

*Иванова Л.Н., Луговсков Е.А., Сидоренко Ю.В.*

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ  
СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ С  
ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО  
КОНФЛИКТА**

*Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки*

*Резюме: в работе изучено качество жизни 120 пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством при сочетанном течении с хроническим некалькулезным холециститом и ишемической болезнью сердца в условиях военного конфликта. У больных с сочетанной патологией прослеживались признаки дисбаланса вегетативной нервной системы, ухудшающие соматическое состояние и наблюдалось достоверное снижение*

качества жизни согласно данным шкал психодиагностических опросников, а также вегетативных индексов и показателей вариабельности сердечного ритма.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, сочетанная патология внутренних органов.

Наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у больных с сочетанным течением хронического некалькулезного холецистита (ХНХ) и ишемической болезни сердца (ИБС), проживающих в зоне военного конфликта на Донбассе, ухудшает качество жизни (КЖ) и диктует необходимость совершенствования диагностики и лечения этой патологии, являясь не только медицинской, но и важной социально-экономической проблемой [1,2].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение качества жизни пациентов с ПТСР при сочетанном течении с ХНХ и ИБС в условиях военного конфликта.

**Материалы и методы.** Было обследовано 120 больных с ПТСР при сочетанном течении с ХНХ и ИБС (37 мужчин - 30,5% и 83 - 69,5% женщин), средний возраст которых составил  $42,5 \pm 4,5$  лет, с длительностью патологии от 1 до 12 лет. Психодиагностические методики включали: тест для выявления признаков соматизации (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15); шкалу Зунга для самооценки депрессии; опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина; опросник отношения к болезни; шкалу госпитальной тревожности и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); наличие и выраженность депрессии оценивали также по шкале Бека. Состояние вегетативной нервной системы (ВНС) исследовали с помощью интегральных стандартизированных шкал-таблиц (Вейн А.М., 2000) и анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) с использованием аппаратно-программного комплекса в соответствии с принятыми международными стандартами, рекомендованными рабочей группой Европейского общества кардиостимуляции и электрофизиологии. Статистическую обработку полученных результатов проводили на персональном компьютере с использованием пакетов лицензионных программ «Statistica 6.0». Статистически значимые отличия определяли при уровне  $p < 0,05$ . При изучении возможной взаимосвязи между двумя выборками для оценки степени ее силы определяли коэффициент линейной корреляции ( $r$ ).

**Полученные результаты и их обсуждение.** У обследованных больных прослеживались основные признаки ПТСР: экстремальность события; феномен «вторжения»; гиперактивация, инсомния, тахикардия, раздражительность. Были получены данные о достоверном снижении КЖ по всем шкалам опросника SF-36. Данные суммарного измерения опросника («Физический компонент здоровья (Physical health - PH)» и «Психологический компонент здоровья (Mental Health - MH)») составляли  $35,7 \pm 1,5$  при норме -  $53,7 \pm 1,2$  и  $32,5 \pm 1,4$  при норме -  $47,6 \pm 1,6$  соответственно ( $p < 0,05$ ). При проведении анкетирования по шкале Зунга установлено, что признаки депрессии присутствовали у 35,0% больных, в том

числе легкой – у 22,5%, умеренной замаскированной - у 8,3% и выраженной – у 4,2%. Уровень тревоги по госпитальной шкале HADS составлял в среднем  $16,7 \pm 6,9$  баллов, депрессии -  $11,9 \pm 3,2$  баллов. Наличие тревоги обнаружено у 73 (60,8%), депрессии - у 36 (30,0%) пациентов, что свидетельствует о преобладании лиц со средней и высокой степенью как реактивной (38 пациентов - 31,7% и 35 пациентов - 29,1% соответственно), так и личностной (61 пациент - 50,8% и 14 пациентов - 11,9% соответственно) тревожности. Низкую степень показателей имели 47 (39,2%) и 45 (37,3%) больных соответственно. По опроснику отношения к болезни 40 (32,9%) пациентов имели гармоничную оценку своего состояния и адекватно к нему относились. Из других типов реагирования на болезнь чаще регистрировались тревожный (17,5%) и неврастенический (15,7%) типы.

Таким образом, при анализе характеристик психологического статуса регистрировалось ухудшение психологического состояния пациентов с сочетанной патологией: уровень депрессии в среднем составлял  $59,1 \pm 2,1$  баллов; личностной тревожности -  $33,2 \pm 1,8$  баллов; ситуативной тревожности -  $34,6 \pm 2,0$  баллов. У 21 (17,3%) больного с сочетанной патологией средняя оценка по шкале Бека составляла  $12,1 \pm 9,4$  баллов, т.е. соответствовала уровню мягкой депрессии, у 15 (12,7%) - депрессии средней степени; большинство пациентов имели низкий (34 пациента - 28,3%) и средний (82 больных - 68,3%) уровень степени тяжести соматических нарушений, в основном за счет абдоминальной боли, наличия метеоризма, нарушения сна и быстрой утомляемости, а средний балл составлял  $10,1 \pm 1,7$ . Таким образом, по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS наличие тревоги обнаружено у 76,4% пациентов, депрессии - у 30,0%; по шкале Зунга обращает внимание высокий уровень умеренной замаскированной и легкой депрессии (28,2% и 37,5% соответственно); выраженная депрессия была обнаружена в 12,5% случаев.

У обследованных больных средние оценки по показателям теста Спилбергера-Ханина свидетельствовали о преобладании лиц со средней и высокой степенью тревожности (63,8% и 11,9% соответственно). Результаты опроса относительно отношения к болезни определили, что у 17,5% больных регистрировался тревожный и у 15,7% - неврастенический типы. У 17,3% средняя оценка по шкале Бека составляла  $12,1 \pm 9,4$  баллов, что соответствовало уровню мягкой депрессии; 12,7% пациентов отмечали у себя наличие депрессии средней степени. Общая сумма баллов, рассчитанных с помощью анкеты-опросника А.М. Вейна, составляла в среднем 44,0 (22,0; 53,0). Для изучения взаимосвязей между клиническими симптомами и психологическими особенностями больных с ПТСР при сочетанном течении с ХНХ и ИБС был проведен корреляционный анализ с использованием ранговой корреляции Кендалла. Из психологических показателей с частотой приступов стенокардии определена очень слабая положительная связь результатов тестирования больных по шкалам личностной (+0,17) и реактивной (+0,16) тревожности. Частота регистрации у больных с коморбидной патологией абдоминальной боли слабо и очень слабо коррелировала ( $p < 0,05$ ) с частотой появления метеоризма и урчания в животе (+0,24), интенсивностью боли (+0,18), дискомфорта (+0,13) и

психологическим типом отношения к болезни (+0,18). Из психологических характеристик, которые коррелировали ( $p < 0,05$ ) с диспептическим синдромом, выявлены связи с уровнем депрессии (+0,18), степенью личностной (+0,24) и реактивной (+0,27) тревожности, типом отношения к болезни (+0,15). С интенсивностью абдоминальной боли ассоциировались ( $p < 0,05$ ) тип отношения к болезни (+0,16), количество баллов по шкале депрессии Зунга (+0,35), личностной (+0,26) и реактивной (+0,22) тревожности. Выявлена обратная корреляция кардиалгии ( $p < 0,05$ ) с уровнем реактивной тревожности (-0,13) и типом отношения к болезни (-0,16).

Результаты исследования ВНС, полученные при изучении вегетативных индексов и ВСР, свидетельствуют, что у обследованных больных имели место признаки дисбаланса ВНС. При изучении вегетативного обеспечения наблюдалось преобладание симпатикотонии по опроснику А.М. Вейна, индексу Кердо. Во время обострения ХНХ у больных преобладал тонус симпатического отдела ВНС, что было обусловлено болевым синдромом. По мере ликвидации болевого синдрома функциональная активность симпатической нервной системы уменьшалась, преобладал тонус парасимпатической нервной системы. У больных с сочетанной патологией исходная ваготония наблюдалась в 71,4%, симпатикотония - в 28,6%, асимпатикотония и гиперсимпатикотония - в 38,3% случаев, у остальных больных депрессивная симптоматика отсутствовала.

У пациентов с сочетанной патологией билиарной и сердечно-сосудистой систем по данным анализа ВСР показатель SDNN, характеризующий вегетативную регуляцию сердечной деятельности в целом и снижающейся при усилении симпатической регуляции, уменьшался в среднем на 39,3% ( $p < 0,05$ ); pNN50% - на 46,0% ( $p < 0,05$ ); RMSSD и TINN достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ), что свидетельствовало о снижении парасимпатических влияний на сердечную деятельность и усилении вегетативного дисбаланса.

### **Выводы**

1. У больных с сочетанной патологией, проживающих в условиях военного конфликта, прослеживались основные признаки посттравматического стрессового расстройства (экстремальность события. феномен «вторжения», гиперактивация, инсомния, тахикардия, раздражительность) и признаки дисбаланса вегетативной нервной системы, ухудшающие соматическое состояние.

2. О достоверном снижении качества жизни пациентов свидетельствовали данные, полученные по всем шкалам психодиагностических опросников, а также вегетативные индексы и показатели вариабельности сердечного ритма.

### **Литература**

1. Миличевич, Н.М. Война и психотравма: размышления о психиатрических потерях в войнах XX столетия [Текст] / Н.М. Миличевич, М.Б. Миленович, Д. Маркович // Научный результат. Сер. Социальные и гуманитарные исследования. – 2016. - №1 (7). – С. 40-54.

2. Панкратова С.Ю., Раскина Т.А., Шибанова И.А. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у бывших участников боевых действий [Текст] / С.Ю. Панкратова, Т.А. Раскина, И.А. Шибанова // Медицина в Кузбассе. – 2011. - № 1. – С. 19-24.