

О. Ю. Пилипець

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

**Стан макро- та мікроелементного обміну
у дітей з різними типами епілептичних нападів**

Методом атомно-емісійної спектроскопії з індуктивно зв'язаною плазмою проведено визначення вмісту макроелементів: Na, K, Ca, Mg, P та мікроелементів: Al, Cu, Fe, Mn, Si, Zn в зразках волосся 162 дітей віком від 2 до 17 років з різними типами епілептичних нападів в порівнянні з практично здоровими дітьми (60 осіб). Встановлено, що кожна підгрупа дітей, сформована за типом нападів, має характерні значущі відмінності як по відношенню загальної групи пацієнтів, так і по відношенню до інших підгруп. Встановлені найбільш суттєві відмінності між підгрупою дітей з абсансами та всіма іншими у вигляді достовірно підвищеного рівню Al, Ca, Fe та зниження K. Підгрупи дітей з синдромами Веста та Ленкса — Гасто та з міоклонічними нападами характеризуються достовірним зниженням відносно всіх інших груп вмісту Ca, Mg, Mn, P, Zn.

Ключові слова: діти, епілептичні напади, макроелементи, мікроелементи.

O. Yu. Pylypets

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

**State of macro- and microelemental metabolism in
children with different types of epileptic seizures**

By the mean of inductively coupled plasma atomic emission spectroscopy macroelemental content of Na, K, Ca, Mg, P and microelemental content of Al, Cu, Fe, Mn, Si, Zn were defined in hair samples of 162 children at the age of 2—17 years with different types of epileptic seizures and compared against healthy children (60 persons). There were defined that every subgroup formed by type of seizures has meaning difference against total group of children with epilepsy and other subgroup. Most meaningful differences were revealed between group with absence and other groups. There were definitely increased levels of Al, Ca, Fe and decreased level of K. Subgroups with West's syndrome, Lennox-Gastaut's one and myoclonic seizures were characterized by meaningful decrease of Ca, Mg, Mn, P, Zn against other groups.

Key words: children, epileptic seizures, macroelements, microelements.

УДК 616.89:612.68.008.041

С. Г. Полшкова, лікар-психіатр, докторант

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ОСІБ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ

У статті описані результати проведеного дослідження, а саме особливості якості життя в осіб небезпечних видів професій. Обстежено 354 людини, з них 278 гірників (обстежені на базі Донецької обласної лікарні профзахворювань) і 76 машиністів і їх помічників (обстежені на базі Залізничної клінічної лікарні № 1 ст. Київ). У цьому дослідженні оцінена якість життя даної категорії осіб до терапії, а також вивчена динаміка цього показника в результаті проведеної терапії.

Виявлено, що в осіб небезпечних видів професій значно знижена якість життя. Результати дослідження також показали, що лікування таких пацієнтів за допомогою розробленої нами системи терапії дає хороші показники щодо поліпшення якості їхнього життя, а лікування за допомогою тільки фармакотерапії не робить істотного впливу на якість життя цих пацієнтів.

Ключові слова: особи небезпечних видів професій, система терапії, якість життя

В останні десятиріччя в усьому світі відзначається зростання інтересу до питань соціального функціонування та якості життя (ЯЖ) пацієнтів. Показник ЯЖ може певною мірою бути характеристикою суб'єктивного ставлення хворого як до проявів та наслідків хвороби, так і до лікування, що проводилося. Вже в 70-ті роки минулого сторіччя це поняття прийшло в загальну медицину, а з початку 80-х — в психіатрію. Цей показник став неодмінним і надзвичайно важливим компонентом оцінки результатів лікування різними препаратами та ефективності наданої допомоги. У вітчизняній психіатрії вже існують дослідження, в яких показник ЯЖ є критерієм ефективності лікування [1, 2].

ВООЗ визначає ЯЖ як сприйняття людиною своєї позиції в житті, у тому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища, у якому він живе, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту та відображає здатність людини адаптуватися до проявів хвороби [3].

Широта поширення терміна ЯЖ в клінічних дослідженнях та фінансовій політиці медицини стає зрозумілою в історичному плані. До останніх двох десятиліть оцінка результатів лікування фокусувалася на подовженні життя хворого, тобто збільшенні кількості життя. Проте будь-який результат продуктивної активності має дві головні складові — кількість та якість.

Якщо прогрес в медичній технології робить все більш можливим продовження життя хворого, то зовсім не байдуже, який рівень його благополуччя в ці придбані роки. Тому дуже важливим є терапевтичний підхід, який робить життя хворих скоріше кращим, ніж довгим. З точки зору економічної політики охорони здоров'я це означає, що пріоритетними в порівнянні з іншими стають такі медичні технології, які дають більший вигаш у кількості чи якості життя хворого.

Активний інтерес до досліджень якості життя осіб із психічними розладами диктується сучасними вимогами до економічності охорони здоров'я, що знаходиться під тиском фінансових проблем, наявних на різних рівнях в усіх індустріалізованих країнах. Фахівці прагнуть до отримання ефекту вище і за межами конвенціональних параметрів безпеки і симптоматичної ефективності лікування. Терапевтичні системи мають все менше шансів реалізувати себе в практиці, не маючи значущих і різнопланових переваг перед вже існуючими.

Тому метою нашого дослідження було вивчення параметрів якості життя в осіб небезпечних видів професій та динаміки цього показника в результаті проведеного лікування.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний; клініко-анамнестичний; опитувальник Q-LES-Q; шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) [6]; методи математичної статистики. Статистичне оброблення проводили за допомогою програмного забезпечення «Statistica 8.0» та воно включало використання параметричних

й непараметричних критеріїв достовірності отриманих даних, кореляційний аналіз, двохвибірковий критерій Уїлкоксона [7].

В якості осіб небезпечних видів професій ми досліджували гірників, що постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах (на базі Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань), а також машиністів і помічників машиністів (залізничники та метрополітен), які потрапляли в аварії під час виконання рейсу (на базі Залізничної клінічної лікарні № 1 ст. Київ).

Всього нами було обстежено 534 працівники небезпечних видів професій — гірники вугільних шахт і машиністи метрополітену та їх помічники, й залізничники. 354 обстежених було відібрано в наше дослідження за критеріями включення, з них — 278 гірників і 76 машиністів і помічників машиністів. Усі обстежені нами пацієнти були чоловічої статі, середній вік $37,3 \pm 1,7$, тобто працездатного віку. Всі вони не відмічали наявності суїцидальних думок чи суїцидальних спроб в анамнезі, тобто не було явних аутоагресивних тенденцій.

Пацієнтів було поділено на 2 групи в залежності від отриманого лікування: пацієнти I групи порівняння отримували розроблену нами терапевтичну систему, яка включала фармакотерапію, фізіотерапію і комплекс психотерапевтичного втручання — індивідуальна, групова, сімейна психотерапія. А до II групи увійшли пацієнти, які відмовилися від психотерапії і отримували тільки фармакотерапію, іноді в комбінації із фізіотерапією. Групи було стандартизовано за стандартними характеристиками.

Для вивчення якості життя осіб небезпечних видів професій було використано шкалу Q-LES-Q (опитувальник якості та задоволення від життя), а також шкалу оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) [4—7].

Шкала Q-LES-Q охоплює такі сфери: «Фізична сфера», «Психологічна сфера», «Рівень незалежності», «Соціальні відносини», «Навколишнє середовище» і «Духовна сфера», сума значень яких дає загальну підсумкову оцінку якості життя. Поряд із основними вищезазначеними сферами в структурі опитувальника виділяється глобальна оцінка якості життя (G) — сфера «Загальна якість життя і стан здоров'я».

Форма опитувальника Q-LES-Q — заповнювалась пацієнтом самостійно і складалась з 16 пунктів. Максимальний бал за 14 пунктами — 70. Пункти 15 і 16 не входять в загальний бал опитувальника. Показники оцінювалися за якістю та кількістю. Кількісну оцінку проводили за 5-бальною системою, якісний аналіз відображував ступінь задоволення від життя за останній тиждень, де: 1 бал — дуже погано; 2 бали — погано; 3 бали — задовільно; 4 бали — добре; 5 балів — дуже добре.

До опитувальника включено такі питання: фізичне здоров'я, настрої, робота в цілому, домашня робота, соціальні взаємовідносини, взаємовідносини в сім'ї, дозвілля, спроможність функціонувати в повсякденному житті, сексуальна задоволеність, економічний статус, помешкання чи ситуація житла, спроможність фізично рухатися, зір, загальне почуття благополуччя, медикаменти, задоволення життям [5].

Аналіз отриманих показників (табл. 1), показав значні порушення якості життя в осіб небезпечних видів професій. Якісний та кількісний аналіз показав, що більша частина обстежених «не задоволені» своїм життям. Відповіді на питання стосовно ЯЖ були в межах «дуже погано» (1 бал), «погано» (2 бали) та «задовільно» (3 бали). Гірше за все обстежені оцінювали взаємовідносини в сім'ї та

роботу в цілому, а краще за все оцінювалася здатність фізично рухатися та зір. При цьому не відмічалася значних відмінностей між двома групами ($p > 0,001$, $p > 0,05$). Такий показник як ставлення до терапії і медикаментів не оцінювався до терапії.

Таблиця 1

Середні значення показника ЯЖ (Q-LES-Q) в осіб небезпечних видів професій до лікування

Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Фізичне здоров'я	2,5 ± 0,6	2,4 ± 0,7*
Настрій	2,6 ± 0,2	2,3 ± 0,4*
Робота в цілому	1,7 ± 0,4	1,3 ± 0,7**
Робота по дому	2,3 ± 0,3	2,3 ± 0,1*
Соціальні взаємовідносини	2,3 ± 0,5	2,2 ± 0,4*
Взаємовідносини в сім'ї	1,5 ± 0,2	1,3 ± 0,7*
Дозвілля	2,5 ± 0,3	2,3 ± 0,5*
Здатність функціонувати в повсякденному житті	2,3 ± 0,7	2,1 ± 0,5*
Сексуальна задоволеність	2,2 ± 0,6	2,0 ± 0,5**
Економічний статус	2,4 ± 0,4	2,1 ± 0,8*
Помешкання/чи ситуація житла	2,2 ± 1,0	2,3 ± 1,3*
Здатність фізично рухатися	3,9 ± 0,3	3,6 ± 0,2*
Зір	3,6 ± 0,2	3,7 ± 0,3*
Загальне почуття благополуччя	2,1 ± 0,2	2,3 ± 0,3*
Ставлення до терапії і медикаментів	Не оцінювали	Не оцінювали
Задоволеність життям	2,4 ± 0,4	2,3 ± 0,6*

Примітка. Тут і далі: * — $p > 0,001$, ** — $p > 0,05$ (за 2-вибірковим критерієм Уїлкоксона)

Також ми використовували шкалу оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.), яка складається з 10 питань: оцінка себе здоровим; реалізованість; любов; гедонія; друзі; соціальна активність; фінансове благополуччя; сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями; задоволення від роботи; соціальний статус. Шкала заповнюється пацієнтом самостійно, оцінюється 1 раз на 3 місяці. Відповіді ранжируються від 0 до 3 балів, де 0 — дуже погано, 1 — погано, 2 — добре, 3 — дуже добре. Результати цього дослідження подано в табл. 2

Таблиця 2

Середні значення показника ЯЖ за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) у осіб небезпечних видів професій до лікування

Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Оцінка себе здоровим	1,1 ± 0,4	1,0 ± 0,5*
Реалізованість	0,6 ± 0,4	0,7 ± 0,5*
Любов	0,7 ± 0,4	0,9 ± 0,5**
Гедонія	0,8 ± 0,3	1,0 ± 0,1*
Друзі	1,0 ± 0,5	0,9 ± 0,4*
Соціальна активність	1,1 ± 0,2	1,0 ± 0,4*
Фінансове благополуччя	0,8 ± 0,4	0,9 ± 0,7**
Сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями	0,7 ± 0,3	0,8 ± 0,1*
Задоволення від роботи	1,0 ± 0,5	1,1 ± 0,4*
Соціальний статус	0,9 ± 0,2	0,9 ± 0,7*

Як видно з таблиці 2, результати за даною шкалою корелюють із попередньою шкалою Q-Les Q. В цілому результати проведеного дослідження демонструють не тільки низький рівень ЯЖ за суб'єктивними оцінками пацієнтів, але й відображають становище цієї категорії пацієнтів в соціумі.

Пацієнтів також було оцінено через 3 місяці терапії. За опитувальником Q-LES-Q було отримано такі дані (табл. 3).

Таблиця 3
Середні значення показника ЯЖ (Q-LES-Q) у осіб небезпечних видів професій після проведеного лікування

Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Фізичне здоров'я	3,5 ± 0,7	2,6 ± 0,5*
Настрій	3,6 ± 0,3	2,7 ± 0,5*
Робота в цілому	3,1 ± 0,7	1,9 ± 0,5*
Робота по дому	3,7 ± 0,1	2,4 ± 0,8*
Соціальні взаємовідносини	3,4 ± 0,5	2,5 ± 0,7*
Взаємовідносини в сім'ї	3,9 ± 0,4	2,3 ± 0,6*
Дозвілля	3,3 ± 0,5	2,6 ± 0,3*
Здатність функціонувати в повсякденному житті	3,8 ± 0,7	2,9 ± 0,7**
Сексуальна задоволеність	3,4 ± 1,6	2,5 ± 1,5*
Економічний статус	3,6 ± 0,5	2,7 ± 1,2*
Помешкання/чи ситуація житла	3,6 ± 0,4	2,6 ± 0,4**
Здатність фізично рухатися	3,9 ± 0,2	3,8 ± 0,2*
Зір	3,7 ± 0,5	3,5 ± 0,6*
Загальне почуття благополуччя	3,9 ± 0,3	2,6 ± 0,3*
Ставлення до терапії і медикаментів	3,6 ± 0,2	2,4 ± 0,1*
Задоволеність життям	3,8 ± 0,7	2,2 ± 0,4*

Показники ЯЖ в I та II групах після терапії були не однаковими. Так, аналізуючи загальний бал в першій групі, ми бачимо, що більшість відповідей на запитання була «задовільно» (3 бали) та «добре» (4 бали), коли в II групі переважали відповіді «погано» (2 бали) чи «задовільно» (3 бали). А на питання задоволення роботою в цілому пацієнти II групи, які не отримували психотерапію, навіть відповідали «дуже погано» (1 бал), тому загальний бал

становив $1,9 \pm 0,5$, на відміну від I групи, в якій пацієнти в середньому оцінили цей пункт на $3,1 \pm 0,7$ бали.

При цьому такі показники як здатність фізично рухатися та зір після проведеної терапії значно не змінилися, вони як до, так і після терапії оцінювалися як «задовільно» й «добре». В цілому ми бачимо, що показники якості життя у пацієнтів першої групи порівняння відновилися після проведеної терапії, коли у пацієнтів II групи ЯЖ залишалася порушеною. Фізичне здоров'я пацієнти II групи оцінили як «погане» — $2,6 \pm 0,5$, а пацієнти I групи — як «задовільне» та «добре» — $3,5 \pm 0,7$.

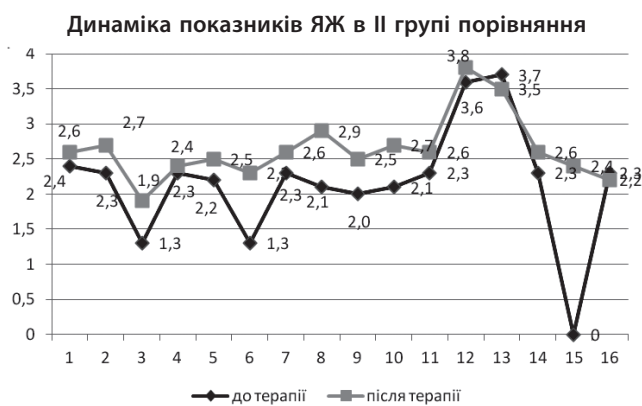
Ставлення до терапії та медикаментів пацієнти I групи оцінили як «задовільне» та «добре» — $3,6 \pm 0,2$, а II групи — $2,4 \pm 0,1$ бали. А такий показник як задоволеність життям у пацієнтів II групи навіть погіршився в порівнянні із попереднім обстеженням і оцінено пацієнтами як «погана» $2,2 \pm 0,4$, коли у пацієнтів I групи цей показник покращився — $3,8 \pm 0,7$.

Результати оцінки за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) після проведеного лікування подано в таблиці 4, де ми також можемо бачити, що показники за цією шкалою корелюють із результатами за шкалою Q-LES-Q.

Таблиця 4
Середні значення показника ЯЖ за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) у осіб небезпечних видів професій після проведеного лікування

Питання	Показники (M ± m)	
	I група	II група
Оцінка себе здоровим	2,3 ± 0,4	1,4 ± 0,5*
Реалізованість	2,4 ± 0,4	1,3 ± 0,5*
Любов	2,5 ± 0,4	1,4 ± 0,5**
Гедонія	2,3 ± 0,3	1,3 ± 0,1*
Друзі	2,3 ± 0,5	1,2 ± 0,4*
Соціальна активність	2,3 ± 0,2	1,4 ± 0,4*
Фінансове благополуччя	2,4 ± 0,4	1,3 ± 0,7**
Сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями	2,3 ± 0,3	1,3 ± 0,1*
Задоволення від роботи	2,3 ± 0,5	1,2 ± 0,4*
Соціальний статус	2,3 ± 0,2	1,3 ± 0,7*

Однак, динаміка показників ЯЖ в I та II групах була не однаковою (рис.).



Примітка: 1 — Фізичне здоров'я; 2 — Настрій; 3 — Робота в цілому; 4 — Робота по дому; 5 — Соціальні взаємовідносини; 6 — Взаємовідносини в сім'ї; 7 — Дозвілля; 8 — Здатність функціонувати в повсякденному житті; 9 — Сексуальна задоволеність; 10 — Економічний статус; 11 — Помешкання/чи ситуація житла; 12 — Здатність фізично рухатися; 13 — Зір; 14 — Загальне почуття благополуччя; 15 — Ставлення до терапії і медикаментів (до терапії не оцінювалось); 16 — Задоволеність життям

Динаміка показників ЯЖ за шкалою Q-LES-Q в I та II групі порівняння до та після терапії

Результати порівняльного аналізу між групами показують, що рівень якості життя за деякими сферами у вибірці пацієнтів I групи, що отримували комплексну фармако-, психо- та фізіотерапію, значно вище, ніж у II групі пацієнтів. Достовірно більш вищі оцінки отримали такі сфери як «соціальні відносини» та «духовна сфера». Це свідчить про те, що пацієнти I групи відчують більше задоволення від життя, відносин та задоволення фінансовими ресурсами і найближчим оточенням. Швидше за все, це можна пояснити тим, що ці пацієнти отримували крім фармакотерапії і фізіотерапії ще психотерапію, під час якої вони проробляли існуючі психологічні проблеми і конфлікти, що допомагало їм краще адаптуватися до умов життя та праці і отримувати більше задоволення, при тому, що пацієнти обох груп були в однакових умовах праці та життя.

Таким чином, результати даної роботи можуть служити відправним пунктом для проведення повномасштабного вивчення психологічних аспектів якості життя осіб небезпечних видів професій, тому що дають відомості щодо функціонування пацієнтів. Вони, поряд із клінічними характеристиками, можуть стати однією з найважливіших складових оцінки якості психіатричної допомоги, використовуватися при плануванні діяльності психіатричних служб. Ці показники можуть бути основою для виділення окремих груп пацієнтів, що мають подібні проблеми, особливості функціонування та самооцінки, що дозволяє створити базу для формування реабілітаційних програм і більш цілеспрямовано здійснювати психологічну допомогу.

Крім того під час використання в даному дослідженні шкали Q-LES-Q та шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) ми побачили, що результати оцінки за даними шкалами корелюють між собою. При цьому використання шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О. С.) є більш зручним внаслідок її компактності — 10 питань, на відміну від шкали Q-LES-Q, де 16 питань.

Список літератури

1. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4. — С. 79—83.
2. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування / [Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О. та ін.] // Там само. — 2002. — Т. 10, вип. 2. — С. 113—114.
3. Абрамова И. В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения / И. В. Абрамова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2000. — № 1. — С. 42—46.
4. Assisted evaluation scale of quality of life / [Grabot D., Martin C., Auriacombe M., Tignol J.] // Encephale. — 1996. — Vol. 22. — № 3. — P. 181—185.
5. Психологические тесты: В 2 т. / под ред. А. А. Карелина. — М.: Владос, 2000. — 248 с.

6. Чабан О. С. Психосоматичні аспекти в практиці лікаря-інтерніста на прикладі метаболічного синдрому (діагностика, клініка, лікування, профілактика) / Методичні рекомендації / Чабан О. С., Хаустова О. О., Жабенко О. Ю. — К., 2009. — С. 40.

7. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. — Киев: Морион, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 07.06.2012 р.

С. Г. Полішкова

Український науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МЗ України (з. Київ)

Параметры качества жизни у лиц опасных видов профессий

В данной статье описаны результаты проведенного исследования, а именно особенности качества жизни у лиц опасных видов профессий. Обследовано 354 человека, из них 278 горняков (обследованы на базе Донецкой областной больницы профзаболеваний) и 76 машинистов и их помощников (обследованы на базе Железнодорожной больницы № 1 ст. Киев). В данном исследовании оценено качество жизни данной категории лиц до терапии, а также изучена динамика этого показателя в результате проведенной терапии.

Выявлено, что у лиц опасных видов профессий значительно снижено качество жизни. Результаты исследования также показали, что лечение таких пациентов с помощью разработанной нами системы терапии дает хорошие показатели по улучшению их качества жизни, а лечение с помощью только фармакотерапии не оказывает существенного влияния на качество жизни этих пациентов.

Ключевые слова: лица опасных видов профессий, система терапии, качество жизни.

S. G. Polshkova

Ukrainian Scientific-Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Addiction Health Ministry of Ukraine (Kyiv)

Quality of life parameters in patients of dangerous professions

This article describes the results of the study, namely the features of quality of life in patients of dangerous professions. A total of 354 people, of which 278 miners (surveyed on the basis of the Donetsk Regional Hospital Occupational Diseases), and 76 drivers and their assistants (evaluated on the basis of the Railway Hospital № 1 st. Kyiv). This study evaluated quality of life for this category of persons before therapy, and evaluated the dynamics of this indicator as a result of therapy. Revealed, that the quality of life was reduced significantly in persons of dangerous professions. The study also showed that treatment of these patients that was developed by us gives good results to improve their quality of life. A treatment with only pharmacotherapy did not significantly affect the quality of life for these patients.

Key words: persons of dangerous professions, the system of treatment, quality of life.