,14^*$	-2,19
Фізичний компонент якості життя	$40,65 \pm 7,27$	$44,02 \pm 7,13^*$	-2,17
Психічний компонент якості життя	$42,71 \pm 9,79$	$46,05 \pm 8,68$	-1,71

Примітка. * - рівень значущості відмінностей порівняно з I групою $p < 0,05$.

Таблиця 3. Тренди самооцінок змін стану свого здоров'я хворими з множинним склерозом, що отримували модифікуючу перебіг терапію та хворих, що мали природний перебіг хвороби (абсолютні величини та відсотки).

Зміни самооцінки	Група I (n=32)	Група II (n=65)
Набагато краще, ніж рік тому	8 (25,0%)	17 (26,1%)
Трохи краще, ніж рік тому	6 (18,8%)	7 (10,8%)
Приблизно таке ж, як рік тому	4 (12,5%)	28 (43,1%)
Трохи гірше, ніж рік тому	9 (28,1%)	10 (15,4%)
Набагато гірше, ніж рік тому	5 (15,6%)	3 (4,6%)

погіршенням якості життя встановлено, що ці пацієнти вже на початку дослідження достовірно відрізнялись щодо тривоги, депресії, втомлюваності при відсутності

Таблиця 4. Порівняння клініко-психологічних показників хворих з покращенням та погіршенням якості життя перед початком та через 12 місяців лікування імунomodulatoryми у пацієнтів II (експозиційної) групи.

Показники	Перед початком лікування		12 місяців лікування	
	з покращенням якості життя	з погіршенням якості життя	з покращенням якості життя	з погіршенням якості життя
HADS-Тривога, бали	5,78±3,86	8,69±3,99*	4,72±3,61	7,54±3,55*
HADS-Депресія, бали	4,11±3,76	7,85±3,34*	3,28±2,3	6,38±3,36*
MFIS-Фізична субшкала, бали	17,72±6,29	22,69±5,34*	17,28±5,56	20,31±7,27
MFIS-Когнітивна субшкала, бали	2,83±1,38	2,69±1,03	2,39±1,61	4,15±2,54*
MFIS-Психосоціальна субшкала, бали	10,22±7,7	13,23±3,56	7,61±4,84	11,85±6,2*
MFIS-Загальна оцінка, бали	33,22±13,93	41,69±4,71*	27,17±9,45	36,31±12,83*
EDSS, бали	3,72±1,03	3,12±0,89	3,64±0,97	3,12±0,82

Примітка. * - рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

Таблиця 5. Динаміка рівнів астеничного синдрому (MFIS) в залежності від виразності тривожно-депресивних розладів (HADS) у пацієнтів II групи.

HADS-Загальна оцінка, бали	MFIS-Фізична субшкала		MFIS-Психосоціальна субшкала		MFIS-Когнітивна субшкала		MFIS-Загальна оцінка	
	Перед початком лікування	12 місяців лікування	Перед початком лікування	12 місяців лікування	Перед початком лікування	12 місяців лікування	Перед початком лікування	12 місяців лікування
0-7 (n=23)	18,22±7,09	16,83±5,82*	12,43±7,97	7,35±4,17*	2,74±1,51	2,26±1,54	31,96±14,4	26,35±9,15*
8-10 (n=7)	19,86±8,25	22,57±6,63	10,43±6,75	15,29±9,29*	2,43±1,72	4,86±2,41	32,71±15,8	42,71±14,9
≥ 11 (n=5)	16,0±7,97	20,6±6,39	11,8±9,23	12,6±4,62	2,4±1,82	4,4±2,3	30,2±16,21	37,6±9,81

Примітка. * - рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою $p < 0,05$.

відмінностей середніх значень оцінки ступеня неврологічного дефіциту (EDSS) ($p > 0,05$). Як і слід було очікувати, наприкінці річного курсу лікування значущі відмінності аналізованих клініко-психологічних показників не змінилися (табл. 4).

Отже, тривожно-депресивні розлади та астения являються чинниками негативного впливу на якість життя хворих з МС. Останнє повинно орієнтувати лікарів на необхідність моніторингу цих клініко-психологічних показників з відповідною їх корекцією в ході проведення модифікуючої перебіг МС терапії.

З'ясовано, що при відсутності психоемоційних порушень ($HADS \leq 7$ балів) спостерігається достовірне зниження ступеня виразності втоми ($p = 0,038$), тоді як при наявності субклінічної і, тим більше, клінічно значущої депресії достовірні зміни виразності астеничного синдрому на фоні прийому імунomodulatory відсутні (табл. 5). Цей факт свідчить про те, що при відсутності тривожно-депресивних порушень терапія імунomodulatory достовірно зменшує виразність втоми у пацієнтів з МС.

Описані спостереження вважаємо цікавими, оскільки вони підтверджують, що астеничний синдром при МС обумовлений пов'язаними із захворюванням психосоціальними та когнітивними проблемами [Gratignan et al., 2007], а, отже, без корекції останніх ефективне лікування втоми є неможливим.

Нарешті, слід відзначити, що серед 38 з 97 (39,2%) респондентів, котрі на момент завершення спостере-

ження суб'єктивно відмічали покращення свого стану порівняно з попереднім роком, 24 (63,2%) хворих перебували на протирецидивній терапії, з яких 9 - мали епізоди екзацербачії захворювання (37,5%). 27 (27,8%) пацієнтів відмітили погіршення стану (13 з них приймали терапію, 48,1%) і у 7 з них був встановлений факт загострення протягом періоду спостереження (53,8%). Тобто, маємо тенденцію до негативного впливу наявності загострень МС на суб'єктивну оцінку якості життя та стану здоров'я ($p = 0,033$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У хворих з РРМС, котрі отримали річний курс модифікуючої перебіг захворювання терапії, виявлена індивідуальна динаміка якості життя (позитивна в 51,4% випадків, негативна в 37,1%, без динаміки в 11,4%).

2. Зменшення кількості екзацербачій на 28,3% ($\chi^2 = 7,89$; $p = 0,019$) при добрій переносимості імунomodulatory дозволяє досягти більш високих показників якості життя хворих з МС.

3. Тривожно-депресивні розлади та втома визначено як основні клінічні детермінанти негативної динаміки якості життя хворих з МС, котрі отримують модифікуючу перебіг захворювання терапію.

Вивчення у хворих на МС показників, котрі складають концепцію "якості життя" протоколу SF-36, дасть

зможу значно розширити знання щодо впливу захворювання на різні аспекти життя пацієнтів. Останнє доз-

волить визначити напрямки удосконалення клінічного ведення та диспансерного нагляду хворих з МС.

Список літератури

- Гудзенко Г.В. Клінічні детермінанти якості життя хворих на розсіяний склероз / Г.В.Гудзенко //Укр. неврологічний журнал. - 2012. - №3. - С. 34-40.
- Соколова Л.І. Дослідження показників якості життя, пов'язаних зі здоров'ям, у хворих на розсіяний склероз / Л.І.Соколова, Г.В.Гудзенко //Укр. неврологічний журнал. - 2009. - №3. - С. 46-50.
- Disease modifying therapies in multiple sclerosis: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and the MS Council for Clinical Practice Guidelines /D.S.Goodin, E.M.Frohman, G.P.Garmany [et al.] //Neurology. - 2002. - Vol.58, №2. - P. 169-178.
- Fatigue in neurological disease: different patterns in stroke and multiple sclerosis /S. Gramigna, M. Schluemp, F. Staub [et al.] //Rev. Neurol. - 2007. - Vol.163, №3. - P. 341-348.
- Tennant A. Epidemiology of neurologically disabling disorders /A.Tennant //Handb. Clin. Neurol. - 2013. - Vol.110. - P. 77-92.

Бородий А.Н., Костюченко А.В., Сергійчук Е.В., Титаренко Н.В., Клименко Л.Д.
ФАКТОРЫ РИСКА ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ТЕРАПИИ

Резюме. *Обследовано 97 пациентов с рецидивировующе-ремитирующим рассеянным склерозом (РС). Результаты исследования показали значительное улучшение качества жизни у 51,4% пациентов, получавших годичный курс иммуносупрессивной терапии. Повышение качества жизни было связано с уменьшением усталости. У 37,1% пациентов качество жизни снизилось. Обострения РС, депрессия и тревога являются предикторами снижения качества жизни больных, которые получают иммуномодулирующую терапию.*

Ключевые слова: *рассеянный склероз, модифицирующая течение заболевания терапия, качество жизни.*

Borodiy O. M., Kostuchenko A. V., Sergiychuk O. V., Titarenko N. V., Klimenko L. D.
RISK FACTORS, WHICH LEAD TO NEGATIVE DYNAMIC OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS RECEIVING DISEASE-MODIFYING THERAPY

Summary. *The 97 patients with relapsing-remitting multiple sclerosis (MS) were assessed. The results revealed a significant increase in quality of life of 51,4% of patients a year after the start of the disease modifying treatment. Increase in quality of life was associated with decrease in fatigue intensity. The 37,1% of patients the quality of life was decreased. The presence of MS exacerbations, concomitant depression and anxiety are the strongest predictors of reduced quality of life in patients with MS receiving disease-modifying therapy.*

Key words: *multiple sclerosis, disease-modifying therapy, quality of life.*

Стаття надійшла до редакції 01.10.2012р.

© Браткова О.Ю.

УДК: 613.955/.956:614.38:613.5

Браткова О.Ю.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра загальної гігієни та екології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДОСЛІДЖЕННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНИХ УМОВ ПЕРЕБУВАННЯ СУЧАСНИХ ПІДЛІТКІВ У ДОМАШНІХ ТА ШКІЛЬНИХ ПРИМІЩЕННЯХ

Резюме. *В ході проведених досліджень було здійснено гігієнічну оцінку санітарно-гігієнічних умов навчальної та позанавчальної діяльності школярів у приміщеннях шкіл і в домашніх приміщеннях.*

Ключові слова: *мікроклімат, освітлення, підлітки.*

Вступ

Умови перебування школярів, характеристики санітарно-гігієнічного стану шкільних приміщень, а також особливості умов перебування вдома справляють суттєвий вплив на особливості функціонального і психо-емоційного стану та стан здоров'я підлітків [Глушенко та ін., 1995; Кучма, 2000]. Тому здійснення санітарно-гігієнічної оцінки умов навчальної діяльності школярів слід вважати обов'язковим компонентом наукових досліджень у галузі гігієни дітей, підлітків та молоді [Сердюковская, 1992; Кучма, Сухарева, 2006].

Метою дослідження було проведення гігієнічної оцінки умов перебування школярів як у домашніх приміщеннях, так і у шкільних. А саме, було проведене

дослідження критеріальних характеристик мікроклімату, освітлення та вентиляції шкільних та домашніх приміщень постійного перебування учнів старшого віку.

Матеріали та методи

Дослідження проводились на базі загальноосвітніх навчальних закладів, були визначені мікрокліматичні умови, освітлення та ефективність вентиляції у 30 шкільних приміщеннях, де навчались учні старших класів, а також мікрокліматичні умови, освітлення та ефективність вентиляції у 31 домашньому приміщенні, де мешкали деякі з означених учнів.

Під час проведення досліджень використовувались