

# КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

Л.Г. Заславский<sup>1</sup>, А.Б. Хуршилов<sup>2</sup>, Е.Н. Скорнякова<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»; Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8;

<sup>2</sup>ОАО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова»; Россия, 367000, Махачкала, ул. Казбекова, 142а;

<sup>3</sup>ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»; Россия, 194291, Санкт-Петербург, просп. Луначарского, 45–49

Контакты: Арсланбек Багадунович Хуршилов khursh86@mail.ru

**Цель исследования** — провести оценку качества жизни и аффективных расстройств у больных миастенией.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное клиническое и нейропсихологическое тестирование 34 пациентов (43,6 % от всех больных миастенией, проживающих в Ленинградской области). Для оценки степени тяжести использовали Международную шкалу оценки тяжести миастении MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America). Для диагностики аффективных расстройств применяли шкалу тревоги Spielberger–Ханина, шкалу депрессии CES-D, качество жизни оценивали по опроснику SF-36. В исследование вошли пациенты со стабильной клинической картиной в течение не менее чем последние 2 мес. Сравнение проводили с популяционными данными, а также внутри исследованной группы, разделенной на несколько подгрупп в зависимости от тяжести и длительности заболевания.

**Результаты.** Качество жизни больных миастенией по показателю физического здоровья статистически значимо ( $p = 0,04$ ) ниже, чем в общей популяции, и напрямую зависит от тяжести заболевания. Депрессивные расстройства характерны для пациентов с длительным (более 3 лет) анамнезом заболевания, среди которых уровень депрессии по шкале CES-D составил в среднем 28,1 балла, что статистически значимо ( $p = 0,03$ ) выше, чем для больных на ранних этапах заболевания. При оценке аффективных нарушений с использованием шкалы Spielberger–Ханина среднее значение по показателю ситуационной тревожности составило  $31,8 \pm 8,3$  балла, а по показателю личностной тревожности —  $31,5 \pm 8,1$  балла, что говорит об умеренном тревожном расстройстве. Нами не выявлено статистически значимой взаимосвязи аффективных расстройств с тяжестью заболевания и бульбарным синдромом.

**Заключение.** Качество жизни больных миастенией в целом снижено по сравнению с общей популяцией и зависит от тяжести состояния, а депрессивные нарушения характерны для пациентов с длительным анамнезом заболевания.

**Ключевые слова:** миастения, качество жизни, депрессия, тревожность, аффективные расстройства, опросник SF-36, шкала CES-D, шкала тревожности Spielberger–Ханина, ситуационная тревожность, личностная тревожность

DOI: 10.17650/1818-8338-2015-10-4-35-38

## QUALITY OF LIFE AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH MYASTHENIA

L.G. Zaslavskiy<sup>1</sup>, A.B. Khurshilov<sup>2</sup>, E.N. Skornyakova<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University; 6/8 L'va Tolstogo St., Saint Petersburg, 197022, Russia;

<sup>2</sup>R.P. Askerkhanov Medical Center; 142a Kazbekova St., Makhachkala, 367000, Russia;

<sup>3</sup>Leningrad Regional Clinical Hospital; 45–49 Lunacharskogo Prospekt, Saint Petersburg, 194291, Russia

**Objective.** To assess the quality of life and mood disorders of patients with myasthenia gravis.

**Materials and methods.** A comprehensive clinical and neuropsychological testing of 34 patients, accounting for 43.6 % of all patients with myasthenia living in the Leningrad region. To assess the severity of the international rating scale used by the severity of myasthenia gravis (MGFA). For the diagnosis of affective disorders, anxiety scale and Spielberger–Khanin depression scale, CES-D were used, quality of life was assessed by the SF-36 scale. The study included patients with stable clinical picture at least for the last 2 months. Comparison was made in population as well as within the studied group, divided into several groups depending on the severity and duration of the disease.

**Results.** The quality of life of patients with myasthenia gravis in terms of physical health significantly lower ( $p = 0.04$ ) than in the general population and directly depends on the severity of the disease. Depressive disorders are typical for patients with a long (more than 3 years) history of the disease, including the level of depression scale CES-D averaged 28.1 balls, which was significantly ( $p = 0.03$ ) higher than for the patients in the early stages of the disease. In assessing affective disorders with anxiety scale Spielberger–Khanin was expressed by the average value on the scale of situational anxiety —  $31.8 \pm 8.3$  points, and on the scale of personal anxiety  $31.5 \pm 8.1$  points, indicating moderate anxiety disorder. We have not found a statistically significant relationship of affective disorders with disease severity and bulbar syndrome.

**Conclusion.** The quality of life of patients with myasthenia generally reduced in comparison with the general population, and depending on the severity and depressive disorders typical for patients with a long history of the disease.

**Key words:** *myasthenia, quality of life, depression, anxiety, affective disorders, SF-36, CES-D, Spielberger–Khanin depression scale, situational anxiety, trait anxiety*

### Введение

Современная медицинская наука все больше внимания уделяет не только изучению и оценке результатов физикальных, лабораторных и инструментальных показателей, но и всесторонней оценке влияния болезни на жизнь пациентов, в связи с чем в конце XX в. появилось понятие «качество жизни» (КЖ). Под данным термином понимается суммарная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанная на его субъективном восприятии [1].

Миастения гравис – классическое аутоиммунное заболевание, клинические проявления которого в виде слабости и патологической мышечной утомляемости обусловлены явлениями аутоагрессии с образованием антител, направленных к различным антигенным мишеням периферического нейромоторного аппарата [2].

Среди факторов, наиболее часто выступающих в роли пускового механизма миастении, наряду с инфекционными заболеваниями и физической нагрузкой можно назвать психоэмоциональные нарушения, а сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства могут влиять на особенности клинического течения болезни и КЖ пациентов. Нельзя не учитывать хроническое психотравмирующее воздействие болезни на личность, влияние перманентной реальной витальной угрозы на психику [3].

Таким образом, миастения ведет к ухудшению не только физического, но и психологического состояния пациента и приводит к снижению его КЖ. Больные миастенией ограничены в выборе профессии, вожении автомобиля, зачастую имеют трудности в создании и сохранении семьи.

**Цель исследования** – провести оценку КЖ и аффективных расстройств у больных миастенией.

### Материалы и методы

Проведено комплексное клиническое и нейропсихологическое тестирование 34 больных (43,6 % от всех больных миастенией, проживающих в Ленинградской области). Для оценки степени тяжести использовалась Международная шкала оценки тяжести миастении MGFA (Myasthenia Gravis Foundation of America). В исследование вошли пациенты со стабильной клинической картиной в течение не менее чем последние 2 мес. Нами намеренно исключены больные, у которых отмечалось выраженное прогрессирование заболевания, требующее коррекции терапии, в связи с этим в исследование не вошли пациенты со степенью тяжести IVb и V по MGFA. Для диагностики аффективных расстройств использовали шкалу тревоги Спилберга–

Ханина, шкалу депрессии CES-D, для определения КЖ применяли опросник SF-36 (стандартная русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Международным центром исследования КЖ, г. Санкт-Петербург). Сравнение проводилось среди всех исследуемых больных, разделенных на несколько групп в зависимости от тяжести и длительности заболевания, а также с открытыми популяционными данными, полученными при тестировании 2114 жителей Санкт-Петербурга по опроснику SF-36. Указанную группу сравнения составили 895 мужчин и 1219 женщин, без указания сведений о состоянии здоровья; возраст варьировал от 15 до 85 лет [1].

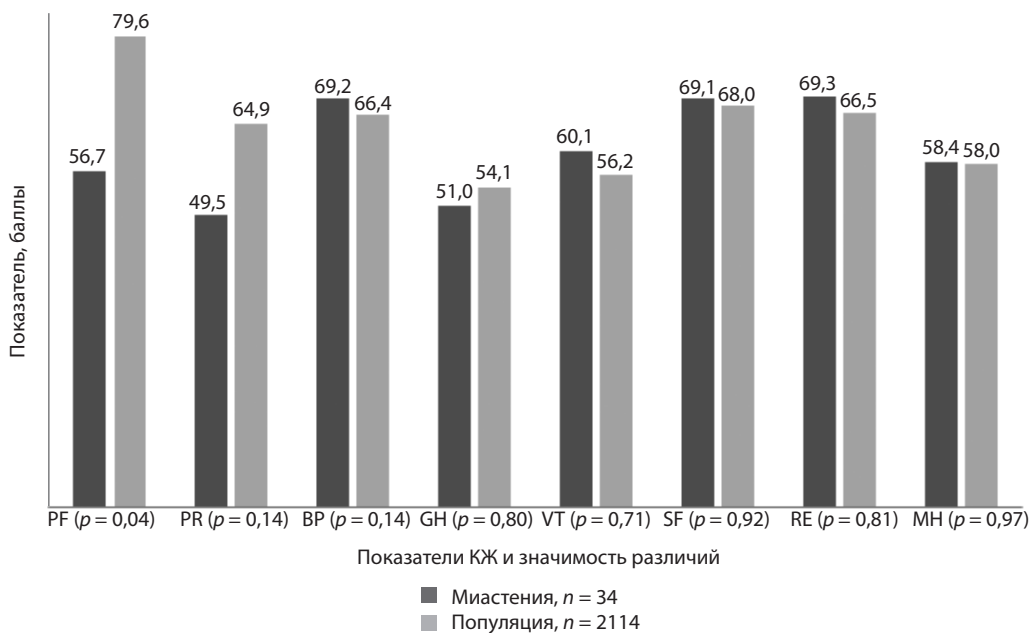
Данные получены с информированного письменного согласия с учетом Хельсинкской декларации. Работа проведена в рамках диссертационного исследования, одобренного этическим комитетом Первого СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Обработка и статистический анализ выполнены с использованием программ Statistica 6.0 и Excel стандартного пакета Microsoft Office 2007. Средние значения показателей приведены со стандартными ошибками ( $M \pm m$ ). Учитывая дизайн исследования, достоверность различий показателей оценивали с помощью критерия  $\chi^2$  при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

### Результаты

Среди 34 пациентов мужчины составили 35,3 % ( $n = 12$ ), женщины – 74,7 % ( $n = 22$ ). Средний возраст больных на момент исследования –  $50,4 \pm 12,5$  года, длительность заболевания – от 1 года до 15 лет с дебютом в возрасте от 21 до 61 года. Оперативное лечение в различные сроки от начала заболевания было проведено 14 (41,2 %) пациентам, среди которых тимомы гистологически верифицированы в 9 случаях и гиперплазия тимуса – в 5. Генерализованная миастения установлена у 32 (94,1 %) больных, у 2 (5,9 %) – локальная глазная форма. Тяжесть состояния по шкале MGFA – от I до IVa степени.

При оценке КЖ в общей группе пациентов с миастенией с помощью опросника SF-36 наиболее низкие показатели отмечались по показателям общего здоровья – 56,7 балла и ролевого функционирования – 49,5 балла. Указанные значения КЖ у больных миастенией в целом ниже, чем в общей популяции, что наглядно продемонстрировано на рис. 1.

Достоверное снижение КЖ получено только по показателям физического здоровья ( $p = 0,04$ ). По остальным критериям статистически значимых отклонений не выявлено, что показывает в целом хорошую психологическую и социальную адаптацию больных миастенией, находящихся в состоянии ремиссии.



**Примечание.** Здесь и в таблице: PF – физическое функционирование; RP – ролевое (физическое) функционирование; BP – интенсивность боли; GH – общее здоровье; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – эмоциональное функционирование; MH – психологическое здоровье.

Рис. 1. Сравнительные показатели КЖ больных миастенией и общей популяции

Нами проведен анализ зависимости КЖ от степени тяжести заболевания. В соответствии с градацией по шкале MGFA пациенты были разделены на 3 группы: легкая (I–IIa), умеренная (IIb–IIIa), тяжелая (IIIb–IVa) степень (см. таблицу). Как видно из таблицы, основные показатели КЖ напрямую зависят от тяжести заболевания, при этом статистически значимое ( $p = 0,03$ ) снижение выявлено только по шкале физического здоровья.

При оценке аффективных нарушений с использованием шкалы тревоги Спилбергера–Ханина среднее значение по показателю ситуационной тревожности составило  $31,8 \pm 8,3$  балла, а по показателю личностной тревожности –  $31,5 \pm 8,1$  балла, что говорит об умеренном тревожном расстройстве и, скорее всего, связано с постоянным страхом ухудшения состояния и возможностью развития миастенического криза. У больных миастенией, находящихся в фазе ремиссии, среднее значение по шкале CES-D составило  $21,2 \pm 7,9$  балла; это с высокой

вероятностью говорит о наличии легких депрессивных расстройств.

Нами выявлена взаимосвязь между длительностью заболевания и характером аффективных нарушений (рис. 2). Среди пациентов с миастенией со сроком заболевания до 3 лет типичными являются умеренные тревожные расстройства. Депрессивные расстройства характерны для пациентов с длительным (более 3 лет) анамнезом заболевания. Среди них уровень депрессии по шкале CES-D составил в среднем 28,1 балла, что статистически значимо ( $p = 0,03$ ) выше, чем у больных на ранних этапах заболевания.

При оценке влияния аффективных нарушений на КЖ выявлено статистически значимое снижение по показателям физического функционирования ( $p = 0,4$ ) и социального функционирования ( $p = 0,03$ ) у больных с повышенной ситуационной тревожностью (более 30 баллов по шкале Спилбергера–Ханина). Достоверной и статистически значимой зависимости КЖ от наличия депрессии не установлено.

Показатели опросника SF-36 у больных миастенией в зависимости от степени тяжести заболевания

Степень тяжести	Показатель, баллы							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Легкая, n = 9	68,8	59,2	68,1	51,4	68,33	81,6	71,3	68,4
Средняя, n = 14	57,5	50,3	69,2	47,1	56,6	63,7	70,4	57,4
Тяжелая, n = 11	45,9	40,7	71,0	55,7	54,1	65,4	60,1	51,6

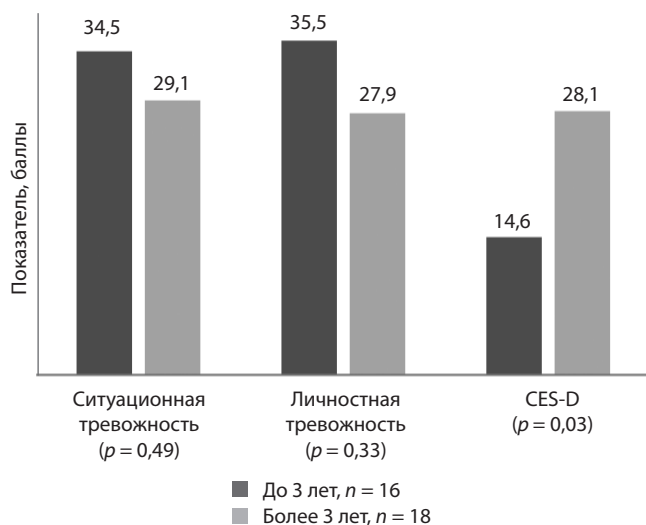


Рис. 2. Аффективные нарушения у больных миастенией в зависимости от длительности заболевания

Нами не выявлено статистически значимой взаимосвязи между расстройствами настроения и тяжестью заболевания, а также бульбарным синдромом. Ни одному из больных не были назначены антидепрессанты, лишь в единичных случаях пациенты получали помощь психотерапевтов и психологов.

### Обсуждение

Проблема аффективных нарушений и КЖ у больных миастенией, к сожалению, нечасто попадает под прицел научных исследований. Т.В. Романова

в своей работе, так же как и мы, отмечает снижение КЖ у больных относительно общих популяционных данных и выявляет его зависимость от тяжести заболевания, возраста пациента и наличия бульбарных нарушений [4].

Л.А. Бондаренко и Г.О. Пенина в исследовании КЖ и депрессии у больных миастенией в республике Коми говорят о более выраженном снижении КЖ по сравнению с нашими данными, самыми низкими оказались результаты по показателям ролевого функционирования – 25 баллов и эмоционального функционирования – 45,1 балла, депрессивные расстройства не выявлены [5].

В зарубежной литературе прослеживаются аналогичные тенденции, в частности, схожие результаты получены в большом исследовании КЖ у 1518 больных миастенией в Германии [6].

### Заключение

У больных миастенией в Ленинградской области отмечается снижение показателей КЖ относительно популяционных данных. Умеренные тревожные и депрессивные расстройства часто проявляются у больных миастенией, причем в первые годы характерны преимущественно тревожные расстройства, сменяющиеся с течением времени депрессивными. Учитывая противопоказания к применению при миастении транквилизаторов и антидепрессантов с М-холиноблокирующим эффектом, предпочтение в лечении аффективных нарушений должно отдаваться различным видам психотерапии.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма Медиа Групп, 2007. [Novik A.A., Ionova T.I. Guide to study the quality of life in medicine. Moscow: Olma Media Grupp, 2007. (In Russ.)].
- Санадзе А.Г. Миастения и миастенические синдромы. М.: ЛитТерра, 2012. [Sanadze A.G. Myasthenia and myasthenic syndromes. Moscow: LitTerra, 2012. (In Russ.)].
- Петрова Н.Н., Чухловина М.Л., Чухловин А.А. Аффективные расстройства и качество жизни у больных миастенией. Обзоры психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева 2005;1(4):12–4. [Petrova N.N., Chukhlovina M.L., Chukhlovin A.A. Affective disorders and quality of life in patients with myasthenia gravis. Obzrenie psikiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva = V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology 2005;1(4):12–4. (In Russ.)].
- Романова Т.В. Эпидемиологическое исследование миастении гравис в Самарской области. Саратовский научно-медицинский журнал 2012;8(1):92–5. [Romanova T.V. Samara epidemiological research of myasthenia gravis. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal = Saratov Scientific & Medical Journal 2012;8(1): 92–5. (In Russ.)].
- Бондаренко Л.А., Пенина Г.О. Эпидемиология, клинично-функциональные характеристики и качество жизни больных миастенией жителей Европейского Севера. Международный неврологический журнал 2009;1(1):71–5. [Bondarenko L.A., Penina G.O. The epidemiology, clinical and functional characteristics and the quality of life in patients with myasthenia inhabitants of the European North. Mezhdunarodnyy nevrologicheskiy zhurnal = International Neurological Journal 2009;1(1):71–5. (In Russ.)].
- Tworok S., Wiesmeth S., Klewer J. et al. Quality of life and life circumstances in German myasthenia gravis patients. Health Qual Life Outcomes 2010;8:129.