

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Общий опросник SF-36 («SF-36 Health Status survey») использовался с целью изучения качества жизни (КЖ) у 70 пациентов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы (БЧМТ), находящихся на лечении в неврологическом отделении ГБУЗ «Оренбургский областной клинический психо-неврологический госпиталь ветеранов войн». Не установлено связи между показателями КЖ, возрастом, образованием и трудовой деятельностью. Установлено положительное влияние семьи на показатели КЖ пациентов с БЧМТ. Показано, что параметры КЖ пациентов с последствиями БЧМТ по опроснику SF-36 ниже, чем в здоровой популяции. Выявлены факторы, влияющие на КЖ пациентов с последствиями БЧМТ. На физический компонент здоровья КЖ влияет степень полученной травмы, выраженность неврологической симптоматики. Выявлено отрицательное влияние выраженности головной боли на физический и психологический компоненты КЖ. С увеличением резидуального периода после травмы отмечается значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Ключевые слова: боевая черепно-мозговая травма, качество жизни, опросник SF-36.

В последнее десятилетие изучение качества жизни (КЖ) приобретает актуальность, так как позволяет оценить влияние того или иного расстройства на состояние больного в целом [1], [6], [7]. КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия [1], [6]. Основным инструментом оценки КЖ пациентов являются специально разработанные опросники. SF-36 («SF-36 Health Status survey») является наиболее распространенным общим опросником для изучения КЖ в популяции и при различных соматических заболеваниях и позволяет оценивать удовлетворенность больных уровнем своего функционирования в условиях болезни [11].

Современная неврология столкнулась с тенденцией увеличения количества случаев черепно-мозговых травм, что связано с тенденцией к росту вооруженных конфликтов [5], [8]. Актуальность проблемы определяется еще и тем, что отдаленный период травматической болезни головного мозга представляет собой динамичный процесс, который сопровождается при неблагоприятных условиях наступлением декомпенсации. Как правило, сохраняются различные неврологические, нейropsychологические, дистонические, пароксизмальные нарушения [2], [4], [8], [12], [13], [14].

Многообразие клинических проявлений и недостаточная изученность патогенеза декомпенсации последствий ЧМТ обуславливают низкую эффективность существующих способов лечения [2], [3].

Оценка КЖ может быть наиболее адекватным инструментом исследования состояния пациентов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы (БЧМТ), позволяет выявить влияющие на него факторы и наметить пути к его коррекции. Поэтому поиск тестов, отражающих течение посттравматической болезни головного мозга является достаточно актуальной задачей.

Цель исследования: на основании изучения параметров КЖ определить наиболее информативные показатели, характеризующие течение последствий БЧМТ и влияющие на КЖ пациентов.

Материал и методы

Обследованы 70 больных с посттравматической энцефалопатией I–II стадии, развившейся в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) легкой и средней степени тяжести. Возраст от 27 до 50 (в среднем $42,01 \pm 4,18$ года). Отбор пациентов проводили по результатам комплексного их обследования в ГБУЗ «Оренбургский областной клинический психо-неврологический госпиталь ветеранов войн».

Основными критериями включения в исследование являлись наличие перенесенной одной или нескольких закрытых БЧМТ легкой и средней степени тяжести у ветеранов боевых действий. Критерии исключения: возраст старше 50 лет из-за возможности неоднозначного суждения о характере церебральных изменений (посттравматических, сосудистых или смешанных), наличие в анамнезе указание на бытовую или иную ЗЧМТ, перенесенную в мирное время, другие органические заболевания нервной системы, тяжелые соматические заболевания.

Из методов исследования применялись: сбор анамнеза, жалоб, оценка неврологического статуса в баллах по общепринятой методике [8], оценка выраженности головной боли по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ – (VAS) Visual Analogue Scale. Huskisson E.C., 1974). Выраженность неврологической симптоматики оценивалась в баллах, когда легкие проявления симптома оценивались в 1–2 балла, умеренные – 3 балла, выраженные – 4–5 баллов.

Для оценки КЖ применялся опросник SF-36, который включает в себя 36 пунктов и

определяет 8 параметров: физическое функционирование (RF), влияние физического состояния на ролевое функционирование (PR), выраженность болевого синдрома (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE), психическое здоровье (MH).

Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета SPSS с использованием критерия Стьюдента и рангового корреляционного анализа (по Спирмену). Различие принималось за статистически значимое при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средние показатели КЖ обследованных пациентов представлены в таблице 1. При сравнении КЖ пациентов с БЧМТ со здоровой российской популяцией было выявлено достоверное снижение всех показателей физического и психического здоровья у пациентов с последствиями БЧМТ.

При анализе параметров КЖ с учетом степени тяжести полученной БЧМТ просма-

Таблица 1. Показатели КЖ пациентов с последствиями БЧМТ в сравнении со здоровыми лицами.

Группы обследованных	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	RF	PR	BP	GH	VT	SF	RE	MH
1. Пациенты с БЧМТ (n=70)	58,81± 23,19	21,86± 31,31	33,36± 19,03	39,74± 16,56	39,84± 20,79	48,35± 21,91	31,88± 31,7	45,96± 20,46
2.*Здоровые мужчины (n=895)	83,7± 21,2	70,5± 35,0	69,4± 25,7	57,5± 19,5	60,1± 17,7	71,6± 22,3	70,9± 34,9	61,8± 15,9
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

*Российская популяция [Новик А.А, Ионова Т.И., 2002]

Таблица 2. Показатели КЖ пациентов с последствиями БЧМТ в зависимости от степени полученной БЧМТ и резидуального периода

Группы обследованных	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	RF	PR	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Степень тяжести БЧМТ								
1. Пациенты с сотрясением головного мозга (n=42)	64,08± 23,19	27,86± 34,25	34,27± 19,03	42,11± 15,69	41,91± 21,40	49,11± 22,82	36,55± 32,67	48,57± 19,39
2. Пациенты с ушибом мозга легкой и средней степени тяжести (n=28)	49,75± 21,04	11,94± 21,25	32,32± 20,45	36,99± 17,34	37,05± 20,62	47,81± 25,03	24,68± 37,91	43,07± 21,82
p	0,003	0,008	0,642	0,154	0,272	0,801	0,125	0,220
Длительность резидуального периода								
1. Резидуальный период БЧМТ 8-16 лет (n=32)	56,29± 23,34	23,66± 30,91	29,63± 17,16	38,26± 17,07	36,86± 21,42	40,04± 21,38	41,6± 33,34	43,92± 21,35
2. Резидуальный период БЧМТ 24-30 лет (n=38)	61,33± 23,04	20,06± 31,72	37,1± 20,93	41,23± 16,06	42,83± 20,16	56,67± 22,44	22,16± 33,01	48,0± 19,60
p	0,311	0,587	0,076	0,455	0,180	0,001	0,007	0,350

триваются следующие тенденции (таблица 2). У пациентов с последствиями ушиба мозга легкой и средней степени тяжести показатели КЖ по всем шкалам ниже, чем у пациентов с последствиями сотрясения головного мозга. Однако достоверность различий просматривается по шкалам физического состояния здоровья: физическое функционирование (RF) и влияние физического состояния на ролевое функционирование (PR), которые говорят об ограничении выполнения физических нагрузок в повседневной деятельности. Полученные данные совпадают с выводами других исследователей [7].

Распределение пациентов по резидуальному периоду БЧМТ (период 8–16 лет, участники боевых действий в Чеченской республике и период 24–30 лет, участники боевых действий в Республике Афганистан) дало возможность выявить следующие различия. С увеличением резидуального периода достоверно снижались показатели социального функционирования (SF) и ролевого эмоционального функционирования (RE). Таким образом, с увеличением резидуального периода отмечается значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

При обследовании пациентов оказалось, что самой частой жалобой у лиц с последствиями БЧМТ является головная боль, которая выявлялась у 69 пациентов (98,5%). Анализ показателей КЖ по опроснику SF-36 в зависимости от выраженности головной боли показал, что с увеличением выраженности головной боли достоверно снижались показатели КЖ, такие как физическое функционирование

(RF), выраженность болевого синдрома (BP) общее состояние здоровья (GH) и социальное функционирование (SF). Таким образом, выраженность головной боли влияет как на физический компонент здоровья, так и на психологический компонент и определяет низкую оценку состояния здоровья пациентов, ограничение физической и социальной активности (таблица 3).

Проведен анализ показателей КЖ пациентов с последствиями БЧМТ в зависимости от семейного положения, образования и трудовой занятости (таблица 4). В группе пациентов, находящихся в браке все показатели КЖ выше, чем у пациентов не состоящих в браке, однако статистически достоверных различий не обнаружено. Среди обследуемых пациентов не обнаружено достоверно значимых различий между показателями КЖ и образованием, КЖ и трудовой деятельностью. Таким образом, такие аспекты социальной жизни как семейное положение, образование и трудовая деятельность не влияют на показатели КЖ у пациентов с последствиями БЧМТ.

Ранговый корреляционный анализ также не установили достоверно значимой связи между показателями КЖ, возрастом, образованием и трудовой деятельностью. При исследовании выявлены следующие корреляции.

При последствиях БЧМТ наиболее частой жалобой была головная боль. Она же оказалась одним из факторов, влияющих на физический компонент здоровья. Сопоставление уровня головной боли по ВАШ с показателем КЖ общее состояние здоровья (GH) выявило отрицательную корреляцию ($r = -0,267$, $p = 0,013$). Таким образом, уровень головной боли от-

Таблица 3. Показатели КЖ пациентов с последствиями БЧМТ в зависимости от степени выраженности головной боли по ВАШ

Группы обследованных	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	RF	PR	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Степень выраженности головной боли по ВАШ								
1. Пациенты с легкой и умеренной головной болью. ВАШ 1-6 балла (n=43)	65,44± 21,47	25,73± 32,27	39± 20,13	42,56± 15,81	43,23± 21,14	55,15± 24,06	36,04± 35,97	50,47± 20,32
2. Пациенты с сильной и очень сильной головной болью. ВАШ 7-10 балла (n=26)	51,5± 22,73	14,42± 25,66	27,19± 15,13	33,42± 16,32	33,85± 18,46	40,38± 21,01	23,89± 28,97	41,23± 20,7

Таблица 4. Показатели КЖ пациентов с последствиями БЧМТ в зависимости от семейного положения, образования и трудовой деятельности

Группы обследованных	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)							
	RF	PR	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Семейное положение								
1. Состоит в браке (n=24)	57,67± 21,35	20,23± 33,18	32,67± 25,41	38,62± 19,98	38,09± 19,01	47,62± 22,92	24,86± 29,48	44,76± 18,44
2. Не состоит в браке (n=46)	52,50± 24,26	8,33± 12,31	25,58± 10,85	35,17± 11,13	31,25± 18,72	37,50± 21,98	16,50± 26,32	36,67± 22,29
p	0,363	0,102	0,202	0,439	0,158	0,082	0,250	0,111
Образование								
1. Среднее, среднее специальное (n=56)	49,50± 20,32	13,75± 20,64	24,05± 11,72	38,10± 14,11	33,75± 15,15	46,88± 18,08	22,75± 26,43	45,60± 17,81
2. Высшее (n=14)	57,00± 28,85	25,00± 43,3	40,60± 36,61	32,40± 28,74	34,00± 30,29	35,00± 40,89	13,20± 18,07	32,80± 28,34
p	0,372	0,360	0,119	0,483	0,977	0,306	0,122	0,128
Трудовая занятость								
1. Есть (n=21)	57,50± 25,35	21,86± 36,44	34,00± 27,96	35,25± 19,87	28,13± 20,52	40,63± 26,52	16,50± 24,95	35,50± 24,14
2. Нет (n=49)	48,96± 20,69	13,54± 25,52	28,00± 19,56	38,38± 16,63	37,29± 18,17	44,27± 22,11	21,75± 28,75	44,50± 18,27
p	0,183	0,350	0,378	0,531	0,086	0,585	0,446	0,136

рицательно влияет на оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Полученные данные позволяют предположить, что адекватная коррекция этого проявления последствий БЧМТ может быть одним из направлений повышения КЖ пациентов.

Выраженность неврологической симптоматики в баллах коррелировала с показателем физическое функционирование (RF) ($r = -0,232$, $p = 0,027$). С увеличением выраженности неврологического дефицита уменьшается физическая активность пациента и ограничивается выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Результаты, характеризующие связь неврологического дефицита с КЖ пациентов с последствиями БЧМТ вполне предсказуемы. Так как трудно переоценить влияние расстройств равновесия, движения, чувствительных нарушений на жизнедеятельность пациентов.

Выявлена корреляция по шкале влияние физического состояния на ролевое функционирование (PR) ($r = 0,551$, $p = 0,032$), выраженность болевого синдрома (BP) ($r = 0,597$, $p = 0,020$) с семейным положением. Таким образом, наличие семьи позитивно влияет на физический компонент здоровья.

Длительность резидуального периода коррелировала с показателем ролевое эмоциональное функционирование (RE) ($r = -0,237$, $p = 0,024$). Увеличение резидуального периода БЧМТ отрицательно влияет на эмоциональное состояние пациентов с БЧМТ.

Заключение

Использование опросника SF-36 позволило оценить показатели КЖ пациентов с последствиями БЧМТ. Выявлено снижение всех показателей КЖ по сравнению с мужским российским населением. Не установлено связи между показателями КЖ, возрастом, образованием и трудовой деятельностью. Наличие семьи позитивно влияет на физический компонент здоровья у пациентов с последствиями БЧМТ. С увеличением степени тяжести БЧМТ отмечается более выраженное ограничение выполнения физических нагрузок в повседневной деятельности. В то время как с увеличением резидуального периода после травмы отмечается значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Выраженность головной боли определяет снижение как физического компонента здоровья, так и психологического компонента и определяет низкую оценку состояния здоро-

вья пациентами, ограничение физической и социальной активности. Установлено влияние неврологической симптоматики на физическую активность пациента и ограничение выполнения физических нагрузок у пациентов с последствиями БЧМТ.

Таким образом, оценка показателей КЖ пациентов с последствиями БЧМТ позволяет выявить неблагоприятные факторы, влияющие на течение посттравматической болезни головного мозга и определить оптимальные пути проведения реабилитационных мероприятий.

10.02.2015

Список литературы.

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В. и др Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»)// Науч.-практ. Ревматология. – 2008. – Т 1. – С. 36–48.
2. Емельянов А.Ю. Последствия взрывных травм головного мозга / А.Ю. Емельянов // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. – СПб.: Б.и., 1995. – С. 111 – 112.
3. Коновалов А. Н., Потапов А. А., Лихтерман Л. Б. Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и ее последствий // Вопр. нейрохирургии. – 1994. – № 4. – С. 18–25.
4. Михайленко А.Д., Дыскин Д.Е. Бицадзе А.Н. Клинико-патогенетические варианты отдаленных последствий закрытой травмы головного мозга // Журн. неврол. и психиат. –1993. – Т.93. – №1. – С.39
5. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов современных военных конфликтов // Екатеринбург, УГМА. – 2009 – 239с.
6. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
7. Новик А.А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине// Клиническая медицина. –2000. – № 2. – С. 10–13.
8. Одинак М. М. Структура санитарных потерь невро – логического профиля в вооруженных конфликтах современности // Боевая травма нервной системы в условиях современных войн. – М.: ГВКГ им. ак. Н. Н. Бурденко, 2002. – С. 5–25.
9. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни// 6-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 560 с.
10. Яворская В.А., Черненко И.И., Федченко Ю.Г., Оценка качества жизни у пациентов с отдаленными последствиями боевой черепно-мозговой травмы. // Международный медицинский журнал. – 2012. – № 2.
11. Coons S., Rao S., Keininger D., Hays R.A. Comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics. 2000. – Т. 17. – № 1. – С. 13–35.
12. Cynthia A. M, Tyler C. S., Besa S., Timothy S. W., Margaret A. K. Baseline self reported functional health and vulnerability to post-traumatic stress disorder after combat deployment: prospective US military cohort study// BMJ. 2009. 338:b1273.
13. Hoge C.W., McGurk D., Thomas J.L., Cox A.L., Engel C.C., Castro C.A. Mild traumatic brain injury in U.S. Soldiers returning from Iraq. N Engl J Med 2008; 31: 358: 5: 453-463.
14. Meares S., Shores E.A. Taylor A.J. et al. Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008; 79; 300-306/
15. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders.// Am J Psychiatry 2005; 162:1171-1176

Сведения об авторах:

Ромашкина Александра Владимировна, врач-невролог Оренбургского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн, e-mail: alexa-vl@mail.ru

Бурдаков Владимир Владимирович, заведующий кафедрой неврологии Оренбургского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор,
e-mail: orennevrburd@mail.ru

Сафронова Алла Ивановна, доцент кафедры неврологии Оренбургского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук, e-mail: safronowa.alla@yandex.ru