

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. The biophysical role of hemodynamics in the pathogenesis of cerebral aneurysm formation and rupture / S. Soldozy [et al.] // *Neurosurg Focus*. – 2019. – Vol. 47, № 1. – P. 1–9.
2. Пилипенко, Ю. В. Микрохирургическое лечение сложных аневризм средних мозговых артерий: крупных, гигантских, фузиформных и частично тромбированных : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук : 3.1.10 / Ю. В. Пилипенко; НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко. – М., 2023. – 46 с.
3. Хирургия аневризм головного мозга / В. В. Крылов [и др.] ; под общ. ред. В. В. Крылова. – М., 2011. – Т. 1. – 432 с.
4. Биологические и биофизические механизмы формирования, роста и разрыва церебральных аневризм / З. С. Саакян [и др.] // *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. – 2023. – Т. 8, № 2. – С. 138–149.
5. Unruptured Cerebral Aneurysms: Evaluation and Management / N. Ajiboye [et al.] // *The Scientific World Journal*. – 2015. – № 11. – P. 1–10.

УДК 616.89-008.441.13-052-036.66-036.82

И. М. Сквиря, М. И. Сквиря, Б. Э. Абрамов

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Введение

Традиционно среди показателей эффективности лечения пациентов с алкогольной зависимостью в наркологии считаются длительность и качество ремиссии [1]. В настоящее время оценке качества ремиссии помогает изучение показателя (ПКЖ) качества жизни (КЖ) пациентов. В наркологии ПКЖ помогает характеризовать особенности личности больных, адекватно отражает динамику улучшения состояния пациентов в процессе терапии и может быть критерием эффективности лечения пациентов (ПАЗ) с алкогольной зависимостью (АЗ) [3].

В то же время некоторые исследователи считают, что оценка КЖ лиц с АЗ в ремиссии различна у самих больных, их родственников и врача: пациенты отмечают, что после лечения у них КЖ характеризуется физическим, психологическим благополучием, достаточным самообслуживанием и трудоспособностью, в то время как их родственники полагают, что у пациентов имеется только психологическое благополучие, а врач и вовсе считает, что у больных нет даже и этого [4]. Даже при длительных ремиссиях, как утверждают и другие авторы, КЖ лиц с АЗ не достигает уровня здоровых людей. Возникновение ремиссии у больных АЗ не является эквивалентом выздоровления, т. е. полного восстановления физического, психического и социального функционирования [2].

Но достаточно ли лицам с АЗ для формирования качественной и длительной терапевтической ремиссии, чтобы качество их жизни достигало уровня здоровых людей?

Цель

На основе сравнительного изучения ПКЖ у лиц с алкогольной зависимостью и здоровых людей найти клиничко-психологические особенности, способствующие становлению терапевтической ремиссии.

Материал и методы исследования

На базе У «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» проведено сравнительное исследование 39 ПАЗ (I группа – основная, средний возраст $40,26 \pm 9,42$ лет) в ремиссии высокого качества (РВК) и 48 здоровых лиц (II группа – контрольная, средний возраст $39,97 \pm 10,22$ лет). Для лиц обеих групп общим критерием включения было информированное согласие на участие в исследовании, возраст от 27 до 55 лет включительно. Обязательным условием включения в исследование было добровольное обращение за помощью в лечении АЗ. Для всех участников критериями исключения были другие установленные психические и поведенческими расстройства, острые соматические заболевания.

Применены анамнестический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Качество жизни пациентов исследовали с помощью теста «Показатель качества жизни» [5]. Методика состоит из 10 шкал, 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 среднее арифметическое. 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 лицензионного программного обеспечения MS Excel. Вычислялись средние значения (M), стандартные отклонения (σ). 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. Для изучения степени связи между показателями применялся коэффициент корреляции Спирмена (r). Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было установлено, что большинство шкал ПКЖ во II группе по значимости отличались от оценок пациентов в I группе ($p < 0,05$). Особенно низкими были оценки по шкалам № 1, 2 и 10, отражающим компонент качества жизни «субъективное благополучие». Так, по шкале № 2 оценки были $8,11 \pm 1,63$ баллов в I группе и $6,77 \pm 1,52$ баллов во II группе ($p=0,002$). По шкале № 1 – $7,74 \pm 1,66$ баллов и $6,55 \pm 1,69$ баллов ($p=0,04$). По шкале № 10 – $8,37 \pm 1,54$ баллов и $7,06 \pm 1,24$ баллов ($p=0,002$). В целом по компоненту ПКЖ «субъективное благополучие» оценки были $24,21 \pm 3,88$ баллов против $20,48 \pm 3,96$ балла ($p=0,001$).

По компоненту «выполнение социальных ролей» и «внешние условия жизни» оценки выглядели соответственно: $34,68 \pm 3,51$ баллов и $29,77 \pm 6,2$ баллов ($p=0,01$) и $22,31 \pm 3,68$ баллов и $21,57 \pm 4,99$ баллов ($p > 0,05$). И хотя по последнему компоненту межгрупповых отличий не было, но по шкале «духовная реализация» оценки пациентов были выше, чем у здоровых людей ($7,63 \pm 1,42$ баллов против $6,42 \pm 1,91$ баллов, $p=0,01$).

Корреляционный анализ показал, что в обеих группах все десять шкал ПКЖ имели положительную корреляцию ($r > 0,40$) с усредненным интегральным показателем качества жизни (ИКЖ). При этом несмотря на статистически значимо меньшие цифры у здоровых лиц по сумме и большинству шкал ПКЖ ($p < 0,01$), корреляция с ИКЖ почти всех шкал была высокой и по ряду из них («физическое благополучие», «психологическое благополучие», «трудоспособность», «личностная реализация» и «духовная реализация») статистически значимо превышала показатели корреляции пациентов

в РВК ($p < 0,05$). У пациентов в РВК корреляция ряда шкал ПКЖ с ИКЖ – «физическое благополучие» ($r=0,72$), «межличностное взаимодействие» ($r=0,78$) и особенно, «общее восприятие качества жизни» ($r=0,84$) была высокой, что, по нашему мнению, указывает на их значимую связь с интегральной оценкой качества жизни, а таких шкал, как «психологическое благополучие» ($r=0,59$), «самообслуживание и независимость действий» ($r=0,45$), «личностная реализация» ($r=0,48$) и особенно «духовная реализация» ($r=0,40$) была средней, что говорит о меньшем их влиянии на общую оценку качества жизни.

При патопсихологическом и лабораторном исследовании также было установлено, что состояние пациентов с АЗ в РВК отличалось от состояния здоровых лиц более высокими показателями психологического функционирования ($p < 0,01$) и высоким уровнем активации неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) ($p < 0,001$). В целом пациенты с АЗ в РВК отличались самым глубоким (внутренним) уровнем осознания наличия у них болезни «алкоголизм» и высоким уровнем терапевтических установок на лечение, трезвость и социально значимые цели. В психиатрическом интервью с психиатром-наркологом, клиническим психологом, во время групповых занятий в сообществе взаимопомощи анонимных алкоголиков они хорошо описывали много признаков (симптомов) своей болезни (испытываемых ими ранее в период активной болезни, особенно во время синдрома отмены) и ясно объясняли связь появления этих жалоб с наличием наркологической болезни, показывая тем самым глубокое понимание связи своего страдания в период активной зависимости с причиной, вызывавшей эти страдания, – алкоголизмом. При этом пациенты ясно понимали, что трезвость для них – не самоцель, а только условие лечения, и испытывали радость от того, что они стали на путь выздоровления, победы над зависимостью, путь обретения свободы от наркологической болезни.

Таким образом, в результате проведенного нами исследования впервые получены данные, что при лечении ПАЗ стремление добиться ослабления проявлений болезни до уровня состояния здоровых лиц недостаточно для формирования качественной и длительной ремиссии. Как оказалось, ПАЗ в РВК отличались от здоровых лиц статистически и клинически значимо более высокими оценками как интегрального ПКЖ, так и по большинству шкал ($p < 0,01$). Мы считаем, что такая особенность структуры ПКЖ у пациентов с АЗ на этапе становления ремиссии высокого качества означает следующее. Хотя в целом оценка ПКЖ у них и выше, но она *не гармонична*, как у здоровых (что подтверждается высокой корреляцией у здоровых лиц всех шкал ПКЖ с интегральным ПКЖ). У пациентов оценка выше, чем у здоровых лиц, за счет, прежде всего, компонента «субъективная оценка качества жизни». Высокие показатели по этому компоненту означают, что пациенты на этапе становления ремиссии высокого качества находились в состоянии заметного физического и психологического подъема, в состоянии высокой внутренней мобилизации, напряжения, объективизированного также другими патопсихологическими методами исследований, самоотчетами больных, а также клиническими и лабораторными данными. Это означает, что кроме *специфических терапевтических изменений*, происшедших с этими пациентами в процессе лечения синдрома зависимости, таких как высокий уровень осознания болезни, высокие терапевтические установки на лечение, трезвость и социально значимые цели вместе с хорошим клиническим состоянием, у этих лиц была неспецифическая адаптационная реакция организма *в степени активации*, которая и обеспечивала формирование и поддержание ремиссии в самый трудный период – на этапе становления. Благодаря такому системному взаимодействию организма и личности этих пациентов они смогли преодолеть биопсихосоциальные факторы дестабилизации ремиссии, закономерно действу-

щие в это время. Для здоровых лиц спад в душевном состоянии, объективизированный более низкими в сравнении с пациентами в РВК, оценками показателя качества жизни, проявляющегося в форме скуки, субклинически сниженного настроения, апатии и т. д., был временным и допустимым явлением, быстро проходившим при их мобилизации реальными жизненными событиями и не приводившим к каким-либо клиническим и социально-психологическим последствиям. У пациентов с АЗ такое угнетенное, даже очень кратковременное, душевное состояние было недопустимо, ибо легко могло привести к ухудшению качества ремиссии, срыву и рецидиву АЗ, из-за чего исследователи и отмечают низкую эффективность лечения данного заболевания.

Заключение

Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью требуются не только специфические клиничко-психологические изменения с высоким уровнем осознания болезни, внутренними терапевтическими установками на лечение, трезвость и социально значимые цели, но также высокий и стабильный по длительности, как минимум до формирования полной ремиссии, показатель качества жизни, состояние душевного подъема с высоким уровнем активации неспецифической адаптационной реакции организма для энергетического обеспечения, поддержание ведения нового, здорового образа жизни и противодействия социально-психологическим рецидивоопасным факторам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клименко, Т. В. Эффективность, результативность, качество и безопасность наркологической помощи в субъектах Российской Федерации (по результатам выездных мероприятий в субъекты Российской Федерации в 2021 г.) / Т. В. Клименко, А. А. Козлов // Вопросы наркологии. – 2022. – № 2–3(209). – С. 5–24.
2. Никифоров, И. И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53–63.
3. Сквиря, И. М. Ремиссии и рецидивы алкогольной зависимости (биопсихосоциальные аспекты) : монография / И. М. Сквиря. – Минск : Колорград, 2024. – 447 с.
4. 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.
5. Validization an efficient quality life index / J. E. Mezzich [et al.] // Abstracts of 11 World Congress psychiatry “Psychiatry on new Thresholds”. – Hamburg, 1999. – P. 427–428.

УДК 616.832-005.8-036.11-08

Н. Н. Усова¹, В. В. Данильченко², С. И. Юркова², А. А. Скоромная², А. Г. Алексеев²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника –

областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ СПИНАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ – СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Введение

Острое нарушение спинального кровообращения (ОНСК) – заболевание, возникающее в результате закупорки сосудов спинного мозга. Среди всех форм нарушений кровообращения в центральной нервной системе ОНМК является довольно редкой