

Влияние депрессии на качество жизни больных рассеянным склерозом

Зарубина Н.В.^{1,2}, Спирин Н.Н.¹

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль;

²ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой», Москва

¹Россия, 150000, Ярославль, ул. Революционная, 5; ²Россия, 119334, Москва, 5-й Донской проезд, 21А

Рассеянный склероз (РС) — нейродегенеративное заболевание, приводящее к множественному очаговому и диффузному поражению центральной нервной системы, следствием которого является инвалидизация пациентов. На данный момент влияние депрессии на качество жизни (КЖ) больных РС мало изучено.

Цель исследования — изучение влияния депрессивных расстройств на КЖ пациентов с РС, поиск факторов, оказывающих влияние на развитие депрессии у пациентов с РС.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 203 больных РС в возрасте от 15 до 60 лет (средний возраст — $39,7 \pm 10,91$ года). Инвалидизация по шкале EDSS составила $2,51 \pm 1,45$ балла, средняя длительность заболевания — $8,07 \pm 7,22$ года. Группу сравнения составили 52 здоровых человека в возрасте от 24 до 43 лет (средний возраст — $31,86 \pm 6,98$ года).

Результаты. Пациенты с РС более чем в половине случаев (55,7%) страдают депрессивными расстройствами. Отмечена связь депрессии у больных РС с более старшим возрастом, большим сроком заболевания, а также более высоким уровнем инвалидизации и обострений ($p < 0,001$). Больные РС с депрессией значимо чаще ($p < 0,01$) предъявляли жалобы на повышенную утомляемость и имели более высокие показатели по шкалам астении, ситуативной и личностной тревожности, а также подвергались стрессовым воздействиям и тяжело их переносили; у них чаще, чем у лиц контрольной группы, ранее выявлялись депрессивные эпизоды. Пациенты с РС с депрессией имели более низкие показатели ($p < 0,001$) по всем критериям КЖ, что в дальнейшем ускоряло их инвалидизацию и социальную отгороженность.

Заключение. Депрессия у больных РС негативно отражается на всех показателях КЖ.

Ключевые слова: рассеянный склероз; качество жизни; депрессия.

Контакты: Наталья Владимировна Зарубина; ntshzarubina@rambler.ru

Для ссылки: Зарубина НВ, Спирин НН. Влияние депрессии на качество жизни больных рассеянным склерозом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(3):41–47. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-3-41-47

Impact of depression on the quality of life of patients with multiple sclerosis

Zarubina N.V.^{1,2}, Spirin N.N.¹

¹Yaroslavl State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yaroslavl;

²Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow

¹5, Revolutzionnaya St., Yaroslavl 150000, Russia; ²21A, 5th Donskoy proezd, Moscow 119334, Russia

Multiple sclerosis (MS) is a neurodegenerative disease that leads to multiple focal and diffuse lesions of the central nervous system, resulting in disability of patients. Currently the impact of depression on the quality of life (QoL) of MS patients has been little studied.

Objective: to study the effect of depressive disorders on the QoL of patients with MS, to search for factors influencing the development of depression in patients with MS.

Material and methods. The study involved 203 MS patients aged 15 to 60 years (mean age 39.7 ± 10.91 years). Disability according to the EDSS scale was 2.51 ± 1.45 points, the average duration of the disease was 8.07 ± 7.22 years. The comparison group consisted of 52 healthy people aged 24 to 43 years (mean age 31.86 ± 6.98 years).

Results. Patients with MS in more than half of cases (55.7%) suffer from depressive disorders. In MS patients there was an association of depression with older age, a longer duration of the disease, as well as a higher level of disability and exacerbations ($p < 0.001$). MS patients with depression significantly more often ($p < 0.01$) complained of increased fatigue and had higher scores on the scales of asthenia, situational and personal anxiety, and were also exposed to stressful influences and tolerated them poorly; they were more likely than those of the control group to had depressive episodes earlier. MS patients with depression had lower scores ($p < 0.001$) for all QoL criteria, which further accelerated their disability and social isolation.

Conclusion. Depression in MS patients has a negative impact on all QoL indicators.

Keywords: multiple sclerosis; the quality of life; depression.

Contact: Natalya Vladimirovna Zarubina; ntshzarubina@rambler.ru

For reference: Zarubina NV, Spirin NN. Impact of depression on the quality of life of patients with multiple sclerosis. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2023;15(3):41–47. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-3-41-47

В современной медицине широко распространен такой термин, как «качество жизни» (КЖ), определяющий основные параметры здоровья. В 1970–1980-х годах были заложены основы концепции исследования КЖ, а в 1980–1990-х годах разработана методика изучения КЖ при различных нозологиях [1].

На сегодняшний день не существует общепринятого определения КЖ. Многие авторы считают, что КЖ используется как неотъемлемая характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, исходя из субъективного восприятия [1, 2] и степени комфортности, которую чувствует человек в себе и в обществе, в котором он живет [3–6]. Эти области тесно связаны с критериями инвалидности и отражают текущее состояние больных.

Основным инструментом исследования КЖ являются стандартизированные опросники (индексы и профили), которые составляются на основе психометрических методов. Большинство методов, используемых для изучения КЖ, были разработаны в США и Европе и переведены на все основные языки с соответствующей адаптацией [7, 8]. Одним из первых психологических инструментов для оценки КЖ, созданным Дж.Э. Вейром, стал общий опросник SF-36, который является универсальным для всех нозологических форм заболеваний и отражает общее неблагополучие организма. Специальную категорию инструментов исследования КЖ составляют анкеты, содержащие подробную информацию о нозологии заболевания. К ним относятся созданные в процессе анкетирования больных рассеянным склерозом (РС) следующие опросники: MSIS-29 (Multiple Sclerosis Impact Scale 29), опросник MusiQoL (Multiple Sclerosis International Quality of Life) и опросник качества жизни MSQoL-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life 54).

В неврологии и психиатрии исследователей интересует изучение РС, требующего длительного лечения, у лиц молодого трудоспособного возраста. В основе этого расстройства лежит комплекс аутоиммунно-воспалительных и нейродегенеративных процессов, приводящих к множественным очаговым и диффузным изменениям в ЦНС, а впоследствии — к инвалидизации больных и значительному снижению КЖ [9–11].

Распространенность РС неуклонно растет в большинстве стран. В настоящее время в мире насчитывается около 3 млн больных РС. Из них свыше 350 тыс. находятся в США, около 450 тыс. — в Европе. В большинстве регионов России распространенность заболевания средняя (10–50 случаев на 100 тыс. жителей) и высокая (более 50 случаев на 100 тыс. жителей), что обусловлено не только увеличением продолжительности жизни, но и реальным ростом заболеваемости [12, 13].

У больных РС наблюдаются изменения психического статуса, которые проявляются симптомами утомляемости и депрессивными расстройствами [14–19].

Депрессия является частым сопутствующим состоянием у пациентов с РС. Распространенность депрессивных расстройств в течение жизни у больных РС достигает 60%, что в три раза выше, чем в общей популяции [20]. Более глубокое психологическое исследование структуры эмоционального дефекта у больных РС выявляет различные

сочетания эмоциональных расстройств, в том числе тревоги, депрессии, проявлений агрессии. Симптомы депрессии очень часто встречаются у больных РС как реакция на тяжелое заболевание и как проявление очагового поражения головного мозга.

На основании опросника SF-36 установлено, что при РС все показатели КЖ значительно ухудшаются [21–24]. Нарастание неврологической симптоматики способствует снижению показателей КЖ, а периоды ремиссии и стабилизации и рецидивирующее течение заболевания влияют на физический и психологический аспекты КЖ. Получены данные [14], что уровень социального функционирования снижается на 50%, что свидетельствует о значительном ограничении социальных отношений и низком уровне общения в связи с физическим и/или эмоциональным состоянием больных РС [21].

Целью данного исследования является поиск факторов, оказывающих влияние на снижение КЖ больных РС.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией Клинической больницы №8 г. Ярославля. Перед включением в исследование все его участники подписали информированное согласие, одобренное локальным этическим комитетом Ярославского государственного медицинского университета.

Проводилось назначение терапии препаратами, изменяющими течение РС (ПИТРС).

Обследование пациентов проводилось следующими врачами: неврологи, психиатры и психологи. Неврологическое обследование включало постановку диагноза с учетом соответствия критериям РС McDonald (2015, 2017), с проведением дифференциальной диагностики РС, исключения других форм воспалительных демиелинизирующих заболеваний с учетом данных магнитно-резонансной томографии головного и спинного мозга с контрастным усилением (T1, T2, FLAIR). Дальнейшее уточнение диагноза РС осуществлялось с учетом типа течения заболевания, стадии заболевания и определения степени поражения функциональных систем и степени инвалидизации пациента по Шкале оценки инвалидизации больных рассеянным склерозом J.F. Kurtzke (Expanded Disability Status Scale, EDSS). Диагноз РС устанавливался согласно критериям McDonald (2010, 2017).

Наличие депрессивного расстройства устанавливалось врачом-психиатром в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Собирался тщательный анамнез болезни пациента, учитывались эпизоды сниженного настроения, нарушения сна, сниженного аппетита, а также наличие стресса. Особое значение придавалось факторам, возникшим за 6 мес до РС.

Исследование эмоциональной сферы больных РС осуществлялось с помощью следующих шкал: ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности Спилбергера–Ханина, Шкалы астенического состояния Л.Д. Малковой. Для выявления уровня депрессии применялись шкала А. Бэка и Шкала самооценки депрессии института им. Бехтерева. Для определения КЖ использовались опросники SF-36 и MSQoL-54.

В исследовании приняли участие 203 больных РС в возрасте от 15 до 60 лет (средний возраст — $39,7 \pm 10,91$ го-

да). Инвалидизация по шкале EDSS составила $2,51 \pm 1,45$ балла, а средняя длительность заболевания — $8,07 \pm 7,22$ года. В исследовании соблюдался принцип разделения больных РС по типу течения: на ремиттирующий РС (PPC) и вто-

рично-прогрессирующий РС (ВПРС), а также за основу бралась диагностика психоэмоциональной сферы «РС без депрессии» и «РС с депрессией». Контрольную группу составили 52 здоровых человека в возрасте от 24 до 43 лет (средний возраст — $31,86 \pm 6,98$ года).

Статистическая обработка материала. Для анализа полученных результатов применялась программа Statistica 10.0. Оценка значимости различий по количественному признаку определялась U-критерием Манна–Уитни. Корреляционный анализ проводился при помощи непараметрического критерия Спирмена (ρ). Различия средних абсолютных и относительных величин, а также коэффициентов ассоциации считались статистически значимыми в тех случаях, когда значение p было ниже критического уровня значимости ($p < 0,05$). Участники исследования распределены на группы, где в первой группе сравнивали КЖ у здоровых людей ($n=52$) и больных РС без депрессии ($n=90$), а во второй — КЖ пациентов с РС с депрессией ($n=113$) и пациентов с РС без депрессии ($n=90$).

Результаты. Показатели КЖ по опроснику SF-36 представлены в табл. 1.

В исследовании выявлены значимые различия ($p < 0,001$) в первой группе — между здоровыми добровольцами и больными РС без депрессии — по шкалам: физическое здоровье, эмоциональное благополучие, энергия, восприятие здоровья, социальное функционирование и сумма по психическим показателям. В то же время практически не имеют различия показатели ролевых шкал: ограничение физического, эмоционального функционирования, ощущение боли и общее физическое состояние.

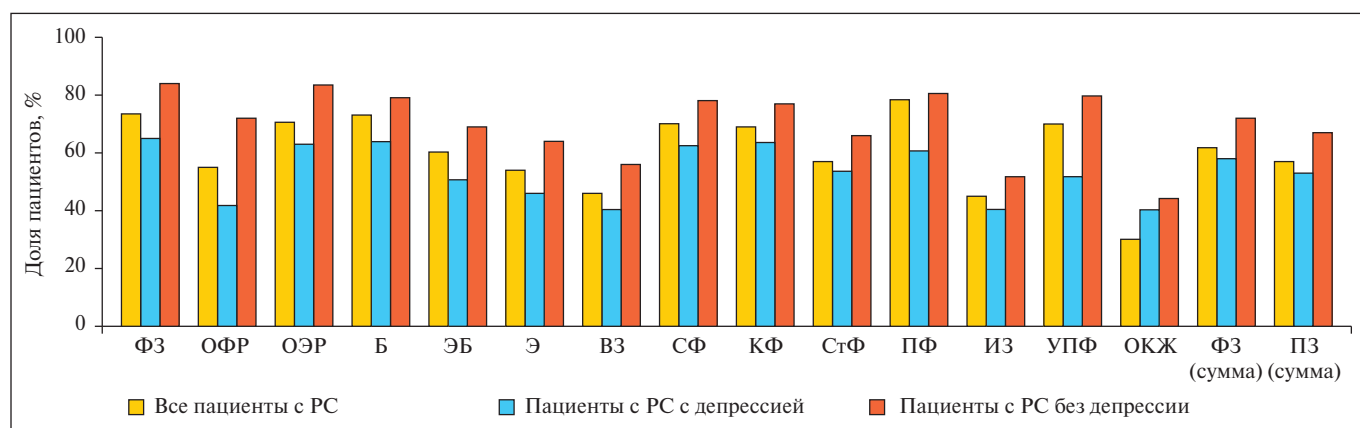
В группе больных РС с депрессией отличия от группы больных РС без депрессии значимы ($p < 0,001$) практически по всем шкалам оценки КЖ, за исключением шкалы боли.

Показатели КЖ пациентов с РС по опроснику MSQoL-54 представлены на рисунке.

Проведенное обследование показало, что показатели КЖ у пациентов с РС с депрессией значимо ($p < 0,001$)

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей КЖ
Table 1. Comparative characteristics of QoL indicators in the study

Шкалы опросника SF-36	Здоровые (n=52)	РС без депрессии (n=90)	РС с депрессией (n=113)
Физическое здоровье	95,58 $p=0,00001600$	81,63 $p=0,000001$	67,12
Ограничения физической роли	79,33 $p=0,54987100$	69,98 $p=0,000012$	43,81
Ограничения эмоциональной роли	72,49 $p=0,01858400$	82,47 $p=0,000010$	61,22
Боль	77,29 $p=0,05466948$	77,10 $p=0,021541$	69,97
Эмоциональное благополучие	72,04 $p=0,00000001$	68,49 $p=0,000001$	53,73
Энергия (работоспособность)	67,88 $p=0,00000003$	61,22 $p=0,000015$	47,33
Восприятие здоровья	70,85 $p=0,00000639$	52,51 $p=0,000001$	40,40
Социальное функционирование	87,34 $p=0,00000003$	77,05 $p=0,000086$	64,50
Физическое здоровье (сумма)	69,63 $p=0,15663797$	51,62 $p=0,000002$	55,55
Психическое здоровье (сумма)	64,62 $p=0,00000070$	48,57 $p=0,000001$	50,88



Показатели КЖ пациентов с РС (опросник MSQoL-54)

ФЗ — физическое здоровье; ОФР — ограничение физической роли; ОЭР — ограничение эмоциональной роли; Б — боль; ЭБ — эмоциональное благополучие; Э — энергия; ВЗ — восприятие здоровья; СФ — социальное функционирование; КФ — когнитивные функции;

СтФ — стрессовые факторы; ПФ — половая функция; ИЗ — изменение здоровья; УПФ — удовлетворение половой функцией;

ОКЖ — общее КЖ; ФЗ (сумма) — физическое здоровье (сумма); ПФ (сумма) — психическое здоровье (сумма)

QoL indicators of MS patients (MSQoL-54 questionnaire)

различались по всем критериям опросника MSQoL-54. Самые низкие значения (см. рисунок) отмечены по показателю «общее КЖ» — у 30% пациентов с РС (за счет параметра «изменение здоровья» у 45% пациентов). Изменилось восприятие здоровья у 46% пациентов с РС. Пациенты связывают развитие заболевания с высоким уровнем психотравмирующих факторов в 57% случаев, с наличием боли — в 73,1% случаев; ограничение эмоциональной и физической активности. выявляется соответственно у 70,6 и 55% больных РС. Депрессия у больных РС негативно отражается на всех показателях ролевой активности, приводит больных РС к ограничениям физической и социальной активности. Пациенты хуже переносят ПИТРС и чаще отказываются от реабилитационных мероприятий.

В исследовании также проведен анализ различий показателей у больных РС с депрессивными нарушениями и без них (табл. 2).

Больные РС с депрессией на момент обследования представлены более старшей возрастной группой ($42,41 \pm 1,06$ года; $p=0,000349$). Возраст начала заболевания составляет $32 \pm 10,9$ года, что соответствует более позднему началу расстройства ($p=0,004472$). В данной группе зарегистрирован высокий уровень инвалидизации больных ($2,89 \pm 0,16$ балла; $p=0,000054$) и более частые обострения ($p=0,028978$). Уровень астении у больных РС с депрессией ($60,15 \pm 1,35$ балла) значимо выше ($p=0,000003$), чем у больных РС без депрессии ($43,97 \pm 1,11$ балла), пациенты гораздо чаще предъявляют жалобы на повышенную утомляемость. Отмечены значимые различия ($p<0,001$) в зависимости от

наличия депрессии по шкалам СТ и ЛТ ($p=0,000002$). Больные РС с депрессией значимо чаще ($p<0,001$) подвергались стрессовым воздействиям ($p=0,000599$), а также имели в анамнезе депрессивные эпизоды [25, 26].

Проведенный корреляционный анализ факторов по результатам опросника MSQoL-54 выявил, что существенное влияние на все показатели жизни оказывает фактор наличия и выраженности депрессивных нарушений. Установлены умеренной тесноты обратные связи показателя уровня депрессии (табл. 3).

Корреляционный анализ с факторами астении, СТ и ЛТ, количеством обострений и уровнем инвалидизации показывает слабой тесноты связи с показателями КЖ.

Проведенный анализ КЖ больных РС с депрессией в зависимости от типа течения заболевания по данным опросника MSQoL-54 выявил, что у больных с ВПРС (табл. 4) показатели здоровья значимо ниже, чем у больных с РРС по показателям «общего КЖ» ($p<0,01$), что отражается на физическом здоровье, работоспособности, снижении функции тазовых органов [27]. Больные с ВПРС при нарастании тяжести очагового и нейродегенеративного поражения существенно ощущают снижение физической и психической составляющих КЖ ($p<0,01$) [28].

Обсуждение. Структура КЖ, по определению Всемирной организации здравоохранения, включает в себя физическое и психологическое благополучие, уровень независимости, социальные отношения, окружающую среду, духовность, религию; это интегральный показатель, оценивающий уровень медицины и развития общества в целом.

При возникновении болезни происходит ограничение жизнедеятельности, что в свою очередь отражается на двигательной, коммуникативной, социальной и профессиональной сферах.

В более ранних работах [1, 2] отражена необходимость всесторонней оценки и динамики параметров здоровья. В этом помогают психометрические шкалы, представленные в общем опроснике качества жизни SF-36 и усовершенствованные в специальном опроснике MSQoL-54, где более подробно отражены параметры здоровья при данном заболевании, а также возможность динамического наблюдения состояния пациентов РС [22].

Данные опросника SF-36 подтверждают значительные изменения параметров КЖ у больных РС [7, 21] за счет снижения ролевых функций пациентов, физического и эмоционального функционирования.

Изменение показателей КЖ при РС отмечается уже в дебюте заболевания и при легкой степени инвалидизации, а затем — по мере увеличения продолжительности заболевания [7]. В большей степени в период

Таблица 2. Сравнительная характеристика показателей больных РС с депрессивными нарушениями и без них

Table 2. Comparative characteristics of indicators of MS patients with depressive disorders and without them

Показатель	Значение, Ме [25-й; 75-й перцентили]		U	Z	p-value
	РС с депрессией (n=113)	РС без депрессии (n=90)			
Возраст на момент исследования, годы	43 [34; 52]	36 [30; 42]	3554	3,58	0,000349
Возраст начала заболевания, годы	31 [23; 41]	27 [20; 34]	3856,5	2,84	0,004472
Срок заболевания, годы	7 [4; 14]	7 [3; 12]	4442	1,42	0,154752
EDSS, баллы	2,5 [1,5; 4,5]	1,5 [1; 2]	3381	4,04	0,000054
Количество обострений	3 [2; 4]	3 [1; 4]	4139	2,18	0,028978
Уровень депрессии, баллы	23 [15; 24]	6 [3; 8]	42,5	12,10	0,000002
Астения, баллы	60 [48; 69]	43 [37; 49]	1771,5	7,90	0,000003
Самооценка депрессии, баллы	39 [34; 46]	29 [26; 35,5]	2282,5	6,45	0,000001
СТ, баллы	49 [41; 56]	39 [33; 44]	2561	5,92	0,000002
ЛТ, баллы	51,5 [46,5; 59]	43 [37; 50]	2580,5	5,87	0,000002
Стресс	1 [1; 1]	1 [0; 1]	3977	3,43	0,000599
Депрессия в анамнезе	0 [0; 1]	0 [0; 0]	3570,5	4,46	0,000008

обострения страдают физический компонент здоровья, восприятие здоровья, а также эмоциональное благополучие и энергия, происходит изменение социальных функций и психического состояния. Самыми низкими показателями по опроснику MSQoL-54 стали общее КЖ и изменения здоровья.

Существуют факторы, которые утяжеляют течение заболевания у больных РС. К ним относят симптомы утомляемости [18] и депрессии. В то же время разделить влияние депрессии и хронической утомляемости на параметры КЖ практически невозможно из-за общих клинических проявлений, но разных этиологических причин. В. Nourbakhsh и соавт. [19] считают, что на ранних стадиях РС усталость, депрессия, когнитивные функции [16] и инвалидизация [25] независимы друг от друга и оказывают влияние на КЖ.

В представленном исследовании приведена характеристика параметров КЖ больных РС, изучены показатели КЖ больных РС с учетом депрессивных нарушений, а также показаны связи депрессивных нарушений с показателями здоровья. Выявлены существенные различия практически по всем шкалам оценки КЖ, за исключением шкалы боли. Отмечено, что депрессивные нарушения влияют на все сферы КЖ, что отражается в суммарных показателях физического и психического компонентов здоровья.

Сравнительная характеристика показателей КЖ выявила, что больные РС с депрессией – более старшего возраста, имеют больший срок заболевания, а также более высокие показатели уровня инвалидизации и числа обострений. Больные РС с депрессией значимо чаще предъявляют жалобы на повышенную утомляемость, тревожность; в анамнезе у данной категории пациентов отмечались стрессовые воздействия [5].

Нарастание неврологической симптоматики способствует снижению показателей КЖ; в то же время в периоды ремиссии и стабилизации у больных с ремиттирующим течением болезни физический и психологический показатели восстанавливаются до средних значений.

Проведенный корреляционный анализ факторов выявил, что существенное влияние на все показатели КЖ оказывает выраженность депрессивных нарушений, в то время как факторы астении, СТ и ЛТ, количество обострений и уровень инвалидизации влияют на показатели КЖ в незначительной степени [18].

Проведенный анализ КЖ больных в зависимости от течения РС выявил, что у больных с ВПРС показате-

тели здоровья значительно ниже, чем у больных с РРС, по показателю общего КЖ, что отражается на уровне физического здоровья, работоспособности, сниженной функции тазовых органов. Больные с ВПРС при нарастании тяжести очагового и нейродегенеративного поражения ощущают существенное снижение физической и психической составляющих КЖ. Проводимые у больных с ВПРС реабилитационные мероприятия незначительно влияют на показатели КЖ, что отражается в низком реабилитационном потенциале.

Таким образом, необходимы своевременная диагностика РС и назначение патогенетической терапии ПИТРС с динамическим использованием опросников КЖ (SF-36 и MSQoL-54), которые облегчают оценку эффективности проводимой терапии и динамику состояния больных с РС. Применение в проведенном исследовании одновременно неспецифического и специфического опросников показало, что специфический опросник SF-36 для больных РС дает более точную информацию о влиянии клинко-демографических показателей на КЖ [7], в то время как специфи-

Таблица 3.

Table 3.

*Факторы, влияющие на КЖ больных РС**Factors, affecting QoL in patients with MS*

Показатели опросника MSQoL-54	Факторы					
	уровень депрессии, ρ	астения, ρ	СТ, ρ	ЛТ, ρ	количество обострений, ρ	EDSS, ρ
Физическое здоровье	-0,378	-0,247	-0,149	-0,188	-0,236	-0,241
Ограничение физической роли	-0,368	-0,248	-0,138	-0,134	-0,119	-0,156
Ограничение эмоциональной роли	-0,354	-0,258	-0,244	-0,191	0,014	-0,102
Боль	-0,235	-0,207	—	-0,138	-0,168	-0,124
Эмоциональное благополучие	-0,359	-0,293	-0,235	-0,254	0,023	-0,081
Энергия (работоспособность)	-0,379	-0,331	-0,262	-0,267	-0,015	-0,075
Восприятие здоровья	-0,336	-0,323	-0,124	-0,241	-0,122	-0,105
Социальное функционирование	-0,349	-0,290	-0,181	-0,169	-0,047	-0,099
Когнитивные функции	-0,308	-0,232	-0,185	-0,143	0,043	0,013
Стрессовые факторы	-0,261	-0,269	-0,166	-0,211	-0,030	-0,052
Половая функция	-0,426	-0,327	-0,315	-0,246	0,016	-0,069
Изменение здоровья	-0,205	-0,173	-0,041	-0,128	-0,155	-0,100
Удовлетворение половой функцией	-0,527	-0,384	-0,369	-0,350	-0,039	-0,114
Общее КЖ	-0,457	-0,354	-0,145	-0,299	-0,112	-0,108
Физическое здоровье (сумма)	-0,378	-0,247	-0,098	-0,188	-0,109	-0,241
Психическое здоровье (сумма)	-0,421	-0,326	-0,277	-0,278	0,014	-0,078

Таблица 4. Сравнительные показатели критериев КЖ у больных РС в зависимости от типа течения заболевания

Table 4. Comparative characteristic of QoL indicators in MS patients depending on the course of the disease

Показатели опросника MSQoL-54	Средние значения		U	Z	p
	РРС (n=91)	ВПРС (n=22)			
Физическое здоровье	73,65	59,35	1439,5	2,20	0,02800405
Ограничение физической роли	56,70	41,30	1606	1,65	0,09912438
Ограничение эмоциональной роли	70,67	54,18	1556	1,92	0,05457869
Боль	72,39	67,73	1792	0,87	0,38259460
Эмоциональное благополучие	62,07	53,39	1552,5	1,78	0,07459221
Энергия (работоспособность)	55,38	43,30	1367,5	2,50	0,01243385
Восприятие здоровья	46,70	39,13	1544	1,82	0,06845177
Социальное функционирование	69,78	60,11	1531,5	1,87	0,06082620
Когнитивные функции	72,10	62,83	1541	1,76	0,07786489
Стрессовые факторы	60,78	52,61	1603	1,44	0,14974094
Половая функция	69,34	66,31	1775,5	0,76	0,44547149
Изменение здоровья	47,39	38,04	1611	1,47	0,14284964
Удовлетворение половой функцией	66,06	51,09	1431,5	2,24	0,02523435
Общее КЖ	35,56	28,22	1321	2,59	0,00970833
Физическое здоровье (сумма)	62,04	51,78	1413	2,32	0,02039735
Психическое здоровье (сумма)	57,98	47,58	1423	2,28	0,02259161

ческий опросник MSQoL-54 более чувствителен для уточнения изменений КЖ в динамике нейродегенеративного процесса [6].

Использование данных инструментов в клинической практике позволяет врачам получать информацию о том, на какие аспекты КЖ следует ориентироваться и какой индивидуальный план лечения стоит составлять вместе с пациентом на основе полученной информации.

Ряд исследователей [11, 17] говорят о необходимости внедрения программ по устранению депрессии для снижения влияния болезни на жизнь пациентов; такие методы направлены на улучшение социальных условий. Потенциальные меры по улучшению КЖ должны включать, по мнению S. Schmidt и P. Jöstingmeyer [10], не только оценку и лечение депрессии, но и физические упражнения, а также сохранение занятости пациентов в соответствии с их физическими и когнитивными способностями.

Закключение. Выявление на ранних этапах развития РС депрессивных нарушений с дальнейшей медикаментозной и психотерапевтической коррекцией помогает улучшить КЖ больных РС и повысить их приверженность терапии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Новик АА, Ионова ТИ, Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. Санкт-Петербург: Элби; 1999. 140 с. [Novik AA, Ionova TI, Kaynd P. *Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine* [The concept of studying the quality of life in medicine]. St. Petersburg: Elby; 1999. 140 p. (In Russ.).]
- Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. Москва: ЗАО «Олма Медиа Групп»; 2007. 320 с. [Novik AA, Ionova TI. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guidelines for the study of quality of life in medicine]. Ed. acad. RAMS Yu.L. Shevchenko. 2nd ed. Moscow: ZAO Olma Media Group; 2007. 320 p. (In Russ.).]
- Смулевич АБ. Психосоматические расстройства в клинической практике. Москва; 2016. 776 с. [Smulevich AB. *Psikhosomaticheskiye rasstroystva v klinicheskoy praktike* [Psychosomatic disorders in clinical practice]. Moscow; 2016. 776 p. (In Russ.).]
- Сенкевич НЮ, Белевский АС. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии. *Терапевтический архив*. 2000;72(3):36–41. [Senkevich NYu, Belevskiy AS. Quality of life is the subject of scientific research in pulmonology. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2000;72(3):36–41 (In Russ.).]
- Sapolsky RM. Stress, Glucocorticoids, and Damage to the Nervous System: The Current State of Confusion. *Stress*. 1996 Jul;1(1):1–19. doi: 10.3109/10253899609001092
- Tadic D, Dajic V. Quality of life in patients with multiple sclerosis in Republic of Srpska. *Med Glas (Zenica)*. 2013 Feb;10(1):113–9.
- Бойко ОВ. Исследование качества жизни больных рассеянным склерозом (обзор литературы). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спец. выпуски*. 2014;114(10–2):105–13. [Boyko OV. Quality of life in patients with multiple sclerosis (a review). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(10–2):105–13 (In Russ.).]
- Пушкарь ДЮ, Дьяков ВВ, Берников АН. Качество жизни — новая парадигма медицины. *Фарматека*. 2005;(11):15–6. [Pushkar' DYU, D'yakov VV, Bernikov AN. Quality of life is a new paradigm of medicine. *Farmateka*. 2005;(11):15–6 (In Russ.).]
- Гусев ЕИ, Бойко АН, Столяров ИД. Рассеянный склероз: Справочник. Москва: Реал Тайм; 2009. С. 204. [Gusev YEI, Boyko AN, Stolyarov ID. *Rasseyannyi skleroz: Spravochnik* [Multiple sclerosis: a Handbook]. Moscow: Real Taym; 2009. P. 204 (In Russ.).]
- Schmidt S, Jöstingmeyer P. Depression, fatigue and disability are independently associated with quality of life in patients with multiple Sclerosis: Results of a cross-sectional study. *Mult Scler Relat Disord*. 2019 Oct;35:262–9. doi: 10.1016/j.msard.2019.07.029. Epub 2019 Jul 28.

11. Ochoa-Morales A, Hernandez-Mojica T, Paz-Rodriguez F, et al. Quality of life in patients with multiple sclerosis and its association with depressive symptoms and physical disability. *Mult Scler Relat Disord*. 2019 Nov;36:101386. doi: 10.1016/j.msard.2019.101386. Epub 2019 Sep 9.
12. Гусев ЕИ, Демина ТЛ, Бойко АН. Рассеянный склероз. Москва: Нефть и газ; 1997.
[Gusev EI, Demina TL, Boyko AN. *Rasseyanny skleroz* [Multiple sclerosis]. Moscow: Neft' i gaz; 1997 (In Russ.)].
13. Протокол ведения больных «Рассеянный склероз». Москва; 2005.
[*Protokol vedeniya bol'nykh "Rasseyanny skleroz"* [Protocol for the management of patients with multiple sclerosis]. Moscow; 2005 (In Russ.)].
14. Алексеенко ЕВ, Сысоева ОС, Смагина ИВ, Федянин СА. Изменения психологического статуса у больных рассеянным склерозом. *Бюллетень сибирской медицины*. 2008;(5):11-2. doi: 10.20538/1682-0363-2008-5-1-11-12 [Alekseyenko EV, Sysoyeva OS, Smagina IV, Fedyanin SA. Some changes of psychologic status of patients having multiplied sclerosis. *Byulleten' sibirskoy meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2008;7(5-1):11-2. doi: 10.20538/1682-0363-2008-5-1-11-12 (In Russ.)].
15. Shahrbanian S, Duquette P, Kuspinar A, Mayo NE. Contribution of symptom clusters to multiple sclerosis consequences. *Qual Life Res*. 2015 Mar;24(3):617-29. doi: 10.1007/s11136-014-0804-7. Epub 2014 Sep 17.
16. Grech LB, Kiroopoulos LA, Kirby KM, et al. The effect of executive function on stress, depression, anxiety, and quality of life in multiple sclerosis. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2015;37(5):549-62. doi: 10.1080/13803395.2015.1037723. Epub 2015 May 26.
17. Alsaadi T, Hammasi KE, Shahrour TM, et al. Depression and anxiety as determinants of health-related quality of life in patients with multiple sclerosis – United Arab Emirates. *Neurol Int*. 2017 Dec 11;9(4):7343. doi: 10.4081/ni.2017.7343
18. Fernandez-Munoz JJ, Cigaran-Mendez M, Navarro-Pardo E, et al. Is the association between health-related quality of life and fatigue mediated by depression in patients with multiple sclerosis? A Spanish cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 Jan 23;8(1):e016297. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016297
19. Nourbakhsh B, Julian L, Waubant E. Fatigue and depression predict quality of life in patients with early multiple sclerosis: a longitudinal study. *Eur J Neurol*. 2016 Sep;23(9):1482-6. doi: 10.1111/ene.13102. Epub 2016 Jul 14.
20. Gainotti G, Antonucci G, Marra C, Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001 Aug;71(2):258-61. doi: 10.1136/jnnp.71.2.258
21. Карнаух ВН, Луговцова ЮА, Барабаш ИА. Динамика показателей качества жизни при рассеянном склерозе. *Бюллетень сибирской медицины*. 2010;9(4):63-9. doi: 10.20538/1682-0363-2010-4-63-69 [Karnaukh VN, Lugovtsova YuA, Barabash IA. Dynamics of quality of life indicators at a multiple sclerosis. *Byulleten' sibirskoy meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2010;9(4):63-9. doi: 10.20538/1682-0363-2010-4-63-69 (In Russ.)].
22. Шамова ТМ, Пекарская ЕВ, Прудило АВ. Качество жизни больных рассеянным склерозом. *Журнал ГрГМУ*. 2007;(4):126-8. Доступно по ссылке: <http://journal-grsmu.by/index.php/ojs/article/view/1329> [Shamova T, Pekarskaya YV, Prudilo A. Quality of life in patients with multiple sclerosis. *Zhurnal GrGMU = Journal GrSMU*. 2015;(4):126-8. Available from: <http://journal-grsmu.by/index.php/ojs/article/view/1329> (In Russ.)].
23. Klevan G, Jacobsen CO, Aarseth JH, et al. Health related quality of life in patients recently diagnosed with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand*. 2014 Jan;129(1):21-6. doi: 10.1111/ane.12142. Epub 2013 Jun 15.
24. Calandri E, Graziano F, Borghi M, et al. Depression, positive and negative affect, optimism and health-related quality of life in recently diagnosed multiple sclerosis patients: the role of identity, sense of coherence, and self-efficacy. *J Happiness Stud*. 2018;19:277-95.
25. Paziuc LC, Radu MR. The influence of mixed anxiety-depressive disorder on the perceived quality of life in multiple sclerosis patients. *Bull Transilvania University of Brasov, Series VI: Med Sci*. 2018;11:41-50.
26. Prisnie JC, Sajobi TT, Wang M, et al. Effects of depression and anxiety on quality of life in five common neurological disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 May-Jun;52:58-63. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2018.03.009. Epub 2018 Apr 4.
27. Boogar IR, Talepasand S, Jabari M. Psychosocial and Medical Determinants of Health-related Quality of Life in Patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *Noro Psikiyatr Ars*. 2018 Mar 19;55(1):29-35. doi: 10.29399/npa.16983
28. Ciampi E, Uribe-San-Martin R, Vasquez M, et al. Relationship between Social Cognition and traditional cognitive impairment in Progressive Multiple Sclerosis and possible implicated neuroanatomical regions. *Mult Scler Relat Disord*. 2018 Feb;20:122-8. doi: 10.1016/j.msard.2018.01.013. Epub 2018 Jan 31.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

01.03.2023/15.05.2023/16.05.2023

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Зарубина Н.В. <https://orcid.org/0000-0001-6000-8715>

Спирин Н.Н. <https://orcid.org/0000-0001-9078-589X>