

УДК 616.441-008.64: 616.89+ 616.831-005

*Т.М. Мельник***ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ С НАЧАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: гипотиреоз, психические расстройства, невротические реакции, качество жизни

Гипотиреоз (ГТ) относится к числу наиболее распространенных эндокринных заболеваний, в то же время его с полным правом можно считать психосоматической патологией, учитывая важную роль в его происхождении и течении психологических факторов и наличие в клинической картине сопутствующих психических и неврологических расстройств [1,2]. Психические расстройства затрудняют лечение и могут

служить причиной отказа больных от проведения фармакотерапевтических мероприятий [3,4], препятствием к участию в диетотерапии и физических тренировках. Поэтому необходимо формирование комплексного подхода при лечении и реабилитации больных ГТ. Целью исследования было изучение психического состояния и качества жизни больных ГТ с начальными нарушениями мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 65 пациентов в возрасте $48 \pm 3,1$ года, средняя продолжительность заболевания $6,8 \pm 4,5$ года, с начальными проявлениями недостаточности кровообращения головного мозга или дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) I стадии. Для уточнения диагноза наряду с полным неврологическим обследованием использовали реоэнцефалографию (РЕЭГ) и ультразвуковую доплерографию магистральных сосудов головы и шеи (УЗДГ). Диагностику ДЭП осуществляли по общепринятым критериям. У 29,2% больных отмечались периодические подъемы АД более 150/100 мм.р.ст., у 27,6% больных была ишемическая болезнь сердца. У всех пациентов была снижена познавательная функция, отмечались ухудшения памяти и внимания. Больные были распределены на 2 группы. Первая группа включала 30 человек без обменных нарушений; вторая - 35 пациентов, страдающих первичным ГТ и постоянно получающих заместительную тера-

пию тиреоидными гормонами. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц того же возраста.

При оценке психического состояния больных были использованы следующие психометрические шкалы: опросник Мини-мульти, представляющий собой сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня (ММП). Для оценки качества жизни больных (субъективная удовлетворенность уровнем своего функционирования в различных сферах) использовали опросник SF-36 Health Status Survey. С помощью методики измерения уровня тревожности Тейлора определяли выраженность тревоги. Применяли оценочную шкалу для психологической диагностики уровня депрессии (Гамильтона) и шкалу САН (самочувствие, активность, настроение). Когнитивные функции исследовали с помощью субтестов Векслера («кодирование», «повторение цифр»), методики Горбова «красно-черная таблица» и теста визуальной ретенции Бентона.

Результаты исследования и их обсуждение

В клинической картине у больных ГТ имели место невротоподобные расстройства в виде снижения способности концентрировать внимание, замедления мыслительных процессов и ухудшения кратковременной памяти в сочетании с повышенной утомляемостью, пассивностью, тре-

вогой, гипотимией. Пациентов отличал высокий уровень тревожности как стабильной личностной характеристики, отражающей сенсбилизацию личности к действию психотравмирующих факторов. Это указывает на психическую дезадаптацию в интер- или интраиндивидуальных

отношениях, дисгармонию в отношениях со средой в целом. Особой выраженности достигали психическая напряженность, неудовлетворенность жизненной ситуацией и тревожная оценка перспектив. Несколько менее им были свойственны переживания немотивированных «хронических» страхов, ощущение непосредственной, немотивированной угрозы. Результаты экспериментально-психологического исследования подтвердили отчетливое снижение скоростных показателей переключения внимания, зрительной памяти, непосредственной репродукции, пространственного восприятия. Полученные данные позволяют верифицировать имевшиеся у больных расстройства как умеренно выраженный астенический вариант психоорганического синдрома.

У пациентов II группы, страдающих ГТ, установлено достоверное повышение по сравнению с контролем значений по всем шкалам опросника Мини-мульти, кроме шкалы 9. Данные таблицы 1 свидетельствуют о наличии у больных выраженной акцентуации личностных характеристик. У больных II группы отмечено достоверное повышение профиля по подсобной шкале F – отражение высокого уровня эмоциональной напряженности и дезинтеграции личности по сравнению с больными I группы, у которых отсутствовали метаболические наруше-

ния. Усредненный профиль опросника Мини-мульти характеризовался наиболее выраженным пиком на шкале 3, при этом отмечалось сопутствующее повышение профиля и на двух других шкалах невротической триады – 1 и 2. Это свидетельствует о выраженной соматизации тревоги с сохранением высокого ее уровня, а также уровня депрессии. В группе больных с ГТ выявлено достоверное повышение уровня усредненного профиля Мини-мульти по шкалам 4, 6, 7 и 8, что соответствует более высокой импульсивности, нарастанию аффективной ригидности, склонности к уходу в болезнь с тенденцией к формированию ограничительного типа поведения и нарушению социальных контактов. По результатам проведенного тестирования обследованные пациенты могут быть распределены на три подгруппы в зависимости от выраженности показателей шкал невротической триады: менее 70 Т-баллов – норма, 70-80 Т-баллов – умеренные нарушения, более 80 Т-баллов хотя бы по одной шкале – выраженные невротические (неврозоподобные) либо патохарактерологические расстройства. Наличие невротических и ипохондрических особенностей личности установлено у 51,4% больных с ГТ. Наиболее выраженный характер этих изменений зафиксирован в 11,4% наблюдений, что потребовало консультации у психоневролога.

Таблица 1

Средние значения шкал Мини-мульти у больных разных групп

Шкала	Группа		
	Контрольная	I группа	II группа
L	46,7±2,3	49,5±1,6	47,7±1,9
F	47,1±3,1	51,3±2,3	55,8±2,1**
K	52,0±2,2	49,9±3,0	45,8±1,2**
1	46,3±4,4	51,4±2,7	61,0±1,7*
2	50,2±2,7	59,3±3,5**	61,6±2,5**
3	61,0±5,7	64,7±2,2	63,6±2,5
4	33,8±2,5	46,7±3,2**	42,7±3,2**
6	50,1±3,5	55,6±3,2	58,4±2,8*
7	34,4±5,0	31,5±3,3	40,4±2,9
8	35,4±6,5	36,2±4,2	39,9±2,7
9	57,9±3,7	44,7±3,9**	47,7±2,4**

Примечание. Достоверные различия с группой контроля: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

У больных ГТ отмечалось существенное снижение по сравнению со здоровыми лицами качества жизни по всем параметрам (таблица 2). Особенно показательными в этом отношении были параметры ограничивающего влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование. Отдельные показатели качества жизни отражают

состояние больных на фоне постоянного приема заместительной терапии тиреоидными гормонами и связаны с изменением эмоционального фона. У больных I группы отмечалось снижение качества жизни по параметрам влияния физического состояния на ролевое функционирование, общее состояние здоровья и социальное функционирование.

Качество жизни больных ГТ по данным методики SF-36 Health Status Survey

Показатель	Контрольная группа	I группа	II группа
Способность к физическим нагрузкам	95,0±21,2	89,8±17,5	68,0±13,3*
Влияние физического состояния на ролевое функционирование	91,0±19,8	68,5±15,2*	20,8±10,0*
Болевой синдром	88,7±19,1	87,8±11,2	57,0±13,0*
Общее состояние здоровья	71,2±17,6	63,5±5,1*	43,5±9,3*
Физическая активность, энергичность	63,2±14,2	61,4±6,2	34,2±5,9*
Социальное функционирование	83,0±18,8	63,4±3,5*	58,8±8,6*
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	66,0±15,0	65,6±4,8	16,5±7,2*
Психическое здоровье	65,3±14,5	61,5±11,3	50,7±3,5*

Примечание: достоверные различия с группой контроля * - $p < 0,01$

У больных ГТ показатели САН были достоверно понижены по сравнению с контрольной

группой, что полностью коррелировало с жалобами самих больных (таблица 3).

Таблица 3

Показатели САН у больных разных групп

Показатель	Контрольная группа	I группа	II группа
Самочувствие	4,56± 0,27	4,09±0,3	3,44±0,19**
Активность	4,94±0,22	4,39±0,24*	3,92±0,21**
Настроение	4,94±0,43	4,66±0,3*	3,89±0,26**

Примечание. Достоверные различия с группой контроля: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Был проведен также анализ корреляции результатов, полученных с помощью разных шкал. За основу взяли позволяющие получить исчерпывающую информацию три шкалы опросника Мини-мульти (1,2 и 7). Шкала 1 имеет умеренной степени положительные корреляционные связи со шкалами тревожности Тейлора и депрессии и отрицательные со шкалами самочувствия и настроения опросника САН ($p < 0,05$). Шкала 2 достоверно коррелирует со шкалой тревожности Тейлора, шкалой депрессии и шкалой самочувствия опросника САН ($p < 0,05$). Шкала 7 с типичной для нее тревожной мнительностью достоверно коррелирует с уровнем тревожности по шкале Тейлора ($p < 0,05$). Результаты исследований особенностей личности и состояния больных по разным оценочным шкалам позволяют выявить тенденцию к более частому возникновению тревожно-депрессивных состояний у пациентов с ГТ, у которых качество жизни было достоверно ниже.

Результаты исследования указывают на целе-

сообразность включения характеристики субъективной удовлетворенности уровнем своего функционирования в оценку эффективности лечения больных ГТ наряду с другими методами объективизации состояния больных. Проведенное исследование показало, что пограничные психические расстройства находят достаточно полное отражение в результатах психологического тестирования больных ГТ. Они влияют на качество жизни пациентов и существенно затрудняют их лечение. Выявлена определенная связь между выраженностью психических нарушений и наличием сопутствующих тиреоидной недостаточности метаболических расстройств. Полученные данные подтверждают целесообразность и ценность психологической диагностики в оценке психического статуса больных ГТ для разработки прогностических критериев эффективности различных методов коррекции обнаруженных изменений как тиреоидной недостаточности, так и осложнений со стороны нервной системы.

Т. М. Мельник

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З ПОЧАТКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Спостерігали 65 хворих з початковими порушеннями мозкового кровообігу, які були розділені на 2 групи: перша – 30 хворих без обмінних порушень, друга – 35 пацієнтів, страждаючих на первинним гіпотиреоз. Обстеження проводили з використанням ряду психологічних тестів, оцінювали якість життя. Виявлено, що хворі на гіпотиреоз з початковими порушеннями мозкового кровообігу, частіше страждали психічними порушеннями невротичного регістра, ніж пацієнти без таких розладів. Якість життя, самопочуття, активність і настрої у хворих на гіпотиреоз з початковими порушеннями мозкового кровообігу були достовірно нижчими, ніж у пацієнтів без цих порушень. Зроблено висновок, що психологічне тестування може бути важливим діагностичним інструментом оцінки психічного стану хворих на гіпотиреоз. Він дозволяє виявити особливості психічних розладів, корекція яких може мати велике значення для течії основного захворювання і його терапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.65-68)

T.M. Melnyk

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF THE HYPOTHYROIDISM PATIENTS WITH INITIAL IMPAIRMENTS OF CEREBRAL BLOOD SUPPLY

State Medical University, Donetsk

A battery of psychological tests has been used to study the psychic state and quality of life in 65 patients with initial impairments of cerebral blood supply. Patients were subdivided into two groups: (1) without metabolic disturbances and (2) with hypothyroidism. Comparing to controls, the patients with hypothyroidism suffered more frequently from different psychic disorders of neurotic register and their quality of life, general condition, activity and mood proved to be significantly worse. The author concludes that psychological testing may be an important diagnostic tool in general hospital. It allows identification of the borderline mental disorders features, the correction of which appears to be of great importance for basic disease course and its therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.65-68)

Литература

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. – М.: Мед. информ. агентство, 2002.
2. Клиническая эндокринология: Рук-во/ Под ред. Старковой Н.Т.–С-Пб.: Питер, 2002.

3. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 250-260.
4. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. – М., 1998.

Поступила в редакцию 15.06.2004