

Х. П. Деревянко, Д. А. Еникеев, Л. Т. Идрисова

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет Росздрава", Уфа

Приводятся результаты исследования качества жизни (КЖ), тревоги и депрессии у 130 женщин репродуктивного возраста с головной болью напряжения. В работе использовались: опросник качества жизни MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form — 36), переведенный и валидизированный компанией "Эвиденс — клинико-фармакологические исследования" и "Институтом клинико-фармакологических исследований" (США—Санкт-Петербург), а также шкала тревоги Спилберга—Ханина и опросник депрессии Бека. Результаты показали существенное снижение КЖ, а именно психологического и физического компонента, а также наличие низкой, умеренной тревожности и легкой депрессии у пациенток. Полученные сведения помогут при разработке индивидуальных подходов к ведению пациенток.

Ключевые слова: качество жизни, головная боль напряжения, тревога, депрессия

THE ASSESSMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH STRESS CEPHALALGIA

Derevyanko Kh.P., Yenikeev D.A., Idrisova L.T.

The article discusses the issues of life quality, anxiety and depression among 130 women of reproductive age with stress cephalalgia. The MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36) questionnaire has been used in the study, translated and validated by the company "Evidence - clinical pharmacological studies" and the Institute of clinical pharmacological studies (USA-St. Petersburg) and the Spielberg anxiety scale and the Beck depression questionnaire as well. The results demonstrated in patients' considerable decrease in quality of life, namely the psychological and physical components and low and slight anxiety and slight depression. The study data can be applied in elaboration of individual and group approach in patients' management.

Key words: quality of life, stress cephalalgia, anxiety, depression.

Головная боль напряжения (ГБН) — одна из форм первичной головной боли, обычно проявляющаяся длительными двусторонними давящими болями умеренной интенсивности, которые часто ассоциируются с напряжением перикраниальных мышц [3]. ГБН оказывает влияние на физическое состояние человека, его поведение, эмоциональные реакции, что, безусловно, отражается на качестве жизни (КЖ) пациенток.

По определению ВОЗ, КЖ представляет собой характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанную на субъективном восприятии [6]. Несмотря на то что КЖ относится к категориям, достаточно трудно поддающимся измерению, цель исследования состояла в том, чтобы определить вероятную патогенетическую связь и зависимость между КЖ, тревогой и депрессией и фазами менструального цикла (МЦ) у женщин репродуктивного возраста с ГБН.

Актуальность исследования продиктована высокой частотой встречаемости ГБН 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 (R. Jensen, G. Sandrini, 1994; B. K. Rasmussen, 1999). Следует отметить, что более 90% больных с ГБН составляют лица трудоспособного возраста (G. Sandrini, G. C. Manzoni, C. Zanferrari et al., 1993).

Материал и методы. Для оценки КЖ пациенток применялся один из наиболее общепринятых опросников — Medical Outcomes Study Short-Form 36 (MOS SF-36) [5]. 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.

Шкалы группируются в следующие два показателя.

"Физический компонент здоровья". Составляющие шкалы:

1. Физическое функционирование (ФФ) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба и т. п.).

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ), — влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность.

3. Интенсивность боли (Б) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью.

4. Общее состояние здоровья (ОЗ) — оценка больной своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. **"Психологический компонент здоровья".** Составляющие шкалы:

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

6. Социальное функционирование (СФ) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению.

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

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Шкала Спилберга—Ханина использовалась для оценки тревоги. Важным преимуществом данной шкалы является возможность различать два типа тревоги — тревожность как черту личности, т. е. личностную тревожность (ЛТ), и тревогу как преходящее клиническое состояние — реактивную тревожность (РТ). Уровень депрессии оценивали с помощью классического опросника Бека [2].

Опросники заполнялись женщинами в I и II фазы менструального цикла.

Результаты и обсуждение. Нами было обследовано 130 пациенток с ГБН, из которых 100 (77%) были с хронической ГБН (ХГБН) и 30 (23%) — с эпизодической ГБН (ЭГБН). Диагноз ГБН ставился согласно критериям диагностики Международного общества по изучению головной боли [7].

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

В табл. 1 приведены показатели КЖ женщин репродуктивного возраста, страдающих ГБН. Эмоционально-аффективная сфера (тест Спилберга) пациенток с ХГБН в I и II фазы МЦ характеризовалась умеренной реактивной и ЛТ и легкой депрессией. У пациенток с ЭГБН депрессии (шкала Бека) не было, однако отмечалась низкая тревожность в обе фазы МЦ (табл. 2).

Таблица 1

Средняя оценка КЖ (в баллах, $M \pm m$)

Шкала	I фаза МЦ		II фаза МЦ	
	ХГБН ($n = 100$)	ЭГБН ($n = 30$)	ХГБН ($n = 100$)	ЭГБН ($n = 30$)
ФФ	91,1 $\pm$ 1,14*	99,3 $\pm$ 0,31	91,45 $\pm$ 1,09*	99,33 $\pm$ 0,31
РФФ	80,75 $\pm$ 1,05*	100,0 $\pm$ 0	81,25 $\pm$ 1,08*	100 $\pm$ 0
Б	30,36 $\pm$ 0,72	30,83 $\pm$ 1,31	29,9 $\pm$ 0,73	30,86 $\pm$ 1,30
ОЗ	41,81 $\pm$ 1,55*	58,9 $\pm$ 2,85	41,91 $\pm$ 1,58*	59,4 $\pm$ 2,81
Ж	27,65 $\pm$ 1,03*	57,83 $\pm$ 2,15	28,15 $\pm$ 1,04*	60,83 $\pm$ 2,04
СФ	42,0 $\pm$ 1,69*	77,91 $\pm$ 2,65	42,0 $\pm$ 1,72*	80,0 $\pm$ 2,44
РЭФ	62,3 $\pm$ 2,98*	100,0 $\pm$ 0	60,6 $\pm$ 2,77*	100,0 $\pm$ 0
ПЗ	26,88 $\pm$ 0,99*	64,13 $\pm$ 1,84	27,08 $\pm$ 0,98*	64,8 $\pm$ 1,77

Примечание. Здесь и в табл. 2: * — различие между группами пациенток с ХГБН и ЭГБН статистически достоверно ($p < 0,05$).

Таблица 2

Средняя оценка тревожности и депрессии (в баллах, $M \pm m$)

Опросник	I фаза МЦ		II фаза МЦ	
	ХГБН ($n = 100$)	ЭГБН ($n = 30$)	ХГБН ($n = 100$)	ЭГБН ($n = 30$)
Спилберга—Ханина				
ЛТ	38,0 $\pm$ 0,92*	22,6 $\pm$ 0,15	38,3 $\pm$ 0,9*	22,6 $\pm$ 0,15
РТ	39,2 $\pm$ 0,93*	22,4 $\pm$ 0,2	39,9 $\pm$ 0,9*	22,5 $\pm$ 0,19
Бека	17,1 $\pm$ 0,86*	0,33 $\pm$ 0,1	17,5 $\pm$ 0,8*	0,33 $\pm$ 0,11

На основании полученных результатов были выявлены различия между женщинами с ХГБН и ЭГБН, оказавшиеся наибольшими по шкале РЭФ. У пациенток с ХГБН ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, значительно ухудшалось КЖ в I и II фазах МЦ ($p < 0,05$). У женщин с ЭГБН отмечен максимальный балл по данной шкале.

Показатели шкалы РЭФ у женщин с ХГБН коррелировали с данными общего состояния здоровья ($r = 0,395$, $p = 0,05$) в I фазу цикла.

Психическое здоровье значительно ухудшалось КЖ в обе фазы МЦ у женщин с ХГБН. У пациенток с ЭГБН показатели по шкале ПЗ были также невысоки. В I фазе МЦ у женщин с ХГБН наблюдалась корреляционная зависимость ПЗ с РТ ($r = -0,578$, $p = 0,01$), ЛТ ($r = -0,646$, $p = 0,01$) и депрессией ($r = -0,768$, $p = 0,01$), СФ ($r = 0,361$, $p = 0,01$), Б ($r = 0,480$, $p = 0,01$).

Социальное функционирование было снижено у пациенток с ХГБН во II фазе МЦ. Показатели по шкале СФ коррелируют с ПЗ ($r = 0,361$, $p = 0,01$), Б ($r = 0,286$, $p = 0,01$), ОЗ ($r = 0,245$, $p = 0,05$), Ж ($r = 0,415$, $p = 0,01$) в I фазе МЦ. В I фазе МЦ у женщин с ХГБН наблюдалась корреляционная зависимость с РТ ($r = -0,207$, $p = 0,05$) и депрессией ($r = -0,219$, $p = 0,05$). Полученные результаты по данной шкале свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния, что согласуется с данными отечественных исследователей КЖ у пациенток с ГБН [4].

По шкале жизненной активности у пациенток с ХГБН и ЭГБН отмечались низкие показатели в обеих фазах МЦ.

Жизненная активность у женщин с ХГБН имела двустороннюю корреляционную зависимость в I фазе МЦ с РТ ($r = -0,342$, $p = 0,01$), ЛТ ($r = -0,380$, $p = 0,01$) и депрессией ($r = -0,385$, $p = 0,01$). Можно предположить, что пациентки с ХГБН ощущают себя обессиленными и утомленными, как если бы они имели органическую патологию [1].

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, было заметно ниже у женщин с ХГБН вне зависимости от фазы МЦ. Повседневная ролевая деятельность у пациенток с ЭГБН, согласно баллам по этой шкале, не была ограничена физическим состоянием здоровья.

По шкале ОЗ различий между группами пациенток с ХГБН и ЭГБН в обеих фазах МЦ не наблюдалось.

Уровень физического функционирования в группах пациенток с ХГБН и ЭГБН различался незначительно. В I фазе МЦ наблюдалась корреляционная зависимость ФФ с РТ ($r = 0,268$, $p = 0,01$), ЛТ ($r = 0,326$, $p = 0,01$) и депрессией ($r = 0,235$, $p = 0,05$).

Интенсивность боли у пациенток с ХГБН и ЭГБН была одинаково низкой в обе фазы МЦ, что свидетельствует о том, что боль (как эпизодическая, так и хроническая) значительно ограничивает активность пациенток в повседневной деятельности.

По результатам многочисленных исследований установлена достоверная связь между хроническим эмоциональным стрессом и развитием ГБН (P. R. Martin, G. V. Marie, P. R. Nathan, 1992; M. Biondi, G. Portuesi, 1994; S. Diamond, 1999). У 80–90% больных с ГБН выявляются различной степени выраженности психоэмоциональные расстройства в виде повышенной возбудимости, тревоги, депрессии. Предполагается, что те или иные психологические расстройства обычно предшествуют развитию ГБН и являются непременным условием ее возникновения. (А. М. Вейн, О. А. Колосова и др., 1994; P. R. Martin, A. M. Mathews, 1978; De Benedittis, A. Lorenzetti, A. Pieri, 1992).

Психологическая характеристика больных, страдающих различными клиническими вариантами ГБН, несмотря на общие тенденции, имеет и вполне определенные различия. По данным литературы, для ЭГБН характерно преобладание тревоги, тогда как при ХГБН, как правило, выявляется клинически актуальная депрессия. В опубликованных в литературе исследованиях уровень тревоги и депрессии у женщин репродуктивного возраста в зависимости от МЦ не исследовался. Проведенное нами психометрическое обследование женщин с ХГБН выявило умеренную РТ (39,2 $\pm$ 0,93 в I фазе; 39,9 $\pm$ 0,9 во II фазе МЦ) и ЛТ (38,0 $\pm$ 0,92 в I фазе; 38,3 $\pm$ 0,9 во II фазе МЦ), а также легкую (17,1 $\pm$ 0,86 в I фазе; 17,5 $\pm$ 0,8 во II фазе МЦ) депрессию. У пациенток с ЭГБН депрессии (шкала Бека) не было (0,33 $\pm$ 0,1), однако отмечалась низкая тревожность в I (17,1 $\pm$ 0,86) и II (17,5 $\pm$ 0,8) фазах МЦ ($p < 0,05$).

Заключение

Исследование КЖ у женщин репродуктивного возраста с ГБН выявило снижение показателей физического и психологического компонентов здоровья, вне зависимости от фаз МЦ.

Оценка пациенток по шкале Бека показала отсутствие депрессии при эпизодической форме течения заболевания, тогда как при хронической наряду с депрессией имеют место умеренные тревожные расстройства (по данным теста Спилберга). Тревога и депрессия у обследованных женщин коррелируют с такими показателями КЖ, как физическое функционирование, жизненная активность, социальное функционирование, психическое здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмадеева Л. Р., Магжанов Р. В. Качество жизни пациентов с первичными цефалгиями, инсультами и миотонической дистрофией // Журн. неврол. и психиатр. — 2008. — № 11. — С. 72—75.
2. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: руководство для врачей и научных работников. — М., 2004. — С. 97—112.
3. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Гехт А. Б. Клинические рекомендации "Неврология и нейрохирургия". — М., 2007. — С. 83—84.
4. Каракулова Ю. В. О патогенетических механизмах формирования головных болей напряжения // Журн. неврол. и психиатр. — 2006. — № 7. — С. 52—56.
5. Ware J. E. Jr., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. // SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. — Boston, 1997.
6. World Health Organization. Basic documents. — 26th Ed. — Geneva, 1976. — № 1.
7. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Cephalgia // Int. J. Headache. — 2003. — Vol. 24. — Suppl. 1.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Деревянко Х. П., аспирант каф. патофизиологии ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет"; Еникеев Д. А., д-р мед. наук, проф., зав. каф. патофизиологии ГОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет"; Идрисова Л. Т., д-р мед. наук, проф. каф. клинической и социальной гериатрии Российского университета дружбы народов.

Для контактов:

Деревянко Христина Петровна, Уфа, ул. Шафиева, 2. Телефон: 8-965-948-46-83.

СУДЕБНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

© В. А. КЛЕВНО, С. Н. ПУЗИН, 2011

УДК 614.2:340.6

В. А. Клевно, С. Н. Пузин

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ

ГУЗ МО "Бюро судебно-медицинской экспертизы", ГУ РАМН "Научно-исследовательский институт медицины труда"

Судебно-медицинская экспертиза в отношении живых лиц является наиболее частой в экспертной практике. 97,7% экспертиз составляют экспертизы по поводу определения степени тяжести вреда здоровью. В данной статье представлены проблемы принятия данных решений и правовые аспекты, регламентирующие данную процедуру.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, вред здоровью

THE FORENSIC MEDICAL EXPERTISE OF HEALTH HAZARD

V.A. Klevno, S.N. Puzin.

The forensic medical expertise concerning the live persons is the most widespread case in the expertise practice. The expertises of health hazards degree consist 97.7% of all expertises. The article covers the issues of decision making and law regulation of this procedure.

Key words: forensic medical expertise, health hazard

Судебно-медицинская экспертиза (СМЭ) в отношении живых лиц является наиболее частой в экспертной практике. Ежегодно через бюро СМЭ органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (далее — БСМЭ) проходит 1,5 млн потерпевших, обвиняемых, подозреваемых и других лиц.

Ежегодный статистический анализ, проводимый Российским центром судебно-медицинской экспертизы Минздравсоцразвития России (далее — РЦСМЭ), показывает, что объем выполняемых экспертиз и обследований живых лиц в Российской Федерации постоянно растет. За последние 5 лет число подобных экспертиз увеличилось на 300 тыс. Если в 2003 г. было проведено 1,2 млн экспертиз, то в 2007 г. — более 1,5 млн.

Этот огромный объем работы выполняют более 800 врачей — судебно-медицинских экспертов БСМЭ: в 2003 г. их было 713, в 2007 г. — 803.

Нагрузка на одного врача — судебно-медицинского эксперта отдела СМЭ живых лиц БСМЭ в 2003 г. составила 1728, в 2007 г. — 1808 экспертиз и обследований живых лиц.

Среди СМЭ живых лиц наибольшее количество традиционно составляют экспертизы по поводу определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Они составляют 97,7% от всех проведенных экспертиз и обследований живых лиц в Российской Федерации (В. А. Клевно, 2007, 2008).

СМЭ вреда здоровью имеет огромное значение при расследовании преступлений против жизни и здоровья. В соответствии с п. 4 ч. 1 ст. 73 УПК РФ характер и размер вреда, причиненного преступлением, являются обстоятельствами, в обязательном порядке подлежащими доказыванию при производстве по уголовному делу. Единственным способом доказывания характера и степени вреда здоровью, причиненного преступлением, является СМЭ (п. 2 ст. 196 УПК РФ). Кроме того, без установления наличия и степени тяжести вреда здоровью невозможно юридическая квалификация содеянного, а следовательно, и определение меры наказания, предусмотренного законом.

В течение длительного времени врачи — судебно-медицинские эксперты пользовались Правилами судебно-медицинского