

УДК 616.724:616.85

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ НЕВРОПАТИИ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Карпов С.М., Саркисов А.Я., Гандылян К.С., Карпов А.С., Ивенский В.Н.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, e-mail: karpov25@rambler.ru

Использование в оценке эффективности медицинской помощи, основанной на оценке качества жизни (КЖ) является важным аспектом объективности использования различных комплексов терапевтических методов лечения. Была проведена оценка качества жизни 38 пациентам с невропатией тройничного нерва (НТН) до начала проводимого лечения и спустя 1 и 3 месяца от начала терапии, которое включало: стандартную медикаментозную терапию, ортопедическое лечение, физиолечение. В комплексе лечения был использован антидепрессант «Прозак». Результаты оценки КЖ больных с невропатией ветвей тройничного нерва по показателям опросника SF-36 позволили сделать вывод, что наличие длительного болевого синдрома приводят к значительному снижению КЖ больных. Использование антидепрессантов в стандартной терапии привело к достоверному улучшению параметров КЖ.

Ключевые слова: невропатия ветвей тройничного нерва, качество жизни, антидепрессанты

QUALITY OF THE LIFE IN NEUROPATHY TRIGEMINAL NERVE BRANCH

Karpov S.M., Sarcisov A.A., Gandylan K.S., Karpov A.S., Ivenskiy V.N.

Stavropol State Medical Academy, Stavropol, e-mail: karpov25@rambler.ru

Use in assessing the effectiveness of medical care based on an assessment of the quality of life (QoL) is an important aspect of the use of different objective of the therapeutic treatment. The estimation quality of life of 38 patients with trigeminal neuropathy (NTN) before the treatment and after 1 and 3 months of therapy, which included: a standard medical therapy, orthopedic treatment, physiotherapy. In the complex treatment was used antidepressant «Prozac». QoL assessment results with neuropathy branches of the trigeminal nerve in terms of SF-36 led to the conclusion that the presence of long-term pain leads to a significant reduction in quality of life of patients. The use of antidepressants in the standard therapy resulted in significant improvement in quality of life parameters.

Keywords: temporomandibular joint, quality of a life, therapy

В последние годы все шире применяется нетрадиционный подход к оценке эффективности медицинской помощи при различных заболеваниях, основанный на оценке качества жизни (КЖ), в том числе, связанного со здоровьем, методы его оценки активно изучаются и экспериментально апробируются во многих экономически развитых странах [7]. Общепризнанно, что КЖ является многомерным понятием и отражает влияние заболевания и лечения на благополучие больного. КЖ больного характеризует, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания или его лечения. В некоторых случаях это понятие включает также экономические и духовные аспекты функционирования больного.

Группа экспертов ВОЗ определяет КЖ как «способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу и образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения» [7]. Для невропатии ветвей тройничного нерва (НВТН) характерно не только многообразие причин и клинических проявлений, но и наличие последствий заболевания [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8], снижающих КЖ человека.

Цель исследования: дать оценку качества жизни больных с НВТН в разные периоды проводимого лечения.

Материалы и методы исследования

В условиях стационара нами было проведено комплексное клиничко-неврологическое и стоматологическое обследование 71 пациентов с НВТН. Длительность заболевания варьировалась от 6 месяцев до 7 лет, и составила в среднем $3,1 \pm 2,9$ года. Средний возраст больных составил $54,2 \pm 4,9$ лет. В 15,5% случаев (11 чел.) пациенты ни с чем не связывали развитие болевого синдрома, тогда как большинство пациентов возникновение боли отмечали после посещения стоматолога. Так, у 25 (35,2%) пациентов боли появились после протезирования, у 21 (29,6%) – после удаления зубов. Следует отметить, что в 14 (19,7%) случаях НТН возникли после перенесенной вирусной инфекции. Распределение больных по причине возникновения НТН представлено на рис. 1.

В настоящее время КЖ больного является важным, а в ряде случаев основным, критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях, поэтому следует уделять серьезное внимание методам его оценки и анализа. Среди общих опросников использовался MOS SF-36 – наиболее распространенный общий опросник изучения качества жизни, широко применяющийся как в популяционных, так и в специальных исследованиях КЖ [7]. Опросник MOS SF-36 состоит из 36 вопросов и 8 шкал. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню жизни.

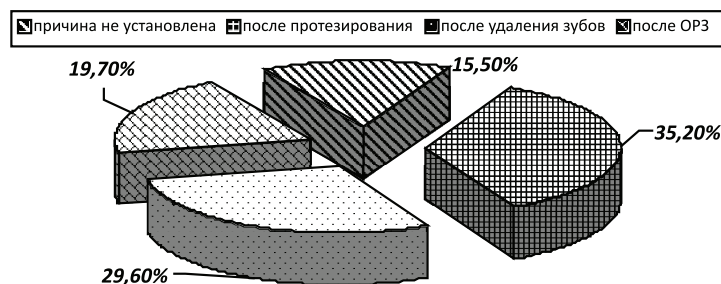


Рис. 1. Распределение больных по причине возникновения НТН

Статистически значимые различия в показателях КЖ оценивали и на предмет наличия клинически значимых различий. Учитывая то, что в применяемых в исследовании опросниках шкалы варьировались от 0 до 100 баллов, нами были использованы данные [7], согласно которым клинически значимыми различиями являются отличия, равные или превышающие 10 баллов за период не менее 4 недель.

Оценка КЖ пациентов с НТН проводилась на трех основных отрезках: в период поступления больного в стационар до начала проводимого лечения, спустя 1 и 3 месяца после начала проведенной терапии. Данные реперные отрезки позволяют наиболее точно определить качество проведенной терапии и ее эффективность по ближайшему временному периметру. В стандартную медикаментозную терапию были включены нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, витаминотерапия. К проводимой стандартной терапии дополнительно был включен антидепрессант, с учетом того, что острая боль при НВТН, носящая характер длительного, порой нестерпимого раздражителя, практически во всех случаях приводит к депрессивным состояниям, тем самым значительно меняя качество жизни больного [5, 6, 8]. Нами был использован препарат «Прозак» в дозе 20 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнение показателей КЖ до и после проведенного лечения позволяет оценить выраженность влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование больного, что помогает и дополнительно расширить круг стандартных параметров оценки результативности проводимой терапии и «качественно-количественно» судить об эффективности проводимого лечения.

Первично были оценены показатели шкалы физического функционирования (ФФ). По данной шкале больным субъективно оценивается объем своей физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время. У больных с НВТН показатели ФФ статистически достоверных различий после лечения выявлено не было (соответственно $87,7 \pm 3,4$ б. до лечения и $92,2 \pm 4,6$ балла спустя месяц после лечения). Спустя 3 месяца результат КЖ оставался высоким и составил $91,8 \pm 3,6$ балла. Умеренное ограничение привычных физи-

ческих нагрузок для больных было связано преимущественно с психологическим состоянием, с наличием вертеброгенной патологии, миалгическим синдромом.

Шкала ролевого физического функционирования (РФФ), где больному просили дать оценку степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной состоянием здоровья, позволила выявить достоверные ($p < 0,05$) отличия, где результаты до проведенного лечения составили $68,2 \pm 3,6$ б., спустя месяц – $85,2 \pm 2,8$ б. Результат через 3 месяца составил $82,3 \pm 4,2$ б. Нельзя не заметить того факта, что аллергические проявления НВТН значительно ограничивают выполнение повседневной жизнедеятельности, а следовательно снижают КЖ больных.

Анализ шкалы «Боль» (Б) в исследуемой группе наиболее важная по своим критериям в качестве жизни больного. Описывая и давая характеристику роли своих болевых ощущений, которые ограничивают повседневную деятельность, выявил прямую зависимость, где было отмечено, что чем выше показатель, тем больше болевые ощущения, вмешивающиеся в повседневную деятельность больного. Были выявлены статистически значимые достоверные ($p < 0,01$) различия в показателях в группе больных до и после лечения (соответственно $45,4 \pm 5,1$ и $71,5 \pm 4,1$ б.). Спустя 3 месяца балльность составила $68,7 \pm 3,2$, что указывало на длительную ремиссию проводимого лечения. Понимая, что доминирующим симптомом НВТН является боль, носящая часто выраженный, интенсивный характер, несомненно, данное обстоятельство оказывает влияние на КЖ больных, что нашло свое отражение в показателях шкалы SF-36.

Проведенный нами анализ в возрастном аспекте позволил отметить, что наиболее значимое снижение КЖ по шкале (Б) было выявлено в возрастном аспекте до 50 лет в отличие от больных более старшего возраста (> 50 лет). Вероятно, данный факт может быть объяснен тем, что порог болевой чувствительности выше у больных более старшего возраста вследствие возможных

органических изменений ЦНС и как результат этого, меньшая восприимчивость боли.

Оценка общего состояния своего здоровья была дана по шкале «общее здоровье» (ОЗ), где больные давали субъективную оценку своего здоровья. Проведенное исследование выявило, что болевой синдром при НВТН приводит к значимому снижению КЖ. Было отмечено, что до лечения ОЗ составило $55,9 \pm 3,5$ б., после лечения $78,8 \pm 2,4$ б. Спустя 3 месяца – $75,9 \pm 3,7$ б. В данной шкале больные определяют качество ОЗ, где указывают, что проведенное лечение дает положительный, стойкий эффект, т.к. спустя 3 месяца больные практически сопоставимо оценивали свое ОЗ с результатами, полученными нами спустя месяц после лечения.

Наиболее важной является шкала «жизнеспособность» (ЖС), позволяющая больному дать оценку своего жизненного тонуса (бодрость, энергия и пр.) в течение проводимого лечения, которое составило после лечения $79,5 \pm 2,8$ б. Спустя 3 месяца данный показатель практически не изменился. Результаты исследования позволили оценить ЖС, как умеренный жизненный тонус, то есть в течение месяца он не в полной мере ощущал себя активным, бодрым, полным жизненных сил.

Следующая шкала опросника предполагала оценку социального функционирования (СФ) пациентов с НВТН. В данном случае пациенты давали субъективную оценку уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и т.д. По результатам исследования, показатель шкалы до лечения составил $75,7 \pm 2,9$ б. Чем выше балл, тем выше больной оценивает уровень своих социальных связей. Значимых статистических различий в показателях по шкале (СФ) за период проводимого лечения выявлено не было. Так, после лечения СФ составила – $77,7 \pm 3,6$ б. Спустя 3 месяца $76,9 \pm 4,7$ б. У больных с НВТН по данной шкале показатели КЖ после проведенного лечения существенно не изменились и не менялись спустя длительное время. Было отмечено, что по мере увеличения возраста больного, показатели КЖ снижаются, и наиболее выражено это прослеживалось у больных старше 50 лет.

Шкала опросника «ролевое эмоциональное функционирование» (РЭФ) позволила выявить состояние больных относительно степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, в течение исследуемого периода, где было выявлено, что до лечения РЭФ составило – $59,1 \pm 2,4$ б., спустя

месяц – $77,1 \pm 2,3$ б., через 3 месяца $75,9 \pm 3,1$ б. Результаты исследования указывают, что эмоциональное состояние больного значительно влияет на повседневную деятельность, тем самым снижая РЭФ.

Шкала «психическое здоровье» (ПЗ) позволила оценивать такие качества, как счастье, спокойствие, умиротворение и пр. у исследуемых пациентов. Были выявлены достоверные ($p < 0,01$) различия, где результаты до лечения составили $49,2 \pm 3,2$ б., спустя месяц – $59,3 \pm 3,6$ б. Балльность исследования после 3 месяцев составила $69,9 \pm 4,1$ б. Данное обстоятельство указывает, что длительность безболевого периода положительно сказывается на ПЗ пациентов с НТН.

Выявленные изменения КЖ в исследуемой группе в возрастном аспекте позволили отметить, что с увеличением возраста больного прослеживается тенденция к снижению самооценки КЖ по анализируемой шкале.

Средние значения показателей КЖ больных с НВТН до проведенного лечения для восьми шкал опросника SF-36 колеблются от 45,4 (шкала Б) до 87,7 баллов (шкала ФФ). Результаты проведенного лечения позволили объективно оценить меняющееся качество жизни больного и тем самым оценить эффективность проведенного лечения. Так, на основании проведенного исследования практически все показатели шкалы SF-36 (РФФ, Б, ОЗ) спустя месяц после проведенного лечения оказались значительно выше относительно исходного уровня, соответственно на 17,0; 26,1; 22,9%.

В наших исследованиях обратил на себя внимание тот факт, что балльность показателей Б и ОЗ как до, так и после лечения носила однотипный характер. Данные результаты были расценены нами, как связь влияния боли на общее здоровье больного и, как следствие этого, на состояние психического здоровья.

Следует отметить, что показатели шкал КЖ спустя 3 месяца указывали на достаточно стойкий терапевтический эффект на фоне проводимого лечения. Обращает на себя внимание, что в разных возрастных группах показатели шкал менялись по-разному. Так, наиболее эффективно лечение выразилось у больных более молодого возраста (до 50 лет). Графически полученные результаты по шкалам опросника представлены на рис. 2.

Изучение показателей КЖ в динамике позволило выявить ряд закономерностей. Из представленных данных самыми низкими показателями КЖ по шкалам опросника до начала лечения были показатели шкалы «Б» – 45,4 и «ПЗ» – 49,2, что яв-

ляется главенствующим проявлением исследуемой патологии в жизни больного. В меньшей степени это касалось шкалы «ФФ» – 87,7 балла; «ЖС» – 76,1 балла, «СФ» – 75,7 балла, что указывало на сохраняющийся высокий жизненный потенциал больного. Улучшение показателей шкал КЖ

после проведенного лечения указывают на терапевтический эффект и, как следствие этого, – стойкую ремиссию. Выявленные изменения носили статистически значимые результаты преимущественно по показателям, которые в социуме больного носят доминирующий характер.

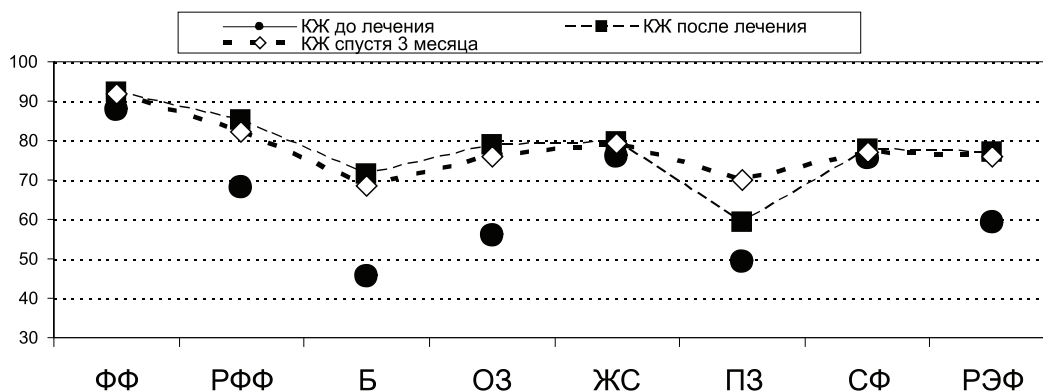


Рис. 2. Показатели качества жизни больных в динамике при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (по оси абсцисс – шкала опросника SF-36, по оси ординат – сумма в баллах)

Заключение

Полученные результаты оценки КЖ больных с невралгией ветвей тройничного нерва с помощью опросника SF-36 позволили сделать вывод, что наличие интенсивных болевых ощущений приводят к значимому снижению КЖ больных по 6 шкалам опросника. Проведенное лечение с использованием антидепрессантов в базисной терапии привело к достоверному улучшению параметров КЖ.

Список литературы

1. Арутюнов В.А., Боднева С.Л., Еремина Н.В. Медикаментозная коррекция невралгии тройничного нерва (обзор) // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2012. – № 2. – С. 64–66.
2. Гандылян К.С. Объективные показатели для оценки эффективности проводимого лечения пациентов с непароксизмальными лицевыми болями // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2010. – № 3. – С. 21–23.
3. Гандылян К.С., Пузин М.Н. Современные подходы к диагностике и лечению хронических непароксизмальных прозопагий // Российский стоматологический журнал. – 2009. – № 3. – С. 26–29.
4. Еремина Н.В. Одонтопатии: диагностика, клиника, терапия: автореф. дис. ... кан. мед. наук. – М., 2012. – С. 30.
5. Карлов В.А. Неврология лица. – М.: Медицина, 1991. – 175 с.
6. Новый взгляд на патогенез и лечение невралгии тройничного нерва / С.М. Карпов, Д.Ю. Христофорандо, В.А. Батуринов, А.С. Карпов // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8. – С. 326–329.
7. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
8. Пузин М.Н. Лицевая боль. – М.: РУДН, 1992. – 310 с.

References

1. Arutyunov V.A., Bodneva S.L., Eremina N.V. Medikamentoznaya korrektsiya nevrалгии troynichnogo nerva (obzor) // Vestnik Meditsinskogo stomatologicheskogo instituta. 2012. no. 2. pp. 64–66.
2. Gandulyan K.S. Obektivnye pokazateli dlya otsenki effektivnosti provodimogo lecheniya patsientov s neparoksizmalnymi litsevymi bolyami // Vestnik Meditsinskogo stomatologicheskogo instituta. 2010. no. 3. pp. 21–23.
3. Gandulyan K.S., Puzin M.N. Sovremennye podhodu k diagnostike i lecheniyu hronicheskikh neparoksizmalnuh przo-palgiy // Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2009. no. 3. pp. 26–29.
4. Eremina N.V. «Odontopatii: diagnostika, klinika, terapiya, avtoref. dokt. Med. nauk, Moskva 2012. pp. 30.
5. Karlov V.A. Nevrologiya litsa. M.: Meditsina, 1991. 175 p.
6. Karpov S.M., Hristoforandо D.Y., Baturin V.A., Karpov A.S. Novyy vzglyad na patogenez i lechenie nevrалгии troynichnogo nerva // Fundamentalnye issledovaniya. no. 8, 2012. pp. 326–329.
7. Novik A.A. Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine / A.A. Novik, T.I. Ionova, P.Kaynd. SPb.: «Elbi», 1999. 140 p.
8. Puzin M.N. Litsevaya bol. M.: RUDN, 1992. 310 p.

Рецензенты:

Долгалев А.А., д.м.н., главный врач Клиники реконструктивной стоматологии Северокавказского медицинского учебно-методического центра, г. Ставрополь;
 Порфириадис М.П., д.м.н., главный врач МБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника № 1», г. Ставрополь.
 Работа поступила в редакцию 15.11.2012.