

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОПИСТОРХОЗОМ С МИКСТ-ПАТОЛОГИЕЙ

Киушкина И.Н., Карбышева Н.В., Гранитов В.М.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ России, Барнаул, e-mail: i.kiushkina@mail.ru

Описторхоз остается весьма распространенным и социально значимым заболеванием для Западно-Сибирского региона. Описторхозная инвазия характеризуется многообразием вегетативных, эмоциональных, а также других клинических проявлений, выходящих за рамки симптоматики поражения органов паразитирования гельминтами при наличии сопутствующих заболеваний, что может свидетельствовать о формировании определенного психосоматического статуса и качества жизни у пациентов с микст-патологией и на сегодняшний день остается важной медицинской проблемой и требует дальнейшего детального изучения. Целесообразно тщательное обследование больных бронхиальной астмой и сахарным диабетом на наличие описторхозной инвазии для профилактики неблагоприятного течения и осложнений основного заболевания и повышения эффективности проводимой терапии. Медико-психологические исследования с использованием современных методик позволяют определить изменения психологического профиля и особенности качества жизни пациентов с микст-патологией.

Ключевые слова: описторхозная инвазия, бронхиальная астма, сахарный диабет, качество жизни.

PSYCHOSOMATIC STATUS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH OPISTHORCHIASIS WITH MIXED PATHOLOGY

Kiushkina I.N., Karbysheva N.V., Granitov V.M.

FGBOU VO "Altai state medical University" MH of Russia, Barnaul, e-mail: i.kiushkina@mail.ru

Opisthorchiasis remains a very common and socially significant diseases in the West Siberian region. Opisthorchose infestation is characterized by a variety of autonomic, emotional, and other clinical manifestations that go beyond the symptoms of the lesions of the organs of parasitism by helminths in the presence of comorbidities, which may indicate the formation of a specific psychosomatic status and quality of life in patients with mixed pathology and remains an important medical problem and requires further detailed study. It is advisable a thorough examination of patients with bronchial asthma and diabetes mellitus for the presence of opistorhoze infestation to prevent adverse course and complications of the underlying disease and improve the effectiveness of the therapy. Medical and psychological researches with use of modern techniques allows to determine the changes in psychological profile and characteristics of the quality of life of patients with mixed pathology.

Keywords: opistorhoze infestation, bronchial asthma, diabetes mellitus, quality of life.

Описторхоз остается весьма распространенным и социально значимым заболеванием для Западно-Сибирского региона, в котором постоянно поддерживается один из самых крупных и напряженных очагов этой инвазии в мире. Анализ заболеваемости описторхозом в Алтайском крае выявляет стабильно высокий уровень, заболевание регистрируется в 95–100 % случаев в хронической форме [9, 10].

Определенный интерес представляет вопрос о нередко встречающемся сочетании описторхозной инвазии с такой формой своеобразного аллергоза, как бронхиальная астма.

Сахарный диабет в эндемичных районах может также протекать на фоне описторхозной инвазии, что, безусловно, отражается на характере течения этого заболевания [10].

Многообразие вегетативных, эмоциональных, а также других клинических проявлений у больных описторхозом, выходящих за рамки симптоматики поражения органов паразитирования гельминтами при наличии сопутствующих заболеваний, могут свидетельствовать о формировании определенного психосоматического статуса у пациентов с микст-патологией. В литературе имеются отдельные сообщения, в которых оцениваются некоторые особенности психоэмоциональных нарушений, а также показателей качества жизни преимущественно по отдельности у больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, описторхозом [1, 2, 4, 5, 7, 8]. Однако в целом психосоматические проявления и качество жизни у пациентов, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, которые протекают на фоне описторхозной инвазии, изучены недостаточно. Поэтому всестороннее изучение таких микст-патологий, то есть сочетания данных заболеваний у одного больного, представляет важный практический аспект, что и определяет актуальность проведенных исследований.

Цель исследования

Выявить особенности психосоматических проявлений и качества жизни у пациентов с микст-патологией – бронхиальной астмой и сахарным диабетом на фоне описторхозной инвазии.

Материалы и методы исследования

Обследовано 109 пациентов с микст-патологией. При этом у 56 пациентов наблюдалось сочетание бронхиальной астмы с описторхозной инвазией (БА+ОИ), у 53 – сахарный диабет в сочетании с описторхозной инвазией (СД+ОИ). Среди обследованных пациентов было 46 мужчин и 63 женщины. В группе БА+ОИ было 22 мужчины 34 женщины, а в группе СД+ОИ – 24 мужчины и 29 женщин. Средний возраст больных составил $44,8 \pm 1,5$ лет. Группы сравнения – пациенты с диагнозами: бронхиальная астма (БА) – 55 больных, сахарный диабет (СД) – 55 больных и хроническая описторхозная инвазия (ОИ) без сопутствующей соматической патологии – 70 больных. Контрольную группу составили 150 здоровых лиц. Все группы были рандомизированы по полу, возрасту, образованию, месту проживания и степени тяжести заболеваний, сформированы по принципу случайной выборки.

Для проведения медико-психологических исследований были использованы современные стандартизированные методики, достаточно распространенные в отечественной и в зарубежной практике – методика многостороннего исследования личности – ММИЛ [3], шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, самооценочная шкала депрессии Зунга, 16-факторный личностный опросник Кэттелла – 16-ФЛО, опросник для оценки качества жизни SF-36, тестовая программа ТОБОЛ. Исследования

психологического статуса пациентов с микст-патологией и в группах сравнения проводились только в первые дни пребывания в стационаре (на 2–4 день).

Для статистической обработки материала применен пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 (Stat Soft Inc). Использовали: критерий Стьюдента (t); критерий Вилкоксона для оценки значимости различий количественных переменных в двух связанных выборках; U-критерий Манна – Уитни для оценки значимости различий количественных переменных в двух независимых выборках; критерий Мак Немара χ^2 (для связанных выборок) и двухсторонний точный критерий Фишера (для независимых выборок) для сравнения переменных, представленных в виде частот; корреляционный анализ путем вычисления коэффициента корреляции Спирмена [6].

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования психологического профиля личности (ППЛ) основной группы (БА+ОИ) и группы сравнения – (БА) было выявлено превышение средненормативных значений методики у пациентов этих групп по 1-й (ипохондрия) и 8-й (аутизация) и 3-й (эмоциональная лабильность) шкалам, что определило высоту (ППЛ) и свидетельствует о дисгармоничности и может проявляться формированием болезненных состояний, легкостью возникновения декомпенсаторных состояний, избирательностью контактов с окружающими, формированием демонстративного поведения. Такое сочетание шкал свидетельствует о возникновении тревоги у пациентов за счет состояния своего физического здоровья, отражает отчужденность, внутреннюю напряженность, неудовлетворенность, своеобразное восприятие жизненных проблем.

Пик усредненного ППЛ по методике ММИЛ у больных основной группы (СД+ОИ), в отличие от больных групп сравнения (СД) и (ОИ), определяла 7-я (тревожность) шкала, значение которой превышало средние нормативные значения. Это свидетельствует о том, что тревога у пациентов вызвана в целом озабоченностью своим физическим неблагополучием. В целом, высота ППЛ группы СД+ОИ и СД определялась преобладанием 7-й, 1-й и 8-й клинических шкал теста, что свидетельствует о нарушении социальной адаптации, отгороженности, отсутствии внутреннего равновесия, непродуктивности, склонности к формированию трудно корригируемых концепций, связанных с представлением о наличии угрожающих действий окружающих.

При оценке выраженности личностных черт у больных с микст-патологией большая часть показателей в основных группах (БА+ОИ) и (СД+ОИ), в группах сравнения (БА), (СД), (ОИ) и у здоровых лиц находилась в средненормативных значениях методики 16-ФЛО.

Для женщин с микст-патологией в большей степени, чем для мужчин, были характерны впечатлительность, богатство эмоциональных переживаний, искусственность

поведения и стремление к изменению ситуации в целом ($p < 0,05$). Пациентам с микст-патологией в возрасте до 30 лет свойственны настороженность и недоверие к окружающим, стремление к переменам, а с увеличением возраста (40–50 лет) наблюдаются усиление самоконтроля и эмоциональная сдержанность.

У обследованных пациентов в основных группах (БА+ОИ) и (СД+ОИ) и группах сравнения (БА), (СД) и (ОИ) выявлены значимые различия по показателям, соответствующие высоким и средним значениям методики по уровню личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). Уровень РТ в основной группе (БА+ОИ) был достоверно выше, чем в группах сравнения (БА) и (ОИ) ($p < 0,05$). В группах основной (СД+ОИ) и сравнения (ОИ) выявлена достоверная разница средних значений уровня ЛТ и РТ с преобладанием уровня в основной группе СД+ОИ. В группе больных (БА) РТ была достоверно ниже, чем у пациентов основной группы (БА+ОИ), а в группе пациентов с СД она не отличалась от данных группы СД+ОИ.

Установлено, что РТ у женщин основных групп (БА+ОИ) и (СД+ОИ) была значительно выше, чем у мужчин ($p < 0,05$). При этом показатели ЛТ статистически значимо не отличались.

Исследование уровня тревожности в зависимости от тяжести болезни показало, что у больных группы БА+ОИ в основном определялись высокие значения шкалы РТ. Так, при легкой степени тяжести они равнялись $47,42 \pm 2,27$ балла, при средней степени тяжести $48,13 \pm 0,95$ балла и при тяжелой – $48,86 \pm 2,22$ балла. У пациентов группы СД+ОИ высокая РТ отмечалась у лиц с тяжелым течением заболевания ($47,95 \pm 1,35$ балла), но этот показатель статистически не отличался от данных, полученных у лиц группы СД.

При проведении оценки выраженности депрессивных расстройств у больных с микст-патологией в основных группах (БА+ОИ) и (СД+ОИ), у 58 % и 56 % пациентов соответственно, средние показатели шкалы Зунга превысили диагностический порог и были достоверно выше критического значения методики (50 баллов), что свидетельствует о наличии психологических переживаний и депрессивных расстройств (ДР).

В основной группе (БА+ОИ) у женщин в 53 % случаев были выявлены ДР, в основном в легкой форме (77 %), проявляющиеся снижением настроения, озабоченностью своим соматическим неблагополучием. У мужчин этой группы ДР выявлялись только в 32 % случаев и преобладали легкие формы (82 %). Депрессивные расстройства у женщин с (СД+ОИ) наблюдались значительно чаще, чем у мужчин (62 % и 31 % соответственно, $p < 0,001$), в основном преобладала легкая форма (у 63 % женщин и 86 % мужчин). Умеренной тяжести ДР у женщин группы БА+ОИ наблюдались значительно чаще (34 %), чем у женщин группы СД+ОИ (17 %), и характеризовались пессимистичностью, растерянностью и подавленностью.

Оценка качества жизни у больных с микст-патологией показала значительное снижение качества жизни (КЖ) в основной группе (БА+ОИ), по отношению к группе сравнения (БА) и контрольной группе здоровых лиц. При этом в большей степени затрагивался «физический компонент здоровья» (шкалы PF, RP, BP, GH) и в меньшей степени – «психологический компонент здоровья» (табл. 1).

Таблица 1

Качество жизни у больных основной группы (БА+ОИ), групп сравнения (БА и ОИ) и контрольной группы по данным опросника SF-36 ($\bar{X} \pm m$)

Шкалы SF-36	БА+ОИ (n=56)	БА (n=56)	ОИ (n=70)	Здоровые (n=150)
GH	41,42±3,13* ^^	44,35±1,52^^	62,23±1,90^^	74,84±1,12
PF	45,91±1,36** ^^	52,74±1,26^^	73,53±2,25^^	91,82±1,15
RP	32,23±4,50* ^^	35,43±2,45^^	52,94±2,31^^	81,31±1,05
RE	52,36±2,05* ^	43,13±1,54^	53,12±3,16	54,24±1,18
SF	48,94±1,56* ^^	51,67±3,02^^	52,35±2,26^^	85,32±1,17
BP	48,81±3,98* ^^	51,92±3,24^^	68,65±3,05^^	82,82±1,69
VT	44,64±3,79* ^^	46,28±2,07^	57,35±2,61	69,31±1,94
MH	56,54±3,53* ^	58,91±2,54	63,82±2,14	82,52±1,95

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$ – достоверность различий у больных основной группы – БА+ОИ и групп сравнения – БА и ОИ; ^ – $p < 0,05$, ^^ – $p < 0,001$ – достоверность у больных основной группы – БА+ОИ, групп сравнения – БА и ОИ с группой здоровых лиц.

Прослеживалась взаимосвязь параметров КЖ у больных основной группы (БА+ОИ) – влияние физического состояния (RP), эмоционального состояния (RE) и жизненной активности (VT) на общее состояние здоровья (GH) ($r=0,34$, $p < 0,05$). Выявлена корреляционная взаимосвязь между физическим функционированием – (PF) и психическим здоровьем – (MH) ($r=0,51$, $p < 0,05$), факторами: BP ($r=0,58$, $p < 0,05$), RE ($r=0,47$, $p < 0,01$) и RP ($r=0,69$, $p < 0,05$). На качество жизни этих пациентов тоже влияли бронхиальная обструкция ($r=-0,50$, $p < 0,05$ со шкалой SF) и выраженный кашель ($r=-0,56$, $p < 0,01$ со шкалой RP).

У больных групп БА+ОИ и БА установлено достоверное различие показателей по шкалам RE, VT и MH в зависимости от пола. У мужчин выявлены значительные ограничения в выполнении повседневной работы, связанные с эмоциональным напряжением, а у женщин – более выражены тревожные и депрессивные расстройства, снижена жизненная активность. Выявлена обратная зависимость между возрастом пациентов и показателями шкал: PF, RP, BP, VT, MH ($r=-0,21$; $-0,34$; $-0,24$; $-0,38$; $-0,39$, $p < 0,05$, $p < 0,001$) теста SF-36.

Качество жизни больных основной группы (СД+ОИ) по сравнению с пациентами групп (СД), (ОИ) и с контрольной группой здоровых лиц оказалось достоверно ниже по всем показателям, кроме показателей (RE) и (МН).

Значительно снижен показатель физической активности (PF) у больных СД+ОИ и СД, а также показатель «интенсивности боли» (BP) ($p<0,001$), в связи с чем у пациентов преобладали физические проблемы в ограничении жизнедеятельности – показатель (RP). Получены достоверно более низкие показатели общего состояния здоровья (GH) и жизненной активности (VT). Более низкий по сравнению с группами СД, ОИ и здоровых лиц показатель (SF) может свидетельствовать о снижении социальной активности пациентов ($p<0,001$) (табл. 2).

Таблица 2

Качество жизни у больных основной группы (СД+ОИ), групп сравнения (СД и ОИ) и контрольной группы по данным опросника SF-36 ($\bar{X} \pm m$)

Шкалы SF-36	СД+ОИ (n=53)	СД (n=55)	ОИ (n=70)	Здоровые (n=150)
GH	63,41±2,13* ^^	66,41±2,35^	62,23±1,90^^	74,84±2,12
PF	72,21±1,26* ^^	74,51±2,51^	73,53±2,25^^	91,82±1,15
RP	57,22±3,50* ^^	61,32±1,82^	52,94±2,31^^	81,31±4,05
RE	57,33±3,80	52,60±1,36	53,12±3,16	54,24±4,18
SF	36,95±1,56** ^^	46,76±2,65^^	52,35±2,26^^	85,32±1,17
BP	59,84±3,28** ^^	69,76±3,71^	68,65±3,05^^	82,82±2,69
VT	57,63±3,19*	58,44±1,26^	57,35±2,61^	69,31±1,94
МН	62,52±2,43^	59,96±2,36	63,82±2,14	82,52±1,95

Примечание: * – $p<0,05$, ** – $p<0,001$ – достоверность различий у больных основной группы – СД+ОИ и групп сравнения – СД и ОИ; ^ – $p<0,05$, ^^ – $p<0,001$ – достоверность различий у больных основной группы – СД+ОИ, групп сравнения – СД и ОИ с группой здоровых лиц.

Все показатели КЖ женщин группы СД+ОИ были ниже, чем у мужчин, но достоверное различие определялось по шкалам МН и VT ($p<0,05$).

С увеличением возраста пациентов (41–60 лет) группы СД+ОИ увеличивались ограничения в выполнении повседневной работы, обусловленные эмоциональным напряжением ($r=-0,65$, $p<0,01$). Также установлено, что у пациентов основной группы длительность описторхозной инвазии (от 5 до 15 и более лет) отрицательно влияла на социальное функционирование ($r=-0,30$, $p<0,05$) и психическое здоровье ($r=-0,28$, $p<0,05$).

Выводы:

1. Психологический профиль личности больных с микст-патологией характеризуется проявлениями аутизации и ипохондрии в группе БА+ОИ и преобладанием проявлений тревоги в группе СД+ОИ. У больных с микст-патологией достоверно повышены уровни личностной и реактивной тревожности, а также депрессивные расстройства, которые особенно выражены у женщин.
2. Качество жизни больных с микст-патологией при сопоставлении с группами сравнения оказалось значительно ниже по большинству шкал опросника SF-36 ($p < 0,05$) с выраженной зависимостью от пола и возраста пациентов. С увеличением возраста пациентов происходит ограничение физической активности и прослеживается отчетливая ее связь от состояния «психического здоровья». При выраженном обструктивном синдроме у больных с бронхиальной астмой роль «физического компонента здоровья» становится более значимой.
3. В регионах с высокой частотой встречаемости описторхозной инвазии целесообразно особо тщательное и неоднократное обследование больных бронхиальной астмой и сахарным диабетом на наличие описторхозной инвазии для профилактики неблагоприятного течения и возможных осложнений основного заболевания и повышения эффективности проводимой терапии.
4. При клиническом обследовании пациентов с микст-патологией с целью ранней диагностики признаков нарушений ППЛ, снижения показателей КЖ и проведения коррекции целесообразно использовать комплекс медико-психологических исследований: методику многостороннего исследования личности (ММИЛ), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина, применять опросник для оценки качества жизни SF-36.

Список литературы

1. Атаманов В.М., Гольшева В.А. Нарушения эмоционального статуса при сахарном диабете // Психосоматическая медицина – 2006: сборник материалов I Международного конгресса. – Санкт-Петербург: Человек, 2006. – С. 22-23.
2. Белобородова Э.И., Плотникова Е.Ю., Ласточкина Л.А., Наумова Е.Л. Вегетативные и психосоматические расстройства при заболеваниях органов пищеварения. – Кемерово: Издательско-полиграфический комплекс «ГРАФИКА», 2004. – 141 с.
3. Березин Ф.Б. Методика многопрофильного исследования личности / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. – М., 1976. – 186 с.

4. Ганюкова Н.Г., Пospelова Т.И., Солдатов П.С. Качество жизни больных с бронхиальной астмой // Вестник НГУ. – Новосибирск, 2007. – Т. 5. – Вып. 1. – С. 15-18.
5. Григоревич М.С., Злоказова М.В., Мариничева Л.П., Мамаева М.А. Психосоматические аспекты инфекционной патологии человека // Инфекционные болезни. – 2007. – № 2. – С. 56-61.
6. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. / С. Гланц. – М., 1999. – 459 с.
7. Ильяшевич И.Г. Психологический статус больных бронхиальной астмой // Психосоматическая медицина – 2007: сборник материалов II Международного конгресса. – Санкт-Петербург: Человек, 2007. – С. 78.
8. Исаченкова О.А. Роль психологического стресса в патогенезе сахарного диабета и его осложнений, возможные механизмы развития // Психосоматическая медицина – 2007: Сборник материалов II Международного конгресса. – Санкт-Петербург: Человек, 2007. – С. 79-80.
9. Карбышева Н.В. Описторхоз: вопросы организации помощи, диагностики и лечения // Вестник межрегиональной Ассоциации «Здравоохранение Сибири». – 2002. – № 2-3. – С. 31-33.
10. Калюжина М.И., Павленко О.А., Калюжина Е.В. Гастродуоденопанкреатическая система у больных с сахарным диабетом в сочетании с хроническим описторхозом // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2003. – № 16. – С. 194-197.