

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ИНВАЛИДИЗАЦИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Сепиханова М.М., Соколова Л. И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, уровень инвалидизации, качество жизни.

**Введение.** Рассеянный склероз (РС) – серьезное неврологическое заболевание с множеством непредсказуемых особенностей, сложной и действенной совокупностью неизвестных механизмов, определяющих проявления и течение болезни [2]. Медико-социальная значимость рассеянного склероза определяется тем, что это заболевание является одной из главных причин инвалидизации и снижения качества жизни неврологических больных молодого и среднего возраста, а также высоким уровнем связанных с ним медицинских и немедицинских расходов [5].

На сегодня в Украине насчитывается более 20 000 больных РС [3].

Ранее было общепризнано, что РС – болезнь людей молодого и среднего возраста. Наиболее типично начало болезни в возрасте от 20 до 40 лет (70% всех случаев). К настоящему времени возрастные границы РС значительно расширены – характерным считается начало заболевания в возрасте от 10 до 59 лет [6]. Согласно результатам зарубежных исследований, распространенность заболевания с поздним дебютом колеблется от 3,4% до 9,4% [8, 13]. G. Azzimondi и соавт. [11] считают, что РС с поздним началом ассоциируется с плохим прогнозом и быстрой прогрессией инвалидности, тогда как A.D. White и соавт. [16] предполагают отсутствие различий в течение заболеваний у больных РС с типичным и поздним дебютом. В Украине проблема РС с поздним началом заболевания не достаточно изучена.

Кроме нарушения физического состояния больного, рассеянный склероз, как хроническое заболевание, сопровождается нарушениями в психологической, эмоциональной, ментальной, духовной и социальной сферах жизни пациента, что в целом составляет понятие “качество жизни” [7]. Исследователи определяют существенные различия между объективной оценкой состояния пациента врачом и субъективной оценкой своего состояния больным рассеянным склерозом [12,9, 10].

Таким образом, на сегодняшний день проблема инвалидизации и качества жизни у больных РС в возрастном аспекте остается актуальной и требует более глубокого изучения.

**Цель исследования** – определение особенностей инвалидизации и показателей качества жизни у больных РС с началом болезни в молодом и старшем возрасте.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 100 пациентов с РС в возрасте от 20 до 65 лет. Первая группа (I) состояла из 50 больных молодого возраста (20-35 лет), дебют заболевания у которых в среднем приходился на  $24 \pm 3.1$  год. Вторая группа (II) – из 50 пациентов старшего возраста (36-65 лет), дебют РС у которых приходился в среднем на  $43 \pm 1.5$  года. У всех пациентов I группы диагностирован ремиттирующий тип течения РС (РРС). Во II группе больных первично-прогрессирующий тип течения РС определен у семи человек, вторично-прогрессирующий – у 10, РРС – у 33.

Тяжесть неврологического дефицита у больных РС оценивали по шкале EDSS в стадии ремиссии при ремиттирующем типе течения. Общепринятым является выделение трех степеней выраженности инвалидизации по шкале EDSS больных РС: легкой (от 1 до 3,5 балла), средней (4–6,5 балла) и тяжелой ( $>6,5$  балла) [4].

Оценивали среднюю скорость прогрессирования болезни (ССП), которая высчитывалась как отношение EDSS к длительности заболевания в годах (баллов/год). Выделяли 3 темпа прогрессирования РС: медленный темп прогрессирования (МТП) – менее 0,25 б/г, умеренный темп прогрессирования (УТП) –  $\leq 0,25-0,75$  б/г, быстрый темп прогрессирования (БТП) –  $\geq 0,75$  б/г. [14]. Для оценки степени неврологического дефицита нами было проанализировано среднее значение баллов по шкале инвалидизации EDSS у обследуемых обеих групп с разной длительностью заболевания.

Для удобства оценки уровня выраженности неврологического дефицита и анализа качества жизни больные двух групп в зависимости от длительности заболевания (5 лет и менее; 6-10; 11-15 лет) были распределены по 3 подгруппам. 30 пациентов молодого возраста составили первую подгруппу I A, вторую I B – 15, третью I C – 5 больных. Группа больных старшего возраста состояла из 18 пациентов подгруппы II A, 21 подгруппы II B, и 11 пациентов подгруппы II C (таб. 1).

Качество жизни (КЖ) исследовалось при помощи общего опросника MOS SF-36, разработанного в Центре изучения медицинских результатов США в 1992 г., который содержит следующие шкалы: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизнеспособ-

Таблиця 1.

**Распределение больных обеих групп на подгруппы в зависимости от длительности заболевания**

Длительность болезни (годы)	Количество больных	
	Группа I	Группа II
1-5	I A – 30	II A – 18
6-10	I B – 15	II B – 21
11-15	I C – 5	II C – 11

ность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психологическое здоровье (ПЗ). Четыре первые шкалы характеризуют физический компонент здоровья (ФКЗ), следующие четыре – психологический компонент здоровья (ПКЗ). Опросник содержит 36 вопросов, охватывающих восемь основных характеристик здоровья. Оценка проводилась по 100-балльной шкале в условных единицах [15].

Для обработки материала использовали пакеты программ базовой статистики Stata 12. Сравнение значений показателей проводилось с помощью непараметрических критериев  $\chi^2$  (критерий Пирсона), Манна-Уитни.

**Результаты и обсуждение.** Средняя продолжительность заболевания у больных первой группы составляла  $5.6 \pm 3.4$ , у пациентов второй группы –  $6.9 \pm 3.1$ .

При оценке степени выраженности инвалидизации у обследуемых обеих групп было определено преобладание легкой степени инвалидизации – у 40 (80%) пациентов I группы и 33 (66%) у больных II группы, во II группе имела тенденция к увеличению числа пациентов с умеренной и выраженной степенью инвалидизации (рис. 1).

Средний балл по шкале инвалидизации EDSS для больных I группы составил  $3.06 \pm 1.10$ , у пациентов II группы –  $3.34 \pm 1.21$ .

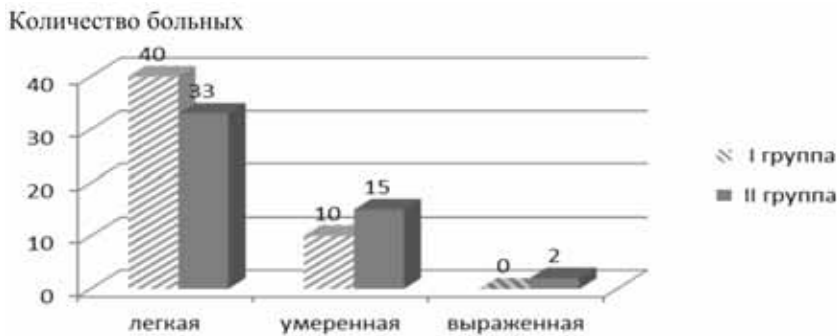


Рис.1 Степень выраженности инвалидизации по шкале EDSS у больных РС обеих групп

По результатам сравнительной оценки уровня инвалидизации по шкале EDSS у больных с разной длительностью заболевания, был выявлен более высокий балл EDSS в подгруппе старшего возраста с длительностью заболевания 6-10 лет. У пациентов подгруппы I B средний балл по шкале EDSS составил  $2.9 \pm 0.8$ , в подгруппе II B –  $3.6 \pm 0.9$  ( $p = 0,019$ ). В других распределениях по срокам заболевания достоверных различий в подгруппах не выявлено (табл. 2).

При анализе ССП РС медленный темп прогрессирования отмечался у 7 (14,0%) обследуемых I группы, умеренный темп у 33 пациентов (66,0%) и быстрым темпом прогрессирования характеризовались 10 пациентов (20,0%).

Во II группе наблюдалось 4 (8,0%) человек с медленной ССП заболевания, с умеренной ССП – 27 пациента (54,0 %), быстрый темп ССП отмечен у 19 больных (38,0%). Таким образом, II группа больных отличалась статистически значимым быстрым темпом прогрессирования заболевания, в то время как у пациентов I группы преобладал умеренный темп прогрессирования (рис. 2).

При изучении КЖ больных РС нами определено, что длительность и время начала заболевания РС оказывает существенное влияние на показатели КЖ – отмечено их значительное снижение в зависимости от продолжительности заболевания, особенно физической составляющей, что в первую очередь обусловлено нарастанием неврологического дефицита.

Снижение КЖ в обеих группах больных РС нами наблюдалось уже в первые годы болезни (до 5лет). В большей мере снижение показателей КЖ были выражены у пациентов второй группы, это свидетельствует о том, что пациенты старшего возраста более чувствительны к изменениям своего состояния здоровья.

Наибольшие различия в оценке КЖ больных РС выявлены по шкалам ФФ, РФФ, Б и РЭФ, что свидетельствует об ограничении их повседневной деятельности (рис 3, 4). Менее всего у обследуемых страдало психическое здоровье, статистически достоверная разница была определена в подгруппах больных старшего возраста II A и II B для показателя РЭФ.

У всех обследуемых с длительностью заболевания до 10 лет отмечаются общие тенденции изменения качества жизни, больше выраженные в подгруппах старшего возраста. В даль-

**Сравнительная оценка уровня инвалидизации по EDSS в зависимости от длительности заболевания, баллы**

Таблиця 2.

Длительность заболевания (годы)	Средний бал по шкале EDSS				P
	подгруппы	$\bar{x} \pm \sigma$	подгруппы	$\bar{x} \pm \sigma$	
1 – 5	I A	$3,0 \pm 1,04$	II A	$3,3 \pm 1,53$	P=0,465
6 – 10	I B	$2,9 \pm 0,8$	II B	$3,6 \pm 0,9$	P=0,019*
11 – 15	I C	$4,0 \pm 1,27$	II C	$3,45 \pm 0,8$	P= 0,385

– оценка проведена по критерию  $\chi^2$

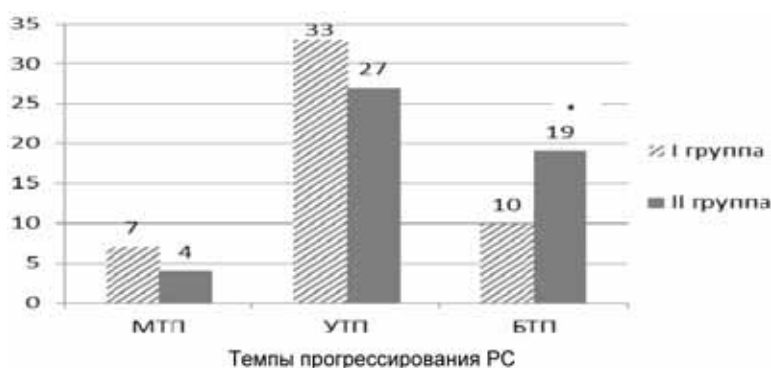


Рис. 2. Сравнительный анализ ССП в обследуемых группах

\* Статистически значимая разница ( $p < 0,05$ , – критерий  $\chi^2$ )

нейшем, по мере нарастания неврологического дефицита и увеличения длительности болезни более 1 лет, показатели, характеризующие различные формы функционирования, продолжают прогрессивно уменьшаться в

подгруппах I C и II C, не показывая достоверно значимых различий (рис 5).

**Выводы.**

При анализе степени инвалидизации достоверно значимых различий у больных разных возрастных групп выявлено не было, однако определяется тенденция к увеличению числа больных с умеренной и выраженной степенью инвалидизации среди пациентов старшего возраста.

Больные с началом заболевания в старшем возрасте имеют достоверно более быстрый темп прогрессирования заболевания, в то время как у пациентов, которые заболели в молодом возрасте, преобладает умеренный темп прогрессирования РС.

Показатели качества жизни у больных РС старшего возраста достоверно ниже по сравнению с группой молодого возраста при длительности заболевания до 10 лет.

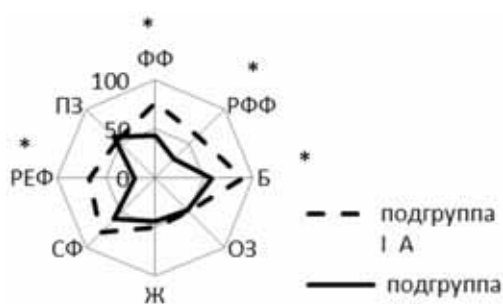


Рис. 3. Показатели качества жизни у пациентов с РС в подгруппах IA, IIA

\* Статистически значимая разница ( $p < 0,05$ , – критерий  $\chi^2$ )

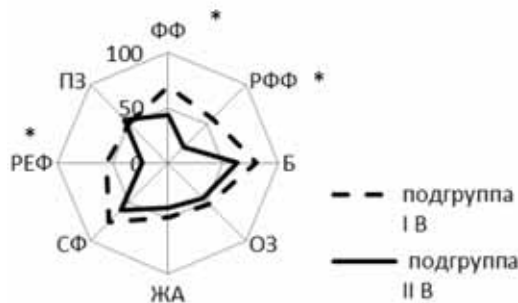
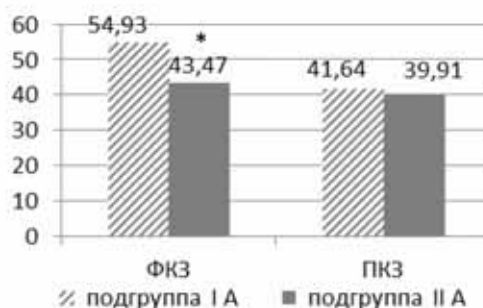


Рис. 4. Показатели качества жизни у пациентов с РС в подгруппах IB, IIB

\* Статистически значимая разница ( $p < 0,05$ , – критерий  $\chi^2$ )

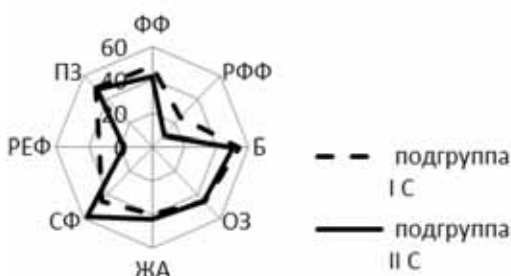
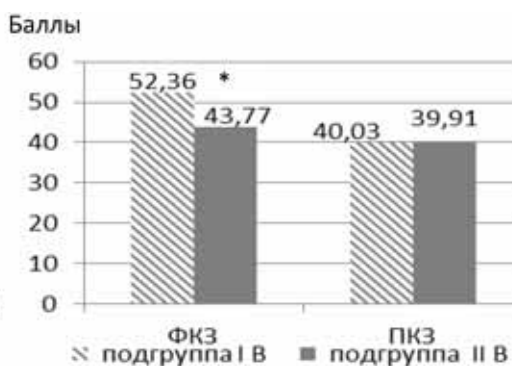
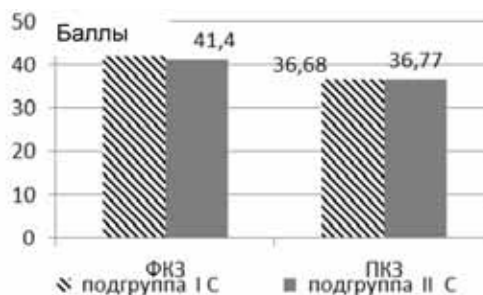


Рис. 5. Показатели качества жизни у пациентов с РС в подгруппах IC, IIC



Более всего страдает физическая составляющая качества жизни, и одна из психологических составляющих – ролевое эмоциональное функционирование.

Изменения качества жизни наиболее выражены но не имеют статистически значимых различий у больных разных возрастных групп с длительностью болезни 11-15 лет, что обусловлено значительными изменениями во всех сферах жизни пациента вследствие прогрессирования заболевания, потери трудоспособности и выраженной инвалидизации.

*Рецензент: член-кор. НАМН України,  
д.мед.н., професор Нетяженко В.З.*

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бисага Г.Н. Рассеянный склероз. Современные представления, диагностика и лечение. – Санкт-Петербург: Аспект плюс, 2001. – 41 с.
2. Волошина Н.П., Егоркина О.В. (2011) Проблема рассеянного склероза в Украине. Фармакологическое обоснование лечения РС. Научный симпозиум з міжнародною участю “Медичні та соціальні аспекти реабілітації в неврології, психіатрії і наркології”, 24–25 листопада, Київ.
3. Малкова Н.А., Иерусалимский А.П. Рассеянный склероз. Новосибирск, 2006; 170 с.
4. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в неврологии / А.А. Новик, М.М. Одинак, Т.Н. Ионова, Г.Н. Бисага // Неврологический журнал. -2002. № 6.- С. 49-52.
5. Рассеянный склероз: руководство / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 146 с.
6. Шварц Г.Я. Фармакоэкономическое обоснование применения лекарственных препаратов превентивного ряда в лечении больных рассеянным склерозом / Г.Я. Шварц // Неврологический журнал. 2001. – № 1. – С. 43-47.
7. Delalande S. et al. Late onset multiple sclerosis // Rev. Neurol. – 2002. – Vol. 158(11). – P. 1082–1087.
8. Janardhan V. Quality of life in patients with multiple sclerosis. The impact of fatigue and depression / V. Janardhan, R. Bakshi. // Journal of the Neurological Sciences.-2002.-Vol 205.-№ 1. P.51-58.
9. Janssens A.C. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners I A.C. Janssens, P.A. van Doorn, J.B. de Boer et al // Acta Neurol. Scand. 2003. – Vol. 108.6.-P. 389-395.
10. Multiple sclerosis with very late onset: report of six cases and review of the literature / G. Azzimondi, A. Stracciari, R. Rinaldi [et al.] // Eur. Neurol. – 1994. – Vol. 34, N 6. –P. 332–336. 125
11. Nortvedt M.W. Quality of life in multiple sclerosis: measuring the disease effects more broadly / M. W. Nortvedt, T. Rii.se, Kjell-Morten Myhr. et al. // Neurology.-1999. Vol.53. – P. 1098-1103.
12. Noseworthy, J. et al. Multiple sclerosis after age 50 // Neurology. – 1983. – Vol. 33. – P. 1537–1544
13. Verjans E., Theys P., Delmotte P. et al. Clinical parameters and intrathecal IgG synthesis as prognostic features in multiple sclerosis. Part I. J Neurol 1983; 229: 3: 155–165.
14. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. – The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass., 1993.
15. White A. D. Features of multiple sclerosis in older patients in South Wales / A. D. White, R. J. Swingle, D. A. Compston // Gerontology. – 1990. – Vol. 36, N 3. – P. 159–164. 126.

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РІВНЯ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ТА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

*Сепіханова М.М., Соколова Л. І.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

**Резюме.** Проведене дослідження показало, що хворі з початком захворювання у старшому віці мають достовірно більш швидкий темп прогресування захворювання, в той час як у пацієнтів, які захворіли в молодому віці, переважає помірний темп прогресування РС.

Показники якості життя у хворих РС старшого віку достовірно нижче в порівнянні з групою молодого віку при тривалості захворювання до 10 років. Найбільше страждає фізична складова якості життя, а саме рольове фізичне функціонування та одна з психологічних складових – рольове емоційне функціонування.

**Ключові слова:** розсіяний склероз, рівень інвалідизації, якість життя.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF THE LEVEL OF DISABILITY AND QUALITY OF LIFE INDICES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN DIFFERENT AGE GROUPS

*M. Sepihanova, L. Sokolova*

*Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

**Summary.** The study showed that patients with disease onset at an older age have a significantly faster rate of disease progression, while in patients who fell ill at a young age, a temperate pace of progression of MS is predominated.

Quality of life indices in patients with MS of older age is significantly lower compared with the group of young age with disease duration up to 10 years. More likely physical component of quality of life is impaired, notably, role physical functioning and one of the psychological components – the role emotional functioning.

**Key words:** multiple sclerosis, the level of disability, quality of life.