Т. В. Павлова

К. И. Прощаев

Э. Е. Сатардинова

Н. Б. Пилькевич

Л. А. Павлова

Оценка тревожно-депрессивных расстройств и показателей качества жизни у женщин пожилого возраста

Т. В. Павлова, д.м.н., проф., зав. кафедрой патологии¹

К. И. Прощаев, д.м.н., проф., директор²

Э. Е. Сатардинова, к.м.н., доцент кафедры рефлексотерапии и косметологии³

Н. Б. Пилькевич, д.м.н., проф. кафедры патологии¹

Л. А. Павлова, д.м.н., проф. кафедры патологии¹

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород

²АНО «Научно-исследовательский медицинский центр „Геронтология“», г. Москва

³Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, г. Иркутск, Россия

Assessment of anxiety-depressive disorders and quality of life indicators in elderly women

T. V. Pavlova, K. I. Proshchayev, E. E. Satardinova, N. B. Pilkevich, L. A. Pavlova

Belgorod State National Research University, Belgorod; 'Gerontology' Scientific Research Medical Centre, Moscow; Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk; Russia

Резюме

Цель. Оценить тревожно-депрессивные расстройства и показатели качества жизни у женщин пожилого возраста. **Материалы и методы.** В исследование было включено 540 женщин с нарушениями гормонального фона в виде предклимактерического или климактерического синдрома: 270 женщин в возрасте 44–54 лет (средний возраст $49,1 \pm 2,2$ года), из них 150 женщин с «–» и 120 с «+» вариантом биологического возраста, и 270 женщин в возрасте 55–64 лет (средний возраст $57,2 \pm 2,4$ года), из них 150 с «–» и 120 человек с «+» вариантом биологического возраста. Все пациенты в зависимости от предлагаемого варианта нутритивной поддержки и физической активности были разделены на три группы: первая (стандартные рекомендации), вторая (стандартные рекомендации, скандинавская ходьба и ежедневные прогулки не менее 30 минут) и третья (стандартные рекомендации, скандинавская ходьба, ежедневные прогулки не менее 30 минут и нутритивная поддержка). Оценка степени депрессии проводилась по шкале Бека. Качество жизни определялось по шкале-опроснику SF-36 Health Status Survey, визуально-аналоговой шкале для оценки тревожно-депрессивного синдрома. **Результаты.** По шкале оценки уровня депрессии, уровня тревожно-депрессивного синдрома у женщин были получены данные о достоверном улучшении этого показателя при применении нутритивной поддержки и физической активности. Максимальная разница была отмечена у лиц старшего возраста с «–» и «+» вариантом биологического возраста. По шкале оценки уровня психологического здоровья у женщин нами были получены данные об улучшении этого показателя при применении нутритивной поддержки и физической активности, однако достоверная разница была обнаружена только по сравнению с пациентами, не получавшими ни нутритивной поддержки, ни физической активности. **Заключение.** Применение нутритивной поддержки и физической активности у женщин пожилого возраста улучшает параметры качества жизни, особенно по уровню общего здоровья, степени депрессии и уровню социального функционирования.

Ключевые слова: женщины, качество жизни, пожилой возраст, тревожно-депрессивный синдром.

Summary

Objective. To assess anxiety-depressive disorders and indicators of quality of life in elderly women. **Materials and methods.** The study included 540 women with hormonal disorders in the form of a premenopausal or menopausal syndrome: 270 women, aged 44–54 years (mean age 49.1 ± 2.2), of whom 150 women with '–' and 120 with '+' variant of the biological age and 270 women aged 55–64 years (mean age 57.2 ± 2.4), of which 150 with '–' and 120 people with '+' version of biological age. All patients, depending on the proposed variant of nutritional support and physical activity, were divided into three groups: the 1st (standard recommendations), the 2nd (standard recommendations, scandinavian walking and daily walks for at least 30 minutes), the 3rd (standard recommendations, scandinavian walking, daily walks for at least 30 minutes and nutritional support). Assessment of the degree of depression was carried out on the basis of the Beck scale. The quality of life was determined by the SF-36 Health Status Survey, a visual analogue scale for assessing the anxiety-depressive syndrome. **Results.** On the scale of assessing the level of depression, the level of anxiety-depressive syndrome in women, data were obtained on a reliable improvement of this indicator with the use of nutritional support and physical activity. The maximum difference was noted in older persons with '–' and '+' variant of biological age. On the scale of assessing the level of psychological health in women, we obtained data on improving this indicator with nutritional support and physical activity, but a significant difference was found only in comparison with patients who received neither nutritional support nor physical activity. **Conclusion.** The use of nutritional support and physical activity in elderly women improves the parameters of quality of life, especially in terms of general health, depression and social functioning.

Key words: women, quality of life, elderly age, anxiety-depressive syndrome.

Введение

По данным ВОЗ, за период с 2015 по 2050 год число людей в возрасте 60 лет и старше возрастет с 900 млн до 2 млрд (с 12 до 22 % общей численности населения мира). По прогнозам, к 2050 году число пожилых людей, нуждающихся в поддержке в повседневной жизни, в развивающихся странах возрастет в четыре раза [1]. Термин «качество жизни» (QoL или LQ) приобретает все большее признание и используется в формировании гуманистической социальной политики и решении ее проблем в связи с необходимостью адаптации человека к изменившимся условиям существования при старении, появлении и прогрессировании заболеваний, свойственных старости [2]. Происходит возрастание значения понятия «качество жизни» для людей пожилого и старческого возраста [3–5].

В свою очередь, директор Российского геронтологического научно-клинического центра Минздрава РФ, академик РАН В. Н. Шабакин относит изучение роли качества жизни пожилых людей в формировании здоровья к числу приоритетных направлений фундаментальных и прикладных научных исследований [6].

Процесс старения человека сопровождается ухудшением всех форм нейropsychической деятельности, что связано с уменьшением массы головного мозга и его дегенеративно-дистрофическими изменениями [7]. Как следствие происходит ухудшение всех форм нейropsychической деятельности. Частота возникновения адинамии, сонливости и депрессивных состояний возрастает за счет снижения синтеза биологически активных веществ [7]. Согласно литературным данным, симптомы тревоги и депрессии наблюдаются у 25–30 % лиц старше 65 лет, на фоне сопутствующей соматической патологии эта цифра достигает 50 % [5], это приводит к снижению показателей качества жизни [5, 7, 8].

Материалы и методы

Всего в наше исследование было включено 540 женщин. Всем пациентам определялся биологический возраст (БВ) — его позитивный («+») и негативный («–») варианты. Негативный вариант БВ свидетельствует о признаках преждевременного старения. Пациенты с нормальным вариантом БВ в исследование включены не были. Группы подбирались однородные в течение 5 лет для активизации данных исследования.

Все обследуемые нами пациенты были распределены следующим образом: из 540 женщин с нарушениями гормонального фона в виде предклимактерического или климактерического синдрома — 270 человек в возрасте 44–54 лет (средний возраст $49,1 \pm 2,2$ года), из них 150 человек с «–» и 120 с «+» вариантом БВ, и 270 женщин в возрасте 55–64 лет (средний возраст $57,2 \pm 2,4$ года), из них 150 человек с «–» и 120 человек с «+» вариантом БВ.

Все пациенты в зависимости от предлагаемого варианта нутритивной поддержки и физической активности были разделены на три группы:

- первая группа (контрольная) — пациенты получали стандартные рекомендации врача без нутритивной поддержки и режима физической активности;
- вторая группа — дополнительно к стандартным рекомендациям пациенты занимались аэробными видами тренировок в виде скандинавской ходьбы (два раза в неделю по 60 минут под руководством инструктора) и ежедневных прогулок продолжительностью не менее 30 минут, без нутритивной поддержки;
- третья группа — дополнительно к стандартным рекомендациям пациенты занимались аэробными видами тренировок в виде скандинавской ходьбы (два раза в неделю по 60 минут под руководством инструктора), ежедневных прогулок продолжительностью не менее 30 минут с нутритивной поддержкой в виде приема Nutridrink Compact Protein по одной порции три раза в день и Resurs[®] 2,0 + Faiber по одной порции три раза в день.

В каждую из групп было включено по 90 женщин в возрасте 45–54 лет (40 с «+» и 50 с «–» вариантом БВ) и 90 женщин в возрасте 55–64 лет (40 с «+» и 50 с «–» вариантом БВ).

Оценка степени депрессии проводилась по шкале Бека [9], тревожно-депрессивный синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале.

Качество жизни определялось по российской версии стандартного вопросника, разработанного John E. Ware, SF 36 Health Status Survey [10]. В его основе лежат субъективная оценка пациентом своего физического и психического здоровья, а также удовлетворенность и общее благополучие. Опросник MOS SF-36 является распространенной краткой формой оценки здоровья, которая не ограничена гендерными и возрастными особенностями, соматической патологией и спецификой лечения. Данный метод исследования делает возможным изучение и сопоставление уровня качества жизни как неспецифического, так и специфического контингента.

Анкета включает в себя 11 пунктов с вопросами и вариантами ответа, которые группируют восемь шкал. Их количественная оценка характеризует 10 основных критериев (показателей) физического и психического здоровья. Числовой диапазон результатов исследования по каждой из шкал находится в пределах от 0 до 100, причем чем выше оценка, тем выше уровень качества жизни. При этом физический компонент здоровья отражает в себе четыре других показателя: физическое и ролевое функционирование, интенсивность боли и общее состояние здоровья. Психический компонент здоровья формируют остальные четыре показателя: социальное и ролевое функционирование, жизненная активность и психическое здоровье (см. схему).

В основе статистических методов обработки данных лежал метод статистических регистров с динамической рандомизацией по исследуемым признакам. При этом в нашей работе при обработке данных исследования был проведен расчет средних абсолютных и относительных величин с расчетом ошибки средней; выполнена оценка значимости различий двух совокупностей с применением критерия t Стьюдента (разность показателей считалась достоверной при $t > 2$; $p < 0,05$).

Качество жизни (КЖ)

Физический компонент здоровья (Physical health, PH):	Психический компонент здоровья (mental health, MH):
1) физическое функционирование (physical functioning, PF);	1) социальное функционирование (social functioning, SF);
2) ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (role-physical, RP);	2) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (role-emotional, RE);
3) интенсивность боли (bodily pain, BP);	3) жизненная активность (vitality, VT);
4) общее состояние здоровья (general health, GH)	4) психическое здоровье (mental health, MH)

Схема. Опросник MOS SF-36.

Результаты

Нами была проведена оценка показателей качества жизни, уровня депрессии и тревожно-депрессивного синдрома в группах наблюдения (см. табл.). Оценка общего здоровья у женщин имела особенности.

Так, у женщин в возрасте 45–54 лет при «+» варианте БВ в первой группе было выявлено $66,1 \pm 1,1$ балла при оценке общего здоровья, во второй группе — $74,0 \pm 0,7$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей группе — $83,4 \pm 1,4$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп. Таким образом, в группе, где применялась физическая активность и нутритивная поддержка, у пациентов с «+» вариантом БВ были обнаружены максимальные значения оценки общего здоровья (см. табл.).

У женщин в возрасте 45–54 лет при «—» варианте БВ в первой группе было выявлено $59,6 \pm 0,3$ балла при оценке общего здоровья, во второй группе — $68,2 \pm 1,4$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста, в третьей группе — $83,0 \pm 1,1$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

У женщин в возрасте 55–64 лет при «+» варианте БВ в первой группе было выявлено $54,1 \pm 2,2$ балла при оценке общего здоровья, во второй группе — $55,2 \pm 2,1$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей группе — $66,8 \pm 1,6$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ другой возрастной группы. Таким образом, в группе пациентов в возрасте 55–64 года, где применялись физическая активность и нутритивная поддержка, у пациентов с «+» вариантом БВ были обнаружены минимальные значения оценки общего здоровья среди аналогичных групп (см. табл.).

У женщин в возрасте 55–64 лет при «—» варианте БВ в первой группе было выявлено $48,1 \pm 1,2$ балла при оценке общего здоровья, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «—» вариант БВ разного возраста, во второй группе — $52,2 \pm 2,1$ балла, $p > 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «—» вариант БВ разного возраста, в третьей группе — $79,8 \pm 1,6$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

По шкале оценка общего здоровья у женщин нами были получены данные о значительном достоверном улучшении этого показателя при применении нутритивной поддержки и физической активности. Максимальная разница была отмечена у женщин старшего возраста с «—» вариантом БВ. Достоверной разницы между пациентами молодого возраста третьей группы с «+» и «—» БВ достигнуто не было. Данные, приведенные в таблице, подтверждают факт, что нутритивная поддержка улучшает параметры общего здоровья.

Оценка уровня депрессии по шкале Бека у женщин показала следующее (см. табл.).

У женщин в возрасте 45–54 лет при «+» варианте БВ в первой группе было выявлено $45,2 \pm 2,8$ балла при оценке уровня депрессии, во второй группе — $58,1 \pm 0,3$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей группе — $77,0 \pm 1,3$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп. Таким образом, в группе, где применялись физическая активность и нутритивная поддержка, у пациентов с «+» вариантом БВ были обнаружены достоверные максимальные положительные значения по оценке уровня депрессии.

У женщин в возрасте 45–54 лет при «—» варианте БВ в первой группе было выявлено $36,6 \pm 2,8$ балла при оценке уровня депрессии, во второй группе — $59,1 \pm 1,1$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста, в третьей группе — $85,2 \pm 2,1$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

У женщин в возрасте 55–64 лет при «+» варианте БВ в первой группе было выявлено $41,2 \pm 3,1$ балла при оценке уровня депрессии, во второй группе — $63,3 \pm 2,1$ балла, $p <$

Таблица

Сравнительный анализ показателей качества жизни, уровня депрессии и тревожно-депрессивного синдрома у женщин (баллы)

Группа	Женщины 45–54 лет (n = 90)		Женщины 55–64 лет (n = 90)	
	«+» вариант БВ (n = 40)	«–» вариант БВ (n = 50)	«+» вариант БВ (n = 40)	«–» вариант БВ (n = 50)
Общее здоровье				
1-я	66,1 ± 1,1	59,6 ± 0,3 *	54,1 ± 2,2 **	48,1 ± 1,2 ***
2-я	74,0 ± 0,7 1–2	68,2 ± 1,4 1–2	55,2 ± 2,1 **	52,2 ± 2,1 ***
3-я	83,4 ± 1,4 1–3, 2–3	83,0 ± 1,1 1–3, 2–3	66,8 ± 1,6 **, 1–3, 2–3	79,8 ± 1,6 1–3, 2–3
Оценка уровня депрессии по шкале Бека				
1-я	45,2 ± 2,8	36,6 ± 2,8 *	41,2 ± 3,1	34,4 ± 2,3 *
2-я	58,1 ± 0,3 1–2	59,1 ± 1,1 1–2	63,3 ± 2,1 1–2	62,2 ± 3,1
3-я	77,0 ± 1,3 2–3, 1–3	85,2 ± 2,1 *, 2–3, 1–3	75,2 ± 3,1 2–3, 1–3	86,3 ± 2,1*, 2–3, 1–3
Оценка тревожно-депрессивного синдрома				
1-я	48,4 ± 1,1	47,4 ± 1,1	45,3 ± 2,0	38,2 ± 1,3*, ***
2-я	55,1 ± 1,6 1–2	58,1 ± 1,6 1–2	59,2 ± 1,7 1–2	57,8 ± 1,8 1–2
3-я	66,9 ± 2,2 1–3, 2–3	67,9 ± 2,2 1–3, 2–3	68,9 ± 2,0 2–3, 1–3	68,6 ± 1,5 2–3, 1–3
Психологическое здоровье				
1-я	68,2 ± 1,7	67,3 ± 1,4	67,3 ± 2,0	67,2 ± 2,0
2-я	71,2 ± 2,8	70,2 ± 2,4	70,1 ± 2,4	70,4 ± 2,4
3-я	74,2 ± 3,9 1–3	75,2 ± 2,5 1–3	73,1 ± 1,2 1–3	74,1 ± 1,2 1–3
Роль эмоционального функционирования				
1-я	65,2 ± 1,9	65,8 ± 1,9	62,2 ± 1,8	64,2 ± 1,8
2-я	66,4 ± 1,9	66,0 ± 1,9	65,2 ± 1,9	66,2 ± 2,5
3-я	69,4 ± 2,1	72,2 ± 2,8 1–3	68,2 ± 1,9 1–3	73,2 ± 3,0 1–3
Социальное функционирование				
1-я	63,1 ± 2,8	62,1 ± 2,8	61,4 ± 1,8	60,3 ± 2,1
2-я	81,6 ± 3,0 1–2	79,6 ± 3,0 1–2	79,4 ± 3,0 1–2	81,2 ± 3,0 1–2
3-я	88,5 ± 2,8 2–3, 1–3	97,5 ± 3,2 *, 2–3, 1–3	88,9 ± 2,8 2–3, 1–3	98,1 ± 3,2*, 2–3, 1–3

Примечание: * — $p < 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста; ** — $p < 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ другой возрастной группы; *** — $p < 0,05$ по сравнению с показателем «–» вариант БВ другой возрастной группы; 1–2 — $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями 1-й и 2-й групп; 2–3 — $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями 2-й и 3-й групп; 1–3 — $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями 1-й и 3-й групп.

0,05 — достоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей группе — $75,2 \pm 3,1$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ другой возрастной группы. Таким образом, в группе пациентов в возрасте 55–64 года, где применялись физическая активность и нутритивная поддержка, у пациентов с «+» вариантом БВ были обнаружены наихудшие значения оценки уровня депрессии среди аналогичных групп.

У женщин в возрасте 55–64 лет при «–» варианте БВ в первой группе было выявлено $34,4 \pm 2,3$ балла при оценке уровня депрессии, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «–» вариант БВ разного возраста, во второй группе — $62,2 \pm 3,1$ балла, $p > 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, $p < 0,05$ по сравнению

с показателем «–» вариант БВ разного возраста, в третьей группе — $86,3 \pm 2,1$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

По шкале оценки уровня депрессии у женщин нами были получены данные о значительном достоверном улучшении этого показателя при применении нутритивной поддержки и физической активности. Максимальная разница была отмечена у лиц старшего возраста с «–» вариантом БВ, что подтверждает факт того, что нутритивная поддержка снижает уровень депрессии.

Как видно из таблицы, при оценке тревожно-депрессивного синдрома были получены результаты ниже, чем при оценке по шкале депрессии во всех исследуемых группах.

Так, у женщин в возрасте 45–54 лет при «+» варианте БВ в пер-

вой группе было выявлено $48,4 \pm 1,1$ балла при оценке уровня тревожно-депрессивного синдрома, во второй группе — $55,1 \pm 1,6$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей группе — $66,9 \pm 2,2$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп. Таким образом, в группе, где применялись физическая активность и нутритивная поддержка, у пациентов с «+» вариантом БВ были обнаружены достоверные положительные значения по оценке уровня тревожно-депрессивного синдрома.

У женщин в возрасте 45–54 лет при «–» варианте БВ в первой группе было выявлено $47,4 \pm 1,1$ балла при оценке тревожно-депрессивного синдрома, во второй группе — $58,1 \pm 1,6$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой

и второй групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста, в третьей группе — $67,9 \pm 2,2$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

У женщин в возрасте 55–64 лет при «+» варианте БВ в первой группе было выявлено $45,3 \pm 2,0$ балла при оценке тревожно-депрессивного синдрома, во второй группе — $59,2 \pm 1,7$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей группе — $68,9 \pm 2,0$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ другой возрастной группы. Таким образом, в группе пациентов в возрасте 55–64 лет, где применялись физическая активность и нутритивная поддержка, у пациентов с «+» вариантом БВ были обнаружены наилучшие значения оценки уровня тревожно-депрессивного синдрома среди аналогичных групп (см. табл.).

У женщин в возрасте 55–64 лет при «–» варианте БВ в первой группе было выявлено $38,2 \pm 1,3$ балла при оценке тревожно-депрессивного синдрома, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «–» вариант БВ разного возраста, во второй группе — $57,8 \pm 1,8$ балла, $p > 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и второй групп, $p < 0,05$ по сравнению с показателем «–» вариант БВ разного возраста, в третьей группе — $68,6 \pm 1,5$ балла, $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

По шкале оценки уровня тревожно-депрессивного синдрома у женщин нами были получены данные о достоверном улучшении этого по-

казателя при применении нутритивной поддержки и физической активности. Максимальная разница была отмечена у лиц старшего возраста с «–» и «+» вариантом БВ, что подтверждает факт того, что нутритивная поддержка улучшает параметры тревожно-депрессивного синдрома.

При оценке психологического здоровья у женщин с предклимактерическим и климактерическим синдромом нами были обнаружены достоверные различия только между группами, не получавшими ни физической активности, ни нутритивной поддержки (первая группа), и между группами, получавшими физическую активность и нутритивную поддержку (третья группа).

Как видно из таблицы, у женщин в возрасте 45–54 лет при «+» варианте БВ в первой группе было выявлено $68,2 \pm 1,7$ балла при оценке уровня психологического здоровья, во второй группе — $71,2 \pm 2,8$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей группе — $74,2 \pm 3,9$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп. У женщин в возрасте 45–54 лет при «–» варианте БВ в первой группе было выявлено $67,3 \pm 1,4$ балла при оценке психологического здоровья, во второй группе — $70,2 \pm 2,4$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями первой и второй групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста, в третьей группе — $75,2 \pm 2,5$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

У женщин в возрасте 55–64 лет при «+» варианте БВ в первой группе было выявлено $67,3 \pm 2,0$ балла при оценке уровня психологического здоровья, во второй группе — $70,1 \pm 2,4$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями первой и второй групп, в третьей

группе — $73,1 \pm 1,2$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ другой возрастной группы. Таким образом, в группе пациентов в возрасте 55–64 лет, где применялись физическая активность и нутритивная поддержка, у пациентов с «+» вариантом БВ были обнаружены наилучшие значения оценки уровня психологического здоровья среди аналогичных групп, однако разница показателей достоверна только между первой и третьей группами и недостоверна между группами разного возраста и результатами БВ.

У женщин в возрасте 55–64 лет при «–» варианте БВ в первой группе было выявлено $67,2 \pm 2,0$ балла при оценке уровня психологического здоровья, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «–» вариант БВ разного возраста, во второй группе — $70,4 \pm 2,4$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями первой и второй групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «–» вариант БВ разного возраста, в третьей группе — $74,1 \pm 1,2$ балла, $p > 0,05$ — недостоверные различия между показателями второй и третьей групп; $p < 0,05$ — достоверные различия между показателями первой и третьей групп, $p > 0,05$ по сравнению с показателем «+» вариант БВ одного возраста.

По шкале оценки уровня психологического здоровья у женщин нами были получены данные об улучшении этого показателя при применении нутритивной поддержки и физической активности, однако достоверная разница была обнаружена только по сравнению с пациентами, не получавшими ни нутритивной поддержки, ни физической активности.

Выводы

Применение нутритивной поддержки и физической активности у женщин пожилого возраста улучшает параметры качества жизни, особенно по уровню общего здоровья, степени депрессии и уровню социального функционирования.

Список литературы

1. Чирков В. А., Бреутов А. В., Бреутова Р. А. Социально-гигиеническое исследование качества жизни лиц пожилого возраста, проживающих в различных социальных условиях. Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2012; 12 (20): www.sisp.nkras.ru.
2. Дворецкий Л. И. Качество жизни пожилого человека. Руководство по геронтологии и гериатрии: В 4 т. Под ред. акад. РАМН, проф. В. Н. Ярыгина, проф. А. С. Мелентьева. — Т. II. Введение в клиническую гериатрию. Часть I. Глава 11. М. 2005; 154–160.
3. Гуликова Н. Г. Качество жизни населения в старших возрастных группах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005; 1: 12–13.
4. Малыхин Ф. Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы). Качественная клиническая практика. 2011; 1: 11–18.
5. Капустенская Ж. И., Шпрах В. В., Зайцева О. И. Аффективные и когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Бюллетень ВШНЦ СО РАМН. 2010; 2 (72): 52–54.
6. Руководство по геронтологии. Под ред. академика РАМН В. Н. Шабалина. М. 2005. 800 с.
7. Гусев Е. И., Ярыгин В. Н., Мишнев О. Д. Особенности и семиотика морфо-функциональных изменений нервной системы стареющего человека. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Под ред. акад. РАМН, проф. В. Н. Ярыгина, проф. А. С. Мелентьева. Т. IV. Клиническая гериатрия. Часть I. Глава 1. М. 2003; 15–19.
8. Малыхин Ф. Т. Проблемы качества жизни у пациентов старших возрастных групп. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012; 2: 96–101.
9. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression // Archives of general psychiatry. 1961; 4 (6): 561–571.
10. John E., Ware J. E. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. The Health Institute. New England Medical Center. Boston. Mass. 1993.

Для цитирования. Павлова Т. В., Прошчаев К. И., Сатардинова Э. Е., Пилькевич Н. Б., Павлова Л. А. Оценка тревожно-депрессивных расстройств и показателей качества жизни у женщин пожилого возраста // Медицинский алфавит. Серия «Неврология и психиатрия». — 2019. — Т. 2. — 19 (394). — С. 42–47

В России стало доступным принципиально новое лечение людей с психическими расстройствами

4 июня 2019 года фармацевтическая компания «Гедеон Рихтер» объявила о выходе на российский рынок своего инновационного препарата для лечения шизофрении. Совместно с Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) она представила результаты опроса жителей страны об их осведомленности о заболевании и отношении к пациентам, которые живут с таким диагнозом.

Согласно полученным данным 63% опрошенных считают, что они не в состоянии контролировать болезнь, а 38% сказали, что таким людям стоит находиться подальше от большинства. Среди проблем, с которыми сталкиваются пациенты, сложность с трудоустройством (40%) и лекарственным обеспечением (33%). Новый антипсихотик, над созданием которого компания трудилась почти 20 лет, призван принципиально изменить существующие подходы к лечению шизофрении и (вернуть) людей, которые живут с этим диагнозом, в социум.

Шизофрения — хроническое и инвалидизирующее психическое заболевание, для которого характерно нарушение мышления и восприятия. По статистике, им страдают около 1% населения планеты, ему в равной степени подвержены как мужчины, так и женщины. Симптомы заболевания делятся на три основных категории. Это позитивные: галлюцинации, бред, умственные и двигательные расстройства; и негативные: потеря мотивации, апатия, скудность речи, асоциальность. Выделяют также когнитивную симптоматику: расстройства мышления, восприятия, памяти и внимания.

Петр Морозов, д.м.н., профессор кафедры психиатрии факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова подчеркивает: «Проблема пациентов, страдающих шизофренией в том, что они не осознают того, что больны. Они не понимают, что их заболевание — это огромное бремя как для них самих, так и для их родственников и общества в целом. Бремя, которое можно уменьшить за счет применения лекарственной терапии. Долгое время у нас в арсенале не было препаратов, которые воздействовали не только на позитивную, но и на негативную симптоматику, которая возникает у 60% пациентов и ведет к дезсоциализации пациентов. Кроме того, прежние терапевтические решения сопровождались большим количеством побочных эффектов. Появление нового препарата, который может одновременно снимать и ту, и другую симптоматику, вызывает значительно меньшее количество нежелательных явлений, мы приветствуем, поскольку видим за этим значительное улучшение качества оказания медицинской помощи».

Препарат, с которым связывают новые надежды пациентов и их родственников специалисты, — оригинальная разработка компании. За его создание она получила национальный грант-при в области инноваций. Препарат уже пользуется значительным спросом в США, и выведен на рынки стран Западной и Восточной Европы.

Габор Орбан, генеральный директор компании, отмечает: «Мы гордимся тем, что мы — первая венгерская фармацевтическая компания, чья разработка так востребована на мировом рынке. Теперь мы видим, как наш препарат помогает многим пациентам с психическими расстройствами в США и Европе вернуться в социум. Мы чувствуем особое удовлетворение от того, что можем значительно изменить к лучшему жизни миллионов людей с шизофренией и их родственников. Мы уверены, что наш флагманский продукт будет не менее востребован и в России — одним из ключевых рынков для компании «Гедеон Рихтер»».

Говорит Атилла Варади, полномочный представитель компании «Гедеон Рихтер» в России: «Мы продолжим совместную работу с медицинским сообществом, сделаем все, что в наших силах, чтобы помочь

и пациентам, и их родственникам. Уверен, что вместе мы изменим отношение общества к пациентам с особенностями развития, психическими расстройствами, сделаем его еще более толерантным».

Согласно полученным в результате исследования ВЦИОМ данным среди проблем, с которыми сталкиваются пациенты с шизофренией, были названы трудности с трудоустройством (40%), а также с лекарственным обеспечением (33%). Причем среди тех, кто имеет родственников, страдающих этим заболеванием, этот процент выше: почти половина респондентов (45%) отметили, что главной сложностью является именно возможность получить необходимые препараты. Негатив со стороны общества (34%) был также назван в числе трудностей, через которые проходят пациенты. И несмотря на то что большинство опрошенных россиян (52%) не считают, что людям с шизофренией следует находиться подальше от остальных, все же более трети (38%) говорят об обратном — изоляции таких пациентов.

Кирилл Родин, директор по работе с органами государственной власти Всероссийского центра изучения общественного мнения утверждает: «С социологической точки зрения, данное заболевание относится к стигматизированным общественным явлениям. Выражаясь проще, это метка, которая делает человека изгоем для значительной части общества. Каково основное социальное последствие этой проблемы? Ее локализация внутри отдельной семьи или личности, резкое сокращение механизмов помощи данной категории больным со стороны общества и профилактики данного явления, что приводит к новым опасным инцидентам, связанным с асоциальными проявлениями и к еще большему усилению стигматизации заболевания. Как разорвать этот круг? Способ один: внимательное отношение со стороны общества к людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, повышение уровня информированности об этом заболевании и помощь близким и родственникам тех, кто столкнулся с подобным диагнозом».

В результате опроса было также выявлено:

- 90% россиян знают о таком психическом расстройстве, как шизофрения, причем 20% утверждают, что хорошо знакомы с его симптомами;
- каждый пятый (20%) знает о людях с расстройством «шизофренией» в своем окружении: у 4% есть родственники с таким расстройством, еще 16% знакомы с больными шизофренией лично или знают о таком диагнозе у кого-то из друзей или родственников знакомых;
- по мнению опрошенных, большинство россиян относятся к людям с психическими расстройствами так: с сочувствием (38%), с жалостью (34%), со страхом (26%), с недоверием (18%), с презрением (9%);
- наиболее характерными признаками шизофрении, по мнению опрошенных, являются: сильные перемены настроения (29%), раздвоение личности (27%), галлюцинации (17%);
- барьеры для обращения за психиатрической помощью со стороны родственников или знакомых человека с явными признаками шизофрении таковы: 38% опрошенных отметили страх огласки — они опасаются, что в случае визита к врачу о болезни узнают знакомые, 29% респондентов-родственников боятся отправки больного шизофренией в интернат или больницу.

В опросе ВЦИОМ приняли участие россияне в возрасте от 18 лет. Метод опроса — телефонное интервью по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1 600 респондентов. Для данной выборки максимальный размер ошибки с вероятностью 95% не превышает 2,5%.