

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Авдей Г.М., Никонова Л.В., Шумскас М.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Гродно, Беларусь

Неврологические осложнения сахарного диабета (СД) остаются одной из актуальных проблем современной медицины [5]. Частота развития различных форм невропатии при СД составляет 65–80% [2]. Диабетические полинейропатии (ДПН) являются поздним осложнением СД и развиваются в результате метаболических нарушений, приводящих к патологии самих нервных волокон и их сосудистого обеспечения [1]. Наиболее часто встречающейся формой ДПН является сенсомоторная полинейропатия, которая обычно сочетается с автономной (вегетативной) нейропатией. Поражение толстых и тонких волокон приводит к снижению вибрационной, температурной и болевой чувствительности в дистальных отделах ног, что является причиной развития язвы стопы и в дальнейшем ампутации конечности. В последующие годы растет число больных СД, у многих развивается стойкая утрата трудоспособности, резко снижается качество жизни [4].

Цель работы: изучить выраженность боли и ее влияние на жизнедеятельность пациентов, психоэмоциональное состояние и качество жизни мужчин и женщин с ДПН с целью оценки влияния заболевания на качество жизни пациентов, определения их индивидуальной реакции на болезнь с последующей коррекцией выявленных расстройств в комплексном лечении этих пациентов для повышения их качества жизни.

Материал и методы исследования. Обследованы 22 пациента (12 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 30 до 70 лет, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Гродненской областной клинической больницы с верифицированным диагнозом: компенсированный СД 1-го или 2-го типа, ДПН. У всех больных применялись сахароснижающие препараты (инсулин, диабетон) в дозах, обеспечивающих эугликемию, сосудорасширяющие препараты (трентал, никотиновая кислота) и витамины группы В (В₁, В₆).

Для оценки объективного статуса пациентов использована шкала диабетической полинейропатии. Анализ психоэмоционального состояния пациентов проводился с помощью опросников: Спилберга-Ханина (ситуативная и личностная тревожность), Бека (депрессия). Интенсивность боли и ее влияние на жизнедеятельность больных оценивали по краткому болевому опроснику, Мак-Гилловскому болевому опроснику и шкале Вандербилта. Для оценки качества жизни использовали русскую версию Medical Outcomes Study Schort Form (SF-36) [3]. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. У всех обследуемых больных установлены умеренной выраженности боли в ногах ($1,3 \pm 0,14$ баллов (б) – женщины (Ж) и $1,1 \pm 0,08$ б – мужчины (М)), сопровождающиеся чувством жжения ($0,7 \pm 0,17$ б – Ж, $0,3 \pm 0,17$ б – М), парестезиями ($1,3 \pm 0,10$ б – Ж, $0,8 \pm 0,2$ б – М, $p < 0,05$) и онемением ($1,1 \pm 0,11$ б – Ж, $1,1 \pm 0,15$ б – М). При этом объективно наблюдалась тенденция к снижению всех видов чувствительности: вибрационной ($1,0 \pm 0,06$ б – Ж, $1,1 \pm 0,23$ б – М), тактильной ($0,7 \pm 0,17$ б – Ж, $0,5 \pm 0,20$ б – М), болевой ($0,6 \pm 0,18$ б – Ж, $0,9 \pm 0,15$ б – М), температурной ($0,3 \pm 0,21$ б – Ж, $0,6 \pm 0,20$ б – М) и сухожильных рефлексов ($1,3 \pm 0,40$ б – Ж, $1,6 \pm 0,20$ б – М). Отмечено различие интенсивности болевого синдрома и его влияние на жизнедеятельность у женщин и мужчин. Наибольшая выраженность болей в ногах выявлена у лиц женского пола ($5,2 \pm 0,63$ б, $10,4 \pm 1,4$ б (Мак-Гилловский опросник)) в сравнении с мужчинами ($3,4 \pm 0,53$ б, $p < 0,05$, $6,5 \pm 1,0$ б, $p < 0,05$). При этом низкие показатели по шкале боли (ВР) у женщин по отношению к мужчинам ($31,8 \pm 3,98$ б – Ж, $43,5 \pm 2,22$ б, $p < 0,05$) указывают на то, что болевые ощущения вмешиваются в повседневную деятельность пациентов и ее ограничивают. У женщин в большей мере выявлены затруднения в способности передвигаться ($5,8 \pm 0,51$ б – Ж, $3,9 \pm 0,5$ б – М, $p < 0,05$), в работе на дому ($6,7 \pm 0,57$ б – Ж, $3,3 \pm 0,55$ б – М, $p < 0,01$) и профессиональной деятельности ($7,3 \pm 0,71$ б – Ж, $4,7 \pm 0,48$ б – М, $p < 0,01$). Оценивая низкие показатели шкал физического функционирования (PF) ($30,4 \pm 4,59$ б – Ж, $58,0 \pm 8,65$ б – М, $p < 0,05$) и ролевого физического функционирования (RP) ($100,0 \pm 12,60$ б – Ж, $175,0 \pm 16,72$ б – М, $p < 0,01$), меньшая физическая нагрузка, которую может выполнить больной, проблемы со здоровьем, в частности, с физическим состоянием, ограничивающим повседневную деятельность пациента, установлено, что в большей степени они присущи были женщинам. Независимо от пола, все

больные с ДПН оценивали свое состояние (GH) как плохое ($27,5 \pm 3,94$ б – Ж, $29,0 \pm 5,02$ б – М), с упадком сил и жизнеспособности (VT) ($40,8 \pm 1,94$ б – Ж, $42,0 \pm 4,18$ б – М). В целом, физический компонент здоровья (PH) у всех пациентов с ДПН был низким ($40,1 \pm 2,26$ б – Ж, $47,9 \pm 1,82$ б – М, $p < 0,05$), но в большей степени низкая физическая активность была присуща лицам женского пола.

Умеренная ситуативная тревожность (СТ) выявлена у всех больных с ДПН ($36,9 \pm 3,12$ б – Ж, $32,8 \pm 3,05$ б), однако выраженная личностная тревожность (ЛТ) ($53,1 \pm 2,05$ б – Ж, $45,1 \pm 2,64$ б – М, $p < 0,05$) и значительные депрессивные расстройства ($19,3 \pm 1,23$ б – Ж, $16,4 \pm 1,41$ б – М) были характерны для лиц женского пола. Психическое неблагополучие, переживания, тревога по поводу своего заболевания и перспектив лечения (МН) касались женщин ($54,0 \pm 2,02$ б – Ж, $60,4 \pm 2,06$ б – М, $p < 0,05$). Их эмоциональное состояние (RE) значительно влияло на повседневную деятельность ($127,8 \pm 16,79$ б – Ж, $230,1 \pm 26,46$ б – М, $p < 0,01$) и на взаимоотношения с окружающими людьми, на их участие в жизни общества (SF) ($54,2 \pm 3,83$ б – Ж, $62,5 \pm 3,34$ б – М, $p < 0,05$). В целом, психологический компонент здоровья (МН) у женщин с ДПН был ниже, чем у мужчин ($67,1 \pm 2,82$ б – Ж, $77,3 \pm 2,61$ б – М, $p < 0,05$).

Выводы:

1. У всех больных с ДПН имели место субъективные и объективные симптомы заболевания.
2. Наибольшая выраженность болевого синдрома и его влияния на жизнедеятельность отмечена у лиц женского пола с ДПН.
3. Уровень тревожно-депрессивных расстройств был выше у лиц женского пола, чем у мужчин с ДПН.
4. У всех больных с ДПН установлены низкие показатели качества жизни. У лиц женского пола физический и психологический компоненты здоровья были ниже, чем у мужчин.
5. Выявленные изменения со стороны болевого синдрома и психоэмоционального состояния больных с ДПН позволят провести коррекцию болей и тревожно-депрессивных расстройств в комплексном лечении этих пациентов для повышения их качества жизни.

Литература

1. Антиоксидантная терапия диабетической полинейропатии и ретинопатии у больных с диабетом типа 2: эффективность танакана /И.А. Строков [и др.] //Неврологический журнал, 2003. – № 2. – С. 20 – 27.
2. Баранцевич Е.Р. Подходы к терапии неврологических проявлений сахарного диабета /Е.Р. Баранцевич, О.В. Посохина //Журн. Неврологии и психи-

атрии, 2010. – № 4. - С. 63 – 66.

3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова – Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 456 с.

4. Качество жизни пациентов с диабетической полинейропатией /Л.А. Капустина [и др.] // Журн. Неврологии и психиатрии, 2009. – № 3. – С. 47 – 52.

5. Мохорт Т.В, Диабетическая полинейропатия (патогенез, клиника, диагностика, лечение) / Т.В. Мохорт, Д.И. Ромейко – Минск, «ДокторДизайн», 2008. – 36 с.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ

*Авдей Г.М., Михалкович Н.В., Блохина А.А., Русина Е.И.,
Бутрим В.В., Долбенко А.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы,
Гродно, Беларусь*

Вузовское образование является важным и завершающим этапом процесса общеобразовательной подготовки молодого поколения и основной стадией специализации [2]. На протяжении многих лет проблема студенчества является областью изучения педагогов и психологов. Интерес к данной проблеме не случаен и обусловлен, прежде всего, наличием большого количества студентов с учетом разнообразных критериев. Однако существует и множество общих характеристик, обусловленных периодом юности и непосредственным влиянием процесса обучения в вузе на психику студента и на развитие личности [1, 3].

Сегодня в мире только 10% людей – стрессоустойчивые [1]. В обычной жизни 25% сталкиваются с проблемами в плане психического здоровья, состояние которого непрерывно изменяется под влиянием многочисленных внешних факторов: социально-экономических, экологических, физических, психотравмирующих и др. У каждого имеется строго индивидуальный предел сопротивляемости, по достижении которого психоэмоциональное напряжение, переутомление или нарушение функций организма приводит к срыву психической