

15. Agarwal S., Mayer L. Diagnosis and Treatment of Gastrointestinal Disorders in Patients With Primary Immunodeficiency // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2013. Vol. 11, Issue 9. P. 1050–1063. doi: 10.1016/j.cgh.2013.02.024

16. Lyuboshenko T. M., Kulikova O. M. Izucheniye profiley immunnogo otveta u patsiyentov s razlichnoy aktivnost'yu infektsionnogo protsessa, vyzyvayemogo virusom Epshteyna-Barr // *Zabaykal'skiy meditsinskiy vestnik*. 2014. Issue 3. P. 87–93.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кузнецов С. В.
Дата надходження рукопису 30.01.2018*

Olkhovskiy Yevhen, Postgraduate student, Department of children infectious diseases, Kharkiv national medical university, Nauky ave., 4, Kharkiv, Ukraine, 61022
E-mail: olkhov91@gmail.com

УДК 616.74+616.8]-009.17-092.11

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.124132

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА МІАСТЕНІЮ

© О. І. Кальбус

У статті представлено результати дослідження якості життя у 96 хворих на міастенію в залежності від імунологічного типу, тривалості та клінічної форми захворювання. Розвиток тривожних порушень у хворих на міастенію збільшується з тривалістю перебігу хвороби, залежить від тяжкості міастенії, не залежить від імунологічного типу захворювання. Тривожні прояви більш виражені у хворих на генералізовану міастенію

Ключові слова: міастенія, якість життя, антитіла до рецепторів ацетилхоліну, антитіла до м'язово-специфічної тирозин-кінази

1. Вступ

Міастенія є актуальною проблемою неврології через зростаючу захворюваність [1] та поширеність [2] з одного боку, а також через потенційну курабельність пацієнтів – з іншого [3].

За даними різних авторів, захворюваність на міастенію складає від 1,7 до 10,4 випадків населення в рік, а в США досягають до 20 випадків на 100 тисяч населення у рік [3, 4]. Поширеність захворювання протягом останнього десятиліття зростає, головним чином у літніх людей, незважаючи на значний прогрес у діагностиці, лікувальних підходах та покращенні прогнозу захворювання в цілому [4, 5].

Враховуючи хронічний характер захворювання, у хворих на міастенію можуть розвиватися психологічні та психічні порушення, в тому числі депресія та підвищена тривожність, які можуть впливати на якість життя хворих з одного боку, та бути предиктором «псевдо-декомпенсації» хворих з іншого [6, 7]. Якість життя хворих на міастенію на даний час в Україні вивчена недостатньо та потребує подальшого вивчення з метою оптимізації лікувальних підходів та підвищення соціальної активності.

2. Обґрунтування дослідження

Запропоновані раніше підходи до діагностики міастенії включали клінічне обстеження, проведення прозеринової проби, використання електронейроміографії [3, 4]. Окрім цих методів на даний час доцільно проводити імунологічне обстеження з визначенням

антитіл до рецепторів ацетилхоліну та/або м'язово-специфічної тирозин-кінази з визначенням імунологічного підтипу захворювання з метою підбору оптимальної лікувальної тактики [1, 3].

Етіологія міастенії на даний час не встановлена, втім доведена аутоімунна природа захворювання [2]. Втрата (блокування) близько 60 % рецепторів ацетилхоліну призводить до розвитку м'язової слабкості – основного клінічного прояву міастенії [3].

За даними закордонної літератури, приблизно у 80–85 % пацієнтів з генералізованою і у близько 50 % хворих очної форм міастенії виявляються антитіла до рецепторів ацетилхоліну [1, 3]. Серед «серонегативних» пацієнтів можна визначити тих, що мають антитіла до м'язово-специфічної тирозин-кінази [4, 5].

Враховуючи хронічний характер захворювання, у хворих на міастенію погіршується якість життя, що призводить до соціальної дезадаптації [8, 9], погіршує прогноз перебігу захворювання в цілому [10]. Незважаючи на це, особливості змін якості життя у хворих на міастенію в Україні вивчені недостатньо та потребують подальшого уточнення з метою оптимізації лікувальної тактики та покращення психологічного, соматичного та соціального статусу хворих.

3. Мета роботи

Вивчення якості життя у дорослих хворих на міастенію в залежності від імунологічного підтипу та клінічної форми захворювання для оптимізації лікувальної тактики.

4. Методи дослідження

Було проведено поглиблене клініко-неврологічне, імунологічне обстеження та тестування за шкалою MGQoL-15 (Myasthenia Gravis Quality of Life -15) 96 хворих (56 жінок та 40 чоловіків) на міастенію (71 – з генералізованою, 25 – з очною формою відповідно), що надходили до відділення неврології № 1 КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова» протягом 2014–2016 років.

Клініко-неврологічне обстеження включало збір скарг, анамнезу хвороби та життя, проведення поглибленого неврологічного огляду. Імунологічне обстеження включало визначення антитіл до рецепторів ацетилхоліну та/або до м'язово-специфічної тирозин-кінази у плазмі крові методом імуноферментного аналізу (ELISA, Німеччина та США) та проводилося на базі клінічної лабораторії КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім.І.І. Мечникова». Середній вік хворих складав 50,5±12,4 років, середня тривалість захворювання 4,4±1,2 роки. Було проаналізовано показники якості життя в залежності від клінічної форми міастенії (за шкалою MGFA- Myasthenia Gravis Foundation of America [3]) та від імунологічного типу міастенії.

Обробку даних проводили з використанням методів параметричної та непараметричної статистики з визначенням середніх величин, стандартних відхилень, медіан, верхніх та нижніх квартилів, порівняння середніх за критеріями Стьюдента та Манна-Уїтні.

5. Результати дослідження

При аналізі тривалості хвороби було виявлено 2 піки захворюваності: ранній (перші прояви хвороби у віці до 40 років) – у 49 хворих, та пізній (перші прояви хвороби у віці понад 60 років) – 47 хворих. У групі пацієнтів з раннім початком домінували жінки (37 жінок та 12 чоловіків), а в групі з пізнім початком захворювання домінували чоловіки (40 чоловіків та 12 жінок відповідно).

Антитіла до рецепторів ацетилхоліну було виявлено у 57 (80,3 %) з 71 хворих з генералізованою формою та у 13 (52 %) з 25-ти хворих з очною формою міастенії.

За даними нашого дослідження, у 6 (8,5 %) з 71 пацієнтів з генералізованою міастенією були виявлені антитіла до м'язово-специфічної тирозин-кінази. При очній формі ці антитіла виявлено не було.

У 8 (11,3 %) з 71 хворих з генералізованою формою міастенії та у 12 (48,0 %) з 25 хворих на очну форму міастенії антитіл виявлено не було. Цих хворих можна віднести до серонегативного типу міастенії.

При оцінці за шкалою MGQoL-15 середні показники якості життя склали 10,34±9,4 балів (при ранжуванні від 0 до 31).

Показники якості життя залежно від клінічної форми та імунологічного типу міастенії наведено в табл. 1, 2 відповідно.

Таблиця 1

Оцінка якості життя при різних клінічних формах міастенії (M±SD)

Клінічна форма міастенії	Клас за MGFA	Показник за MGQoL-15
Очна	I (n=25)	3,3±2,8
Генералізована (n=71)	II (n=12)	8,1±7,6
	III (n=38)	11,4±8,7*
	IV (n=21)	15,6±10,1*

Примітка: * – $p < 0,05$ (порівняння між класами I-III, I-IV).

Таблиця 2

Оцінка якості життя при різних імунологічних типах міастенії (M±SD)

Імунологічний тип міастенії	Показник за MGQoL-15 (M±SD)
З антитілами до рецепторів ацетилхоліну (n=70)	11,02±9,9
З антитілами до м'язово-специфічної тирозин-кінази (n=6)	10,86±10,1
Серонегативний тип (n=20)	10,73±9,6

6. Обговорення результатів дослідження

Як видно з табл. 1, у хворих з очною формою міастенії (клас I за MGFA) показники якості життя достовірно вищі порівняно з хворими з генералізованою формою ($p < 0,05$). Це може пояснюватися меншим впливом даної форми хвороби на повсякденне життя хворих, меншим впливом на психологічний стан та меншим психологічним очікуванням пацієнтами щодо погіршення їх стану й прогресування захворювання, а також з меншими обмеженнями активності (фізичної, психічної) при даній формі хвороби.

При генералізованій формі показники якості життя достовірно знижуються зі зростанням тяжкості захворювання (від класу II до класу IV за

класифікацією MGFA, $p < 0,05$). Подібних висновків дійшли й інші автори. Так, у роботах Kongkiat Kulkantrakan та свіавт.(2010) встановлено, що на якість життя хворих на міастенію впливав здебільшого ступінь тяжкості симптомів хвороби, при цьому не встановлено достовірного впливу віку хворих та використання кортикостероїдів [11], подібних висновків дійшли L. Padua та співав. (2001) – головним фактором, що визначав якість життя хворих на міастенію за їх даними був м'язовий дефіцит (стомлюваність та/або слабкість), при цьому не встановлено впливу ментальних факторів на якість життя [12].

Інші результати представлені у роботі Yang Y. та співавторів (2016) – на якість життя впливали як ступінь тяжкості проявів міастенії, так й ментальні фактори (тривога та депресія), а також вік хворих [13].

Цікавий аспект впливу на якість життя хворих наведено у роботі Oliveira E. та співавторів (2017) – на якість життя в значній мірі впливають порушення сну, що розвиваються внаслідок міастенії (зміни тривалості та співвідношень фізіологічних фаз сну, апное/гіпноное уві сні, зниження рівня сатурації крові киснем під час сну тощо) [14].

Отже, наростання клінічних проявів міастенії та/або декомпенсація стану хворих мають значний вплив на якість їх життя, що зумовлюється як фізичними обмеженнями життєдіяльності, так й мож-

ливим впливом депресії, підвищеної тривожності, а також негативними очікуваннями хворих.

З табл. 2 випливає, що рівень якості життя не залежить від виявлення у хворих антитіл до рецепторів ацетилхоліну, антитіл до м'язово-специфічної тирозин-кінази або їх відсутності. Подібні результати наводять у роботі L. Padua та співав. (2001) [12].

Це означає, що на якість життя хворих імунологічні зміни, що лежать в основі розвитку міастенії, не впливають безпосередньо. В той же час, цей вплив може бути опосередкований через можливу залежність клінічних проявів міастенії від рівня антитіл, що потребує подальшого вивчення.

7. Висновки

1. Встановлено, що показники якості життя хворих на міастенію залежать від тяжкості перебігу захворювання та не залежать від імунологічного підтипу хвороби.

2. Найвищі показники якості життя відзначаються у хворих з очною формою міастенії, що пояснюється меншим впливом неврологічних проявів захворювання на повсякденне життя, звички, роботу хворих.

3. Зменшення ступеня тяжкості проявів міастенії призводить до покращення якості життя хворих.

Література

1. Куликова С. Л. Антитела к ацетилхолиновым рецепторам в диагностике различных форм миастении // Неврология и нейрохирургия Восточная Европа. 2014. № 1 (21). С. 73–82.
2. Guidelines for treatment of autoimmune neuromuscular transmission disorders / Skeie G. O., Apostolski S., Evoli A., Gilhus N. E., Illa I., Harms L. et. al. // European Journal of Neurology. 2010. Vol. 17, Issue 17. P. 893–902. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03019.x
3. Миастения: современные подходы к диагностике и лечению / Школьник В. М., Кальбус А. И., Бараненко А. Н., Погорелов А. В. // Український неврологічний журнал. 2014. № 2. С. 12–17.
4. Школьник В. М., Кальбус А. И., Шульга О. Д. Миастения: что нам известно сегодня? // Здоров'я України (неврологія, психіатрія, психотерапія). – 2010. № 3 (14). С. 10–11.
5. Шульга О. Д., Кальбус А. И., Шульга Л. А. Миастения // Нейрон Ревю. 2010. № 2. С. 13–20.
6. Kulaksizoglu I. B. Mood and Anxiety Disorders in Patients with Myasthenia Gravis // CNS Drugs. 2007. Vol. 21, Issue 6. P. 473–481. doi: 10.2165/00023210-200721060-00004
7. The relationship of symptoms of anxiety and depression with disease severity and treatment modality in myasthenia gravis: a cross-sectional study / Aysal F., Karamustafalioglu O., Özçelik B. et. al. // Archives of Neuropsychiatry. 2013. Vol. 50, Issue 4. P. 295–300. doi: 10.4274/npa.y5611
8. Anxiety And Depression Symptoms In Patients With Generalized Myasthenia Gravis / Uyaroğlu F. G., Bilgin S., Keleş E. H., Zorlu Y. // The Journal of Tepecik Education and Research Hospital. 2016. Vol. 26, Issue 2. P. 97–103. doi: 10.5222/terh.2016.097
9. Factors associated with depressive state in patients with myasthenia gravis: a multicentre cross-sectional study / Suzuki Y., Utsugisawa K., Suzuki S., Nagane Y., Masuda M., Kabasawa C. et. al. // BMJ Open. 2011. Vol. 1, Issue 2. P. e000313–e000313. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000313
10. Clinical features and impact of myasthenia gravis disease in Australian patients / Blum S., Lee D., Gillis D., McEniery D. F., Reddel S., McCombe P. // Journal of Clinical Neuroscience. 2015. Vol. 22, Issue 7. P. 1164–1169. doi: 10.1016/j.jocn.2015.01.022
11. Kulkantrakan K., Sawanyawisuth K., Tiamkao S. Factors correlating quality of life in patients with myasthenia gravis // Neurological Sciences. 2010. Vol. 31, Issue 5. P. 571–573. doi: 10.1007/s10072-010-0285-6
12. Health-related quality of life in patients with myasthenia gravis and the relationship between patient-oriented assessment and conventional measurements / Padua L., Evoli A., Aprile I., Caliandro P., Mazza S., Padua R., Tonali P. // Neurological Sciences. 2001. Vol. 22, Issue 5. P. 363–369. doi: 10.1007/s100720100066
13. Quality of life in 188 patients with myasthenia gravis in China / Yang Y., Zhang M., Guo J., Ma S., Fan L., Wang X. et. al. // International Journal of Neuroscience. 2015. Vol. 126, Issue 5. P. 455–462. doi: 10.3109/00207454.2015.1038712

14. Sleep, lung function, and quality of life in patients with myasthenia gravis: A cross-sectional study / Oliveira E. F., Nacif S R., Urbano J. J., Silva A. S., Oliveira C. S., Perez E. A. et. al. // Neuromuscular Disorders. 2017. Vol. 27, Issue 2. P. 120–127. doi: 10.1016/j.nmd.2016.11.015

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Погорелов О. В.
Дата надходження рукопису 04.01.2018*

Кальбус Олександр Іванович, кандидат медичних наук, асистент, кафедра неврології і офтальмології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», вул. Володимира Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044
E-mail: kalbus.dp@gmail.com

УДК 159.91:378.091.212

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.124867

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ ПРИ ВИНИКНЕННІ ДЕЗАДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ ТА СТАНІВ

© М. М. Хаустов

В дослідженні проведена розробка системи медико-психологічної підтримки студентів медиків при виникненні в них дезадаптивних реакцій та станів

Встановлено, що доцільним є комплексне використання психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, спрямованих на купірування тривожно-депресивних реакцій, дезактуалізацію психотравмуючих ситуацій, відновлення психосоціальної активності та розумової працездатності, підвищення стресостійкості, формування продуктивних копінг-стратегій, активацію захисних психологічних механізмів, превенцію аддиктивної та залежної поведінки студентів та заходів первинної вторинної та третинної психопрофілактики

Ключові слова: студенти медики, розлади адаптації, медико-психологічна підтримка, психоосвіта, психотерапія, психопрофілактика

1. Вступ

Проблема здоров'я осіб молодого віку названа одним з пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ у ХХІ сторіччі. Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я студентської молоді обумовлені впливом медико-соціальних, генетичних, психологічних та інших чинників [1].

Навчальна діяльність студентів медиків потребує засвоєння великого обсягу інформації і формування широкого спектра професійних навичок і умінь. Цей процес, як правило, здійснюється в умовах дефіциту часу і супроводжується значними змінами з боку різних систем організму студентів, зокрема порушенням психічної та соціальної адаптації [2].

Поширеність дезадаптивних розладів в студентській популяції, за даними літератури коливається від 5,8 % до 61,35 %. Вони обумовлюють зниження працездатності, погіршення навчальної адаптації й академічної успішності, а також якості життя студентів [3, 4].

Дослідження механізму дезадаптації в сучасних умовах потребує з'ясування внутрішнього змісту, сутнісних ознак дезадаптивних станів, визначення психофізіологічних, психічних і соціально-психологічних проявів дезадаптації [5].

Потреба у розробленні нових підходів до діагностики і корекції дезадаптивних реакцій та станів, необхідність застосування системного підходу до

їх аналізу пояснюється тим, що стан дезадаптації охоплює не тільки окремі ланки функціонування людини, але й успішність діяльності особистості в цілому [6].

2. Обґрунтування дослідження

Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначили необхідність глибокого реформування системи освіти в цілому, і зокрема, галузі підготовки медичних кадрів, істотно змінився режим і підвищилася інтенсивність навчального процесу, а також збільшилися обсяги навчального навантаження. Розвиток станів дезадаптації студентів протягом професійного навчання є головною психологічною, медичною та соціально-економічною проблемою, що несприятливо позначається на ефективності майбутньої професійної діяльності студентів медиків [7, 8].

Студентський період, який характеризується максимальними диспропорціями в рівнях та темпах фізичного і психічного розвитку, вираженими соціальними протиріччями, є одним з найбільш сприятливих для маніфестації і розвитку станів дезадаптації, в клінічній картині якої домінує виражений і практично постійний страх суспільних ситуацій, що провокує розвиток внутрішньоособистісного конфлікту з виникненням почуття власної неповноцінності і приниження [9].