

## МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ І ДИСТРОФІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ХРЕБТА

*Мета дослідження – вивчити і науково обґрунтувати вплив мультидисциплінарної системи ранньої фізичної терапії на якість життя пацієнтів з розсіяним склерозом, ускладненим дистрофічним ураженням попереково-крижового відділу хребта. Методи. Обстежено 47 осіб (основна група), з розсіяним склерозом ускладненим міофасціальним больовим синдромом на попереково-крижовому рівні, що проходили курс ранньої ФТ на стаціонарному етапі. До цієї групи увійшли 25 жінок і 22 чоловіки. Середній вік пацієнтів складав 43,2±5,4 років. Для експертно-реабілітаційної діагностики були використані клінічні методи дослідження (оцінка неврологічного статусу і обмеження життєдіяльності відповідно з функціональними класами), опитувальник болю Мак-Гілла, візуальна аналогова шкала ВАШ, оцінка якості життя (опитувальник MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form-36). На початку і в кінці курсу ФТ проводилася оцінка ЯЖ з використанням опитувальника MOS SF-36, якій містить 36 питань, об'єднаних в 8 шкал. З фізіотерапевтичних методів впливу застосовували магніто-лазеротерапію, дарсонвалізацію, синусоїдальні модульовані струми, електрофорез анагетиків, розсмоктуючих препаратів, нейротрофічних засобів, електростимуляцію ослаблених м'язів, теплолікування, на заключному етапі ФТ – масаж і локальну кріотерпію. Активна фізична терапія проводилася на тлі підтримуючої медикаментозної терапії: судинно-регулюючі препарати, міорелаксанти, нестероїдні протизапальні засоби, нейромедіатори, хондропротектори. Результати. Після проведення курсу фізичної терапії показники якості життя зросли за всіма шкалами. Це обумовлено, в першу чергу, поліпшенням фізичного (46,3 бала) і загального (58,2 бала) стану, які сприяли стабілізації емоційного фону (58,9 бала) і стали базисом для нормалізації рольового та соціального функціонування (36,8 і 61,3 бали відповідно). Висновок. Мультидисциплінарний підхід щодо фізичної терапії пацієнтів з розсіяним склерозом, ускладненим міофасціальним больовим синдромом і дистрофічним ураженням попереково-крижового відділу хребта, сприяє нормалізації їх фізичного, емоційного і загального стану, що покращує соціальну активність і рольове функціонування і в підсумку підвищує якість життя пацієнтів.*

**Ключові слова:** розсіяний склероз, якість життя, міофасціальний больовий синдром, фізична терапія.

*The purpose of the research is to study and scientifically substantiate the impact of a multidisciplinary system of early physical therapy on the quality of life of patients with multiple sclerosis complicated by dystrophic lesions of the lumbosacral spine. Methods. We examined 47 people (main group) with multiple sclerosis complicated by myofascial pain syndrome at the lumbosacral level, who underwent a course of early FT in the inpatient stage. This group included 25 women and 22 men. The average age of patients was 43.2±5.4 years. Clinical research methods (assessment of neurological status and limitation of vital activity according to functional classes), McGill pain questionnaire, VAS visual analog scale, quality of life assessment (MOS SF-36 questionnaire – Medical Outcomes Study Short Form-) were used for expert-rehabilitation diagnostics. 36). At the beginning and at the end of the FT course, QOL was assessed using the MOS SF-36 questionnaire, which contains 36 questions combined into 8 scales. From physiotherapeutic methods of influence magneto-laser therapy, darsonvalization, sinusoidal modulated currents, electrophoresis of analgesics, resorbing drugs, neurotrophic means, electrostimulation of the weakened muscles, heat treatment, at a final stage FT – massage and local cryotherapy were applied. Active physical therapy was performed on the background of supportive drug therapy: vascular-regulating drugs, muscle relaxants, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, neurotransmitters, chondroprotectors. Results. After the course of physical therapy, quality of life indicators increased on all scales. This is primarily due to the improvement of physical (46.3 points) and general (58.2 points) condition, which contributed to the stabilization of the emotional background (58.9 points) and became the basis for the normalization of role and social functioning (36.8 and 61.3 points respectively). Conclusion. A multidisciplinary approach to physical therapy of patients with multiple sclerosis complicated by myofascial pain and dystrophic lesions of the lumbosacral spine, helps to normalize their physical, emotional and general condition, which improves social activity and role functioning in patients.*

**Keywords:** multiple sclerosis, quality of life, myofascial pain syndrome, physical therapy.

**Постановка проблеми та аналіз останніх результатів дослідження.** Розсіяний склероз (РС) часто ускладнюється дистрофічними ураженнями хребта і міофасціальним

больовим синдромом (МФБС). Ця патологія є одними із найпоширеніших хронічних ушкоджень опорно-рухового апарату (ОРА) людини. Виражені клінічні прояви неврологічних порушень спостерігаються в період активної трудової діяльності (у віці 25–55 років) і представляють собою одну з найчастіших причин тимчасової непрацездатності та інвалідності [2]. Навіть в період ремісії багато пацієнтів відчувають дискомфорт при рухах, а також в стані спокою, що часто знижує їх якість життя (ЯЖ). Відтак це неминуче позначається на продуктивності розумової та фізичної праці. Економічні втрати в зв'язку з ускладненнями РС з боку нервової системи і ОРА в цілому, обумовлюють збільшення допомоги по соціальному страхуванню і значне зниження фізичної працездатності в періоди ремісії [4].

Відомо, що МФБС не зникає відразу і повністю, в окремих випадках спостерігається навіть погіршення самопочуття та ЯЖ пацієнтів, подальше зниження їх працездатності, що викликає необхідність інтенсивної реабілітаційної допомоги з боку фізичного терапевта з урахуванням клінічних проявів та індивідуальних особливостей. Це є ключовою ланкою складної мультидисциплінарної системи реабілітаційного впливу на організм таких пацієнтів, включаючи психологічний, медикаментозний, фізичний та соціально-економічний аспекти фізичної терапії (ФТ) [1].

**Мета дослідження** – вивчити і науково обґрунтувати вплив мультидисциплінарної системи ранньої фізичної терапії на якість життя пацієнтів з розсіяним склерозом, ускладненим дистрофічним ураженням попереково-крижового відділу хребта.

**Методи дослідження.** Обстежено 47 осіб (основна група), з РС ускладненим МФБС на попереково-крижовому рівні, що проходили курс ранньої ФТ на стаціонарному етапі. До цієї групи увійшли 25 жінок і 22 чоловіки. Середній вік пацієнтів складав  $43,2 \pm 5,4$  років, тобто особи молодого працездатного віку, що становлять економічний потенціал України.

Для порівняння в контрольну групу (КГ) були включені теж 47 пацієнтів такого ж самого віку і статі, що проходили стандартний варіант фізичної терапії після встановлення аналогічного діагнозу.

За рівнем ураження хребетного рухового сегмента пацієнти основної групи (ОГ) розподілилися наступним чином: LIII-LIV – 1 чол., LIV-LV – 10 чол., LV-SI – 20 пацієнтів, LIV-LV, LV-SI – 27 пацієнтів. Для експертно-реабілітаційної діагностики були використані клінічні методи дослідження (оцінка неврологічного статусу і обмеження життєдіяльності відповідно з функціональними класами), опитувальник болю Мак-Гілла, візуальна аналогова шкала (ВАШ), оцінка якості життя (опитувальник MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form-36). На початку і в кінці курсу ФТ проводилася оцінка ЯЖ з використанням опитувальника MOS SF-36, який містить 36 питань, об'єднаних в 8 шкал:

1. Physical Function (PF) – фізичне функціонування, що відбиває ступінь, в якій здоров'я обмежує виконання фізичних навантажень.

2. Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання повсякденної діяльності).

3. Bodily Pain (BP) – інтенсивність болю та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю.

4. General Health (GH) – загальний стан здоров'я – оцінка пацієнтом свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування.

5. Vitality (VT) – життєва активність (мається на увазі відчуття себе повного сил та енергії або навпаки, обезсиленням).

6. Social Functioning (SF) – соціальне функціонування – ступінь, в межах якої фізичний або емоційний стан обмежують соціальну активність (спілкування).

7. Rol–Emotional (RE) – вплив емоційного стану на рольове функціонування.

8. Mental Health (MH) – оцінка психічного здоров'я (наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій).

Перевірка нульової гіпотези про відсутність різниці між виявленим розподілом ознак і теоретичним очікуваним нормальним розподілом здійснювалось з використанням W-критерія Шапіро-Уїлки. Гіпотезу про відсутність різниці між групами порівняння в цілому перевіряли з використанням дисперсійного аналізу (“ANOVA”).

Для кожного пацієнта ОГ створювалась окрема індивідуальна програма ФТ у відповідності з наявним клінічним синдромом, характером МФБС і віком. Тривалість курсу ФТ складала від 28 днів.

Серед методів ФТ, акцент робився на лікувальну гімнастику, що включає групову кінезіотерапію в гімнастичному залі і гідрокінезотерапію. У залі вправи проводилися в положенні гравітаційного розвантаження – лежачи на спині, на животі, на боці, на карачках. Принципи кінезотерапії включали: стабілізацію хребетно-рухового сегмента, нормалізацію м'язового тону (релаксація спазмованих м'язів), розвиток м'язового корсету, формування фізіологічної постави, створення і закріплення нових познолокомоторних навиків, формування адекватного динамічного і статичного стереотипу, нормалізацію рухливості в суглобах кінцівок, поліпшення координації рухів.

До гідрокінезотерапії приступали через три тижні після локальної кріотерапії. З фізіотерапевтичних методів впливу застосовували магніто-лазеротерапію, дарсонвалізацію, синусоїдальні модульовані струми, електрофорез аналгетиків, розсмоктуючих препаратів, нейротрофічних засобів, електростимуляцію ослаблених м'язів, теплотікування, на заключному етапі ФТ – масаж і локальну кріотерапію.

Активна ФТ проводилася на тлі підтримуючої медикаментозної терапії: судинно-регулюючі препарати, міорелаксанти, нестероїдні протизапальні засоби, нейромедіатори, хондропротектори.

Всі пацієнти ОГ отримували психологічну реабілітацію з метою зменшення масштабу переживань, корекції внутрішньої картини хвороби, ліквідації тривожних або депресивних станів. Проводилось навчання самих пацієнтів методам ЛФК та формування у них установки на самостійне щоденне повторення комплексів фізичних вправ.

**Результати дослідження і дискусія.** В якості неврологічного дефіциту у більшості пацієнтів (93,6%) переважав виражений больовий і рефлекторно-тонічний синдроми. Для 6,4% пацієнтів характерною була легка форма міофасціального больового синдрому. Водночас, в окремих пацієнтів мали місце гіпотонія і слабкість м'язів, які отримують іннервацію від ураженого спинномозкового корінця, вегетативно-судинні прояви патологічного процесу у вигляді сухості або гіпергідрозу, блідості, мармуровості шкірних покривів дистальних відділів кінцівок, зниження пульсації артерій на тильній стороні стопи. Все це призводило до помірного обмеження здатності до пересування і самообслуговування.

Дослідження ЯЖ таких пацієнтів виявило зниження показників за всіма шкалами як до, так і після ФТ. Особливо низькими виявилися показники шкал VT (20,0 бала) і RP (20,6 бала), що свідчать про значне обмеження, як життєвої активності, так і повсякденної діяльності по причині больового синдрому.

Водночас виявлено зниження емоційного статусу пацієнтів табл. 1.

Після проведення курсу ФТ в ОГ показники якості життя зросли за всіма шкалами. Це обумовлено, в першу чергу, поліпшенням фізичного (46,3 бала) і загального (58,2 бала) стану, які сприяли стабілізації емоційного фону (58,9 бала) і стали базисом для нормалізації рольового та соціального функціонування (36,8 і 61,3 бали відповідно). У контрольній групі вірогідно значущих змін не виявлено.

Таблиця 1

**Показники якості життя пацієнтів до і після фізичної терапії**

Критерії SF-36	До ФТ (n=47)	Після ФТ (n=47)
PF – фізичне функціонування	40,4±3,5	46,3±2,8
RP – вплив фізичного стану на рольове функціонування	20,6±4,0	36,8±3,6
BP – інтенсивність болю	22,6±3,1	32,4±4,1
GH – загальний стан здоров'я	45,9±2,0	58,2±2,3
VT – життєва активність	20,0±2,5	42,7±1,8
SF – соціальне функціонування	50,3±1,7	61,3±1,4
RE – вплив емоційного стану на рольове функціонування	34,1±4,8	58,9±4,6
MH – психічне здоров'я	44,9± 2,2	62,1±3,4

**Висновок.**

1. Таким чином, мультидисциплінарний підхід щодо фізичної терапії пацієнтів з розсіяним склерозом, ускладненим міофасціальним больовим синдромом і дистрофічним ураженням попереково-крижового відділу хребта, сприяє нормалізації їх фізичного, емоційного і загального стану, що покращує соціальну активність і рольове функціонування і в підсумку підвищує якість життя пацієнтів.

2. Дослідження складових якості життя з використанням опитувальника MOS SF-36 на різних етапах фізичної терапії дозволяє диференційовано підходити до створення індивідуальних програм фізичної терапії і своєчасно її коригувати з урахуванням виявлених порушень.

1. Белова АН. Нейрореабілітація: руководство для врачей. Москва: Антидор; 2007. 568 с.
2. Дривотин БВ, Полякова ТД, Панкова МД. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб. пособие. Минск: БГУФК; 2005. 211 с.
3. Епифанов ВА, Епифанов АВ. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). Москва: МЕДпресс-информ; 2004. 272 с.
4. Епифанов ВА. Лечебная физическая культура. Москва: Медицина; 2014. 568 с.
5. Боголюбова ВМ, редактор. Медицинская реабилитация в 3 т. Книга 1, 2, 3. Изд. 3-е, испр. и доп. Москва: БИНОМ; 2010. 416 с.
6. Шевченко ЮЛ, редактор. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. Москва: ЗАО "ОЛМА Медиа Групп"; 2007. 320 с.
7. Епифанов ВА, редактор. Медицинская реабилитация: руководство для врачей. Москва: МЕД-пресс-информ; 2005. 328 с.
8. Попелянский ЯЮ. Остеохондроз. Клинический аспект. Мануальная терапия. 2005; 1: 81–83.
9. Филиппович НФ, Криштофович ИЮ. Диагностика и лечение мышечно-тонических синдромов поясничного остеохондроза. Искусство медицины. 2008; 1: 13–16.
10. Leboeuf-Yde C. Back pain-individual and genetic factors. J. Electromyogr Kinesiol. 2004; 14 (1): 129–133.

**References**

1. Belova AN. Neurorehabilitation: a guide for doctors. Moscow: Antidor; 2007. 568 p.
2. Drivotinov BV, Polyakova TD, Pankova MD. Physical rehabilitation in neurological manifestations of spinal osteochondrosis: textbook. allowance. Minsk: BSUFK; 2005. 211 s.
3. Epifanov VA, Epifanov AV. Spinal osteochondrosis (diagnosis, treatment, prevention). Moscow: MEDpress-inform; 2004. 272 s.
4. Epifanov VA. Healing Fitness. Moscow: Medicine; 2014. 568 s.
5. Bogolyubova VM, editors. Medical rehabilitation in 3 volumes. Book 1, 2, 3. Ed. 3rd, rev. and add. Moscow: BINOM; 2010. 416 s.
6. Shevchenko YL, editors. Novik AA, Ionova TI. Guidelines for the study of quality of life in medicine. 2nd edition. Moscow: ZAO OLMA Media Group; 2007. 320 s.

7. Epifanova VA, editors. Medical Rehabilitation: A Guide for Physicians. Moscow: MED-press-inform; 2005. 328 s.
8. Popelyansky YAYU. Osteochondrosis. Clinical aspect. Manual therapy. 2005; 1: 81–83.
9. Filippovich NF, Krishtofovich IU. Diagnostics and treatment of muscular-tonic syndromes of lumbar osteochondrosis. The art of medicine. 2008; 1: 13–16.
10. Leboeuf-Yde C. Back pain-individual and genetic factors. J. Electromyogr Kinesiol. 2004; 14 (1): 129–133.

**Цитування на цю статтю:**

Герич РП, Випасняк ІП, Лісовський БП. Мультидисциплінарний підхід в підвищенні якості життя пацієнтів з розсіяним склерозом і дистрофічним ураженням хребта. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2019 Листопад 27; 34: 161-165.

**Відомості про автора:**

**Герич Роман Петрович** – кандидат медичних наук, доцент, ДВНЗ “Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника” (Івано-Франківськ, Україна)

<https://orcid.org/0000-0003-4527-4972>

**Випасняк Ігор Петрович** – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, ДВНЗ “Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника” (Івано-Франківськ, Україна)

e-mail: kicuk80@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4192-1880>

**Лісовський Богдан Петрович** – кандидат біологічних наук, доцент, ДВНЗ “Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника” (Івано-Франківськ, Україна)

e-mail: lisovsky.bogdan@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0474-9572>

**Information about the author:**

**Herych Roman Petrovych** – Candidate of Science (Medicine), Associate Professor (Ph. D.), Vasyl Stefanyk Precarpathian National University (Ivano-Frankivsk, Ukraine)

**Vypasnyak Ihor** – Doctor of Science in Physical Education and Sports, Professor, Vasyl Stefanyk Precarpathian National University (Ivano-Frankivsk, Ukraine)

**Lisovskyi Bohdan Petrovych** – Candidate of Science (Biology), Associate Professor (Ph. D.), Vasyl Stefanyk Precarpathian National University (Ivano-Frankivsk, Ukraine)