

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ КУРС ПРЕРЫВИСТОЙ ГИПОБАРИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

НИКОЛАЕВА А.Г.*, КОЛБАСОВА Е.А.*, СОЛКИН А.А.*, СОБОЛЕВА Л.В.*, ЗАЙЦЕВ О.Н.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»*

УЗ «Витебская городская клиническая больница №1»**

Резюме. Параметры качества жизни пациента обладают независимой прогностической значимостью и являются более точными факторами прогноза выживаемости и состояния больного во время лечения, чем соматический статус. Гипобарическая адаптация, основанная на реализации потенциальных возможностей организма, повышает качество жизни пациентов. Метод периодической гипобарической гипоксии может широко применяться в дерматологии, неврологии, гинекологии как эффективный и достаточно безопасный метод реабилитации.

Ключевые слова: гипобароадаптация, качество жизни.

Abstract. Life quality parameters of the patients have an independent prognostic value and are more accurate predictors of survival and condition of the patients during treatment, than somatic status. Hypobaric adaptation, based on realization of the potential of the body, improves life quality of the patients. The method of periodic hypobaric hypoxia can be widely used in dermatology, neurology, gynecology as an effective and relatively safe method of rehabilitation.

Keywords: hypobaric adaptation, life quality.

В уставе ВОЗ определено, что «здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков» [5]. Соответственно, для характеристики состояния больного, а также эффективности его лечения в качестве интегрального показателя предлагается использовать понятие качество жизни (КЖ) как меры субъективного ощущения здоровья, включающее

самооценку физического, эмоционального и социального статуса пациента.

КЖ - широкое понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, а не только те, которые непосредственно связаны с состоянием его здоровья

К настоящему времени доказано, что параметры КЖ пациента обладают независимой прогностической значимостью и являются более точными факторами прогноза выживаемости и состояния больного во время лечения, чем соматический статус. Прогностические возможности параметров КЖ показаны в различных разделах медицины [3].

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, д.12, кв.27. Моб.тел.: +375 (29) 716 43 46 – Николаева Алла Генриховна.

Данные о КЖ, полученные до лечения, могут дать врачу ценную информацию о возможном исходе заболевания при использовании данного метода терапии и, таким образом, помочь в выборе правильной программы лечения.

Данные о КЖ в фазе ремиссии позволяют сравнить эффективность различных терапевтических программ, применяемых в дебюте заболевания или при его обострении. При хронических заболеваниях в фазе ремиссии КЖ является основным критерием оценки состояния больного. Таким образом, наряду с традиционными клиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями при верификации полноты ремиссии или излечения пациента необходима оценка параметров качества его жизни [3]. Оценка и коррекция КЖ больных с хроническими заболеваниями при минимальных затратах позволяет улучшить как гуманистические, так и социально-экономические аспекты оказания медицинской помощи населению. Динамика КЖ конкретного пациента является важным критерием эффективности, в том числе экономической, долгосрочных лечебных мероприятий.

Немедикаментозные способы лечения получают все большее распространение. Наиболее физиологическим методом, основанным на реализации потенциальных возможностей организма, является дозированная адаптация к барокамерной гипоксии, которая повышает устойчивость организма к экстремальным факторам, улучшает переносимость физической нагрузки [1, 2]. Улучшение мозгового кровообращения является одним из защитных эффектов адаптации к гипоксии. В результате чего неуклонно растет индекс цереброваскулярной реактивности [4]. Ранее исследование КЖ у пациентов с менопаузой, после перенесенного ишемического инсульта, с псориазом после прохождения курса ГБА не проводилось.

Цель исследования – определить клиническую эффективность срочной адаптации при курсовом применении метода гипобарической адаптации у па-

циентов с псориазом, ишемическим инсультом, хирургической и естественной менопаузой по анализу показателей качества жизни.

Методы

Показатели КЖ оценивались у 43 лиц с псориазом, прошедших курс периодической гипобарической адаптации (ГБА), непосредственно сразу после курса, через 1 и 6 месяцев. Возраст от 18 до 37 лет. Средний возраст больных - $36,26 \pm 1,8$ лет (95% ДИ 32,58 – 38,46). 64% (28 пациентов) из них составляли женщины. Длительность анамнеза псориаза составила $8,2 \pm 0,7$ года.

Курс ГБА прошло 5 пациентов, перенесших ишемический инсульт (восстановительный период). Средний возраст пациентов $52 \pm 2,3$ года (95% ДИ 48,58 – 56,32). Из них 1 мужчина, 4 женщины.

Нами было обследовано 42 пациентки с хирургической и естественной менопаузой. Средний возраст пациенток с хирургической менопаузой составил $48,0 \pm 3,3$ года (95% ДИ 44,28 – 53,16), естественной менопаузой - $50,4 \pm 3,4$ года (95% ДИ 46,43 – 54,38). Средняя длительность хирургической менопаузы - 1,0 (0,6; 2,0) год, естественной - 2,0 (1,0; 3,0) года.

Для сравнения влияния, оказываемого ГБА, проанализированы показатели КЖ у здоровых пациентов (9 женщин), которые прошли курс периодической гипобарической адаптации. Средний возраст пациенток - $30,26 \pm 2,3$ лет (95% ДИ 26,5 – 34,4). У них также оценили динамику показателей КЖ после курса, через 1 и 6 месяцев.

Адаптацию больных к гипоксии осуществляли в Городском центре гипобарической терапии с помощью многоместной медицинской вакуумной установки «Урал - Антарес». Схема курса гипобароадаптации включала: «ступенчатые подъемы» на высоту 1500 - 3500 метров над уровнем моря; начиная с пятого и все последующие сеансы, пациенты находились на высоте 3500 метров не менее 1 часа. Продолжительность курса ГБА составила 20 сеансов.

Показатели КЖ оценивались у пациентов до и непосредственно сразу после курса ГБА. Использовался «Гиссенский опросник соматических жалоб», переведенный на русский язык, апробированный и рекомендованный к применению в русскоязычных странах Психоневрологическим институтом имени В.М.Бехтерева (Санкт-Петербург, Россия). Так как характер шкал отрицательный, то большей сумме баллов соответствует более низкое качество жизни. В соответствии с международными критериями для данного размера шкал клинически значимыми различиями являются изменения равные 1,0 баллу (умеренные) и 1,5 баллам (значительные) за период не менее 4 недель.

Клинический эффект гипоксического воздействия у пациенток с менопаузой оценивали: по изменению степени выраженности менопаузальных расстройств (модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) по Е.И. Уваровой (1983)). Значения ММИ до 10 баллов по шкале нейро-вегетативных симптомов рассматривали как отсутствие климактерического синдрома (КС); от 10 до 20 баллов – КС легкой степени; от 21 до 30 баллов – КС средней степени тяжести; от 31 балла – тяжелый КС. Метаболические и психоэмоциональные нарушения, оцененные в пределах 1-7 баллов, оценивали как КС легкой степени; 8-14 баллов – средней и свыше 14 баллов – тяжелой степени. Сумма всех полученных данных формировала общее значение ММИ: 12-34 - соответствовало легкой степени климактерического синдрома; 35-58 - средней степени и от 58 и более - тяжелому течению климактерического синдрома.

Для контроля эффективности лечения у пациентов с ишемическим инсультом использовали опросник качества и удовлетворенности жизнью Q-LES-Q; шкалу MMSE для оценки когнитивных функций и визуальную аналоговую шкалу для оценки субъективных нарушений.

Полученные цифровые данные статистически обработаны при помощи стандартного пакета программ «Statistica» (версия 5.0). После проверки на нормаль-

ность распределения и выявлении признаков отличия распределения от нормального применяли непараметрические методы статистического анализа. После оценки равенства дисперсий, выявлении их неравенства использовались для сравнения двух вариационных рядов – критерий Манна-Уитни (U), в случае попарно связанных выборок – критерий Уилкоксона (T), для множественного сравнения – критерий Краскела-Уоллиса (H). Уровень значимости был принят $p < 0,05$. Данные представлялись в виде медианы и интерквартильного интервала, средней и среднеквадратичного отклонения ($m \pm \sigma$).

Результаты и обсуждение

У пациентов с псориазом к концу курса ГБА выявлено статистически значимое улучшение по шкалам опросника «желудочные жалобы»: 2,0 (1,0;4,0) против 3,0 (2,0;5,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=5,71$; $p = 0,03$), «боли»: 4,0 (1,0;7,0) против 8,0 (4,0;9,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=12,34$; $p=0,01$), «общая интенсивность жалоб»: 14,0 (6,0;21,0) против 21,0 (11,0;30,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=14,42$; $p=0,005$), в то время как по шкале «истоощаемость» отмечено ухудшение 8,0 (2,0;6,0) против 6,0 (2,0;10,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=5,6$; $p=0,03$). Улучшение по шкале «истоощаемость» констатировано через 1 месяц после курса ГБА и составило 2,5 (2,0;4,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=15,6$; $p=0,0006$).

В ходе проспективного наблюдения у пациентов с псориазом через 1 месяц после курса ГБА установлено улучшение показателей КЖ в сравнении с исходными по шкалам «истоощаемость» - 2,5 (2,0;4,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=19,2$; $p=0,0006$), «желудочные жалобы» - 1,5 (0,5;3,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=4,1$; $p=0,04$), «боли» - 2,0 (0,5;8,5) (тест Краскел-Уоллиса $H=3,4$; $p = 0,07$), «общая интенсивность жалоб» - 17,0 (11,0;27,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=7,12$; $p=0,01$).

В периоде срочной адаптации интегральный показатель «общая интенсивность жалоб» снижается в разных точках

мониторинга (в конце курса и через 1 месяц) за счет динамики различных шкал. Более быстрая положительная реакция наблюдается со стороны «боли» и «желудочные жалобы» и несколько более отсроченная реакция – по шкале «истощаемость».

Через 6 месяцев после курса ГБА у пациентов с псориазом снижается уровень показателей шкалы «истощаемость» - 1,0 (0;3,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=28,52$; $p=0,0006$) и соответственно «общая интенсивность жалоб» - 12,0 (5,0;23,0) (тест Краскел-Уоллиса $H=19,53$; $p=0,0006$). Происходит некоторое ухудшение показателей шкал «боли» и «желудочные жалобы», но не статистически значимое.

Таким образом, развитие этапа устойчивой адаптации через 6 месяцев после курса ГБА характеризуется сохранением лучшего КЖ по всем шкалам.

У пациентов с менопаузой на фоне проведения курса ГБА отмечено улучшение самочувствия: снизилась частота приливов жара, потливость у 29 женщин (69,0%) и исчезновение этих симптомов у 13 женщин (30,9%). У 36 (85,7%) пациенток уменьшилась выраженность таких симптомов, как сердцебиение, боли в области сердца, онемение, зябкость, «ползание му-

рашек», плохая переносимость высокой температуры. Улучшение засыпания, качества сна, улучшение эмоционального состояния отмечали 37 (88,0%) женщин.

К концу курса ГБА выявлено снижение ММИ нейровегетативных нарушений на 39% ($p<0,01$), ММИ метаболических, психоэмоциональных нарушений и общего ММИ на 30% ($p<0,05$), на 55% ($p<0,01$) и на 18,9% ($p<0,01$) соответственно (таблица).

К концу курса ГБА у пациентов, перенесших ишемический инсульт, визуальная аналоговая шкала для оценки субъективных нарушений позволила констатировать уменьшение выраженности головных болей, головокружений, шаткости при ходьбе, утомляемости, улучшилась координация движений. Выявлено значительное улучшение когнитивных функций по шкале MMSE: до курса ГБА составляло 25,5 (24,0; 27,0) балла, после - 28,0 (27,0; 29,0) баллов (критерий Уилкоксона $T=164,0$; $p<0,05$).

Выявлена также положительная динамика показателей жизни по опроснику Q-LES-Q: до курса ГБА - 45,0 (42,0; 48,5) баллов, после - 51,5 (48,0; 56,0) баллов (критерий Уилкоксона $T=206,0$; $p<0,0005$).

У здоровых пациенток в ходе всего времени наблюдения динамики показате-

Таблица

Динамика модифицированного менопаузального индекса под влиянием ГБА

Показатели	ММИ		p	T
	до ГБА (Me,P25, P75)	после ГБА (Me,P25, P75)		
Нейровегетативные нарушения	20,5 (14,5; 27,0)	12,5 (8,0; 17,5)	$p<0,01$	156,0
Метаболические нарушения	5,0 (2,0; 9,0)	3,5 (2,0; 5,0)	$p<0,05$	164,0
Психоэмоциональные нарушения	10,0 (6,0; 11,0)	4,5 (3,5; 5,5)	$p<0,01$	198,0
Общее ММИ	37,0 (26,0; 44,5)	30,0 (17,0; 26,5)	$p<0,01$	187,0

Примечания: ММИ - модифицированный менопаузальный индекс; p - по критерию Уилкоксона; T – критерий Уилкоксона.

лей КЖ не отмечалось. Курс ГБА не ухудшил их состояние.

Заключение

1. Прохождение курса ГБА сопровождается у пациентов с псориазом, менопаузой в восстановительном периоде после ишемического инсульта выраженными субъективными положительными эффектами: повышением психоэмоциональной устойчивости, работоспособности, улучшением сна и настроения.

2. Положительный клинический эффект ГБА проявился уменьшением выраженности нейровегетативных и психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома, улучшением качества жизни женщин в постменопаузе.

3. Использование ГБА повышает эффективность реабилитации пациентов в восстановительном периоде после перенесенного ишемического инсульта.

4. Сохранение показателей КЖ у пациентов с псориазом в течение 6 месяцев после курса прерывистой гипобарической

адаптации может быть использовано в качестве ориентира для определения периодичности проведения повторных курсов ГБА.

Таким образом, метод периодической гипобарической гипоксии может широко применяться в дерматологии, неврологии, гинекологии как эффективный и достаточно безопасный метод реабилитации.

Литература

1. Власов, В. В. Медицина в условиях дефицита ресурсов / В. В. Власов. – М.: Триумф, 1999. – 120 с.
2. Меерсон, Ф. З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации / Ф. З. Меерсон. – М.: Нурохиа Медикал, 1993. – 331 с.
3. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионов. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 320 с.
4. Рациональная нейропротекция / И. Ф. Беленичев [и др.]. – Донецк: издатель Заславский А.Ю., 2009. – С. 21–31.
5. Трегубов, И. Б. Интегральные аспекты современной психотерапии / И. Б. Трегубов, С. М. Бабин. – М.: СПб, 1992. – С. 110–114.

*Поступила 31.01.2013 г.
Принята в печать 04.03.2013 г.*

Сведения об авторах:

Николаева А.Г. – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии УО «ВГМУ»,
Колбасова Е.А. – аспирант кафедры акушерства и гинекологии УО «ВГМУ»,
Солкин А.А. – аспирант кафедры неврологии УО «ВГМУ»,
Соболева Л.В. – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «ВГМУ»,
Зайцев О.Н. – заместитель главного врача по лечебной работе УЗ «Витебская городская клиническая больница №1».
