

УДК 616.832—004.2+614.253.8

М.Ю.Татарина, Н.Ф.Смирнова, А.Н.Бойко

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ОСОБЕННОСТЯМИ ПИТАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Российский государственный медицинский университет (г. Москва)

Р е ф е р а т. Проблема рассеянного склероза является одной из актуальных проблем неврологии, так как заболевание чаще начинается в молодом трудоспособном возрасте и приводит к инвалидизации больного. Этиологического фактора, а соответственно и способов этиотропного лечения заболевания не найдено. Поэтому вопросы этиологии и качества жизни больных данной категории являются наиболее актуальными в последнее время. Настоящая работа посвящена определению взаимосвязей между показателями качества жизни больных рассеянным склерозом, а также внешними факторами риска развития данного заболевания и клиническими его особенностями. В ходе работы получены данные о том, что у мужчин при этом заболевании наиболее значимыми для качества жизни являются показатели физических функций и общее состояние здоровья, тогда как для женщин — эмоциональное состояние, снижение социальных функций и жизнеспособности.

М.Ю.Татарина, Н.Ф.Смирнова, А.Н.Бойко

ТАРКАУ СКЛЕРОЗЛЫ АВЫРУЛАРДА АВЫРУНЫҢ
КЛИНИК ЧАГЫЛЫШЫ БЕЛӘН ЯШӘЕШ СЫЙФАТЫ,
ТУКЛАНУ ҮЗЕНЧӨЛЕКЛӘРЕ АРАСЫНДА
ҮЗАРА БӘЙЛӘНЕШ

Таркау склероз проблемасы, авыру эшкә яраклы яшәтә башлану һәм авыруны инвалидлыкка китерү сәбәпле неврологиянең актуаль проблемаларыннан берсе булып санала. Авыруның килеп чыгу сәбәпләрен билгеләүче факторлар да һәм авыруны этиотроп дәвалау ысуллары да табылмады. Шуңа күрә дә таркау склерозның килеп чыгуы мәсьәләләре һәм яшәеш сыйфатлары мәсьәләләре соңгы елларда аеруча актуаль. Безнең хезмәтебез таркау склерозлы авыруларның яшәеш сыйфаты күрсәткечләре һәм таркау склерозлы авыруларны тышкы факторларның куркыныч астына куюы һәм клиник үзенчәлекләре арасындагы бәйләнешләрен билгеләүгә багышлана. Эш барышында, таркау склероз белән авыручы ирлоргә яшәеш сыйфаты өчен физик функцияләр күрсәткечләренең һәм сәламәтлек халәте аеруча әһәмиятле саналауы, хатын-кызлар өчен исә, эмоциональ халәт, социаль функцияләренең һәм яшәү сәләтенең түбәнәюе турында мәгълүматлар алына.

M. Yu. Tatarinova, N. F. Smirnova, A. N. Boyko

CORRELATION BETWEEN QUALITY OF LIFE INDICATORS,
PECULIARITIES OF DIET AND CLINICAL
MANIFESTATIONS OF MULTIPLE SCLEROSIS

Multiple sclerosis is one of the most important problems of neurology. Onset age of disease is young, and young people, which are able to work often become invalids. That

is why multiple sclerosis is medical and social problem. Questions of epidemiology and quality of life of our patients with multiple sclerosis are modern questions of multiple sclerosis problem. Our scientific work is devoted to relation between indicators of quality of life and dietary factors, clinical peculiarities of disease. We received interesting results. We found, that among males most important for quality of life are physical functions and common condition of health. And emotional problems, reduction of social functions, reduction of vitality are most important for quality of life among females.

Рассеянный склероз (РС) является хроническим прогрессирующим заболеванием, при котором наблюдаются множественные очаги поражения в белом веществе центральной нервной системы. РС болеют преимущественно лица молодого трудоспособного возраста, заболевание дебютирует чаще в возрасте от 20 до 50 лет. Клинически РС проявляется рассеянной неврологической симптоматикой с вовлечением нескольких функциональных систем, что приводит к инвалидизации больных в трудоспособном возрасте. Таким образом, проблема РС актуальна не только в медицинском, но и в социальном аспекте [1].

Вопросы этиологии, а соответственно и этиотропного лечения этого заболевания остаются открытыми уже в течение двух столетий. В последнее время данная проблема привлекает все большее внимание ученых, так как во второй половине XX века прослеживается отчетливый подъем заболеваемости РС как в странах Западной Европы и Северной Америки, так и на территории стран бывшего СССР [2].

В последние годы все большее распространение получает теория мультифакториальной этиологии РС, исходя из которой основная роль отводится внешним воздействиям на генетически предрасположенные лица. Международной Рабочей группой по изучению этиологии рассеянного склероза (г. Осло, Норвегия, 1994—1995) было выдвинуто предположение, что противоречивые данные исследований роли внешних факторов в этиологии РС связаны не только со

сложностью данного вопроса, но и с недостатками в методологии аналитических эпидемиологических исследований [7].

Предполагается, что именно сочетание внешних и генетических факторов может приводить к развитию воспалительных и иммунопатологических реакций в ЦНС, сопровождающихся изменением биохимических и иммунологических показателей как в мозге, так и в организме в целом. Какие внешние воздействия играют основную роль в этиологии РС, пока неизвестно. В последнее время для изучения внешних факторов стали активно использовать высокоинформативные методы аналитической эпидемиологии, которые широко применяются исследователями в разных странах [7].

Проблема РС приобретает все большую социальную значимость, поэтому в современную медицину внедряются методы оценки качества жизни (КЖ) больных с данной патологией. Связанное со здоровьем КЖ — это все более широко используемый в клинической научно-исследовательской работе результативный метод за рубежом. Понятие КЖ появилось в *Index medicus* в 1997 г. [4, 8, 11] — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. В США под КЖ понимают физическое, психологическое, социальное, духовное и финансовое благополучие больного. В современной зарубежной медицине широкое распространение получил термин “качество жизни, связанное со здоровьем” (КЖЗ) [5, 8, 9]. Согласно определению ВОЗ, “здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов” (WHO, *Basic Documents*, Geneva, 1976). В этой связи КЖЗ является одним из ключевых понятий в современной медицине, позволяющих провести глубокий многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного человека.

Целью настоящей работы был анализ возможных взаимосвязей между показателями КЖ, особенностями питания, полом, временем дебюта, длительностью заболевания и ремиссии, а также клинической картиной РС, оцениваемой с помощью шкал FS и EDSS J.F.Kurtzke в модификации H.L.Weiner и G.W.Ellison [2].

В нашей работе использован новый детализированный унифицированный вопросник для аналитических эпидемиологических исследований с более детальным уточнением возраста, силы и длительности различных внешних воздействий, который применяется в аналитических исследованиях в разных странах [7]. Вопросник состоял из 64 вопросов, объединенных в три раздела. Первый раздел охватывал круг вопросов, связанных с демографическими показателями (возраст анкетированного, место рождения, место жительства, национальность его отца и матери, пол, семейное положение, наличие и число детей, образование, профессия опрошиваемого и т.д.).

Вопросы второго раздела касались типов, возрастного интервала, продолжительности воздействия экзогенных факторов (по группам: работа с вредными факторами, проживание в промышленных районах, инфекционные заболевания, семейный анамнез, операции, травмы, вакцинации, контакты с животными, особенности повседневной жизни, включая вредные привычки, наличие острых и хронических стрессовых ситуаций, особенности питания). На заполнение одной анкеты требовалось около 40 минут. По большинству вопросов была введена возрастная градация времени воздействия того или иного фактора, то есть периоды жизни делились на возраст от рождения до школы (от 0 до 7 лет), школьный период от 7 до 15 лет, от 15 лет до начала заболевания; для больных РС учитывался период заболевания. Частоту внешнего фактора анализировали отдельно в каждом из этих временных промежутков. Для вопросов раздела “питание” также была введена градация по частоте употребления той или иной группы продуктов в каждом возрастном периоде и во время заболевания.

Третий раздел — клиническая база данных — был включен только как дополнение и заполнялся врачом вместе с больными РС. Он содержал вопросы по особенностям начала и течения РС, описание неврологического статуса и данные дополнительных методов обследования. Все вопросы были сформулированы как “закрытые”, то есть респондент должен был выбрать наиболее подходящий ответ из нескольких возможных вариантов. Это позволяло стандартизировать сбор информации. Вопросы в анкетах были абсолютно одинаково сформулированы для больных РС и контролей, структура вопросов была унифицирована по времени воз-

действия. Для обеспечения рандомизации в вопросах не упоминался диагноз РС (за исключением семейного медицинского анамнеза), а использовался термин “заболевание”.

Для оценки показателей КЖ мы использовали шкалу SF-36 [12]. Обследование здоровья по 36 пунктам (SF-36) — это один из наиболее широко используемых в настоящее время способов измерения КЖ по результативности медицинских исследований. В SF-36 включены более чем 500 клинических исследований. SF-36 используется как специальная шкала для измерений КЖ, так как она позволяет рассчитывать многие параметры КЖ (состояние физических функций, ограничение деятельности, вызванное нарушением физического здоровья, боли, общее ощущение здоровья, эмоциональное состояние, ограничение функционирования и энергетических задач). MOS SF-36 является вопросником из 12 пунктов, включающих от 1 до 10 вариантов ответов (общее количество ответов — 36). Результаты ответов были сгруппированы по функциям, отражающим разные аспекты КЖ. Таких групп было восемь. Каждая функция этой шкалы была подвергнута статистическому обсчету с помощью специальных формул для анализа изменений. Для выявления возможных взаимосвязей между показателями КЖ и особенностями эпидемиологии нами были проведены стратификационный анализ в зависимости от пола пациента и корреляционный анализ. При выполнении статистического анализа использовали возможности стандартной 7-й версии программы SPSS.

Нами были опрошены 22 человека (9 женщин и 13 мужчин) с достоверным диагнозом РС по критериям G.Schumacher et al. (1966) и С.М. Poser et al. (1983), несомненным диагнозом РС по критериям Хондкариана А.О. и др. (1983) [1], с диагнозом, подтвержденным результатами МРТ. Были подобраны только такие больные, которые могли отвечать на поставленные в анкете вопросы, не имели дефекты памяти и других высших корковых функций. Больные были в возрасте от 20 лет до 51 года (в среднем $36,0 \pm 2,5$ года). Заболевание было впервые манифестировано в сроки от 18 до 43 лет (в среднем $27,6 \pm 2,1$). Длительность заболевания варьировала от одного года до 23 лет (табл. 1).

Тяжесть клинического состояния больных оценивали с помощью двух шкал, составленных на основе соответствующих шкал J.F.Kurtzke в модификации H.L.Weiner и

Таблица 1

Характеристики 22 больных, включенных в исследование

Показатели	Характеристики больных РС
Пол	
Женщины	9 (40,9%)
Мужчины	13 (50,1%)
Средний возраст	$36,05 \pm 2,49$
Время дебюта заболевания	$27,64 \pm 2,09$
Продолжительность заболевания	$8,40 \pm 1,40$
FS	$11,05 \pm 1,18$
EDSS	$2,98 \pm 0,34$
Индекс прогрессирования	1,32

G.W.Ellison. Первая шкала позволяет оценить в баллах выраженность объективных неврологических симптомов по 7 системам, сумму баллов неврологического дефицита (Functional System scales — FS). Вторая шкала дает возможность определить трудоспособность больного, степень его адаптации к патологическим изменениям. Шкала инвалидизации (Disability Status scale — DSS) включает 9 градаций — от 1 до 9 баллов.

У больных FS составляла в среднем $11,0 \pm 1,2$ балла, EDSS — $2,98 \pm 0,34$, что указывало на преобладание числа больных со средней тяжестью заболевания. В качестве дополнительной характеристики введен индекс прогрессирования заболевания как отношение FS к длительности заболевания. Этот показатель отражает скорость нарастания неврологического дефицита.

В результате обработки данных КЖ были получены следующие результаты. При разделении больных в зависимости от индекса по шкале EDSS (у 15 больных показатели EDSS были меньше или равнялись 3 баллам, у 7 — больше 4 баллов) выяснилось, что у больных первой группы на уровень КЖ оказывают одинаковое влияние ограниченные физические и социальные функций, а также боль. Больные же с EDSS больше 3 баллов страдают от физической недостаточности (слабость и координаторные расстройства) и негативных эмоций, связанных с заболеванием.

Разделение по полу (женщин — 9, мужчин — 13) показало, что у женщин имеется отчетливое увеличение параметров, характеризующих роль эмоциональной деятельности, ограничение социальных функций и снижение жизнеспособности. У мужчин на

уровень КЖ в первую очередь влияет ухудшение по обоим шкалам физических функций, по шкале, отражающей общее состояние здоровья и в меньшей степени боль.

При проведении корреляционного анализа в общей группе нами обнаружены прямая связь между показателями шкалы физических функций и употреблением яиц в рационе питания в возрасте до 15 лет и обратная связь с употреблением копченостей в возрасте до 15 лет. Оценка больными своих физических функций обратно связана с длительностью заболевания и показателями FS и EDSS (табл. 2). Показатели жизнеспособности были прямо связаны с дефицитом по функциональной шкале. Анализ социальных функций выявил их обратную связь с длительностью заболевания. Показатели эмоциональной шкалы оказались до-

стоверно статистически связанными с семейным положением: они были выше у больных, состоящих в браке и имеющих полноценную семью. И, наконец, между показателями умственного здоровья и употреблением яиц во время заболевания также прослеживалась прямая корреляция.

Далее мы подразделили группы по полу и также проанализировали возможные связи между внешними факторами, клиникой и показателями SF-36 среди 9 женщин и 13 мужчин. В группе женщин показатели физической деятельности были связаны с употреблением в пищу яиц в возрасте до 15 лет, а умственного здоровья — с наличием в рационе питания яиц в периоде болезни. Уровень социальных функций был взаимосвязан с употреблением продуктов копчения в возрасте до 15 лет (табл. 3).

Т а б л и ц а 2

Корреляция показателей шкал SF-36 с данными эпидемиологического опроса 22 больных РС

Шкала SF-36	EDSS	FS	Время болезни	Семейное положение	Яйца в рационе	Копчения в рационе
Физические функции	-0,552*	-0,519	-0,457	нет	0,508	-0,431
Физическая деятельность	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Физическая боль	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Общее состояние	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Жизнеспособность	нет	0,495	нет	нет	нет	нет
Социальные функции	нет	нет	-0,498	нет	нет	нет
Эмоциональные функции	нет	нет	нет	0,413	нет	нет
Умственное здоровье	нет	нет	нет	нет	0,473	нет

* В таблице даны значения коэффициентов корреляции, рассчитанные при $P < 0,05$.
То же в табл. 3 и 4.

Т а б л и ц а 3

Данные корреляционного анализа между показателями КЖ по SF-36 и факторами питания у мужчин (13 чел.) и женщин (9 чел.)

Шкала SF-36	Яйца		Молоко		Копчения	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
Физические функции	0,560	нет	нет	нет	-0,631	нет
Физическая деятельность	нет	-0,732	нет	нет	нет	нет
Физическая боль	нет	нет	нет	нет	0,632	нет
Общее состояние	-0,575	нет	нет	нет	нет	нет
Жизнеспособность	нет	0,684	0,705	нет	нет	нет
Социальные функции	0,639	нет	нет	нет	нет	-0,664
Эмоциональные функции	нет	нет	-0,550	нет	-0,599	нет
Умственное здоровье	нет	0,722	нет	нет	нет	нет

зические функции и общее состояние здоровья, тогда как для женщин — эмоциональные проблемы, ограничение социальных функций и снижение жизнеспособности.

Влияние режима питания, а также других внешних факторов на показатели КЖ требует дальнейшего исследования, что, возможно, позволит выявить другие важные зависимости и расширить таким образом круг рекомендаций для больных РС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз.—М., 1997.
2. Смирнова Н.Ф. Клинико-эпидемиологическое изучение роли внешних воздействий при РС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 1998.
3. Татаринова М.Ю., Бойко А.Н., Смирнова Н.Ф., Алексеева Т.Г., Риизе Т., Нортвельдт М.В., Гусев Е.И. Показатели жизни больных рассеянным склерозом в зависимости от тяжести состояния //Материалы к республиканскому рабочему совещанию “Вопросы

диагностики и лечения демиелинизирующих заболеваний нервной системы”, Ступино, 23—24 февраля 1999 г.—С.204—206.

4. Bowling A. Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales.—Philadelphia, 1996.
5. Cella D.F., Webster L. //Oncology.—1996.—Vol. 12.—P.697—721.
6. Kurtzke J.E. //Neuroepidemiology.—1991.—Vol. 10.—P.1—8.
7. Riise T., Boiko A., Granieri E. et al. //Neurology.—August 1997.—Vol. 49.—№ 2 (special suppl.).
8. Razavi D., Gandek B. //J. Clin. Epid.—1998.—Vol. 51.—P.975—983.
9. Revicki D. A. Relationship of pharmacoeconomics and health-related quality of life //Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials /Ed. B. Spilker, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott — Raven Publishers, 1996.—P.1077—1081.
10. Smirnova N.F., Boiko A.N., Deomina T.L., Gusev E.L. //Multiple Sclerosis.—1997.—Vol. 3.—P.285.
11. Stacey J.H., Miocevic M.L., Sacks G.E. //Br. J. Clinic Pract.—1996.—Vol. 50.—P.190—194.
12. Tatarinova M.U., Boiko A.N., Alekseeva T.G. et al. //J. Multiple Sclerosis.—1999.—Vol. 5.—P.142.



УДК 616.839—07+613.64

Л.М.Фатхутдинова, М.Ф.Исмагилов, Н.Х.Амиров, Л.Р.Гафарова

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИЗРЕГУЛЯЦИИ У РАБОТАЮЩИХ С ВИДЕОДИСПЛЕЙНЫМИ ТЕРМИНАЛАМИ

Казанский государственный медицинский университет

Р е ф е р а т. Распространенность симптомов вегетативной дисфункции изучалась в группе пользователей видеодисплейных терминалов (144 чел.) и контрольной группе (71). Основная и контрольная группы были однородны по полу и возрасту. Среди пользователей видеодисплейных терминалов риск вегетативных нарушений составил 2,20 (доверительный интервал — 1,12—4,30). Наиболее частыми проявлениями вегетативных расстройств являлись гипертермический и астенический синдромы, мигренозные головные боли, а также вегетативные кризы. Установлено, что риск развития вегетативных нарушений в группе пользователей видеодисплейных терминалов зависит от пола, наличия дорсопатий и аллергических состояний, характера личности и исходного вегетативного тонуса.

*Л.М.Фатхутдинова, М.Ф.Исмагилов,
Н.Х.Амиров, Л.Р.Гафарова*

ВИДЕОДИСПЛЕЙНЫЕ ТЕРМИНАЛЫ БЕЛӘН ЭШЛӘУЧЕЛӘРДӘ ВЕГЕТАТИВ РИГУЛЯЦИЯ БОЗЫЛУНЫҢ КЛИНИК ЧАГЫЛЫШЫ

Вегетатив дисфункция симптомнарынның таралышы видеодисплейлы терминаллар кулланучы төркемдә (144 кеше) һәм тикшерүгә алынган төркемдә (71 кеше) өйрәнелә. Төп һәм тикшерүгә алынган төркемгә бер үк женестөгә һәм бер үк ышьтөгә кешеләр кертел-

де. Видеодисплейлы терминаллар файдаланучылар арасында вегетатив тайпылыш куркынычы булучылар 2,20. Гипертермик, астеник синдромнар, мигреноз баш авыртулар, шулай ук вегетатив кризлар еш кына вегетатив бозылуны чагылдыры булып торалар. Видеодисплейлы терминаллар файдаланучы группада вегетатив бозылулар үсү куркынычы женескә бөйлә булуы, дорсопатия һәм аллергия халәттән, затның холкына һәм баштагы азман тонуска бөйлә булуы билгеләнде.

*L.M.Fatkhutdinova, M.F.Ismagilov,
N.Kh.Amirov, L.R.Gafarova*

CLINICAL MANIFESTATIONS OF VEGETATIVE DISREGULATION IN VIDEO DISPLAY UNIT USERS

Prevalence of vegetative disfunction was studied in group of users of video display unit (VDU) (144 subjects) and in control group (71 subject). The main and control groups were similar in sex and age of subjects. Among video display unit users risk of vegetative disorders was 2,20 (range of the error — 1,12—4,30). Hyperthermic and asthenic syndromes, migraine pain and vegetative crises were the most frequent manifestations of vegetative disorders. It was found that the risk of development of vegetative disorders in the group of video display unit users depended on sex, presence of dorsopathy and allergic states, individual character and natural vegetative tonus.