

Яцишин З. М.,

*кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Прикарпатського національного університету
імені Василя Стефаника*

Попель С. Л.,

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Прикарпатського національного університету
імені Василя Стефаника*

МОНІТОРИНГ ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ З МІО-ФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вступ. Пацієнти при ІХС мають широкий спектр симптомів, що істотно погіршують якість життя (ЯЖ) [8; 12].

Основна мета лікування такого стану полягає в інтегральному покращенні/підтримці достатнього рівня ЯЖ пацієнтів та усунення/зменшення вираженості патологічних симптомів характерних для ІХС [5; 10].

У зв'язку з цим оцінка ЯЖ, спектру і вираженості симптомів в процесі розвитку захворювання є невід'ємним компонентом фізичної реабілітації таких хворих [9; 11].

Дихальна терапія довільного зменшення хвилинного об'єму дихання (ДОЗ ХОД) – новий ефективний метод лікування ІХС, що дозволяє впливати на окремі ланки патогенезу даного захворювання на регуляторному рівні [6; 7].

Поряд з традиційними клінічними та інструментальними параметрами (EDSS, MPT, ЕНМГ), оцінка параметрів ЯЖ в процесі лікування і на етапі фізичної реабілітації є важливим компонентом оцінки ефективності різних відновлюючих заходів у хворих з міо-фасціальним больовим синдромом при РС. Результати ефективності кріотерапії у поєднанні з голкотерапією та фізичним вправами на розтягування спастично скорочених м'язів на підставі клінічних та інструментальних даних представлені у наших більш ранніх окремих публікаціях [6; 7].

У даній публікації представлений аналіз показників ЯЖ у хворих з РС в різні терміни після дихальної терапії.

Мета роботи: обґрунтувати включення кріотерапії в базові програми фізичної реабілітації для пацієнтів при РС.

Матеріали та методи. У дослідження включено 105 пацієнтів у віці від 25 до 54 років з верифікованим діагнозом розсіяний склероз ускладнений міо-фасціальним больовим синдромом. Критеріями включення були також: проведення локальної чи загальної кріотерапії, значення за шкалою EDSS від 1,5 до 8,5 ум. од., відсутність когнітивних порушень, наявність супутнього міо-фасціального больового синдрому. Залежно від типу заходів фізичної реабілітації пацієнтів розділили на дві групи [1, 3]: 1-а група – пацієнтам проведена загальна кріотерапія (EDSS 3,5–8,5) у поєднанні з голкотерапією і фізичними вправами на розтягування спастично скорочених м'язів; 2-а група – пацієнтам проведена тільки локальна кріотерапія (EDSS 1,5–3,0). Треба зазначити, що раніше до протоколу програм з фізичної реабілітації при РС не включали різні види дих. терапії, тому така методика є авторською, базується на механізмі впливу кріотерапії на імунну систему і загальному покращенню самопочуття, вперше застосовується у такому поєднанні з іншими засобами фізичної реабілітації і вимагає експериментальної перевірки її ефективності. Більше того в сучасній системі фізичної реабілітації все ширше знаходять застосування засоби медичної реабілітації, які при комплексному застосуванні показують високу ефективність для пацієнтів при РС.

Для оцінки ЯЖ використовували загальний опитувальник RAND SF-36 [4]. Інструмент складається з 36 питань, які формують вісім шкал: фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, болі, загального здоров'я, життєздатності, рольового емоційного функціонування і психічного здоров'я. Дані опитувальника в результаті опитування виражають в балах від 0 до 100 за кожною з восьми шкал. Чим вище бал за шкалою опитувальника SF-36, тим кращий показник ЯЖ. Хворі заповнювали опитувальник до і через 3, 6, 9 і 12 міс після впровадження програми фізичної реабілітації.

На підставі даних опитування SF-36 був розрахований інтегральний показник якості життя для кожного хворого і дана характеристика розподілу хворих згідно градацій зниження ЯЖ. Для цього проводили порівняння показника якості життя хворого за величиною інтегрального показника популяційної норми.

Виділяли такі градації зниження інтегрального показника ЯЖ: відсутність зниження (немає відмінностей у значенні інтегрального показника хворого та інтегрального показника популяційної норми); незначне зниження інтегрального показника якості життя (зниження

інтегрального показника < 25 % від інтегрального показника популяційної норми); помірне зниження інтегрального показника якості життя (зниження інтегрального показника 25–50 % від інтегрального показника популяційної норми); значне зниження інтегрального показника ЯЖ (зниження інтегрального показника 51–75 % від інтегрального показника популяційної норми); критичне зниження інтегрального показника якості життя (зниження інтегрального показника > 75 % від інтегрального показника популяційної норми) [1; 2].

Оцінку відповідей визначали за допомогою інформаційного показника ЯЖ методом інтегральних профілів. Виділяли три градації відповідей пов'язаних з ЯЖ: покращення, стабілізацію і погіршення.

Результати дослідження. При порівнянні показників ЯЖ хворих РС ускладненого міо-фасціальним больовим синдромом, включених в дослідження, з показниками популяційної норми були виявлені статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) за всіма шкалами опитувальника SF-36, крім шкали «рольове емоційне функціонування» (табл. 1).

Таблиця 1

Показники якості життя пацієнтів РС

Показник	Популяційна норма	Пацієнти до фізичної реабілітації	Пацієнти після фізичної реабілітації
Фізичне функціонування	82,5 ± 2,34	62,7 ± 2,49	76,4 ± 2,02
Рольове фізичне функціонування	77,8 ± 1,98	38,1 ± 1,05	71,5 ± 2,83
Біль	88,9 ± 2,03	69,9 ± 1,41	85,2 ± 3,14
Загальне здоров'я	68,1 ± 1,45	51,8 ± 2,04	60,4 ± 1,94
Життєздатність	76,8 ± 1,92	48,5 ± 1,17	70,1 ± 2,17
Соціальне функціонування	82,3 ± 2,61	54,1 ± 1,83	78,9 ± 2,33
Рольове емоційне функціонування	72,3 ± 2,11	66,2 ± 2,58	69,4 ± 2,16
Психічне здоров'я	80,2 ± 2,56	55,9 ± 1,81	72,1 ± 2,17

Показники ЯЖ хворих до програми фізичної реабілітації істотно нижче, ніж в популяційної нормі. Після програми фізичної реабілітації показники ЯЖ в групі хворих РС ускладненого міо-фасціальним

больовим синдромом поліпшуються, при порівнянні показників через 3 місяці з популяційною нормою статистично вірогідних відмінностей не виявлено.

При стратифікації хворих ІХС до впровадження програми фізичної реабілітації за ступенем зниження інтегрального показника ЯЖ були отримані наступні результати: з відсутністю зниження інтегрального показника ЯЖ – 26 % хворих; з незначним зниженням інтегрального показника ЯЖ – 8 %; з помірним зниженням інтегрального показника ЯЖ – 20 %; зі значним зниженням інтегрального показника якості життя – 22 % і з критичним зниженням інтегрального показника якості життя – 24 % хворих. Таким чином, значне або критичне зниження інтегрального показника ЯЖ відзначено майже у половини пацієнтів.

У кожній групі показники ЯЖ хворих до впровадження програми фізичної реабілітації нижче, ніж в популяційній нормі. Через 12 міс. після впровадження програми фізичної реабілітації спостерігалось виражене поліпшення показників ЯЖ як в групі після локальної кріотерапії, так і після загальної кріотерапії в поєднанні з голкотерапією і фізичними вправами на розтягування м'язів.

Слід зазначити, що в першій групі хворих значні позитивні зміни спостерігалися за всіма шкалами опитувальника; профіль ЯЖ хворих через 6 міс. після дих. терапії відповідав популяційній нормі. Дані зміни зберігалися через 9 місяців після локальної кріотерапії. У групі хворих після кріотерапії в поєднанні з голкотерапією і фізичними вправами на розтягування м'язів через 6 міс. після використання програми фізичної реабілітації відбувалося поліпшення показників ЯЖ за більшістю шкал опитувальника, і ці зміни були більше виражені, ніж у першій групі.

Через 12 місяців після комплексної кріотерапії спостерігалось подальше поліпшення показників ЯЖ за деякими шкалами опитувальника; при цьому профіль ЯЖ характеризувався певною модульною компресією у порівнянні з профілем, що відповідає популяційній нормі.

Таким чином, ефективність кріотерапії у хворих ІХС продемонстрована не тільки на підставі клінічних та інструментальних даних, але й на підставі моніторингу параметрів ЯЖ.

У групі хворих після комплексної фізичної реабілітації позитивний ефект спостерігався у більшій кількості хворих, ніж в групі пацієнтів тільки після локальної кріотерапії.

Висновки.

1. До впровадження програми фізичної реабілітації у хворих розсіяним склерозом ускладненим міо-фасціальним больовим синдромом у 46,3 % хворих спостерігається значне або критичне зниження інтегрального показника якості життя.

2. У 96,0% таких пацієнтів після проведення комплексної кріотерапії і у 87,0% після локальної кріотерапії відбувається поліпшення показників якості життя.

Список використаних джерел:

1. Новик А.А., Іонова Т.І. Інтегральний показник якості життя – нова категорія у концепції дослідження якості життя. *Вісник Міжнародного центру дослідження якості життя*. 2006;7–8:7-8.
2. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Іонова Т.І., Киштович А.В. Метод інтегральних профілів у вивченні якості життя хворих ревматоїдним артритом. *Вісник Міжнародного центру дослідження якості життя*. 2004;3-4:5-10.
3. Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Іонова Т.І., Мельниченко В.Я., Федоренко Д.А., Курбатова К.А., Новик А.А. Моніторинг параметрів якості життя у хворих розсіяним склерозом при проведенні високодозної імуносупресивної терапії з трансплантацією кровотворних стовбурових клітин. *Вісник Національного медико-хфрургічного Центру ім. М.І. Пирогова*. 2012;7(3):7-10.
4. Hays R.D., Sherbourne C.D., Mazel R.M. User's Manual for Medical Outcomes Study (MOS) Core measures of health-related quality of life. RAND Corporation, MR-162-RC (available at www.rand.org).
5. Hemmett L., Holmes J., Barnes M, Russe N. What drives quality of life in multiple sclerosis? *Ass. Physic*. 2004;97(10):185-187.
6. Lysenko Y. Multiple Sclerosis: Methods of Treatment and Rehabilitation. *Physical education, sports and health culture in modern society* : sb. sciences works of Eastern Europe. nats un-th them Lesia Ukrainka / way. A.V. Tsos, S.Ya. Indyk. Lutsk : Eastern Europe. nats Un-t them. Lesia Ukrainka, 2017. Т. 38, № 2. P. 157–163.
7. Łysenko J, Mytskan B, Mytskan T. An alternate alternative to the midsummer night scenes. Youth Scientific Bulletin of the Lesia Ukrainka Eastern European National University. *Physical education and sports*. 2017;27:166-170.
8. Nortvedt M.W., Riise T., Myhr K.M. Quality of life in multiple sclerosis: measuring the disease effects more broadly. *Neurology*. 1999;22(53): 1098-1103.
9. Nortvedt M.W., Riise T., Myhr K.M. Quality of life as a predictor for change in disability in MS. *Neurology*. 2000;55(12):98-109.
10. Ramp M., Khan F., Misajon R.A., Pallant J.F. RASCH analysis of the Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS–29). *Hlth Quality Life Outcomes*. 2009;7:58.

11. Rice GP, Oger J, Duquette P. Treatment with interferon beta-1b improves quality of life in multiple sclerosis. *Can. J. Neurol. Sci.* 1999;26(4):276-282.
12. The Canadian Burden of Illness Study Group. Burden of illness of multiple sclerosis: Part II: Quality of life. *Can. J. Neurol. Sci.* 1998;25:31-38.