

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ДЕФИЦИТОМ МАГНИЯ

*Кафедра факультетской терапии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: Corpus@ksma.ru*

Обследовано 29 человек в возрасте 20–25 лет, 19 из которых (1-я группа) имели дефицит магния и костно-суставные признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), а 10 человек практически здоровых (2-я группа). Проведены оценка качества жизни (КЖ) по опроснику SF-36 и её сравнение в группах. Отмечено снижение качества жизни в группе 1 по сравнению с группой 2 по ряду показателей (ролевое функционирование, общее здоровье, жизнеспособность, физический компонент здоровья).

Ключевые слова: качество жизни, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, опросник SF-36, гипомagneмия.

N. Yu. TIKHOMIROVA, L. N. ELISEEVA, Z. A. BASTE, I. G. MALKHASYAN

EFFECT INSUFFICIENT OF MAGNESIUM ON QUALITY OF LIFE IN YOUNG PATIENTS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

*Department of faculty therapeutics of Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, str., Sedina, 4. E-mail: Corpus@ksma.ru*

Surveyed 29 people aged 20–25 years, 19 of which have a insufficient of magnesium, osteoarticular symptoms undifferentiated dysplasia of connective tissue, who have been diagnosed with insufficient of magnesium and 10 practically healthy persons. All surveyed were divided into 2 groups: the first group consisted of 19 people, and the second 10. Evaluation of quality of life (QOL) and its comparison groups. The marked decline in the quality of life in the group 1 compared to group 2 on a range of indicators (role functioning, pain, general health, vitality, physical health component).

Key words: quality of life (QOL), undifferentiated dysplasia of connecting tissue, questionnaire of SF – 36, hypomagneemia

Введение

Недифференцированные дисплазии соединительной ткани встречаются, по разным данным, в популяции с частотой от 25–30% до 60–80%. В связи с этим проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) привлекает особое внимание клиницистов [1, 2, 3, 5, 7]. В соответствии с современными данными фундаментальной и клинической медицины предполагается, что дисплазии соединительной ткани являются проявлением первичного дефицита магния [6, 9]. Однако исследований, посвященных определению нарушений КЖ у пациентов с НДСТ, дефицитом магния и артралгиями недостаточно.

Цель исследования – провести сравнительную оценку параметров качества жизни у пациентов с НДСТ и дефицитом магния.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось среди студентов старших курсов Кубанского государственного медицинского университета после подписания ими информированного согласия. Все обследованные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 19 человек с костно-суставными признаками НДСТ и дефицитом магния, среди которых 11 женщин (57,89%), их средний возраст составил $22,0 \pm 1,2$ года. Во вторую группу включены 10 практически здоровых лиц, среди которых 8 женщин (52,9%), средний возраст пациентов 2-й группы составил $21,75 \pm 0,5$ года. Определение наличия признаков дисплазии костно-суставной системы проводилось на основании российских рекомендаций ВНОК «Наследственные нарушения соединительной ткани», 2009 г. [4]. Наличие костных признаков дисплазии определялось при помощи

антропометрических методов (измерение роста, длины верхнего и нижнего сегментов тела, размаха рук, длины кисти, стопы, среднего пальца кисти, высоты свода стопы с расчетом подометрического индекса), наличие суставных признаков оценивалось по наличию гипермобильности суставов (ГМС). Выявление ГМС проводилось по девятибалльной шкале Р. Beighton, а синдрома гипермобильности суставов (СГМС) – по критериям Брайтона [4].

Скрининговое определение дефицита магния проводилось при помощи опросника экспертов

ЮНЕСКО, а затем подтверждалось определением концентрации магния в сыворотке крови аппаратным методом в лаборатории ККБ № 1. Референсные значения содержания магния в сыворотке крови составляли 0,85–1,15 ммоль/л. Гипомагниемия определялась при уровне магния в сыворотке крови ниже 0,85 ммоль/л. Для оценки КЖ использовали опросник SF-36, валидированный Межнациональным центром исследования КЖ г. Санкт-Петербурга [8]. 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое функциониро-

Таблица 1

Антропометрические характеристики группы с НДСТ и дефицитом магния и здоровых лиц

Показатели	НДСТ и гипомагниемия (n=19)	Здоровые (n=10)
Рост (см)	169,52±3,44	166,78±2,07*
Вес (кг)	59,84±4,13	64,5±3,78*
ИМТ (кг/м ²)	20,7±2,0	23,3±1,8*
Размах рук/рост	1,003±0,041	0,988±0,09
Соотношение «верхний/нижний сегмент»	1,06±0,108	1,11±0,21
Верхний сегмент	87,4±5,91	87,52±6,002
Нижний сегмент	82,08±6,94	79,42±6,84
Длина стопы/рост	0,14±0,01	0,138±0,1
Длина стопы	24,29±2,37	24,08±1,98
Длина кисти/рост	0,106±0,007	0,104±0,007
Длина кисти	17,95±1,26	17,96±1,11
Длина среднего пальца кисти	8,01±0,75	7,92±0,68
Высота свода стопы	7,1±1,4	7,8±1,29*
Подометрический индекс	26,63±5,98	32,72±3,53*
Гипермобильность суставов	5,84±1,07	1,6±1,33*

Примечание: значком * отмечены достоверные изменения ($P < 0,05$).

Таблица 2

Значения показателей качества жизни у молодых лиц с НДСТ и дефицитом магния и практически здоровых лиц

Показатели	НДСТ и гипомагниемия (n=19)	Здоровые (n=10)
ФФ	88,94±12,19	85±17,79
РФФ	56,57±42,36	87,5±25*
Б	68,21±23,45	77±20,23
ОЗ	60,10±20,07	75,25±16,70*
Э	60±18,02	76,25±20,96*
СФ	79,60±19,22	84,25±15,96
РЭФ	63,10±35,0	75,075±31,9
ПЗ	68,63±16,01	73±22,94
РН	48,0656±6,89	53,81±8,24*
МН	45,2128±9,32	51,07±10,15

Примечание: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, Б – интенсивность боли, ОЗ – общее состояние здоровья, Э – энергичность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, ПЗ – психическое здоровье, РН – физический компонент здоровья, МН – психологический компонент здоровья; значком * отмечены достоверные изменения ($P < 0,05$).

вание, обусловленное физическим состоянием, Б – интенсивность боли, ОЗ – общее состояние здоровья, Э – энергичность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, ПЗ – психическое здоровье, РН – физический компонент здоровья, МН – психологический компонент здоровья [10]. Чем выше оценка по этим шкалам, тем выше КЖ. Шкалы группируются в два показателя: физический компонент здоровья (physical health – РН), включающий шкалы 1–4, и психологический компонент здоровья (mental health – МН), основанный на оценке шкал 5–8. Анализ анкет проводили при помощи компьютерной программы «sf36.zip».

Статистическая обработка результатов выполнена с помощью программы «BioStat 2009» и включала расчет средней и стандартного отклонения ($M \pm SD$), корреляционных связей – по ранговому методу Спирмена (rs). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные нами исследования позволили установить антропометрические отличия в сравниваемых группах студентов одного возраста и социального уровня. Характеристика антропометрических показателей в группах приведена в таблице 1. В группе студентов, имеющих признаки НДСТ и гипомagneмией, отмечены более высокий рост и меньшие значения массы тела, что приводило к достоверно большему индексу массы тела в группе здоровых. Среди других антропометрических параметров, характеризующих исследуемые относительные ростовые индексы, достоверных различий не выявлено. Вместе с тем достоверные отличия касались частоты и тяжести развития плоскостопия. Так, среди здоровых не было выявлено признаков плоскостопия, тогда как в группе студентов с признаками НДСТ установлены достоверно меньшие цифры высоты свода стопы (на 9,9%) и подометрического индекса (на 23,0%). Наиболее значимыми были различия в частоте и выраженности гипермобильности суставов. Так, по девятибалльной шкале Р. Beighton ГМС в группе НДСТ была в 3,65 раза больше, чем у здоровых лиц. Указанные изменения в суставах могут быть причиной формирования дегенеративных изменений в раннем возрасте, что требует использования профилактических мероприятий с коррекцией плоскостопия и рациональных нагрузок на суставы.

Средние показатели КЖ в группах приведены в таблице 2. При сравнении показателей по 8 шкалам между группами выявлены достоверные различия по шкалам «ролевое функционирование» ($p=0,0441$), «общее здоровье» ($p=0,0514$), «энергичность» ($p=0,0379$), «физический компонент здоровья» ($p=0,0706$). Указанные изменения

могут быть частично связаны с гипомagneмией [9], и потенциально возможно их устранение. Снижение компонентов физического здоровья свидетельствует о том, что физическое состояние ограничивает повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей), а также низкую оценку своего состояния здоровья. Низкие значения по показателю «энергичность» говорят о снижении жизненных сил, энергии и обессиленности.

Таким образом, установлено снижение качества жизни, оцениваемое по опроснику SF-36, у лиц молодого возраста с НДСТ и гипомagneмией по сравнению с практически здоровыми лицами по ряду показателей, характеризующих физический (ролевое функционирование, общее здоровье) и эмоциональный (энергичность) компоненты здоровья. Кроме того, в группе молодых людей с НДСТ и гипомagneмией снижены показатели высоты свода стопы и подометрического индекса, что говорит о плоскостопии, а также высока выраженность гипермобильности суставов. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости антропометрических исследований в студенческих коллективах с последующими рекомендациями ортопедической коррекции подометрических нарушений и динамического контроля за уровнем магния, для чего в скрининговом режиме можно использовать опросник, разработанный экспертами ЮНЕСКО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богмат Л. Ф. Дисплазия соединительной ткани – основа формирования воспалительных и дегенеративных процессов у детей и подростков / Л. Ф. Богмат, Э. Л. Ахназарянц, В. Л. Кашина и др. // Травма. – 2005. – Т. 6. № 4. – С. 381–384.
2. Дудников Э. В. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно-кишечного тракта // Южно-Российский медицинский журнал. – 2002. – № 5–6. – С. 25–28.
3. Дмитрачков В. В. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани // Медицинский журнал: рецензируемый научно-практический журнал. Учредитель: Белорусский государственный медицинский университет. – 2006. – № 3. – С. 20–23.
4. Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии. Диагностика и лечение. Российские рекомендации (I пересмотр) // Рос. кардиол. журн. – 2013. – № 1 (приложение 1). – 32 с.
5. Дисплазия соединительной ткани / Под ред. Г. И. Нечевой. – Омск: изд-во ОГМА, 2005. – 168 с.
6. Нечаева Г. И., Викторова И. А., Громова О. А., Вершинина М. В., Яковлев В. М., Торшин И. Ю. с соавт. Дисплазии соединительной ткани у детей и подростков. Инновационные стационар-сберегающие технологии диагностики и лечения в педиатрии. – М.: Союз педиатров России, 2009. – 96 с.
7. Николаев К. Ю. Дисплазия соединительной ткани и полиорганная патология у детей школьного возраста / К. Ю. Николаев, Э. А. Отева, А. А. Николаева и др. // Педиатрия. – 2006. – № 2. – С. 89–91.

8. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.

9. Торшин И. Ю., Громова О. А. Молекулярные механизмы магния и дисплазии соединительной ткани // Рос. мед. журнал. – 2008. – С. 263–269.

10. 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. – P. 136.

Поступила 14.10.2014

В. А. ХОРОЛЬСКИЙ¹, И. М. ОРДИЯНЦ², В. В. КАРДАНОВА³, Я. О. СТЫКИН²

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ

¹Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. +79882486199. E-mail: vadim23_67@mail.ru;

²кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГБОУ ВПО РУДН, Россия, 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8; тел. 8 (495) 321-41-85. E-mail: ordiyantc@mail.ru;

³медицинский центр женского здоровья, Россия, 127282, г. Москва, Заревый проезд, 10; тел. +8 (499) 478-20-19. E-mail: womanmed@mail.ru

Изучено репродуктивное здоровье 200 женщин в возрасте от 18 до 48 лет, из них 64 – с миомой матки, 33 – с миомой матки в сочетании с аденомиозом и 103 – без миомы матки и аденомиоза. Проведено генотипирование шести молекулярно-генетических маркеров (полиморфизмов -351A/G и -397 T/C гена ESRα, полиморфных маркеров генов фактора некроза опухоли α, рецептора фактора некроза опухоли 1-го и 2-го типов и лимфотоксина α) для изучения роли отягощенной наследственности в формировании миоматозных узлов в матке у женщин. Женщины с генотипами GG, GA, AA полиморфизма +36 A/G рецептора фактора некроза опухоли 1-го типа и GG полиморфизма +250 G/A лимфотоксина α являются группой риска по развитию миомы матки и аденомиоза.

Ключевые слова: миома матки, аденомиоз, молекулярно-генетические маркеры.

V. A. KHOROLSKY¹, I. M. ORDIYANTS², V. V. KARDANOVA³, Y. O. STYKIN²

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF GENETIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PROLIFERATIVE DISEASES OF THE UTERUS

¹Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Kuban state medical university, state institution of higher professional education, Ministry of health of the Russian Federation, Russia, 350063, Krasnodar, 4, Sedin street; tel. +79882486199. E-mail: vadim23_67@mail.ru;

²department of obstetrics and gynecology with the course of perinatology peoples' friendship university of Russia, Russia, 117198, Moscow, Miklouho-Maclay str., 8; tel. 8 (495) 321-41-85. E-mail: ordiyantc@mail.ru;

³Medical center women's health, Russia, 127282, Moscow, Zarevy passage, 10; tel. +8 (499) 478-20-19. E-mail: womanmed@mail.ru

Were studied reproductive health of 200 women aged from 18 to 48 years, of which 64 with fibroids, 33 – with fibroids in combination with adenomyosis and 103 – without fibroids and adenomyosis. Performed genotyping of six molecular genetic markers (SNPs-351A/G and -397 T/S ESRα gene, a polymorphic marker genes of tumor necrosis factor α receptor tumor necrosis factor 1-St and 2-nd type and lymphotoxin α) to study the role of family history in the formation of fibroids in the uterus in women. Women with genotypes GG, GA, AA polymorphism +36 A/G receptor tumor necrosis factor 1 and type GG polymorphism +250 G/A lymphotoxin α are increased risk of developing uterine fibroids and adenomyosis.

Key words: uterine fibroids, adenomyosis, molecular genetic markers.