
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.831-005.8-036.82

**ВЛИЯНИЕ МНОГОФАКТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МОЗГА****В. Я. Латышева, Мохамед А. С. Аль-Хулайди****Гомельский государственный медицинский университет**

Представлен углубленный анализ различных параметров качества жизни больных в ранний (полгода, год) и поздний (2 и 3 года) восстановительный период после перенесенного инфаркта мозга. Установлено, что изученные показатели, характеризующие локомоторную, когнитивную функцию, самообслуживание, эмоциональный статус, социальное положение и работоспособность, не нормализовались в течение всех сроков наблюдения. Целесообразно дальнейшее проведение лечения и медицинской реабилитации на амбулаторно-поликлиническом и домашнем этапах.

Ключевые слова: инфаркт мозга, параметры качества жизни.

**INFLUENCE OF MULTI-FACTOR PARAMETERS
ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION****V. Ya. Latysheva, Mohamed A. S. Al-Khulaidi****Gomel State Medical University**

The present article represents deep analysis of various parameters of quality of life in earlier (half a year, one year), and later (2 and 3 years) recuperative period after cerebral infarction. It was identified that parameters reflecting locomotor, cognitive function, self-service, emotional status, social state and working ability, had not been normalized within all observation periods. It is therefore appropriate to perform treatment and medical rehabilitation at out-patient and domestic stages.

Key words: cerebral infarction, quality of life parameters.

Введение

Число исследований, посвященных оценке качества жизни больных с цереброваскулярными болезнями, весьма ограничено [2, 3, 4, 5]. Вместе с тем у лиц, перенесших мозговую катастрофу, ухудшается этот важный показатель в связи с локомоторным дефицитом, снижением физической независимости, нарушением высших мозговых функций. При этом ограничивается общественная активность, трудовая деятельность, сужается круг межличностных контактов.

Исследователи в зарубежных и русскоязычных публикациях все чаще связывают здоровье и качество жизни, которое объединяет значительное число различных факторов, психоэмоциональный и социальный статус человека [7, 8].

В настоящее время методики оценки качества жизни у пациентов используются

не только в научных исследованиях, но внедряются и в клиническую практику. Их рациональное применение составляет резерв для повышения эффективности лечения и медицинской реабилитации (МР) больных с цереброваскулярной патологией.

Качество жизни до настоящего времени остается в большей степени понятием субъективным, однако в последнее время стала возможной и количественная оценка ее компонентов. Существуют и применяются валидные и надежные методы характеристики параметров качества жизни, которые благодаря статистической обработке дают достоверные результаты [7, 8]. Субъективность ответов по различным шкалам и опросникам, заполняемым самим больным, определяет высокие требования, предъявляемые к тестам, что позволяет объективизировать полученные ответы.

Можно полагать, что исследование качества жизни позволит не только оценить результаты восстановления важных категорий жизнедеятельности, но и послужит основанием к поиску новых решений проблемы лечения и МР больных с ИМ.

Целью работы являлась оценка качества жизни больных в раннем и позднем восстановительном периоде после перенесенного ИМ по многофакторным параметрам.

Материалы и методы

Методом почтового опроса и анкетирования изучено качество жизни 90 больных, из них через 6 мес после перенесенного ИМ (18 чел. — 20%), через год (22–24,4%), 2 и 3 (по 25 чел. — 27,8%) года. Мужчин среди обследованных было 56 (62,2%), женщин — 44 (37,8%). В анализ включены лица с ИМ до 60 лет, т.е. работающий контингент (в возрасте 40–49 лет — 24,4%, 50–59 — 75,6%).

Контрольную группу (50 чел.) составили практически здоровые лица в возрасте $52,4 \pm 3,4$ года (из них мужчин — 37, женщин — 13), которые не обращались к врачам и выполняли свои должностные обязанности в полном объеме.

Комплексное клинико-неврологическое обследование больных проводилось по Гусеву Е. И. [2] с использованием разработанной карты, включающей жалобы, анамнестические, биохимические, лабораторно-инструментальные данные.

Оценка качества жизни выполнена методом почтового опроса [6] и модифицированным нами экспресс-методом — New assessment and information form to Measure Quality of life (NAIF) [7]. Традиционное медицинское заключение, сделанное исследователем, и оценка качества жизни, данная самим больным о состоянии здоровья, позволяют дать объективное заключение об эффективности лечения и МР.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием непараметрического метода и дисперсионного анализа программного пакета «Statistica 6.0» на базе персонального компьютера. Некоторые данные обрабатывали методом Хилпа [9].

Результаты и обсуждение

Причиной ИМ большинство больных считали артериальную гипертензию (АГ) и церебральный атеросклероз (41 чел. —

45,6%), церебральный атеросклероз без АГ (31 чел. — 34,4%), АГ (18 чел. — 20,0%) и другие заболевания.

Основной была жалоба на слабость в правых или левых конечностях (62 чел. — 68,9%) в сочетании с головной болью (38 чел. — 42,2%). У 34 (37,8%) пациентов отмечались элементы моторной афазии, у 21 (23,3%) — определялись незначительные затруднения при речевом общении.

При оценке качества жизни *через полгода* (18 чел.) установлено, что интегральный показатель был незначительно снижен (до 75,0%) у 16,7%, умеренно снижен (до 50,0%) — у 44,4%, выраженное снижение (до 25,0%) отмечалось у 27,8% и резко выраженное (менее 25,0%) — у 11,1%. Незначительное снижение определялось по локомоторной функции и социальному положению, физической независимости и работоспособности (по 2 чел. — 11,1%). Несколько иным был уровень показателей когнитивной функции (1 чел. — 5,6%) и эмоционального состояния (6 чел. — 33,3%).

Умеренное снижение локомоторной функции и самообслуживания определялось, соответственно, по 12 (66,7%) чел., познавательной функции, эмоциональному состоянию, работоспособности — по 6 (33,3%) чел. и социальное положение было снижено у 8 (44,4%) обследованных.

Значительное снижение отмечено по функции передвижения и самообслуживания (по 2 чел. — 11,1%), эмоциональному состоянию (3 чел. — 16,7%), социальному положению (4 чел. — 22,2%), работоспособности (8 чел. — 44,4%) и познавательной функции (9 чел. — 50,0%).

Резко выраженное снижение параметров качества жизни определялось по нарушению передвижения, самообслуживания, познавательной функции и работоспособности (по 2 чел. — 11,1%), эмоциональному состоянию (3 чел. — 16,7%) и социальному положению (4 чел. — 22,2%).

Показатели параметров качества жизни *через год* представлены на рисунке 1.

Значительное число обследованных по интегральному показателю (17 чел. — 77,3%) отметили умеренное и выраженное снижение качества жизни, у 3 — было легкое снижение, у 2 больных — резкое снижение. По параметру передвижения и физической независимости величины были од-

нотипны, что свидетельствовало о зависимости самообслуживания от степени нарушения мобильности больного. Выраженные изменения отмечены со стороны таких параметров, как эмоциональный статус (11 чел. — 50,0%), социальное поло-

жение (10 чел. — 45,5%) и работоспособность (15 чел. — 68,3%).

Через 2 года большинство больных перешли в группу с умеренно выраженным снижением различных параметров качества жизни (табл. 1).

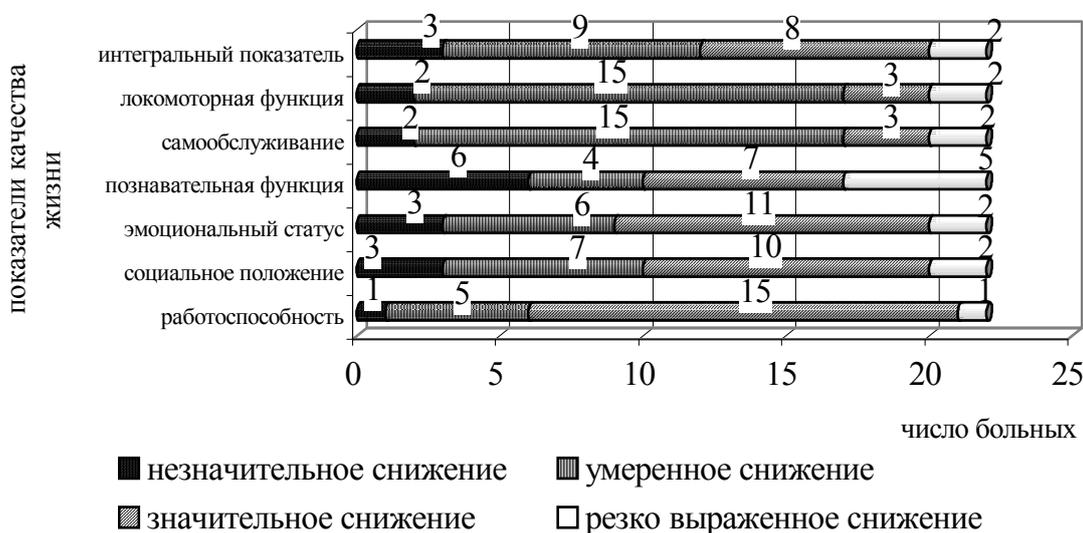


Рис. 1. Число обследованных по оценке качества жизни больных с инфарктом мозга через год

Таблица 1

Число обследованных по оценке качества жизни больных через 2 года после инфаркта мозга

Параметры	Уровень снижения качества жизни, n = 25							
	незначительное, >75%		умеренное, >50%		выраженное, >25		резко выраженное, <25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Интегральный показатель	5	20,0	13	52,0	6	24,0	1	4,0
Локомоторная функция	2	8,0	17	68,0	6	24,0	0	0
Физическая независимость (самообслуживание)	2	8,0	17	68,0	6	24,0	0	0
Когнитивная (познавательная) функция	6	24,0	9	36,0	9	36,0	1	4,0
Эмоциональное состояние	8	32,0	9	36,0	8	32,0	0	0
Социальное положение	12	48,0	9	36,0	1	4,0	3	12,0
Работоспособность	0	0	16	64,0	8	32,0	1	4,0

Анализ представленных данных свидетельствует о том, что через 2 года высокий процент (свыше 75,0%) был сохранен по параметру социальное положение (12 чел. — 48,0%). Наибольшее число пациентов было с умеренно выраженным нарушением значительного числа параметров (локомоторная функция и физическая независимость —

по 68,0%; работоспособность — 64,0%; познавательная функция, эмоциональное состояние и социальное положение — по 36,0%), т. е. у большинства больных функциональное состояние по этим параметрам было до 50,0%, через 2 года наблюдалось умеренное снижение качества жизни. При этом интегральный показатель был также

умеренно снижен у 13 (52,0%) чел. из 25 обследованных.

Между значениями 50,0 и 25,0% число больных по параметру когнитивных нарушений было у 9 (36,0%) чел., т.е. у этих больных отмечалось выраженное снижение показателя, отражающего состояние высших мозговых функций.

Резко выраженное снижение (по 4,0%) было по когнитивной функции, интегральному показателю и в большом проценте (12,0%) — по социальному положению.

Через 3 года после перенесенного ИМ состояние больных стабилизировалось. Основное их число отметило умеренное и значительное снижение качества жизни (рис. 2).

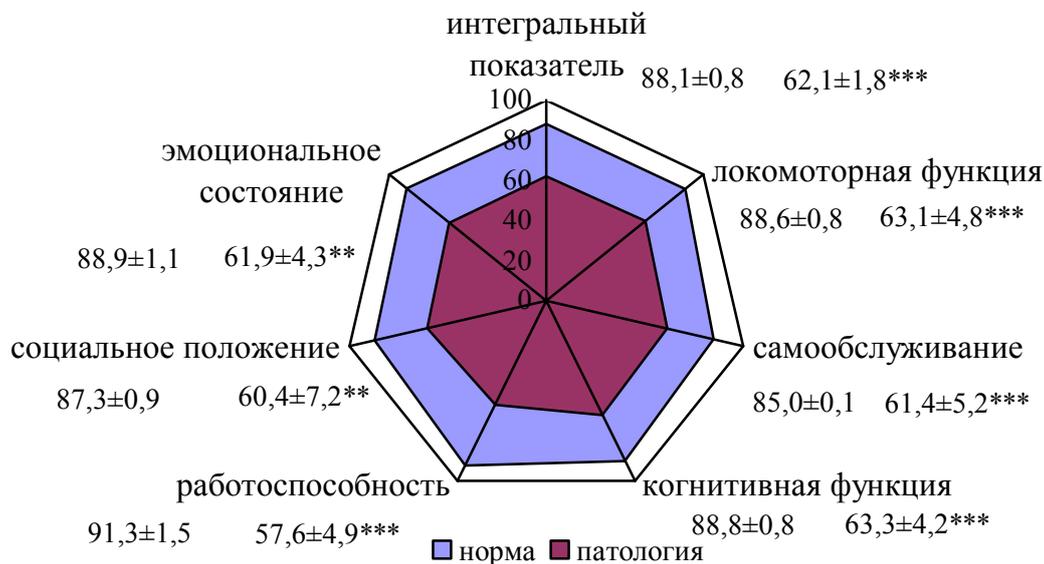


Рис. 2. Показатели качества жизни больных с инфарктом мозга и практически здоровых лиц через 3 года

Как следует из рисунка, через 3 года некоторые показатели улучшились, однако значения здоровых лиц не достигали. Одним из основных параметров оценки

качества жизни является интегральный показатель, представленный в процентном отношении с контрольными данными (рис. 3).

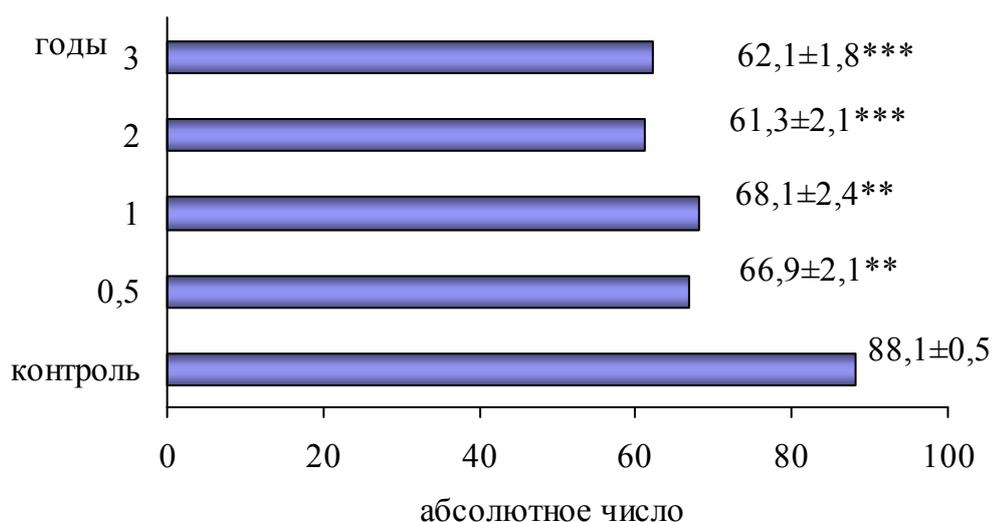


Рис. 3. Интегральный показатель качества жизни больных в разные сроки после инфаркта мозга

Примечание. Достоверность различий показателей основной и контрольной групп: ** — P < 0,01; *** — P < 0,001.

Данные из рисунка свидетельствуют о том, что этот показатель у респондентов был достоверно ниже через полгода и год ($P < 0,01$), наиболее низким — через 2 и 3 года ($P < 0,001$) после перенесенного ИМ. Следовательно, ни в один из исследуемых после заболевания сроков интегральный показатель не приблизился к норме, что свидетельствует о выраженном влиянии ИМ на качество жизни пострадавших.

Можно полагать, что снижение величины этого важного параметра обусловлено потерей надежды на выздоровление, так как больные верили в то, что в течение года они смогут восстановить нарушенные функции и вернуться к прежней жизни.

Физическая подвижность существенно изменилась после мозговой катастрофы. Значение основного дезадаптирующего синдрома — передвижения сохранялось оди-

наковым примерно в течение всего срока обследования (от полугода до 3 лет) и достоверно отличалось от контрольных данных ($P < 0,001$).

Локомоторная функция, обеспечивающая основную категорию жизнедеятельности — передвижение, была значительно нарушена на протяжении всех сроков наблюдения. Наиболее важной интерпретация этого параметра была при оценке возможности пользования общественным транспортом: больные с гемипарезами испытывали значительные трудности. Это же отмечалось при необходимости преодолевать значительные расстояния (выход из дома, посещение врача в поликлинике), что ограничивало бытовую активность и трудоспособность больных.

Статистическая обработка полученных результатов позволила определить степень двигательных нарушений (рис. 4).

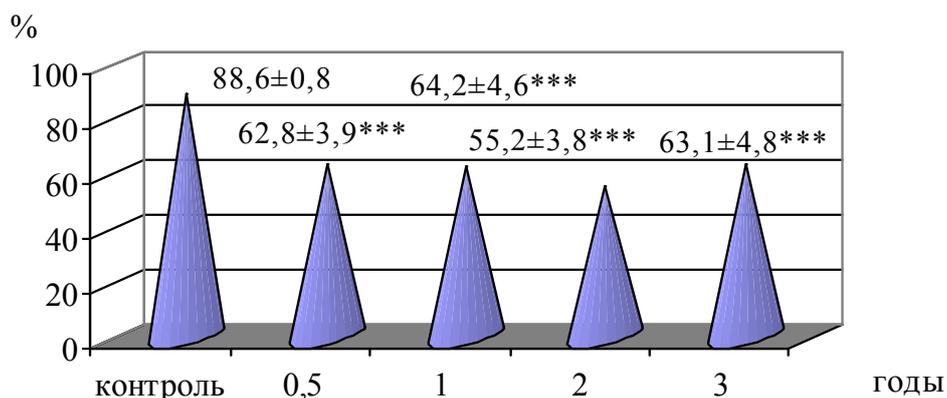


Рис. 4. Показатель локомоторной функции больных в различные сроки после перенесенного инфаркта мозга

Примечание. Достоверность различий показателей основной и контрольной групп: *** — $P < 0,001$.

Как следует из рисунка, значительное снижение абсолютной величины показателя передвижения больных, перенесших ИМ, было через 2 года после заболевания ($P < 0,001$). Не исключается усугубление передвижения вследствие присоединения других заболеваний, в том числе опорно-двигательного аппарата, сосудистых заболеваний ног и другой патологии. Кроме того, локомоторные нарушения после ИМ труднее поддаются коррекции вследствие повышенного мышечного тонуса, что может быть обусловлено прогрессированием цереброваскулярного заболевания.

Такое стойкое нарушение важнейшей категории жизнедеятельности — передвижения свидетельствует о целесообразности проведения реабилитационных мероприятий не только в течение первого года после инсульта, но и в последующие годы позднего реабилитационного периода. Вариабельность показателя, отражающего локомоторную функцию, указывает на резерв, имеющийся у каждого больного по восстановлению передвижения даже через 3 года. В связи с этим можно полагать, что самый активный период восстановления локомоторных нарушений (до года) использован недос-

таточно и у больных имелся определенный реабилитационный потенциал, который позволил увеличить величину этого параметра с $55,2 \pm 3,8$ (через 2 года) до $63,1 \pm 4,8$ (через 3).

Анализ изученных параметров свидетельствует о выраженном физическом дискомфорте и эмоциональных нарушениях у больных с ИМ, так как у этих больных имелись существенные ограничения не только в передвижении, самообслуживании, но и в трудовой деятельности.

Самообслуживание, которое отражает физическую независимость, способность ухаживать за собой, самостоятельно обеспечивать повседневные потребности без помощи других лиц, также было значительно изменено. Эта важная категория жизнедеятельности человека тесно связана с двигательными нарушениями, однако четкого параллелизма в изменении этих важнейших параметров жизнедеятельности не отмечалось. Наиболее значимые изменения величины самообслуживания были через 6 мес, затем положение стабилизировалось и в последующие годы показатель стойко удерживался примерно на одном уровне (через 2 года — $58,3 \pm 4,2$; $P < 0,001$, через 3 — $61,4 \pm 5,2$; $P < 0,001$). Однако существенных сдвигов в восстановлении такой категории жизнедеятельности, как самообслуживание также не произошло.

Показатель параметра *когнитивной функции*, по оценке больных, свидетельствовал о значительной его вариабельности. Можно полагать, что мнение пациентов, указавших степень выраженности высших мозговых функций, является субъективным и не может служить объективной оценкой истинного состояния интеллектуально-мнестического снижения. Вместе с тем в контексте с другими показателями оценка больными когнитивной дисфункции может быть использована при решении вопроса об эффективности лечения и МР.

Эмоциональное состояние больного ИМ в определенной степени определяет его реабилитационный потенциал, который играет также важную роль в установке на выздоровление, на труд. Он включает различные аспекты состояния психической деятельности, что было выявлено у ряда больных. Это проявлялось тревожно-депрессивными реакциями в связи с изменением социального статуса (потеря профессии, материальные трудности в содержании семьи и др.) и привычного образа жизни (нарушение передвижения, ну-

ждаемость в посторонней помощи, ограничение общения с друзьями, соседями и др.).

По данным анкетирования, психоэмоциональный статус респондентов через полгода в незначительной и умеренно выраженной степени снижения зарегистрирован одинаково у 33,3%, в выраженной и резко выраженной — у 16,7% чел.

Через год значительное снижение эмоционального фона отмечалось у 50,0% обследованных (из 22 чел. этой группы). Прошедшие после ИМ 2 года подтвердили относительную стабильность этого показателя (незначительное снижение у 32,0%; умеренное — у 36,0%; выраженное — у 32,0%).

Через 3 года 60,0% обследованных выявили умеренное снижение эмоционального статуса, выраженное — 28,0%, впервые за 3 года наблюдения выявлено резко выраженное угнетение этого параметра (8,0% из 25 больных).

Экономический статус, свидетельствующий о материальном благополучии в семье, играет важную роль не только для больного, но и часто определяет межличностные отношения в семье, с родными и родственниками, что играет определенную роль в формировании личности и определении социального статуса.

Важным является положение, которое занимает человек в обществе, его работа, должность. Можно с уверенностью сказать, что заболевание, которое перенес больной — ИМ, значительно влияет не только на эмоциональный статус, но и на социальное положение. Следует отметить, что лица с высшим образованием, занимающие руководящие должности, оценили последствия и перенесли заболевание более тяжело, чем пациенты физического труда.

У обследованных было снижено и *социальное положение*, отражающее участие больного в трудовом процессе. Социальная дезадаптация явилась результатом нарушения ведущих категорий жизнедеятельности: передвижения и самообслуживания.

Работоспособность, которая включает в основном возможность выполнения физических нагрузок, преимущественно, в домашних условиях, также была достоверно снижена по отношению к контрольным данным. Наиболее значительное снижение этого показателя отмечалось через 3 года ($P < 0,001$). Установлено, что 16 (20,0%) чел. через 6 мес вернулись к работе и лишь двоим была определена группа инвалидности.

Выводы

1. Оценка качества жизни больных через полгода, год, 2 и 3 года после перенесенного ИМ выявила снижение как интегрального показателя, так и всех его составляющих, включая локомоторную функцию, возможность самообслуживания (физическую независимость), когнитивную (познавательную) функцию, эмоциональный статус, социальное положение и работоспособность. Несмотря на положительную динамику параметров качества жизни после лечения, нормализации их в последующие годы не наблюдалось.

2. Наиболее значимое снижение наблюдалось со стороны таких важных параметров жизнедеятельности, как передвижение и самообслуживание через 2, а работоспособности — через 3 года.

Когнитивная (познавательная) функция через полгода незначительно отличалась от контрольных величин, усугубляясь в последующие годы обследования.

3. Результаты исследования больных с ИМ свидетельствуют о целесообразности организации реабилитационных отделений в стационарах для проведения комплекса восстановительного лечения нарушенных параметров жизнедеятельности, что обеспечит улучшение социального статуса больных в семье, обществе и улучшит качество их жизни, а внедрение в научные исследования и практическое здравоохранение концепции исследования качества жизни открывает большие возможности на пути совершенствования новых стратегий лечения неврологических больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гусев, Е. И. Ведение больных в остром периоде мозгового инсульта / Е. И. Гусев // Врач. — 2003. — № 3. — С. 3–7.

2. Концепция исследования качества жизни в неврологии / А. А. Новик [и др.] // Неврол. журн. — 2002. — № 6. — С. 49–52.

3. Латышева, В. Я. Характеристика качества жизни больных с инфарктом мозга / В. Я. Латышева, Аль-Хулайди Мохаммед А. С. // Мед. новости. — 2005. — № 10. — С. 95–98.

4. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб. : Издательский Дом «Нива»; М. : ОЛМА-Пресс «Звездный мир». — 2002. — 320 с.

5. Оценка изменения качества жизни неврологических больных с ограничением двигательной активности / В. Н. Григорьева [и др.] // Неврол. журн. — 1997. — № 5. — С. 24–29.

6. Потемкина, Р. А. Значение почтового опроса для эпидемиологических исследований и профилактических программ: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05/ Гос. науч.-исслед. центр профилактич. медицины МЗ РФ (ГНИЦ ПМ). — М., 1994. — 29 с.

7. Пушкарев, А. Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / А. Л. Пушкарев, Н. Г. Аринчина // БНИИЭТИН. — Минск., 2002. — 16 с.

8. Качество жизни: структура понятия и перспективы использования его в лечении и реабилитации / А. Л. Пушкарев [и др.] // Проблемы реабил. — 2000. — № 1. — С. 32–37.

9. Хилл, А. Б. Основы медицинской статистики / А. Б. Хилл. — М., 1958. — С. 129–131.

10. Сулаберидзе, Е. В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной медицине / Е. В. Сулаберидзе // Рос. мед. журн. — 1996. — № 6. — С. 9–11.

11. Quality of life after a first ischemic stroke. Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive / E. J. Jonkman [et al.] // Acta. Neurol. Scand. — 1998. — Vol. 98, № 3. — P. 169–175.

12. Measuring quality of life in stroke / R. De Haan [et al.] // Stroke. — 1993. — Vol. 24, № 2. — P. 320–327.

Поступила 08.01.2007

УДК 619.19-006.6:611-118

**ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ У БОЛЬНЫХ
РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ**

Е. С. Тимофеенко, О. А. Голубев, Э. А. Надыров, С. Б. Мельнов, Т. Г. Дрозд

**Гомельский государственный медицинский университет
Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова**

Проведено исследование цитогенетических маркеров рака молочной железы у больных со второй и третьей степенью злокачественности опухоли. Установлены корреляционные зависимости между отдельными цитогенетическими показателями, характеризую-