

УДК 616.831-001.3-089-06:612.013

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ****Салий З.В.***ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского
МОЗ Украины», Тернополь, e-mail: margaruta@mail.ru*

С целью определения факторов, влияющих на качество жизни больных в отдаленном периоде тяжелой ЧМТ, произведено тестирование (SF-36, HADS) 77 больных. К факторами, негативно влияющими на оценку качества жизни в отдаленном периоде тяжелой ЧМТ, следует отнести: наличие клинически выраженной тревоги, суб- и клинически выраженной депрессии, кризисное течение заболевания, сочетание очагового и психо-патологического синдромов.

Ключевые слова: тяжелая ЧМТ, отдаленный период, качество жизни, факторы, SF-36**FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN THE REMOTE
PERIOD OF SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY****Salii Z.V.***Ternopil State Medical University I.Y. Horbachevsky Ministry of Health of Ukraine, Ternopil,
e-mail: margaruta@mail.ru*

For purpose to identification of factors affecting the quality of life of patients in the remote period of severe TBI we testing (SF-36, HADS) of 77 patients. The factors that negatively affect the quality of life assessment in the remote period of severe TBI, include: the presence of clinically significant anxiety and sub-clinically significant depression, critical course of the disease, the combination of focal and psycho-pathological syndromes.

Keywords: severe traumatic brain injury, remote period, the quality of life, factors, SF-36

Качество жизни (КЖ) является важнейшим критерием исхода лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), и, согласно данным [1], зависит от тяжести травмы и качества лечения проведенного в остром периоде. При исследовании данного показателя у больных в остром периоде ЧМТ легкой и средней степени тяжести, установлено отсутствие отрицательного влияния выраженности неврологического дефицита на показатели КЖ и зависимость большинства его рубрик от степени психоэмоциональных нарушений [2]. Доказано также негативное влияние вегетативной дисфункции на показатели, как общего, так и психического здоровья [3].

Цель исследования – определение факторов влияющих на качество жизни больных в отдаленном периоде тяжелой ЧМТ.

Материалы и методы исследования

Произведено тестирование 77 больных в отдаленном периоде тяжелой ЧМТ с целью оценки КЖ. Средний возраст больных – (40,26±1,19) лет, мужчин было 89,6 %. Период после травмы составил (6,56±0,59) года. У всех больных тщательно собирали анамнез (образование, семейное положение, наличие работы, степень стойкой утраты трудоспособности), проводили общеклиническое и неврологическое обследование, выделяя ведущий неврологический синдром или их сочетание. Качество жизни оценивали по результатам электронной обработки опросника SF-36, который пациенты заполняли собственноручно [4]. Структурно опросник содержит 36 вопросов, разделенных на 8 шкал: физическое функционирование

(PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее здоровье (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) и психическое здоровье (MH). Первые четыре шкалы свидетельствуют о состоянии физического здоровья, следующие четыре – психического.

Для оценки уровня тревоги и депрессии использовали шкалу HADS [5].

Статистическая обработка результатов выполнена в отделе системных статистических исследований ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины» с помощью программного пакета Statsoft Statistica.

**Результаты исследования
и их обсуждение**

В проведенном ранее исследовании нами установлено снижение значений рубрик шкалы КЖ у пациентов с последствиями тяжелой ЧМТ, а также зависимость некоторых из них от продолжительности посттравматического периода и состояния когнитивных функций [6].

КЖ является субъективной интегративной многогранной характеристикой, формирование которой зависит от факторов как физического, так психического и социального характера. Поэтому, мы попытались установить степень влияния отдельных аспектов на рубрики шкалы SF-36.

По результатам неврологического исследования мы разделили пациентов

на 7 групп: I группа – с ведущим ликворно-гипертензионным (n=6), II группа – очаговым (n=21), III группа – вестибуло-атактическим синдромом (n=8), IV группа – сочетанием очагового и судорожного (n=15), V группа – очагового и психо-патологического (n=14), VI группа – очагового и ликворно-гипертензионного (n=7), VII группа – очагового, судорожного и психо-патологического синдромов (n=6) (табл. 1).

Учитывая течение травматической болезни головного мозга (стационарный или кризисный), пациентов разделили на две группы. В первую вошли 37 больных (средний возраст $39,94 \pm 1,88$ лет) со стабильным неврологическим дефицитом, во вторую – остальные 40 (средний возраст $40,55 \pm 1,52$ лет), в клинической картине у которых присутствовали ликворно-гипертензионные и/или церебрально-сосудистые кризы и судорожные припад-

Таблица 1

Показатели шкалы SF-36 у пациентов с последствиями тяжелой ЧМТ в зависимости от ведущего клинического синдрома, $M \pm m$

Группа пациентов	Рубрика шкалы SF-36, баллы							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
I, n=6	68,00±8,60	44,17±16,60	52,67±10,76	52,83±11,50	42,50±8,21	58,67±9,44	49,83±18,69	50,17±8,28
II, n=21	68,00±4,46	20,24±5,06	53,71±3,08	42,00±2,85	47,86±	48,48±2,31	22,95±5,75	52,57±3,62
III, n=8	65,00±10,94	31,25±12,27	61,37±9,74	46,12±8,23	43,12±4,22	44,12±6,70	29,37±11,74	51,50±4,24
IV, n=15	61,67±5,04	26,67±7,51	48,40±5,84	42,33±3,23	45,00±5,50	44,40±2,38	31,87±9,91	54,40±4,82
V, n=14	56,07±8,96	35,71±11,64	41,64±6,52	41,71±6,01	46,43±5,77	43,07±2,79	43,28±11,52	54,50±5,51
VI, n=7	51,43±7,77	17,14±11,28	32,71±12,08	37,00±10,13	38,57±7,21	47,14±4,53	34,28±17,84	51,14±7,70
VII, n=6	66,67±8,53	12,50±12,50	48,50±6,51	35,00±6,19	29,17±8,79	48,17±6,02	27,83±18,11	55,33±8,09
P	II-V>0,05 II-VI>0,05	II-VI>0,05	I-VI>0,05 III-VI>0,05 II-VI<0,05	I-VII>0,05 I-V>0,05	II-VII>0,05	I-V<0,05 II-IV>0,05	I-II>0,05 I-III>0,05	

Анализируя представленные показатели, зафиксировали определенные тенденции: низкие значения в рубриках общего здоровья, жизненной активности, ролевого функционирования связанного с физическим состоянием были в VI и VII группах, физического функционирования – в V и VI, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием – во II, III и VII. Однако достоверный характер ($p<0,05$) носила разница только между значениями рубрики социального функционирования у больных I (ведущий ликворно-гипертензионный синдром) и V (сочетание очагового и психо-патологического синдрома) групп.

Среди пациентов женщин было 10,4%. Несмотря на низкие значения подавляющего большинства рубрик шкалы SF-36 у женщин, достоверного характера обнаруженная разница не носила, что не позволило сделать нам определенные выводы.

Мы предполагали, что возможно, при условии кризисного течения, пациенты дадут низкую оценку отдельных значений КЖ. Однако, несмотря на определенные ожидаемые тенденции (подавляющее большинство значений в группе с кризисным течением было ниже), достоверной ($p<0,05$) была разница лишь по показателю жизненной активности ($39,25 \pm 2,99$ балла, против $48,51 \pm 3,01$ балла).

По уровню тревоги (шкала HADS) было выделено следующие группы: I (n=22) – где показатели не выходили за пределы нормы ($5,95 \pm 0,26$ балла), II (n=25) с субклиническими ($9,20 \pm 0,17$ балла) и III (n=30) – клиническими ($12,63 \pm 0,34$ балла) проявлениями. Аналогичным образом распределили на группы пациентов и по уровню депрессии: I – (n=37) со средним баллом ($5,30 \pm 0,26$), II – (n=25), средний балл ($8,88 \pm 0,16$), III – (n=15), средний балл ($12,73 \pm 0,52$). Показатели шкалы SF-36 в указанных группах приведены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели качества жизни по шкале SF-36 в группах больных в зависимости от выраженности тревоги и депрессии, $M \pm m$

Группа больных	Рубрика SF-36, баллы							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Тревога								
I, норма, n=22	66,59±5,60	34,09±7,45	57,5±5,73	53,14±3,93	48,41±4,24	45,77±3,83	49,95±8,91	62,54±3,24
II, суб-клинические, n=25	68,64±3,91	31,60±7,14	51,72±4,30	42,00±3,62	49,20±3,82	45,76±2,70	32,12±7,57	57,84±2,86
III, клинически, n=30	54,83±4,50	14,83±4,18	40,53±3,31	34,40±2,88	35,67±2,92	47,40±2,12	19,07±4,95	41,47±2,71
P	I-III >0,05 II-III <0,05	I-III <0,05 II-III >0,05	I-III >0,05	I-II <0,01 I-III <0,01	I-III <0,05 II-III <0,05		I-II >0,05 I-III <0,01	I-II >0,05 I-III <0,01
Депрессия								
I, норма, n=37	74,73±3,47	29,05±5,35	54,54±3,81	49,76±2,80	51,89±2,78	45,92±2,44	43,57±5,06	59,89±2,60
II, суб-клинические, n=25	55,64±4,21	24,60±6,59	46,76±4,47	41,28±3,50	38,80±3,26	46,24±3,10	20,44±6,34	47,28±2,68
III, клинически, n=14	44,67±5,42	19,67±7,63	39,13±5,24	25,20±3,40	31,67±5,25	47,87±2,75	23,40±8,38	44,53±5,23
P	I-II <0,01 I-III <0,01 II-III >0,05	I-III >0,05 II-III >0,05	I-III <0,05	I-II <0,05 I-III <0,01 II-III <0,01	I-II <0,01 I-III <0,01 II-III >0,05		I-II <0,05 I-III >0,05	I-III <0,01 I-II <0,01

Установлено, что уровень тревоги не влиял на такие рубрики как интенсивность боли и социальное функционирование. Уровень общего здоровья достоверно ($p < 0,01$), по сравнению с нормой, был ниже в группах с суб- и клинически выраженной тревогой. По другим показателям шкалы SF-36, II группа больных достоверно не отличалась. Несколько иной была ситуация при наличии у пациентов клинически выраженной тревоги – достоверно ниже были показатели ролевого функционирования, обусловленного как физическим ($p < 0,05$), так и эмоциональным фактором ($p < 0,01$), физического функционирования ($p < 0,05$), жизненной активности и психического здоровья. Таким образом, полученные данные указывают на негативное влияние клинически выраженной тревоги на большинство рубрик шкалы КЖ.

При наличии субклинически и клинически выраженной депрессии, достоверно ниже были значения физического функционирования, общего и психического здоровья, жизненной активности. Не испытывали достоверных изменений показатели соци-

ального функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. Несмотря на низкие значения в группе с клинически выраженной депрессией, только у больных с субклиническими ее проявлениями достоверно ниже был показатель ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным фактором. Однако, больные с клинически выраженной депрессией достоверно выше оценивали уровень болевых ощущений.

Учитывая, что на оценку КЖ может влиять фактор образования, мы сравнили значения шкалы SF-36 в группах, разделенных по данному критерию. Так, высшее образование имели 18 пациентов (23,4%), среднее специальное – 39 (50,6%), среднее – 20 (26%). Анализируя полученные данные, мы не установили существенно влияния образовательного уровня на показатели отдельных рубрик КЖ. Давая оценку общему здоровью и социальному функционированию, пациенты с высшим образованием продемонстрировали тенденцию к более высоким значениям –

(45,05±5,70) балла и (48,28±4,05) балла, а физического функционирования и жизненной активности, наоборот, к низким – (59,61±5,96) балла и (41,29±5,24) балла соответственно, однако эта разница, по сравнению с другими группами, не была достоверной. Только показатель ролевого функционирования, связанного с эмоциональным фактором был достоверно ($p < 0,05$) ниже в группе больных со средним специальным образованием. Фактор тревоги при наличии высшего образования играл заметную роль в оценке выраженности боли ($r = -0,74$, против $r = -0,27$ при наличии среднего образования) и общего здоровья ($r = -0,58$, против $r = -0,40$ соответственно). В группе больных со средним образованием более выраженным было влияние тревоги на жизненную активность ($r = -0,55$, против $r = -0,16$ у больных с высшим образованием). Корреляционная связь между уровнем депрессии и ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным фактором: $r = -0,72$ у больных с высшим образованием, против $r = -0,19$ у пациентов со средним и $r = -0,12$ – средним специальным образованием. Аналогичную тенденцию зафиксировано и при оценке психического здоровья $r = -0,59$ у больных с высшим образованием, против $r = -0,45$ – со средним специальным.

Нами не установлено достоверной разницы между показателями шкал КЖ в группах женатых больных ($n = 54$) и тех, которые не имеют семьи ($n = 23$):

(GH (42,18±2,68), против (42,30±3,49), $p > 0,05$; VT (42,41±2,61), против (46,74±3,97), $p > 0,05$; SF (46,11±1,87), против (47,09±3,25), $p > 0,05$; MH (53,89±2,28), против (50,26±3,97), $p > 0,05$). Это согласуется с данными авторов, которые проводили исследование влияния данного фактора на КЖ у пациентов с другой патологией [7]. Однако, нами установлены определенные тенденции при исследовании корреляционных связей между значениями отдельных рубрик SF-36 и уровнем тревоги и депрессии. Так, у больных, не имеющих семьи влияние уровня тревоги на оценку общего здоровья $r = -0,56$ (против $r = -0,50$), психического здоровья $r = -0,79$ (против $r = -0,44$), жизненной активности $r = -0,45$ (против $r = -0,28$). Аналогичными были тенденции влияния уровня депрессии: общее здоровье $r = -0,67$, против $r = -0,43$, жизненная активность $r = -0,68$, против $r = -0,39$.

Следует отметить, что за средними значениями выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS пациенты обеих групп не отличались: тревога (9,50±0,37) балла, депрессия (7,94±0,40) балла у женатых, против (9,75±0,78) и (7,67±0,80) балла – в группе холостых, соответственно.

Поскольку КЖ является интегративной характеристикой, влияние на которую осуществляют и другие социальные факторы, мы решили исследовать возможное влияние наличия постоянной работы и степени потери трудоспособности (табл. 3).

Таблица 3

Показатели качества жизни по шкале SF-36 в группах больных в зависимости от степени утраты трудоспособности, $M \pm m$

SF-36, рубрики	Группа больных		p	Группа больных			p
	работающие n=20	неработающие n =57		инвалиды 2 группы, n=18	инвалиды 3 группы, n=42	без инва- лидности, n=15	
				1	2	3	
PF	66,75±4,14	61,25±3,42	>0,05	62,50±6,57	66,45±2,82	54,33±8,36	2-3 >0,05
RP	30,75±7,22	24,03±4,22	>0,05	20,56±7,24	26,55±4,61	33,33±10,25	1-3 >0,05
BP	48,85±4,14	49,07±3,23	>0,05	46,11±6,07	50,86±2,90	49,00±7,99	1-2 >0,05
GH	44,20±4,26	41,53±2,48	>0,05	43,22±5,04	40,21±2,68	45,93±5,11	2-3 >0,05
VT	41,00±3,67	44,65±2,65	>0,05	42,78±3,91	44,64±2,83	44,33±6,28	1-2 >0,05
SF	50,25±3,25	45,05±1,85	>0,05	49,00±3,91	45,48±2,20	44,53±2,38	1-3 >0,05
RE	26,80±7,48	34,00±5,08	>0,05	36,78±8,51	28,14±5,30	35,33±11,38	1-2 >0,05
MH	51,30±3,76	53,33±2,33	>0,05	54,17±3,72	52,43±2,61	53,67±5,29	1-2 >0,05

Имели постоянную работу 20 пациентов (26%), не работали – 57 (74%). 42 больных имели третью группу инвалидности, 18 – вторую, еще двое – первую. Несмотря на некоторые различия значений в группах, достоверной разницы между показателями КЖ мы не установили.

По шкале HADS выраженность тревоги и депрессии у работающих – $(9,35 \pm 0,57)$ балла и $(7,90 \pm 0,68)$ балла, у неработающих – $(9,71 \pm 0,43)$ балла и $(7,91 \pm 0,44)$ балла соответственно, показатели без достоверной разницы. Пациенты обеих групп также были репрезентативными по возрасту $(39,35 \pm 2,55)$ – работающие и $(40,58 \pm 1,35)$ – неработающие, $p > 0,05$. Однако, при отсутствии работы, влияние уровня тревоги на некоторые показатели шкалы КЖ носило более выраженный характер: общее здоровье $r = -0,52$, против $r = -0,43$, психическое здоровье $r = -0,61$, против $r = -0,49$. Более чувствительными к уровню депрессии в данной группе были следующие показатели: общее здоровье $r = -0,60$, против $r = -0,17$, психическое здоровье $r = -0,56$, против $r = -0,22$. Напротив, оценивая социальное функционирование работающие пациенты продемонстрировали несколько высший уровень зависимости от выраженности тревоги ($r = -0,29$), чем неработающие ($r = 0,10$).

Выводы. 1. Достоверно низкий уровень рубрики социального функционирования установлен в группе больных с сочетанием очагового и психо-патологического синдромов.

2. У пациентов с кризисным течением отдаленного периода ЧМТ достоверно ниже был показатель жизненной активности.

3. Зафиксировано негативное влияние клинически выраженной тревоги и суб-и клинически выраженной депрессии на большинство рубрик шкалы SF-36.

4. Не установлено существенного влияния таких факторов, как уровень образования, семейное положение, наличие постоянной работы. Однако, у больных с высшим образованием, при отсутствии семьи и работы влияние уровня тревоги и депрессии на показатели качества жизни было более выраженным.

Список литературы

1. Педаченко Е.Г., Гук А.П. Оценка качества жизни больных после черепно-мозговой травмы: современные подходы // Украинський нейрохірургічний журнал. – 2007. – № 4. – С. 40–42.
2. Селянина Н.В. Оценка и прогнозирование качества жизни больных черепно-мозговой травмой легкой и средней степени тяжести // Вестник Росздравнадзора. – 2012, №5. – С. 44–47.
3. Шунина Н.В. Клинические детерминанты качества жизни у пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы с нарушениями сна и вегетативной дисфункцией // Медицина транспорту України. – 2013, №2. – С. 36–41.
4. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. – The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Mass., 1993. – 51 p.
5. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и научных работников / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – С. 71–12.
6. Салий З.В., Шкробот С.І. Характеристика якості життя хворих у віддаленому періоді черепно-мозкової травми // Вісник наукових досліджень.
7. Пикалова Н.Н., Мовчан Е.А. Опросник SF-36 в изучении физического и психологического состояния людей на программном гемодиализе // Вестник Новосибирского Государственного Педагогического Университета. – 2012. – Т.7, №3. – С. 86–96.