

# Качество жизни пациенток репродуктивного возраста с головной болью напряжения

Х.П.Деревянко, неврологическое отделение ГОУ ВПО Клиника Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

## Quality of life in patients of reproductive age with chronic tension headache

К.П.Деревянко

### Резюме

В статье приводятся результаты исследования качества жизни женщин репродуктивного возраста, с хронической головной болью напряжения. В работе использовался опросник качества жизни MOS SF-36 ( Medical Outcomes Study Short-Form – 36), переведенный и валидизированный компанией «Эвиденс – клинично-фармакологические исследования» и «Институтом клинично-фармакологических исследований» (США-Санкт Петербург). Результаты показали существенное снижение качества жизни, а именно психологического и физического компонента у пациенток. Таким образом, полученные сведения помогут при разработке как индивидуальных, так и групповых подходов в ведении таких пациентов.

**Ключевые слова:** качество жизни, хроническая головная боль напряжения, эпизодическая головная боль напряжения.

### Resume

The given article demonstrates the investigation results of life quality in 230 women of reproductive age with chronic tension headache. The authors have used questionnaire MOS SF (Medical Outcomes Study Short-Form – 36), translated and validated by the "Evidence – Clinico-Pharmacological Research" and by the Institute of Clinico – Pharmacological Research (USA – Russia, St.Petersburg). The results of investigations revealed significantly decreased life quality, in particular the psychological and physical component of patients' life. Thus the obtained data are of great importance in planning of individual and group approaches to the care of the mentioned kind of patients.

**Key words:** life quality, chronic tension headache, randomized chronic tension pain.

### Введение

В традиционной медицинской науке и практике было принято обращать внимание на биомедицинские аспекты заболевания: клинические и метаболические параметры, характеризующие состояние больного и отражающие результаты лечения. Следует обратить внимание на то, что при хронических заболеваниях до сих пор медицинские работники недостаточно внимания обращают на ощущение самого пациента, его психический и социальный статус [2].

На смену биомедицинской модели здоровья и болезни приходит модель биопсихосоциальная, в центре которой больной представляется как личность со своими субъективными представлениями о заболевании, страхах и тревогами, собственными наблюдениями и опытом. Причем заболевание влияет не только на самого индивидуума, но и на его семью, профессиональное окружение. Такой подход является новым осмыслением традиций гуманистической медицины в эпоху технического прогресса, вплотную подводя к понятию «качества жизни» больного.

Качество жизни (КЖ) - интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и со-

циального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [1].

Это понятие начало входить в лексикон отечественной медицины в течении последнего десятилетия, когда приобрели широкую распространенность многоцентровые, в том числе многонациональные клинические испытания новых препаратов. Понятие «качество жизни» больного сложное и многогранное. Среди множества критериев можно выделить те, в которых акцент ставится на «голосе больного», они, как правило, имеют общий характер и свидетельствуют об «интеграции заболевания в повседневную жизнь больного». Среди составляющих качества жизни обычно называют функциональные возможности, восприятие, симптомы заболевания.

Показателями качества жизни считают психологические, социальные и функциональные аспекты жизни, связанные с заболеванием [3]. Индивидуальное качество жизни определяется как оценка соответствия индивидуальных желаний и стремлений их исполнению или возможности исполнения [1]. Это определение может быть уточнено: не просто то, что больной говорит, а то, что он говорит самому себе о том, что он есть. Определение, в котором делается попытка объединить все аспекты качества жизни, звучит следующим образом: возможность физического и социального функционирования, воспринимаемые больным как определенный уровень физического и психического благополучия.

Несмотря на то, что качество жизни относится к ка-

Ответственный за ведение переписки

Х. П. Деревянко [Khristina@mail.ru](mailto:Khristina@mail.ru)

450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2

Неврологическое отделение клиники БГМУ

тегориям, достаточно трудно поддающимся измерению, цель исследования состояла в том, чтобы определить вероятную патогенетическую связь и зависимость между КЖ женщин репродуктивного возраста с головной болью напряжения и фазами их менструального цикла.

Актуальность исследования продиктована высокой частотой встречаемости головной боли напряжения в популяции (от 32 до 71%); среди других первичных головных болей ей также принадлежит ведущее место (до 85%), при этом у женщин репродуктивного возраста она встречается примерно в 3 раза чаще, чем у женщин пострепродуктивного периода (Jensen R., Sandrini., 1994; Rasmussen B.K. 1999). Следует отметить, что более 90% больных с ГБН составляют лица трудоспособного возраста (Sandrini.,G., Manzoni G.C., Zanferrari C. R.etal, 1993).

## Материал и методы

Для оценки КЖ пациенток применялся один из наиболее общепринятых опросников – Medical Outcomes Study Shot-Form 36 ( MOS SF-36 ). [4].

Во-первых, опросник SF-36, являясь общим, позволяет оценивать КЖ респондентов с различными нозологиями и сравнивать этот показатель с таковым у здоровой популяции. Во-вторых, SF-36 позволяет охватывать лиц от 14 лет и старше, в отличие от большинства других взрослых опросников, для которых минимальным возрастным порогом является 17 лет. В-третьих, SF-36, обладая достаточно высокой чувствительностью, является кратким. Он содержит всего 36 вопросов, что делает его применение весьма удобным. В – четвертых, опросник подходит для самостоятельного заполнения его пациентами, для компьютерного опроса или для заполнения его обученным специалистом при личном контакте или по телефону.

MOS SF-36, имеет 3 уровня:

- пункты (вопросы);
- 8 шкал, каждая из которых содержит от 2 до 10 подпунктов;
- 2 суммарных измерения, которыми объединяются шкалы.

Все 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning - PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP) – влияние физического состояния на повседневную рольевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

3. Интенсивность боли (Bodily pain - BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее состояние здоровья (General Health — GH) - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Жизненная активность (Vitality — VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

6. Социальное функционирование (Social Functioning — SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.).

8. Психическое здоровье (Mental Health — MH), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Опросник заполнялся женщинами в 1 и 2 фазы менструального цикла.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием общепринятых методов параметрической описательной статистики с использованием стандартных пакетов программ прикладного анализа (SPSS 13.0). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05 [Закс Л., 1976; Поллард Д., 1982; Лакин Г.Ф., 1990; Реброва О.Ю., 2003].

## Результаты и обсуждение

Нами было обследовано 230 пациенток с головной болью напряжения, из которых 200 (86,9%) - с хронической головной болью напряжения (ХГБН) и 30 женщин (13,1%) с эпизодической головной болью напряжения (ЭГБН). Диагноз ХГБН ставился согласно критериям диагностики Международного общества по изучению головной боли (2003г.), который включает следующие признаки: головная боль отмечающаяся на протяжении более 15 дней в месяц ( более 180дней в год), в течение более 6 месяцев; боль носит двусторонний, давящий или сжимающий характер; боль слабо или умеренно выражена и сопровождается не более чем 1 дополнительным клиническим признаком (тошнота, фото-, фоно- или осмофобия); при ЭГБН головная боль испытываемая пациентами менее 15 дней в месяц. [5].

Пациенты были отобраны на базе клиники Башкирского государственного медицинского университета по обращаемости. Их средний возраст составил 29,4 лет (стандартная ошибка = 1,02 года ).

По результатам анализа у пациенток в первую и вторую фазы менструального цикла с хроническими головными болями напряжения, качество жизни было замет-

но ниже, чем у женщин страдающих головными болями эпизодического характера.

В I фазе менструального цикла у пациенток с ХГБН на первом месте оказалось влияние на КЖ – психологического здоровья (МН), у пациентов же с ЭГБН – психологическое здоровье было лишь на 4 месте, а лидирующую позицию заняла интенсивность боли (ВР). На втором месте как у пациентов с ХГБН, так и у пациентов с ЭГБН влияние на снижение КЖ оказала жизненная активность (VT). Третье место у пациентов с ЭГБН заняло общее состояние здоровья (GH).

Наиболее высокие показатели баллов в выборке пациенток с ЭГБН в I фазу менструального цикла, по шкалам оказались: ролевое функционирование (RP), влияние эмоционального функционирования на ролевое (RE), физическая активность (PF). У пациенток с ХГБН, наиболее высокие баллы в I фазу составили по шкалам: физической активности (PF), эмоционального функционирования на ролевое (RE) и ролевое функционирование (RP).

Показатели по 8 шкалам у пациенток с ХГБН в I и II фазы были сходны между собой (см.таблица 1).

У пациенток с ЭГБН показатели в I и II фазы менструального цикла имели отличие. В первой фазе на втором месте по значимости снижения КЖ было влияние жизненной активности (VT), во второй же фазе это место заняло общее состояние здоровья (GH). На третьем месте в первой фазе – общее состояние здоровья (GH), при том как во II-й фазе - влияние жизненной активности (VT).

## Заключение

Значимые различия между группами пациентов с ХГБН и ЭГБН были получены по шкале психического здоровья (МН). Этот показатель определяет настроение человека, наличие депрессии, тревоги, а так же общий показатель положительных эмоций. У пациентов с хронической головной болью напряжения, психическое состояние значительно ухудшалось КЖ – в I фазе менструального цикла 26,8 баллов; во II фазе 27,08 балла из 100, у

пациенток с ЭГБН результаты так же не высоки - в I фазе менструального цикла 64,13 баллов; во II фазе 64,8 балла из 100. Показатели I фазы коррелировали между собой  $r = -0,621$ , коэффициент корреляции Спирмена во II фазе  $r = -0,605$  Это свидетельствует о наличии у пациентов элементов невротизации, склонности к депрессивным состояниям, снижению настроения из за ежедневных головных болей , что является еще одним фактором, позволяющим рекомендовать более широкое использование антидепрессантов и психотерапии в качестве методов лечения .

Так же низкие показатели в группе пациенток с хронической головной болью напряжения были по шкале жизненной активности (VT) – 27,65 балла из 100, в I фазе менструального цикла; во II фазе 28,15 балла из 100, у пациенток с ЭГБН результаты так же не высоки - в I фазе менструального цикла 57,83 баллов; во II фазе 60,83 балла из 100.

Это означает , что пациентки с хронической головной болью ощущают себя обессиленными и утомленными как если бы они имели органическую патологию.

На следующем месте у наблюдаемых пациентов стоял показатель ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE).Различия между группами были статистически достоверными: 63,3 балла у пациенток с ХГБН в I фазе, против 100 баллов у пациентов с ЭГБН в той же фазе. Во второй фазе у пациентов с ХГБН 60,6 баллов из 100, у женщин с ЭГБН 100 баллов. На основании этих данных можно сделать вывод о необходимости как психотерапевтического компонента в лечении, так и адекватное применение препаратов, влияющих на эмоциональный настрой.

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) или влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность у пациентов с ХГБН составило 80,75 из 100; с ЭГБН 100 баллов в первую фазу , а у женщин во вторую фазу с ХГБН 81,25 из 100 баллов и при ЭГБН 100 баллов. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседнев-

Таблица 1. Средняя оценка качества жизни, в баллах (M±m).

	I фаза менструального цикла		II фаза менструального цикла	
	ХГБН	ЭГБН	ХГБН	ЭГБН
PF	91.1±1.14*	99.3±0.31	91.45±1.09*	99.33±0.31
RP	80.75±1.05*	100.0±0	81.25±1.08*	100±0
BP	30.36±0.72	30.83±1.31	29.9±0.73	30.86±1.30
GH	41.81±1.55*	58.9±2.85	41.91±1.58*	59.4±2.81
VT	27.65±1.03*	57.83±2.15	28.15±1.04*	60.83±2.04
SF	42.0±1.69*	77.91±2.65	42.0±1.72*	80.0±2.44
RE	62.3±2.98*	100.0±0	60.6±2.77*	100.0±0
MN	26.88±0.99*	64.13±1.84	27.08±0.98*	64.8±1.77

\* - различие между группой пациенток с ХГБН и ЭГБН статистически значимо ( $p < 0,05$ )

Рисунок 1. Показатели качества жизни женщин репродуктивного возраста с головной болью напряжения, в первую фазу менструального цикла.

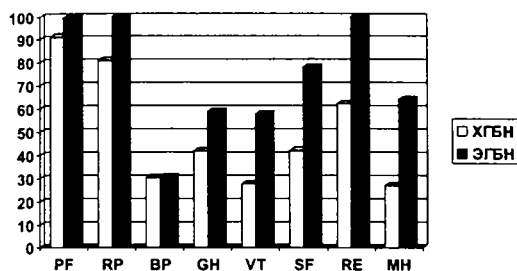
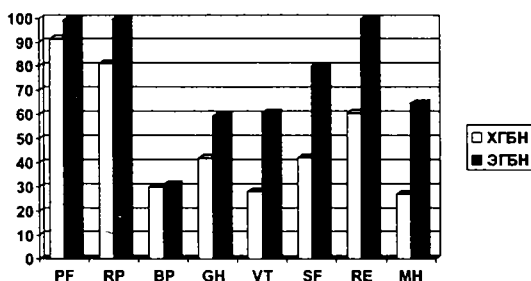


Рисунок 2. Показатели качества жизни женщин репродуктивного возраста с головной болью напряжения, во вторую фазу менструального цикла.



ная деятельность не была ограничена физическим состоянием пациента.

Показатель физического функционирования (PF), отражающий степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). По этой шкале у пациенток составил 91,1 (ХГБН) и 99,4 (ЭГБН) из 100 в первую фазу и 91,45 (ХГБН) и 99,3 (ЭГБН) из 100 во вторую фазу. Это свидетельствует о том, что физическая активность пациента не ограничивается состоянием его здоровья.

Оценка пациентами общего состояния здоровья (GH). Различия между группами пациенток с ЭГБН – 41,81 балла, против 58,9 у пациенток с ХГБН в первой фазе; у женщин во вторую фазу с ХГБН 41,91 из 100 баллов и при ЭГБН 59,4 баллов из 100.

Показатели жизненной активности (VT) были низки при ХГБН – 27,65 из 100, у пациенток с ЭГБН он составил 57,83 из 100 в первой фазе и 28,15 при ХГБН и 60,83 из 100 при ЭГБН во вторую фазу. Оценка данного показателя подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

Социальное функционирование (SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Показатели составили 42,0 из 100 при ХГБН и 77,91 балла при ЭГБН, в первую фазу цикла; во вторую фазу при ХГБН-42,0 и 80,0 баллов при ЭГБН, что свидетельствует о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоцио-

нального состояния.

Показатели интенсивности боли (BP) у пациенток с хронической и ежедневной головной болью напряжением в первую фазу цикла были одинаково низкими (30,6 и 30,83 балла), во второй фазе ХГБН-29,9 и ЭГБН-30,86 балла ( $t = -0,363$ ). Это свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает активность пациента и влияет на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

Таким образом, наше исследование показало снижение качества жизни обследованных пациенток, при одной и той же нозологии (ХГБН, ЭГБН), но разных по характеру течения. Полученные сведения позволяют судить о том, как изменяются физические, социальные и психологические составляющие качества жизни при головных болях напряжения у женщин репродуктивного возраста в зависимости от фазы цикла и создают основу для разработки алгоритмов и программ дифференцированной помощи данной группе пациенток.

Подводя итог исследованию в целом, следует подчеркнуть ценность метода определения КЖ. Он позволяет, не ограничиваясь набором клинических, инструментальных и лабораторных сведений обследования пациента, получить многоплановую информацию о его проблемах (в которых, возможно, он сам не отдает себе отчета), часто остающихся вне поля зрения врачей, дать им количественную оценку. Данные о КЖ могут стать основой не только для решения вопроса о выборе той или иной лекарственной терапии в каждом конкретном случае, но и для построения индивидуальных реабилитационных программ и принятия тактики социально-психологической помощи. ■

## Литература:

- Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине М.: Олимп – пресс, 2002; 313
- Е.В. Сурков, М.Б. Андиферов, А.Ю.Майоров Качество жизни как важнейший показатель эффективности лечения сахарного диабета в 21 веке Журнал сахарный диабет №1 2000г
- Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций. Методические рекомендации. Л.1984-24.
- 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.
- The international Classification of Headache Disorders 2-nd Edition. Cephalalgia. An International J Headache 2003; 24 : Suppl 1.