

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ И ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

*Авдей Г.М., Шумскас М.С., Захаркевич В.А., Авдей С.А.,
Арцименя С.Е., Вальковская Т.В., Орловская Т.Ю., Бычек Л.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
Гродно, Беларусь*

В последние десятилетия в мировой медицинской литературе отмечается неуклонный рост числа работ, освещающих проблемы качества жизни (КЖ) у лиц, страдающих различными заболеваниями [4, 6]. В настоящее время не существует общепринятого определения КЖ. На протяжении многих лет в это понятие исследователи вкладывали разный смысл – чувство удовлетворения жизнью; субъективное восприятие здоровья; психосоциальную и физическую адаптацию. В настоящее время отдается предпочтение многомерному интегральному подходу к оценке КЖ [1]. КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [8, 9].

Основным методом определения КЖ является применение специально разработанных анкет (опросников) [1]. Опросник SF-36 (MOS 36-Item Short-Form) полностью отвечает требованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для оценки КЖ. Валидность и надежность данного опросника многократно подтверждена в ходе различных исследований. Опросник, заполняемый пациентами самостоятельно, позволяет оценить 8 важнейших аспектов, сфер жизни человека и его здоровья, которые не всегда находятся в фокусе внимания врача, а между тем, именно они помогают пациенту ориентироваться в жизненных ситуациях и оказывают непосредственное влияние на его жизнь в обществе.

Интерес к КЖ больных с энцефалопатиями возрастает в связи с тем, что больной из объекта медицинского вмешательства все больше превращается в субъект процесса лечения, в нем все чаще начинают видеть личность (а не только организм, пораженный болезнью), что связано с тем, что многие социально-экономические аспекты нашей быстро меняющейся реальности в значительной степени стали затрагивать и медицину.

Физическое и психологическое неблагополучие пациента, страдающего цереброваскулярной болезнью, чрезвычайно негативно отражается на качестве жизни [3, 7]. К тому же энцефалопатия может быть составной частью синдрома полиорганной недостаточности у лиц с тяжелой соматической патологией, в частности, с сахарным диабетом, так называемая дисметаболическая энцефалопатия, что тоже отрицательно сказывается на качестве жизни этих больных [5].

Цель работы: определить и провести сравнительный анализ качества жизни пациентов с энцефалопатиями (дисциркуляторной (ДЭ) и дисметаболической (МЭ)) для получения сведений о субъективной оценке их состояния и возможности целенаправленного выбора профилактических и лечебных мероприятий.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 пациента: 12 больных (6 женщин (Ж) и 6 мужчин (М)) с ДЭ I стадии (ДЭI) и 32 человека (16 – Ж. 16 – М) с МЭ с верифицированным диагнозом сахарный диабет (СД2) в возрасте от 45 до 65 лет, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом и неврологическом отделениях Гродненской областной клинической больницы.

Для оценки качества жизни использовали русскую версию опросника Medical Outcomes Study Schort Form (SF-36) [2]. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Физическая активность (PF) пациентов с ДЭI была несколько ниже таковой у лиц с МЭ (таблица 1). Уровень физического состояния, позволяющий выполнять обычную работу (RP) у мужчин с ДЭI оказался выше, чем у лиц мужского пола с МЭ, а у женщин с ДЭI не достигал уровня ролевого физического функционирования женщин с МЭ. Болевой синдром (BP) резко ограничивал активность пациентов с ДЭI и МЭ ($p_2 < 0,05$). У женщин с ДЭI показатели по шкале боли были в 2 раза меньше по отношению к таковым у мужчин с ДЭI ($p < 0,05$) и женщин с МЭ ($p_4 < 0,05$), что указывало на сильные болевые ощущения у женщин с ДЭI, ограничивающие их двигательную активность. Соответственно, и оценка пациентом своего состояния в этой группе больных (женщин с ДЭI) оказалась в 2 раза ниже показателя шкалы общего здоровья у лиц мужского пола с ДЭI ($p < 0,05$). В целом установлены низкие показатели по шкале общего здоровья (GH) у всех пациентов с ДЭI и МЭ. Отмечен невысокий уровень жизнеспособности (VT) больных с ДЭI и МЭ, особенно лиц женского пола ($p < 0,05$, $p_1 < 0,05$). Влияние болезни нега-

тивно сказывалось и на взаимоотношениях пациентов с окружающими людьми, на качество и характер выполняемой работы (SF). Низкие показатели по шкале социального функционирования у женщин с ДЭИ по отношению к лицам мужского пола ($p < 0,05$) свидетельствовали об ограничении участия их в жизни общества или семьи из-за болезни. Влияние эмоционального состояния пациента на выполнение повседневной работы (RE) было невысоким у пациентов с ДЭИ и с МЭ. При этом психологическое состояние женщин с МЭ в большей мере ограничивало их физическую активность ($p_1 < 0,05$).

Таблица 1 - Качество жизни больных с энцефалопатиями

Шкала	Больные с ДЭИ, n = 12, (M±m)				Больные с МЭ, n = 32, (M±m)			
	Общая группа, n = 12	Мужчины, n = 6	Женщины n = 6	p	Общая группа, n = 32	Мужчины, n = 16	Женщины n = 16	p
	1	2	3		4	5	6	
PF (Physical Functioning) Физическое функционирование	55,8±3,27	58,3±2,03	53,3±7,84		66,3±6,46	64,4±7,36	68,1±5,58	
RP (role Physical) Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	166,7±42,03	208,3±67,66	125,0±43,56		171,9±32,44	181,3±28,89	162,5±65,12	
BP (Bodily Pain) Физическая боль	46,7±11,39	65,3±16,55	28,0±4,07	$p < 0,05$	52,1±6,22	45,3±5,45	59,0±11,72	$p_1 < 0,0$ $p_2 < 0,05$
GH (General Health) Общее восприятие здоровья	38,7±8,59	50,7±41,91	26,7±4,84	$p < 0,05$	34,8±4,16	35,3±6,63	34,4±5,03	
VT (Vitality) Жизнеспособность	47,5±5,68	63,3±9,20	31,7±5,74	$p < 0,05$	45,6±6,02	53,6±2,92	37,5±3,83	$p_1 < 0,05$
SF (Social Functioning)	58,3±5,50	70,8±8,89	45,8±4,79	$p < 0,05$	60,2±5,52	62,5±7,46	57,8±14,06	
RE (Role Emotional) Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	244,3±58,09	244,3±90,30	244,3±90,30		206,3±29,88	262,5±33,98	150,0±31,61	$p_1 < 0,05$
MH (Mental Health) Психическое здоровье	36,0±8,22	45,3±5,07	26,7±5,16	$p < 0,05$	41,3±3,64	48,5±4,14	34,0±5,68	$p_1 < 0,05$
PH (физический компонент)	49,5±4,20	55,7±3,0	43,3±3,76	$p < 0,05$	54,1±3,82	49,3±2,72	59,0±3,22	$p_1 < 0,05$
MH (психологический компонент)	73,2±6,63	73,0±7,55	73,3±13,07		67,1±4,24	77,3±5,56	56,9±5,39	

Примечание: p – критерий достоверности показателей граф 2 и 3; p_1 – критерий достоверности показателей граф 5 и 6; p_2 – критерий достоверности показателей граф 1 и 4.

Психическое неблагополучие, чувство тревоги (МН) беспокоило больных с ДЭИ и с МЭ, особенно женщин ($p < 0,05$, $p_1 < 0,05$). В целом, физический компонент здоровья (РН) у всех больных с ДЭИ и МЭ был невысоким и отличался у мужчин и женщин.

У лиц женского пола с ДЭИ этот показатель был ниже, чем у мужчин с ДЭИ ($p < 0,05$), а у женщин с МЭ выше, чем у мужчин с МЭ ($p_1 < 0,05$). Психологический компонент здоровья (МН) был достаточно высоким, однако у женщин с МЭ он оказался достоверно ниже, чем у мужчин с МЭ ($p_1 < 0,05$).

Выводы:

1. У больных с ДЭИ установлена низкая физическая активность, преимущественно у женщин, резкое ограничение болевым синдромом активности пациентов женского пола, низкий уровень по шкалам общего здоровья, жизнеспособности и социального функционирования у женщин. Физический компонент здоровья у женщин ниже, чем у мужчин, а психологический компонент здоровья достаточно высокий у всех больных с ДЭИ.

2. У пациентов с МЭ отмечены достаточная физическая активность, но низкий уровень ролевого физического функционирования у мужчин, меньшая сила болевых ощущений и их влияния на общую активность пациентов, низкие показатели по шкале общего здоровья, жизнеспособности, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья, преимущественно у женщин, достаточный уровень – по шкале социального функционирования. Физический компонент здоровья женщин с МЭ выше, чем у мужчин с МЭ, а психологический компонент здоровья женщин не достигал показателей мужчин с МЭ.

Литература

1. Ахмадеева, Л.Р. Качество жизни пациентов с первичными цефалгиями, инсультами и миотонической дистрофией /Л.Р. Ахмадеева //Журн. Неврологии и психиатрии. – 2008. – N 11. – С. 72 – 75.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова – Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 456 с.
3. Воробьева, О.В. Депрессия как фактор, сопутствующий цереброваскулярной болезни /О.В. Воробьева //Consilium-medicum.- 2007.- N 2. – С.15 – 21.
4. Исследование качества жизни в лечении и реабилитации неврологических больных /А.В. Мусаев [и др.] //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 2006. – N 1. – С. 13 – 19.
5. Котов, С.В. Диабетическая энцефалопатия. Клиника и лечение /С.В. Котов. И.Г. Рудакова, Е.В. Исакова //www.encephalopathy.ru
6. Мясникова, И.Л. Применение русской версии опросника «RAND-36»

для исследования качества жизни больных ревматоидным артритом /И.Л. Мясникова //Здравоохранение. – 2003. – N 7. – С. 23 – 26.

7. Насырова, Ф.И. Некоторые аспекты качества жизни больных с дисциркуляторной энцефалопатией /Ф.И. Насырова, А.М. Долгов //Актуальные вопросы военной и практической медицины – сб. трудов научно-практической конференции врачей Приволжского военного округа, Оренбург, 2000. – Оренбург. – 2000. – С. 17 – 23.

8. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине /А.А. Новик, Т.И. Ионова /под. ред. Ю.А. Шевченко – М.:Гэотар-Мед., 2004. – С. 12 – 13.

9. Румянцева, С.А. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга /С.А. Румянцева, Е.В. Силина – М. «Медицинская книга» - 2007. – 60 с.

БОЛЬ В СПИНЕ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ)

Анисимова С. Ю., Рачин А. П.

*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»,
Смоленск, Россия*

Распространенность боли в спине у детей и подростков достигает 30-40% [5]; частота дорсалгии, как и у взрослых, увеличивается с возрастом, при этом чаще среди девочек [3, 4]. Несмотря на расширенный спектр инструментальных возможностей, диагностика боли в спине является сложной задачей. Исследование эмоционально-личностной сферы пациента позволяет выявить психологические характеристики, влияющие на восприятие боли [1, 2, 6].

Цель исследования: изучение клинико-психологических особенностей у детей и подростков, страдающих болью в спине.

Методы. Проведено обследование 292 школьников с 1-го по 11-й классы в возрасте 6-17 лет (из них 41,1% мальчиков, 58,9% девочек), в т. ч. 52,4% школьников общеобразовательной городской школы и 47,6% учащихся общеобразовательной школы-гимназии. Все обследованные разделены на две возрастные группы: младшие (6-11 лет) – 39,7% и старшие школьники (12-17 лет) – 60,3%. Контрольную группу составили 32 школьника (в т.ч. 16 девочек, 16 мальчиков; средний возраст 15 лет). Исследование проводилось с использованием психометрических методов: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), модифицированный Освестровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в спине, опросник Роланда-Морриса,