

## **ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПРОСНИКА SF—36 В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Ненастьева А.Ю., Бойко Е.О., Гуревич Г.Л.  
ННЦ наркологии Росздрава, г. Москва

**РЕЗЮМЕ** Изучено качество жизни (КЖ) у 68 больных с зависимостью от опиатов. Установлено, что показатели КЖ находятся в тесной связи с патологическим влечением к наркотику (ПВН). Базисный курс лечения в стационаре улучшает показатели КЖ по шкалам жизненной активности, психического здоровья, боли и общего здоровья. В то же время для нормализации КЖ необходим длительный период воздержания от приема наркотиков и медико-социальная реабилитация.

**Ключевые слова:** опиоидная наркомания, качество жизни.

Распространенность наркомании в России характеризуется стабильно высокими показателями, которые достигают 1% мужского населения в возрасте от 19 до 39 лет. Первое место в структуре заболеваемости наркоманиями практически во всех регионах России занимает опиоидная наркомания [4—7, 9, 10].

В настоящее время наиболее приемлемым в наркологии считается биопсихосоциальный подход, рассматривающий наркологическую патологию как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов [3]. Одним из методологических подходов, оценивающих влияние этих факторов на пациента, является изучение показателей КЖ. Впервые КЖ у наркологических пациентов исследовали в 1994 г. R. Longabaugh, M. E. Mattson, G. J. Connors, N. L. Cooney.

Показатели КЖ помогают определить тот объем помощи, который необходим пациенту, позволяют оценить эффективность терапии, добиться оптимизации лечения, а также воздействовать на такие показатели, как мотивация к

лечению и установление комплаенса [8, 9]. Использование понятия КЖ в современной медицине отражает постепенный отход от изучения узко клинических проявлений заболевания и рост интереса к пациенту со всеми его личностными и социальными особенностями [1, 2]. Оцениваются показатели КЖ с помощью специально разработанных опросников [10, 11].

Целью настоящей работы являлось изучение КЖ больных с зависимостью от опиатов и установление взаимосвязи клинико-динамических показателей заболевания с уровнем КЖ с последующей разработкой на этой основе комплексных программ терапии.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

В исследование было включено 68 мужчин, проходивших лечение на базе стационарных отделений ФГУ ННЦ наркологии МЗ РФ. У всех пациентов наблюдалась развернутая клиническая картина синдрома зависимости от опиатов. Средний возраст пациентов составил  $26,69 \pm 3,82$  лет. Длительность заболевания варьировала от 8 месяцев до 13 лет. Ремиссии

**Nenasteyeva A.Yu., Boiko E.O., Gurevich G.L.**

### **POSSIBILITIES OF SF-36 QUESTIONNAIRE USAGE IN NARCOLOGICAL PRACTICE**

**Abstract:** Quality of life in 68 patients with opiumism is studied. It is determined that quality of life indices are closely connected with pathologic inclination for narcotic. Basic course of hospital treatment improves quality of life indices according to scales of life activity, psychic health, pain and general health status. At the same time rather long period of narcotic abstinence and medico-social rehabilitation are necessary for quality of life normalization.

**Key words:** opiumism, quality of life.

до настоящего исследования встречались у 42,9% больных, у 70,0% они не превышали года. В 55,7% случаев отмечалась акцентуация (стигматизация) основных черт характера, психопатия была диагностирована у 8,6% пациентов. На момент исследования имели постоянную работу 32,9% больных; длительное время не работали и находились на иждивении 61,4%; часто меняли работу из-за употребления наркотиков 20,0% обследованных. Из соматических осложнений наркомании отмечались: вирусный гепатит С у 80,0% больных, вирусный гепатит В+С у 12,9%, признаки токсического поражения печени обнаруживались у 72,9%. ВИЧ-инфекция была выявлена в 10,0%, токсическая кардиомиопатия — в 27,1%, хронические поражения других органов и систем — в 28,6% случаев.

В работе использовались клинический, катamnестический и статистический методы исследования. Для оценки клинико-динамических показателей заболевания применялись специально разработанная клиническая шкала определения ПВН (Винникова М.А., 1999) [3], схема оценки уровня социальной адаптации (Рустанович А.В., 1998). Показатели КЖ пациентов оценивались по опроснику SF—36 (Health status profile — Shot form 36) [11].

Показатели КЖ анализировались у 22 пациентов дважды (при поступлении и выписке), у 17 — только при поступлении (эти пациенты досрочно прекратили лечение и были выписаны из больницы вследствие либо отказа, либо нарушения режима), у 29 — только при выписке. В период катamnестического наблюдения (1—6 месяцев) показатели КЖ оценивались у 10 пациентов. Группой контроля служили 30 здоровых лиц. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Statistica 5.5. и Excel 2000.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Было установлено, что у пациентов при поступлении показатели КЖ по 7 из 8 шкал были достоверно хуже, а по шкале физического функционирования — лучше, чем в общей популяции (табл. 1).

Субъективно обследуемые отмечали, что наркомания и вызванные ею проблемы со здоровьем наполовину сократили их «нормальную», повседневную деятельность (в том числе из-за боли), снизили жизненный тонус, уровень социальных связей, отчетливо из-

менили эмоциональное состояние. По шкале оценки уровня социальной адаптации при поступлении показатели у пациентов составили в среднем 2 балла (удовлетворительный уровень).

При исследовании шкалы психического здоровья практически у всех больных (как при поступлении, так и при выписке) отмечена невозможность тонко анализировать свое настроение. Большинство пациентов делали акцент на том, что «хорошее» настроение они отметили только из-за того, что наркотик был им доступен. Данные таблицы 2 показывают, что средний трехнедельный терапевтический курс лечения в стационаре достоверно улучшает показатели КЖ обследуемых по следующим осям: эмоциональный статус и адаптация в социуме.

Сравнивая показатели КЖ досрочно выписанных с таковыми у пациентов, прошедших полный курс, обнаружены достоверные различия по 4 шкалам: у не завершивших лечение показатели шкал боли и жизненной активности, психического здоровья и общего состояния здоровья достоверно хуже (табл. 3).

Несмотря на достоверную положительную динамику показателей КЖ больных после лечения в стационаре, по всем шкалам они остаются достоверно ниже, чем показатели КЖ в общей популяции, что свидетельствует о недостаточности полного курса базисной терапии для нормализации этих показателей.

Показатели КЖ пациентов находятся в тесной связи со стержневым синдромом заболевания — ПВН. Методом ранговой корреляции Спирмана установлена средняя обратная связь ПВН с осями эмоционального статуса и адаптации в социуме и слабая обратная связь с осью физического функционирования и активностью.

Показатели КЖ на этапе катamnестического наблюдения продолжали улучшаться, наиболее быстрой и достоверной положительной динамике подвергаются оси эмоционального состояния и жизненной активности, затем следуют профили работоспособности и физического самочувствия, медленнее всех восстанавливается адаптация в социуме (табл. 4).

Таким образом, использование SF—36 дает дополнительную ценную информацию о состоянии адаптации пациентов, что может оказаться полезным для индивидуализации курса реабилитации после стационарного этапа.

**Таблица 1.** Показатели шкал SF—36 у пациентов с ПВН по сравнению с популяционными

Категория обследованных	Физическое функционирование	Функционирование, связанное с физ. состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоц. состоянием	Психическое здоровье
Пациенты	91,36 ± 1,56	46,97 ± 6,6 *	44,45 ± 5,13 *	55,15 ± 3,08 *	43,18 ± 3,07 *	46,59 ± 4,49 *	41,41 ± 6,33 *	43,27 ± 3,35 *
Контроль	87,18 ± 0,66	86,61 ± 0,95	76,88 ± 0,71	73,48 ± 0,62	63,59 ± 0,62	85,23 ± 0,66	88,28 ± 0,96	76,37 ± 0,53

\* —  $p < 0,05$ .**Таблица 2.** Динамика показателей КЖ пациентов с ПВН после курса лечения в стационаре

Этапы обследования	Физическое функционирование	Функционирование, связанное с физ. состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоц. состоянием	Психическое здоровье
До лечения	92,37 ± 1,81	52,63 ± 7,86	45,26 ± 7,4	57,16 ± 4,22	48,42 ± 4,21	50 ± 7,09	43,86 ± 7,67	42,11 ± 4,22
При выписке	92,11 ± 1,8	69,74 ± 7,78	73,63 ± 6,44 *	63,05 ± 3,66	58,42 ± 3,01 *	67,1 ± 6,36	61,4 ± 8,56	57,89 ± 3,14 *

\* — достоверность различий по сравнению с показателями до лечения ( $p < 0,05$ ).**Таблица 3.** Показатели КЖ пациентов с ПВН при различной продолжительности лечения

Группы больных	Физическое функционирование	Функционирование, связанное с физ. состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоц. состоянием	Психическое здоровье
Выписались досрочно	87,37 ± 2,58	48,42 ± 9,53	45 ± 6,06	53,84 ± 3,43	41,05 ± 4,25	46,05 ± 5,06	38,6 ± 9,28	43,79 ± 4,57
Завершили курс лечения	91,08 ± 1,38	49,51 ± 5,12	65,16 ± 4,0 *	64,76 ± 1,81 *	55,2 ± 2,02 *	58,58 ± 3,87	49,02 ± 4,97	54,12 ± 2,01 *

\* — достоверность различий по сравнению с показателями пациентов, выписавшихся досрочно.

**Таблица 4.** Динамика КЖ на этапе катamnестического наблюдения

Этапы наблюдения	Физическое функционирование	Функционирование, связанное с физ. состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Функционирование, связанное с эмоц. состоянием	Психическое здоровье
После стационарного лечения	90 ± 4,15	60 ± 11,3	66,3 ± 9,11	56,8 ± 3,04	47 ± 5,28	55 ± 8,98	46,67 ± 12,37	48,4 ± 4,86
Во время стационарного лечения	96 ± 1,45	77,5 ± 7,86	74,5 ± 7,89	62,3 ± 5,11	66 ± 4,07	72,5 ± 5,2	63,33 ± 7,78	69,2 ± 2,07

Для полной нормализации показателей КЖ жизни необходим длительный период воздержания от приема наркотиков и медико-социальная реабилитация. Базисный курс терапии с последующей ремиссией в те-

чение 3—6 месяцев является недостаточным, эффективными будут более длительные и постоянно корректируемые (с учетом показателей КЖ) лечебно-реабилитационные программы.

**ВЫВОДЫ**

1. Изучение показателей КЖ является эффективным инструментом для оценки глубины нарушений, вызванных заболеванием у пациентов.
2. Показатели КЖ больных находятся в тесной связи со стержневым синдромом

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бараненко А.В. Показатель качества жизни как критерий поддерживающей терапии при алкогольной зависимости (обзор) // *Новости Харьковской психиатрии*, 2004.
2. Ван Дер Берг К., Бувальда В. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажёров. — Минск : Интеракт, 1997. — 121 с.
3. Винникова М.А. Постабстинентное состояние: клиника и терапия : Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 162 с.
4. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М. : Медпрактика-М, 2001. — 128 с.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4, № 1. — С. 33—36.
6. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Мониторинг наркологической ситуации на основе данных медицинской статистики наркологической службы РФ // *Современные проблемы нар-*

заболевания — ПВН, а потому позволяют оценить эффективность проводимого лечения.

3. Показано, что базисный курс стационарной терапии достоверно улучшает показатели КЖ по шкалам жизненной активности, психического здоровья, боли и общего здоровья.

- кологии : Сб. науч. тр. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М., 2005. — С. 4—21.
7. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология : Руководство для врачей. — М. : Медицина, 2002. — 256 с.
8. Katscing H. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии? // *Обзор современной психиатрии*. — 1998. — Вып. 1. — С. 30—38.
9. Kleban M., Lowton M.P., Winter L., Ruckdeschel K. Affect and quality of life: objective and subjective // *J. Aging. Health*. — 1999. — May, № 11 (2). — P. 169—198.
10. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // *Soc. Sci. Med.* — 1995. — Vol. 41. — P. 1403—1409.
11. Ware J. E. The MOS 36-item Short-Form Health Survey // *Med. Care*. — 1992. — № 8. — P. 473—483.

Поступила 20.03.2006 г.