

УДК 616.89-036.8:614.876

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС****В. В. Евсеенко<sup>1</sup>, О. В. Шилова<sup>2</sup>, И. В. Григорьева<sup>2</sup>, О. И. Курс<sup>1</sup>****<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г.Гомель****<sup>2</sup>Гомельский государственный медицинский университет**

В статье приведены результаты изучения качества жизни, а также уровней тревоги и депрессии у пациентов с психосоматическими расстройствами (артериальной гипертензией и связанными со стрессом расстройствами) после аварии на Чернобыльской АЭС. Дана оценка качества жизни, показано, что уровень функционирования их ниже, чем в контрольной группе. Разработаны предложения по улучшению качества медицинской помощи данному контингенту.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, качество жизни, артериальная гипертензия, депрессия, тревога, социальное функционирование

**LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS LIVING IN THE TERRITORIES AFFECTED AS A RESULT OF THE CHERNOBYL ACCIDENT****V. V. Yauseyenko<sup>1</sup>, O. V. Shylova<sup>2</sup>, I. V. Grigoreiva<sup>2</sup>, O. V. Kurs<sup>1</sup>****<sup>1</sup>Republican Research Centre for Radiation****<sup>2</sup>Medicine and Human Ecology, Gomel****Gomel State Medical University**

In the article there are the results of studying of life quality as well as the levels of anxiety and depression in patients with psychosomatic disorders (arterial hypertension and disorders connected with stress) who were affected as a result of the Chernobyl accident. It was shown that their level of functioning is less than that of the control group. The suggestions on the improvement of quality of the medical aid for these people were developed.

Key words: psychosomatic disorders, life quality, arterial hypertension, anxiety, depression, social functioning.

**Введение**

Одна из важных задач медицинской науки в отдаленный период после аварии на Чернобыльской АЭС — оценить влияние ее последствий на психоэмоциональное состояние людей и разработать профилактические мероприятия по их минимизации. В основе роста заболеваемости пострадавшего от Чернобыльской аварии населения лежит комплекс неблагоприятных поставарийных факторов, многие годы влияющих на их здоровье, прежде всего, психическое.

В отдаленном периоде после катастрофы все меньше роль биологических воздействий, однако остается актуальным психологический стресс сложной структуры, который характеризуется отсутствием сенсорного восприятия опасности радиационного воздействия, ожиданием отсроченных эффектов для здоровья в будущем. Возможность возникновения отдаленных и генетических последствий облучения становится мощным пролонгированным психотравмирующим фактором, приводящим к формированию синдрома «негарантированного или безнадёжного будущего» [1, 2]. Нарушения адаптивных способностей организма вследствие дистресса приводят к различным организменным

нарушениям, в том числе к психосоматическим заболеваниям (артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца и др.). При этом прогрессивность течения расстройств обуславливается не столько дозой облучения, сколько характером комплексного воздействия неблагоприятных стрессорных факторов [3, 4].

Многолетний опыт оказания помощи лицам, подвергшимся повышенному радиационному воздействию, показал высокий уровень связанных со стрессом и психосоматических расстройств [3–5]. Однако выявляемость данной группы психической патологии и, соответственно, специализированная медицинская помощь больным остается недостаточной. Это приводит к значительным трудовым потерям, ухудшению качества жизни и возрастанию уровня конфликтности данной категории людей.

В поле зрения врачей чаще всего оказываются физические показатели, лабораторные и инструментальные данные, описывающие соматическое состояние больного. Информация о психологических и социальных проблемах, появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, мало доступна врачу. Одним из новых критериев оценки эффективности оказания

медицинской помощи пациентам, получивших распространение в последние годы, является изучение их качества жизни (КЖ) [6–10].

КЖ, по определению ВОЗ, — это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [8].

Современное исследование КЖ в медицине является важным ориентиром, позволяющим лечащему врачу применять личностно-ориентированный взгляд на проблему болезни. Комплексный подход к оценке здоровья населения с учетом субъективной удовлетворенности различными сторонами жизни, в т. ч. связанными с радиационным загрязнением, позволит улучшить диагностику и качество медицинской помощи данному контингенту.

#### **Цель исследования**

Оценить КЖ и проведение сравнительного анализа психосоматической патологии у пациентов, проживающих на территориях, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС в Республике Беларусь, и практически здоровых лиц.

#### **Материал и метод**

Проведено исследование КЖ, уровней тревоги и депрессии у 240 пациентов, проживающих на территориях, контролируемых после аварии на Чернобыльской АЭС. Объектом исследования были 120 пациентов (основная группа) с психосоматическими расстройствами (артериальная гипертензия I–III ст., сочетающаяся с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами). Контрольная группа формировалась методом направленного отбора по критериям включения из числа лиц, не имеющих психосоматических расстройств и признаков артериальной гипертензии. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, полу, социально-экономическому положению, находились под наблюдением в ГУ «РНПЦ РМиЭЧ».

В исследование не включены пациенты с эндогенными психическими расстройствами, страдающие органическими заболеваниями головного мозга, алкоголизмом, сахарным диабетом I типа, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями и принимающие психотропные препараты.

Критерии включения:

- наличие заболевания в личном анамнезе (шифры I10, F40-48, F54 согласно диагностическим критериям МКБ-10);
- проживание на территории Гомельской области Республики Беларусь с момента аварии на Чернобыльской АЭС (26.04.1986 г.);
- диспансерное наблюдение в ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»;
- возраст пациентов от 19 до 60 лет;
- согласие пациента и готовность к сотрудничеству при проведении экспериментально-психологического обследования.

Основная группа включала 45 (37,5 %) мужчин и 75 (62,5 %) женщин. Средний возраст исследуемых составил  $42,27 \pm 0,73$  года, что соответствует трудоспособному возрасту.

Группа сравнения составила 120 человек, у которых в ходе обследования не выявлено психосоматической патологии и признаков артериальной гипертензии: 50 (41,7 %) мужчин и 70 (58,3 %) женщин. Средний возраст исследуемых составил  $43,51 \pm 1,49$  года, что соответствует трудоспособному возрасту. Для детального изучения группы были разделены по следующим возрастным подгруппам: молодой возраст — 19–36 лет, средний возраст — 37–50 лет и зрелый возраст — 51–60 лет.

#### **Методы исследования**

В ходе исследования применялись такие методы: стандартный клинико-диагностический индивидуально-психологический, анкетного опроса и прикладной статистики. Оценка КЖ проводилась с использованием опросника NAIF [9]. Оценивались следующие показатели: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальный статус, познавательные возможности и экономическое состояние.

При обработке данных показатели переводились в проценты: у человека с сохраненными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни интегральный показатель КЖ равен 100 % или приближается к этому уровню. Незначительным считалось снижение КЖ до 75 %, умеренным — до 50 %, значительным — до 25 %. Для анкетного опроса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) (Hospital Anxiety and Depression Scale) [10].

Результаты исследований обработаны с применением пакета прикладного программного обеспечения «Statistica» 6.0. Анализ и оценку уровня статистической значимости межгрупповых различий изучаемых параметров проводили с использованием непараметрических методов статистической обработки, т. к. данные не подчинялись закону нормального распределения (по W-критерию Шапиро-Уилка). Дальнейший сравнительный анализ между двумя независимыми группами проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Различия между группами по статистическим показателям считали значимыми при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты и обсуждение**

Был проведен сравнительный анализ результатов обследования основной и контрольной групп по всем параметрам КЖ. Интегральный показатель КЖ обследованных основной группы составил  $54,69 \pm 1,08$ , контрольной группы —  $60,61 \pm 1,25$ .

В результате анализа данных установлено статистически значимое различие между группами практически по всем показателям ( $p < 0,001$ ), за исключением социального фактора (таблица 1).

Таблица 1 — Параметры КЖ основной и контрольных групп

Категории качества жизни	Основная группа (n = 120)	Контрольная группа (n = 120)	p
Физическая мобильность	53,29 ± 1,44	63,47 ± 1,4	< 0,001
Эмоциональное состояние	45,45 ± 2,25	62,05 ± 1,89	< 0,001
Сексуальная функция	55,12 ± 1,47	59,23 ± 1,73	< 0,05
Социальные функции	63,81 ± 0,96	63,31 ± 1,22	—
Познавательная функция	55,86 ± 1,73	43,31 ± 1,31	< 0,001
Экономическое положение	57,38 ± 2,88	37,5 ± 2,35	< 0,001
Интегральный показатель	54,69 ± 1,08	60,61 ± 1,25	< 0,001

Качество жизни больных с АГ достоверно ниже по сравнению с практически здоровыми лицами, что обусловлено как наличием хронического заболевания, так и проживанием на загрязненных территориях. Анализ сравнительных данных женщин основной и контрольной групп выявил статистически значимые различия по 4 шкалам: эмоциональное состояние, физическая мобильность, познавательная функция и экономическое положение ( $p < 0,005$ ). Интегральный показатель КЖ в контрольной группе был достоверно выше. Пациенты основной группы свое состояние по познавательной функции и экономическому положению оценивали значительно выше, чем включенные в контрольную. Полученные результаты совпадают с имеющимися литературными данными о повышенном уровне тревожности и высоком уровне притязаний у лиц с артериальной гипертонией на фоне конфликта между лидерскими тенденциями, желанием руководить и неспособностью или невозможностью это осуществить [11]. Значимых различий по шкалам социального статуса и сексуального функционирования между группами не выявлено.

Анализ параметров КЖ мужчин основной и контрольной групп выявил статистически значимые различия также по 4 шкалам: эмоциональное состояние, физическая мобильность, познавательная функция и экономическое положение ( $p < 0,005$ ). Мужчины в основной группе оценивали познавательные функции и экономическое положение гораздо выше, чем в контрольной группе. Статистически значимых различий по шкалам социального статуса и сексуального функционирования между группами не выявлено.

При сравнении параметров КЖ в различных возрастных группах наибольшие отличия выявлены в показателях экономического положения, эмоционального состояния, физической мобильности, сексуального функционирования ( $p < 0,005$ ). Следует отметить тенденцию увеличения данных параметров в возрастной группе от 37 до 50 лет ( $p < 0,005$ ).

Показатель физической мобильности в подгруппах молодого и среднего возраста по-

степенно снижался, но к 50 годам у лиц контрольной группы физическая мобильность незначительно увеличивалась, в то время как лица основной группы данного возраста считают себя физически более слабыми ( $p < 0,001$ ), что обусловлено заболеванием.

Результаты экспериментально-психологического исследования КЖ свидетельствуют о наличии в основной группе исследуемых неудовлетворенности практически по всем показателям, за исключением социального функционирования и сексуальной функции.

Анализ результатов исследования уровней тревоги и депрессии у пациентов основной группы выявил высокую распространенность клинически выраженных тревоги и депрессии (41,1 и 40,2 % соответственно). Доля пациентов с клинически выраженной тревогой выше (41,1 %), чем доля пациентов с низким уровнем тревоги. В то же время доля пациентов с нормальными показателями уровня депрессии выше, чем доля пациентов с клинически выраженной депрессией.

В подгруппе женщин основной группы чаще — у 44,3 % пациентов отмечалась клинически выраженная тревога и у 31,4 % — субклинически выраженная депрессия. В подгруппе мужчин доля пациентов с субклинически выраженной тревогой составила 25,3 и 20,1 % — с субклинически выраженной депрессией.

Женщин с клинически выраженной тревогой и депрессией больше по сравнению с мужчинами ( $p < 0,001$ ). Среди мужчин чаще встречались лица с нормальным уровнем тревоги и депрессии (30,2 и 38,2 % соответственно), чем среди женщин (18,4 и 30,1 % соответственно).

Анализ анкетных данных показал, что у пациентов внутренняя картина болезни характеризовалась наличием связи состояния здоровья с последствиями пострадиационного стресса. Существующие при этом внутренняя напряженность, повышенная тревожность, расстройства сна, неспособностью самостоятельно откорректировать колебания артериального давления усугубляли субъективную неудовлетворенность жизнью.

Исследования последних лет не выявили специфических черт в клинической картине и особенностях течения наиболее распростра-

ненных психических и психосоматических расстройств у пострадавших от радиационного воздействия, отличающихся от сходных нозологий в обычной популяции больных. При этом ряд симптомов, таких как соматизация, тревога и инсомния, сексуальная дисфункция, депрессия могут связываться в сознании больного с последствиями радиационного воздействия. Получение таких данных возможно только в результате углубленного клинико-психологического обследования, нацеленного на их выявление и коррекцию.

#### **Выводы**

1. Качество жизни больных с психосоматической патологией, проживающих на загрязненных территориях, по большинству показателей ниже по сравнению с практически здоровыми лицами, состоящими на учете как жители загрязненных территорий. Однако пациенты контрольной группы оценивали свои познавательные функции и экономическое положение ниже, что свидетельствует об их субъективном неблагополучии.

2. Снижение КЖ пациентов с психосоматическими расстройствами сопровождается повышением уровней тревоги и депрессии, что в большей мере зависит от степени субъективного дистресса, обусловленного, в т. ч. отношением к

проживанию на загрязненных территориях, чем от длительности и тяжести заболевания.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Демичев, Д. К. Чернобыльская катастрофа: государственно-правовой механизм преодоления последствий / Д. К. Демичев // Юстиция Беларуси. — 2008. — № 2. — С. 7–12; № 3. — С. 7–11.
2. Баранов, Н. П. Оценка экстремальных ситуаций (к проблеме критериев) / Н. П. Баранов // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: VII Международ. конф., 30 мая – 2 июня 2007 г. — Минск, 2007. — С. 32.
3. Анискин, Д. Б. Психологический стресс и соматические расстройства / Д. Б. Анискин. — М.: Links, 2004. — С. 156.
4. Линец, Ю. П. Роль психосоматического подхода в превентивной медицине и качестве жизни. Исследование качества жизни в медицине / Ю. П. Линец, В. П. Косинский // Материалы конф. 4–6 июня 2000 г. — СПб.: Питер, 2000. — С. 82–84.
5. Любан-Плоцца, Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. — СПб., 2000. — С. 167.
6. Беляева, Л. А. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации / Л. А. Беляева // Социологические исследования. — 2009. — № 1. — С. 32–41.
7. Bowling, A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales / A. Bowling. — Open University Press: Philadelphia, 1996. — 374 p.
8. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. — 1996. — Vol. 1. — P. 29.
9. Пушкарев, А. Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / А. Л. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. — Минск: БНИИЭТИН, 2002. — 16 с.
10. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr Scand. — 1983. — Vol. 67(6). — Vol. 361–370.
11. Бова, А. А. Классификация, диагностика и лечение артериальной гипертензии: пособие для врачей / А. А. Бова. — 2-е изд. — Минск: Асобны, 2006. — С. 62.

*Поступила 24.09.2010*

УДК [616.33-006.6+616-006.6](476.2+476.5):616-036.22

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА В ВИТЕБСКОЙ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**А. Ю. Крылов**

**Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск**

Проведено исследование структуры заболеваемости первично-множественных злокачественных опухолей, одной из которых явился рак желудка. Проведенное исследование показало, что структура заболеваемости ПМЗН в Гомельской и Витебской области в целом была примерно одинакова. Наиболее часто РЖ сочетался со злокачественными новообразованиями кожи, ободочной кишки, легких, молочной железы. Различия в сочетаниях злокачественных опухолей отдельных локализаций наиболее вероятно отражают возрастно-половые особенности в изучаемых регионах.

Ключевые слова: рак желудка, первично-множественные опухоли, заболеваемость.

## **ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF INITIALLY-PLURAL MALIGNANT NEOPLASMS IN STOMACH CANCER IN VITEBSK AND GOMEL REGIONS OF BELARUS**

**A. Yu. Krylov**

**Belarusian Medical Academy of Post-graduate Education, Minsk**

The structure study of initially-plural malignant neoplasm incidence was performed, one of which was the stomach cancer. The performed study has shown that incidence structure of initially-plural malignant neoplasms in Gomel and Vitebsk regions on the whole was approximately the same. Most often the stomach cancer was combined with malignant neoplasms of skin, colon, lungs, mammary gland. Differences in combinations of malignant neoplasms of separate localizations most possibly reflect age-gender peculiarities in the studied regions.

Key words: stomach cancer, initially-plural tumors, incidence.