

Оценка качества жизни больных сахарным диабетом 2 типа

О.В. Сазонова, Ю.В. Голдобина,
Н.С. Дегтярь, Т.Ю. Ласовская

*Кафедра внутренних болезней
с пропедевтикой внутренних болезней
(зав. — проф. В.А.Галенок)*

*Новосибирской государственной медицинской академии
(ректор — проф. А.В.Ефремов),
Муниципальная клиническая больница №1
(главный врач — канд.мед.наук В.Ф.Коваленко)*

В течение последних двух десятилетий объектом различных клинических исследований является изучение качества жизни (КЖ) при соматической патологии. Реабилитация и сохранение здоровья пациента невозможны без учета психоэмоциональных особенностей личности, степени «удовлетворенности» своим состоянием, уровня независимости и общественного положения, личных убеждений и других аспектов, определяющих «степень комфортности как внутри себя, так и в рамках своего общества» [3]. Универсального определения КЖ нет и быть не может, ввиду того, что для каждого поколения существуют свои критерии и требования к жизни [4]. По рекомендациям ВОЗ, основополагающими критериями КЖ человека конца XX века являлись физические (сила, энергия, усталость, боль, отдых, сон), психологические (положительные эмоции, мышление, самооценка, внешний вид, негативные переживания), уровень самостоятельности (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения), общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность, сексуальная активность), окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, досуг, экология), духовность (религия, личные убеждения). Особое значение имеет определение КЖ при хронических заболеваниях, склонных к прогрессированию и осложнениям, приводящих к ограничениям всех составляющих нормальной жизнедеятельности человека. К числу таких заболеваний относится сахарный диабет (СД). КЖ больных СД зависит от степени компенсации заболевания [5] и наличия осложнений [7, 9]. Выявлена прямая корреляционная связь между КЖ и уровнем гликозилированного гемоглобина. [10]. Жесткий контроль гликемии и интенсивная терапия существенно не снижают КЖ [6]. К факторам, формирующим психоэмоциональный статус больного, относятся психологическая реакция на болезнь, перенесенные стрессовые ситуации; КЖ зависит от уровня знаний

о диабете, степени мотивации, комплаентности, а также наличия качественных сахароснижающих препаратов и средств самоконтроля. Повышение КЖ отмечено как при использовании новых форм инсулина [1], так и у больных, получивших возможность самостоятельно управлять заболеванием [8, 9].

Изучение КЖ, психологических особенностей пациента позволяет осуществить личностный подход и найти оптимальные пути полноценной медико-психологической и социальной реабилитации, что и послужило целью настоящей работы. Определены задачи исследования: оценка КЖ, психологического состояния и реакции на болезнь у пациентов с СД 2 типа. Исследования проводили в условиях эндокринологического отделения МКБ №1 (городской диабетологический центр) совместно с врачом-психотерапевтом. Для психологического тестирования применяли метод клинического интервьюирования с проведением синдромальной и нозологической диагностики. Оценку КЖ проводили по стандартной методике Nottingham Health Profile [2], предусматривающей качественную характеристику по параметрам: отдых, работа, увлечения, участие в общественной жизни, взаимоотношения с членами семьи; и количественную — с использованием 100-балльной системы оценки по шкалам: энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, сон, социальная изоляция, физическая активность.

Обследовано 40 больных СД 2 типа (7 мужчин и 33 женщины) в возрасте $62,7 \pm 8,8$ лет, с длительностью заболевания от впервые выявленного диабета до 29 лет ($11,7 \pm 1,2$ лет). Из 40 пациентов 38 находились в отделении по поводу лечения поздних осложнений СД, двое проходили обследование и лечение в связи с впервые выявленным СД. Диетотерапию получали 5%, таблетированные сахароснижающие препараты — 37,5% и инсулин — 57,5%. Осложнения СД различной степени выявлены у 97% больных: ангиопатия нижних конечностей — у 97%, ретинопатия — у 87,5%, полинейропатия — у 75%, жировой гепатоз — у 62,5%, нефропатия — у 55%. У всех пациентов была сопутствующая патология: ИБС и

артериальная гипертония – 85%, заболевания желудочно-кишечного тракта – 55%, хронические неспецифические заболевания легких – 27,5%; у 3 (7,5%) больных в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения.

При тестировании 28 из 40 (70%) больных отметили, что развитие СД привело к снижению социальной активности, что их отдых стал неполноценным. У 67,5% СД повлиял на увлечения, у 65% – на профессиональную деятельность, 57,5% испытывают ограничения в ведении домашнего хозяйства, у 20% значительно изменились семейные взаимоотношения, 70% отметили ограничения половой активности (рис.1). В психологическом статусе больных СД 2 типа тревожные, депрессивные и смешанные психопатологические состояния различной степени тяжести выявлены в 77,5% случаев СД 2 типа.

«Высшая» оценка КЖ (0 баллов по всем шкалам) установлена у одного больного в возрасте 71 – года (работающий пенсионер с впервые выявленным СД). «Минимальный» уровень КЖ по пяти (из шести) шкалам выявлен у больной 69 лет, с длительностью диабета более 20 лет, множественными осложнениями СД, инвалида II группы. У остальных 38 больных наблюдалось снижение КЖ по всем исследуемым показателям. По субъективной оценке больных наименьшее влияние на качество их жизни оказывала боль, показатель которой по группе в среднем составил 27,47 балла. Наибольшие отклонения отмечены по шкале энергичности (70,56 балла), на II месте – нарушения сна (55,99 балла), затем эмоциональные реакции (49,07 балла) и социальная изоляция (40,26 балла) (рис. 2). Учитывая различия субъективных оценок собственного состояния и большой разброс значений каждого показателя, для систематизации полученных результатов решено было считать КЖ «хорошее» при сумме баллов от 0-33, «удовлетворительное» – 34-65 баллов, «неудовлетворительное» –

66-100 баллов.

В соответствии с принятой системой все больные распределены на 3 группы (рис. 3). «Хорошее» КЖ (I группа) выявлено у 4 из 40 (10%) больных СД 2 типа средней степени тяжести, длительностью заболевания 3-15 лет (возраст пациентов составил $62,7 \pm 3,5$ лет). Уровень КЖ по 5 шкалам находился в пределах 2,24 – 9,6 балла, за исключением шкалы «энергичность», показатель которой изменялся до удовлетворительного (48 баллов). Психологических реакций на заболевание у пациентов I группы не было, однако снижение энергичности свидетельствовало о субъективной значимости астенического синдрома уже на ранних стадиях диабета.

«Удовлетворительное» КЖ (II группа) отмечено у 9 из 40 (22,5%) больных среднего возраста ($56,5 \pm 2,5$ лет) с длительностью диабета $9,8 \pm 3,3$ лет. Все пациенты II группы имели поздние осложнения СД, 77,7% находились на II группе инвалидности.

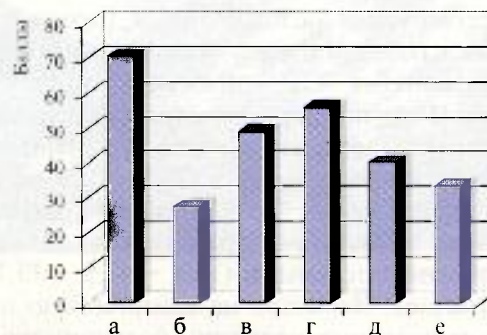


Рис. 2. Количественные показатели качества жизни больных СД 2 типа. а - энергичность, б - болевые ощущения, в - эмоциональные проявления, г - сон, д - социальная изоляция, е - физическая активность.

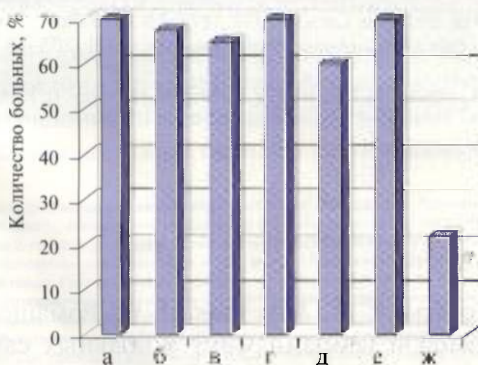


Рис. 1. Качественные показатели жизни у больных СД 2 типа. а - социальная активность, б - увлечения, в - профессиональная деятельность, г - половая активность, д - ведение домашнего хозяйства, е - отдых, ж - семейные взаимоотношения.

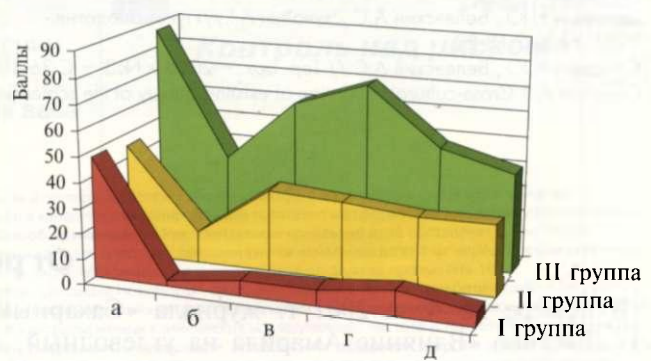


Рис. 3. Распределение больных СД 2 типа на группы по уровню качества жизни. а - энергичность, б - болевые ощущения, в - эмоциональные проявления, г - сон, д - социальная изоляция, е - физическая активность.

Оценка КЖ по 5 шкалам характеризовалась количеством баллов – 28,1 - 45,2, за исключением шкалы «болевые ощущения», показатель которой соответствовал «хорошему» уровню (12,6 балла). В психологическом статусе пациентов II группы наблюдалась тревожность в 100% случаев, причем у 3 из 9 больных она проявлялась в виде панических расстройств и фобий. В 66,6% случаев отмечены депрессивные состояния легкой и средней степени; 4 из 9 больных испытывали страх одиночества в связи с социальной изоляцией.

КЖ «неудовлетворительное» (III группа) отмечено у 27 из 40 (67,5%) больных. Средний возраст пациентов составил $65,3 \pm 1,7$ года с колебаниями 44-77 лет. 70,4% получали постоянную инсулинотерапию, 65% имели инвалидность. По длительности СД и наличию осложнений в III группе выделены 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу вошло 4 больных (возраст $59,0 \pm 5,2$ года) с длительностью заболевания до 5 лет, без выраженных осложнений СД; во 2-ю – 23 (возраст $66,2 \pm 8,0$ лет) с длительным (5-29 лет) течением диабета и множественными осложнениями (пролиферативная ретинопатия с потерей зрения, декомпенсированная нефропатия, ХПН, диабетическая стопа). КЖ в целом по III группе характеризовалось как «неудовлетворительное», оценка по шкале «энергичность» составила 86,8 балла, «сон» – 70,5 балла, «эмоциональные проявления» – 69,8. «Болевые ощущения», «социальная изоляция», «физическая активность» были удовлетворительными (35,5 – 47,5 – 39,7 балла соответственно). Несмотря на клиническую неоднородность выделенных подгрупп, большинство пациентов в психологическом аспекте объединяло нали-

чие тревожно-депрессивных (51,8%), тревожных (22,2) и депрессивных состояний (18,5%), достигающих тяжелой степени у 26,3% и требующих медикаментозной коррекции. Ведущими причинами указанных состояний в 1-й подгруппе явились психосоциальные факторы (стрессовые ситуации в связи с потерей близких, работы), во 2 подгруппе – соматические расстройства, связанные с прогрессированием СД и развитием тяжелых осложнений диабета, способствующих социальной изоляции. Особенности субъективного восприятия картины болезни у пациентов 2-й подгруппы были фиксация на внутренних переживаниях, соматических ощущениях, тревожность, мысли о возможной смерти.

Выводы

1. Качество жизни у больных СД 2 типа снижено в 97,5% случаев и зависит от длительности заболевания и наличия осложнений. При тестировании наибольшие отклонения отмечены по шкалам ННР: энергичность, сон, эмоциональные проявления. В психологическом статусе больных СД 2 тревожные, депрессивные и смешанные психопатологические состояния выявлены у 77,5%. Нарушения психологической адаптации усугубляются по мере ухудшения качества жизни.

2. Предлагаемая градация шкалы ННР позволяет выделить группы с «хорошим» (0-33 балла), «удовлетворительным» (34-65 баллов) и «неудовлетворительным» (66-100 баллов) качеством жизни для проведения дифференцированной медико-психологической и социальной реабилитации.

Литература

1. Анциферов М.Б., Майоров А.Ю. // Русский медицинский журнал. – 1998. - Т.6. - №12. - С.771-773.
2. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. – М., 1992.
3. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. // Пульмонология. – 1997. - №3. - С.18-22
4. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. // Тер. арх. – 2000. - №3. – С.36-40.
5. Chwalow A.J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales (in New trends in patient education. J.-P. Assal & A.P.Visser. editors. Elsevier Science D.V.1995)
6. Diabetes Care, 22(7): 1125-36 1999 Jul
7. Heanninen J. Et al. Diabetes Res Clin Pract, 42(1): 17-27 1998 Oct
8. Rose M et al. Diabetes Care, 21(11): 1876-85 1998 Nov.
9. Rubin R.R., Peirot M. Diabetes Metab. Res. Rev, 15(3): 205-18 1999. May-Jun.
10. Testa M.A., Hayes J.F., Turner R.R. // Diabetes 49 (Suppl.1): 73 May 2000.

От редакции

В номере № 4 за 2001 г. журнала «Сахарный диабет» в статье С.Б. Шустова, Б.В. Ромашевского, А.Г. Лысенко «Влияние Амарила на углеводный, липидный обмен и гемодинамику у больных сахарным диабетом 2 типа» стр. 42 в разделе «Объем и методы исследования» после фразы «Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела, длительности диабета» следует читать: «Пациенты 1-й группы принимали Амарил в дозе 2,6 мг в сутки. Больные 2-й группы получали глибенкламид в суточной дозе от 5 до 15 мг.». Далее по тексту.

Редакция журнала приносит извинения авторам статьи и читателям за допущенную ошибку.