

Н.М. Еремина, И.Л. Месникова, А.В. Василевская, Р.В. Хурса

**СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА
И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ
ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Проведено открытое проспективное исследование, в котором оценивались состояние адаптации и качество жизни амбулаторного контингента пациентов, часто и длительно болеющих ОРВИ. Установлено, что у этих пациентов имеются значительные нарушения адаптационных систем организма и снижение всех показателей качества жизни по сравнению с практически здоровыми

лицами, особенно выраженные у пациентов со срывом адаптации. Проведение месячного курса профилактического лечения (активационной терапии) экстрактом элеутерококка в индивидуально подобранных дозах (по Л.Х.Гаркави с соавт.) улучшает состояние адаптации, особенно ее иммуно-эндокринного звена, и значительно повышает показатели качества жизни.

Ключевые слова: адаптация организма, качество жизни, активационная терапия.

N.M. Yeremina, I.L. Mesnikova, A.V. Vasilevskaya, R.V. Khursa

THE STATE OF ADAPTATION AND AND THE QUALITY OF PATIENTS' LIFE THAT SUFFER FROM FREQUENT AND PROLONGED ARI

There was carried out an open, prospective research where the state of adaptation and the quality of patients' life that suffer from frequent and prolonged ARI and the possibility of their correction were evaluated. It was established that significant impairment of the body's adaptive systems and all the life's indicators reduction compared to healthy individuals, and especially in those with the breakdown of adaptation, were revealed among the above patients. A course of preventive treatment in Eleutherococcus individualized dose (by Harkavy) improves the state of adaptation, especially the immuno-endocrine care and significantly increases the quality of life.

Key words: organism adaptation, quality of life, activation therapy.

Адаптация – это свойство живого организма приспособляться к изменяющимся условиям окружающей среды, поэтому состояние его адаптационных возможностей все чаще рассматривается как один из важных критериев здоровья. Известно, что болезнь не возникает внезапно, а развивается постепенно через стадии донозологических и преморбидных состояний, являясь результатом снижения приспособительных возможностей организма. С позиций состояния адаптации условно выделяют три группы людей: здоровые, лица в состоянии предболезни и больные. Функциональное состояние организма в интервале между нормой и патологией определяет риск возникновения и развития болезни. Поэтому в практической медицине распознавание нарушений адаптации чрезвычайно важно, так как это позволяет проводить определённые реабилитационные мероприятия для профилактики перехода из состояния предболезни в болезнь [1].

Состояние различных адаптационных систем организма может быть исследовано по нескольким направлениям. Р.М. Баевский предложил оценивать уровень адаптации по состоянию вегетативной нервной системы (в качестве регулирующей системы) и сердечно-сосудистой системы (в качестве регулируемой системы), используя исследование variability сердечного ритма [1]. Методика Л.Х. Гаркави с соавт. предполагает оценку состояния эндокринного и иммунного звена адаптации по лейкоцитарной формуле общего анализа крови и специальному опроснику [2], И.Н. Гурвичем разработана многомерная шкала (опросник) для оценки нервно-психической адаптации [4].

Общее состояние организма, включая его уровень здоровья и степень снижения неспецифической резистентности, определяются, главным образом, развитием общей неспецифической адаптационной реакции, в разной степени напряженной или гармоничной. Обычно выделяют четыре типа общих неспецифических реакций: тренировка, спокойная активация, повышенная активация и стресс. Наиболее высокая неспецифическая резистентность и адаптивность отмечается при спокойной и повышенной активации – это антистрессорные, гармоничные состояния. Чрезмерно сильные или повреждающие воздействия сопровождаются развитием неблагоприятных состояний: стрессом либо напряженными реакциями тренировки или активации (спокойной, повы-

шенной). При этих состояниях в разной степени снижается неспецифическая резистентность организма и его адаптивность к любым повреждающим факторам [2].

Кроме того, для адаптации важен уровень реактивности: высокий, средний или низкий. Так 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 [2].

Развитие и поддержание в организме гармоничного состояния адаптации помогает смягчить действие неблагоприятных факторов на организм в целом. Одним из путей достижения такого состояния является применение природных адаптогенов по индивидуальным алгоритмам [5].

Последние десятилетия повышается медицинский интерес и к вопро-сам качества жизни (КЖ), так как существующие методы оценки эффективности терапевтических вмешательств, как правило, отражают сугубо биологический подход и не учитывают всё многообразие жизни человека [3].

Между традиционным медицинским заключением о состоянии здоровья, сделанным врачом на основании результатов клинического обследования, и оценкой КЖ, данной самим пациентом, часто существуют значительные различия. Это может быть связано с особенностями личности пациента, с обременительностью диагностических и лечебных процедур (определённые виды терапии могут быть субъективно более неприятными, чем сама болезнь), с побочными эффектами лекарств, с их влиянием на психоэмоциональную сферу и др. [7]. Данное обстоятельство убеждает в важности широкого внедрения в клиническую практику интегральных критериев оценки субъективного состояния больных, а именно, КЖ как меры их физического, психического и социального благополучия [3].

Пациенты, часто и длительно болеющие (ЧДБ) остры-

Оригинальные научные публикации

ми респиратор-ными инфекциями (ОРИ) отличаются значительными трудопотерями вследствие частой и длительной временной нетрудоспособности. Поэтому исследование состояния адаптации и КЖ этого контингента лиц, а также возможности коррекции в амбулаторных условиях данных показателей здоровья представляет несомненный интерес как в медицинском аспекте (эти характеристики здоровья недостаточно изучены), так и в социально-экономическом.

Целью исследования явилось изучение адаптации организма, качества жизни и возможностей их коррекции в амбулаторных условиях у пациентов, часто и длительно болеющих острыми респираторными инфекциями.

Материалы и методы

В исследование были включены 62 пациента из нескольких поликлиник г. Минска, относящиеся к категории ЧДБ ОРИ в период клинической ремиссии. Преобладали женщины – 51 чел. (82,3 %), мужчин было 11 чел. (17,7%). Средний возраст пациентов составил $28,9 \pm 1,2$ лет. Контрольная группа (при оценке КЖ) была представлена 30 практически здоровыми лицами, сопоставимыми по гендерно-возрастному составу.

Для скрининговой оценки иммуно-эндокринного звена адаптации пациентов использован опросник из 10 вопросов (Л.Х. Гаркави с соавт., Россия) [2], для оценки нервно-психической составляющей адаптации – многомерная шкала (опросник) И.Н. Гурвича [4]. Состояние адаптации оценивалось качественно: отвечающее физиологической норме (ФН – «здоровье»), напряжение механизмов адаптации («предболезнь», донозологическое состояние – ДС), срыв адаптации (СА – «болезнь»).

Исследование КЖ проводилось по валидированной нами русскоязычной версии общего опросника RAND-36, включающего 36 вопросов, подразделённых 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), VP (телесная боль), GH (общее восприятие здоровья) и HH (сравнение самочувствия с предыдущим годом). Результаты представляются в баллах от 0 до 100, более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья [6].

После оценки исходного состояния адаптации и КЖ все пациенты принимали в течение месяца активационную терапию – экстракт элеутерококка по индивидуальной схеме с учетом определенной реакции адаптации и уровня реактивности организма, а также пола, возраста и сопутствующих заболеваний (по методике Л.Х. Гаркави с соавт.) [2, 5]. В конце наблюдения повторно оценивались адаптация и КЖ.

Результаты исследований обработаны с помощью программного обеспечения Statistica 6.0. Оценку статистической значимости различий проводили по критерию Стьюдента, для качественных показателей и оценки влияния признака использован критерий χ^2 . Критический уровень значимости определяли как 0,05.

Результаты и обсуждение

На момент исследования пациенты не предъявляли никаких жалоб и считали себя практически здоровыми, так как не могли вспомнить у себя каких-

либо серьезных заболеваний в прошлом. Тем не менее, при тщательном анализе амбулаторных карт у 35,7 % пациентов ранее была зарегистрирована хроническая ЛОР-патология (хронические тонзиллит, фарингит, гайморит или ринит), у 14,3 % – соматоформное расстройство вегетативной нервной системы, у 11,9 % – остеохондроз позвоночника. Имелись и единичные случаи других хронических заболеваний, особо не беспокоящих пациентов (хронический гастрит, хронический холецистит, болезни щитовидной железы, гинекологические заболевания). На периодическую головную боль разной частоты, длительности и степени интенсивности указали 47,6 % пациентов.

При исследовании иммуно-эндокринной составляющей адаптации физиологическая норма определена только у 27,4% (17 чел.), донозологическое состояние было у 46,8% (29 чел.), срыв адаптации имели 25,8% (16 чел.) испытуемых (рис. 1).

По данным шкалы нервно-психической адаптации И.Н.Гурвича нормальное состояние адаптации наблюдалось у 16,1% (10 чел.), донозологическое состояние – у 30,6% (19 чел.), срыв адаптации – у 53,2% (33 чел.) обследованных (рис. 1).

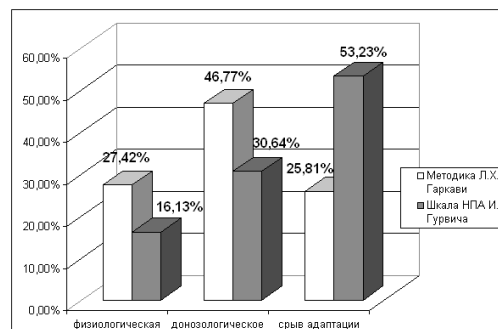


Рис.1. Доля лиц с разными состояниями адаптации (по данным методик Л.Х.Гаркави и И.Н.Гурвича).

Таким образом, среди пациентов ЧДБ ОРИ выявлена значительная доля лиц с отклонениями от оптимума адаптации, наиболее выраженными в ее нервно-психической составляющей.

Исследование КЖ пациентов ЧДБ ОРИ показало, что у них достоверно более низкие показатели качества жизни, касающиеся всех сфер жизнедеятельности, по сравнению с практически здоровыми лицами группы контроля (табл. 1).

Таблица 1. Качество жизни практически здоровых лиц (контрольная группа) и пациентов, часто и длительно болеющих ОРИ (M±m)

Показатели КЖ	Практически здоровые (контрольная группа)	Пациенты ЧДБ ОРИ	
		Исходно	После лечения
PF	93,5 ± 1,1	84,3 ± 2,3*	89,8 ± 1,7
RP	89,1 ± 3,3	67,9 ± 5,4*	82,2 ± 3,9
RE	68,7 ± 5,6	47,2 ± 5,6*	79,9 ± 4,3**
EF	62,2 ± 2,1	49,3 ± 2,8*	61,9 ± 2,4**
EW	67,5 ± 2,4	57,6 ± 2,2*	68,5 ± 1,9**
SF	88,3 ± 3,2	61,9 ± 3,5*	78,9 ± 3,1**
VP	83,8 ± 3,4	64,8 ± 3,9*	79,7 ± 3,4**
GH	67,4 ± 2,4	58,7 ± 2,3*	64,6 ± 3,5
HH	54,5 ± 2,9	44,5 ± 2,7*	51,9 ± 3,7

Примечание - * - достоверные различия показателей практически здоровых лиц (контрольная группа) и пациентов ЧДБ ОРИ до лечения, $P < 0,05$; ** - достоверные различия показателей пациентов ЧДБ ОРИ до и после лечения, $P < 0,05$.

Были проанализированы показатели КЖ в зависимости от разных состояний адаптации по данным двух методик (по Л.Х. Гаркави и Н.И. Гурвичу). Учитывались результаты исследования до и после лечения адаптогеном. Лица с изменениями в состоянии адаптации по какой-либо одной методике в анализ не включались.

Лица без нарушения адаптации (21 чел.) составили подгруппу 1, лица с донозологическим состоянием адаптации (38 чел.) – подгруппу 2, лица со срывом адаптации (15 чел.) – подгруппу 3. Показатели КЖ в подгруппах наблюдения приведены в табл. 2.

Таблица 2. Качество жизни пациентов, часто и длительно болеющих ОРВИ, в зависимости от состояния адаптации организма (M ± m).

Показатели КЖ	Подгруппа 1 n=21	Подгруппа 2 n=38	Подгруппа 3 n=15
PF	91,4 ± 4,9	81,9 ± 3,8	68,1 ± 7,2**
RP	83,3 ± 5,7	53,4 ± 6,9*	53,8 ± 10,5**
RE	70,4 ± 8,02	48,2 ± 6,9*	43,6 ± 10,2**
EF	62,8 ± 3,4	48,8 ± 2,9*	37,3 ± 5,5**
EW	67,4 ± 3,6	60,2 ± 2,5	46,1 ± 4,7**
SF	82,6 ± 4,1	62,1 ± 3,9*	52,9 ± 5,9**
BP	77,6 ± 5,8	65,2 ± 4,3	53,8 ± 6,3**
GH	65,8 ± 3,4	56,1 ± 2,6*	50,0 ± 5,4**
HH	52,8 ± 5,3	45,7 ± 3,3*	30,8 ± 5,8**

Примечание - * – достоверность различий (P < 0,05) между подгруппами 1 и 2; ** – достоверность различий (P < 0,05) между подгруппами 1 и 3.

Как видно из таблицы 2, у пациентов со срывом адаптации показатели КЖ по всем шкалам опросника достоверно ниже таковых по сравнению с лицами без нарушений адаптации. У лиц с донозологическим состоянием адаптации только по шкалам PF (физическая активность), EW (эмоциональное самочувствие), BP (телесная боль) не выявлено достоверных различий в показателях КЖ по сравнению с пациентами без нарушений адаптации, по остальным шкалам различия существенны. Таким образом, состояние адаптации организма влияет на все сферы жизнедеятельности пациентов ЧДБ ОРВИ, причем у лиц с нарушением адаптации показатели КЖ значительно ниже.

Для коррекции нарушений адаптации и поддержания здоровья пациентов ЧДБ ОРВИ был использован экстракт элеутерококка 1 раз в день утром натощак на воде в небольших ежедневно изменяющихся по определенной индивидуальной схеме дозах [2,5].

Изменения в состоянии адаптации после проведенного курса лечения отражены в табл. 3.

Таблица 3. Доля лиц с разными состояниями адаптации среди пациентов ЧДБ ОРВИ до и после лечения (абс., %)

Составляющие адаптации	До лечения			После лечения		
	ФН	ДС	СА	ФН	ДС	СА
Иммунно-эндокринная (по Л.Х. Гаркави)	17 27,4%	29 46,8%	16 25,8%	34 56,8%*	24 38,7%	3 4,8%*
Нервно-психическая (по И.Н. Гурвичу)	10 16,1%	19 30,6%	16 53,2%	14 22,6%	25 40,3%	23 37,1%*

Примечание - * - P < 0,05 по сравнению с исходной адаптацией (до лечения). ФН – физиологическая норма; ДС – донозологическое состояние; СА – срыв адаптации.

Как видно из таблицы 3, состояние иммунно-эндокринного звена адаптации после лечения улучшилось у значительного числа пациентов: достоверно увеличилась доля лиц с физиологической нормой и снизилась доля лиц со срывом адаптации. В состоянии нервно-психического звена также отмечены тенденции к улучшению, а доля лиц со срывом адаптации достоверно

снизилась.

В КЖ пациентов ЧДБ ОРВИ после лечения также произошли положительные сдвиги: не было выявлено достоверных различий по сравнению с практически здоровыми лицами. При этом значительно повысились показатели КЖ, касающиеся психоземotionalной и социальной сфер по шкалам RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие), SF (социальное функционирование), а также по показателю BP (телесная боль), касающемуся физической сферы (табл.1).

На другие показатели, касающиеся физической сферы, лечение существенно не повлияло. Это, возможно, предполагает необходимость дополнительного включения каких-либо мероприятий, влияющих на соответствующие аспекты КЖ, например, лечебной физкультуры.

Как отметили пациенты, лечение экстрактом элеутерококка хорошо переносилось и не имело побочных эффектов, однократный прием препарата был удобен и необременителен.

Выводы

1. У пациентов, часто и длительно болеющих острыми респираторными инфекциями, выявляются значительные нарушения в иммунно-эндокринной и, особенно, в нервно-психической составляющих адаптации организма.

2. Показатели качества жизни пациентов, часто и длительно болеющих острыми респираторными инфекциями, достоверно более низкие во всех сферах жизнедеятельности по сравнению с практически здоровыми лицами того же гендерно-возрастного состава.

3. Нарушения адаптации у пациентов ЧДБ ОРВИ сопровождаются снижением качества жизни, причем у лиц без нарушений адаптации показатели КЖ достоверно более высокие, чем у лиц в состоянии срыва адаптации.

4. Профилактическое лечение (активационная терапия) экстрактом элеутерококка в индивидуально подобранной дозе (по методике Л.Х.Гаркави с соавт.) улучшает состояние адаптации, особенно ее иммунно-эндокринного звена, и значительно повышает показатели качества жизни, особенно касающиеся психоземotionalной и социальной сфер.

5. Использованные методы исследования адаптации организма и качества жизни, а также их коррекция просты в исполнении, не требуют специальной аппаратуры и материальных затрат, поэтому могут широко использоваться в амбулаторных условиях для укрепления и поддержания здоровья населения.

Литература

1. Агаджанян, Н. А. Проблемы адаптации и учение о здоровье: учеб. пособие / Н. А. Агаджанян, Р. М. Бавеский, А. П. Берсенева, 2006. – 284 с.
2. Гаркави, Л. Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия: реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Т. С. Кузьменко, 1998. – 654 с.
3. Гиляревский, С. Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов. – М.: НПО "Союзмединформ", 1992. – 65 с.
4. Гурвич, И. Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.

■ Оригинальные научные публикации

5. Кузьменко, Т.С. Повышение эффективности лечения с помощью алгоритмов, разработанных на основе теории адаптационных реакций. – М. 2003. – 33с.

6. Месникова, И.Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекоменда-ции. / И.Л. Месникова, Бел. гос. мед. ун-т. – Минск,

2005. – 20 с.

7. *Guillemin, F.* Functional disability and quality of life assessment in clinical practice / *Rheumatology (Oxford)*. – 2000.– Vol. 39, № 1.– P. 17–23.

Поступила 8.11.2012 г.