

УДК 616.832-004.2:305.085

*Е.А. Статинова, Р.Я. Омельченко, Т.Н. Калмыкова, Д.Ю. Сайко, С.В. Селезнева, Т.В. Островая,  
Т.А. Ерохина*

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: рассеянный склероз, качество жизни, психодиагностика, лечение.

Рассеянный склероз (РС) на сегодняшний день является неизлечимым неврологическим заболеванием и рассматривается как генетически детерминированное многоочаговое поражение миелина центральной нервной системы [2]. Этиология РС точно не установлена. Современные тенденции в изучении этой проблемы отводят ведущую роль инфекционным факторам, в частности вирусной этиологии заболевания. Иммунопатологические и патохимические реакции являются основными в патогенезе РС.

Несмотря на большое количество предложенных схем и методов лечения, вопрос реабилитации этих больных остается чрезвычайно актуальным. Проблема РС является не только медицинской, но и социальной, поскольку ухудшает качество жизни больных и приводит к экономическим затратам в результате стойкой инвалидизации пациентов [3]. Различные клинические критерии, такие как частота обострений, индексы по оценочным шкалам EDSS, FS или SCRIPPS, не всегда отражают симптомы, характеризующие качество жизни больных. При РС имеется ряд клинических проявлений, которые не влияют на оценку по шкале EDSS или SCRIPPS, но имеют существенное значение в оценке состояния больных и эффективности лечения. Основными из таких проявлений являются нейропсихологические изменения. Особое внимание обращает на себя нарушение когнитивных функций, синдром хронической усталости и астенодепрессивный синдром, которые в значительной мере влияют на трудоспособность больных РС и процесс реабилитации.[2]

Целью данной работы явилось улучшение качества жизни больных рассеянным склерозом путем коррекции нейропсихологических нарушений.

В исследовании участвовало 49 больных (21 мужчин и 28 женщин), находящихся на лечении в клинике нервных болезней Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения за период с 2002 г. по

2004 г. Средний возраст составил  $32,4 \pm 1,8$  года, средняя длительность болезни  $5,7 \pm 2,5$  года. Ремитирующее течение заболевания отмечено у 28 (57%) человек, из которых 12 (43%) находились в стадии обострения, 16 (57%) – в стадии ремиссии. У 21 (43%) заболевание имело прогрессирующее течение, при этом первично-прогрессирующий РС отмечен у 8 (38%), вторично-прогрессирующий – у 13 (62%) больных. В исследовании не участвовали больные, у которых длительность РС составляла до 6 месяцев; пациенты с выраженными нарушениями познавательных функций (деменция), исключающие возможность точных ответов на вопросы анкет и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, влияющими на качество жизни. Наличие тех или иных органических неврологических синдромов оценивалось по шкале EDSS. Средний балл по EDSS составил  $3,0 \pm 0,5$  (max – 9,5).

Нейропсихологические изменения оценивались по психометрическим шкалам для оценки депрессии: шкала Гамильтона и шкала Бека [1]. Также проводилась психодиагностика внимания по таблицам Шульте и психодиагностика личности при помощи опросника MMPI.

В зависимости от течения заболевания все пациенты были разделены на три группы. В 1 группу вошли 12(25%) пациентов с ремитирующим течением заболевания в стадии обострения, во 2 группу – 16(33%) больных с ремитирующим течением заболевания в стадии ремиссии, 3 группа состояла из 21(42%) пациентов с прогрессирующим течением заболевания. Контрольную группу составили 20 человек практически здоровых.

Проведенные психологические тестирования позволили обнаружить у всех больных РС тревожно-депрессивные расстройства в виде состояния эмоционального дистресса разной степени выраженности, нарушения сна, утомляемости, астенизации. По шкале Гамильтона уро-

вень депрессии составил от легкой (14-17 баллов) до тяжелой (более 25 баллов) степеней. По шкале Бека депрессивный синдром составил более 25 баллов у 23 % больных. При исследовании внимания при помощи таблиц Шульте только у пациентов второй группы отмечались нормальные показатели: правильное нахождение, называние и показывание цифр в течение

50-60 секунд, а у пациентов 1 и 3 групп эти показатели были извращены. При проведении психодиагностики личности методом ММРІ выявлено повышение Т-баллов по шкале пессимистичности от 66 и выше, повышение Т-баллов по шкале тревожности от 63 до 71, снижение Т-баллов по шкале оптимистичности от 51 и ниже, при норме  $60 \pm 10$  (Табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика психоневрологических нарушений**

Показатели	I	II	III	Контрольная группа
Уровень депрессии (балл по Беку)	18±0,4	20±0,6	26±1,5	11±0,4
Уровень депрессии (балл по Гамильтону)	15±0,8	19±1,7	25±0,9	11±0,6
Нахождение цифр (таб. Шульте, секунды)	43±3,2	55±3,5	39±2,7	55±4,5
ММРІ (Т-балл)				
- Шкала пессимистичности	66±0,8	70±1,8	76±0,7	52±3,6
- Шкала тревожности	63±2,0	65±1,5	72±1,8	54±2,3
- Шкала оптимистичности	48±2,3	48±1,5	49±1,4	57±3,5

Согласно опросника ММРІ у всех больных отмечался депрессивный профиль. С умеренным повышением Т-баллов по шкале эмоциональной лабильности до  $63 \pm 2,6$  у пациентов 1 группы. У пациентов 2 группы было выявлено умеренное повышение Т-баллов по шкале сверхконтроля (ипохондрии) до  $64 \pm 1,7$ , что обусловлено повышенным уровнем беспокойства и тревожности.

При исследовании внимания было отмечено снижение темпа работы, запаздывание вработываемости больных, повышенная истощаемость внимания, сниженная переключаемость к концу исследования. Эти показатели свидетельствуют о наличии у всех пациентов астенизации.

С целью улучшения когнитивных функций, уменьшения выраженности астенического синдрома всем больным был назначен луцетам по 800 мг 2 раза в день в течение 2 месяцев. Для купирования депрессивного синдрома - мелипрамин по 25 мг 2 раза в день в течение 2-3 месяцев. Через 1 месяц от начала лечения у 63% боль-

ных было отмечено уменьшение выраженности астено-депрессивного синдрома и синдрома хронической усталости, что было подтверждено повторными психологическими тестами. Одновременно улучшалось и субъективное восприятие больными различных компонентов качества своей жизни, особенно оценка своего здоровья и терапевтическая перспектива.

Таким образом, общепризнанные критерии, такие как частота обострений, индексы по оценочным шкалам типа EDSS, не в полной мере отражают динамику симптомов, которые снижают качество жизни больных РС и влияют на эффективность лечения. Результаты проведенных исследований показывают связь качества жизни этих пациентов с данными нейропсихологических тестов, выявляющих депрессию и хроническую усталость. Данные вопросники являются чувствительными критериями оценки качества проводимого лечения и могут быть использованы у данной категории больных.

**О.А. Статінова, Р.Я. Омельченко, Т.М. Калмикова, Д.Ю. Сайко, С.В. Селезньова, Т.В. Острова,  
Т.А. Єрохіна**

## **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Обстежено 49 хворих розсіяним склерозом. Проведена психодіагностика даної групи хворих. Відмічено зв'язок якості життя з даними нейропсихологічних тестів, характеризуючих депресію, хронічну втому. Зроблено висновок, що, використані тести є чутливими критеріями оцінки ефектів лікування хворих на розсіяний склероз. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.127-129)

**E.A. Statinova, R.J. Omelchenko, T.N. Kalmykova, D.J. Sajko, S.V. Selezneva, T.V. Ostrovaja, T.A.  
Erohina**

## **QUALITY OF THE LIFE OF PATIENTS WITH THE MULTIPLE SCLEROSIS**

Donetsk states medical university by M.Gorkogo

49 patients with a multiple sclerosis are surveyed. The psychodiagnostics of the given group of patients is carried out. Connection of quality of a life with the data of the neurologopsychological the tests describing depression, chronic weariness is marked. The conclusion is made, that, the used questionnaires are sensitive criterion of an estimation of effects of treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.127-129)

### *Литература*

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Депрессия в неврологической практике. — М., 2002. — С. 20-44, 61-65, 145-155.  
2. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. — М., 1997.

3. Татаринов М.Ю., Фокин И.В., Бойко А.Н. Качество жизни больных рассеянным склерозом и некоторые подходы к фармакоэкономическим исследованиям//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. - №1. — С. 76-80.

Поступила в редакцию 26.05.2004