

Особенности адаптации и качества жизни у пациентов группы «часто и длительно болеющие»

Алексеева Е. С.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Реферат. Статья посвящена изучению состояния здоровья часто и длительно болеющих пациентов (ЧДБ). Проведено обследование 120 пациентов, которые были разделены на 3 группы по 40 человек в каждой: редко болеющие, часто болеющие и болеющие 4–5 раз в год. У ЧДБ-пациентов такие факторы, как гиподинамия (35,0 %) и депривация сна (45,0 %) встречаются достоверно чаще, чем у редко болеющих. Во всех исследуемых группах физиологическая норма адаптации не является распространенной, составляя только 27,5 %, что может свидетельствовать об увеличенной стрессовой нагрузке на население. В испытуемых группах, болеющих чаще 4 раз в год, выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля. Качество жизни часто длительно болеющих пациентов достоверно более низкое по сравнению с практически здоровыми лицами.

Ключевые слова: часто и длительно болеющие, адаптация, качество жизни.

Введение. Здоровье общества является самым ценным благом для государства, основой его экономического и культурного развития, так как определяет характер всех демографических процессов в стране, влияя на уровень рождаемости, инвалидности, смертности, общей продолжительности жизни и, в конечном итоге, формируя трудовой и репродуктивный потенциал страны. Несмотря на резкое возрастание неинфекционных нозологий в структуре общей заболеваемости, остается важной проблема инфекционной патологии. Специалисты выделяют широкое разнообразие факторов, формирующих здоровье населения, но ведущими остаются поведенческие особенности: курение, в том числе и пассивное, нездоровое питание, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем, несоблюдение правил гигиены, что негативно влияет на адаптационные возможности организма и способствует развитию не только неинфекционных заболеваний, но и ведет к патологии иммунной системы, тем самым увеличивая вероятность формирования рецидивирующей инфекционной патологии.

Частые и особенно тяжело протекающие острые респираторные инфекции (ОРИ) могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития, способствуя снижению функциональной активности иммунитета.

В рамках диспансеризации, являющейся основой профилактической работы амбулаторной службы, выделяют категорию «часто и длительно болеющие» (ЧДБ) пациенты. Лица данной группы имеют предрасположенность к рецидивированию респираторной инфекции, а значит, имеют более высокую вероятность развития хронической патологии.

В мировой практике существуют различия в подходах к формированию группы ЧДБ. Так, в Республике Беларусь к категории ЧДБ относят пациентов, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания [4]. Аналогично группируются ЧДБ пациенты во Франции. В Российской Федерации часто и длительно болеющие лица — это пациенты, имеющие в год четыре и более случаев и 40 и более календарных дней временной нетрудоспособности по одному заболеванию или шесть и более случаев и 60 и более календарных дней временной нетрудоспособности с учетом всех заболеваний. Для сравнения в Италии — 6 случаев в год острых респираторных инфекций или 3 случая инфекций нижних отделов респираторного

тракта, в Словакии — 3 случая острых заболеваний за 6 месяцев или 4 за год. Различаются подходы к формированию данной группы, но остается открытым вопрос о причинах более частой заболеваемости одних пациентов по сравнению с другими при отсутствии хронической патологии. И важную роль в поддержании здоровья играет уровень адаптации к стрессовой нагрузке конкретного человека.

Адаптация — это свойство всего живого на земле приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды. Болезнь не возникает без предпосылок, а развивается постепенно во многом из-за снижения приспособительных возможностей организма [1]. Функциональное состояние организма в интервале между нормой и патологией определяет риск возникновения и развития болезни. Поэтому в практической медицине распознавание ранних нарушений помогает предотвратить хронизацию и снизить вероятность перехода из состояния предболезни в состояние болезни.

Общее состояние организма, включая его уровень здоровья и степень снижения неспецифической резистентности, определяется, главным образом, развитием какой-либо общей неспецифической адаптационной реакции, в разной степени напряженной или гармоничной. Обычно выделяют четыре типа общих неспецифических состояний: тренировка, спокойная активация, повышенная активация и стресс [3]. Наиболее высокая неспецифическая резистентность и адаптивность отмечается при развитии антистрессорных, гармоничных состояний спокойной и повышенной активации. Чрезмерно сильные или повреждающие воздействия сопровождаются развитием неблагоприятных состояний: стрессом либо напряженными реакциями тренировки, спокойной или повышенной активации. При этих состояниях в разной степени снижается неспецифическая резистентность организма и его адаптивность к любым повреждающим факторам [1].

Условно выделяют три группы людей: здоровые, больные и лица в состоянии предболезни. У здоровых наиболее часто обнаруживаются реакции повышенной и спокойной активации высоких и средних уровней реактивности, а также реакция тренировки высоких уровней реактивности. У людей в состоянии предболезни наблюдаются реакции повышенной и спокойной активации низких уровней реактивности, реакция тренировки средних и низких уровней реактивности, реакция стресса высоких уровней реактивности, реакция переактивации средних уровней реактивности. При возникновении болезни отмечается наличие стресса средних и низких уровней реактивности, переактивации средних и низких уровней реактивности [3].

ЧДБ-пациенты находятся в промежуточной зоне: их нельзя отнести к абсолютно здоровым людям, но и хроническая патология у них отсутствует. Для акцентирования внимания врачей на данной особенности и выделяют II диспансерную группу. Можно предположить, что пациенты данной категории как раз и находятся в состоянии предболезни из-за сниженного адаптационного потенциала. Данное исследование направлено на изучение закономерностей нарушения адаптации у людей, болеющих респираторными заболеваниями с разной периодичностью.

Качество жизни (КЖ) — это многофакторное понятие, интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии. Медицинский интерес к вопросам КЖ обусловлен тем, что существующие методы оценки эффективности терапевтических вмешательств, как правило, отражают сугубо биологический подход и не учитывают все многообразие жизни человека. Результаты клинического обследования и оценка КЖ, данная пациентом, могут различаться из-за личностных особенностей индивидуума.

Исследование состояния адаптации, КЖ и соответственно решение вопроса о возможности и целесообразности их коррекции у ЧДБ-пациентов является важной задачей для современного здравоохранения. При этом используемые методики изучения адаптации организма и КЖ просты в исполнении не требуют специальной аппаратуры, экономически не затратные и поэтому могут широко использоваться в амбулаторных условиях.

Цель работы — изучение нервно-психической составляющей адаптации организма и качества жизни у часто и длительно болеющих пациентов в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В исследование было включено 120 пациентов, которые были разделены на 3 группы по 40 человек в каждой: I группа включала пациентов, относящихся к категории ЧДБ, II группа состояла из пациентов, болеющих 4–5 раз в год и в III группе находились практически здоровые пациенты.

Обследование проходило в период клинической ремиссии.

В исследовании преобладали женщины — 85 человек (70,8%), мужчин было 35 (29,2%). Средний возраст пациентов составил $24,6 \pm 1,37$ лет. Исследуемые группы сопоставимы по половому и возрастному составу.

В ходе исследования для скрининговой оценки нервно-психической составляющей адаптации использовалась многомерная шкала И. Н. Гурвича (опросник) [2]. Анализ адаптации по этой шкале проводится по сумме баллов: до 12 — физиологическая норма (эквивалентно «здоровью»); 12–24 — напряжение адаптации («предболезнь», донозологическое состояние); более 24 баллов — срыв адаптации («болезнь»).

Исследование КЖ проводилось по валидированной русской версии общего опросника RAND-36, включающего 36 вопросов, подразделенных на 9 шкал: PF (физическое функционирование), RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие), SF (социальное функционирование), BP (телесная боль), GH (общее восприятие здоровья) и NN (сравнение самочувствия с предыдущим годом). Результаты представляются в баллах от 0 до 100, более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья [5].

Результаты исследований обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2016 г. Достоверность результатов исследования оценивалась методом вариационной статистики с использованием *t*-критерия Стьюдента и поправки Бонферрони. Значения величин представлялись в виде средних и стандартных ошибок ($M \pm m$). Различие между параметрами считали статистически достоверным при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На момент исследования пациенты не предъявляли никаких жалоб и у них не было выявлено признаков острой патологии.

Был проведен анализ по наличию основных факторов риска путем анкетирования (таблица 1). Так, 2 человека отметили употребление алкоголя чаще раза в неделю (по одному из группы II и III). Курение отметило 22 человека, достоверных различий по распространенности данного критерия в группах выявлено не было.

Таблица 1 — Распространенность факторов риска в исследуемых группах

Группа	Курение	Гиподинамия	Депривация сна
I ($n = 40$)	7 (17,5 %)	12* (30,0 %)	18* (45,0 %)
II ($n = 40$)	8 (20,0 %)	7 (17,5 %)	12 (30,0 %)
III ($n = 40$)	7 (17,5 %)	7 (17,5 %)	14 (35,0 %)
Всего ($n = 120$)	22 (18,3 %)	26 (21,7 %)	44 (36,7 %)

* Достоверные различия показателей между I и III группами, $P < 0,05$.

Имеются данные о влиянии курения на иммунную систему, так наблюдается значительное увеличение содержания Т-супрессоров и уменьшение уровня Т-хелперов; снижение активности естественных киллеров и уменьшение их количества в периферической крови. Вследствие изменений в соотношении Т-клеток, у курящих уменьшается продукция иммуноглобулинов G, A, M, а уровень IgE повышается и сохраняется высоким у курящих в результате стимуляции содержащимися в табаке аллергенами. Усиление процессов перекисного окисления липидов и регенерация свободных радикалов оказывают неблагоприятное влияние на иммунокомпетентные клетки, увеличивая расход антиоксидантных витаминов A и C. Табачный дым подавляет секрецию иммуноглобулина A, снижая противодействие организма экзогенным антигенам [2].

При оценке суммарной физической активности за день 26 человек отметили пункт «менее 30 минут», что расценивалось как наличие гиподинамии. Данный фактор риска достоверно присутствовал чаще в I группе (30,0 %) по сравнению с II и III (по 17,5 % в каждой). Между последними группами достоверной разницы не выявлено. Настораживает факт, что среди лиц молодого возраста 21,6 % опрошенных указали на низкую физическую активность.

Длительное действие гиподинамии приводит к снижению резистентности организма, нарушению метаболических процессов, сдвигам в иммунной системе. Имеются данные, что при длительном ограничении двигательной активности происходит нарушение адаптационной функции вегетативной нервной системы. Продолжительная гипокinezия приводит к существенной дискоординации механизмов неспецифической защиты организма. Данные изменения ведут к усилению активности условно патогенной и сапрофитной микрофлоры, активации скрытой инфекции или распространению возбудителя, занесенного извне. Снижается бактерицидная функция кожного покрова и комплементарная активность крови, что приводит к увеличению заболеваемости. Уменьшается выработка иммунных клеток, нарушается их созревание и дифференциация, снижается синтез иммуноглобулинов.

Более высокая распространенность данного фактора риска в группе ЧДБ может являться одной из причин предрасположенности к развитию частой респираторной инфекции.

Также оценивалось наличие дефицита сна: 44 (36,7 %) опрошенных указали, что спят менее 6 ч на регулярной основе. В I группе депривацию сна отметило 18 человек (45,0 %), во II и III группах 12 (30,0 %) и 14 (35,0 %) соответственно. Выявлена достоверная разница по данному критерию между ЧДБ и редко болеющими пациентами.

Исследования, проводимые в разных странах с целью определить, как часто болезни поражают различные группы населения, выявляют определенные закономерности: люди, страдающие от недостатка сна, как и те, кто спит чересчур много, больше подвержены многочисленным заболеваниям и живут в среднем меньше. Под слишком коротким сном, как правило, подразумевают меньше шести часов, под избытком — больше девяти-десяти часов в сутки. Результаты 153 исследований с участием более 5 млн человек четко указывают на связь недостатка сна с риском развития диабета, гипертензии, заболеваний сердечно-сосудистой системы и ожирением. Также имеются данные, что при недостаточном количестве сна снижается эффективность вакцин, что в свою очередь увеличивает риск возникновения инфекций. В ходе одного из исследований участники, сон которых составлял менее шести часов, были в три раза более подвержены простудным заболеваниям, чем те, кто спал семь и более часов регулярно [7].

При исследовании нервно-психической адаптации во всех исследуемых группах выявлена тенденция к напряжению механизмов адаптации (36,7 % от всей исследуемой группы), что эквивалентно состоянию предболезни, т. е. вероятность развития заболевания приближается к 100 % при условии продолжающегося действия на организм и личность патогенных условий и факторов.

По данным шкалы И. Н. Гурвича, нормальное состояние адаптации наблюдалось у 33 человек (27,5 %), при этом в I группе — 8 (20,0 %), во II группе — 11 (27,5 %), в III группе — 14 (35,0 %); донологическое состояние — у 44 человек (36,7 %): в I группе — 14 (35,0 %), во II группе — 13 (32,5 %), в III группе — 17 (42,5 %); срыв адаптации — у 43 (35,8 %) обследованных: причем в I группе — 18 (45,0 %), во II группе — 16 (40,0 %), в III группе — 9 (35,8 %) (таблица 2).

У исследуемых I и II групп — ЧДБ и болеющих 4–5 раз в год — выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля: срыв адаптации 45,0 и 40,0 % в I и II группах по сравнению с 22,5 % в III группе ($p < 0,05$).

Таблица 2 — Состояние нервно-психической адаптации в исследуемых группах

Группа	Физиологическая норма	Напряжение механизмов адаптации	Срыв адаптации
I ($n = 40$)	8* (20,0 %)	14* (35,0 %)	18* (45,0 %)
II ($n = 40$)	11** (27,5 %)	13** (32,5 %)	16** (40,0 %)
III ($n = 40$)	14 (35,0 %)	17 (42,5 %)	9 (22,5 %)
Всего ($n = 120$)	33 (27,5 %)	44 (36,7 %)	43 (35,8 %)

* Достоверные различия показателей между I и III группами, $P < 0,05$.

** Достоверные различия показателей между II и III группами, $P < 0,05$.

Таким образом, у испытуемых группы ЧДБ выявлены значительные отклонения от оптимума адаптации, наиболее выраженные в ее нервно-психической составляющей. В связи с этим представляется весьма важным поиск способов коррекции нарушенной адаптации.

Установлено, что показатели КЖ у ЧДБ-пациентов были снижены практически по всем шкалам опросника RAND-36. В группе редко болеющих пациентов (III группа) практически отсутствуют проблемы в физической и социальной сферах жизнедеятельности. Показатели приближены к максимально высоким по следующим шкалам: физическое функционирование (PF); ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья (RP); социальная активность (SF); телесная боль (BP). Показатели, отвечающие за психоэмоциональную сферу (ролевые ограничения, обусловленные личными и эмоциональными проблемами (RE); эмоциональное самочувствие (EW); энергия/усталость (EF)), снижены, но остаются в пределах нормы. Это может быть связано с не зависящими от состояния здоровья причинами, например, бытовые проблемы, конфликты на работе, социальная напряженность в обществе и др. Сравнение своего самочувствия с предыдущим годом в целом указывало на относительную стабильность состояния, но в I и II группах этот показатель несколько ниже (таблица 3).

Во II группе, болеющих 4–5 раз в год, показатели, отвечающие за физическую составляющую здоровья, находятся в пределах нормы. Психологические и социальные критерии (EW, SF, BP) в свою очередь снижены более выражено и достоверно отличаются от контрольной группы. Пациенты данной группы находятся в промежуточном состоянии по отношению к редко и часто болеющим пациентам.

Таблица 3 — Качество жизни исследуемых пациентов ($M \pm m$)

Показатели КЖ	Группа ($n = 120$)		
	I ($n = 40$)	II ($n = 40$)	III ($n = 40$)
PF	84,4 ± 2,4*	88,1 ± 1,9	91,1 ± 1,8
RP	68,2 ± 5,3*	86,7 ± 4,6	88,7 ± 3,9
RE	51,3 ± 5,1*	73,8 ± 3,7	72,8 ± 4,7
EF	47 ± 3,2*	63,1 ± 2,9	61,2 ± 2,7
EW	56,9 ± 2,4*	69,1 ± 3,1**	68,3 ± 2,8
SF	66,8 ± 3,1*	81,6 ± 2,9**	86,1 ± 2,9
BP	67,3 ± 3,2*	78,8 ± 3,5**	82,1 ± 2,7
GH	54,8 ± 2,9*	63,1 ± 3,4	64,3 ± 3,1
NH	42,3 ± 2,7*	53,6 ± 2,8	54,4 ± 2,9

* Достоверные различия показателей между I и III группами, $P < 0,05$.

** Достоверные различия показателей между II и III группами, $P < 0,05$.

Необходимо отметить, что при исследовании КЖ-пациентов I группы — выявлены достоверно более низкие показатели качества жизни, касающиеся всех сфер жизнедеятельности по сравнению с практически здоровыми лицами и болеющими 4–5 раз в год. Более выраженное отличие наблюдается в эмоциональной и социальной сферах. Самые низкие показатели у ЧДБ-пациентов были выявлены по шкалам эмоционального самочувствия (EW); энергии/усталости (EF), общего восприятия здоровья (GH), указывающего на низкую самооценку своего состояния в результате повышенной утомляемости, астенизации пациентов.

Заключение. Из изложенного выше можно сделать следующие выводы:

1. Существенный вклад в нарушение адаптации организма вносит образ жизни. У ЧДБ-пациентов такие факторы, как гиподинамия (35,0 %) и депривация сна (45,0 %) встречаются достоверно чаще, чем у редко болеющих, но данные особенности образа жизни распространены во всех исследуемых группах (21,7 и 36,7 % соответственно от всей выборки).

2. Во всех исследуемых группах физиологическая норма адаптации не является распространенной, составляя только 27,5 %, тогда как на напряжение и срыв адаптации приходится 36,7 и 35,8 % соответственно, что может свидетельствовать об увеличенной стрессовой нагрузке на население.

3. У испытуемых групп ЧДБ (I) и II группе (болеющих 4–5 раз в год) выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля.

4. Качество жизни часто длительно болеющих пациентов достоверно более низкое по сравнению с практически здоровыми лицами.

5. Выявленные особенности адаптационного потенциала и качества жизни ЧДБ пациентов требуют пересмотра профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья данной группы.

Литература

- Агаджанян, Н. А. Проблемы адаптации и учение о здоровье: учеб. пособие / Н. А. Агаджанян, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. — М.: Рос. ун-т дружбы народов, 2006. — 284 с.
- Борисенко, Л. В. Иммунологические аспекты влияния табакокурения на организм женщины / Л. В. Борисенко, Н. А. Штаркова // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2002. — № 1. — С. 268–273.
- Гаркави, Л. Х. Активационная терапия / Л. Х. Гаркави. — Ростов н/Д: Изд-во Рост. ун-та, 2006. — 256 с.
- Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации: постановление М-ва здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 г. № 96 // Национальный правовой Интернет-портал Респ.

Беларусь. — Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?uid=12551&p0zw216311254&p1=1>. — Дата доступа: 10.09.2020.

5. Месникова, И. Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / И. Л. Месникова; Бел. гос. мед. ун-т. — Минск, 2005. — 20 с.

6. Цыркунов, В. М. Клинико-экономический анализ качества диагностики и профилактики гриппа и ОРВИ / В. М. Цыркунов, Е. Н. Кроткова, С. Г. Семенова // Здоровоохранение. — 2016. — № 10. — С. 16–23.

7. Besedovsky, L. Sleep and immune function / L. Besedovsky, T. Lange, J. Born // Pflügers Archiv — European Journal of Physiology. — 2012. — Vol. 463, № 1. — P. 121–317.

Features of frequently and longly sick patients' adaptation and quality of life

Aliakseyeva A. S.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

The article is devoted to the study of the state of frequent and long-term ill patients' health. A survey of 120 patients was carried out, who were divided into 3 groups of 40 people in each: rarely sick, frequently sick, and sick 4–5 times per year. There are such risk factors at frequent and long-term ill patients as physical hypodynamia (35,0 %) and sleep deprivation (45,0 %) which occur significantly more frequently in compare to rarely ill patients. In all studied groups, the physiological norm of adaptation is not widespread, amounting to only 27,5 %, which may indicate an increased stress load on the population. In the test groups, who are sick more often than 4 times per year, significant deviations from the optimum of the neuropsychic component of adaptation were revealed. The quality of life of frequent and long-term ill patients is significantly lower in comparison with practically healthy individuals.

Keywords: frequent and long-term ill patient, adaptation, quality of life.

Поступила 09.11.2020