

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2014  
УДК 614:[616.8-036.12+618.1-007

**ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРНОЙ СТРУКТУРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА**

*Г.В. Молоствова<sup>1</sup>, И.В. Васина<sup>2,3</sup>, В.Б. Филимонов<sup>2,3</sup>, Р.В. Васин<sup>2,3</sup>*

Государственное учреждение здравоохранения «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1», г. Липецк (1)  
Кафедра урологии с курсом онкоурологии ФПК МР РУДН, г. Москва (2)  
ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань (3)

В статье рассмотрены особенности качества жизни неврологических больных с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга, хронической вертеброгенной патологией и пациенток, перенесших операцию по поводу тазового пролапса. Показано, что структура качества жизни пациенток неврологического профиля, включает в себя факторы психоэмоционального характера и иллюстрируют реакцию больных на хронический характер заболевания. Структура качества жизни оперированных пациенток более плоская, связанная, напряженная, иллюстрирует ярко выраженное состояние адаптации к жизни в послеоперационном периоде. Предложены тактические приемы оказания медицинской помощи пациентам с разными типами проявлений особенностей качества жизни.

**Ключевые слова:** *качество жизни, хронические заболевания неврологического профиля, тазовый пролапс, факторная структура качества жизни.*

Одной из важнейших задач современной медицины является улучшение качества жизни пациентов с различными заболеваниями. Качество жизни, связанное со здоровьем (Health-related quality of life-HRQOL) это многомерная конструкция, включающая аспекты качества жизни или деятельности, на которую влияют физическое здоровье, психосоциальные факторы и психиатрические условия. HRQOL даёт более широкое измерение тяжести заболеваний, чем ухудшение физического состояния или наличие группы инвалидности. Ориентация в лечении пациентов на повышение качества их жизни возможна при понимании его структурных особенностей, выраженных у пациентов различных типов. Нами обследованы пациентки неврологического стационара с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга, хронической вертеброгенной патологией и пациентки гинекологиче-

ского отделения, оперированные по поводу пролапса гениталий.

Так, заболевания неврологического профиля являются в массе своей хроническими и прогрессирующими. Своим хроническим характером они обуславливают наличие у пациентов повышенного уровня стресса, что определяет особенности качества их жизни. Пациенты с заболеваниями неврологического профиля оценивают аспекты своего качества жизни ниже, чем пациенты с заболеваниями, не имеющими хронического характера. В ряде исследований показана значительная роль депрессии в структуре качества жизни. Депрессия в значительной степени связана с более низким качеством жизни, а лечение депрессии показано для улучшения качества жизни.

В свою очередь, опущение и выпадение внутренних половых органов представляет не только медицинскую, но и

серьезную социально – экономическую и психологическую проблему, существенно снижающую качество жизни женщины, в том числе и сексуальную функцию [3]. Такие тазовые расстройства, как пролапс органов малого таза, недержание мочи и кала встречаются почти у 33 % женщин в перименопаузе, в 45 % – у женщин в менопаузе, что естественно негативно влияет на социальное, психологическое, физическое и сексуальное здоровье женщин [4]. До 40 % женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов не живут половой жизнью из-за наличия тазового пролапса [7].

Целью данной работы являлось изучение специфических особенностей качества жизни неврологических больных с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга, хронической вертеброгенной патологией и пациенток, перенесших операцию по поводу тазового пролапса.

Данное исследование позволило проверить предположение о том, что структура качества жизни пациенток неврологического профиля, включает в себя преимущественно факторы психоэмоционального характера и иллюстрируют реакцию больных на хронический характер заболевания, а структура качества жизни оперированных больных иллюстрирует ярко выраженное состояние социальной адаптации к жизни в послеоперационном периоде.

#### **Материалы и методы**

Для оценки связанного со здоровьем качества жизни нами использована русскоязычная версия опросника SF-36 [5]. Опросник качества жизни SF-36 – специфический опросник для оценки качества жизни, связанного с состоянием здоровья. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья. Опросник состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 категорий, оценивающих физическое и психическое здоровье. Шкала в каждой категории ранжируется от 0 до 100 (среднее значение подсчитывается на основе индивидуальных оценок в пре-

делах каждой категории). Характер зависимости линейный: чем выше показатель шкалы, тем выше оценка качества жизни для каждой категории [6].

Данные, полученные при опросе испытуемых подвергались уровневому и многомерному математическому анализу с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Всего в исследовании было опрошено 64 пациентки неврологического стационара (средний возраст 46 лет) и 93 женщины, оперированные по поводу тазового пролапса влагалищным доступом (средний возраст 58 лет).

Популяционные показатели средних оценок качества жизни по шкалам опросника SF-36 для сравнительного анализа были взяты из исследования Амирджанова В.Н., Горячева Д.В., Коршунова Н.И., Реброва А.П., Сороцкой В.Н. [5].

#### **Результаты и их обсуждение**

Как видно из рисунка 1, уровень качества жизни пациенток неврологического профиля системно ниже по всем шкалам SF-36 как уровня прооперированных женщин, так и популяционных показателей.

Ранее нами было показано, что качество жизни неврологических больных значительно более связано с выраженностью психопатологической симптоматики (данные диагностики испытуемых по методике Symptom Check List-90-r-Revised, ScI-90-R), чем оперированных пациенток [2]. То есть низкие показатели качества жизни пациенток неврологического стационара объяснимы особенностями их психопатологического статуса.

Интересным фактом является значимое превышение показателей качества жизни по шкалам RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием), RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) и MH (психическое здоровье) у оперированных пациенток по сравнению популяционными показателями. Значимое ( $p < 0,01$ ) повышение показателей качества жизни после операции происходит по всем шкалам SF-36, кроме шкалы SF (социальное функционирование) (рис. 2).

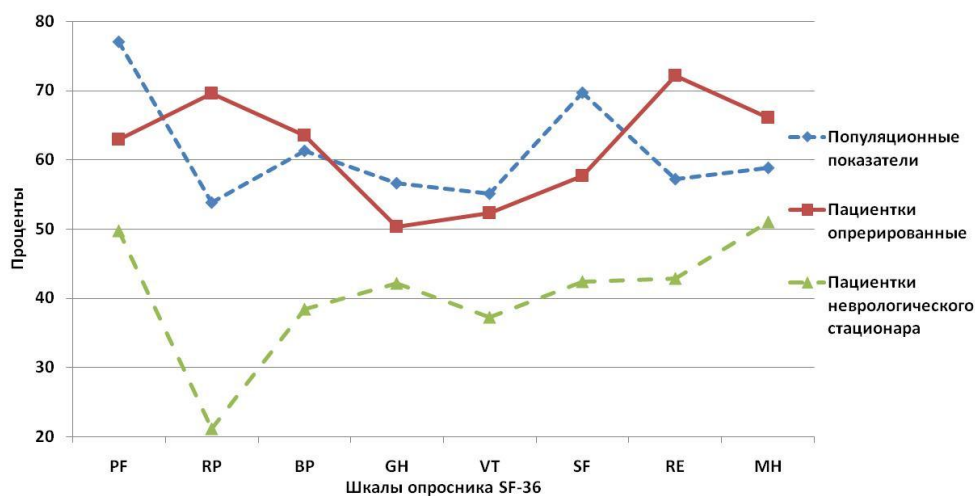


Рис. 1. Средние оценки качества жизни по шкалам опросника SF-36 в группах пациенток неврологического и гинекологического отделений

После операции у пациенток происходит значительное улучшение физического состояния, что значительно облегчает повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Значительное улучшение физического состояния связано с подъемом

уровня положительных эмоций и снижением депрессивного фона. Поскольку разница физического состояния до операции и после ощущается испытуемыми как значительная, это приводит к превышению по этому параметру популяционного показателя.

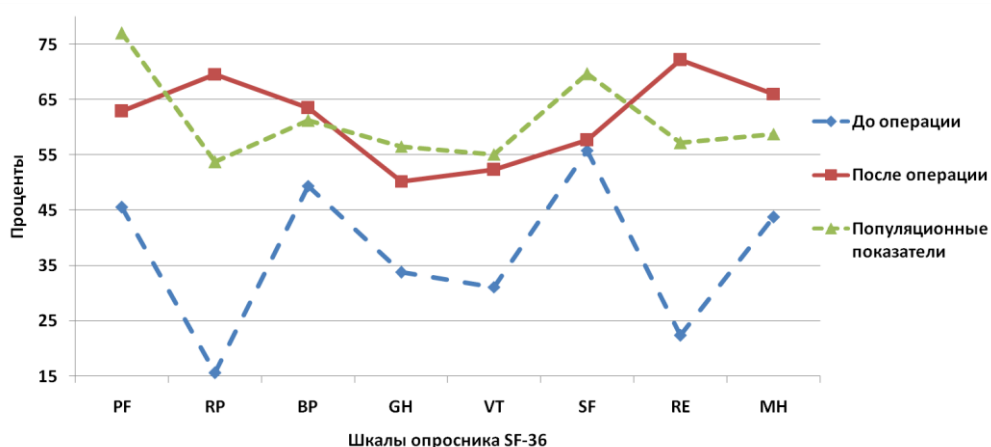


Рис. 2. Средние оценки качества жизни по шкалам опросника SF-36 в группах пациенток гинекологического отделения (до и после операции)

Факторный анализ данных ответов опросника SF-36 пациенток неврологического стационара позволил выделить в

латентной структуре качества жизни три фактора (табл. 1).

Таблица 1

**Факторная структура особенностей качества жизни пациенток неврологического стационара**

Factor Loadings (Varimax normalized) (Качество жизни пациенток неврологического стационара) Extraction: Principal components (Marked loadings are >, 600000)			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Название фактора	«Болевые ограничения функционирования»	«Психоэмоциональное утомление»	«Хронический пессимизм»
PF (sf 36)	<b>0,762115</b>	0,267041	0,087310
RP (sf 36)	<b>0,632473</b>	0,461850	-0,154859
BP (sf 36)	<b>0,787023</b>	-0,135899	0,174993
GH (sf 36)	0,104685	-0,118022	<b>0,862050</b>
VT (sf 36)	0,150963	<b>0,885690</b>	0,032390
SF (sf 36)	-0,592978	0,022805	-0,302810
RE (sf 36)	0,212832	0,347659	<b>0,681578</b>
MH (sf 36)	-0,031889	<b>0,869652</b>	0,080125

**В первый фактор** со значительными весами вошли 3 шкалы – физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) интенсивность боли (Bodily pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

Данный фактор объединяет связь физического, ролевого и социального функционирования с болевыми ощущениями. Учитывая обобщенную характеристику вошедших в него шкал, мы назвали его «Болевые ограничения функционирования».

**Второй фактор** составили шкалы жизненная активность (Vitality – VT), психическое здоровье (Mental Health – MH). Пациент с подобным профилем выраженности шкал ощущает себя обессиленным или, напротив, полным сил и энергии (VT), может иметь депрессивное настроение, тревогу, сниженный уровень положительных эмоций (MH). С учетом того, что шкала VT имеет самый значительный вес, мы назвали второй фактор «Психоэмоциональное утомление».

**Третий фактор** образовали оценка пациентками своего состояния здоровья

в настоящий момент, перспективы выздоровления (GH) и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE). Данный фактор характеризует пессимизм в оценке перспектив лечения и улучшения здоровья, связанный с общим ухудшением эмоционального состояния пациентов. Данный фактор мы назвали «Хронический пессимизм».

Факторная структура качества жизни женщин с неврологическими заболеваниями достаточно объемна. Первый фактор формируется вокруг болевого синдрома, однако два других фактора носят скорее психоэмоциональный характер и иллюстрируют реакцию больных на хронический характер заболевания. В данной выборке есть пациенты для которых «Психоэмоциональное утомление» является доминирующим типом проявления качества жизни в контексте неврологического заболевания.

Для определения представленности типов проявления качества жизни в выборке пациентов нами была проведена процедура кластеризации факторных решений. Наиболее рельефной оказалась трехкластерная модель (рис. 3).

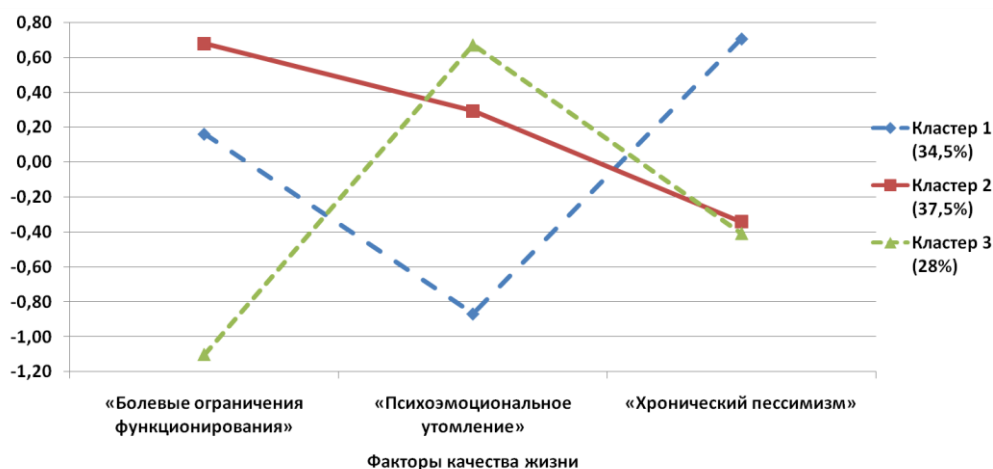


Рис. 3. Кластеризация факторных решений типологии качества жизни больных неврологического профиля

В выборке пациенток неврологического профиля представлены группы:

1) качество жизни, которых характеризуется «хроническим пессимизмом» в сочетании с болевыми симптомами (кластер 1);

2) доминированием болевых симптомов в сочетании с «психоэмоциональным утомлением» (кластер 2);

3) доминированием «психоэмоционального утомления» без выраженных болевых симптомов (кластер 3).

Подобная вариабельность в проявлениях качества жизни в данной выборке больных показывает нам адекватность при-

менения для каждой из групп пациентов специфической тактики помощи. Так для женщин формирующих 3 кластер (28 %) наиболее показана психотерапевтическая помощь в сочетании с назначением антидепрессантов. Для женщин из 1 кластера приоритетно купирование болевого синдрома.

Факторная структура качества жизни женщин, которым показано оперативное лечение более плоская по сравнению с хроническими неврологическими больными.

Факторный анализ данных ответов опросника SF-36 женщин с тазовым пролапсом выделяет в латентной структуре качества жизни всего два фактора (табл. 2).

Таблица 2

**Факторная структура особенностей качества жизни пациенток гинекологического отделения**

Factor Loadings (Varimax normalized) (Качество жизни пациенток гинекологического отделения 93) Extraction: Principal components (Marked loadings are > ,600000)				
Название фактора	До операции		После операции	
	«Болевые и эмоциональные ограничения»	«Депрессивная оценка здоровья»	«Адаптационная структура КЖ»	«Социальная адаптация»
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
PF (sf 36)	<b>0,8834</b>	0,2775	<b>0,7767</b>	0,2061
RP (sf 36)	<b>0,9122</b>	0,2131	<b>0,8912</b>	-0,0845
BP (sf 36)	<b>0,9463</b>	0,0877	<b>0,6347</b>	0,5871
GH (sf 36)	0,1316	<b>0,8409</b>	<b>0,9558</b>	0,0241
VT (sf 36)	0,4700	<b>0,8072</b>	<b>0,9174</b>	0,1782
SF (sf 36)	<b>-0,7426</b>	0,1910	0,0774	<b>-0,9349</b>
RE (sf 36)	<b>0,9441</b>	0,0241	<b>0,8800</b>	0,1078
MH (sf 36)	-0,2550	<b>0,8943</b>	<b>0,9398</b>	-0,0302

До операции в структуре качества жизни выделяются два фактора. В **первый** входят шкалы физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) интенсивность боли (Bodily pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, как и в случае с неврологическими больными (табл. 1), а также шкалы ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE) и социальное функционирование (Social Functioning – SF), в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Наибольшие веса имеют шкалы BP и RE, то есть боль и негативные эмоции мешают повседневному функционированию.

**Второй** фактор образуют шкалы – общее состояние здоровья оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения (General Health – GH), жизненная активность (Vitality – VT), психическое здоровье (Mental Health – MH). При таком сочетании шкал пациентки могут считать заболевание безнадежным, испытывать упадок сил и депрессию.

После операции ситуация существенно меняется. Факторная структура остается простой, но шкалы – жизненная активность, общая оценка состояния здоровья и психическое благополучие входят уже в **первый фактор**. То есть облегчение физического состояния после операции связано с улучшением эмоционального фона, жизненной активности и психического благополучия (рис. 1). Вместе с тем стоит отметить, что связанность практически всех шкал опросника в один фактор говорит о том, что послеоперационная структура качества жизни является очень напряженной, где каждый параметр связан с другими. Для пациенток после операции наступает адаптационный период, в котором они должны приспособиться к новому физическому состоянию, сформировать

эмоциональное отношение к нему, привыкнуть к новым правилам поведения. **Второй фактор** структуры послеоперационного качества жизни образован одной шкалой – социальное функционирование (Social Functioning – SF). Социальное функционирование после операции становится самостоятельной задачей в структуре адаптации женщин. Данный параметр не изменяется до и после операции (рис. 2). Он значительно ниже, популяционного показателя. Социальное функционирование является для пациенток, перенесших операцию по поводу тазового пролапса, самостоятельной задачей. Пациенткам необходимы разъяснения по поводу поведения в раннем и позднем послеоперационном периоде – характере возможных физических нагрузок, особенностях половой жизни. Ранее нами было доказано, что пролапс тазовых органов у женщин является причиной сексуальных расстройств, а устранение этой патологии у сексуально активных женщин приводит к улучшению сексуальной функции за счет устранения выпадения стенок влагалища и мочевого инконтиненции. Однако особенности оперативного вмешательства обуславливают снижение оргазмической функции и появление диспареунии [1]. Об этом необходимо информировать пациенток до и после операции и при необходимости корректировать возникающие новые сексуальные расстройства (поведенческой терапией, медикаментозно, психотерапевтически).

#### **Выводы**

1. Факторная структура качества жизни пациенток с хроническими неврологическими заболеваниями более объемна по сравнению с оперированными больными и включает в себя факторы, которые носят скорее психоэмоциональный характер и иллюстрируют реакцию больных на хронический характер заболевания. Тактика медицинской помощи таким пациенткам должна предусматривать психотерапевтическую помощь и медикаментозную терапию депрессии.

2. Факторная структура пациенток с тазовым пролапсом более плоская. Цен-

тром главного фактора до операции являются болевые симптомы. После операции показатели качества жизни значительно улучшаются, а его структура становится связанной, напряженной и иллюстрирует ярко выраженное состояние адаптации к жизни в послеоперационном периоде. Отдельным фактором становится необходимость адаптации к социальному функционированию – соблюдению охранительного режима по ограничению физических нагрузок, коррекции сексуальных расстройств. Послеоперационное врачебное консультационное сопровождение, включающее лечение возможных сексуальных расстройств, позволяет повысить эффективность адаптации и повысить уровень качества жизни женщин.

#### Литература

1. Качество жизни и сексуальная функция у женщин с генитальным пролапсом после реконструкции тазового дна с использованием полипропиленовых сетчатых имплантатов / А.Д. Каприн [и др.] // Материалы XII съезда Российского общества урологов (Москва, 18-21 сентября 2012 г.). – М., 2012. – С. 405.
2. Молостцова Г.В. Взаимосвязь качества жизни пациентов неврологического профиля с особенностями их личности / Г.В. Молостцова // Прикладная юридическая психология. – 2012. – № 4. – С. 99-104.
3. Озова М.М. Эффективность экстраперитонеального неофасциогенеза в лечении генитального пролапса: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.М. Озова. – М., 2008. – 18 с.
4. Переверзев А.С. Нарушения сексуальной функции у женщин с урологическими заболеваниями / А.С. Переверзев // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 5. – С. 22-25.
5. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 36-48.
6. Ware J.E. SF-36 Physical and mental health summary scales: a manual for users of version 1 / J.E. Ware, M. Kosinski. – 2nd ed. – Lincoln: Quality Metric Incorporated, 2001.
7. Weber A.M. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence / A.M. Weber, M.D. Walters, M.R. Piedmonte // Am J Obstet Gynecol. – 2000. – Vol. 182, №6. – P. 1610-1615.

### FEATURES OF THE FACTOR STRUCTURE OF THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH CHRONIC DISEASES NEUROLOGICAL AND WOMEN UNDERGOING SURGERY FOR PELVIC PROLAPSE

*G.V. Molostvova, I.V. Vasina, V.B. Filimonov, R.V. Vasin*

**In the article the peculiarities of the quality of life in neurological patients with chronic vascular diseases of the brain, chronic vertebral pathology and patients undergoing surgery for pelvic prolapse. It is shown that the structure of the quality of life of patients with neurological profile, includes the factors of emotional character and illustrate the response of patients to the chronic nature of the disease. The structure of the quality of life of the patients flatter associated, intense, illustrates the pronounced state of adaptation to life in the postoperative period. Suggested tactics of providing medical care to patients with different types of manifestations of the features of quality of life.**

**Keywords:** *quality of life, chronic neurological disease, pelvic prolapse, the factor structure of the quality of life.*

Молостова Г.В. – врач-невролог ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1», г. Липецк.

E-mail: avm135@yandex.ru.

Васина И.В. – врач акушер-гинеколог ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань.

E-mail: www.rw@mail.ru.

Филимонов В.Б. – д.м.н., зав. отделением урологии ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, проф. кафедры урологии с курсом онкоурологии ФПК МР РУДН.

E-mail: www.rw@mail.ru.

Васин Р.В. – к.м.н., врач-уролог ГБУ РО «Областная клиническая больница» г. Рязань; ассист. кафедры урологии с курсом онкоурологии ФПК МР РУДН.

E-mail: www.rw@mail.ru.