

УДК 616.89-008.441.13-036.66-036.87

**ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК СПОСОБ
КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА РЕМИССИИ И ПРОГНОЗА РЕЦИДИВА
ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Сквира И. М.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время во всем мире изучению и оценке качества жизни пациентов с психическими и поведенческими расстройствами уделяется большое внимание [1, 2]. В наркологии показатель качества жизни (ПКЖ) помогает характеризовать особенности личности больных [3], адекватно отражает динамику улучшения состояния пациентов в процессе терапии и может быть критерием эффективности лечения алкоголизма [4, 5].

Установлено, что субъективное ухудшение качества жизни у пациентов с алкогольной зависимостью предшествовало и сопутствовало возникновению расстройств адаптации в ремиссии, а динамическая проспективная оценка качества жизни в ремиссии отражает индивидуальные особенности адаптации, способствует раннему выявлению адаптационных расстройств, своевременному проведению лечебных мероприятий [4]. Изменения по векторам опросника качества жизни можно использовать в качестве прогностических критериев возможного развития рецидива заболевания [5].

Остается неизученной прогностическая значимость и соотношение отдельных компонентов и общей структур ПКЖ в рецидивоопасных клинических ситуациях (РОКС) ремиссионного периода.

Цель исследования

Разработка способов контроля качества ремиссии и прогноза рецидива у лиц с алкогольной зависимостью.

Материал и методы

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» исследованы две репрезентативные по социально-демографическим и клиническим параметрам группы лиц с алкогольной зависимостью в полной ремиссии (средний возраст пациентов $41,8 \pm 7,2$ года, шифр F 10.202 по МКБ-10).

I группа пациентов ($n = 60$) находилась в состоянии компенсированной ремиссии (без клинически выраженных рецидивоопасных ситуаций), а II группа ($n = 42$) — пациенты с РОКС (пациенты, обратившиеся для противорецидивного лечения).

Критериями исключения были лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1) и с эндогенными психическими заболеваниями (F 20–39 по МКБ-10).

Методы исследования

Анамнестический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Качество жизни пациентов исследовали с помощью теста «Показатель качества жизни» [2]. Методика состоит из 10 шкал (номера и названия шкал — в примечании к рисунку), каждая из которых оценивается по 10-балльной системе, где 1 балл — «очень плохо», 10 баллов — «прекрасно». Данная методика охватывает три основных компонента качества жизни: а) субъективное благополучие (шкалы № 1, 2, 10); б) выполнение социальных ролей (шкалы № 3, 4, 5, 8); в) внешние условия жизни (шкалы № 6, 7, 9). При оценке интегрального ПКЖ суммируются показатели отдельных шкал и выводится среднеарифметическое. При оценке основных компонентов ПКЖ суммируются показатели только тех шкал, которые отражают тот или иной компонент качества жизни.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica» v.6.0. Сравнение данных в двух независимых группах проводилось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, а при нормальном распределении показателей (определение проводилось с использованием критерия χ^2) — параметрического критерия Стьюдента. Прогностическую значимость различных показателей оценивали с помощью ROC анализа (MedCalc-v.9.6). Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты и обсуждения

В результате исследования установлено, что большинство шкал во II группе по значимости отличались от оценок пациентов в I группе (рисунок 1).

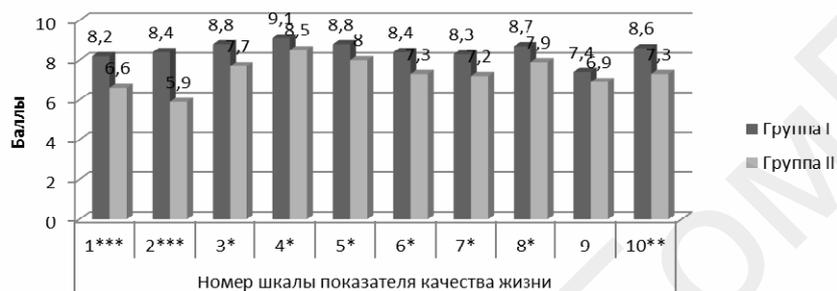


Рисунок 2 — Сравнительная структура ПКЖ у пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии и в рецидивоопасных клинических ситуациях

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$. Название шкал ПКЖ: 1 — физическое благополучие; 2 — психологическое и эмоциональное благополучие; 3 — самообслуживание и независимость в действиях; 4 — трудоспособность; 5 — межличностное взаимодействие; 6 — социо-эмоциональная поддержка; 7 — общественная и служебная поддержка; 8 — самореализация; 9 — духовная реализация; 10 — общее восприятие качества жизни.

Особенно заметно ухудшились оценки по шкалам № 1, 2 и 10, отражающим компонент качества жизни «субъективное благополучие». Так, по шкале № 2 оценки снизились с $8,30 \pm 1,47$ баллов в I группе до $5,88 \pm 1,98$ баллов во II группе ($p < 0,0001$). По шкале № 1 — с $8,02 \pm 1,41$ баллов до $6,60 \pm 1,43$ баллов ($p < 0,0001$). По шкале № 10 — с $8,58 \pm 1,37$ баллов до $7,23 \pm 2,41$ баллов ($p = 0,0015$). В целом, по компоненту ПКЖ «субъективное благополучие» оценки снизились с $24,64 \pm 3,25$ баллов до $19,72 \pm 3,9$ баллов ($p < 0,0001$).

По компоненту «выполнение социальных ролей» и «внешние условия жизни» оценки снизились соответственно: с $35,2 \pm 3,51$ баллов до $32,02 \pm 6,2$ баллов ($p = 0,002$) и с $23,79 \pm 3,68$ баллов до $21,19 \pm 4,99$ баллов ($p < 0,05$). И только по одной шкале (№ 9, духовная реализация) значимых отличий между группами сравнения не выявлено ($p = 0,383$).

Корреляционный анализ показал, что в I группе все десять шкал ПКЖ имели положительную корреляцию ($r > 0,40$) с усредненным интегральным показателем качества жизни (ИКЖ). Значимых отрицательных (обратных) корреляционных связей отдельных шкал с ИКЖ, а также между собой у пациентов в состоянии качественной ремиссии не было.

Во II группе, в отличие от пациентов I группы, по трем показателям ПКЖ с усредненным интегральным показателем качества жизни корреляция не выявлена. Это шкалы: «физическое благополучие» ($r = 0,16$), «социально-эмоциональная поддержка» ($r = 0,32$), «психологическое и эмоциональное благополучие» ($r = 0,32$).

Анализ прогностической значимости показателей, для которых получены наибольшие различия в I и II группах, оценивали с помощью ROC анализа (MedCalc-v.9.6).

Субъективный компонент ПКЖ (сумма шкал «физическое благополучие», «психологическое благополучие» и «общее восприятие качества жизни») прогностически значим при 22 и менее баллах (чувствительность 81,4 % и специфичность 80,0 %). Шкала № 2 («психологическое благополучие») прогностически значим при 7 и менее баллах

(чувствительность 74,4 % и специфичность 72,7 %). Шкала № 1 («физическое благополучие») прогностически значима при 7 и менее баллах (чувствительность 69,8 % и специфичность 78,2 %). Сумма всех десяти шкал прогностически значима при 73 и менее баллов (чувствительность 55,8 % и специфичность 92,7 %).

Таким образом, если у пациентов с алкогольной зависимостью в полной, компенсированной ремиссии оценка качества жизни отличается по большинству шкал высокими баллами и тенденцией к гармонизации, то при возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода оценка меняется не только количественно (снижается по сумме и большинству шкал), но и качественно по структуре. Дисгармоничность структуры ПКЖ в РОКС проявляется в выпадении из ансамбля шкал «физическое благополучие» и, особенно, «психологическое (эмоциональное) благополучие», тогда как структура остальных шкал, хотя и менее выраженных количественно, напоминает рисунок структуры ПКЖ в компенсированной ремиссии.

Заключение

У лиц с алкогольной зависимостью в компенсированной ремиссии оценка качества жизни отличается высокими баллами ($83,7 \pm 9,0$ баллов по сумме) и тенденцией к гармонизации структуры, а при возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода оценка снижается количественно ($73,2 \pm 12,7$ баллов в сумме, $p < 0,0001$) и меняется качественно. Дисгармоничность структуры ПКЖ в РОКС проявляется в выпадении из ансамбля компонента качества жизни «субъективное благополучие» (особенно шкалы «психологическое благополучие») ($p < 0,0001$), что с высокой степенью значимости (чувствительность 81,4 % и специфичность 80,0 %) свидетельствует об угрозе срыва ремиссии и рецидива алкоголизации.

Исходя из этого, нами были разработаны практические рекомендации для повышения качества жизни у алкогользависимых лиц в процессе терапии и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Критерий качества жизни в психиатрической практике: монография / Н. А. Марута [и др.]; под общей ред. Н. А. Маруты. — Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 240 с.
2. Validization an efficient quality life index / J. E. Mezzich [et al.] // Abstracts 11 World Congress psychiatry «Psychiatry on new Thresholds». — Hamburg, Germany, 6–11 August 1999. — P. 427–428.
3. Polak, K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome / K. Polak // Psychiatr. Pol. — 2001. — Vol. 35, № 6. — P. 1057–1070.
4. Бойко, Е. О. Качество жизни и социальное функционирование как критерии эффективности терапии / Е. О. Бойко // Вопросы наркологии. — 2008, № 5. — С. 58–65.
5. Шараневич, И. О. Динамика качества жизни у лиц с алкогольной зависимостью как оценка эффективности лечения / И. О. Шараневич // Довженковские чтения: проблема рецидива в современной наркологии. — Харьков, 2009. — С. 200–203.

УДК 616.89-008.1-073.96

ПРЕДИКЦИЯ ВЫСОКОГО РИСКА ПЕРВОГО ПСИХОЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НИСТАГМОГРАФИИ

Скугаревская М. М., Обьедков И. В.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Термин «синдром риска первого психоза» (син. состояние риска развития психоза, синдром ослабленных психотических симптомов, крайне высокий риск развития психоза) является относительно новым понятием в современной психиатрии и отражает тенденцию к максимально ранней диагностике психических расстройств и оказанию