

этом возрасте выявляются преимущественно по обращаемости. Наиболее часто ставится диагноз «пневмония», неэффективность неспецифической антибактериальной терапии заставляет проводить дифференциальную диагностику с туберкулезом. Казеозный процесс в лимфатических узлах средостения в форме опухолевидного бронхоаденита особенно значительно бывает выражен в раннем детском возрасте, когда при туберкулезе преобладает наличие крупных пакетов казеозно измененных лимфатических узлов.

К прямым признакам поражения бронхов относятся обтурация бронха, изменение его диаметра и деформация стенки. К косвенным симптомам относятся различные степени нарушения бронхиальной проходимости - от гиповентиляции до ателектаза, выявляемые на КТ как участки уменьшения, уплотнения легочной ткани, с четкими контурами.

Образование бронходулярного свища создает условия для поступления казеозно-некротических масс из расплавленного узла в просвет бронха, приводя к развитию бронхогенных диссеминаций.

Наклонность к генерализации процесса, к гематогенной диссеминации является одной из характерных особенностей течения первичного туберкулеза у детей раннего возраста. Острые мелкоочаговые и милиарные диссеминации характеризуются наличием в обоих легких большого количества мономорфных очагов, располагающихся от верхушек до диафрагмы. Очаговые изменения сочетаются с умеренно выраженной реакцией интерстициальных структур в виде диффузного утолщения междолькового интерстиция. Подострые гематогенные диссеминации характеризуются появлением в легких множественных однотипных или полиморфных очагов.

При этом преобладают изменения в верхних долях легких.

Лимфогенные туберкулезные диссеминации чаще всего наблюдаются у детей дошкольного и школьного возраста и отличаются неравномерностью поражения легких. Данные изменения располагаются преимущественно субплеврально в виде продуктивных очагов средней интенсивности, с относительно четкими контурами, размерами до 0,3-0,5 см. Чаще обнаруживаются в передних и задних сегментах верхних долей легких, в верхушечных сегментах нижней долей, а также в язычковых сегментах и в средней доле.

Более медленное прогрессирующее течение первичного туберкулеза чаще наблюдается у детей более старшего возраста (во второй половине дошкольного возраста, школьный возраст). Течение легочного процесса с острым началом, а впоследствии затяжным продолжением дает повод говорить о хроническом течении процесса. Лимфотропность микобактерий туберкулеза проявляется в склонности процесса к лимфо-железистому прогрессированию с вовлечением новых групп лимфатических узлов.

Поражение плевры при первичном туберкулезе встречается не часто (6%) у детей дошкольного и школьного возраста. Плеврит при первичном туберкулезе всегда является осложнением и объясняется особенной чувствительностью серозных оболочек к воспалительным реакциям в первичном периоде инфекции. Кроме того, известна непосредственная связь лимфатических сосудов корня и плевры, что облегчает переход на плевру воспалительного процесса.

Наиболее редким осложнением первичного туберкулезного комплекса является распад легочной ткани. Подобные изменения могут возникнуть и в пораженном лимфатическом узле. В этом случае при КТ-исследовании диа-

гностируется «железистая каверна».

В подростковом периоде наряду с благоприятно протекающими формами туберкулеза наблюдается более частая по сравнению с предшествующими младшим школьным и дошкольными периодами наклонность к прогрессированию. На фоне возникшего ранее, но не закончившегося первичного периода туберкулеза у подростков возникают поражения легких, носящие характер вторичных форм туберкулеза. В процесс могут быть вовлечены почти все группы (6 и более) внутригрудных лимфоузлов. Наряду с поражением в лимфатических узлах можно найти милиарные, ацинозные, экссудативные лобулярные очаги как элементы гематогенной и лимфогенной генерализации или бронхогенного распространения инфекции с выраженной экссудативной реакцией, некрозом, расплавлением очагов и образованием полостей, указывающим на прогрессирующий характер течения.

Выводы. Анализируя и обобщая изложенное, следует подчеркнуть, что в силу особенностей возрастной реактивности в раннем и подростковом возрасте чаще встречается осложненное течение первичного туберкулеза в виде бронхолегочного поражения и генерализации процесса с поражением других органов и систем. В дошкольном и младшем школьном возрасте неблагоприятное течение туберкулеза является гораздо более редким исключением и чаще встречается в виде лимфогенных обсеменений.

Литература

1. Руководство по туберкулезу /под ред. Рабухина А. Е., Щербанова Ф. Б. – М., 1959. – С. 165-217.
2. Руководство по туберкулезу / Rabukhin A.E., Shchebanova F.B. (Eds.). - М., 1959. -Р. 165-217.
3. Туберкулез у детей и подростков /под ред. В. А. Аксеновой. - М., 2007. – С. 136-160.
4. Туберкулез у детей и подростков / Aksyonova, V.A. (Ed.). -М., 2007. -Р. 136-160.

А.Е. Михайлова, Р.Н. Захарова, В.Г. Кривошапкин

ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН ПО ОПРОСНИКУ SF-36

УДК: 611.72-002,77-053.3-08

В статье представлены результаты исследования КЖ мужчин. Анализ показал, что уровень физического компонента КЖ у мужчин промышленной зоны был выше, чем у мужчин сельскохозяйственной и арктической зон.

Ключевые слова: SF-36, качество жизни.

The paper represents the results of QOL studies of men. The analysis showed that the level of the physical component of QOL in men of the industrial zone was higher than that of men of agricultural and arctic zones.

Keywords: SF-36, quality of life.

НИ «Институт здоровья» СВФУ им. М.К. Аммосова: **МИХАЙЛОВА Анна Ефремовна** – к.м.н., с.н.с., nsvnsr.66@mail.ru, **ЗАХАРОВА Раиса Николаевна** – к.м.н., руковод. группы, **КРИВОШАПКИН Вадим Григорьевич** – д.м.н., директор института.

Введение. Одним из приоритетных направлений нашего государства является улучшение качества жизни населения. В свою очередь, физическое здоровье – одна из важнейших ценностей человека. Состояние здоровья отражается на все сферы жизнедеятельности человека: профессиональную, творческую и личную. Так, благодаря активному образу жизни человек может наиболее полно реализовать свои жизненные планы и достичь личного счастья. Таким образом, физическое здоровье является основным компонентом оценки КЖ человека. Для оценки физического компонента КЖ можно использовать стандартизованный опросник SF-36. Четыре из восьми шкал данного опросника характеризуют физический компонент здоровья: физическое функционирование, ролевое функционирование, интенсивность боли и общее состояние здоровья [1,4].

Целью настоящей работы является оценка физического компонента качества жизни среди мужчин в различных медико-социальных зонах Республики Саха (Якутия).

Материал и методы исследования. Обследованы 503 мужчины в возрасте от 15 до 65 лет и старше. Из них проживающие в промышленной зоне 225 чел., в сельскохозяйственной – 150 и в арктической – 128 чел. Исследование проведено с использованием общепринятого в международной практике опросника SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study) в соответствии с требованиями Международного проекта IQOLA, разработанного для проведения популяционных исследований КЖ [1,2].

Опросник SF-36 подходит для самостоятельного заполнения респондентом и применим в возрасте от 14 лет и старше [1,4,5].

Критерий включения в исследование – информированное согласие.

Статистическая обработка данных проводилась. Тестирование выборки на наличие или отсутствие нормального распределения проведено с помощью построения частотной гистограммы и теста Колмогорова – Смирнова. Так как распределение выборки отличалось от нормального, для проверки гипотезы о достоверности различий между средними значениями выборки использованы непараметрические методы Манн – Уитни (Mann-Whitney U-test) и Краскела – Уоллиса (Kruskal – Wallis ANOVA). Анализ связей между исследуемыми группами выборки про-

веден с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Анализ показателей физической активности мужчин показывает отчетливую разницу в зависимости от медико-экономической зоны.

Так, уровень физической активности мужчин промышленной зоны был выше средних значений независимо от возраста, также выше средних значений у мужчин арктической зоны в возрасте 25-34 года. К сожалению, в других возрастных группах значение физического функционирования было ниже среднего уровня. Уровень физической активности мужчин сельскохозяйственной зоны независимо от возраста был ниже среднего значения. На основании результатов исследования следует сказать, что показатели физического функционирования мужчин промышленной зоны независимо от возраста почти в 2 раза выше, чем показатели мужчин арктической и сельскохозяйственной зоны ($p < 0,001$). Данные, полученные у мужчин сель-

скохозяйственной, арктической зон и частично промышленной зоны, не соответствуют результатам популяционного исследования, проведенного в рамках многоцентрового проекта «Мираж», где физическая активность респондентов в возрасте от 18 до 45 лет была выше средних значений и постепенно уменьшалась с возрастом. В результатах данного исследования вышеуказанная тенденция прослеживалась и по шкале ролевого физического функционирования [3]. По нашим данным, влияние здоровья на выполнение профессиональной деятельности или повседневных обязанностей показало, что ролевое физическое функционирование (РФФ) мужчин промышленной зоны во всех возрастных группах было статистически значимо выше, чем в других зонах ($p < 0,001$).

Показатели ролевого физического функционирования мужчин арктической и сельскохозяйственной зон были ниже среднего значения независимо от возраста.

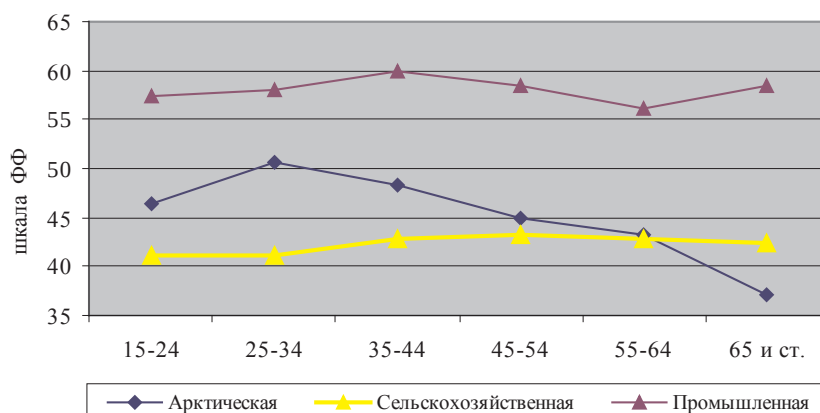


Рис. 1. Стандартизированные значения шкал физического функционирования (ФФ) в зависимости от возраста и места жительства мужчин

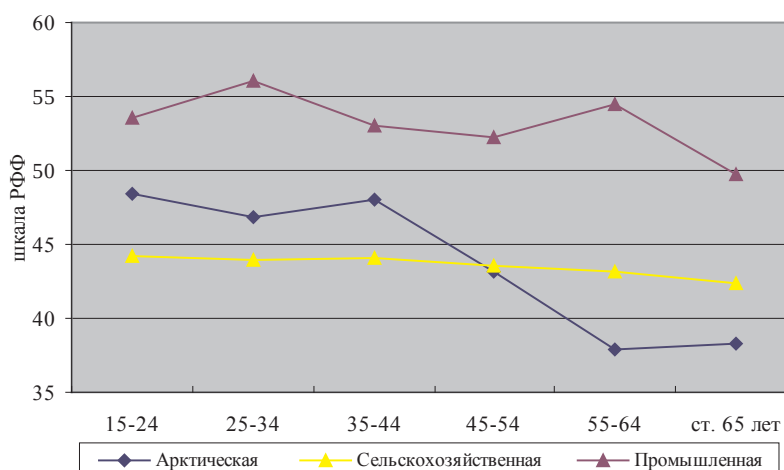


Рис. 2. Стандартизированные значения шкал ролевого физического функционирования (РФФ) в зависимости от возраста и места жительства мужчин

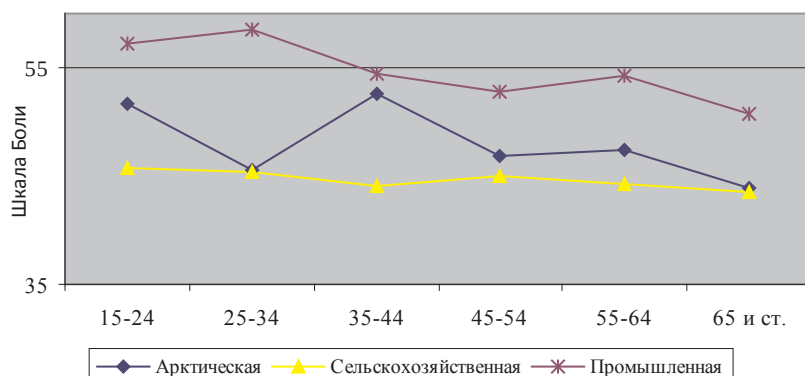


Рис.3. Стандартизованные значения шкалы боли в зависимости от возраста и места жительства мужчин

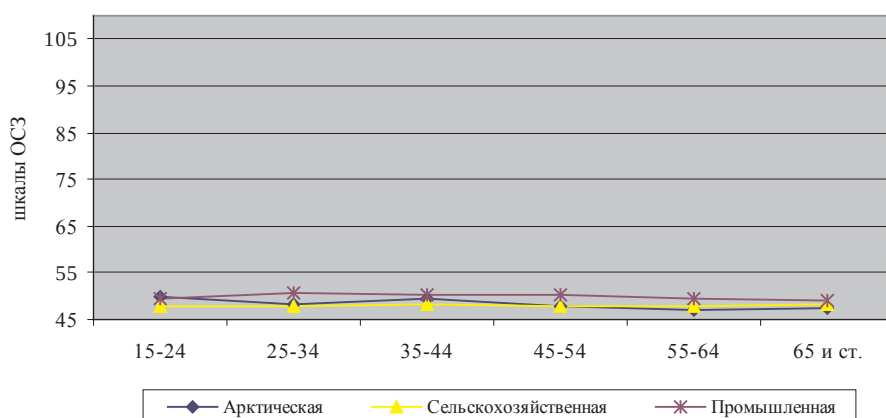


Рис.4. Стандартизованные значения шкалы общего состояния здоровья в зависимости от возраста и места жительства мужчин

Эти данные свидетельствуют о том, что особенно у лиц, проживающих в арктической и сельскохозяйственной зонах, отмечаются проблемы, связанные со здоровьем, которые отрицательно влияют на выполнение трудовой и повседневной деятельности.

Следующий показатель оценивает наличие болевого синдрома у мужчин. Следует отметить, что чем ниже показатель по данной шкале, тем больше боль мешает нормальной жизнедеятельности.

У мужчин промышленной зоны болевым синдромом не оказывал существенного влияния на КЖ. Среди мужчин арктической зоны от 15 до 24 лет и от 35 до 44 лет не выражен болевой синдром, хотя в других возрастных группах уровень болевого синдрома играл

существенную роль в оценке здоровья и жизнедеятельности мужчин.

Если судить по интенсивности болевого синдрома, то наиболее он был выражен среди мужчин сельскохозяйственной зоны.

Самооценка своего здоровья является одним из важных критериев оценки качества жизни, так как отражает мнение респондента о своем состоянии здоровья в настоящий момент, и перспектив лечения. Результаты оценки состояния своего здоровья представлены на рис.4.

Обращают на себя внимание низкие показатели шкалы общего состояния здоровья мужчин до 24-летнего возраста, независимо от зоны проживания. Общее состояние здоровья мужчин промышленной зоны до 54 лет

оценивалось выше среднего уровня и постепенно уменьшалось с возрастом. Мужчины сельскохозяйственной и арктической зоны, независимо от возраста, имели меньшую сопротивляемость к болезням.

Анализ физического компонента КЖ показал, что мужчины промышленной зоны имели лучшие показатели по всем шкалам физического здоровья по сравнению с мужчинами сельскохозяйственной и арктической зон ($p < 0,001$).

Таким образом, результаты исследования физического компонента качества жизни, оцениваемые самим человеком, могут служить дополнительным элементом, составляющим понятие «здоровье», и быть применены для принятия программ, ориентированных на улучшение КЖ мужчин арктической и сельскохозяйственной зон.

Литература

1. Исследования качества жизни в педиатрии / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. - М.: Издание РАЕ, 2008. - 103 с.
Quality of Life Research in Pediatrics / ed. Acad. RAMS J.L. Shevchenko. - M.: Publishing RAE, 2008. - 103.
2. Новик А.А. Современные стандарты исследования качества жизни в педиатрии / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Т.П. Никитина // Вестник Межнацио-нального центра исследования качества жизни. - 2009. - №13-14. - С. 6-12.
Novik A.A. Modern standards of Quality of Life Research in Pediatric / A.A. Novick, T.I. Ionova, T.P. Nikitina // Journal of Multinational Quality of Life Research Center. - 2009. - № 13-14. - P. 6-12.
3. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты много-центрального исследования качества жизни «МИРАЖ») / Амирджанова В.Н. [и др.] // Научн.-практ. ревматология. - 2008 - №1.- С. 36-48.
Population-based indicators of quality of life on the SF-36 (results of a multicenter study of quality of life "Mirage"). Amirdzhanova V.N. [et al.] // Nauchn.-pract. rheumatology. - 2008 - №1.- P.36-48.
4. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. - 2-е изд. - М.: ОЛМА, 2007. - 314 с.
Guideline for the study of quality of life in medicine / ed. Acad. RAMS J.L. Shevchenko. - 2nd ed. - M.: OLMA, 2007. - 314 p.
5. Cross-Cultural Comparisons of the Content of SF-36 translations across ten countries: results from the IQOLA Project / A. K. Wagner [et al.] // J. Clin. Epidem. -1998. -51 (11): 925-932.