

очередь симуляционные методы ничуть не отступают от стереотаксических операций, но могут возникать такие осложнения, которые не зависят от действий хирурга. Метод выбора операций является сугубо индивидуальным для каждого пациента, поскольку имеет свои показания, противопоказания и цели.

Список литературы:

1. Белова А.Н, Балдова С.Н.// Транскраниальная магнитная стимуляция: клиническое применение и научные перспективы//Успехи современного естествознания №9. – 2015. – С. 34-42.

2. Клинические рекомендации “Неврология и нейрохирургия” / Под редакцией Гусева Е.И./ ГЭОТАР-Медиа/ Москва – 2015. – С.418.

3. Мосолов С.Н./ Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления/ Том 4 – 2002.

4. Обухов С.Г. Нейрохирургические методы лечения в психиатрии/ Дудук С.Л. / ГрГМУ №4. – 2006. – С.21-23.

5. Савкович В.П. Хирургия глубоких образований головного мозга с использованием стереотаксического метода/ Гвоздев П.Б./ Екатеринбург – 2008. – С.103.

6. В.М. Тюрников/ Перспективы психиатрической нейрохирургии// ФГБНУ “Научный центр неврологии” (Москва)/ Новые технологии – №3. – 2018. – С.11-18.

7. Шрамка М., Млачек М.// Стереотаксическая радиохирургия//Украинский нейрохирургический журнал №3. – 2003. – С. 17-23.

8. Голендухин И.С. Хирургия психических расстройств. [Электронный ресурс] // URL: <http://psyandneuro.ru/stati/general-psychosurgery/> (дата обращения 28.02.2019).

9. Канадская Психиатрическая Ассоциация. Психохирургия [Электронный ресурс] / URL: <https://psychoreanimatology.org/modules/articles/article.php?id=30> (дата обращения 28.02.2019).

УДК 616.89-008.454

Шамбатов М. А., Грабовская А.И., Воронкина Т.Ф., Кремлёва О.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, ВКЛАД В СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Shambatov M.A., Grabovskaya A.I., Voronkina T.F., Kremleva O.V.

PREVALENCE OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AT RHEUMATOLOGICAL IN-PATIENTS, CONTRIBUTION TO SUBJECTIVE LIFE QUALITY ASSESSMENT

Department of psychiatry, psychotherapy and narcology
Urals state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Muraz.shambatov@rambler.ru

Аннотация. В статье представлены результаты кросс – секционного и корреляционного исследования, посвященного оценке распространенности психопатологической симптоматики у пациентов с ревматической патологией и ассоциаций психопатологических симптомов с качеством жизни.

Annotation. The article presents the results of a cross - sectional /correlational study on the assessment of the prevalence of psychopathological symptoms in rheumatologic in-patients and their associations with quality of life.

Ключевые слова: качество жизни, психопатологические симптомы, ревматические заболевания.

Key words: quality of life, psychopathological symptoms, rheumatic diseases.

Введение

Ревматические заболевания занимают одно из ведущих мест по распространенности среди хронических неинфекционных заболеваний. При этом, их вклад в структуру смертности крайне низок, но длительный, неуклонно прогрессирующий характер большинства ревматических заболеваний обуславливает их значительное влияние на качество жизни пациентов [2,3].

Качество жизни (КЖ) является интегральным параметром объединяющим следующие группы параметров: физические, психологические, уровень независимости, социализация, окружающая среда, духовность [1]. Для большинства нозологических форм в ревматологии психоэмоциональные расстройства являются обязательным компонентом патогенеза [4]. При этом, взаимосвязь между наличием ревматологической патологии и психопатологическими симптомами изучена мало.

Цель исследования – анализ распространенности психопатологической симптоматики у пациентов ревматологического стационара и ее вклада в субъективную оценку КЖ.

Материалы и методы исследования

Проведено кросс - секционное и последующее корреляционное исследование в срок с 1.02.2019 по 11.03.2019 на базе ревматологического отделения терапевтического стационара ГКБ № 40 г. Екатеринбурга. В выборку включены 31 пациент в возрасте от 32 до 82 лет, медиана возраста 57 лет (57÷66), среди них 24 (77,42%) женщины и 7 (22,58%) мужчин. Верифицированный диагноз ревматолога: ревматоидный артрит (22; 71%)

пациентов, у 5 (16,1%) пациентов установлена системная красная волчанка, у 3 (9,67%) - системная склеродермия, в 1 (3,22%) случае - псориатическое поражение суставов.

Критерии включения: госпитализация в ревматологическое отделение, возраст от 18 до 75 лет, добровольное информирование согласие.

Выраженность психопатологической симптоматики оценивали с помощью валидизированного опросника SCL-90-R (Symptom Check List – 90), состоящего из 90 пунктов, отражающих текущее соматическое и психологическое состояние [5]. Каждый пункт предполагает оценку по шкале от 0 до 4, где 0 - «совсем нет», 4 - «очень сильно». Результаты опросника дифференцируют по 9 группам симптомов: соматизация — SOM; обсессивность-компульсивность — O-C; межличностная сензитивность — INT; депрессия — DEP; тревожность — ANX; враждебность — HOS; фобическая тревожность — PHOB; паранойяльные симптомы — PAR; психотизм — PSY; дополнительные вопросы — ADD. Для интегральной оценки выраженности психопатологической симптоматики рассчитывался индекс GSI (Общий индекс тяжести симптомов) — индикатор текущего состояния и глубины расстройства, информирующий о количестве и интенсивности симптомов.

КЖ пациентов оценивалось с помощью опросника SF-36, одного из наиболее распространенных инструментов для исследования КЖ [1,6]. Результаты анкеты представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам: 1. Общее состояние здоровья (General health – GH); 2. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF); 3. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role – Physical Functioning – RF); 4. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role – Emotional – RE); 5. Социальное функционирование (Social Functioning – SF); 6. Интенсивность боли (Bodily pain – BP); 7. Жизненная активность (Vitality – VT); 8. Психическое здоровье (Mental Health – MH).

Распределение данных не соответствовало нормальному, данные представлены в виде медианы (25÷75 перцентили). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета «STATISTICA 10.0» с использованием непараметрических критериев. Различия и корреляции признавались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки уровня КЖ использовали параметр GH, при балле менее 50 уровень КЖ признавался низким (у 15; 48,39%) пациентов, при балле выше 50 – высоким (у 16; 51.61%) пациентов. Распределение оценок позиций SF - 36 у пациентов с низким/ высоким КЖ представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Оценки по опроснику SF – 36 у пациентов с высоким и низким качеством жизни по SF – 36

Позиции опросника	Показатели SF - 36 у пациентов с низким и высоким качеством жизни		p
	Низкое качество жизни (диапазон значений- 0 –	Высокое качество жизни (диапазон значений-0 -	

	100) n=15	100) n=16	
GH	40,00 (35,00 ÷ 40,00)	55,00 (52,50 ÷ 60,00)	<0,001*
PF	30,00 (25,00 ÷ 45,00)	37,50 (25,00 ÷ 52,50)	0,74
RF	40,00 (35,00 ÷ 40,00)	25,00 (00,00 ÷ 25,00)	0,71
RE	25,00 (00,00 ÷ 25,00)	33,33 (00,00 ÷ 33,33)	0,60
SF	62,50 (50,00 ÷ 87,50)	50,00 (37,50 ÷ 93,75)	0,54
BP	31,00 (22,00 ÷ 32,00)	22,00 (12,00 ÷ 26,50)	0,20
VT	40,00 (30,00 ÷ 50,00)	52,50 (42,50 ÷ 60,00)	0,04*
MH	48,00 (44,00 ÷ 60,00)	40,00 (35,00 ÷ 40,00)	0,25

Примечание: * - $p < 0,05$

Для сравнения результатов по позициям SF - 36 групп пациентов с низким и высоким качеством жизни (КЖ) применен критерий Манна – Уитни (табл.1). Статистически значимые различия получены только по шкале жизненной активности (VT) SF - 36 ($p < 0,05$).

Таблица 2.

Оценки по опроснику SCL-90-R у пациентов с высоким и низким качеством жизни по SF – 36

Позиции опросника	Показатели SCL-90-R у пациентов с низким и высоким качеством жизни		p
	Низкое качество жизни (диапазон значений- 0 - 100) n=15	Высокое качество жизни (диапазон значений-0 – 100) n=16	
SOM	15,00 (13,00 ÷ 23,00)	12,00 (10,00 ÷ 16,50)	0,13
O-S	8,00 (6,00 ÷ 13,00)	5,00 (2,00 ÷ 7,00)	0,01*
INT	3,00 (2,00 ÷ 4,00)	3,00 (1,50 ÷ 5,50)	0,77
DEP	7,00 (5,00 ÷ 9,00)	5,00 (3,50 ÷ 7,50)	0,20
ANX	4,00 (4,00 ÷ 7,00)	4,00 (2,00 ÷ 4,50)	0,11
HOS	1,00 (00,00 ÷ 3,00)	1,50 (00,00 ÷ 2,50)	0,95
PHOB	2,00 (00,00 ÷ 4,00)	1,50 (00,00 ÷ 3,00)	0,74
PAR	0,00 (0,00 ÷ 2,00)	2,00 (0,05 ÷ 3,00)	0,09
PSY	1,00 (00,00 ÷ 3,00)	0,00 (1,50 ÷ 0,00)	0,32
ADD	5,00 (3,00 ÷ 15,00)	2,50 (1,00 ÷ 4,50)	0,03*
GSI	0,52 (0,43 ÷ 1,63)	0,40 (0,30 ÷ 0,48)	0,19

Примечание: * - $p < 0,05$

При сравнении показателей SCL-90-R в группах с низким и высоким КЖ, статистически значимые различия получены только по выраженности обсессивно-компульсивной симптоматики ($p < 0,01$).

Обнаружена отрицательная корреляция средней силы между шкалой жизненной активности SF-36 и шкалой соматизации SCL-90-R ($R = -0,64$; $p < 0,001$), что свидетельствует о значимом вкладе снижения жизненной активности в КЖ. Выявлена отрицательная корреляционная связь слабой силы между показателем общего состояния здоровья (GH) SF-36 и выраженностью обсессивно – компульсивных симптомов SCL-90-R ($R = -0,40$; p

<0,05), что свидетельствует о значимом вкладе обсессивно - компульсивных симптомов в снижение КЖ (субъективной оценки состояния здоровья). Установлена отрицательная корреляционная связь средней силы между оценкой по шкале социального функционирования SF-36 и оценкой по шкале межличностной сензитивности SCL-90-R ($R=-0,60$; $p < 0,001$), что указывает на значимую ассоциацию снижения социального функционирования со степенью психологического дискомфорта и негативными ожиданиями при взаимодействии с другими людьми.

Наиболее негативное влияние на КЖ оказывает выраженность депрессии. Выявлена отрицательная корреляция между выраженностью симптомов депрессии и следующими показателями, формирующими КЖ пациента: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($R=-0,37$; $p < 0,05$); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($R=-0,41$; $p < 0,05$); жизненная активность ($R=-0,45$; $p < 0,05$); социальное функционирование ($R=-0,44$; $p < 0,05$) и психическое здоровье ($R=-0,51$; $p < 0,001$).

Получена отрицательная корреляционная связь между оценкой тревожности по шкале SCL-90-R и следующими показателями, формирующими КЖ: общее состояние здоровья ($R=-0,51$; $p < 0,001$); психическое здоровье ($R=-0,40$; $p < 0,05$).

Отмечено также наличие слабой отрицательной корреляционной связи между оценкой по шкале враждебности и интенсивностью боли ($R=-0,37$; $p < 0,05$).

Получена отрицательная корреляция между оценкой по шкале «психотизм» SCL-90-R со следующими показателями КЖ: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($R=-0,37$; $p < 0,05$); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($R=-0,41$; $p < 0,05$) и жизненная активность ($R=-0,45$; $p < 0,05$);

Выводы:

1. Около половины пациентов, госпитализированных в ревматологический стационар, имели низкий уровень качества жизни.
2. Выявлено статистически значимое преобладание обсессивно-компульсивной симптоматики у пациентов с низким качеством жизни.
3. Установлены статистически значимые корреляционные связи между показателями качества жизни и выраженностью психопатологической симптоматики, что свидетельствует о возможности повышения показателей качества жизни, путём коррекции психопатологических синдромов.

Список литературы:

1. Амирджанова В. Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога // Научно-практическая ревматология. – 2003. – №. 2. – С.72 - 76
2. Ахметова М. А. Оценка качества жизни больных с ревматоидным артритом // Медицина. – 2013. – №. 1. – С. 39 - 43.

3. Кремлева О. В. Ревматоидный артрит: влияние болезни на социальные аспекты качества жизни // Научно-практическая ревматология. – 2004. – №. 2. – С.14 - 18.

4. Софронова М. Г. Феноменология психопатологической симптоматики у пациентов с ревматоидным артритом // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ Мечникова. – 2012. – Т. 4. – №. 4.

5. Derogatis L. R. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation // Journal of clinical psychology. – 1977. – Т. 33. – №. 4. – С. 981-989.

6. Kosinski M., SF-36 health survey manual and interpretation guide // Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center. – 1993, 143p.

ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА, КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 36:364.04

Абросова И.А., Петрова Л.Е.

ПРЕОДОЛЕНИЕ БЕДНОСТИ УЯЗВИМЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП НА СЕЛЕ ПОСРЕДСТВОМ ТРУДОУСТРОЙСТВА В КОЛЛЕКТИВНОЕ ХОЗЯЙСТВО

Кафедра социальной работы и социологии медицины
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Abrosova I.A., Petrova L.E.

OVERCOMING POVERTY OF VULNERABLE SOCIAL GROUPS IN THE VILLAGE BY MEANS OF EMPLOYMENT IN COLLECTIVE FACILITIES

Department of social work and sociology of medicine
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Email: iush.9393@mail.ru

Аннотация. В данной статье обоснована актуальность выбранной темы исследования, проведен анализ источников и литературы, обозначена актуальность и цель исследования. Расшифрованы термины и понятия социально уязвимых групп, бедности и безработных. Описаны результаты исследования подхода сопровождения безработных и преодоление бедности с помощью устройства в коллективное хозяйство.