

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И ДИСФАГИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Проф. И. А. ГРИГОРОВА, доц. О. А. ТЕСЛЕНКО, доц. Л. В. ТИХОНОВА,
проф. С. Н. ГРИГОРОВ, доц. Н. С. КУФТЕРИНА

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Дана оценка динамики показателей качества жизни пациентов с болевым синдромом и дисфагией на фоне различной неврологической патологии, а также боевой сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травм при традиционной терапии с добавлением препарата мелоксикам ОДТ. Терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдался у 98 % больных в виде значительного регресса интенсивности болевого синдрома, а значит, и снижения степени ограничения двигательной функции. Показатели качества жизни во всех случаях имели положительную динамику, что сказалось как на физическом, так и на психологическом уровне социальной адаптации пациентов.

Ключевые слова: болевой синдром, дисфагия, терапия, препарат мелоксикам ОДТ.

Дисфагия — это состояние, при котором человек испытывает боль или неприятные ощущения при глотании. Иногда он даже не может проглотить еду, что может привести к недостатку питательных веществ в организме и даже к истощению. Неврогенная дисфагия возникает при нарушении функции первого и/или второго мотонейронов, базальных ганглиев, нервно-мышечных синапсов и самого мышечного аппарата. В неврологической практике такие нарушения встречаются в основном у больных, перенесших мозговую инсульт или черепно-мозговую травму. Кроме того, к заболеваниям центральной нервной системы, сопровождающимся нарушениями глотания, относятся боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, наследственные дегенеративные заболевания, инфекционные поражения нервной системы, травмы челюстно-лицевого аппарата. Наряду с этим очень часто у больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) и после перенесенных ишемических инсультов в вертебробазилярном сосудистом бассейне, чаще в пожилом и старческом возрасте, формируется хронический болевой синдром, особенно на фоне ревматической патологии [1]. Выраженный болевой синдром также имеет место при инфекционном и травматическом поражении челюстно-лицевого аппарата головы, что приводит к затруднению глотания и пережевывания пищи.

Сочетание болевого синдрома и дисфагии негативно влияет на качество жизни (КЖ) пациента. Сегодня изучение КЖ больных обусловлено признанием важной роли их субъективного мнения о собственном психологическом, физическом, социальном и духовном благополучии и позволяет определить факторы, которые способствуют улучшению жизни и наполненности ее смыслом [2, 3]. Очевидно, что болезнь может влиять на

физическое состояние, психологию, поведение человека, эмоциональные реакции, а также изменять его место и роль в общественной жизни. Оценка КЖ важна не только для определения состояния пациента на данный момент, она может влиять и на выбор тактики лечения, подтверждая его правильность или последующую коррекцию.

Наиболее часто в клинике неврологических заболеваний присутствует хронический болевой синдром в виде миофасциальных болей, краниальных нейропатий, мышечно-тонического синдрома и радикулопатий шейно-грудной и пояснично-крестцовой локализации. Одной из универсальных групп лекарственных препаратов, занимающих центральное место среди симптоммодифицирующих препаратов при лечении болевого синдрома и для управления болями любой этиологии, являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Сочетание болевого синдрома с дисфагией уменьшает арсенал применения имеющихся лекарственных форм анальгезирующих препаратов. Многообразие типов и механизмов боли предполагает использование широкого спектра лекарств для ее подавления. Препараты группы НПВП регулярно используют в своей работе более 80% врачей различных специальностей. Один из них — мелоксикам, который относится к классу оксикамов и является производным еноловой кислоты. С использованием различных экспериментальных подходов показано, что мелоксикам по сравнению с другими НПВС (пироксикамом, индометацином, напроксеном и др.) обладает селективностью в отношении изофермента ЦОГ-2, чем и объясняется его высокий профиль гастроинтестинальной безопасности. Очень важным преимуществом является то, что мелоксикам не повышает риск развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, отеков и артериальной гипертензии по сравнению

с другими НПВП, а уровень развития печеночной недостаточности при применении этого препарата минимальный (G. Singh, G. Triadafilopoulos, 2001). Клиническая эффективность мелоксикама (7,5 или 15 мг/сут) изучена более чем в 230 исследованиях, в которых принимали участие более 30 тыс. ревматических больных. Мелоксикам показал себя эффективным и хорошо переносимым препаратом как при внутримышечных инъекциях, так и при пероральном приеме. На рынке Украины представлены удобные формы порошка НПВС в саше — нимесулид, диклофенак калия. Несмотря на удобство использования, их существенный недостаток — воздействие на параметры свертываемости крови, что ограничивает время применения данных препаратов — не более 3 дн. Этот факт, в свою очередь, существенно ограничивает их применение у больных с хроническим болевым синдромом. Именно поэтому острые и хронические неврологические осложнения, возникающие особенно на фоне хронического ревматизма (ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита и др.), требуют более обдуманного подхода к выбору НПВС.

Недавно линейка НПВС пополнилась новой быстрой ородисперсной формой — препаратом мовиксикам ОДТ, единственным инновационным ородисперсионным мелоксикамом в Украине (производства Alrex Pharma, Switzerland), который к тому же признан в 36 странах. Мовиксикам ОДТ является альтернативой другим таблетированным формам НПВС с быстрым эффектом. Он демонстрирует полную биоэквивалентность таблетированной форме мовалиса (мелоксикама) для приема внутрь, что позволяет применять его для курсового лечения у пациентов при остеоартрозе, ревматоидном артрите, анкилозирующем спондилите и др. Препарат мовиксикам ОДТ удобен для приема пациентами, которые не могут использовать таблетированные формы или саше НПВС. Чаще всего это связано с нарушением функции глотания или наличием выраженного болевого синдрома при краниальных невралгиях или челюстно-лицевых повреждениях. Новая форма также дает возможность более гибко дозировать препарат в зависимости от веса и диагноза пациента. Есть также предположение, что именно благодаря более быстрой абсорбции мовиксикам ОДТ может приводить к более быстрому получению эффекта по сравнению с твердыми формами. Так, уже через 2 мин фиксируется растворение 60% этой формы препарата, в то время как традиционных таблеток — 20%, что свидетельствует о трехкратном увеличении скорости его растворения. После однократного приема время достижения максимальной концентрации препарата в плазме на 20% выше, чем у традиционных таблеток [4]. Известно, что метаболизм лекарственного вещества до проникновения в системный кровоток при прохождении через желудочно-кишечный тракт и печень называют эффектом первого прохождения. Степень метаболизма лекарственных веществ

при первом прохождении определяется емкостью ферментов СYP 3A4 и СYP 2C9 для данного препарата, скоростью метаболических реакций и абсорбции. Если лекарственное вещество применяют перорально в небольшой дозе, а емкость ферментов и скорость метаболизма его значительны, то большая часть препарата биотрансформируется, и именно в результате этого снижается его биодоступность. Поскольку всасывание мовиксикама ОДТ начинается уже в полости рта, то влияние ферментов на метаболизм СYP 3A4, который в основном находится в стенке кишечника, и СYP 2C9, который содержится в печени, значительно ниже, нежели при использовании традиционных таблеток. Это, в свою очередь, говорит о более высокой биодоступности, а значит, и эффективности. Таким образом, мовиксикам ОДТ соединяет в себе преимущества как таблеток, так и саше, суспензий благодаря улучшенной биологической усвояемости. По спектру переносимости (частота побочных эффектов, особенно гастроинтестинальных) мелоксикам обладает более благоприятным профилем безопасности по сравнению с другими НПВС. Практически не обнаружено фармакокинетического взаимодействия между мелоксикамом и другими лекарственными препаратами. Таким образом, фармакокинетический профиль позволяет комбинировать мовиксикам ОДТ с большинством препаратов, используемых для лечения острой и хронической боли при различных нозологических формах заболеваний. Следует обратить внимание на еще одно важное преимущество мелоксикама. Этот препарат, в отличие от традиционных НПВС, которые могут тормозить агрегацию тромбоцитов и удлинять время кровотечения у некоторых пациентов, не имеет неблагоприятного взаимодействия с низкими дозами аспирина и не уменьшает антитромбоцитарный потенциал последних. В отличие от ацетилсалициловой кислоты, влияние мелоксикама на функцию тромбоцитов более мягкое, кратковременное. Подтверждением этого факта стало широкомасштабное эпидемиологическое исследование G. Singh et al., основанное на анализе Калифорнийской базы данных о больных, перенесших инфаркт миокарда [5]. Однако следует тщательно контролировать состояние принимающих мелоксикам пациентов, у которых возможны побочное влияние на функцию тромбоцитов, расстройства свертываемости крови, а также тех, кто получает антикоагулянты.

Мовиксикам ОДТ представлен в Украине в виде ородисперсных таблеток в дозировке 7,5 мг либо 15,0 мг. Для перорального приема суточную дозу применяют однократно, положив целую таблетку под язык, не разжевывая и не глотая, подождав 10–20 с до полного ее растворения (при необходимости можно запить водой). Рекомендуется не превышать дозу 15 мг/сут.

Цель исследования — оценить КЖ пациентов с болевым синдромом и явлениями дисфагии на фоне различной неврологической патологии,

а также при боевой сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травме в динамике традиционной терапии с добавлением ородисперсной формы НПВС — препарата мовиксикам ОДТ.

В нашем исследовании принимали участие 69 больных с острым и хроническим болевым синдромом различной этиологии в сочетании с дисфагией. Было обследовано 30 пациентов с ДЭ II–III ст. и дисфагией на фоне ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита или остеоартроза. В исследование также были включены 9 больных с герпетическим поражением тройничного нерва с выраженным острым болевым синдромом и дисфагией, связанной с затруднением процесса жевания, а также 30 пострадавших, которые получили боевую сочетанную черепно-мозговую и челюстно-лицевую травму.

Кроме тщательного клинико-неврологического обследования, были использованы международные опросники, позволяющие объективизировать состояние пациентов. Больного обследовали в день его поступления в клинику и в динамике терапии с применением препарата мовиксикам ОДТ, используя Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) (Visual Analogue Scale, E. C. Huskisson, 1974) и опросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form-36) [6, 7]. Сопоставление результатов исследования до и после лечения позволило оценить динамику восприятия пациентом своих болевых ощущений и КЖ. Задача-максимум терапии болевого синдрома — фиксировать исчезновение боли или наличие минимального болевого ощущения (< 1 балла по ВАШ). Как хороший ответ на анальгетическую терапию оценивали уменьшение боли на 50 % по сравнению с исходным уровнем (не менее 2 баллов по ВАШ); клинический эффект в ответ на терапию оценивали как значимый при уменьшении боли на 20 % по сравнению с исходным уровнем (не менее 1 балла по ВАШ).

Инструменты оценки КЖ (общие и специфические формы) разработаны экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practices (GCP). Благодаря им появилась возможность количественной оценки основных сфер жизнедеятельности человека. Применение данной методики вместе с другими общепринятыми клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования позволяет расширить представление врача о состоянии больного в целом. Общие опросники измеряют спектр функций восприятия здоровья и используются для сравнения КЖ пациентов, страдающих различными заболеваниями, а также для ее оценки в популяции, тогда как специфические инструменты ориентированы в основном на проблемы, связанные с определенными заболеваниями. Российские версии EuroQol-5D (EQ-5D) зарегистрированы Международным обществом по исследованию качества жизни (ISOQOL). Опросник MOS SF-36, наиболее распространенный

в клинических исследованиях и при индивидуальном мониторинге КЖ, может быть использован как в группах здоровых людей, так и у пациентов с различными хроническими заболеваниями. С его помощью можно дать количественную оценку состояния пациента и решить вопрос о дальнейшей тактике его ведения. Во многих странах мира определены популяционные нормы КЖ для здоровых людей [7–9]. Применяемая нами анкета включала 36 вопросов, отражающих восемь концепций (шкал) здоровья: физическую работоспособность, социальную активность, степень ограничения физической работоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность или усталость, боль и общую оценку здоровья. Показатель GH (General Health) отражает оценку пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент времени и перспектив лечения, сопротивляемости болезни; показатель PF (Physical Functioning) указывает на физическое функционирование, т. е. способность выполнять те или иные физические нагрузки в повседневной жизни; показатель RP (Role Physical) говорит о влиянии физического здоровья на ролевое функционирование, т. е. отражает степень ограничения физической деятельности; показатель BP (Bodily Pain) определяет интенсивность боли и ее влияние на возможность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; показатель VT (Vitality) отражает жизнеспособность, т. е. ощущение себя полным сил, энергичным или, наоборот, обессиленным; показатель SF (Social Functioning) указывает на социальную активность пациента, т. е. его удовлетворение своей социальной деятельностью, степень ограничения его физическим и эмоциональным состоянием; показатель RE (Role Emotional) свидетельствует о влиянии эмоционального состояния на ролевое функционирование (он определяет степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой деятельности, включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества); показатель MH (Mental Health) отражает психическое здоровье, т. е. настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100 баллов. Более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Все шкалы формируют два общих показателя: душевное и физическое благополучие. Физический компонент (ФК) здоровья составляют шкалы PF, RP, BP, GH; психологический компонент (ПК) здоровья — шкалы MH, RE, SF, VT.

Известно, что при резко выраженной ДЭ в связи с нарастанием морфологических изменений мозговой ткани клиническая картина становится более тяжелой. Прогрессирует снижение памяти и внимания, сужается круг интересов и постепенно развивается деменция. Течение заболевания усугубляется повторными сосудистыми церебральными кризами и инсультами. В неврологическом статусе

в этот период отмечаются отчетливые органические симптомы: недостаточность черепной иннервации, нистагм, признаки пирамидной недостаточности, иногда — речевые расстройства, парезы конечностей, нарушения чувствительности и тазовые расстройства. Часто наблюдается псевдобульбарный синдром, который обусловлен множественными мелкоочаговыми изменениями в белом веществе обоих полушарий мозга или мозгового ствола, разрушающими супрануклеарные волокна обеих сторон. При поражении подкорковых узлов возникают различные экстрапирамидные симптомы, которые могут достигнуть степени паркинсонизма. Очень часто у больных с ДЭ и после перенесенных ишемических инсультов в вертебробазилярном сосудистом бассейне, особенно в пожилом и старческом возрасте, формируется хронический болевой синдром. Характерной особенностью этих пациентов является то, что назначение им инъекционных препаратов для купирования боли нежелательно, поскольку они уже принимают множество препаратов по поводу лечения основного заболевания, а обычные таблетированные формы чаще для них неприемлемы из-за нарушений глотания.

Под нашим наблюдением находились 30 больных в возрасте 60–70 лет с ДЭ II–III ст. и псевдобульбарным синдромом, ведущим к затруднению акта глотания и хроническим болевым синдромом в виде миофасциальных болей, мышечно-тонического синдрома, радикулопатий шейно-грудной и пояснично-крестцовой локализации. Локальные боли диагностированы у 5 больных, проекционные (в сочетании с локальными и миофасциальными) — у 8, радикулярные — у 4, диффузные в результате мышечного спазма — у 20 больных. Всем больным на фоне базовой сосудистой, метаболической терапии назначили оригинальный препарат мелоксикама — мовиксикам ОДТ, который прекрасно растворяется в ротовой полости. Препарат назначали в виде таблеток по 7,5 мг однократно, при выраженном болевом синдроме — по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дн, при умеренном — по 1 таблетке в день, 10 дн. Следует помнить, что пациенты,

принимающие одновременно мочегонные средства и мелоксикам, должны потреблять достаточное количество жидкости. Терапевтический эффект разной степени выраженности мы наблюдали у 93% больных, 76% пациентов до начала лечения страдали сильной и очень сильной болью, которая в процессе лечения сохранилась только у 6,7%. У 16 пациентов отмечено выраженное снижение боли, у остальных — ее слабые проявления. Достоверное уменьшение болевого синдрома отмечалось с третьего дня лечения ($p < 0,05$). Так, динамика среднего суммарного балла по шкале ВАШ демонстрирует достаточно высокую эффективность исследуемого препарата. Значение среднего суммарного балла по шкале ВАШ до лечения составило $7,34 \pm 0,23$ балла, через 3 дн от начала терапии — $4,3 \pm 0,41$ балла, через 10 дн — $1,6 \pm 0,34$ балла. Следовательно, на третий день от начала лечения показатель среднего суммарного балла по шкале ВАШ уменьшился на 3,04, через 10 дн лечения — на 5,74 по сравнению с исходным, т. е. на 22%. Полученные данные свидетельствуют о клинически значимом ответе на анальгетическую терапию данным препаратом.

Динамика показателей КЖ по опроснику SF-36 представлена на рис. 1. Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что ДЭ сопровождается определенными изменениями во всех аспектах жизнедеятельности человека — физическом, психологическом, социальном.

Так, данные физического функционирования до лечения показывали, что повседневная физическая деятельность этих пациентов была значительно ограничена по состоянию здоровья. Невысоки также были и показатели эмоционального функционирования, что вызывало ограничение в выполнении повседневной работы, связанное с ухудшением эмоционального состояния. Особенно низкими были показатели по шкалам, характеризующим ролевое функционирование, т. е. у пациентов, включенных в исследование, отмечали значительные ограничения в выполнении повседневной деятельности, обусловленные как физическим, так и психическим состоянием. Общий показатель КЖ значительно

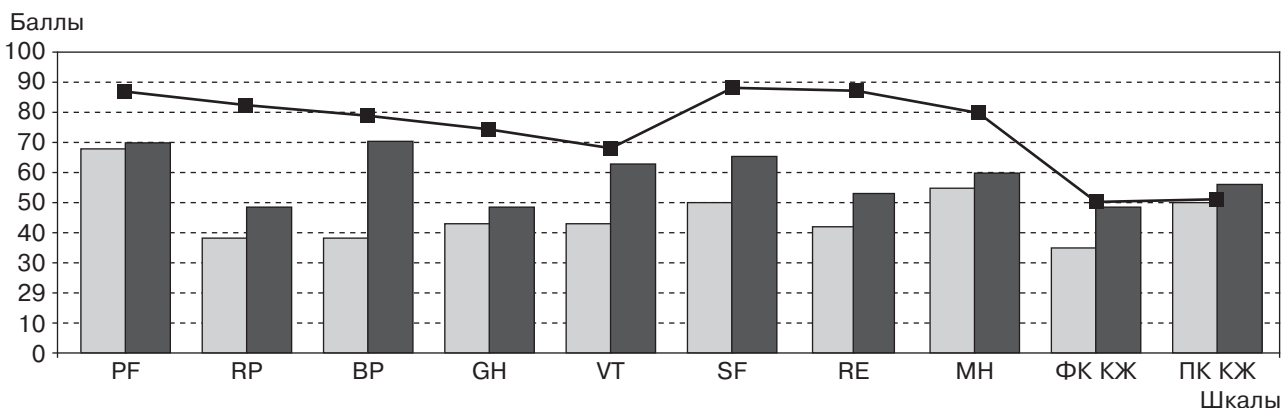


Рис. 1. Динамика показателей качества жизни в процессе лечения пациентов с ДЭ: □ — до лечения; ■ — после лечения; —■— здоровая популяция

не отличался от нормального для популяции значения, а общий показатель физического здоровья был значительно меньше. В динамике лечения достоверно улучшилось КЖ: увеличились все показатели, которые изучались (рис. 1). При этом в конце исследования показатели КЖ не достигли уровня здоровой популяции. Наибольшие положительные изменения (увеличение соответственно на 42; 22,1; 26,7 и 19,7%) происходили с показателями интенсивности боли, ролевого физического, социального и ролевого эмоционального функционирования, т. е. под влиянием терапии улучшалась адаптация пациента в обществе. ФК КЖ изменился значительно больше, чем ПК КЖ, что и понятно, поскольку именно ФК КЖ был значительно ниже нормального значения, тогда как ПК КЖ существенно не отличался от нормы. Таким образом, по данным шкал и положительной неврологической симптоматики проведенное лечение дало положительный результат у 64% пациентов, незначительное улучшение отмечали 25% больных, отсутствие динамики наблюдалось у 10% обследованных.

В протоколах лечения (2007) [10] герпетических поражений нервной системы рекомендуются к назначению такие НПВС, как диклофенак натрия, нимесулид и рофекоксиб, но ничего не написано в отношении мелоксикама. Но именно этот препарат стал нашим выбором для проведения анальгезирующей и противовоспалительной терапии при герпетическом поражении краниальных нервов. Под нашим наблюдением находились 9 больных с герпетическим поражением тройничного нерва. Заболевание манифестировало болевым синдромом в зоне иннервации корешков тройничного нерва, где впоследствии появились кожные высыпания (множественные папулы, трансформирующиеся в везикулы). Боль в течение всего периода высыпаний, как правило, носила интенсивный постоянный или приступообразный характер. Чаще всего больные описывали ее как жгучую, стреляющую, колющую или пульсирующую. Обычно боль усиливалась ночью и при воздействии различных раздражителей (тактильных, температурных и др.), особенно при активации жевательной

мускулатуры. При объективном осмотре были выявлены расстройства чувствительности в виде гиперестезии, гипестезии или анестезии, включая *anesthesia dolorosa*, и др. На этом фоне пациенты предъявляли жалобы на болезненные акты глотания и жевания, что заставляло их отказываться от приема оральных препаратов. Любые движения челюстью или сильное открывание рта, что требуется для запивания традиционных таблеток, вызывало у пациентов интенсивное болевое ощущение, что препятствовало их применению (рис. 2). Больных так же сопровождали в этот период общинфекционные проявления (лихорадка, цефалгия, миалгия, утомляемость, общее недомогание).

На фоне проводимой этиотропной противовирусной терапии валацикловиром по традиционной схеме в курс терапии были включены НПВС (мовиксикам ОДТ), противоотечные препараты (трифас) и десенсибилизирующие препараты. Положительные качества мовиксикама ОДТ обусловлены прежде всего его удобством применения при болевом синдроме в челюстно-лицевой области. Эффективность действия лекарственного средства отмечается и при болях воспалительного характера, что важно при лечении острой герпетической невралгии. На фоне проведения терапии препаратом мовиксикам ОДТ у больных значительно уменьшились болевые ощущения, связанные с работой жевательной мускулатурой и раздражением слизистой полости рта, что приводило к нормальному последующему приему ими этиологически обоснованных препаратов и пищи. Согласно полученным данным к концу лечения отмечено улучшение состояния больных, сопровождающееся уменьшением интенсивности болевых ощущений. Для выявления динамики интенсивности болевого синдрома на фоне терапии сравнивались показатели до начала лечения у 5 (71%) больных, у которых к концу курса препаратом мовиксикам ОДТ отмечено значительное уменьшение выраженности болевого синдрома (снижение показателей по ВАШ на 25% и более) и 3 (29%) больных, у которых выраженность болевого синдрома уменьшилась менее значительно (наблюдалось снижение показателей по ВАШ менее

www.imj.kh.ua

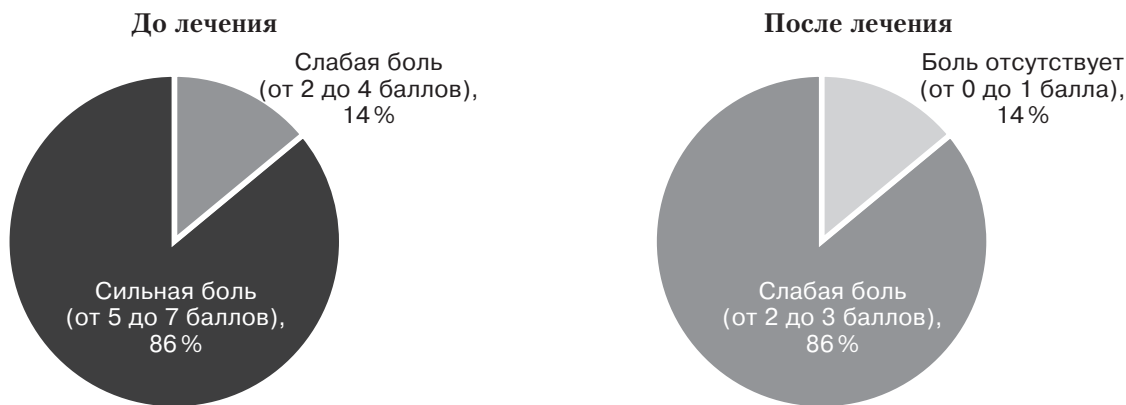


Рис. 2. Выраженность боли у пациентов с герпетическим поражением

чем на 25%). На этом фоне снижение показателей по шкале ВАШ было достоверно более выраженным у 7 ($-32,8 \pm 3,75\%$) больных, чем у остальных ($-22,1 \pm 4,07\%$, $p < 0,05$). В целом у всего контингента был зафиксирован клинически значимый ответ на проводимую терапию.

На следующем этапе исследования выполнена оценка динамики (до и после восстановительного лечения) параметров КЖ среди пациентов. При анализе результатов субъективной оценки состояния здоровья таких пациентов после проведенной терапии отмечено увеличение доли больных с оценкой собственного здоровья на «отлично» — с 1,3 до 17,6% (на 92,6%) и на «хорошо» — с 11,1 до 25,5% (в 2,3 раза). После лечения также увеличилось количество пациентов, оценивших свое здоровье как «очень хорошее», — с 3,9% до 49,7%. Вместе с тем уменьшилось количество пациентов, оценивших свое здоровье на «посредственно», — с 60,8% до 7,2% после лечения (снижение в 8 раз). Оценки пациентами состояния своего здоровья на «плохо» после терапии не зафиксировано.

Значение показателей КЖ в первые дни поступления в отделение варьировало от 22 до 55 баллов, таким образом, до начала терапии средний балл с учетом всех шкал КЖ не превышал 40. После проведенного лечения все шкалы параметров КЖ имели более высокий уровень, что наглядно представлено на рис. 3. Так, суммарный показатель КЖ возрос практически в 2 раза.

По всем шкалам опросника отмечалось увеличение параметров КЖ. Менее выраженное повышение среднего балла зарегистрировано по параметрам ПК КЖ. Таким образом, ородисперсная форма мовиксикама ОДТ значительно усиливает терапевтический эффект при лечении пациентов, которые остро нуждаются в уменьшении выраженности острой лицевой боли, что позволяет

активнее вовлекать в процесс глотания жевательную мускулатуру.

Последствия любой, в том числе и боевой, черепно-мозговой травмы имеют разнообразный спектр нарушений всех сфер жизнедеятельности организма, прежде всего физической или функциональной, которая определяет индивидуальный уровень КЖ больного [11, 12]. Нами были обследованы 30 раненых в возрасте от 20 до 40 лет, получивших боевую сочетанную черепно-мозговую и челюстно-лицевую травму. При поступлении в стационар все пациенты были доступны для контакта. Больные предъявляли жалобы на головную боль, пульсирующего, а чаще давящего и распирающего характера (в 95% случаев); тошноту на высоте головной боли (87,5%); несистемное головокружение (90%); шаткость при ходьбе (67,5%); учащенное сердцебиение (90%); повышенную потливость (97,5%); быструю утомляемость (100%); снижение концентрации внимания (95%). В неврологическом статусе отмечены снижение фотореакции, ослабление акта конвергенции, ограничение объема движений глазных яблок, горизонтальный нистагм. Изменения со стороны лицевой мускулатуры и лицевого скелета в результате ранения наблюдались у 16 пациентов, что проявлялось дисфагией и речевыми нарушениями. В области лицевого черепа у всех обследованных установлены гипо- или гиперестезии разной степени выраженности. У 16 пациентов болевой синдром был ярко выражен. Двигательные расстройства в конечностях отсутствовали, наблюдались пирамидная асимметричная недостаточность и мозжечковая атаксия легкой степени выраженности. Гипестезия по гемитипу отмечалась у половины больных. При психологическом обследовании данного контингента были выявлены синдромы: астено-невротический, астено-тревожно-депрессивный, депрессивно-ипохондрический. Психологами отмечено наличие эмоционально-волевого дефицита и когнитивных снижений.

Интегральная оценка КЖ по шкалам опросника SF-36 показала снижение физического, психического, эмоционального и социального функционирования пациентов с сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой (рис. 4).

Наиболее резко выраженное снижение отмечено по таким показателям ФК КЖ, как физическое функционирование PF и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием RP. Влияние боли снизило повседневную активность и общее здоровье пациентов, что свидетельствует о резко выраженном ограничении как общей физической активности, так и возможности выполнения своих повседневных обязанностей. Эти изменения показывают высокую степень ограничения физической деятельности. У пациентов была значительно снижена оценка общего состояния здоровья. Показатели ПК КЖ, такие как социальное функционирование SF, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье (МН), свидетельствовали о выраженном

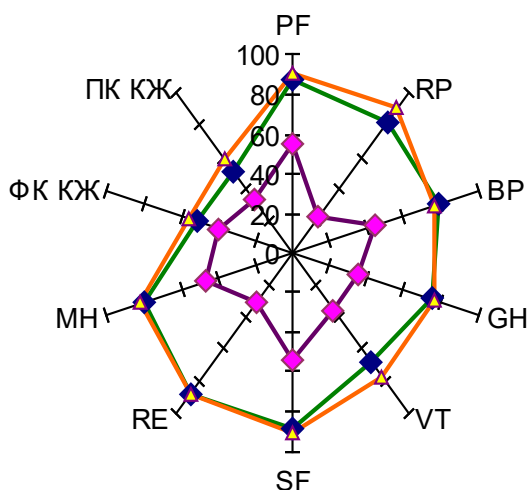


Рис. 3. Динамика показателей качества жизни в процессе лечения пациентов с герпетическим поражением: — ромб — до лечения; — ромб — здоровая популяция; — треугольник — после лечения

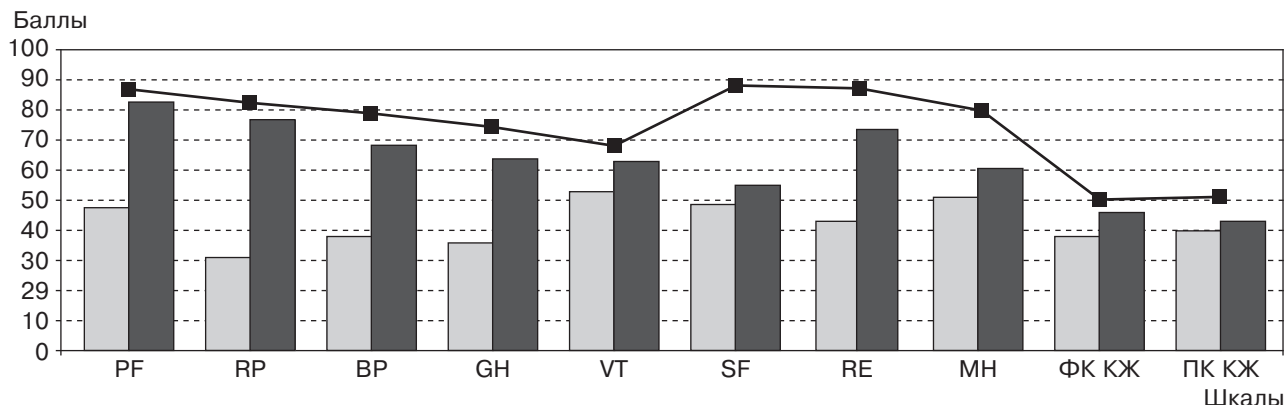


Рис. 4. Динамика показателей качества жизни в процессе лечения пациентов с сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой: □ — до лечения; ■ — в динамике лечения; —■— — здоровая популяция

снижении социальной активности, вызванном ограничением физического и нестабильностью эмоционального состояния пострадавшего, у пациентов отмечена высокая степень нарушения эмоционального состояния, что мешало занятию какой-либо деятельностью из-за большей затраты времени, которое требуется на выполнения привычного объема работы, при этом снижалось ее качество. Эти изменения происходили на фоне депрессии, тревоги. Таким образом, исследование КЖ с помощью формы SF-36 позволило эффективно оценить влияние перенесенной травмы на физическое и социальное функционирование обследованных. Полученные результаты свидетельствуют о том, что боевая сочетанная черепно-мозговая травма приводит к ограничению всех аспектов жизнедеятельности человека. Особенно выраженным было снижение показателей, характеризующих ФК КЖ раненых, которые давали низкую оценку общему состоянию здоровья, отмечали значительное снижение физической активности и хроническую боль, резко ограничивающих возможность физических нагрузок и выполнение повседневных жизненных обязанностей. Снижение показателей ПК у пациентов с боевой сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмами было несколько менее выраженным по сравнению с физическим.

Данному контингенту на фоне проводимой традиционной индивидуальной терапии был назначен препарат мовиксикам ОДТ в дозе 15 мг/сут в течение 7–12 дн (в зависимости от выраженности болевого синдрома), что позволило значительно повысить их КЖ. Именно ородисперсная форма препарата, которая не требует процесса глотания или жевания, была наиболее приемлема для этого контингента, вызывая дополнительные положительные эмоции и быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома. Это привело к повышению самооценки КЖ по всем показателям опросника SF-36 со статистической достоверной разницей по шкалам боли и общего здоровья. Так, показатели ФК КЖ, такие как PF и RP, улучшились на фоне проводимой терапии в 2–2,5 раза. Значительное улучшение в сфере

уменьшения эмоциональных проблем показывает, что у пациентов снижалась степень фиксации на негативных эмоциях, плохом самочувствии. Пациенты получали удовлетворение от контакта с окружающими. Таким образом, комплексный подход к лечению позволяет достичь продолжительной стабилизации положительного эффекта лечения, значительно улучшить КЖ пострадавших с боевой сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой.

Один из принципов исследования КЖ основан на сменности его показателей во времени, что позволяет осуществлять мониторинг состояния больного. Из традиционного медицинского заключения, сделанного врачом, и оценки КЖ, данной самим больным, складывается объективная характеристика состояния здоровья пациента. Объективная информация о КЖ дает реальную возможность поиска путей повышения эффективности профилактики и лечения, разработки новых реабилитационных программ. Проведенное исследование показало высокую эффективность препарата мовиксикам ОДТ при лечении пациентов с болевым синдромом различной этиологии на фоне дисфагий. Терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдались у 98% больных. Под влиянием терапии мовиксикамом ОДТ отмечался значительный регресс интенсивности болевого синдрома, а значит, и уменьшение степени ограничения двигательной функции пациентов. Показатели КЖ во всех случаях имели положительную динамику, что, несомненно, сказалось как на физическом, так и на психологическом уровне социальной адаптации больных. Значимых побочных эффектов терапии за время исследования не наблюдали, ни в одном случае отмены препарата не требовалось. Удобство применения ородисперсной формы лекарственного средства мовиксикам ОДТ расширяет область его применения даже у больных с нарушенной функцией глотания. Очень важным преимуществом препарата является то, что он не повышает риск развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, отеков и артериальной гипертензии по

сравнению с другими НПВС. Это делает возможным его применение у пациентов, которые имеют острые и хронические нарушения кровообращения

на фоне ревматических заболеваний, а также пострадавших с сочетанными черепно-мозговыми и челюстно-лицевыми травмами.

Список литературы

1. Григорова И. А. Болевой синдром у лиц с нарушением глотания / И. А. Григорова // Междунар. невролог. журн.— 2015.— № 3 (74).— С. 121.
2. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: учеб.-метод. пособие. / М. В. Коробов, Э. А. Дворкин, Ж. Г. Деденева, Т. Н. Шеломанова.— СПб.: СПИУВЭЖ, 1999.— 84 с.
3. Лапин В. В. Определение клинического и реабилитационного прогноза: учеб. пособие. / В. В. Лапин.— СПб., 2003.— 166 с.
4. Bioequivalence study of a novel orodispersible tablet of meloxicam in a porous matrix after single-dose administration in healthy volunteers // International J. of Clin. Pharmacology and Therapeutics.— 2013.— Vol. 51, № 3.— P. 234–243.
5. Concomitant aspirin use reduces the risk of acute myocardial infarction in users of cyclooxygenase-2 selective and some non-selective nonsteroidal anti-inflammatory drugs / G. Singh, D. Graham, H. Wang [et al.] // Ann. Rheum. Dis.— 2006.— № 65 (Suppl. II).— 61 p. (OP0024 abst)
6. Психологические методы количественной оценки боли / В. В. Кузьменко, В. А. Фокин, Э. Р. Маттис [и др.] // Сов. медицина.— 1986.— № 10.— С. 44–48.
7. Chan K. H. Intracranial blood flow velocity after head injury: relationship to severity of injury, time, neurological status and outcome / K. H. Chan, J. D. Miller, M. N. Dearden // J. Neurol. Neurosurg. Psych.— 1992.— Vol. 55.— P. 787–791.
8. Clients perspectives on problems many years after traumatic brain injury / S. Dean, A. Colantonio, G. Ratcliff, S. Chase // Psychological Reports.— 2000.— Vol. 86, № 2.— P. 653–658.
9. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») / В. Н. Амирджанова, Д. В. Горячев, Н. И. Коршунов [и др.] // Научно-практическая ревматология.— 2008.— № 1.— С. 36–48.
10. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія»: наказ МОЗ України від 17.08.2007 № 487 [Електронний ресурс].— Режим доступу: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070817_487.html
11. Клінічні та патогенетичні аспекти поєднаної черепно-мозкової та щелепно-лицевої травми / С. М. Григоров, А. О. Григорова, Н. С. Куфтеріна, А. С. Новак // Міжнар. невролог. журн.— 2015.— № 4 (74).— С. 120–121.
12. Куфтеріна Н. С. Клініко-діагностичні аспекти поєднаної черепно мозкової та щелепно-лицевої травми / Н. С. Куфтеріна, С. М. Григоров // Актуальні проблеми сучасної медицини.— 2013.— Т. 13, вип 4 (44).— С. 36–39.

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ І ДИСФАГІЄЮ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

І. А. ГРИГОРОВА, О. О. ТЕСЛЕНКО, Л. В. ТИХОНОВА, С. М. ГРИГОРОВ, Н. С. КУФТЕРІНА

Подано оцінку динаміки показників якості життя пацієнтів із больовим синдромом і дисфагією на тлі різної неврологічної патології, а також бойовою сполученою черепно-мозковою та щелепно-лицевою травмами при традиційній терапії із додаванням препарату мовіксикам ОДТ. Терапевтичний ефект різного ступеня вираженості спостерігався у 98% хворих у вигляді значного регресу інтенсивності больового синдрому, а отже, і зниження ступеня обмеження рухової функції. Показники якості життя у всіх випадках мали позитивну динаміку, що позначилося як на фізичному, так і на психологічному рівні соціальної адаптації пацієнтів.

Ключові слова: больовий синдром, дисфагія, терапія, препарат мовіксикам ОДТ.

IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PAIN SYNDROMES AND DYSPHAGIA OF VARIOUS ETIOLOGY

I. A. GRYGOROVA, O. O. TESLENKO, L. V. TYKHONOVA, S. M. GRYGOROV, N. S. KUFTERINA

The article assesses the dynamics of the quality of life in patients with pain syndrome and dysphagia against a background of neurological pathology as well as battle combined cranial and maxillofacial trauma at the traditional therapy with addition of moviksikam ODT. The therapeutic effect of different degree was observed in 98% of patients as a significant regression of the pain intensity, and, consequently, the degree of motor function restriction. Quality of life in all cases had a positive dynamics, which influenced both the physical and psychological adaptation of the patients.

Key words: pain syndrome, dysphagia, therapy, moviksikam ODT.

Поступила 23.01.2017