

Качество жизни у пациентов с миофасциальным синдромом

Сирицына Ю.Ч., Сиваков А.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Согласно проведенному исследованию «Глобальное бремя болезней» (ГББ) установлены медицинские причины ухудшения качества жизни в разных странах мира. По результатам данного исследования болевые синдромы (БС) в структуре ГББ занимают лидирующие места по количеству лет, прожитых с нарушенным здоровьем в большинстве стран мира, и представляют прямую угрозу качеству жизни населения. Исследование проводилось в 188 странах, и в 86 из них данный показатель занял 1-е место, в 67 странах – 2-е или 3-е. И в первую очередь это неспецифические скелетно-мышечные БС, такие как, боль в верхней и нижней части спины, являющиеся причиной 20% всех некачественно прожитых лет в мире [1].

Качество жизни (КЖ) – «интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии» [2], т.е. данное понятие охватывает все стороны жизни пациента, а с медицинской точки зрения делается упор, прежде всего, на состояние здоровья и уровень здравоохранения. В связи с этим КЖ является важным показателем состояния пациента и целью лечения.

Миофасциальный синдром (МФС), как представитель скелетно-мышечного болевого синдрома, обладает полиморфизмом клинических проявлений и представляет собой совокупность сенсорных, моторных и вегетативных симптомов. Можно предположить, что МФС оказывает выраженное влияние на ежедневное физическое и психоэмоциональное функционирование, т.к. пациенты страдают не только от боли, но и от связанного с этим снижением КЖ [3–5].

Цель исследования. Изучение влияния интенсивности боли на КЖ у пациентов с МФС.

Материалы и методы исследования. Для изучения влияния боли при МФС на качество жизни в исследование вошли 120 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст составил 37 лет), находившихся на лечении в отделении пограничных состояний Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-Наркология» с расстройствами адаптации, недифференцированными соматоформными дисфункциями, тревожно-депрессивными расстройствами, рекуррентными депрессивными расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством с миофасциальной болью разной степени выраженности, которую испытывали в течение последних трех месяцев

все обследуемые пациенты в виде цефалгий, цервикокраниалгий, цервикобрахиалгий с наличием активных и чаще латентных триггерных точек в трапециевидной мышце, грудино-ключично-сосцевидной, ромбовидных мышцах, мышце, поднимающей лопатку, ротаторах шеи и др. с характерной отраженной болью и вегетативной реакцией. Из них 66 пациентов (55%) составили пациенты женского пола и 54 пациента (45%) – мужского. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени выраженности БС по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Первую группу составили 28 человек со слабовыраженной болью по ВАШ ($Me_{3,4\pm 0,7}$), во вторую группу вошел 61 человек с умеренно-выраженной болью ($Me_{5,5\pm 0,8}$), третью группу составил 31 пациент с интенсивным БС ($Me_{7,3\pm 0,6}$).

Для оценки КЖ пациентов в зависимости от выраженности БС применяли неспецифический опросник SF-36 (Item Short Health Status Survey), предназначенный для изучения всех компонентов КЖ. SF-36 состоит из 36 пунктов и позволяет оценить два интегральных показателя, характеризующих КЖ: «физический компонент здоровья» (Physicalhealth – PH) и «психологический компонент здоровья» (Mentalhealth – MH), измерение которых осуществляется по 8 шкалам в соответствии с бальной системой оценок таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Для оценки боли использовали ВАШ, которая представляет прямую линию длиной 100 мм, на которой «0» обозначает отсутствие боли, а «100» – невыносимую боль. Пациент отмечает интенсивность боли точкой на этой прямой. Анализ результатов лечения проводился с использованием лицензионного пакета прикладных программ STATISTICA 10. Различия между группами и связи между признаками считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анализируя шкалы, характеризующие PH при межгрупповом сравнении пациентов всех 3 групп исследования, было установлено, что у пациентов 2 и 3 групп с умеренно-выраженным ($5,5\pm 0,8$) и интенсивным БС ($7,3\pm 0,6$) все показатели PF, RP, DP, GH статистически значимо ниже аналогичных показателей у пациентов 1 группы со слабовыраженной болью ($3,4\pm 0,7$) ($p < 0,001$), при этом показатель BP (22 ± 0), характеризующий интенсивность боли, у пациентов 3 группы в 2,6 раз ниже, чем у пациентов 1 группы сравнения ($57\pm 5,3$) и 1,9 раз меньше, чем у пациентов 2 группы (41 ± 0), что свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает активность пациента с умеренно-выраженным и интенсивным БС, его способность заниматься повседневной деятельностью. Также показатели по шкале RP (0) (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) пациентов 2 и 3 групп сравнения свидетельствуют о том, что и умеренно-выраженная и интенсивная боль в равной степени значительно ограничивают физическое состояние пациента и его повседневную деятельность (затруднения при выполнении работы, сокращение ее объема, увеличение времени на ее выполне-

ние и другой обычной повседневной деятельности) по сравнению с пациентами 1 группы со слабовыраженной болью ($p>0,05$). Однако оценка пациентами 3-х групп своего общего состояния здоровья и перспектив лечения остается на достаточно высоком уровне (шкала GH) (таблица 1).

Таблица 1 – Значения шкал «РН» от уровня боли

Шкалы РН	Группы сравнения			Статистика теста		
	1(n=28)	2 (n=61)	3 (n=31)	p1–2	p1–3	p2–3
PF	85±6,3	60± 5,0	40±7,5	<0,001	<0,001	<0,001
RP	50±6,3	0	0	<0,001	<0,001	>0,05
BP	57±5,3	41±0	22±0	<0,001	<0,001	<0,001
GH	67±5,0	55±2,5	50±5,0	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p1–2, p1–3, p2–3 – уровень статистической значимости при сравнении 1 и 2 групп; 1 и 3 групп; 2 и 3 групп.

Проведя анализ шкал, характеризующих МН – психологический компонент здоровья установлено, что показатели по шкалам VT, SF, RE, МН у пациентов 2 и 3 групп с умеренно-выраженным и интенсивным БС статистически значимо ниже аналогичных показателей у пациентов 1 группы ($p<0,001$), при чем у пациентов с интенсивным БС боль значительно влияет на психоэмоциональное состояние пациента (шкала RE,) ограничивая выполнение работы, повседневную деятельность, включая уменьшение объема работы, снижение ее качества. В равной степени умеренно-выраженный (SF 25±3) и интенсивный (SF 25±0) БС в 2 раза ограничивают социальную активность пациентов, снижают уровень общения и социальных контактов в семье, коллективе по сравнению с пациентами 1 группы (SF 50±6,1). Отмечаются низкие баллы и по шкале МН, свидетельствующие о наличии более высокого уровня тревожно-депрессивной симптоматики [6], психоэмоциональном неблагополучии пациентов 2 (МН 36±3) и 3 (МН 32±2) групп соответственно, на этом фоне пациентами отмечается снижение жизненной активности, утомление, отсутствие энергии и сил (VT 35 ± 3,8), (VT 30 ± 1,3) (таблица 2).

Таблица 2 – Значения шкал «МН» от уровня боли

шкалы МН	Группы сравнения			статистика теста		
	1(n=28)	2 (n= 61)	3 (n= 31)	p1–2	p1–3	p2–3
VT	52,5±5	35 ± 3,8	30 ±1,3	<0,001	<0,001	<0,001
SF	50±6,1	25 ± 3	25 ± 0	<0,001	<0,001	<0,001
RE	66,6±8,4	33 ± 0,1	0	<0,001	<0,001	<0,001
МН	52,5±5	36 ± 3	32 ± 2	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p1–2, p1–3, p2–3 – уровень статистической значимости при сравнении 1 и 2 групп; 1 и 3 групп; 2 и 3 групп.

Для наглядности приводим коробковые диаграммы зависимости показателей боли по «ВАШ» в 3-х группах сравнения и показателей, характеризующих КЖ: РН и МН (рисунок 1, 2).

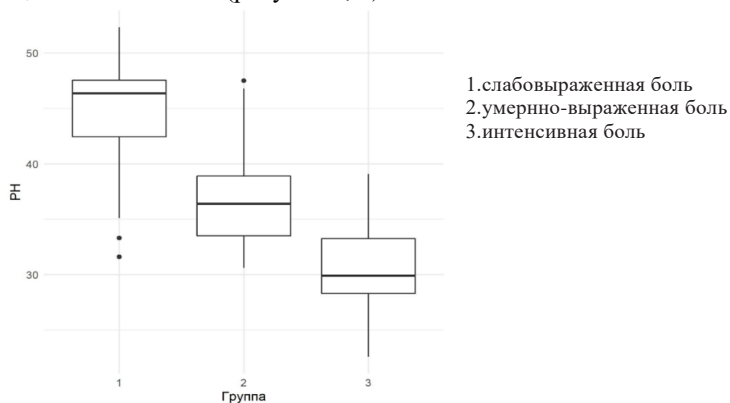


Рисунок 1 – Зависимость интенсивности боли и «РН»

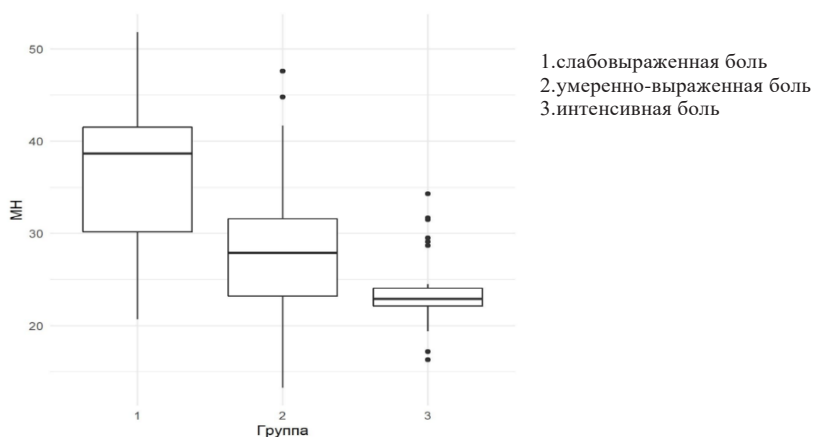


Рисунок 2 – Зависимость интенсивности боли и «МН»

Для изучения взаимосвязи между значениями показателей шкал РН, МН и выраженности БС и для оценки уровня значимости связи данных значений использован коэффициент ранговых корреляций Спирмена. При исследовании влияния уровня БС по шкале ВАШ на «РН» имеет место сильная отрицательная корреляционная связь ($r = -0,737$) и на «МН» – умеренная отрицательная связь ($r = -0,553$) с уровнем значимости ($p < 0,001$) соответственно.

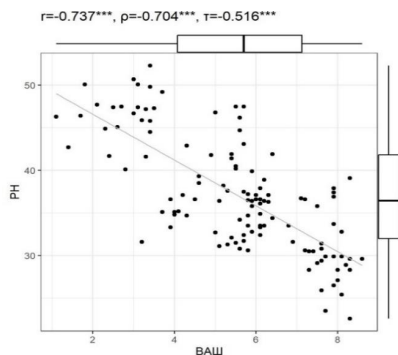


Рисунок 3 – Корреляция боли и «РН»

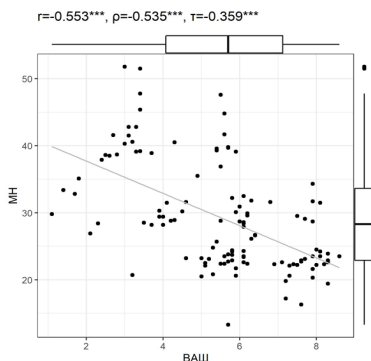


Рисунок 4 – Корреляция боли и «МН»

Проведя корреляционный анализ влияния боли по ВАШ на все показатели шкал РН и МН выявлена умеренная отрицательная связь с уровнем значимости ($p < 0,001$).

Выводы. Проанализировав влияние уровня боли на КЖ пациентов установлено, что достоверное снижение всех показателей, как «РН» так и «МН» происходит с увеличением БС от слабовыраженной боли до интенсивной, при чем снижение по шкалам МН более выражено в абсолютных цифрах по сравнению со шкалами РН. Это также может быть связано с высоким удельным весом встречаемости тревоги и депрессии у пациентов отделения пограничных состояний стационара, с клиническими проявлениями соответствующего патологического состояния, с их реакцией на болезнь, с формированием «болевого поведения», а также с высокой тревожностью и депрессивным состоянием как свойством личности [6]. При этом у пациентов с интенсивным БС показатели по всем шкалам статистически ниже, чем у пациентов с слабовыраженной и умеренно-выраженной болью, что связано с дезадаптацией пациентов к боли, истощением их резервов и процессов компенсации. По результатам корреляционного анализа установлены умеренно выраженные отрицательные, достоверные связи между интенсивностью БС и всеми показателями РН и МН, составляющими КЖ. Т.о. боль значительно влияет на КЖ пациентов, снижая его уровень. Результаты проведенного исследования требуют более внимательного решения проблем, связанных с БС и должны включать комплексные оптимальные программы лечения и реабилитации.

Литература

1. Давыдов, О.С. Распространенность болевых синдромов и их влияние на качество жизни в мире и в России по данным исследования Глобального бремени болезней за период с 1990 по 2013 г. / О.С. Давыдов // Российский журнал боли. – 2015. – №3–4. – С. 11–18.

2. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, под ред. Акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М. ЗАО «ОЛМА Медиа Групп» 2007. – 320 с.

3. Новикова, Л.Б. Клинические особенности миофасциального болевого синдрома / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян // Российский журнал боли. – 2015. – №1(44). – С. 76-77.

4. Рачин, А. П. Миофасциальный болевой синдром в практике клинициста / А.П. Рачин, Ю.Э. Азимова, С.Н. Выговская и др.// РМЖ. – 2015. – №28. – С. 1665-1668.

5. Широков, В.А. Миофасциальный болевой синдром: проблемы диагностики и лечения / В.А. Широков // Неврология и психиатрия. – 2017. – №2. – С. 22-28.

6. Сирицына, Ю.Ч. Анализ взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств и боли у пациентов с миофасциальным синдромом / Ю.Ч. Сирицына, А.П. Сиваков // Журнал ГрГМУ. – 2022. – Т.20 – №3. – С.272-277.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сборник научных статей

Основан в 1999 году

Выпуск 26

Под общей редакцией заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,
доктора медицинских наук, профессора В. Б. Смычка

Минск
«Колорград»
2024