DOI 10.34883/PI.2021.12.4.002
УДК 616.8-009.836:612821+616.89

Мороз С.М., Макарова И.И., Семенихина В.Е.

Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова, Днепр, Украина

Moroz S., Makarova I., Semenikhina V.

Dnepropetrovsk Regional Clinical Hospital named after I.I. Mechnikov, Dnipro, Ukraine

Клинико-психологические факторы, влияющие на оценку качества жизни пациентами с соматоформными расстройствами

Clinical and Psychological Factors that Influence the Assessment
of the Quality of Life by Patients with Somatoform Disorders

Резюме

Определены факторы, обуславливающие снижение интегрального показателя качества жизни у пациентов с соматоформными расстройствами. Обследовано 320 пациентов, у всех у них выявлено снижение качества жизни, определена тактика выбора симптомов-мишеней терапевтической работы.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, качество жизни, клинико-психологические факторы.

Abstract

The factors that cause the decrease of the integral indicator of the quality of life in patients with somatoform disorders were determined. A total of 320 patients were examined. Decrease of the quality of life was found in all patients, and the tactics of selection of target symptoms of therapeutic work was determined.

Keywords: somatoform disorders, quality of life, clinical and psychological factors.

■ ВВЕДЕНИЕ

В последние годы во многих странах мира фиксируется тенденция к ухудшению психического здоровья населения за счет, прежде всего, депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств [1, 3, 6]. В течение последних десятилетий существенный патоморфоз анализируемых форм психических расстройств отмечается многими авторами [6]. По мнению большинства ученых, меняются не только формы резистентности, но и клиническая картина заболеваний [7]. Аффективные и соматоформные расстройства в наибольшей степени обусловлены влиянием социальных, психологических, стрессовых факторов, которые

превышают адаптационные возможности человека, нарушают вегетативный и гормональный баланс, вызывают излом физиологических механизмов приспособления, формируют популяционный риск вегетативных нарушений [2, 4, 11]. Также соматоформные расстройства ввиду большого полиморфизма клинических проявлений не получают своевременной диагностики и терапии [2, 4, 7, 10].

Наряду с этим наблюдается недооценка особенностей субъективного восприятия пациентами своего заболевания и влияния этих факторов на качество жизни (КЖ). Предпосылкой успешного лечения депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств является четкое типологическое (нозологическое) и феноменологическое (синдромологическое) их отграничение. Однако диагностика депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств усложняется диссимулятивными тенденциями пациентов, их стремлением к рациональному объяснению своего состояния и маскировкой депрессивной симптоматики вегетативными синдромами. Поэтому множество пациентов постоянно обследуются по поводу соматических заболеваний, обращаются то к одному доктору, то к другому [7]. Такое положение приводит к ошибкам при выборе симптомов-мишеней в терапевтическом процессе, снижению уровня социально-психического функционирования и избыточному использованию пациентами медицинской помощи [4, 5, 9, 12].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение клинических факторов, влияющих на оценку КЖ пациентами с соматоформными расстройствами.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в течение 2016–2018 гг. на базе психоневрологического отделения КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова». В исследование были включены 320 пациентов с соматоформными расстройствами в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F45.30 – 122 пациента, F45.31 – 97, F45.33 – 101): мужчин – 107, женщин – 213 в возрасте от 21 до 66 лет (средний возраст $48,81 \pm 1,22$ года). Из исследования были исключены пациенты с острыми соматическими и психическими заболеваниями с психовегетативным синдромом, психическими расстройствами при органическом поражении головного мозга, психологическими и поведенческими факторами, классифицированными в других рубриках.

Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический, анкетный, экспериментально-психологический и статистический. Нами разработана специальная анкета, в которую были включены социально-демографические и анамнестические данные, жалобы пациентов. Количественная оценка степени выраженности симптомов и субъективных жалоб производилась с помощью опросника для выявления признаков вегетативных изменений и схемы исследования для определения признаков вегетативных нарушений А.М. Вейна. Диагностика с помощью теста цветовых выборов М. Люшера осуществлялась в следующих направлениях: оценка уровня тревожности, степени отклонения от аутогенной нормы, которая измеряет внутреннюю оптимальность нервно-психического состояния, оценка уровня активности (как

деятельности для преодоления психологического напряжения) и работоспособности (как деятельности, направленной на достижение цели). Для оценки КЖ использовался неспецифический опросник SF-36 Health Status Survey.

Обследование осуществлялось при первичном осмотре пациента перед началом терапии.

Статистический анализ проводился с помощью программы «Статистика 7.0» с определением среднего значения исследуемых показателей с вычислением доверительных границ вероятности и связей между ними, применением непараметрических методов сравнения независимых групп (корреляционного анализа Спирмена и теста Манна – Уитни).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Градация уровня выраженности для каждого из показателей КЖ оценивалась следующими интервалами: низкий показатель – 0–20 баллов; сниженный показатель – 21–40 баллов; средний показатель – 41–60 баллов; повышенный показатель – 61–80 баллов; высокий показатель – 81–100 баллов. В настоящем исследовании пациентов с высокими показателями не выявлялось.

Были выделены 2 подгруппы пациентов из всей выборки на основании снижения показателя (40 баллов и ниже) общего состояния здоровья как интегрального показателя КЖ (General Health – ОЗ) – 169 пациентов (1-я подгруппа) или его среднего и выше среднего уровня – 151 пациент (2-я подгруппа). Средние показатели ОЗ: $32,31 \pm 6,92$ балла для 1-й подгруппы и $62,3 \pm 12,56$ балла для 2-й подгруппы.

Следует отметить, что для обеих подгрупп выявлена достоверная прямая корреляция со снижением результатов по шкалам психического здоровья Mental Health – ПЗ ($p < 0,01$), социального функционирования Social Functioning – СФ ($p < 0,01$) и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, Role-Physical Functioning – РФ ($p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что повседневная деятельность пациента и круг его социальных контактов значительно ограничены физическим и эмоциональным состоянием, переживанием психического неблагополучия.

При статистическом сравнении методом Манна – Уитни в 1-й подгруппе преобладали: специфические соматические симптомы ($p < 0,001$), тревога ($p < 0,01$), нарушения сна ($p < 0,001$), периодические головные боли ($p < 0,001$), снижение работоспособности ($p < 0,01$), быстрая утомляемость ($p < 0,01$), длительность течения заболевания ($p < 0,05$), общее время стационарного лечения за всю историю болезни ($p < 0,05$), снижение аппетита ($p < 0,05$), слабые перспективы лечения ($p < 0,05$). Меньшее значение в результате опроса составляла выраженность других критериев патологии вегетативной нервной системы.

Для пациентов 2-й подгруппы преобладали: специфические соматические симптомы ($p < 0,01$), тревога ($p < 0,05$), периодические головные боли ($p < 0,001$), снижение физического функционирования ($p < 0,01$), снижение самооценки ($p < 0,05$), длительность течения заболевания ($p < 0,05$), снижение социальной активности ($p < 0,05$). Меньшее значение в результате опроса составляла выраженность других критериев патологии вегетативной нервной системы.

Выявленные на момент начала обследования с помощью корреляционного анализа достоверные связи снижения ОЗ с клинико-психологическими факторами в 1-й и 2-й подгруппах представлены в табл. 1.

Снижение ОЗ для пациентов 1-й подгруппы достоверно коррелировало с ведущими соматическими проявлениями (сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, дыхательные – своеобразная функциональная слабость специфических систем), проявлениями нарушений сна (трудности при засыпании, многократные пробуждения, раннее пробуждение), высоким уровнем отклонения от оптимального нервно-психического состояния, головными болями, тревогой, особенно ее соматическими проявлениями: сухостью во рту, болями в желудке, спазмами, ощущением остановки сердца, учащенным сердцебиением, задержкой дыхания, одышкой, частым мочеиспусканием, а также снижением продуктивной активности и увеличением активности, направленной на преодоление психологического дискомфорта.

Для пациентов 2-й подгруппы психопатологические симптомы, определяющие снижение уровня ОЗ, достоверно коррелировали с проявлениями специфических соматических симптомов, симптомами социальной дезадаптации, страхами и аффективно-вегетативными симптомами (вне зависимости от изменений соматического состояния).

Ниже представлены достоверные связи клинико-психологических факторов, обуславливающих снижение ОЗ на момент окончания стационарного лечения (табл. 2).

Таблица 1
Корреляционные соотношения снижения ОЗ и клинико-психологических факторов на момент первичного обследования

Table 1
Correlation ratios of decrease of GH and clinical-psychological factors at the time of the initial examination

Клинические факторы	Показатели статистической значимости и коэффициент корреляции	
	1-я подгруппа	2-я подгруппа
Специфические соматические проявления	rs=0,489, p<0,001	rs=0,356, p<0,01
Нарушения сна	rs=0,487, p<0,001	rs=0,184, не достигает уровня статистической значимости
Высокая степень отклонения от аутогенной нормы	rs=0,394, p<0,001	rs=0,242, p<0,05
Периодические головные боли	rs=0,385, p<0,01	rs=0,318, p<0,01
Тревога	rs=0,326, p<0,01	rs=0,286, p<0,05
Быстрая утомляемость	rs=0,318, p<0,05	rs=0,171, не достигает уровня статистической значимости
Снижение работоспособности	rs=0,291, p<0,05	rs=0,142, не достигает уровня статистической значимости
Снижение физического функционирования	rs=0,224, не достигает уровня статистической значимости	rs=0,342, p<0,01
Снижение самооценки	rs=0,192, не достигает уровня статистической значимости	rs=0,261, p<0,05
Снижение социального функционирования	rs=0,187, не достигает уровня статистической значимости	rs=0,237, p<0,05

Таблица 2

Корреляционные соотношения снижения ОЗ и клинических факторов на момент выписки из стационара

Table 2

Correlation ratios of decrease of GH and clinical factors at the time of discharge from the hospital

Клинические факторы	Показатели статистической значимости и коэффициент корреляции	
	1-я подгруппа	2-я подгруппа
Специфические соматические проявления	rs=0,327, p<0,01	rs=0,291, p<0,05
Нарушения сна	rs=0,311, p<0,01	rs=0,137, не достигает уровня статистической значимости
Тревога	rs=0,272, p<0,05	rs=0,124, не достигает уровня статистической значимости
Снижение физического функционирования	rs=0,181, не достигает уровня статистической значимости	rs=0,219, p<0,05
Снижение самооценки	rs=0,153, не достигает уровня статистической значимости	rs=0,211, p<0,05
Снижение социального функционирования	rs=0,126, не достигает уровня статистической значимости	rs=0,208, p<0,05

На момент выписки пациентов из стационара со значительной редукцией психопатологических симптомов уровень ОЗ достоверно коррелировал с остаточными проявлениями специфических соматических симптомов, нарушениями сна, страхами и аффективно-вегетативными симптомами (вне зависимости от изменений соматического состояния) для 1-й подгруппы и с симптомами социального функционирования для 2-й подгруппы.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования выявлены клинко-психопатологические факторы, которыми определяется снижение КЖ. Данные показатели, к которым в первую очередь относятся специфические соматические проявления и нарушения сна, следует считать первоочередными мишенями терапевтического воздействия для разработки адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Vejn A.M. (2000) *Vegetativnye rasstrojstva. Klinika, diagnostika, lechenie* [Vegetative disorders. Clinical manifestations, diagnostics, treatment]. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 752 p. (in Russian)
2. Kudanova E.I. (2015) Klinika, diagnostika i terapiya somatoformnyh rasstrojstv [Clinical manifestations, diagnostics and therapy of somatoform disorders]. *Muzhskoe zdorov'e, gendernaya i psihosomaticheskaya medicina*, no 1–2 (02), p. 45–52.
3. Mihajlov B.V. (2012) Klinika i principy terapii paroksizmal'nyh sostoyanij v strukture nevroticheskix somatoformnyh rasstrojstv [Clinical manifestations and principles of therapy of paroxysmal disorders in the structure of neurotic somatoform disorders]. *Mizhnarodnij nevrologichnij zhurnal*, no 6, pp. 157–161.

4. Mihajlov B.V., Kudinova E.I. (2010) Somatoformnye rasstrojstva: klinika, diagnostika, principy terapii [Somatoform disorders: clinical manifestations, diagnostics, principles of therapy]. *Arhiv psihatrii*, vol. 16, no 3, pp. 8–13.
5. Mihajlov B.V., Kudinova E.I. (2018) Somatoformnye rasstrojstva [Somatoform disorders]. *Muzhskoe zdorov'e, gendernaya i psichosomaticheskaya medicina*, no 1, pp. 81–90.
6. Mishiev V.D. (2002) *Depresivni rozladi: kriterii diagnostiki, osnovni klinichni proyavi ta metodi terapii* [Depressive disorders: criteria of diagnostics, main clinical manifestations and methods of therapy]. Kiiv, 46 p. (in Ukrainian)
7. Mishiev V.D. (2004) *Suchasni depresivni rozladi: Kerivnictvo dlya likariv* [Modern depressive disorders: guide for doctors]. L'viv: Vidavnictvo Ms, 207 p. (in Ukrainian)
8. Mishiev V.D. (2005) *Psihichni ta povedinkovi rozladi vnaslidok vzhivannya opioidiv: klinika, diagnostika, terapiya* [Psychiatric and behavioral disorders after taking opioids: clinical manifestations, diagnostics, therapy]. L'viv: Vidavnictvo Ms, 200 p. (in Ukrainian)
9. Mishiev V.D. *Suchasni depresivni rozladi: Kerivnictvo dlya likariv* [Modern depressive disorders: guide for doctors]. L'viv: Vidavnictvo Ms, 208 p. (in Ukrainian)
10. Prihodko V.Yu., Kononenko E.A., Moreva D.Yu., Kashkovskij D.O., Voloshchuk T.R. (2014) Rastitel'nye preparaty v lechenii somatoformnyh rasstrojstv i vegetativnoj disfunkcii [Herbal preparations in treatment of somatoform disorders and vegetative dysfunction]. *Liki Ukraini*, no 9 (185), pp. 15–21.
11. Smulevich A.B. (2003) *Depressii pri somaticheskikh i psichicheskikh zabolevaniyah* [Depression in somatic and mental diseases]. M.: Med. inform. aginstvo, 432 p. (in Russian)
12. Bokma W.A., Batelaan N.M., van Balkom A.J.L.M., Penninx B.W.J.H. (2017) Impact of anxiety and/or depressive disorders and chronic somatic diseases on disability and work impairment. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, pp. 10–16.

Подана/Submitted: 12.05.2021
Принята/Accepted: 19.09.2021
Контакты/Contacts: recipe@recipe.by