

C.49-52.

5. Bastedo D. L. A. Acute fulminating myasthenia gravis in children // Can. Med. Assoc. J. - 1950. - Vol. 6, N 63 - P. 388-389.

6. Wright R., Kerr L. Autoimmunity in myasthenia gravis: a family study // Clin. Exp. Immunol. -1967. - Vol. 22, N 2. - P. 93-101.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

*Шамова Т. М., Брылева А. А., Дравица Е. В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Беларусь*

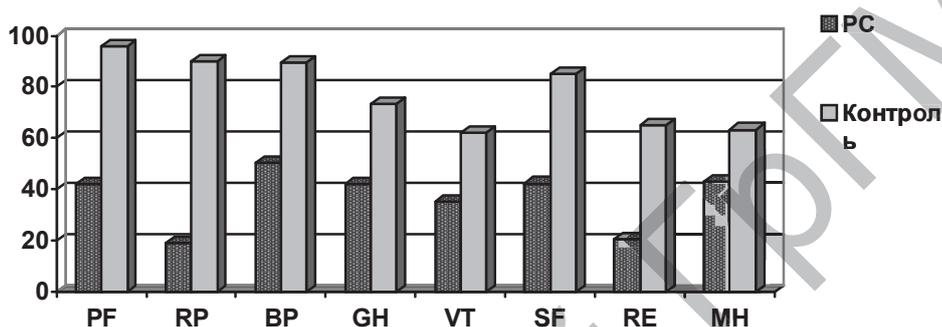
Рассеянный склероз (РС) является краевой патологией для Беларуси. Эпидемиологические исследования последних десятилетий позволяют утверждать, что заболеваемость РС имеет тенденцию к росту во всем мире [6, 7], в том числе и в Республике Беларусь. Распространенность РС в среднем по республике составляет около 50 случаев на 100 000 населения [4], а по Гродненской области этот показатель превышает 60 [5]. В недавнем прошлом данный диагноз был равносителен для пациента приговору к тяжелой и скорой инвалидности. Однако в последние десятилетия РС перешел в разряд частично управляемых заболеваний, патоморфоз его в более благоприятно текущую нозологическую форму привел к увеличению продолжительности жизни. Продолжительность болезни после установления диагноза, по данным Е.И. Гусева и соавт., превышает 40 лет [2]. Больные РС в течение длительного периода сохраняют работоспособность и социальную активность, что делает актуальным вопрос о качестве жизни данной категории пациентов.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение качества жизни и социального функционирования больных РС, а также определение их мотивационной направленности и основных стереотипов эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации.

**Методы исследования.** Обследовано 40 больных рецидивно-ремиссионным РС: 18 мужчин и 22 женщины в возрасте от 18 до 66 лет. Оценку качества жизни проводили при помощи опросника «Краткая форма изучения медицинских итоговых параметров MOS SF-36» (SF-36). В качестве контрольных использованы показатели группы 30 здоровых лиц, обследованной А.О. Недошивиным и соавт. [3]. Применялись кли-

нико-психопатологический и экспериментально-психологический методы (фрустрационный тест Розенцвейга, тест юмористических фраз). Неврологический дефицит определяли по оригинальной шкале оценки неврологического статуса [5]. По неврологическому дефициту пациенты соответствовали I-II степени тяжести заболевания, как наиболее показательные с точки зрения функциональной активности.

**Результаты исследования.** У пациентов, страдающих РС, имело место значительное снижение всех показателей качества жизни согласно опроснику SF-36 (рисунок).



**Рисунок** – Показатели качества жизни больных РС и здоровых лиц

Примечание: PF – физическое функционирование, RP – функционирование, связанное с физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее здоровье, VT – жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, MH – психическое здоровье.

В большей степени при РС страдает ролевое функционирование, связанное как с физическим (RP), так и с эмоциональным состоянием (RE) больных. Примечательно, что степень снижения показателей ролевого функционирования более значительна, чем по шкале физического функционирования (PF). Хотя физическое функционирование отражает степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок, и, казалось бы, должно нарушаться при РС в первую очередь. Показатель психического здоровья (MH) также снижается в меньшей степени, чем ролевое функционирование. Психическое здоровье – комплексный показатель, отражающий настроение, наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций.

Более 60% респондентов в группе РС оценили свои способности к ролевому функционированию, лимитируемому физическими и эмоциональными факторами, как нулевое. Причем в оценке больными РС лимитирующих факторов своего ролевого функционирования имели место существенные отличия, часто не зависящие от степени

неврологического дефицита.

Социальное функционирование (SF) больных РС, которое определяется степенью ограничения социальной активности (общения) из-за физического или эмоционального состояния пациента, было достоверно снижено по сравнению с контролем.

В то же время общая оценка состояния здоровья (GH) пациентов, страдающих РС, не имела достоверных отличий от показателей контрольной группы. Показатели по этой шкале отражают оценку больным своего состояния в настоящий момент и перспектив лечения. Полученные данные можно трактовать двояко: с одной стороны, это может быть обусловлено недооценкой больными тяжести своего состояния, с другой, - эффективной психологической и информационной поддержкой, позволившей пациентам надеяться на благоприятное течение заболевания и хороший результат лечения. Жизненная активность (VT) подразумевает ощущение себя полным энергии или, наоборот, обессиленным. Оценки по этой шкале были достаточно низкими в опытной и в контрольной группах, и не имели достоверных отличий, что позволяет предположить влияние на исследуемый параметр не только показателей здоровья, но и иных факторов, возможно, социально-экономического или бытового порядка.

Несмотря на то, что боль не является симптомом, характерным для РС, более 75% опрошенных в группе РС отметили значительное ее влияние на повседневную активную деятельность (BP).

Проведенный корреляционный анализ позволил установить, что ролевое функционирование, - как физическое, так и эмоциональное, - связано с лимитирующими факторами физического состояния и общего состояния здоровья. Однако эмоционально-ролевое функционирование в большей степени зависит от жизненной активности. Особый интерес представляет социальное функционирование, как обобщающая характеристика состояния индивида. SF определяется всеми шкалами опросника, за исключением BP, которая не оказывала влияния на другие показатели, несмотря на наличие значительного лимитирующего эффекта данной шкалы на повседневную активность у 3/4 опрошенных пациентов.

Психическая составляющая здоровья при РС оказывает более выраженное влияние на показатели общего здоровья, жизненной активности и социального функционирования, чем физическая его составляющая, что согласуется с литературными данными [1]. Хотя, исходя из клинической симптоматики РС, логично было бы предположить обратное.

При изучении эмоционального реагирования больных РС в ситуациях фрустрации в 39,7% случаев испытуемые проявляли импунитивные реакции (примиряющие), в 33,3% – внешнеобвиняющие, а в 27,3% - самообвиняющие. Для данной группы были характерны следующие типы реакции: 45,7% реакций «с фиксацией на самозащите», 28,2% «с фиксацией на препятствии», 26% - «с фиксацией на удовлетворении потребности». С помощью теста юмористических фраз выявлены гипертрофированные мотивы «человеческая глупость» у 50% (10) пациентов, «агрессия» у 40% (8). Фрустрация в отношении тем «деньги» отмечена у 75% испытуемых, «взаимоотношения полов» - у 50%, «бездарность в искусстве» - также у 50%, «карьера» - у 45% обследованных.

**Выводы.** Таким образом, при РС в значительной мере нарушается физическое и ролевое функционирование индивида, связанное с физическим состоянием. Социальное функционирование больных РС в большей степени лимитируют психологические проблемы, нежели физические. В мотивационной сфере большинство потребностей больных РС находятся во фрустрации. Для пациентов характерен в большей степени самозащитный тип реагирования, который предполагает эмоциональную нестабильность, низкий порог эго-защит, стремление к избеганию конфликтов. Наличие психологических проблем у данной категории пациентов приводит к значительному снижению качества жизни, несмотря на отсутствие выраженного неврологического дефицита, и требует своевременной коррекции.

#### *Литература*

1. Барабаш, И.А. Влияние психологических факторов на качество жизни при рассеянном склерозе // И.А. Барабаш, В.Н. Карнаух // Нейроиммунология. – 2007. – Т. V. - № 2. – С. 9.
2. Гусев, Е.И. Рассеянный склероз / Е.И. Гусев, Т.Л. Демина, А.Н. Бойко. – М.: Нефть и газ, 1997. – 463 с.
3. Недошивин, А.О. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2000. - Т. 1, №4.
4. Латышева, В.Я. Эпидемиология рассеянного склероза в Республике Беларусь / В.Я. Латышева, В.Б. Смычек, О.А. Светляк // Рассеянный склероз: медико-социальные аспекты: материалы III респ. школы по неврологии, Гродно, 20-21 мая 2004 г. / Белорус. об-во неврол., Гродн. гос. мед. ун-т; редкол.: Я.Я. Гордеев [и др.]. – Гродно, 2004. – С. 5-10.
5. Шамова, Т.М. Рассеянный склероз: оптимизация лечебно-диагностического процесса / Т.М. Шамова. – Гродно: Гродн. гос. мед. ун-т, 2007. – 188 с.

6. Lauer, K. Multiple sclerosis in the Old World: the new old map / K. Lauer // Multiple sclerosis in Europe: an Epidemiological Update / Eds. W. Firnhaber, K. Lauer. – Darmstad: Leuchtturm – Verlag/LTV Press, 1994. - P. 14–27.

7. Poser, C.M. The epidemiology of multiple sclerosis: a general overview /C.M. Poser // Ann. Neurol. – 1994. – Vol. 36, № 2. – P. 180-193.

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

*Шамова Т.М., Гордеев Я.Я., Лебейко Т.Я.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Гродно, Беларусь*

Рассеянный склероз (РС) - это хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы с определенной стадийностью патологического процесса, полиморфными клиническими проявлениями, развивающимися вследствие воспаления, демиелинизации и вторичной нейродегенерации. Наиболее типично появление первых клинических проявлений заболевания в возрасте 20-40 лет, однако возможен дебют в детском и подростковом возрасте [2, 5, 10]. Высокий процент начала РС в детском возрасте, приводимый в некоторых исследованиях [8] при ретроспективном изучении по данным анамнеза общей группы больных (старше 20 лет), является не вполне корректным. Диагностические критерии РС в детском возрасте практически не разработаны и базируются, в основном, на критериях С. Poser с дополнением международной группы экспертов по РС [9], что не лишено ряда существенных недостатков как клинического, так и лабораторного характера. Более перспективным в диагностике РС у детей является проведение клинико-МРТ мониторинга при выявлении демиелинизирующего процесса в головном или спинном мозге при клинически изолированном синдроме (КИС). Убедительно показано, что в соответствии с критериями МакДональда в течение 3 лет после развития КИС диагноз РС был установлен у 58% больных, и у 38% в этот период имели место эксцербации РС [7, 11]. Суммируя результаты трансформации КИС в РС в более поздних возрастных группах, подтверждено наличие прогрессирующего демиелинизирующего заболевания у 87% пациентов в первые 9-30 месяцев наблюдения [6]. Несмотря на возросший интерес к «педиатрическому» РС, до настоящего времени вопросы диагностики, течения, прогноза