

А. М. Арушаньянц
**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ, ИЗМЕНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ
РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА, НА НЕРВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ**

*Научный руководитель ассист. Московских Ю.В.
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Arushanyants A.M.
**EFFECT OF MEDICATIONS CHANGING THE FLOW OF
MULTIPLE SCLEROSIS FOR NEUROPSYCHOLOGICAL
CONDITION OF PATIENTS**

*Tutor: assistant J.V. Moskovskikh
Department of Nervous and Neurosurgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. В данной работе проводилась оценка нервно-психологического состояния пациентов, принимающих препараты, изменяющие течение рассеянного склероза, а также сравнение их с пациентами, получающими симптоматическое лечение.

Ключевые слова: рассеянный склероз, качество жизни, ПИТРС, симптоматическое лечение.

Resume. In this work we evaluated the quality of life of patients taking medications that change the flow of multiple sclerosis, as well as comparing them with patients receiving symptomatic treatment.

Keywords: Multiple sclerosis, quality of life, MCFMS, symptomatic treatment.

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) — это хроническое, демиелинизирующее заболевание, в основе которого лежит комплекс аутоиммунно-воспалительных и нейродегенеративных процессов, приводящих к множественному очаговому и диффузному поражению центральной нервной системы, ведущее к инвалидизации больных и значительному снижению качества жизни [1]. В мире насчитывается около 2 млн больных рассеянным склерозом, в Беларуси более 5 тыс., болеют в основном люди от 15 до 40 лет [2, 3]. Еще несколько лет назад лечение рассеянного склероза сводилось к гормонотерапии и сопутствующей терапии, направленной на снижение выраженности симптомов, улучшения обмена веществ нервной ткани, укрепление сосудов и реабилитации [3]. Препараты, изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС) воздействуют на патологические процессы демиелинизации и способны значительно снизить активность заболевания.

Цель: определить влияние ПИТРС на качество жизни пациентов по сравнению с пациентами, получающими симптоматическое лечение.

Задачи:

1. Оценить выраженность астении у пациентов, принимающих ПИТРС и получающих симптоматическое лечение.
2. Выявить наличие депрессии и тревоги у пациентов с РС.
3. Определить их уровень реактивной и личностной тревожности.

Материал и методы. Дизайн исследования – проспективное, сравнительное,

когортное. Объектом исследования являлись 20 пациентов с рассеянным склерозом на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии, из которых было сформировано 2 группы:

- 1) исследуемая группа (ИГ) – пациенты, принимающие ПИТРС;
- 2) контрольная группа (КГ) – пациенты, получающие только симптоматическую терапию и не принимающие ПИТРС.

Табл. 1. Клинико-демографическая характеристика ИГ и КГ (n=20)

Оцениваемый параметр	ИГ	КГ	
Количество пациентов	10	10	
Пол, м/ж	2/8	2/8	
Возраст, лет 1	38,1±8,23	48±7,9	
Клиническая форма РС, n(%)	Рецидивно-ремиттирующая	8 (80)	3 (30)
	Вторично-прогрессирующая	2 (20)	6 (60)
	Прогрессирующе-ремиттирующая	-	1 (10)
Длительность заболевания, лет 1	3,7±1,12	14,7±4,4	
EDSS на этапе скрининга, баллы 2	3,5 [1,5; 5,0]	4,0 [2,75; 5,5]	
Препарат ПИТРС, n(%)	Интерферон-бета-1b	3 (30)	-
	Финголимод	7 (70)	-
Продолжительность лечения, месяц 1	5,8±2,5	-	

Примечание: 1 $M \pm tM$; 2 Me [межквартильный интервал].

Оценка качества жизни пациентов, принимающих ПИТРС, и контрольной группы проводилась по следующим опросникам:

- 1) Питтсбургского опросника качества сна (PQSI);
- 2) субъективной шкалы оценки астении (MFI-20);
- 3) шкалы депрессии и тревоги HADS;
- 4) опросника по здоровью EQ-5D-5L;
- 5) теста Спилберга;
- 6) шкалы Бека.

При статистической обработке полученных данных применялась программа «Statistica 10.0». Для нахождения достоверных различий между сравниваемыми группами применялся U-критерий Манна-Уитни (для двух независимых групп). Результаты принимались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При анализе Питтсбургского опросника качества сна PQSI индекс качества сна ИГ составил 3,5 [3,0; 4,75] балла, КГ – 6,0 [3,5; 11,25] баллов. Данные различия в группах статистически не значимы (Mann-Whitney=24,5, $p=0,058$) (рис. 1). В норме количество баллов не должно превышать 5.

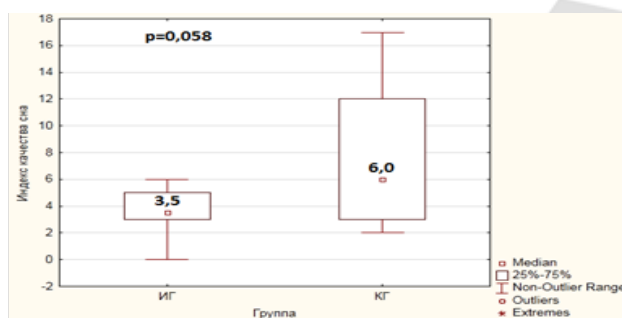


Рис. 1 – Анализ качества сна пациентов с РС

Сравнивая субъективную шкалу оценки астении (MFI-20), находим, что медиана баллов в ИГ составила 40,5 [32,75; 49,75], в КГ – 57,0 [44,0; 46,0]. В норме количество баллов не должно превышать 20-30. Таким образом, у пациентов обеих групп имеется астения, но в КГ она статистически более выражена, чем в ИГ ($U=21$, $p=0,03$) (рис. 2).

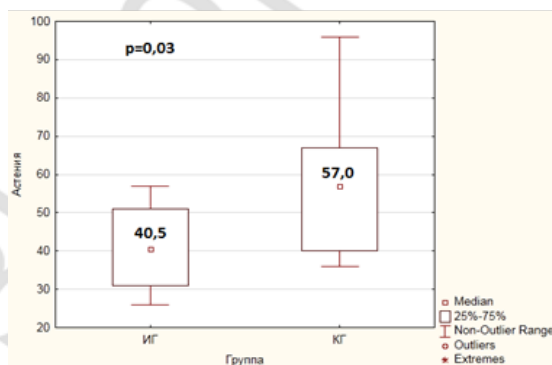


Рис. 2 – Сравнение оценки астении по MFI-20 пациентов с РС

Анализируя опросник по здоровью EQ-5D-5L, выявили, что состояние здоровья пациенты ИГ оценили на 70,0 [62,5; 81,5], КГ – 50,0 [46,25; 57,5]. Следовательно, пациенты, принимающие ПИТРС, считают себя более здоровыми, чем КГ ($U=17$, $p=0,014$) (рис. 3).

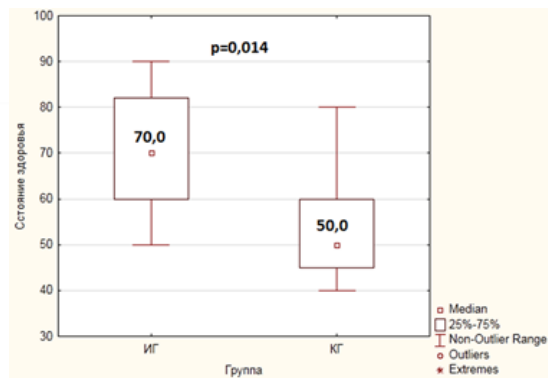
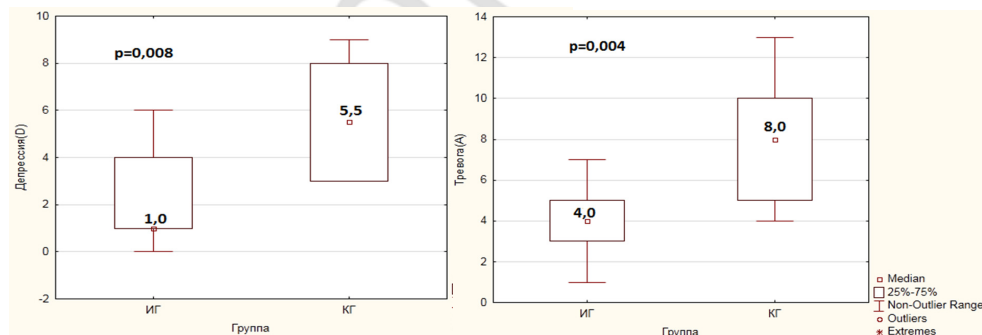


Рис. 3 – Анализ состояния здоровья по опроснику по здоровью EQ-5D-5L пациентов с РС

При оценке шкалы депрессии и тревоги HADS уровень депрессии в ИГ составил 1,0 [1,0; 4,0] балл, в КГ – 5,5 [3,5; 8,0] баллов. В норме количество баллов не должно превышать 7, что свидетельствует о том, что пациенты обеих групп не страдают депрессией, но в КГ показатели статистически выше, чем в ИГ ($U=14,5$, $p=0,008$) (рис. 4а). Уровень тревоги по шкале HADS в ИГ составил 4,0 [3,25; 5,0] балла, в КГ – 8,0 [5,75; 9,75] баллов. В норме количество баллов не должно превышать 7. Следовательно, пациенты КГ имеют субклинически выраженную тревогу ($U=11,5$, $p=0,004$) (рис. 4б).

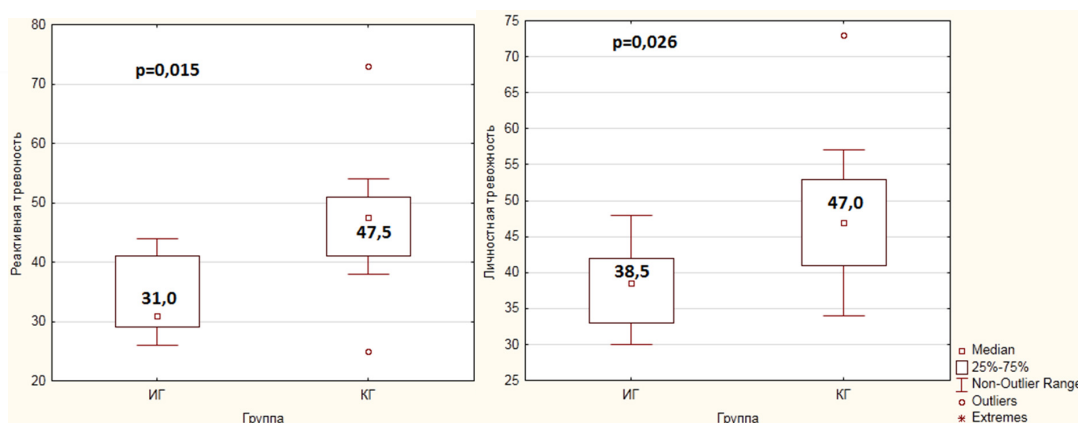


а)

б)

Рис. 4 – Оценка депрессии (а) и тревоги (б) по шкале HADS пациентов с РС

При сравнении результатов теста Спилберга реактивная тревожность ИГ составила 31,0 [29,25; 39,75] балл, что соответствует умеренному уровню, КГ – 47,5 [41,25; 50,5] баллов, что относится к высокому уровню. Таким образом, уровень реактивной тревожности у пациентов КГ статистически выше, чем у пациентов ИГ ($U=17,5$, $p=0,015$) (рис. 5а). Личностная тревожность ИГ составила 38,5 [33,25; 41,25] баллов, что соответствует умеренному уровню, КГ – 47,0 [41,0; 52,25] баллов, что относится к высокому уровню. В норме количество баллов не должно превышать 30. Следовательно, у пациентов, принимающих ПИТРС, статистически ниже уровень личностной тревожности, чем у пациентов КГ ($U=20$, $p=0,026$) (рис. 5б).



а)

б)

Рис. 5 – Сравнение реактивной (а) и личностной (б) тревожности по шкале Спилберга

При оценке результатов шкалы Бека медиана баллов депрессии в ИГ составила 6,5 [4,5; 8,0] баллов, в КГ – 11,0 [10,0; 14,75] баллов. В норме количество баллов не должно превышать 13. Таким образом, пациенты обеих групп не испытывают депрессии, но показатели КГ были статистически выше, чем в ИГ ($U=6$, $p=0,001$) (рис. 6).

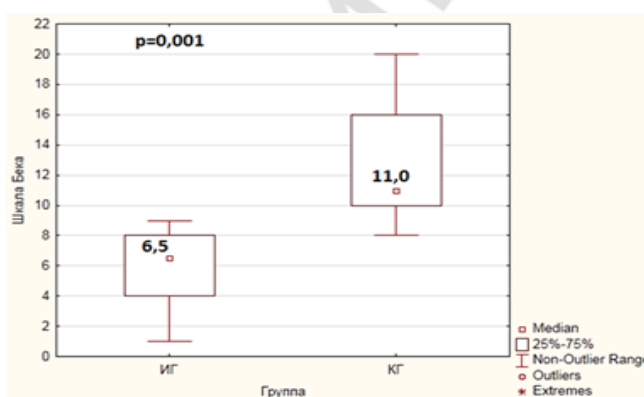


Рис. 6 – Оценка депрессии по шкале Бека пациентов с РС

Выводы:

1 Результаты субъективной шкалы оценки астении (MFI-20) показали, что у пациентов, принимающих ПИТРС, астения статистически менее выраженная, чем у пациентов, получающих симптоматическую терапию ($U=21$, $p=0,03$).

2 Анализ шкалы депрессии и тревоги HADS выявил, что пациенты обеих групп не страдают депрессией, однако пациенты КГ имеют субклинически выраженную тревогу ($U=11,5$, $p=0,004$).

3 Результаты теста Спилберга показали, что пациенты, принимающие ПИТРС, имеют статистически ниже уровень личностной ($U=20$, $p=0,026$) и реактивной ($U=17,5$, $p=0,015$) тревожности, чем у пациентов КГ.

4 Оценка шкалы Бека выявила, что у пациентов обеих групп депрессия отсутствует, но показатели пациентов, получающих симптоматическую терапию, были статистически выше, показателей пациентов, принимающих ПИТРС ($U=6$, $p=0,001$).

Литература

1. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации: Рассеянный склероз / под ред. Е. И. Гусева. – Москва, 2018. - 102 с.
- 2 Шестопалова, Л. Ф. Особенности нарушений когнитивных функций у больных с различными типами течения рассеянного склероза / Л. Ф. Шестопалова // Неврология. – 2009. – С. 3–6.
- 3 Шмидт, Т.Е. Рассеянный склероз / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно. – М.: Медицина, 2003. – 160 с.

Репозиторий БГМУ