

А. Е. Мухоморов

Главный военный медицинский клинический госпиталь
Министерства обороны Украины (г. Киев)

ОЦЕНКА ИНТЕГРАТИВНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах, показали, что в настоящее время около 400 млн людей страдают психическими расстройствами. Среди них, по данным ВОЗ, более 110 млн человек болеют депрессивными расстройствами и их число постоянно растет.

Особенностью депрессивных расстройств является не только тяжесть самого болезненного процесса, но и выраженное нарушение социального функционирования во всех сферах жизни, которое они обуславливают.

Исходя из вышеизложенного, целью исследования явилось изучение показателя качества жизни больных аффективными расстройствами. В исследование было включено 89 больных депрессивными расстройствами, среди которых 51 больной умеренным депрессивным эпизодом (F 32.1) и 38 больных циклотимией (F 34.0), Среди обследованных преобладали женщины (64 %). Большинство из них составили лица наиболее трудоспособного возраста — от 20 до 50 лет. Длительность болезни у 57,3 % больных составила до 6 месяцев, 25,8 % болели более 5 лет, 16,9 % — до 5 лет.

Анализ особенностей течения заболевания показал, что депрессивные эпизоды в прошлом у 20,2 % больных наблюдались от 3 до 5 раз, у 13,5 % — до 3 раз, у 9,0 % — 1 раз, в 57,3 % наблюдений выявлялись впервые. Следует отметить, что из 42,7 % больных с повторными эпизодами депрессии только 25,8 % уже лечились ранее у психиатров, после чего достаточно продолжительное время чувствовали себя хорошо, у остальных 16,9 % депрессивные эпизоды редуцировались самостоятельно.

Изученная выборка больных аффективными расстройствами включала различные социальные группы: 43,8 % обследованных составили рабочие, 40,5 % больных работали служащими, 2,2 % учились в средних специальных и высших учебных заведениях и 13,5 % обследованных не работали.

В процессе обследования больных депрессивными расстройствами изучался характер жалоб, особенности анамнеза с уточнением возможных аналогичных состояний в прошлом и причин, которые могли способствовать развитию болезненной симптоматики. Больные депрессивными расстройствами указывали на наличие психотравмирующих факторов: неудовлетворенность материально-бытовыми условиями, взаимоотношениями в семье и на работе, смерть близких, потеря работы, соматические болезни и другие, но в большинстве наблюдений данные факторы не были психогенными, больные чаще перечислили все негативные стороны своей жизни, пытаясь найти объяснение своему состоянию. При этом достаточно часто указания на психогении отсутствовали (у 20 больных, что составляло 22,5 % от общего количества обследованных).

Диагноз циклотимии и умеренного депрессивного эпизода устанавливался на основании критериев

МКБ-10. Болезненные симптомы в большинстве наблюдений формировались постепенно, в связи с чем не все обследованные могли четко указать начало заболевания, однако длительность настоящего депрессивного эпизода у большинства из них составляла от 2 недель до 4 месяцев.

Следует отметить, что 25,8 % больных перед обращением к психиатру уже безрезультатно обследовались и лечились у специалистов общемедицинского профиля по поводу соматических жалоб, преимущественно со стороны желудочно-кишечного тракта? либо различных вегетовисцеральных расстройств. Снижение трудоспособности у обследованных данной группы наступало с момента начала заболевания и не превышало нескольких месяцев, у 43,8 % имело место снижение социальной адаптации из-за подавленности, углубленности в себе, снижения социальных контактов и интереса к работе — ухудшались взаимоотношения в семье, на работе, материальное состояние, что усугубляло депрессивную настроенность пациентов. Клиническая картина у больных характеризовалась сочетанием сниженного настроения с ангедонией, подавленностью, удрученностью, утратой способности получать удовольствие, пессимизмом, пониженной самооценкой (100 %), идеаторной и моторной заторможенностью (66,3 %), утратой прежней активности (100 %), снижением продуктивности при физической и умственной работе, рассеянностью, ухудшением способности к усвоению информации (86,5 %), расстройствами сна (длительное засыпание, раннее пробуждение по утрам, отсутствие чувства отдыха) (87,6 %). Пациенты становились безынициативными, безрадостными, большую часть времени проводили в одиночестве (83,1 %). Тоскливое, страдальческое настроение практически не изменялось при положительных обстоятельствах у 76,4 % больных. Пациенты думали о своих делах с пессимизмом, 91,4 % из них высказывали идеи виновности, унижения, 47,2 % отмечали, что не видят смысла в будущем.

У 25,8 % обследованных отмечалась ажитация в виде состояния беспокойства, субъективно ощущаемая самими больными как неспособность расслабиться, а объективно выражающаяся в безостановочной двигательной активности.

У большинства обследованных наблюдалась тревога (87,6 %), преимущественно в утренние часы, в группе больных циклотимией отмечался суточный ритм колебания состояния — они хуже чувствовали себя в утренние часы.

Соматовегетативные проявления депрессии у обследованных больных выявлялись преимущественно со стороны желудочно-кишечного тракта (потеря аппетита, запоры, дискомфорт в области желудка) — 86,5 % и сердечно-сосудистой системы (преимущественно за счет нарушений сердечного ритма) — 61,8 % больных. У 53,9 % обследованных отмечались вегетовисцеральные пароксизмы смешанного типа с чувством жара,

перебоями в роботі серця, головкружінням, тривогою, коливаннями артеріального тиску. Крім цього, в більшості спостережень відзначалося зниження маси тіла і втрата лібідо.

Інтегративний показник якості життя оцінювався до і після проведеного лікування з позиції триади: самим хворим, його родичами і лікарем.

Слід зауважити, що результати загальної характеристики показника якості життя у хворих циклотимією і помірною депресивною епізодом були ідентичні, в зв'язі з чим їх оцінка проводилася в цілому. Початковий показник якості життя до лікування в оцінці самих пацієнтів склав 4,1 бала. Значення показника якості життя хворих депресивними розладами до лікування в оцінці самих пацієнтів були наступними: за шкалою «Фізичне благополуччя» — 3,3 бала, за шкалою «Загальне сприйняття якості життя» — 3,1 бала, що відображає схильність даної категорії хворих знайти пояснення свого стану в першу чергу в соматичних причинах.

Достатньо низкими були також показники за шкалами «Соціоемоціональна підтримка» — 3,9 бала; «Психологічне/емоціональне благополуччя» — 4,0 бала; «Личнісна реалізація» — 4,0 бала; «Духовна реалізація» — 4,2 бала і «Роботоспроможність» — 4,3 бала.

Некілько вище пацієнти оцінювали себе за шкалою «Самообслуговування і незалежність дій» — 4,6 бала і найбільш високо — за шкалою «Міжличностне взаємодія» — 5,4 бала.

При оцінці якості життя виявляється взаємозв'язок показників з клінічною картиною: наявність зниженого фону настрою, тривоги, неуверенності в собі, наявність ідей самообвинення, песимістична оцінка походження і майбутнього корелює з низкими показниками за шкалами «Загальне сприйняття якості життя», «Фізичне благополуччя», «Соціоемоціональна підтримка», «Личнісна реалізація», «Духовна реалізація», «Фізичне благополуччя» і «Роботоспроможність».

Інтегративний показник якості життя хворих депресивними розладами з позиції їх близьких склав 5,2 бала. Родичи найбільш низько оцінювали «Психологічне/емоціональне благополуччя» своїх близьких — 3,9 бала. «Загальне сприйняття якості життя», їх «Личнісну реалізацію», «Фізичне благополуччя» і «Духовну реалізацію» вони оцінювали декілько вище — 4,5; 4,8; 4,9 і 5,0 бала відповідно. З невеликою різницею в балах оцінювалися показники за шкалами «Роботоспроможність» — 5,2 бала; «Самообслуговування і незалежність дій» — 5,5 бала; «Загальне сприйняття якості життя» — 5,5 бала. Найбільш високо родичами оцінювалися шкали «Міжличностне взаємодія» — 5,9 бала; «Соціоемоціональна підтримка» — 6,4 бала.

Ці дані показників за оцінкою родичів перевищують показники, отримані за оцінкою самих пацієнтів, що пояснюється більш адекватною оцінкою їх близьких.

Інтегративний показник якості життя хворих депресивними розладами з позиції лікарів склав 5,4 бала. При оцінці показників якості

життя розглянутих хворих лікарі також найбільш низько оцінювали шкалу «Психологічне/емоціональне благополуччя» — 4,0 бала. Декілько вище оцінювалися шкали «Личнісна реалізація» — 4,6 бала; «Духовна реалізація» — 4,9 бала і «Загальне сприйняття якості життя» — 4,9 бала. З невеликою різницею в балах оцінювалися «Фізичне благополуччя» — 5,2 бала і «Роботоспроможність» пацієнтів — 5,4 бала. «Загальне сприйняття якості життя» — 5,8 бала; «Самообслуговування і незалежність дій» — 6,1 бала. «Міжличностне взаємодія» оцінювали хворі достатньо високо — 6,1 бала і найбільш оцінювали показники за шкалою «Соціоемоціональна підтримка» — 6,7 бала.

Таким чином, в оцінці лікарями якості життя хворих депресивними розладами основний акцент робився на порушення їх психологічного, емоціонального благополуччя і личнісної реалізації, що, безумовно, негативно відобразилося на загальному сприйнятті якості життя. В той же час лікарі високо оцінювали міжличностні взаємодії, що свідчить про визначену соціальною адаптацією даної категорії хворих.

В результаті порівняльного аналізу показників якості життя хворих депресивними розладами до лікування з позиції хворих, їх родичів і лікарів, в їх оцінках виявлені достовірні відмінності. Перше з них, звертає на себе увагу різниця величин інтегративного показника якості життя за оцінкою самих хворих (4,1 бала), їх родичів (5,2 бала) і лікарів (5,4 бала), що свідчить про песимістичну оцінку свого стану, нинішнього і майбутнього розглянутої категорії хворих.

Слід зауважити, що за шкалами «Психологічне/емоціональне благополуччя», «Міжличностне взаємодія», «Личнісна реалізація» і «Духовна реалізація» достовірно значимих відмінностей в оцінках самих пацієнтів депресивними розладами, їх родичів і лікарів виявлено не було. В той же час за шкалами «Фізичне благополуччя», «Самообслуговування і незалежність дій», «Соціоемоціональна підтримка», «Загальне сприйняття якості життя», «Роботоспроможність» показники, дані хворими, достовірно нижче оцінок їх родичів і лікарів ($p < 0,05$).

Порівняння показника якості життя хворих депресивними розладами до лікування з показниками якості життя здорових свідчить про достовірно більш високі показники в групі здорових ($p < 0,001$). Порівняльний аналіз результатів дослідження показує кількісні і якісні відмінності між групами.

Так, хворі депресивними розладами оцінювали свій інтегративний показник якості життя на рівні 4,1 бала; здорові — на рівні 8,1 бала. Родичи хворих депресивними розладами цей показник оцінювали в 5,2 бала, родичи здорових — 8,4 бала, показник якості життя в оцінці лікарів по відношенню до хворих депресивними розладами склав 5,4 бала; по відношенню до здорових — 8,3 бала.

Таким образом, в общей характеристике показателя качества жизни у больных депрессивными расстройствами можно отметить низкие показатели практически по всем шкалам. Кроме того, показатели шкал, отражающих психологическое/эмоциональное состояние пациентов низко оценивались не только самими больными, но и их родственниками и врачами по отношению к больным. Родственники больных депрессивными расстройствами и врачи идентично оценивали практически все шкалы, что положительно отражается на терапевтическом процессе.

В нашем исследовании в качестве антидепрессанта применялся Феварин.

Оценка показателей качества жизни больных депрессивными расстройствами с точки зрения больных в динамике через 4 недели лечения показала достоверное повышение среднего показателя практически по всем шкалам. После лечения величина интегративного показателя качества жизни у пациентов рассматриваемой группы выросла и составила 6,7 балла по сравнению с 4,1 баллами до начала лечения.

По нашим данным отмечался рост показателей по всем шкалам, особенно — по шкалам «Физическое благополучие» — с 3,3 до 6,7 балла, «Психологическое/эмоциональное благополучие» — с 4,0 до 6,8 балла и «Общее восприятие качества жизни» — с 3,1 до 6,7 балла.

Остальные показатели характеризовались возрастанием значений, что свидетельствовало о позитивной динамике как в физическом состоянии пациентов, так и в улучшении их работоспособности, самообслуживания и независимости действий, общей активации их социальных связей.

После 4 недель лечения своих близких родственники оценивали интегративный показатель качества их жизни также значительно выше — 6,9 балла (по сравнению с 5,2 баллами до лечения). При этом наибольший рост показателей отмечен по шкалам «Психологическое/эмоциональное благополучие» — с 3,9 до 6,9 балла, «Работоспособность» — с 5,2 до 7,7 балла, «Общее восприятие качества жизни» — с 4,5 до 7,0 баллов.

С точки зрения врачей показатели качества жизни больных депрессивными расстройствами после проведенного лечения также возросли — интегративный показатель качества жизни вырос до 7,0 баллов по сравнению с 5,4 балла до лечения. Эти данные свидетельствуют о достоверном повышении показателя, прежде всего, по шкале «Психологическое/эмоциональное благополучие» — с 4,0 до 7,0 баллов. Так же значительно выросли в оценке врачей показатели по шкалам «Личностная реализация» — с 4,6 до 7,0 баллов, «Работоспособность» — с 5,4 до 7,6 балла и «Общее восприятие качества жизни» — с 4,9 до 7,1 балла.

Данные средних показателей качества жизни больных депрессивными расстройствами в динамике через 4 недели лечения по оценке самих пациентов, их родственников и врачей показали отсутствие достоверной разницы в оценке (6,7 балла у больных, 6,9 балла у их родственников и 7,0 балла у врачей). И если до лечения больные депрессивными расстройствами интегративный показатель качества жизни оценивали ниже, чем их родственники и врачи, то после лечения все участники дают ему сходную оценку, что связано

с восстановлением эмоционального состояния больных и изменившейся самооценкой.

Оценка интегративного показателя качества жизни у больных депрессивными расстройствами после 4 недель лечения стала выше, но еще отличалась от таковой у здоровых и составляла с точки зрения больных 6,7 балла, здоровых — 8,1 балла; в оценке родственников больных — 6,9 балла, родственников здоровых — 8,4 балла; с точки зрения врачей по отношению к больным — 7,0 балла, по отношению к здоровым — 8,3 балла. Приведенные данные свидетельствуют о значительной динамике в состоянии пациентов рассматриваемой группы в процессе лечения, но еще сохраняющихся отличиях с показателями здоровых.

Показатели качества жизни больных депрессивными расстройствами, полученные в динамике лечения Феварином, демонстрируют повышение показателей по всем шкалам, значительное сглаживание различий в оценке самих пациентов, их родственников и врачей. При сопоставлении показателей больных депрессивными расстройствами в динамике лечения и здоровых обращает на себя внимание уменьшение качественных различий между ними — профиль качества жизни в оценках больных, их родственников и врачей практически повторяет таковой у здоровых испытуемых. То есть применение Феварина способствовало, с одной стороны, количественному росту значений каждой из шкал показателя качества жизни, с другой стороны — гармонизации оценок всех участников диалога (пациентов, родственников и врачей), что значительно упрощает дальнейшее применение психотерапии.

Такой высокий процент приверженности препарату и удовлетворенности терапией является косвенным показателем улучшения качества жизни у пациентов, получающих Феварин, по сравнению с другими антидепрессантами и обусловлен высокой эффективностью, хорошей переносимостью и безопасностью Феварина. Важным моментом клинической характеристики Феварина является высокая доля пациентов, достигших не только уровня «ответивших на антидепрессивную терапию», но и с полным выходом из депрессии.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что исходный показатель качества жизни у больных депрессивными расстройствами достоверно ниже, чем у здоровых. Кроме того, достоверно ниже была оценка показателя качества жизни со стороны родственников и врачей по отношению к больным депрессивными расстройствами в сравнении с оценкой родственников и врачей по отношению к здоровым обследованным.

Оценке исходного качества жизни больных депрессивными расстройствами самими пациентами, их родственниками и врачами наряду с количественными присущи качественные отличия. Так, особенностями интегративного показателя качества жизни у больных депрессивными расстройствами являются низкие оценки по шкалам «Физическое благополучие» и «Общее восприятие качества жизни», что достоверно отличается не только от показателей у здоровых, но и от оценок родственников больных данной группы и их врачей, которые минимально оценивали, прежде всего, шкалу «Психологическое/эмоциональное благополучие».

Общая оценка показателя качества жизни у больных депрессивными расстройствами в динамике лечения показывает ее повышение, как с точки зрения самих больных, так и с точки зрения родственников и врачей. При этом в оценках интегративного показателя качества жизни через 4 недели лечения с позиции больных, их родственников и врачей отсутствуют достоверно значимые количественные отличия по всем шкалам.

Показатель качества жизни больных депрессивными расстройствами на момент выписки из стационара по сравнению с показателем качества жизни у здоровых обследованных еще остается ниже, что диктует необходимость проведения реабилитационных мероприятий у данного контингента больных.

Обобщая представленные данные, необходимо подчеркнуть, что изучение показателя качества жизни у здоровых и больных депрессивными расстройствами свидетельствует о возможности его использования для оценки основных компонентов качества жизни: субъективного благополучия, исполнения социальных ролей и внешних жизненных условий.

Различия восприятия компонентов качества жизни самими больными, их родственниками и врачами должны учитываться при проведении психотерапии с целью гармонизации микросомальных отношений.

Составляющие показателя качества жизни являются важным критерием оценки эффективности проводимой терапии.

А. Е. Мухоморов

Оцінка інтеграційного показника якості життя хворих з афективними розладами

*Головний військовий медичний клінічний госпіталь
Міністерства оборони України
(м. Київ)*

У дослідження було включено 89 хворих депресивними розладами, серед яких 51 хворий на помірний депресивний епізод (F 32.1) і 38 хворих на циклотимію (F 34.0).

Встановлено, що використання показника якості життя не тільки дозволяє оцінювати стан і динаміку психопатології у поєднанні з соціальним функціонуванням людини, але і розширює діагностичні, терапевтичні і прогностичні критерії психіатричної практики.

У роботі показано, що вивчення показника якості життя у хворих депресивними розладами свідчить про можливість його використання для оцінки основних компонентів якості життя: суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей і зовнішніх життєвих умов.

В целом использование показателя качества жизни не только позволяет оценивать состояние и динамику психопатологии в сочетании с социальным функционированием человека, но и расширяет диагностические, терапевтические и прогностические критерии психиатрической практики.

Список литературы

1. Абрамова И. В. Качество жизни пациентов общесоматического отделения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. — № 1(8). — С. 42—46.
2. Демьянов А. В., Глазунова Т. И. О роли соматической отягощенности в генезе психических расстройств у военнослужащих // Матер. 13 съезда психиатров России 2000 г. — С. 14.
3. Джулай Г. С., Чернин В. В. Качество жизни и отношение к болезни у пациентов с хроническим гастритом // Клиническая медицина. — 2002. — № 7. — С. 32—36.
4. Колесник В. С. Оценка качества жизни в медицине // Российский семейный врач. — 2002. — № 1. — С. 23—26.
5. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. // За ред. Волошина П. В.; Пономаренко В. М.; Напрєєнко О. К. та ін. — Харків, 2000. — 303 с.
6. Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. — 2000. — Т. 78. — № 2. — С. 10—13.
7. Польшаная М. Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архив психиатрии. — 2002. — № 2 (29). — С. 5—9.

Надійшла до редакції 17.10.2008 р.

A. E. Mukhomorov

An assessment of the Quality life Index in patients with affective disorders

*The Head Military medical clinical Hospital
of the Ministry of Defense of Ukraine
(Kyiv)*

In the study there were 89 patients with depressive disorders including 51 patients with a moderate depressive episode (F 32.1) and 38 patients with cyclothymia (F34.0).

It was found that usage of the Quality of life Index allowed not only an assessment of psychopathological conditions and dynamics along with a social functioning of the patients but also broadened diagnostic, therapeutic and prognostic criteria for a mental health practice.

In the article it was demonstrated that the research of the Quality of life Index in patients with depressive disorders showed a possibility to use it to assess the main component of quality of life, such as a subjective well-being, a performance of social roles, and external life conditions.