

Н.Ю. Кононова*¹, Иванова И.Л.², Чернышова Т.Е.²¹Общество с ограниченной ответственностью «Доктор Плюс», г. Ижевск²Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Профессионального Образования «Ижевская Государственная Медицинская Академия», г. Ижевск

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Резюме

В статье обсуждаются показатели качества жизни у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, полученные по опроснику SF-36, оценки тревожности по «Шкале оценки уровня реактивной и личностной тревожности» и общего психологического состояния по опроснику «Самочувствие, активность, настроение».

Ключевые слова: качество жизни, недифференцированная дисплазия соединительной ткани

Abstract

The article discusses the quality of life in patients with undifferentiated dysplasia of connective tissue, obtained by «SF-36 Health Status Survey», assessment of anxiety along "The Scale of assessment of the level of reactive and personal anxiety" and General psychological state on the questionnaire "Health, activity, mood".

Key words: quality of life, undifferentiated connective tissue dysplasia

ВБ — восприятие боли, ДСТ — дисплазия соединительной ткани, НДСТ недифференцированная дисплазия соединительной ткани

«Не столь важно, чем человек болен, сколько как он это чувствует»*Карл Ясперс, 1911*

Одно из приоритетных научных направлений в медицине — это определение качества жизни. По определению Новик А.А. качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [5]. Оценка качества жизни дает возможность оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента [1]. Особенно интересно исследовать качество жизни при заболеваниях, характеризующихся многообразием клинических проявлений, одним из которых является дисплазия соединительной ткани (ДСТ). К этой патологии относится группа наследственных генетически детерминированных нарушений метаболизма соединительной ткани, объединенных в синдромы и фенотипы на основе общности внешних и/или висцеральных признаков [3]. Выделяют дифференцированные ДСТ, характеризующиеся определенным типом наследования с четко очерченной клинической картиной (синдром Марфана, Эйлерса-Данло и др.) и не-

дифференцированные ДСТ (НДСТ), представляющие генетически гетерогенную группу заболеваний мультифакториальной природы в основе которых лежат нарушения синтеза, распада или морфогенеза компонентов соединительной ткани. Клинические дефекты НДСТ в своих проявлениях весьма разнообразны, из них наиболее изучены кардиальные, бронхолегочные, сосудистые, костные [3,4], а качество жизни при данной патологии, особенно гендерные различия, остаются малоизученными и представляют несомненный интерес, так как позволяют получать дополнительную информацию о многих аспектах состояния больного, составляющих благополучие человека.

Цель исследования — оценить качество жизни у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы

Обследовано 185 пациентов от 18 до 46 лет, из них 60 мужчин и 125 женщин, имеющие внешние фены недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), средний возраст — $32,9 \pm 5,4$ у мужчин и $34,1 \pm 5,4$ у женщин. Контрольную группу составили

* Контакты. E-mail: conon.nata@yandex.ru. Телефон: (905) 877-78-24

47 человек, из них 21 мужчина и 26 женщин, идентичных по возрасту и имеющих не более 5 фенов НДСТ. Все пациенты были осмотрены по стандартной методике, используемой в клинике внутренних болезней, с оценкой предикторов ДСТ по Г.И. Нечаевой [4]. О качестве жизни судили по опроснику SF-36[9]. Для детализации психической составляющей качества жизни пациентов с НДСТ проанализированы данные опросников оценки тревожности по «Шкале оценки уровня реактивной и личностной тревожности» по Ч.Д. Спилбергеру, Ю.Л. Ханину и общего психологического состояния по опроснику «Самочувствие, активность, настроение», разработанному В.А. Доскиным с соавторами [2,6].

Критерии включения в исследование: репродуктивный возраст до 46 лет, ИМТ менее 25, наличие внешних признаков ДСТ 6 и более. Критерии исключения: наличие психических заболеваний, наркомании, алкоголизма, тяжелой соматической патологии, заболеваний ЦНС, группы инвалидности. Обработка полученных данных производилась с помощью пакета программ STATISTICA 6,0 американской фирмы StatSoft (1995г.), а также с помощью программ Excel 2007 американской фирмы Microsoft. Базовыми методами статистического исследования были: линейная описательная статистика с исчислением корреляции средних, стандартных отклонений, критерия Стьюдента [8]. Качественные переменные представлены в виде абсолютных и относительных частот. Сравнение количественных переменных в 2-х независимых группах при нормальном типе распределения проводилось методом дисперсионного анализа ANOVA. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$. [7].

Результаты и обсуждение

При анализе результатов теста SF-36 отмечено значительное снижение всех показателей качества жизни по сравнению с нормой и контрольной группой (см. таблица 1).

Показатель физического функционирования (PF) был практически в 2 раза ниже, по сравнению с контрольной группой, что объяснялось снижением физической работоспособности, медленным восстановлением после физической нагрузки, низкой толерантностью к физической нагрузке и общей астенизацией. В общей группе показатель ролевого функционирования (RP), обусловленного физическим состоянием, был снижен незначительно, но при оценке гендерных различий оказалось, что у женщин этот показатель был достоверно ниже ($p < 0,05$). Боль как компонент социально-психологической дезадаптации вносило дополнительный компонент в снижение качества жизни. Восприятие боли (BP) во всей группе пациентов было усилено на 42% ($p < 0,05$) по сравнению с контролем, особенно в группе женщин ($p < 0,05$). По нашему мнению эмоциональное восприятие боли в группе женщин возможно связано с дисфункцией лимбико-ретикулярных структур.

Самооценка общего состояния здоровья (GH) и жизненной активности (VT) у наших пациентов также оказались достоверно снижены по сравнению с контрольной группой и были значимо взаимосвязаны между собой ($r=0,64$; $p < 0,01$). Однако достоверных различий между мужчинами и женщинами выявлено не было. При анализе показателей социального функционирования качества жизни (SF) достоверных различий между основной и контрольной группами не было, при этом у каждой 3-ей женщины мы отметили снижение уровня социальных претензий. Снижение показателя ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), подтверждалось высокими уровнями реактивной и личностной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина.

Данные оценки реактивной и личностной тревожности, представленные в таблице 2, отражают высокую степень психологической дезадаптации обследованных пациентов. При анкетировании никто из них не поставил высший балл на утверждения «Мне радостно», «Я испытываю чувство внутреннего удов-

Таблица 1. Показатели качества жизни у пациентов с НДСТ

	Пациенты (n=185)	Мужчины (n=60)	Женщины (n=125)	Контроль (n=47)
Физическое функционирование PF	50,9±0,7 [^]	51,6±1,7	49,9±2,8	94,1±1,3
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием RP	82,7±1,1	81,2±2,1	71,0±0,9*	69,8±6,4
Интенсивность боли BP	45,1±2,5 [*]	51,0±2,4	31,9±1,9*	76,2±3,1
Общее состояние здоровья GH	48,7±1,7 [^]	55,2±3,9	42,1±4,9	68,1±2,6
Жизненная активность VT	45,3±0,8 [^]	46,7±1,1	43,1±1,4	54,2±1,9
Социальное функционирование SF	60,7±4,4	61,0±1,2	56,6±0,9*	49,6±4,3
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием RE	39,1±1,7 [^]	45,5±1,9	37,8±0,5*	71,9±3,7
Психическое здоровье MH	58,1±1,1	60,9±1,6	58,2±1,9	61,9±5,7

Примечание: [^] — разница между основной и контрольной группами достоверна, $p < 0,05$; * — разница между группами мужчин и женщин достоверна, $p < 0,05$.

летворения», «Я доволен». Только в 3-х случаях (все женщины с высшим образованием, занимающие руководящие должности) высший балл был поставлен на утверждение «Мне приятно».

Из данных таблицы 2 видно, что женщины были в 2 раза более склонны к высокому уровню личностной тревожности (1,9/1,0), отражающей предрасположенность человека к тревоге и активизирующей в ответ на определенные стимулы, чем мужчины. Для мужчин был более характерен высокий уровень реактивной тревожности (1,5/1,0), она отражает эмоции, переживаемые личностью на данный момент: беспокойство, озабоченность, нервозность и т.п., то есть эмоциональную реакцию на стрессовую ситуацию. Личностная тревожность у женщин была тесно связана с проблемами внутри семьи ($r=0,56$; $p<0,01$), что было не характерно для мужчин ($r=0,18$; $p>0,05$).

Реактивная тревожность имела значимую взаимосвязь с несколькими параметрами: для мужчин с проблемами на работе ($r=0,47$; $p<0,01$), международной экономической и политической ситуацией ($r=0,70$; $p<0,01$). В группе женщин была взаимосвязана с проблемами внутри семьи ($r=0,31$; $p<0,05$), на работе ($r=0,49$; $p<0,01$).

При оценке показателей самочувствия, активности и настроения, которые ощущает обследуемый в данный момент, лучшие показатели зарегистрированы в группе женщин: самочувствие — 45, активность — 35, настроение — 41, в то время как у мужчин эти показатели составили: самочувствие — 27, активность — 49, настроение — 31.

Наиболее значимые различия в группах были по критериям «восторженный», «безучастный», «полный надежд», «бездеятельный». Женщины с НДСТ в группе в целом имели более высокую степень физиологической и психологической комфортности.

Активность была выше в группе мужчин, т.к. это одна из сфер проявления темперамента, связанная с интенсивностью и объемом взаимодействия человека с физической и социальной средой. По этому параметру женщины более инертны, пассивны и спокойны, а мужчины более инициативны, активны и/или стремительны.

Настроение у лиц с НДСТ, представляя сравнительно продолжительное, устойчивое состояние человека, было снижено как у мужчин, так и у женщин. При этом у мужчин ведущим был вклад эмоционального фона, как реакции на значение проблем для субъекта в контексте общих жизненных планов, интересов и ожиданий. Женщины более четко идентифицировали свое состояние (скука, печаль, тоска, страх, увлеченность, радость, восторг и пр.) и их настроение всегда было направлено на тот или иной объект.

Таблица 2. Реактивная и личностная тревожность при НДСТ

Показатели	Женщины n=125 (n, %n)	Мужчины n=60 (n, %n)
Уровень ЛТ		
• низкий	3 (2,4%)	4 (6,7%)
• средний	48 (38,4%)	38 (63,3%)
• высокий	74 (59,2%)	18 (30,0%)
Уровень РТ		
• низкий	10 (8,0%)	4 (6,7%)
• средний	69 (55,2%)	22 (36,7%)
• высокий	46 (36,8%)	34 (56,6%)

В обеих группах получено достоверные различия оценки пациентами своего самочувствия ($\chi^2=50,6$; $n'=2$, $p<0,001$).

Вывод

Таким образом, в ходе исследования у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани показано снижение практически всех показателей качества жизни, что диктует проводить различные лечебные и реабилитационные мероприятия для этой группы пациентов.

Ⓐ

Список литературы

1. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика. — 2010. — № 1. — С.36–38.
2. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования: методическое пособие. — Санкт-Петербург : Речь, 2005. — 400 с. : ил.3.
3. Наследственные нарушения соединительной ткани (Российские рекомендации). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009; 5: 1–24.
4. Нечаева Г. И., Яковлев В. М., Конев В. П. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение // Лечащий врач. — 2009. — № 2. — С. 22–28.
5. Новик А.А. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова // Клиническая медицина. — 2000. — № 2. — С.10–13.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. — Самара : Издательский дом «Бахрах-М», 2008. — 320 с.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.
8. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных: учеб. пособие для вузов / А.А. Халафян. — М.: БИНОМ, 2008. — 512с.
9. Ware J. E, Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide, Lincoln, RI:QualityMetric Incorporated, 2000, 150s.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.