

Влияние комплексной реабилитации на социальную адаптированность и качество жизни больных с рассеянным склерозом

Ф.А. ХАБИРОВ¹, Я.В. ВЛАСОВ², Р.Г. ЕСИН¹, О.С. КОЧЕРГИНА¹, Н.Н. БАБИЧЕВА¹, А.В. ЗАХАРОВ², Т.И. ХАЙБУЛЛИН¹

Influence of complex rehabilitation on the social adaptability and quality of life in people with multiple sclerosis

F.A. KHABIROV, Ya.V. VLASOV, R.G. YESIN, O.S. KOCHERGINA, N.N. BABICHEVA, A.V. ZAKHAROV, T.I. KHAYBULLIN

¹Казанская государственная медицинская академия; Республиканский клинико-диагностический центр по демиелинизирующим заболеваниям МЗ республики Татарстан, Казань; ²Самарский государственный медицинский университет

В статье изложены результаты комплексной реабилитации больных с рассеянным склерозом. Изучено влияние реабилитационных мероприятий на качество жизни и социально-бытовую адаптированность пациентов с рассеянным склерозом в сравнении со стандартными лечебными мероприятиями. Обсуждаются факторы, влияющие на эффективность реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: реабилитация, рассеянный склероз, симптоматическая терапия, качество жизни.

The article presents results of complex rehabilitation in people with multiple sclerosis. We have studied the effect of rehabilitation measures on quality of life and self-sustenance adaptability of patients with multiple sclerosis as compared to standard therapeutic interventions. Factors influencing the effectiveness of rehabilitation measures are discussed.

Key words: rehabilitation, multiple sclerosis, symptomatic therapy, quality of life.

Рассеянный склероз (РС) — одно из наиболее тяжелых заболеваний ЦНС, которое представляет актуальную проблему современной неврологии, так как связано с его относительно высокой распространенностью, поражением лиц молодого трудоспособного возраста и крайне неблагоприятным влиянием на социальную активность больных и качество их жизни. Распространенность РС в республике Татарстан составляет в среднем 30,6 на 100 000 населения (по состоянию на 2008 г., однако в отдельных регионах республики Татарстан она достигает 41,6 на 100 000 населения) [10]. Одним из наиболее практически важных и в то же время недостаточно изученных аспектов РС являются вопросы, связанные с реабилитацией больных.

Заболевание РС оказывает сложное и многоплановое негативное влияние на пациента и членов его семьи, которое не исчерпывается физическими нарушениями и финансово-экономическими проблемами в связи с утратой или ограничением трудоспособности. Так, неизбежно утрачиваемая на определенном этапе прогрессирования заболевания способность к самообслуживанию больного ведет к нарушению трудовой деятельности и других членов семьи. Социальная защищенность больных довольно низкая, существующая финансовая и социальная помощь со стороны государственных и общественных структур

довольна ограничена. Во всех семьях больных РС возникают трудности, связанные как непосредственно с физическими нарушениями (невозможность выполнения домашних обязанностей, нарушения в интимной жизни и т.д.), так и с их социально-экономическими последствиями. Все это приводит к конфликтам внутри семьи и, нередко, к разводам. Не менее важной проблемой, возникающей в семьях больных РС, является проблема воспитания детей. Дети, постоянно находящиеся рядом с тяжело инвалидизированными больными, обычно испытывают серьезный психологический дискомфорт, что приводит к снижению успеваемости в школе и личностным проблемам.

Таким образом, очевидно, что больные РС нуждаются в комплексной реабилитации, направленной как на непосредственные проявления заболевания, так и на их дезадаптирующие социально-бытовые последствия [9]. В 2008 г. в Республиканском клинико-диагностическом центре по демиелинизирующим заболеваниям Министерства здравоохранения республики Татарстан (на базе Республиканской клинической больницы восстановительного лечения Министерства здравоохранения республики Татарстан) было проведено наблюдательное исследование, цель которого заключалась в изучении эффективности ком-

плексного подхода к реабилитации больных РС, основанного на принципе мультидисциплинарного метода ведения пациента, с оценкой влияния реабилитационного процесса на качество жизни и социально-бытовую адаптацию.

Материал и методы

Основную группу (1-ю) составили 75 пациентов, прошедших курс восстановительного лечения в условиях реабилитационных отделений Республиканской клинической больницы восстановительного лечения в 2008 г.; в группу сравнения (2-ю) вошли 105 пациентов, госпитализированных в плановом порядке (вне связи с обострением) и получавших лечение в условиях дневного стационара РКБ ВЛ за этот же период.

Диагноз РС был выставлен в соответствии с критериями МакДональда [7]. По основным социально-демографическим и клиническим характеристикам (табл. 1) группы были сопоставимы (статистически значимые межгрупповые различия отсутствовали). В обеих группах проводили одинаковую симптоматическую лекарственную терапию, которая включала сосудистые препараты — пентоксифиллин или винпоцетин (в 1-й группе их получали 48 и 27, во 2-й — 66 и 39 пациентов соответственно), ноотропы — пирацетам или фенилэксопирролидинацетамид (52 и 23, 80 и 25 пациентов соответственно), нейропротекторы — церебролизин или кортексин (28 и 47, 31 и 74 пациента соответственно), антиастенические препараты — амантадин или салбутамин (42 и 7, 68 и 9 пациентов соответственно), витаминные препараты — комплексы тиамин + пиридоксин + цианокобаламин, аскорбиновая кислота (все пациенты в обеих группах) [4, 5, 8].

Комплекс реабилитационных мероприятий составляли в индивидуальном порядке, использовались следующие методики: кинезиотерапия (лечебная физкультура), физиотерапия (главным образом, физические методы центрального действия, такие как транскраниальная электростимуляция головного мозга, внутритканевый электрофорез, эндоназальный электрофорез, а также чрескожное лазерное облучение проекций магистральных сосудов), гидромассаж, магнитотерапия, кондуктивная

терапия, психотерапия. Акцент на тех или иных методиках делался в зависимости от доминирующей симптоматики, например, в комплексе кинезиотерапии при доминировании спастичности использовали упражнения на релаксацию, при доминировании динамической атаксии — на тренировку мелких движений, при статической атаксии и мозжечковой гипотонии — на равновесие и тонизирующие упражнения и т.д. [3, 5, 6].

Всем больным, помимо стандартного общеклинического и неврологического исследования с оценкой по шкалам функциональных систем (FS) и нарушений жизнедеятельности Куртцке, проведено изучение бытовой адаптации и качества жизни. Для оценки первого показателя использовалась Шкала ограничения способностей (Incapacity status scale, ISS) [1]. Шкала ISS состоит из 17 вопросов и позволяет оценить возможности пациента в выполнении повседневной бытовой и социальной деятельности. Для оценки второго показателя применяли профиль влияния болезни-68 (Sickness impact profile-68, SIP-68), представляющий собой многоаспектный опросник, состоящий из 68 вопросов, позволяющих оценить влияние заболевания на основные сферы жизнедеятельности больного (в частности, на соматическую автономию, двигательный контроль, психическую автономию и общение, социальное поведение, эмоциональную стабильность, способность к передвижению) [1]. Исследования проводили перед началом лечения/реабилитации и через 1 мес.

Результаты и обсуждение

Частота основных синдромов, выявленных при неврологическом осмотре у пациентов в группах, представлена в табл. 2. Доминировали пирамидный синдром (98—100%) (преимущественно нижний парапарез, три- или тетрапарез от легкой до умеренной степени), глазодвигательные нарушения (87—93%), вестибуло-мозжечковые расстройства (77—80%, главным образом статическая атаксия), тазовые нарушения (71—81%, преимущественно императивные позывы) и эмоционально-когнитивные нарушения (99—100%). В табл. 3 представлена информация о наиболее субъективно значимых симптомах, кото-

Таблица 1. Социально-демографические и клинические характеристики больных в группах

Признак	Группа			
	основная		контрольная	
	абс.	%	абс.	%
Средний возраст, лет	37,5 (от 17 до 53)		35,2 (от 17 до 54)	
Женщины/Мужчины	48/27	64/36	71/34	68/32
Инвалидизация	45	60	61	58
I группа	4	5	3	3
II группа	25	33	29	28
III группа	16	21	29	28
Продолжают работать	27	36	39	37
Продолжительность болезни (Ме), лет	7,3 (от 1 до 18)		6,1 (от 1 до 15)	
Оценка по шкале EDSS (Ме), балл	5,5 (от 1 до 6,5)		5,0 (от 0 до 6,0)	
Тип течения				
Ремиттирующий	13	17	26	25
Вторично-прогрессирующий	48	65	71	67
Первично-прогрессирующий	14	18	8	8
Лечение препаратами, изменяющими течение РС	58	77	91	87

Таблица 2. Частота основных синдромов у пациентов в группах

Синдром	Группа			
	основная		сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Пирамидный синдром, в том числе:	75	100	103	98
Монопарезы	7	9	13	12
Нижний парапарез	33	44	55	52
Три- и тетрапарез	29	39	31	30
Вестибуло-мозжечковые нарушения	60	80	81	77
Динамическая атаксия	43	57	50	48
Статическая атаксия, включая атаксию ходьбы	58	77	70	67
Тремор (включая рубральный и титубацию)	53	71	60	57
Мозжечковая дизартрия (скандированная речь)	8	11	8	8
Сенсорные расстройства, в том числе:	65	86	81	77
Болевые синдромы различной локализации	13	17	20	19
Глазодвигательные нарушения	70	93	91	87
Нарушения тазовых функций, в том числе:	61	81	75	71
Императивные позывы и недержание мочи	52	69	64	61
Задержка мочи	12	16	16	15
Запоры	31	41	38	36
Сексуальные дисфункции (только у мужчин)	25	33	32	30
Когнитивные и эмоциональные расстройства	75	100	104	99
Лабильность эмоций	50	67	66	63
Депрессия	29	38	32	30
Астенический синдром	71	94	93	89
Снижение памяти и внимания	65	86	87	83
Снижение критики/самокритики	46	61	55	52

Таблица 3. Наиболее дезадаптирующие проявления РС с точки зрения пациентов (75 больных, 105 лиц контрольной группы)

Проявление	Группа			
	основная		контрольная	
	абс.	%	абс.	%
Нарушения походки (шаткость при ходьбе)	53	71	69	66
Нарушения мелкой моторики (координации движений)	40	53	48	46
Тремор рук и/или головы	52	69	55	52
Слабость в ноге(ах) и/или в руке(ах)	61	81	80	76
Снижение памяти и/или внимания	75	100	104	99
Нарушения функции тазовых органов	59	79	73	69
Глазодвигательные нарушения	4	5	5	5
Боли или другие сенсорные нарушения	17	23	29	28
Повышенная утомляемость и общая слабость	74	99	105	100

рые, с точки зрения пациентов, в наибольшей степени нарушали их социальную и бытовую адаптацию. Среди них ведущее значение имели астенический синдром и эмоционально-когнитивные нарушения (практически 100%), слабость в конечностях и нарушения мелкой моторики (главным образом из-за атаксии, в совокупности более 80%), шаткость при ходьбе (более 65%), нарушения тазовых функций (более 70%, преимущественно императивные позывы и эректильная дисфункция у мужчин), тремор рук и/или головы (более 50%).

Динамика оценки по шкалам ISS и SIP-68 в группах представлена на рис. 1 и рис. 2 соответственно. Следует отметить, что степень инвалидизации (оценка по шкале EDSS) коррелировала с выраженностью нарушений бытовой активности (ISS) ($r=0,59, p<0,05$), но не с качеством

жизни (с оценкой по шкале SIP-68 значимых ассоциаций выявить не удалось). На начальном этапе — до начала лечения/реабилитации — оценки в группах были практически одинаковыми ($p>0,05$). После окончания курса лечения (через 1 мес) ситуация существенно изменилась. Хотя положительная динамика по бытовой адаптации и качеству жизни прослеживалась в обеих группах, она была более выраженной в 1-й группе (различия статистически значимы как по сравнению с оценкой во 2-й группе, так и по сравнению с оценкой до лечения).

Следует отметить, что несмотря на общие благоприятные тенденции в 1-й группе, выраженность положительной динамики существенно варьировала. Во-первых, нами выявлена отчетливая взаимосвязь между эффективностью реабилитации и степенью начального неврологи-

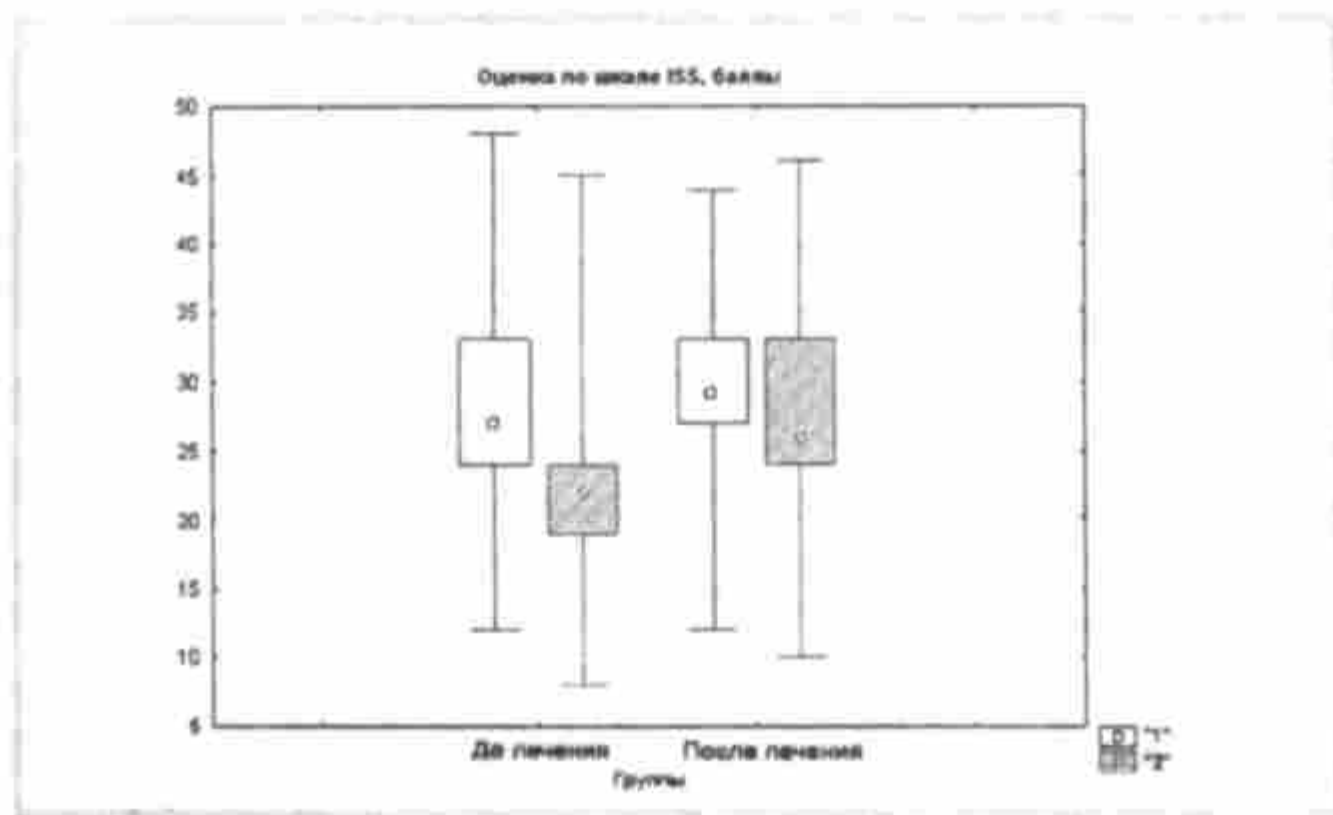


Рис. 1. Оценка по шкале ISS, баллы.

Здесь и на рис. 2: Оценка (Me) по шкале SIP-68 в группах до и после лечения (прямоугольником обозначен межквартильный интервал, вертикальными линиями — минимальное и максимальное значение). Светлыми квадратиками отмечена 1-я группа, темными — 2-я.

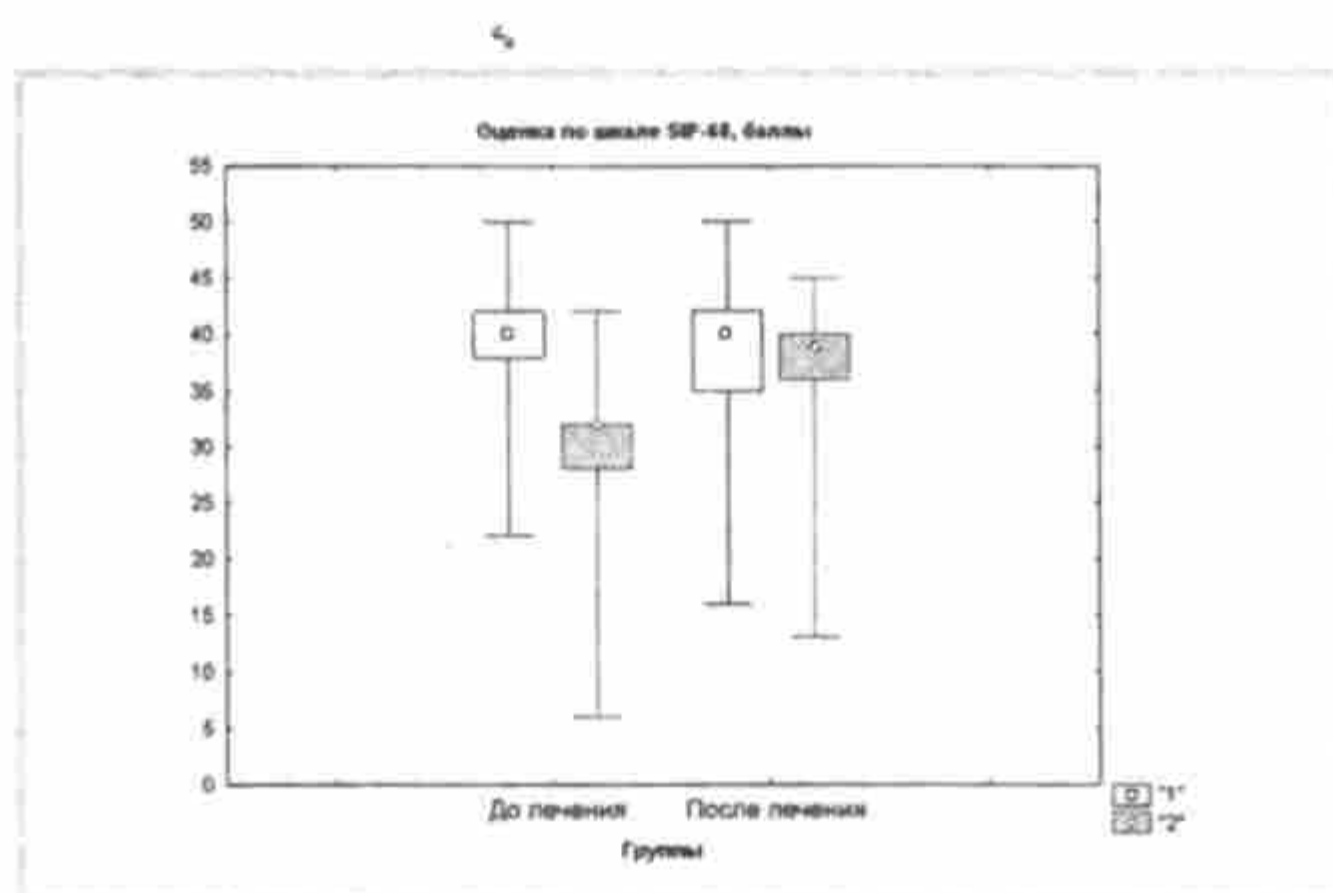


Рис. 2. Оценка по шкале SIP-68 в группах до и после лечения.

Прямоугольником обозначен межквартильный интервал, вертикальными линиями — минимальное и максимальное значение).

ческого дефицита. Так, на рис. 3 представлена динамика показателей ISS и SIP-68 у пациентов 1-й группы с оценками по шкале EDSS до 3,5 баллов включительно (то есть без ограничений двигательной функции) и с оценкой 4 балла и более. Во-вторых, прослеживалось определенное влияние характера симптоматики на эффективность реабилитации, особенно в плане влияния на бытовую адаптированность (рис. 4). Так, результаты были наилучшими при доминировании у пациентов астенического синдрома, нарушений памяти и внимания, при сенсор-

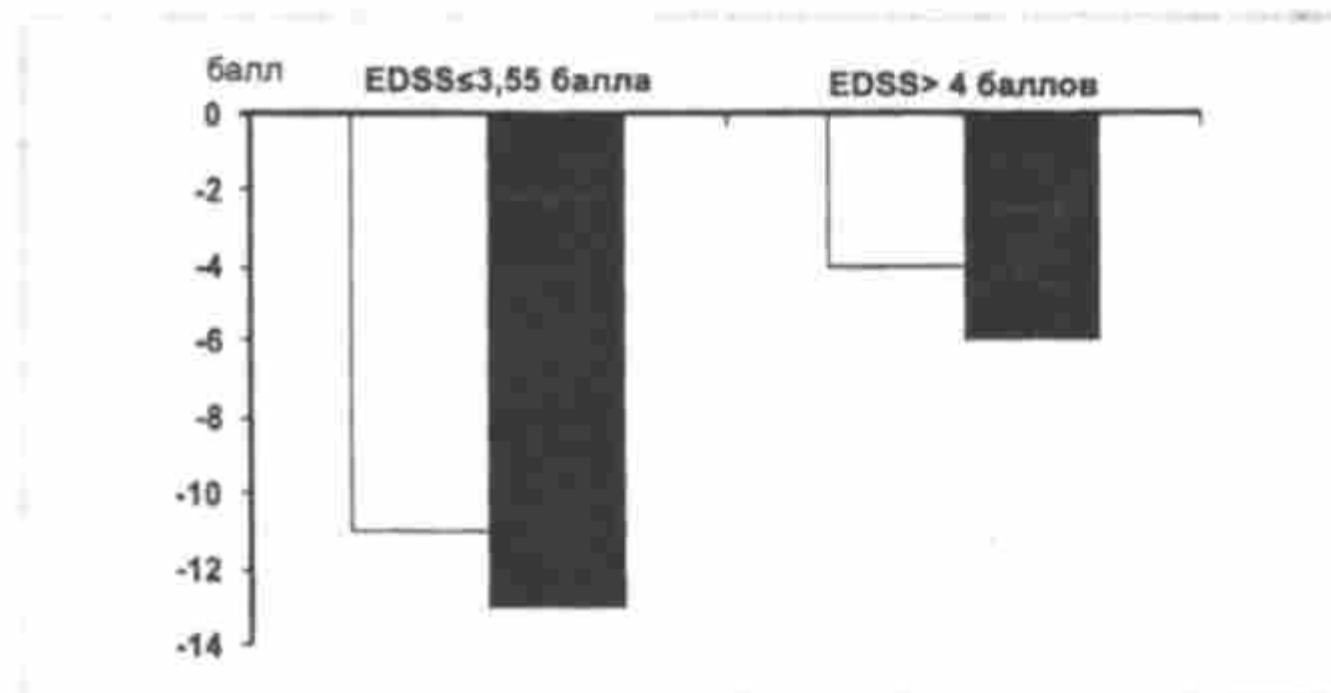


Рис. 3. Динамика показателей по шкалам ISS (светлые столбцы) и SIP-68 (темные столбцы) в баллах (Me разницы между оценкой после лечения и до лечения) у больных 1-й группы (Ib).

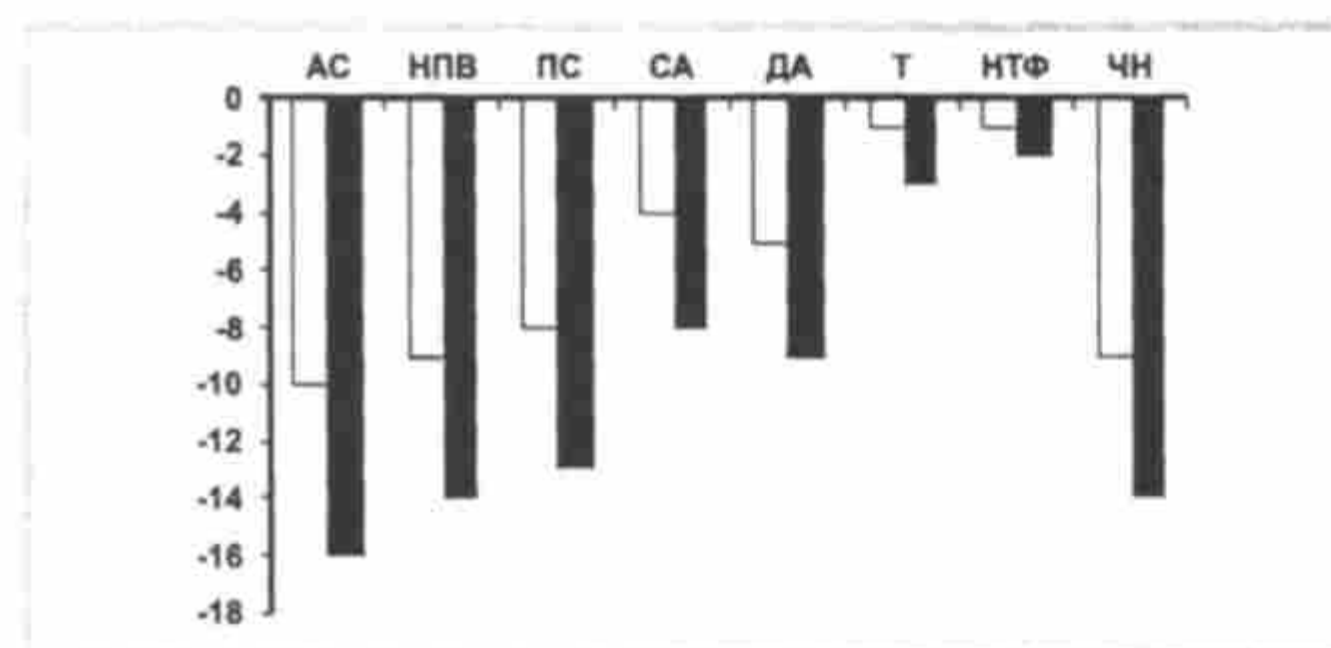


Рис. 4. Динамика показателей по шкалам ISS (светлые столбцы) и SIP-68 (темные столбцы) (Me разницы между оценкой после лечения и до лечения) у больных 1-й группы в зависимости от доминирующего синдрома.

АС — астенический синдром, НПВ — нарушение памяти и внимания, ПС — пирамидная симптоматика, СА — статическая атаксия; ДА — динамическая атаксия; Т — тремор; НТФ — нарушение тазовых функций, ЧН — чувствительные нарушения.

ных нарушениях, и самыми низкими при преобладании мозжечковой симптоматики и тазовых нарушений.

Таким образом, исследование подтверждает известное положение о том, что эффективность реабилитационных мероприятий тем выше, чем ранее они начаты [2]. Это общее для реабилитологии правило справедливо и для больных РС. Кроме того, важно учитывать, что эффективность реабилитации (оцениваемую в категориях бытовой адаптации и влияния на качество жизни) в существенной степени зависит от индивидуальных клинических проявлений заболевания. По-прежнему наиболее сложным объектом для коррекции остаются координаторные и тазовые нарушения, по всей видимости, необходимы более дифференцированные подходы к реабилитации больных с РС.

ЛИТЕРАТУРА

- Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М 2004; 432.
- Власов Я.В. Реабилитация больных рассеянным склерозом / В кн.: Рассеянный склероз. Под ред. И.Д. Столярова, Б.А. Осетрова. Ст-Петербург: Элби-СПб 2002.
- Гальдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. Ст-Петербург: Политехника 2006; 607.
- Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: от изучения иммунопатогенеза к новым методам лечения. М 2001; 128.
- Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. М: Миклош 2004; 540.
- Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М: МЕДпресс-информ 2008; 560.
- МакДональд В.Я., Фазекас Ф., Томпсон А.Д. Диагностика рассеянного склероза. Журн неврол и психиатр 2003; Спец. выпуск Рассеянный склероз №2: 4—9.
- Татарнинова М.Ю., Фокин И.В., Бойко А.Н. Качество жизни больных рассеянным склерозом и некоторые подходы к фармакоэкономическим исследованиям. Журн неврол и психиатр 2002; Спец. выпуск Рассеянный склероз: 76—80.
- Тотоян Н.А. Реабилитация при рассеянном склерозе. М: Мир медицины 1999.
- Хабиров Ф.А., Есин Р.Г., Кочергина О.С. и др. Рассеянный склероз: современные аспекты диагностики и лечения. Казань 2007; 48.