

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД ШИЗОФРЕНИИ

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

*Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск*

**Введение.** Всемирная организация здравоохранения определила качество жизни как «восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Применительно к больному показатель качества жизни – это субъективное восприятие им степени своей личностной и физической сохранности, а также полноценности социальных возможностей. Речь при этом идет «о субъективных показателях, включающих самоощущение пациентов, восприятия ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий» [1]. Привлечение понятия «качества жизни» к оценке результатов лечения и эффективности лечебно-восстановительных мероприятий в современной медицине позволяет формировать у пациента собственную ответственность за процесс лечения и свое социальное поведение [2-4]. Изучение качества жизни больных шизофренией в реальных условиях практически всегда предполагает проведение психофармакотерапии, которая в зависимости от своей структуры оказывает влияние на показатели качества жизни [5]. Важным также представляется изучение динамики показателей качества жизни при проспективном наблюдении за пациентами в отсроченном периоде.

**Материалы и методы исследования.** Клинический материал основан на данных обследования 120 больных, перенесших первый эпизод шизофрении. Сравнительный анализ проводился на момент выписки из стационара и в отсроченном периоде через 1-3 года. Лечение психотропными средствами было принято как в стационаре, так и в последующем амбулаторно. Обследованные пациенты представлены двумя группами по 60

человек в каждой. Первая группа больных получала типичные нейролептики. Из них 25% (n=30) составили лица мужского пола и 25% (n=30) – женского. Вторая группа была пролечена атипичными нейролептиками нового поколения. В этой группе 25% (n=30) составили лица мужского пола и 25% (n=30) – женского. Средний возраст манифестации психоза равнялся  $25,2 \pm 2,5$  года. Критериями отбора являлись: впервые выявленная шизофрения, длительность первичной госпитализации в психиатрической больнице от двух недель до трёх месяцев, возраст пациентов от 18 до 35 лет, динамическое наблюдение в течение 1-3 лет. В период клинико-динамического наблюдения каждый пациент прошел обследование два раза: при выписке из стационара (стартовое обследование) и в течение 1-3 лет после госпитализации (заключительное обследование). Заключительное обследование проводилось при повторном поступлении в стационар, либо во время планового амбулаторного осмотра участковым психиатром.

Исследование показало, что в обеих группах преобладали пациенты с параноидной шизофренией, протекавшей эпизодически с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, со стабильным или нарастающим дефектом. Количество таких пациентов составило 60% (n=72). Больные с аффективно-бредовой симптоматикой составили 40% (n=48).

Исследование в обеих группах больных было проведено с помощью опросника ВОЗКЖ-100, разработанного специалистами НИПНИ им. В.М. Бехтерева и отражающего субъективную оценку качества жизни у пациентов с психическими расстройствами.

**Результаты.** При стартовом обследовании по шкале ВОЗКЖ-100 наиболее высокие показатели имели место в духовной и физической сферах. В духовной сфере, включающей влияние личных убеждений на качество жизни пациентов, наблюдались средние и высокие показатели, что находилось в соответствии с преморбидным уровнем образования и религиозными убеждениями. В физической сфере высокие показатели были диагностированы по субсфере «Физическая боль и дискомфорт», средние и высокие показатели отмечались в субсфе-

рах «Жизненная активность, энергия и усталость», а также «Сон и отдых». Столь же высоко пациенты оценивали сферу «Уровень независимости», в том числе такие показатели, как способность к выполнению повседневных дел, способность к работе, зависимость от лекарств и лечения, что, скорее всего, связано с недостаточно восстановленной критикой собственного состояния и недооценкой важности длительной поддерживающей лекарственной терапии.

Низкие показатели у больных обеих групп наблюдались в психологической сфере и сфере социальных взаимоотношений. Выявленные показатели психологической сферы в наибольшей степени определялись низкими оценками в субсферах «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», а также «Отрицательные эмоции». В 32% случаев в первой группе и 38% случаев во второй группе встречались низкие показатели в субсфере «Самооценка». У больных первой группы при этом средний показатель психологической сферы был достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем у больных второй группы, что определялось показателями субсферы «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», которая более низко оценивалась пациентами первой группы ( $p < 0,05$ ).

Общий низкий уровень сферы социальных отношений определялся низкими оценками в субсфере практической социальной поддержки, в которой наблюдался значительный разброс показателей от очень низких (23 %) до высоких (10 %). Это совпадало с социальной обстановкой в семье пациента до начала заболевания. Достоверных различий в оценке субсферы практической социальной поддержки между группами не определялось. Помимо этого, низкие оценки (без достоверных различий между группами) наблюдались в субсфере «Сексуальная активность», что может быть связано как с особенностями развития шизофренического процесса, так и с длительным пребыванием в стационаре. У женщин данный показатель был в среднем ниже, чем у мужчин ( $p < 0,05$ ). В то же время ближе к высоким определялся уровень оценок в субсфере «Личные взаимоотношения».

При достаточно высокой общей оценке сферы «Окружающая среда» прослеживался значительный разброс в результатах

влияния на качество жизни по отдельным субсферам. Наиболее низкие показатели у обеих групп наблюдались в субсферах «Финансовые ресурсы», а также «Медицинская и социальная помощь». По субъективной оценке субсферы «Финансовые ресурсы» показатели у первой группы пациентов были достоверно ниже, чем у второй ( $p < 0,05$ ). Было также отмечено, что в обеих группах мужчины достоверно чаще, чем женщины, оценивали качество жизни как низкое в субсфере «Окружающая среда дома» ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, характеризуя по показателям шкалы ВОЗКЖ-100 пациентов молодого возраста, перенесших первый эпизод шизофрении, можно отметить, что при стартовом обследовании не наблюдалось значительных различий между показателями у первой и второй групп обследованных. Исключением являлись различия в психологической сфере, в частности в субсфере «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», а также субсфере «Финансовые ресурсы».

В ходе динамического наблюдения произошло разделение внутри обследуемых групп пациентов по отношению к поддерживающей терапии. В группе пациентов, принимавших типичные нейролептики, активно посещали участкового психиатра и принимали поддерживающую терапию 34,2% ( $n=41$ ); по различным причинам отказались от приема препаратов 15,8% ( $n=19$ ). В группе пациентов, принимавших атипичные нейролептики нового поколения, произошло разделение на три подгруппы: посещали участкового психиатра и продолжали принимать лечение атипичными антипсихотиками 40% ( $n=48$ ); получали дальнейшую терапию типичными нейролептиками 3,3% ( $n=4$ ); полностью отказались от приема лекарственных препаратов 6,7% ( $n=8$ ).

Анализ динамики показателей качества жизни обследуемых выявил определенные закономерности. Так, у больных обеих групп, отказавшихся от поддерживающей терапии, отмечалось нарастание дефекта личности, негативной симптоматики, период ремиссии был достаточно коротким, имели место повторные госпитализации. По результатам заключительного обследования с помощью опросника ВОЗ КЖ-100 были выявлены достовер-

ные тенденции к ухудшению субъективного восприятия качества жизни по сравнению со стартовым. В особенности это относилось к психологической сфере, сфере социальных отношений и сфере уровня независимости. Наиболее низкие показатели были получены в субсферах «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», «Отрицательные эмоции», отнесенных к психологической сфере. Снижение качества жизни по отношению к сфере «Уровень независимости» проявлялось особенно в субсферах «Способность к работе» и «Зависимость от лекарств и лечения». В сфере социальных отношений наибольшее снижение было отмечено в субсфере «Практическая социальная поддержка», несколько выше показатели в субсферах «Личные отношения» и «Сексуальная активность». В целом показатели субъективного качества жизни у пациентов данной подгруппы были достоверно ниже, чем у пациентов, принимавших поддерживающую терапию ( $p < 0,01$ ).

В подгруппе пациентов, принимавших типичные нейролептики, на протяжении всего срока наблюдения отмечалось улучшение показателей качества жизни как в психологической сфере, так и в сфере социальных взаимоотношений. В частности, достоверное повышение показателей по сравнению со стартовыми (от низких до средних), произошло в субсферах «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», «Сексуальная активность», «Медицинская и социальная помощь». В остальных субсферах значительных различий со стартовыми показателями не наблюдалось.

Наиболее выраженная тенденция к улучшению субъективной оценки качества жизни была выявлена при заключительном обследовании группы пациентов, принимавших атипичные нейролептики нового поколения. В сравнении со стартовыми значениями определялась положительная динамика. Особенно это было характерно для таких субсфер, как «Положительные эмоции», «Отрицательные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания». Данные показатели были достоверно выше не только по сравнению со стартовыми оценками обследуемой подгруппы пациентов ( $p < 0,01$ ), но и в сравнении с заключительными показателями у подгруппы пациентов, полу-

чавших типичные нейролептики ( $p < 0,05$ ). В сфере социальных отношений отмечалось общее улучшение результатов до среднего и высокого уровня, что проявлялось повышением оценок в субсферах «Практическая социальная поддержка» и «Сексуальная активность». Показатели в субсфере практической социальной поддержки были достоверно выше, чем у подгруппы пациентов, принимавших традиционные нейролептики. В сфере «Окружающая среда» улучшились показатели в оценке субсфер «Финансовые ресурсы» и «Медицинская и социальная помощь». Подгруппа пациентов, у которых произошла замена атипичных нейролептиков на типичные, была исключена из дальнейшего исследования как малочисленная.

**Выводы.** В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных, отказавшихся от поддерживающей терапии, нарастали негативная симптоматика и дефект личности; имели место короткий период ремиссии и частые повторные госпитализации; отмечалось достоверное ухудшение субъективного восприятия качества жизни по сравнению со стартовым (психологическая сфера, сфера социальных отношений, сфера уровня независимости).

В подгруппе пациентов, принимавших типичные нейролептики, отмечалось достоверное улучшение показателей качества жизни по сравнению со стартовым обследованием в субсферах «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», «Сексуальная активность», «Медицинская и социальная помощь».

Наиболее выраженное улучшение субъективной оценки качества жизни было выявлено в подгруппе обследованных, получавших лечение атипичными нейролептиками нового поколения, при этом определялась положительная динамика в оценке психологической сферы (субсферы «Положительные эмоции», «Отрицательные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания»), сферы социальных отношений (субсферы «Практическая социальная поддержка» и «Сексуальная активность») до средних и высоких значений показателей.

Таким образом, при терапии атипичными нейролептиками нового поколения была получена более высокая субъективная оценка пациентами качества жизни, а также повышение этой оценки при динамическом проспективном наблюдении.

#### Литература

1. *Гурович И.Я.* Психиатрическая помощь в России: актуальные проблемы / И.Я. Гурович // Реформа службы психического здоровья: проблемы и перспективы: материалы междунар. конф. 21–23.10.1997 г. М., 1997. С. 11–23.
2. *Гурович И.Я.* Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Соц. и клин. психиатрия. 1998. Вып. 2. С. 35–39.
3. *Суровцева Л.К.* К постановке вопроса об оценке качества жизни при депрессивных расстройствах // Реабилитация в психиатрии: клин. и соц. аспекты. Томск, 1998. С. 184–185.
4. *Коцюбинский А.П.* Шизофрения: уязвимость–диатез–стресс–заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н.С. Шейнина, В.В. Зайцев, Т.А. Аристова, Г.В. Бурковский, Б.Г. Бутома, А.А. Чумаченко. Спб.: Гиппократ+, 2004. 336 с.
5. *Масловский С.Ю.* Субъективные показатели качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей психофармакотерапии / С.Ю. Масловский // Обзор. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 2004. №3. С. 14–16.