

Динамика качества жизни у больных со спастической кривошеей при лечении препаратами ботулотоксина типа А

Д.м.н., проф. директор РНПЦ неврологии и нейрохирургии С.А. ЛИХАЧЕВ¹, к.м.н., доц. каф. клинической фармакологии Л.Н. ГАВРИЛЕНКО², врач-невролог Т.Н. ЧЕРНУХА¹, к.м.н. ученый секретарь РНПЦ неврологии и нейрохирургии Ю.Н. РУШКЕВИЧ²

Dynamics of quality-of-life in patients with torticollis treated with botulinum toxin A

S.A. LIKHACHEV, L.N. GAVRILENKO, T.N. CHERNUKHA, YU.N. RUSHKEVICH

¹Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, Республика Беларусь, Минск; ²Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Проведено исследование параметров качества жизни (КЖ) у 91 пациента со спастической кривошеей (СК) с использованием опросника SF-36 при лечении препаратами ботулотоксина типа А. Группу контроля составили 50 интервьюентов без СК. Качество жизни достоверно ниже у больных СК по сравнению с контролем. Выявлено влияние возраста, образования, степени тяжести заболевания на качество жизни больных СК. При увеличении продолжительности болезни наблюдается достоверное снижение параметров КЖ. У лиц с СК, имеющих группу инвалидности, в большей степени страдают показатели психологического компонента здоровья. Это свидетельствует о выраженной социальной дезадаптации пациентов с СК, находящихся на группе инвалидности, высоком уровне тревожных и депрессивных расстройств у данной категории больных. Лечение препаратами ботулотоксина типа А позволяет значительно улучшить КЖ у больных СК и оказывает положительное влияние на все компоненты КЖ пациентов, причем при первой инъекции в большей степени нарастает физический компонент КЖ, а при повторных — также и психологический компонент.

Ключевые слова: качество жизни, спастическая кривошея, SF-36, ботулотоксин типа А.

Parameters of quality of life (QOL) measured with the SF-36 questionnaire were studied in 91 patients with torticollis (ST) treated with botulinum toxin A. A control group comprised 50 subjects without ST. The QOL parameters were lower in patients compared to controls. Effects of age, education and illness severity on QOL were found. The illness duration was inversely correlated with QOL parameters. Disabled patients with ST had lower scores on the psychological domain that indicated the poor social adjustment, higher levels of anxiety and depression in this group. The treatment with botulinum toxin A allows to improve significantly QOL in patients with ST and exerts a positive effect on all QOL parameters, with the best improvement on the physical domain after the first injection and psychological domain after the following ones.

Key words: quality of life, torticollis, SF-36, botulinum toxin A.

Интегральный показатель качества жизни (КЖ) все чаще применяется в современных клинических исследованиях, так как позволяет сформировать целостную картину влияния заболевания на все стороны жизнедеятельности человека. Под КЖ понимают физические, социальные и эмоциональные стороны самочувствия больного, а также его физические, психологические, когнитивные и сексуальные способности [3, 13]. Здоровье, по определению ВОЗ, — это «полное физическое, социальное и психологическое благополучие, а не просто отсутствие заболеваний» [цит. по 5].

Исследование КЖ является важной составляющей при проведении фармакоэкономических исследований, особенно при применении новых лекарственных средств и инновационных технологий. Достижение высокого уровня КЖ — это главная цель лечения пациентов при хронических заболеваниях, нарушающих физическую и социальную активность пациентов, но не ограничивающих продолжительность жизни [14]. Одно из таких заболеваний — спастическая кривошея (СК).

СК — одна из форм фокальной мышечной дистонии, проявляется тоническими, клоническими или тонико-клоническими гиперкинезами мышц шеи, чаще ротационного характера, в результате чего возникает постоянное или периодическое насильственное отклонение головы и шеи. Заболевание начинается в трудоспособном возрасте (30—40 лет) и приводит к значительной временной нетрудоспособности, занятию менее квалифицированным трудом, раннему выходу на инвалидность [7, 8, 10].

Заболеваемость СК в Республике Беларусь в 2007 г. составила 4,12 на 100 000 населения, что несколько ниже европейского уровня — 5,7 на 100 000 [10]. На начало 2008 г. в Республике Беларусь насчитывалось не менее 370 больных с СК.

Для терапии СК применяются различные методы. На первых этапах лечения назначается консервативная медикаментозная терапия. Она направлена на коррекцию нейротрансмиттерного баланса в подкорковых ганглиях, включает назначение лекарственных препаратов из различных групп: транквилизаторов (производных бензодиа-

зепина), миорелаксантов центрального действия, препаратов L-ДОФА, противосудорожных средств и др. Данный вид лечения требует длительного приема препаратов, что сопровождается частыми побочными реакциями. К сожалению, пероральная медикаментозная терапия лишь в незначительной степени уменьшает выраженность дистонического синдрома [4, 7, 8].

Хирургическое лечение СК используется в настоящее время достаточно редко в связи со значительной частотой осложнений и их тяжестью. К этому виду лечения прибегают в случаях, не поддающихся медикаментозной коррекции и сопровождающихся выраженной тяжестью заболевания [7, 8].

Наиболее эффективным и безопасным методом лечения больных СК на сегодняшний день являются локальные инъекции ботулотоксина типа А (БТА). Ботулинический нейротоксин является сильнодействующим нервно-паралитическим ядом, в основе действия препарата лежит нарушение нервно-мышечной передачи. Клинически действие препарата проявляется при СК — на 5–7-е сутки, максимальное улучшение наблюдается на 4–6-й неделе. Через 1–2 мес после инъекции начинается процесс образования новых нервных терминалей от аксонов, где был прежде блокирован транспорт ацетилхолина, с образованием новых функционально активных нервно-мышечных синапсов (так называемый спрутинг), что приводит в конечном итоге к восстановлению мышечных сокращений через 3–6 мес после инъекции, но иногда длительность эффекта сохраняется до 1 года и более [6, 10].

Одним из основных ограничений применения БТА в клинике является его высокая стоимость. В последние годы в мире в рамках новой специальности — фармакоэкономики проведен ряд исследований соотношения цена/эффект при лечении токсином ботулизма. J. Janovic [12] показал, что потеря трудоспособности больными вследствие неизлечимой дистонии и расходы на необходимые лекарства или сопряженные с определенным риском нейрохирургические операции более чем оправдывают высокие затраты на эффективное лечение БТА. Экономическая целесообразность применения препаратов БТА у больных с СК доказана и в Республике Беларусь [2].

Методология исследования КЖ предполагает применение стандартизированных опросников, заполненных больным или с его слов интервьюером. Последующий анализ отдельных частей опросника по специальным шкалам позволяет оценить восприятие больным своего здоровья. Симптомы, связанные с заболеванием или побочными эффектами лекарств, могут влиять на оценку больным отдельных сторон КЖ.

Наиболее широко распространен в США и странах Европы отражающий все аспекты состояния здоровья пациента опросник SF-36, относящийся к неспецифическим опросникам для оценки КЖ [9, 11, 14, 15].

В наших предыдущих исследованиях было установлено, что КЖ у больных СК достоверно снижено по всем параметрам по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Наиболее значительно страдают параметры «ролевого функционирования», связанные с физическим и эмоциональным состоянием пациентов. Выявлено снижение параметров КЖ с возрастом пациентов. Достоверного влияния семейного положения на параметры КЖ не наблюдалось. Установлены более высокие показатели КЖ у лиц с высшим образованием, причем его наличие влияет

в большей степени на психический компонент здоровья. По всем шкалам наблюдалось достоверное снижение параметров КЖ по мере нарастания тяжести СК [2].

Цель данного исследования — оценить влияние длительности заболевания на параметры КЖ при СК, выявить возможные особенности параметров КЖ у лиц, имеющих группу инвалидности, провести оценку КЖ больных СК при лечении препаратом БТА (диспорт) по сравнению с традиционной фармакотерапией, проследить динамику параметров КЖ при повторных инъекциях БТА.

Материал и методы

Исследование проводили с помощью тестового опросника SF-36 (36-Item Short-Form), который полностью отвечает требованиям ВОЗ для оценки КЖ [3, 9, 15]. Перевод на русский язык и апробация методики были проведены Институтом клиничко-фармакологических исследований (Санкт-Петербург) [1].

Модель, лежащая в основе конструкции опросника, имеет 8 шкал, каждая из которых содержит до 10 подпунктов, всего в опроснике имеется 36 вопросов. Результаты представляются в виде оценок в баллах от 0 до 100, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются показатели по шкалам [1]: физическое функционирование — ФФ (Physical Functioning), отражает степень ограничения физическим состоянием выполнения физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием — РФФС (Role-Physical Functioning) — влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работа, выполнение повседневных обязанностей); интенсивность боли — ИБ (Bodily pain) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; общее состояние здоровья — ОСЗ (General Health) — оценка большого своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; жизненная активность — ЖА (Vitality) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным; социальное функционирование — СФ (Social Functioning), определяется степенью ограничения физическим или эмоциональным состоянием социальной активности (общение); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — РФЭС (Role-Emotional) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.); психическое здоровье — ПЗ (Mental Health), характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Шкалы группируются в два показателя — «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Составляющими показателями физического компонента здоровья являются: ФФ, РФФС, ИБ, ОСЗ.

Составляющие показателя психического компонента здоровья: ПЗ, РФЭС, СФ, ЖА.

Исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирур-

гии с 2006 по 2008 г. В исследуемой группе проведено анкетирование 91 пациента с СК.

Средний возраст пациентов с СК на момент исследования был $47,1 \pm 1,2$ года, длительность болезни — $10,2 \pm 0,52$ года. В группе обследованных были 47 (51,6%) женщин (соотношение женщин и мужчин в группе — 1,09:1).

Критерием исключения из исследования была тяжелая сопутствующая патология.

В контрольную группу вошли 50 человек, в возрасте от 18 до 70 лет (средний — $44 \pm 1,6$ года). В контрольной группе были 26 (52%) женщин (соотношение женщин и мужчин 1,08:1). По возрастному параметру группы были идентичны ($p < 0,05$).

Для проведения анализа влияния продолжительности заболевания на параметры КЖ выделены три группы больных с СК по длительности болезни. В 1-й группе были 26 пациентов (средний возраст $36,1 \pm 1,61$ года) с продолжительностью заболевания до 3 лет (в среднем — $2,0 \pm 0,17$ года). Женщин было 14 (53,8%) (соотношение женщин и мужчин — 1,16:1). Во 2-ю группу вошли 34 пациента (средний возраст $47,2 \pm 1,71$ года) с продолжительностью заболевания от 3 до 10 лет (в среднем — $6,1 \pm 0,36$ года). Женщин было 17 (50%) (соотношение женщин и мужчин — 1:1). В 3-й группе был 31 пациент (средний возраст — $52,4 \pm 2,01$ года) с продолжительностью заболевания свыше 10 лет (в среднем — $16,4 \pm 1,01$ года). Женщин было 16 (51,6%) (соотношение женщин и мужчин — 1:1,06).

Статистическую обработку полученных данных проводили в табличном редакторе MS Excel. Использовали общепринятые статические методы, достоверность различий сравниваемых величин определяли по *t*-критерию Стьюдента. Различия показателей считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Выявлено, что с увеличением длительности болезни имеется тенденция к снижению параметров КЖ больных СК (рис. 1).

В 1-й группе пациентов показатель РФЭС составил $48,2 \pm 5,7$, во 2-й — $30,5 \pm 5,1$, что меньше в 1,58 раза ($p < 0,05$), в 3-й — $22,6 \pm 6,6$, что меньше в 2,13 раза ($p < 0,01$) при сравнении с 1-й группой. Наблюдается снижение показателя ЖА в перечисленных группах — $53,3 \pm 2,8$,

$42,3 \pm 2,7$, $39,0 \pm 3,3$ соответственно, что в 1,26 ($p < 0,05$) и в 1,36 раза ($p < 0,01$) меньше по сравнению с 1-й группой.

По показателю ПЗ отмечалось ухудшение параметров КЖ: соответственно $52,7 \pm 2,6$, $45,2 \pm 2,5$ и $38,1 \pm 3,7$ — уменьшение по сравнению с 1-й группой в 1,16 ($p < 0,01$) и 1,38 ($p < 0,05$) раза соответственно. Достоверного снижения показателя СФ при сравнении групп больных не было выявлено.

Статистически достоверная динамика изменения показателей выявлена для ФФ, ИБ, ОСЗ. Достоверного снижения параметров ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, не наблюдалось. Таким образом, у больных с СК с продолжительностью болезни более 10 лет в большей степени страдает психологический компонент здоровья по сравнению с группами пациентов, имеющих меньшую длительность болезни.

С целью выявления особенностей параметров КЖ у больных СК, имеющих инвалидность, проведено исследование КЖ у больных, не имеющих инвалидности и имеющих II и III группу инвалидности. В группу больных без инвалидности вошли 62 (68,3%) человека (средний возраст — $43,4 \pm 1,53$ года, длительность болезни — $7,06 \pm 0,95$ года). Женщин было 31 (50%) (соотношение женщин и мужчин — 1:0,96). III группу инвалидности имели 18 (19,8%) больных (средний возраст — $51,6 \pm 1,61$ года, длительность болезни — $12,8 \pm 1,67$ года). Женщин было 10 (55,5%) (соотношение женщин и мужчин — 1,16:1). Группа больных со II группой инвалидности состояла из 11 (12,1%) человек (средний возраст — $52,7 \pm 2,29$ года, длительность болезни — $12,5 \pm 1,23$ года). Женщин было 7 (54,5%) (соотношение женщин и мужчин — 1,2:1). Параметры КЖ в данных группах больных и группе контроля представлены на рис. 2.

Выявлено, что лица с II и III группой инвалидности имеют достоверное снижение параметров КЖ по всем показателям психологического компонента здоровья. РФЭС у пациентов со II группой инвалидности составил $13,7 \pm 6,4$, с III группой — $17,7 \pm 8,6$, у не имеющих инвалидности лиц — $33,3 \pm 5,4$. У больных, имеющих II группу инвалидности, наблюдается уменьшение в 2,43 раза ($p < 0,05$) показателя РФЭС по сравнению с больными без инвалидности, у инвалидов III группы — в 1,88 раза ($p < 0,05$). У лиц, имеющих группу инвалидности, снижаются показатели ЖА: у пациентов со II группой инвалидности данный показатель составил $34,0 \pm 4,2$, с III группой инвалидности — $39,1 \pm 3,1$, у не имеющих инвалидности лиц — $45,7 \pm 2,4$. У больных,

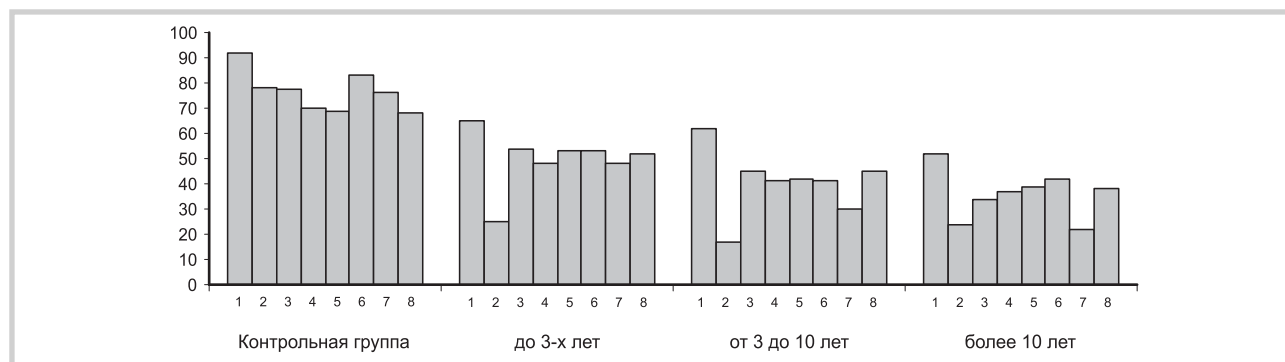


Рис. 1. Параметры КЖ в группе контроля и у больных СК в зависимости от продолжительности заболевания.

По оси абсцисс — продолжительность заболевания. По оси ординат — параметры КЖ. Здесь и на рис. 2: 1 — ФФ, 2 — РФФС, 3 — ИБ, 4 — ОСЗ, 5 — ЖА, 6 — СФ, 7 — РФЭС, 8 — ПЗ.

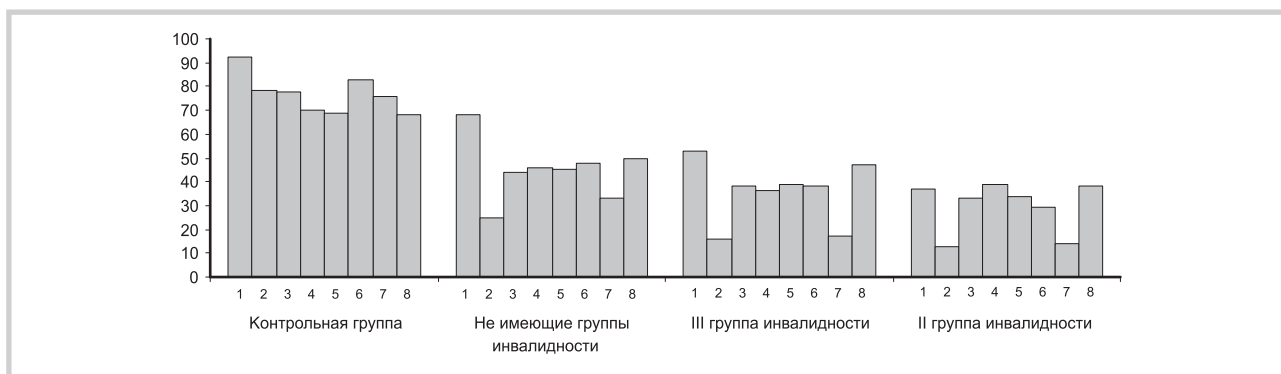


Рис. 2. Параметры КЖ в группе контроля и у больных СК в зависимости от наличия группы инвалидности.

По оси абсцисс — группы обследованных. По оси ординат — параметры КЖ.

имеющих II группу инвалидности, наблюдается уменьшение показателя ЖА по сравнению с больными без инвалидности в 1,34 раза, у инвалидов III группы — в 1,17 раза. У больных, имеющих группу инвалидности, значительно страдает ПЗ: у лиц со II группой инвалидности — $37,8 \pm 3,6$, с III группой инвалидности — $47,5 \pm 4,0$, у лиц без инвалидности — $50,8 \pm 2,6$. У больных, имеющих II группу инвалидности, наблюдается уменьшение показателя ПЗ по сравнению с не имеющими инвалидность лицами в 1,34 раза, у инвалидов III группы — в 1,06 раза. Имеется тенденция к снижению также параметров физического компонента здоровья у больных, имеющих группу инвалидности, достоверное уменьшение выявлено по следующим параметрам: ФФ, РФФС. По параметрам ИБ и ОСЗ достоверных различий не было.

При анализе параметров КЖ у больных СК в зависимости от наличия группы инвалидности выявлено, что наиболее значительно у имеющих инвалидность лиц страдают показатели психологического компонента здоровья. Это свидетельствует о выраженной социальной дезадаптации пациентов с СК, имеющих инвалидность, следовательно, снижение или потеря трудоспособности у данной категории пациентов связана не только с влиянием физического состояния на повседневную деятельность, но и с тем, что их эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, снижение показателя ПЗ указывает, что данная категория пациентов имеет высокий уровень тревожных и депрессивных расстройств.

Выполнен анализ влияния лечения препаратами БТА на КЖ больных СК. Анкетирование было проведено у 69 пациентов со II—III степенью тяжести СК, имеющих показания к лечению препаратами БТА на фоне применения традиционной медикаментозной терапии. В данной группе наиболее часто назначали препараты бензодиазепинов, что составило 76,5% (наиболее часто — клоназепам, диазепам), миорелаксанты центрального действия — 55,8% (мидокалм, баклофен, сирдалуд), препараты L-ДОФА — 16,2% (мадопар, наком, синдопа), иминостильбены — 13,3% (карбамазепин), препараты вальпроевой кислоты (депакин, экорат-хроно) — 11,8%, холинолитические препараты — 4,4% (циклодол).

Затем эта группа пациентов получала лечение путем локальных инъекций БТА. В клинической практике применяется пока только ботулотоксин типа А (диспорт, бо-

токс), хотя имеется опыт использования и других серотипов ботулотоксина — типа В (нейроблок). На сегодняшний день в Республике Беларусь зарегистрирован единственный препарат БТА — диспорт. Препарат получали во флаконах, содержащих лиофилизированный порошок белого цвета. В одном флаконе содержится 500 ЕД БТА. Препарат разводили 1,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Начальная доза препарата составила $476 \pm 8,5$ ЕД диспорта, введения осуществлялись на фоне отмены пероральной медикаментозной терапии за 2—3 дня до инъекции. Анкетирование проводилось через 30 дней после инъекции в период максимального действия БТА. Все больные получили лечение БТА впервые, данная группа анкетированных больных составила 63 человека, так как 3 больных отказались от инъекций БТА, еще 3 — своевременно не явились на контрольный осмотр.

При сравнении параметров КЖ у получавших пероральное медикаментозное лечение больных, у которых затем была выполнена инъекция БТА, выявлено достоверное улучшение КЖ по всем параметрам (табл. 1).

При анализе динамики параметров КЖ на фоне проведения первичной инъекции БТА, по сравнению с традиционной медикаментозной терапией, наблюдается наиболее значительное увеличение показателей ролевого функционирования, обусловленного как физическим, так и эмоциональным состоянием, РФФС на фоне перорально медикаментозного лечения составил $17,2 \pm 4,5$, после лечения БТА — $54,0 \pm 6,0$, наблюдается увеличение показателя в 3,14 раза, РФЭС составил $25,6 \pm 4,7$ и $69,5 \pm 5,3$ соответственно, рост показателя наблюдается в 2,74 раза. Данный метод лечения снижает интенсивность боли, показатель ИБ возрос в 1,59 раза и на фоне перорального медикаментозного лечения составил $39,1 \pm 2,6$, после лечения БТА — $62,1 \pm 2,9$. Выявлен рост показателя ФФ в 1,61 раза, что свидетельствует о возрастании физической активности и работоспособности больных СК на фоне лечения БТА.

Лечение пациентов СК путем локальных инъекций БТА влияет также на параметры психологического компонента здоровья. Показатель ЖА возрос в 1,33 раза, СФ — в 1,61 раза, ПЗ — в 1,31 раза, что отражает повышение социальной активности данной категории больных, роста уровня положительных эмоций и снижения уровня тревоги и депрессии.

С целью оценки динамики параметров КЖ при повторном лечении БТА проведено анкетирование 83 паци-

Таблица 1. Параметры КЖ больных СК на фоне пероральной медикаментозной терапии и при первичном применении БТА ($M \pm m$)

Параметры КЖ	Исследуемая группа		<i>p</i>	Контрольная группа (<i>n</i> =50)
	пациенты, получившие пероральную медикаментозную терапию	пациенты, получившие БТА		
Физический компонент здоровья				
ФФ	50,8±3,1	81,8±2,2	<0,001	92,1±1,7
РФФС	17,2±4,5	54,0±6,0	<0,001	78,3±4,5
ИБ	39,1±2,6	62,1±2,9	<0,001	77,5±2,1
ОСЗ	41,1±2,9	49,8±2,1	<0,01	70,2±2,1
Психологический компонент здоровья				
ЖА	40,6±2,1	54,0±2,4	<0,001	68,5±2,2
СФ	39,8±2,9	63,9±3,2	<0,001	83,6±2,4
РФЭС	25,6±4,7	69,5±5,3	<0,001	76,9±4,3
ПЗ	40,8±2,3	53,6±2,2	<0,001	67,8±2,2

Таблица 2. Динамика параметров КЖ больных СК при повторных инъекциях БТА ($M \pm m$)

Параметры КЖ	Исследуемая группа		<i>p</i>	Контрольная группа
	пациенты, получившие пероральную медикаментозную терапию	пациенты, получившие БТА		
Физический компонент здоровья				
ФФ	62,8±2,5	75,1±2,8	<0,05	92,1±1,7
РФФС	24,4±3,9	64±4,5	<0,001	78,3±4,5
ИБ	45,6±2,1	66,4±2,5	<0,001	77,5±2,1
ОСЗ	47,1±1,7	49,8±2,1	<0,05	70,2±2,1
Психологический компонент здоровья				
ЖА	43,6±1,7	55,3±1,8	<0,001	68,5±2,2
СФ	46,9±2,3	69,6±2,6	<0,001	83,6±2,4
РФЭС	31,9±3,5	66,7±5,9	<0,001	76,9±4,3
ПЗ	47,9±1,9	59,4±2,5	<0,001	67,8±2,2

ентов с СК в срок от 6 до 10,5 мес после инъекции БТА (в среднем через 8,2±0,7 мес) и повторное анкетирование у 74 человек через 30 дней после введения препарата, средняя доза препарата диспорт при проведении повторных инъекций составила 527±9,5 ЕД. Динамика параметров КЖ больных СК при повторных инъекциях БТА представлена в табл. 2.

В группе больных с СК, у которых анкетирование проводилось через 6–10,5 мес, выявлено снижение параметров КЖ по сравнению с результатами исследования у пациентов на фоне максимального действия БТА (через 30 дней после первого введения диспорта), однако параметры не достигают таких низких значений, как до начала лечения БТА. Даже через 8,2±0,7 мес показатель физического компонента здоровья у больных СК на фоне лечения препаратами БТА выше по сравнению с больными, получившими пероральное медикаментозное лечение: ФФ на 23,6%, РФФС на 41,8%, ИБ на 16,6%, ОСЗ на 14,6%. Колебание параметров психологического компонента здоровья на фоне лечения путем локальных инъек-

ций БТА менее выражено при сравнении параметров в группе больных до первичной инъекции и до повторной инъекции ЖА выше на 7,3%, СФ — на 17,8%, РФЭС — на 24,6%, ПЗ — на 17,4%.

При анализе динамики параметров КЖ до и через 30 дней после повторных инъекций БТА наблюдается аналогичное увеличение показателей (как и после первичных инъекций), таких как РФФС с 24,4±3,9 до 64,0±4,5 (показатель увеличился в 2,62 раза), РФЭС возрос с 31,9±3,5 до 66,7±5,9 (в 2,09 раза). Показатель ИБ возрос с 45,6±2,1 до 66,4±2,5 (в 1,46 раза). Выявлен рост показателя ФФ с 62,8±2,5 до 75,1±2,8 (в 1,19 раза). Статистически достоверного увеличения ОСЗ выявлено не было.

Проведение повторных инъекций БТА влияет на параметры психологического компонента здоровья. Показатель ЖА возрос с 43,6±1,7 до 55,3±1,8 (в 1,33 раза), СФ увеличился с 46,9±2,3 до 69,6±2,6 (в 1,61 раза), ПЗ возрос с 47,9±1,9 до 59,4±2,5 (в 1,31 раза) ($p < 0,001$).

Проведение повторных регулярных инъекций препарата БТА в сроки 6–10,5 мес у больных СК позволяет

улучшить как физический, так и психологический компоненты здоровья. Причем, если при первой инъекции препарата наблюдается рост параметров физического компонента здоровья, то при проведении повторных инъекций БТА в большей степени увеличиваются параметры психологической составляющей КЖ.

Полученные результаты показывают, что КЖ у больных СК достоверно снижено по всем параметрам по сравнению с контрольной группой. СК оказывает отрицательное влияние не только на физическое состояние, но также на психологическое, эмоциональное и социальное функционирование.

Оценка пациентами уровня КЖ зависит от образования, степени тяжести заболевания, возраста. У больных с СК и в контрольной группе наблюдается тенденция к снижению параметров КЖ с возрастом пациентов, достоверного влияния семейного положения на параметры КЖ не наблюдалось. Выявлены более высокие показатели КЖ у лиц с высшим образованием, причем наличие высшего образования влияет в большей степени на психический компонент здоровья. По всем шкалам наблюдалось достоверное снижение параметров КЖ по мере нарастания тяжести СК.

Выявлено, что при увеличении продолжительности болезни у больных СК наблюдается достоверное снижение 6 из 8 параметров КЖ, причем в большей степени уменьшаются параметры психологического компонента здоровья. При анализе параметров КЖ у больных СК в зависимости от наличия группы инвалидности выявлено, что наиболее значительно у лиц, имеющих группу инвалидности, страдают показатели психологического компонента здоровья. Это свидетельствует о выраженной соци-

альной дезадаптации пациентов с СК, находящихся на группе инвалидности, и высоком уровне тревожных и депрессивных расстройств у данной категории больных.

Лечение БТА позволяет значительно улучшить КЖ у больных СК, причем если при проведении первой инъекции в большей степени нарастает физический компонент здоровья, то проведение регулярных повторных инъекций в сроках 6—10 мес позволяет улучшить также и параметры психологического компонента.

Из приведенных данных можно сделать вывод, что инъекции БТА являются эффективным методом лечения больных СК и оказывают положительное влияние на все компоненты КЖ. Более раннее применение данного вида лечения (в группе больных с продолжительностью заболевания до 3 лет) способствует улучшению не только физического, но и психоэмоционального состояния больных с СК. У больных II и III группы инвалидности имеются более низкие показатели психологического компонента здоровья, что свидетельствует о выраженной социальной дезадаптации и наряду с проведением инъекции БТА целесообразно лечение такой категории больных совместно с психотерапевтом (с проведением рациональной психотерапии, аутотренинга, возможным курсовым назначением антидепрессантов). Проведение регулярного и своевременного лечения путем локальных инъекций БТА позволяет влиять на оба компонента КЖ больных СК.

В заключение хочется отметить, что проведенный анализ КЖ больных с СК показывает, что этот метод является важным и тонким инструментом для оценки влияния клинических проявлений хронического заболевания на все сферы жизни пациента и обеспечения детального мониторинга состояния больного на фоне лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. Институт клинико-фармакологических исследований [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.evidence-cpr.com/question/sf-36/guidelines.pdf> доступа: 15.03.2007.
2. Лихачев С.А., Гавриленко Л.Н., Чернуха Т.Н. Фармакоэкономические аспекты эффективности использования препарата ботулотоксина в лечении больных спастической кривошеей. Медицинские новости 2007; 9: 49—54.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М 2007; 320.
4. Орлова О.Р., Яхно Н.Н. Применение Ботокса (БТА) в клинической практике. Руководство для врачей. М: Каталог 2000; 208.
5. Румянцева С.А., Силина Е.В. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга. М: Медкнига 2007; 60.
6. Тимербаева С.Л. Ботулинистический токсин типа А (диспорт) — новое слово в клинической нейрофармакологии. Фарматека 2007; 17: 40—46.
7. Экстрапирамидные расстройства: Руководство по диагностике и лечению. Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. М: МЕДпресс-информ 2002; 608.
8. Brin M.F., Hallett M., Jankovic J. Scientific and therapeutic aspects of botulinum toxic. NY: Wilkins 2002; 507.
9. Cano S.J., Thompson A.J., Bhatia K. et al. Evidence-based guidelines for using the Short Form 36 in cervical dystonia. Mov Disord 2007; 22: 1: 122—126.
10. Dressler D. Botulinum Toxin Therapy. Stuttgart: Thieme-Verlag 2000; 192.
11. Gudex C.M., Hawthorne M.R., Butler A.G., Duffey P. Effect of dystonia and botulinum toxin treatment on health-related quality of life. Mov Dis 1998; 13: 6: 941—946.
12. Jankovic J., Hallett M. Therapy with Botulinum toxin. NY: Marcel Dekker 1994; 525.
13. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Ed. B. Spilker. 2nd edition. Philadelphia: New-York Lippincott-Raven 1996; 1256.
14. Skogseid I.M., Malt U.F., Roislien J., Kerty E. Determinants and status of quality of life after long-term botulinum toxin therapy for cervical dystonia. Eur J Neurol 2007; 14: 10: 1129—1137.
15. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item short-form health survey. Med Care 1992; 30: 6: 473—483.