

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА И ВТОРИЧНЫМ ПАРКИНСОНИЗМОМ

Якута М.Д., Байда А.Г.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра нервных и нейрохирургических болезней, г. Минск*

Ключевые слова: Болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, оценка качества жизни.

Резюме: В статье приведены собственные результаты исследования оценки качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона и вторичным паркинсонизмом.

Resume: The article presents the results of its own studies life quality assessment of patients with Parkinson's disease and secondary parkinsonism.

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) - идиопатическое медленно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, основой которого является поражение пигментсодержащих дофаминергических нейронов плотной части черной субстанции с накоплением в них белка α -синуклеина и образованием особых внутриклеточных включений (телец Леви). Двигательные расстройства, необходимость частого приема лекарственных средств, ограничение повседневной активности приводят к ухудшению качества жизни пациентов. Для болезни Паркинсона характерны также вегетативные и психические расстройства, которые приводят к стойкому ограничению всех аспектов нормальной жизни человека. Изучение качества жизни (КЖ) пациентов важно для совершенствования стратегии и тактики повышения эффективности оказания медицинской помощи населению.

Цель: оценка КЖ больных с БП и вторичным паркинсонизмом для разработки рекомендаций по лечению и реабилитации, помогающих решению проблем, затрудняющих жизнедеятельность пациента.

Задачи:

1. Оценить КЖ пациентов с БП и вторичным паркинсонизмом при помощи опросников SF-36 и EQ-5D;

2. Сформулировать индивидуальные рекомендации пациентам с БП для улучшения их повседневной активности и способности функционировать в соответствии с обычными жизненными задачами.

Материал и методы. Опрошено 12 пациентов, из них 9 пациентов с БП и 3 с вторичным паркинсонизмом (2 пациента на фоне перенесенного инфаркта мозга и 1 вследствие острой интоксикации метанолом), на базе УЗ 9 ГКБ г. Минска. Изучены неврологический статус и схемы медикаментозной терапии в исследуемых группах. Оценка КЖ проводилась при помощи опросников SF-36 и EQ-5D. Расчет значений шкал SF-36 проводился с использованием "SF-36 Health Status Survey" и

статистического пакета Statistica 6.0. Для оценки достоверности различий применялись методы описательной статистики ($M \pm SD$), критерий Стьюдента и парный критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов с болезнью Паркинсона и вторичным паркинсонизмом составил $67,5 \pm 6,3$ и $62,3 \pm 13,05$ лет соответственно, тяжесть БП по Хен - Яру $2,07 \pm 0,85$. Длительность заболевания в среднем составила $5,5 \pm 2,1$ лет. В группе пациентов с БП у 75% имелись немоторные нарушения. 54,6% опрошенных отметили, что их здоровье стало гораздо хуже, чем год назад; 50,0% утверждают, что не испытывают никакой физической боли, умеренную и сильную боль испытывают 32,0% и 18,0% соответственно.

С помощью опросника SF-36 произведён расчёт четырех показателей, характеризующих физический статус респондента (физическое функционирование, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, интенсивность боли, общее состояние здоровье), и четырех показателей, отражающих его психологический статус (психическое здоровье, роль эмоционального состояния в ограничении жизнедеятельности, социальное функционирование, жизненная активность). При обработке данных (рисунок 1) были выявлены достаточно низкие баллы, что свидетельствует о невысоком уровне КЖ пациентов в исследуемых группах.

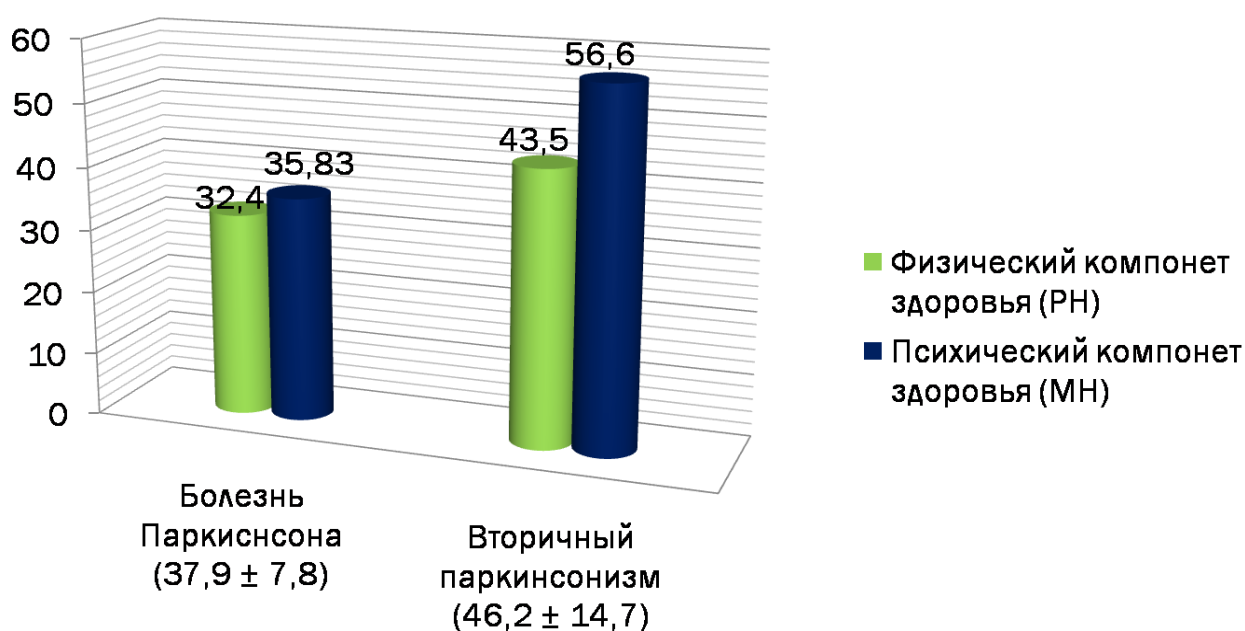


Рис. 1 – Физический и психический компоненты здоровья в исследуемой группе (SF-36)

Результаты приведены на графике в виде балльных оценок по 8 шкалам (рисунок 2). Статистически значимые различия получились по показателю RE (эмоциональное функционирование).

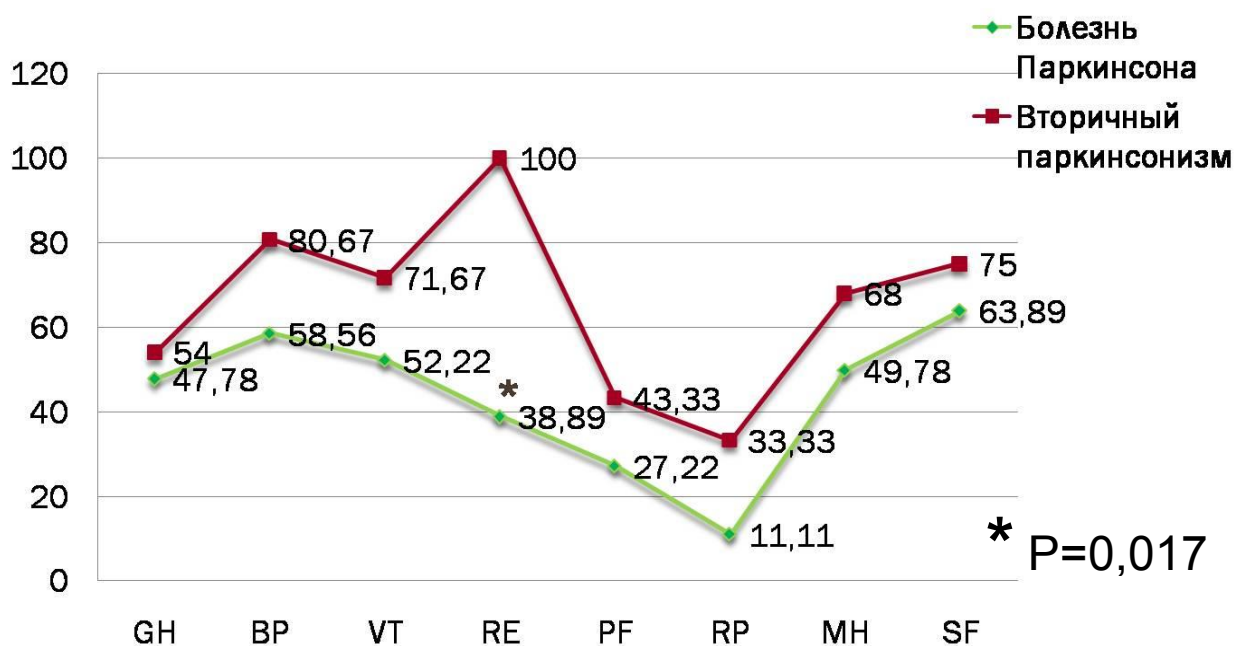


Рис. 2 – Показатели качества жизни по шкале SF-36

Были оценены немоторные проявления заболевания (рисунок 3), которые не только сопровождают все стадии БП, но и в значительной степени определяют КЖ этих пациентов и нередко являются причиной их инвалидизации. У пациентов с БП в большей степени выражены немоторные нарушения.

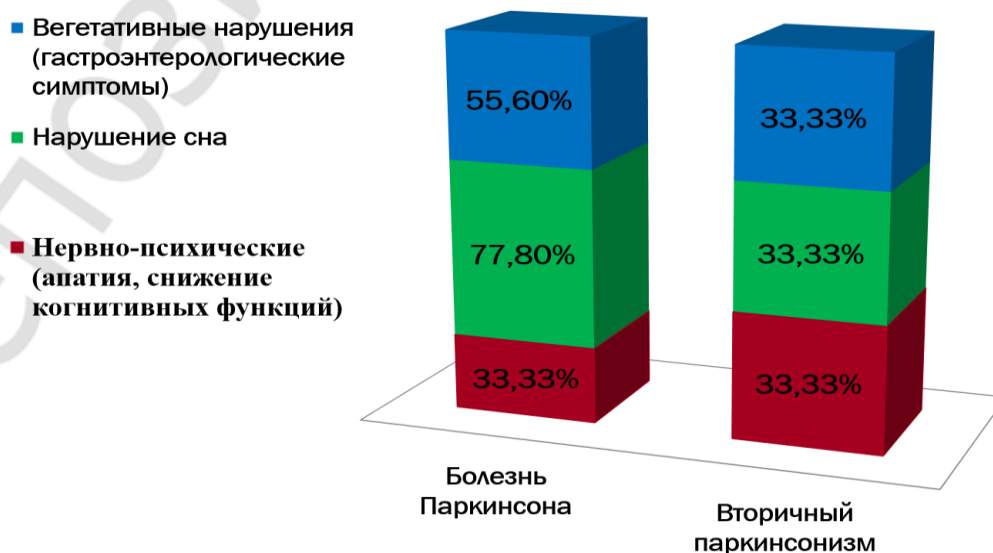


Рис. 3 – Немоторные нарушения в исследуемых группах

С помощью опросника EQ-5D было оценено состояние здоровья пациентов по их мнению в первый день пребывания в стационаре и через 1,5-2 недели (рисунок 4). В течение недели в исследуемых группах пациенты помимо медикаментозного

лечения строго выполняли предложенные методы реабилитации (лечебная гимнастика, лечебный массаж, занятие на атакситесте для тренировки мелкой моторики рук, диетотерапия). Вторая часть этого же опросника состоит из 5 компонентов, результаты которого методом тест-ретест анализа представлены в таблице 1. Был рассчитан парный критерий Стьюдента. Статистически значимых различий между первоначальной и повторной оценками не отмечено. По шкале «привычная повседневная деятельность» были получены абсолютно идентичные результаты при любой степени выраженности нарушений.

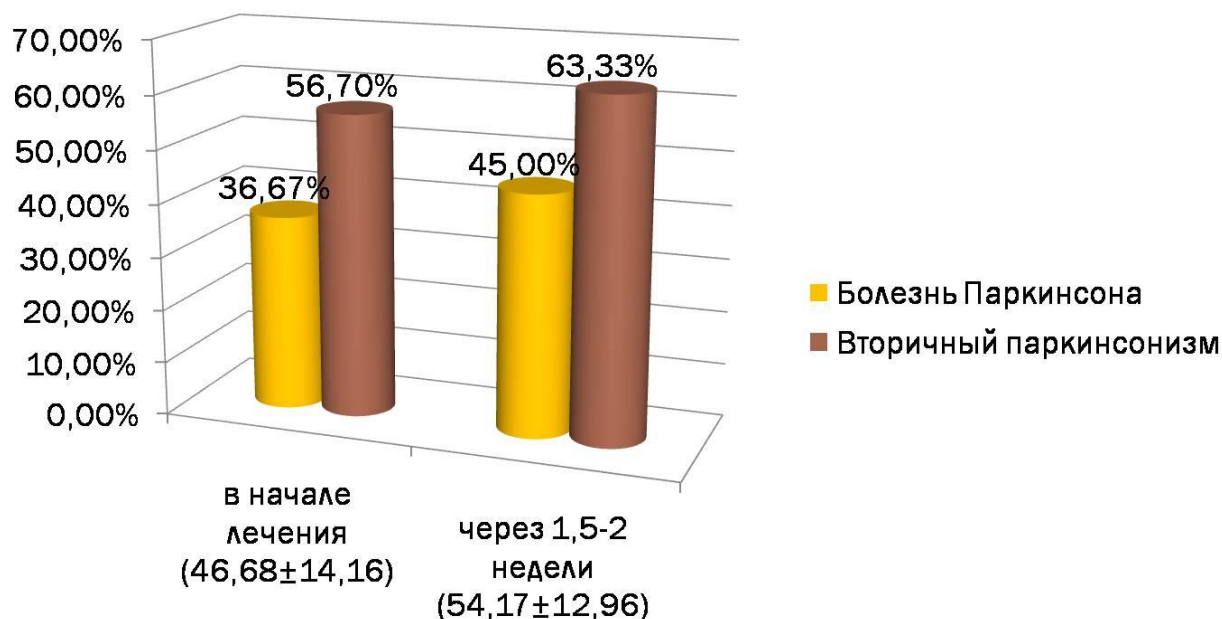


Рис. 4 – Состояние здоровья пациентов, по их мнению, при исследовании по опроснику EQ-5D

Таблица. 1. Динамика по шкале EQ-5D через 1,5-2 недели пребывания в стационаре (n=12)

Шкалы опросника EQ-5D	Степень выраженности нарушений					
	Первоначальное тестирование (%)			Повторное тестирование через 1,5-2 недели (%) (после медикаментозной терапии, физиотерапии, массажа)		
	1	2	3	1	2	3
I – Подвижность	0	100,0	0	8,3	91,7	0
II – Уход за собой	33,3	50,0	16,7	33,3	66,7	0

III – Привычная повседневная деятельность	1 6,7	5 0,0	25 ,0	1 6,7	5 0,0	2 5,0
IV – Боль/Дискомфорт	5 0,0	2 5,0	25 ,0	5 0,0	5 0,0	0
V – Тревога/Депрессия	3 3,3	4 1,7	25 ,0	4 1,7	5 8,3	0

1 – нет нарушений, 2 – умеренные нарушения, 3 – выраженные нарушения

Выводы:

1. Наличие моторных (постуральная неустойчивость, тремор покоя и ригидность) и немоторных симптомов при БП оказывают крайне неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов;

2. У пациентов с вторичным паркинсонизмом, по данным нашего исследования, в меньшей степени выраженности имели место проявления немоторных нарушений (нарушения сна и вегетативные нарушения);

3. Оценка факторов, влияющих на КЖ пациентов с БП, позволяет более эффективно планировать и корректировать рекомендации по лечению, для решения психологических и социальных проблем, что в конечном итоге позволит достигнуть лучшего КЖ больного и его семьи.

Литература

1. Торган Т.И., Байдина Т.В. Немоторные симптомы болезни Паркинсона // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т.8, N 2. С. 535-538.
2. Левин О.С. Болезнь Паркинсона / Левин О.С., Федорова Н.В. – 3 изд. – М.: МЕДпрессинформ. – 2012. – 352 с.
3. Пономарев В.В., Мазуренко Е.В. Диагностика болезни на ранних стадиях заболевания / Медицинские новости. – 2012. – N 1. С. 13-16.