

мая умеренная корреляционная зависимость, между значениями шкалы Изарда и Д2ЭС – обратная умеренная корреляция.

Таблица 5

Показатели ранговой корреляции по Спирмену для Д2ЭС и значений психометрических шкал пациентов с СБД ВНЧС

Показатели		r	p
Шкала Цунга		0,37	p>0,05
Шкала Спилберга-Ханина	РТ	0,50*	p<0,05
	ЛТ	0,62*	p<0,05
Шкала Изарда		-0,52*	p<0,05

Примечание: * – p<0,05 – возможна интерпретация значения r

Заключение. У пациентов с СБД ВНЧС по мере нарастания длительности болевого симптома изменяется функциональное состояние супрасегментарных структур с усилением функциональной активности интернейронов надсегментарного уровня. Выявленные нарушения в состоянии возбудимости тормозных нейронов находится в прямой зависимости от уровня тревожности (прежде всего личностной) и обратной зависимости от уровня эмоциональности. Таким образом, в реализации болевого симптома при СБД ВНЧС существенную роль играют надсегментарные структуры, реализующие как болевую реакцию, так и изменения в эмоционально-волевой сфере.

Литература

1. Баданин В.В., Воробьев Ю.В., Морозова Т.В. // Тр. VII Всерос. съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 146–148.
2. Грибова Н.П. Двигательные расстройства в области лица (клинико-электромиографический анализ, диагностика и лечение): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2003.
3. Горожанкина Е.А. Особенности комплексного лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с учетом сопутствующей депрессивной симптоматики: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
4. Данилов А.Б. и др. // Неврол. ж. – 1995. – № 3. – С. 90-94.
5. Данилов А.Б., Данилов А.Б. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1996. – № 1. – С. 107–110.
6. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / В.М. Безруков и др. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. – 45 с
7. Левен И.И., Петров Е.А. // Мат-лы XII Всерос. научно-практ. конф. – М., 2004. – С. 254–256.
8. Юдельсон Я.Б. Электрофизиологические исследования функции лицевого нерва при его поражении в клинике и эксперименте: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 1966.
9. Michel D.A. An introduction to oral and maxillofacial surgery. – Oxford New York, - 2006. – P. 171–184.

УДК: 616.12-008.331.1-02:616.839

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ДРУГОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Н.М. АГАРКОВ*, Б.Д. ЖИДКИХ**, И.В. КОЛОМИЕЦ**, М.Ю. МАРКЕЛОВ**

Улучшение качества жизни (КЖ) относится к одной из важных задач в лечении, делая его актуальным на всех этапах оказания медицинской помощи в виде прогностического признака, основы реабилитационных программ и, конечно, критерия эффективности проводимого лечения. Понятие «качество жизни» определяется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанное на его субъективном восприятии [1]. Особое значение приобретают неспецифические жалобы в виде слабости, непереносимости физических нагрузок, изменения настроения и другие, которые отражают системные эффекты лечения при различной терапевтической патологии [2–8]. Индивидуальная реакция на повреждающий фактор во многом обусловлена психикой, особенно наличием истерии, при которой сходство симптомов с клиникой других заболеваний даже закреплено за ней название «великой симулянтки» [9].

Цель исследования – установление связи психовегетативных симптомов у больных с хронической терапевтической патологией и их КЖ для разработки мероприятий по его улучшению.

Материал и методы. Выраженность по 10-балльной шкале 49 симптомов разработанной анкеты, в основу которой были положены признаки истерического синдрома (синдрома Брикке) [9], сравнивалась с баллами теста SF-36 [1] у 120 терапевтических больных: 22 – гипертонической болезнью (ГБ), 20 – бронхиальной астмой (БА), 20 – язвенной болезнью (ЯБ), 19 – ревматоидным артритом (РА), 20 – сахарным диабетом (СД) и 19 – стенокардией. Статистическая обработка данных велась с помощью парного критерия Стьюдента и дисперсионного анализа по пакету программ Biostat. Разница считалась достоверной при P<0,05.

Результаты статистической обработки, приведенные в табл. 1 и 2, выявили достоверную отрицательную корреляцию психовегетативных симптомов почти со всеми шкалами теста SF-36: физического функционирования (ФФ), социального функционирования (СФ), боли (Б), общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (Ж), и психического здоровья (ПЗ).

Таблица 1

Значения коэффициентов корреляции между психовегетативными симптомами больных с хронической патологией и шкалами теста SF-36

Шкала теста SF-36	Симптом	Коэфф-нт корреляции	P
Физическое функционирование	боль в животе	-0,407	0,011
	головокружение	-0,472	0,003
	дрожь или озноб	-0,630	<0,001
	нарушение сна	-0,348	0,031
	неустойчивость при ходьбе	-0,441	0,005
	общее недомогание	-0,419	0,008
	плаксивость	-0,319	0,048
	потливость	-0,557	<0,001
	похолодание рук и ног	-0,465	0,003
	сердцебиение	-0,342	0,033
	слабость в руках или ногах	-0,443	0,005
	страх	-0,357	0,026
	ухудшение памяти	-0,424	0,008
Социальное функционирование	физическая и психическая утомляемость	-0,396	0,013
	боль в области сердца	-0,381	0,017
	дрожь или озноб	-0,353	0,028
	нарушение сознания	-0,351	0,029
	перебои в работе сердца	-0,349	0,030

Наблюдалась средняя сила корреляционной связи психовегетативных симптомов со шкалами ФФ и СФ. Наименьшей она была у симптома «плаксивость» (r=-0,319) и наибольшая у симптома «дрожь или озноб» (-0,465) с баллами шкалы ФФ. В следующей таблице представлено соотношение некоторых психовегетативных симптомов со шкалами Б, ОЗ, Ж и ПЗ теста SF-36, которое также характеризуется средней силой корреляционной связи. Наиболее выраженной она оказалась у симптома «дрожь или озноб» (-0,533) в сопоставлении со шкалой ОЗ и наименее – у симптома «плаксивость» (-0,322) при корреляции со шкалой ПЗ.

Из множества психовегетативных симптомов, отрицательно связанных со шкалами, отражающих и физический (ФФ, Б, ОЗ) и психологический (Ж, СФ) компонент здоровья, только симптом «дрожь и озноб» достоверно коррелировал со всеми шкалами за исключением шкалы ПЗ. Отсутствие этого симптома в списке отрицательно связанных симптомов со шкалой ПЗ вполне закономерно, учитывая, что дрожь и озноб является соматическим (вегетативным) эквивалентом психических нарушений, т.е. тревожно-депрессивной реакции [10]. Среди симптомов, отрицательно связанных со шкалой ПЗ, кроме тревожно-депрессивной симптоматики (страх и пессимизм), обнаружена достоверная отрицательная корреляция с нарушением сна, плаксивостью, раздражительностью и ухудшением памяти. Перечень симптомов с положительной корреляцией со шкалами теста SF-36 – в табл. 3.

Связь психовегетативных проявлений со шкалами РФФ и РЭФ не отличалась по степени выраженности в случае с отрицательной связью, изложенной выше. При этом симптом «жжение в области заднего прохода» достоверно коррелировал и со шкалой РФФ (p=0,003), и со шкалой РЭФ (p=0,025), что может свидетельствовать об отсутствии при этом симптоме плохого КЖ.

Разнонаправленность корреляционной связи отдельных симптомов с баллами теста по исследованию КЖ следует объяснить их значимостью для самосознания. В случае выраженности симптома и большой их значимостью в профиле теста SF-36 должны быть низкие показатели КЖ. Наоборот, если симптом имеет меньшую значимость и используется человеком в виде

* Курский государственный технический университет
 ** Курский государственный медицинский университет

защитной реакции или происходит формирование на его основе рентных установок, это должно проявляться в положительной корреляционной связи и высокими баллами теста SF-36.

Таблица 2

Значения коэффициентов корреляции между психовегетативными симптомами больных с хронической патологией и шкалами теста SF-36

Шкала теста SF-36	Симптом	Коэффициент корреляции	P	
Боль	боль в области сердца	-0,346	0,032	
	боль в разных участках тела	-0,341	0,034	
	головокружение	-0,443	0,005	
	дрожь или озноб	-0,465	<0,001	
	перебои в работе сердца	-0,393	0,014	
	плаксивость	-0,505	0,001	
	раздражительность	-0,489	0,002	
	снижение настроения	-0,356	0,026	
	страх	-0,383	0,017	
	ухудшение зрения	-0,521	<0,001	
	ухудшение памяти	-0,518	<0,001	
	Общее здоровье	боль в разных участках тела	-0,325	0,044
		боль в руках или ногах	-0,337	0,036
боль в суставах		-0,449	0,004	
дрожь или озноб		-0,533	<0,001	
нарушение сознания		-0,473	0,003	
неустойчивость при ходьбе		-0,337	0,036	
общее недомогание		-0,380	0,018	
потливость		-0,424	0,008	
слабость в руках или ногах		-0,333	0,039	
страх		-0,361	0,024	
судороги		-0,396	0,013	
ухудшение памяти		-0,460	0,004	
Жизнеспособность		боль в области сердца	-0,338	0,036
	боль в разных участках тела	-0,449	0,004	
	вздутие живота	-0,327	0,042	
	головокружение	-0,365	0,023	
	дрожь или озноб	-0,343	0,033	
	общее недомогание	-0,413	0,009	
	пессимизм	-0,426	0,007	
	плаксивость	-0,426	0,007	
	потливость	-0,389	0,015	
	раздражительность	-0,454	0,004	
	снижение настроения	-0,385	0,016	
	страх	-0,404	0,011	
	ухудшение памяти	-0,473	0,003	
Психическое здоровье	физическая и психическая утомляемость	-0,396	0,013	
	нарушение сна	-0,329	0,043	
	пессимизм	-0,370	0,012	
	плаксивость	-0,322	0,046	
	раздражительность	-0,324	0,044	
ухудшение памяти	-0,464	0,003		

Дополнительная аргументация этой точки зрения получена при исследовании КЖ в этой же группе лиц, различающихся по использованию лингвистических оборотов, которые показывают степень вовлеченности сознания в патологический процесс: «я болен» и «у меня болезнь». Соотношение больных при этом составило, соответственно, 74 и 46 человек. Выраженность КЖ в обеих группах представлена графически на рис. 1.

Таблица 3

Корреляция психовегетативных симптомов и шкал теста SF-36

Шкала теста SF-36	Симптом	Коэффициент корреляции	P
РФФ	боль в суставах	0,374	0,020
	жжение в области заднего прохода	0,466	0,003
	запор	0,397	0,013
	обмороки	0,377	0,018
	половая слабость	0,343	0,033
	понос	0,319	0,048
РЭФ	боль при мочеиспускании	0,340	0,035
	жжение в области заднего прохода	0,361	0,025

Результаты дисперсионного анализа показали достоверное повышение профиля теста по шкале ОЗ (P=0,004) у тех больных, которые склонны использовать формулировку «у меня болезнь» (48,08±4,01 против 34,38±3,66 баллов теста SF-36 у лиц, использующих формулировку «я болен»), что свидетельствует о лучшем качестве их жизни и что можно объяснить большей дистанцированностью «Я» от внутренних патологических сигналов.

Заключение. Таким образом, в оценке лечебных и реабилитационных мероприятий у терапевтических больных с помощью теста SF-36 следует учитывать, что повышение профиля по шкалам: «Ролевое физическое функционирование» и «Ролевое эмоциональное функционирование» связано с установочной реакцией больных по отношению к симптомам, лежащим в основе этих шкал, что предполагает вносить соответствующую поправку в их интерпретации.

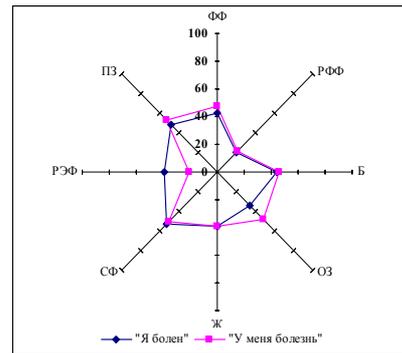


Рис. Профиль КЖ терапевтических больных, использующих различные лингвистические обороты

Симптом «дрожь или озноб» со всеми шкалами имеет отрицательную корреляцию и, учитывая, что он является соматическим эквивалентом тревоги и депрессии, в работе с терапевтическими больными необходимо учитывать влияние соответствующего эмоционального фона на плохое качество жизни, а динамика симптома «дрожь или озноб» может служить клиническим ориентиром в отражении системных эффектов лечения.

Литература

- 1.Новик А.А., Ионова Т.И. Рук-во по исследованию качества жизни в медицине.- СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002.– 320с.
- 2.Древаль А.В. Диагностика болезней (метод интервью).– М.: Медицина, 1994 – 158 с.
- 3.Holzapfel N. et al. // Psychosom.– 2007.– Vol. 48.– P.112.
- 4.Melsop K.A. et al. // Am. Heart J.– 2003.– Vol. 145.– P.36.
- 5.Sousa K., Williamson A. // J Adv Nurs.– 2003.– Vol.42.– P.571–577.
- 6.Thumboo J. et al.// Soc. Sci. Med.– 2003.– Vol.56.– P.1761.
- 7.Bremner A.D. // Cardiovasc Drugs Ther.– 2002.–Vol. 16.– P.353–364.
- 8.Kennedy M.D. et al. // Curr. Control Trials Cardiovasc. Med.– 2003.– Vol. 4.– P.1–5.
- 9.Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология.– М.: Медицина, 1982.– 341с.
- 10.Бейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы.– М.: Медицина, 1991.– 621с.

УДК: 618.33-02

ТРЕХЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

И.В. КАБУЛОВА, Т.З. ШОГЕНОВА, Л.В. МАЙСУРАДЗЕ*

Абдоминальное родоразрешение позволило существенно снизить показатели материнской смертности при целом ряде акушерской патологии и обезопасить роды для плода. Однако, до настоящего времени риск развития септических осложнений после кесарева сечения в 10 раз выше, чем после родоразрешения через естественные родовые пути [4, 5]. Вот почему возрастает роль методов профилактики гнойно-септических осложнений при абдоминальном родоразрешении. Таким образом, реабилитация женщин после кесарева сечения является актуальной проблемой современного акушерства, имеющей большое социальное значение. Сама операция не должна быть заключительным этапом ведения больной. Необходима дальнейшая восстановительная терапия, ведущее место в которой отводится физиотерапевтическим средствам, оказывающим благоприятное воздействие на функциональное состояние различных органов и систем.

К основным факторам риска, способствующим развитию послеродовых гнойно-септических заболеваний, относятся инфекции во время беременности (кандидоз, бактериальный вагиноз, микоплазмоз, герпес, пиелонефрит и др.) [2, 3]. Наиболее частым осложнением после родов является послеродовый эндо-

* Каф. акушерства и гинекологии Северо-Осетинской ГМА, г.Владикавказ, ул. кирова, д.56, тел. 8672-53-95-25