



< Сятковский В.А. Сятковская Н.В., Яговдик Н.З., Азарова Л.А. >
 Белугина И.Н., Кузьмицкая О. ГИУСТ БГУ, кафедра реабилитологии;
 Evergreen college, Торонто, Канада;
 БГМУ, кафедра кожных и венерических болезней



Качество жизни как интегральный показатель эффективности медицинской и социальной помощи больным псориазом

Согласно общепринятым представлениям, псориаз рассматривается как распространенное хроническое заболевание кожи с возможным одновременным поражением других органов и систем. При этом поражение суставов (псориатический артрит) сопутствует псориазу наиболее часто. Популяционная частота псориаза колеблется значительно (от 0,1% до 7-8%), составляя в среднем 2% населения. Псориатический артрит сопутствует течению псориаза до 50% всех случаев (1).

Актуальность многочисленных медицинских и социальных проблем псориаза получила глубокое и разностороннее обсуждение на I-ой Всемирной конференции по псориазу и псориатическому артриту, прошедшей в Стокгольме в мае-июне 2006 года под лозунгом «Глобальная перспектива», которую патронировал Его Величество Король Швеции Карл Густав.

По данным Национального псориатического фонда США, болезнь в целом значительно ухудшает качество жизни пациентов. В частности, половина из них страдает сильным чувством озлобления и фрустрации, беспомощности, заниженной самооценки. Пациенты испытывают трудности, связанные с потерей трудоспособности, неудачами в карьере, поражением открытых участков тела, с сексуальными отношениями и т.д. Поэтому, планируя лечебные мероприятия, необходимо предусматривать в них мероприятия, направленные и на повышение качества жизни конкретного пациента, что требует совместных усилий медицинских и социальных работников.

Целью нашей работы явилось изучение комплекса параметров, характеризующих различные аспекты качества жизни больных псориазом и псориатическим артритом.

Обследовано 55 больных кожной формой псориаза и 12 больных, страдающих псориатическим артритом. Среди обследованных было 34 мужчины и 21 женщина. Средний возраст мужчин составил 44,0±2,5 года, а женщин — 42,0±3,2 года.

Рис. 1. Качество жизни больных псориазом

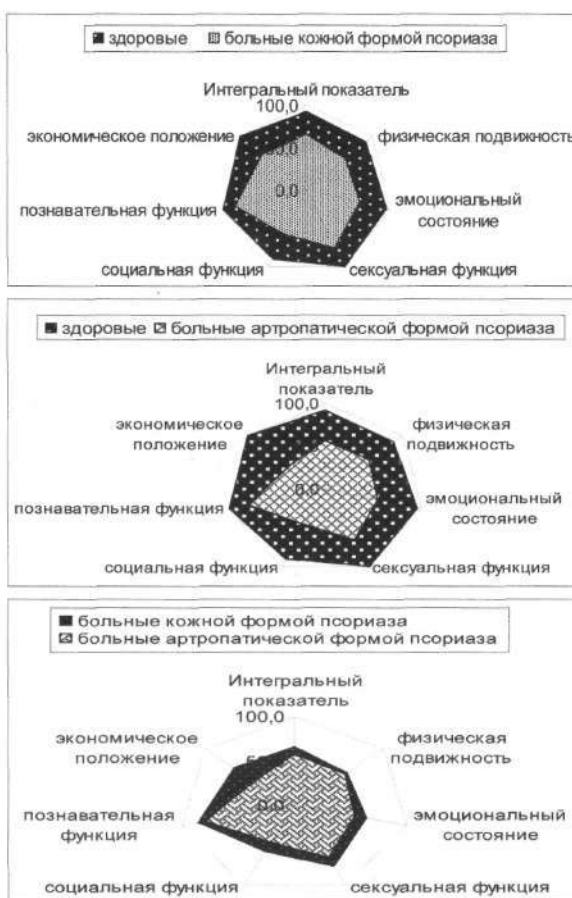


Таблица 1.

Показатели социального функционирования больных псориазом и псориатическим артритом (M±m)

Группа	Показатели								
	Шкала Цунга	Уровень социальной фрустрированности	Качество жизни						
			Физическая подвижность	Эмоциональное состояние	Сексуальная функция	Социальные функции	Познавательная функция	Экономическое положение	Интегральный показатель
1	37,0 ±0,9	1,2 ±0,2	56,6 ±3,4	54,2 ±5,8	65,5 ±4,9	46,0* ±3,6	79,5 ±4,2	45,2* ±9,0	58,0* ±2,8
2	33,5 ±0,9	1,0 ±0,1	58,2 ±2,7	63,0 ±4,0	74,5 ±3,8	58,2 ±2,7	86,2 ±2,9	67,4 ±6,1	66,0 ±1,9

Примечание: группа 1 – больные артропатической формой псориаза
 группа 2 – больные кожной формой псориаза

* - p<0,05

Длительность заболевания составила у 40% пациентов — до 10 лет, у 60% — более 10 лет.

Для достижения поставленной цели исследования были применены следующие методы: оценка качества жизни больных и инвалидов (NAIF) (2), психологическая оценка типов отношения к болезни (3), диагностика уровня социальной фрустрированности (4), шкала депрессии Цунга (4).

Полученные данные обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента и представлены в табл. 1 и рис. 1,2.

Полученные данные позволяют констатировать, что изученные параметры социального функционирования существенно отличаются в изученных группах больных в зависимости от формы течения заболевания. В частности, все параметры качества жизни больных с артропатической формой псориаза ниже таковых в группе больных с кожной формой заболевания (табл. 1, рис. 1). При этом различия по параметрам «социальные функции», «экономическое положение» и «интегральный показатель качества жизни» статистически достоверны ($p < 0,05$).

В группе больных артропатическим псориазом выше уровень социальной фрустрированности и уровень депрессии, что подтверждает общую тенденцию более значительного снижения уровня социальной комфортности в этой группе пациентов.

У ¼ больных псориазом (24%) и почти ½ больных с артропатией (41%) доминируют дезадаптивные типы отношения к болезни (рис. 2).

Полученные нами результаты подтверждают актуальность изучения качества жизни пациентов с псориазом, которое, по данным исследователей из различных стран, активно проводится уже порядка десяти лет (1). Открытие все новых аспектов этой проблемы свидетельствует о необходимости разработки новых подходов по повышению качества жизни больных псориазом.



По нашему мнению, эти подходы включают медицинский и социальный вектора проблемы. В частности, одним из направлений медицинского вектора должно явиться многофакторное формирование диагноза заболевания, давно реализованное на практике в виде диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Американской Ассоциации Психиатров (DSM-IV). Одной из основных особенностей данной классификации, как известно, является т.н. многоуровневая оценка, позволяющая охарактеризовать социально-медицинский статус больного по нескольким переменным, которая включает пять осей.

Ось I. Клинические синдромы и состояния, связанные с основным заболеванием.

Ось II. Отклонения в развитии личности, которые включа-



Рис. 2. Оценка типов отношения к болезни больных псориазом
1 блок – относительно адаптивные варианты; 2 и 3 блоки – дезадаптивные варианты



ют специфические особенности развития личности конкретного пациента.

Ось III. Содержит перечень физических нарушений, которые могут наблюдаться у больного.

Ось IV. Содержит шкалу кодирования психосоциальных факторов стрессов, способствующих развитию заболевания (супружеские отношения — помолвка, брак, развод, смерть одного из супругов и др., родительские отношения — конфликты с детьми, болезни детей и т. д., межличностные отношения с друзьями, соседями, коллегами, родственниками, начальством, профессиональные отношения — безработица, уход на пенсию и др., условия жизни — смена квартиры, опасности, иммиграция и т.п., материальные затруднения, юридический статус — арест, судебная тяжба, наследственные права и другие группы психо-социальных стрессов).

Ось V. Это глобальная шкала оценки, по которой определяется степень успешности деятельности больного по совокупности трех областей: социальное положение, профессиональная принадлежность и психическая адекватность (Global Assessment of Functioning Scale, g AF Scale) (5).

В развитие этой проблемы — качество жизни людей при заболеваниях, ВОЗ разработана Международная классификация функциональности и здоровья — МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF), призванная унифицировать языковое и терминологическое понимание и описание специалистами влияния какого-либо заболевания на качество жизни пациента. Данная классификация ВОЗ включает пять компонентов: физические страдания, ограничения общей физической активности, ограничения в социальной активности, изменения в средовых взаимоотношениях (например, в семье, на работе) и влияние личностных восприятий заболевания (например, изменения в отношении к болезни в зависимости от возраста). Группа исследователей из США (Mease Ph. Et all.) совместно с Мюнхенским университетом разработали предложения по адаптации МКФ к псориазу и псориатическому артриту (цит. 1). Таким образом, дерматологам уже предложен вариант МКФ, использование которого позволит более углубленно понимать степень воздействия псориаза на качество жизни пациентов. Описан и начинает активно изучаться весьма серьезный «вторичный» эффект псориаза — изменение психологического и социального параметров здоровья людей из окружения больного — членов семьи, коллег. Для целей изучения этого вопроса уже предложен Семейный дерматологический индекс качества жизни (СДИКЖ), который является инструментом изучения влияния псориаза на жизнь общества в целом (Basva M et all., цит. 1.).

Вторым, как отмечалось выше, вектором в развитии новых подходов по повышению качества жизни больных псориазом, является социальный вектор, активно развиваемый в странах Европы и Северной Америки. Например, в условиях Канады в случае выявления «многоосевой» ситуации у пациента, социальные работники учреждений реально организуют действия клиента по разрешению всего комплекса социальных вопросов. Социальный работник ведет социальную карту клиента, в которой отражаются все мероприятия по решению индивидуального комплекса социальных проблем конкретного клиента. Таким образом, заболевший человек после медицинского этапа лечения не остается один на один с любым вопросом социального характера, вызванным или иным образом связанным с заболеванием или оказывающим влияние на его течение. Уже система подготовки социальной службы направлена на подготовку специалистов соответствующего профиля, включая такую категорию, как «Community Service Worker», призванных организовывать указанный выше вид работы с клиентом.

Это достойный подражания пример эффективного практического взаимодействия медицинских и социальных служб в решении носящих характер проблем гражданина, возникающих в случае заболевания псориазом.

К сожалению, в нашей республике вопрос практического взаимодействия медицинских и социальных служб пока не вышел из стадии констатации его наличия.

В заключение, представляется возможным констатировать, что за последние 10 лет качество жизни стало выступать в развитых странах Европы и Северной Америки (1) в качестве интегрального показателя эффективности решения комплекса социально-медицинских вопросов у больных псориазом и псориатическим артритом. В соответствии с требованиями ВОЗ, это подразумевает многоосевой подход к диагностике связанных с заболеванием медицинских и социальных вопросов каждого конкретного клиента. Полученные нами данные, как и результаты ранее проведенных исследований (6,7) свидетельствуют об актуальности развития и активного применения аналогичных подходов к совершенствованию социально-медицинской помощи больным псориазом в Республике Беларусь.

Литература

1. A global perspective Abstract. 1st World Psoriasis and Psoriatic Arthritis Conference. Stockholm, 2006.
2. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов. Метод. рекомендации /А.Л.Пушкарев, Н.Г.Аринчина. Минск, 2000. — 16с.
3. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Метод. рекомендации /Л.И.Вассерман, Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпов, А.Я.Вукс.Л.: 1987. — 27 с.
4. Практикум по дифференциальной психодиагностики профессиональной деятельности. Учебн. пособие /Под ред. В.А.Бодрова. — М.: ПЕРСЭ, 2003. — 768 с.
5. Clinical Psychiatry from Synopsis of psychiatry /Harold I. Kaplan, M.D., Benjamin J.Sadock, M.D., Williams & Wilkins, 1988.
6. Ягвдик Н.З., Сятковский В.А., Азарова Л.А., Белугина И.Н., Сятковская Н.В. Социально-психологические особенности личности больных псориазом //Белорусский медицинский журнал, 2005, №1. — с. 110-111
7. Socio — psychological peculiarities of personality in patients with psoriasis // World J.Biol. Psychiatry. — 2001, Vol. Suppl 1. — S. 369-370.