

ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ОЛИМПИА ҚЎМИТАСИ

2021/2

ISSN 2181-998X

РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ

ТИББИЁТ ВА СПОРТ
MEDICINE AND SPORT

Тошкент

ТИЗИМЛИ ҚИЗИЛ БЎРИЧАДА ТИББИЙ-ПСИХОЛОГИК ДИАГНОСТИКА

Н.М. Махаматжанова

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Н.М. Махаматжанова

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

N.M. Makhamatjanova

Тошкент тиббиёт академияси

Резюме: В данной статье исследуются диагностика психоэмоциональных расстройств, суицидального риска и показатели качества жизни у пациентов с системной красной волчанкой. Были представлены тревожно-депрессивные расстройства, клинико-психологические индикаторы, суицидальные мысли и индикаторы качества жизни, выявленные у пациентов с помощью медико-психологических анкет и других психодиагностических методов.

Ключевые слова: системная красная волчанка, тревожно-депрессивное расстройство, медико-психологическая анкета, шкала HADS, суицид, качество жизни, психологический компонент, физический компонент, опросник SF-36.

Annotation: this article examines the diagnosis of psychoemotional disorders, suicidal risk and quality of life indicators in patients with systemic lupus erythematosus. Anxiety-depressive disorders, clinical and psychological indicators, suicidal thoughts and indicators of quality of life identified in patients using medical and psychological questionnaires and other psychodiagnostic methods were presented.

Key words: systemic lupus erythematosus, anxiety-depressive disorder, medical and psychological questionnaire, HADS scale, suicide, quality of life, psychological component, physical component, SF-36 questionnaire

Бугунги кунда махаллий ва хорижий ревматологларнинг коморбид рухий бузилишлар (РБ) муаммосига кизикиши ортиши бежиз эмас [3,5,6,8].

Иммун ялиғланишли ревматик касалликлар тананинг кўплаб тизимларига зарар етказадиган, функционал қобилятининг пасайишининг эрта бошланиши, тез-тез касбий ва ижтимоий кўникмаларини йўқотиши, ногиронлик ва ўрта ёшдаги ўлим даражаси юқори бўлган сурункали прогрессив касалликлар деб таснифланади. Ревматик касалликларнинг тарқалиши жуда кенг бўлиб, катта ёшли аҳоли орасида 0,5 дан 2% гача бўлади [7].

Турли хил муаллифларнинг фикрига кўра, ревматик касаллик билан касалланган беморларда хавотир-депрессив бузилиши (ХДБ) билан касалланиш даражаси 20% дан 89% гача, хусусан, ревматоид артритда - 30-89%, тизимли қизил бўричада - 50-83%, умумий популяцияда ХДБ 6-13 % да учрайди. [2,3,6].

Тизимли қизил бўрича бу – келиб чиқиши номаълум бўлган касаллик бўлиб, клиник кўринишлари доирасининг кенглиги, турли орган ва тизимларнинг шикастланиши билан тавсифланади [1].

Ревматик касаллик билан касалланган беморларда ХДБ лар юқори частотасига қарамай, кўпинча ташхис қўйилмаган ва даволанмаган. Бу, биринчи навбатда, барча эътибор касалликнинг асосий иммунопатологик жихатларига қаратилиши, депрессия ва хавотир сурункали касалликка "нормал" реакция сифатида қаралиши билан боғлиқ. Депрессияни аниқлаш ревматик касалликларнинг баъзи белгилари депрессиянинг намоён бўлишига тўғри келиши билан мураккаблашади (масалан, сурункали чарчаш, ҳаракатланишда тормозланишлар, вазн йўқотиш, уйқусизлик, иштаҳа йўқолиши). Бундан ташқари, ревматолог, бошка мутахассисликлар шифокорларида,

кўпинча рухий бузилишлар диагностикаси учун етарли вақт ва кўникмалар мавжуд эмас. Баъзи маълумотларга кўра, ревматик касалликлар ва депрессия билан оғриган беморларнинг фақат бешдан бир қисми шифокор билан кайфият муаммоларини муҳокама қилишга тайёр ва беморларнинг фақат тўртдан бири етарли психофармакологик ва психотерапевтик ёрдам олади [2,9].

Беморларда шунингдек, ижтимоий нуқтаи назардан қийинчиликларга дуч келишади. Тизимли қизил бўрича одатий турмуш тарзини бузади ва қариндошлар, дўстлар билан муносабатнинг табиатини ўзгартиради. Бундан ташқари, бу беморларнинг оила аъзоларининг ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади [10].

Умуман олганда, рухий тушқунлик меҳнат қобилятини икки баравар пасайишига, иш жойини йўқотишига ва ревматик касалликлар билан оғриган беморларни даволаш харажатларининг ошишига олиб келади [4].

Шу боис тизимли қизил бўрича ташхиси қўйилган беморларда хавотир-депрессив бузилишларни, суицидал фикрлар бор ёки йўқлигини ва ҳаёт сифати кўрсаткичларини эрта аниқлаб уларга психофармакотерапия қўлланилишини тақозо этади.

Тадқиқот мақсади: Тизимли қизил бўричада тиббий-психологик диагностикани касалликни эрта босқичларида амалга ошириш ва уларни коррекция қилиш орқали касаллик кечишига ижобий таъсир кўрсатиш.

Материал ва методлар. Тадқиқот ўтказиш мақсадида тизимли қизил бўрича касаллигининг ўткир ости кечиши ва касаллик сабабли баъзи нишон аъзолари зарарланган 80 нафар беморлар танлаб олинди. Текширилувчиларнинг ўртача ёши 28±9,2 ва барчаси

аёллар.

Беморларнинг психоэмоционал статусини баҳолаш учун тиббий-психологик анкета, хавотир ва депрессияни аниқлаш учун HADS (Hospital anxiety depression scale) қўлланилди.

Ўз жонига қасд қилишга моилликнинг хавф даражасини аниқлашда SAD PERSON шкаласидан фойдаланилди. SAD PERSON - шкаласи мнемоник восита сифатида ишлатиладиган қисқартма. У биринчи марта тиббий ходимларнинг ўз жонига қасд қилиш хавфини аниқлаш учун клиник баҳолаш воситасим сифатида ишлаб чиқилган (Паттерсон ва бошқалар томонидан 1983). SAD PERSON шкаласи тиббиёт ходимлари учун фойдали бўлган маълумотларни тўплаш усулларида биридир.

Беморларнинг ҳаёт сифати кўрсаткичларни баҳолашда эса SF-36 сўровномасидан фойдаланилди.

Натижалар ва таҳлил. Тизимли қизил бўричада тиббий психологик диагностика босқичлари қуйидагилардан иборат:

Биринчи босқич: Тиббий психологик таҳлил.

Бу босқичда беморлардаги хавотир ва депрессиянинг объектив ва субъектив белгилари ўрганилади. Бу эса тизимли қизил бўрича ташҳиси қўйилишининг дастлабки босқичлариданок беморларнинг психоэмоционал ҳолатини ўрганиб зарур психотерапевтик ва психофармакотерапевтик даво муолажалари қилишни талаб қилади (жад. 1).

Жадвал 1

Тизимли қизил бўрича аниқланган беморлардаги субъектив симптомлар

№	Субъектив симптомлар	Беморлар (n=80)
1	Доимий хавотирлик хисси	75 (93,7%)
2	Уйқу бузилиши	76 (95%)
3	Эмоционал лабиллик	80 (100%)
4	Кайфият ўзгарувчанлиги	76 (95%)
5	Кўркув хисси	62 (77,5%)
6	“Ёмон” фикрлар ҳақида фиксация	59 (73,7%)

HADS шкаласи бўйича хавотирнинг турлари (клиник, субклиник хавотир) кўрсаткичлари таҳлиliga кўра, ТҚБ ташҳиси қўйилган беморларда (n=80) клиник хавотир 66,0%ни ташкил этган бўлса, субклиник хавотир 10,7%га тенг бўлди (жад. 2).

Жадвал 2

Хавотир даражасининг тақсимланиши (%)

Хавотир	Беморлар (n=80)	%
Клиник ифодаланган хавотир	52	66,0±4,9
Субклиник ифодаланган хавотир	9	10,7±12,6
Хавотир йўқ (норма)	19	23,1±8,0

HADS шкаласи бўйича депрессия кўрсаткичлари таҳлиliga кўра, беморларда клиник депрессия, 41,0%ни ташкил этган бўлса, субклиник депрессия 35,7%га тенг бўлди (жад.3).

Депрессия даражасининг тақсимланиши (%)

Депрессия	беморлар (n=80)	%
Клиник ифодаланган депрессия	34	41,0±6,3
Субклиник ифодаланган депрессия	28	35,7±6,6
Депрессия йўқ (норма)	18	23,3±7,3

Хавотир аниқланмаган беморларда клиник ва субклиник депрессия аниқланди ва аксинча.

Иккинчи босқич. Ўз жонига қасд қилиш (суицид) хавфини аниқлаш.

Адабиёт таҳлиliga кўра сурункали касаллиги бўлган беморлар, жумладан ревматик касалликлар билан оғриган беморларда ўз жонига қасд қилиш фикрларига ва суицидга моил бўладилар. Баъзи тадқиқотларда айтилишича, ТҚБ билан касалланган беморларда ўз жонига қасд қилиш даражаси жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ўлим статистикасидан олинган умумий аҳолидан кутилгандан 4-5 баробар юқори. Бошқа манбаларда айтилишича, ўз жонига қасд қилишни турли жойларда тизимли қизил бўрича касалларининг 8-34 фоизда турли хил баҳолаш воситаларидан фойдаланган ҳолда тасвирланган.

Бу босқичда беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфи аниқланади. Ўз жонига қасд қилиш характери – бу ўлимга аниқ ёки яширин ният билан ундалган, ўз-ўзига зарар етказиш ёки ўз-ўзини йўқ қилишга қаратилган, ҳеч бўлмаганда минимал даражадаги ҳаёл, фикрлар, ғоялар ёки хатти-харакатлар шаклида намоён бўладиган аутоагрессив тажовузкор хатти-харакат.

Бир қатор статистик кўрсаткичлар бўйича (ижтимоий-демографик, иқтисодий, тиббий ва бошқалар) фарқ қилувчи аҳоли гуруҳлари ўз жонига қасд қилишнинг турли даражаларига эга. Хавф омиллари эҳтимоллик тушунчалари бўлиб, уларнинг башорат қилувчи тушунчалари нисбийдир. Бошқача қилиб айтганда ҳеч қандай бўлмаса ҳам содир бўлиши мумкин. Бироқ, уларнинг аҳамияти кўплаб омилларнинг бирлашиши билан кучаяди.

Хавфнинг асосий омилларига ижтимоий-демографик, тиббий, биографик, индивидуал психологик ва бошқалар киради. Ўз жонига қасд қилишнинг асосий “воситаси” бу бемор билан клиник суҳбат, уни кузатиш, учинчи шахслар ва тиббий хужжатлардан олинган маълумотлар. Ўз жонига қасд қилишнинг воситаси сифатида рейтинг шкаласидан фойдаланиш тавсия этилади. Шу мақсадда ТҚБ ташҳиси қўйилган беморларда ўз жонига қасд қилиш хавфини аниқлаш учун SAD PERSON шкаласидан фойдаланилди (жад. 4).

Суицид хавфини баҳоловчи шкала
(The SAD PERSONS Scale, Patterson et al. 1983)

Фактор	Кўрсаткичлар (киймати)
Жинси	1 – эркак; 0 – аёл
Ёши	1 – <19 ёш ёки >45
Депрессия	1 – агар бор бўлса

Анамнезидаги парасуицидлар	1 – агар бор бўлса
Спиртли ичимликларни сунистеъмол қилиш	1 – агар бор бўлса
Рационал фикрлаш бузилишлари (васваса, галлюцинация, ёқотиш ҳиссини ўрнашиб қолиши, идрокнинг депрессив торайиши)	1 – шизофрения, кайфият бузилишлари, когнитив бузилишлар
Жамият томонидан қўллаб қувватлашнинг етишмовчилиги (ёлғиз ўзи яшаш, муносабатлардаги чуқур қийинчиликлар, жамиятни қабул қилмаслик)	1 – агар мавжуд бўлса, айниқса яқин орада ўзига муҳим бўлган инсонни ёқотганда
Режаланган суиқасдни уюштириш	1 – агар мавжуд бўлса, ва танланган усул аниқ ўлимга олиб келадиган бўлса
Турмуш ўртоғининг йўқлиги	1 – ажрашган, бева, ажратилган, ёлғизликда яшайди
Касаллик	1 – агар мавжуд бўлса, айниқса сурункали, ногиронликка олиб келувчи, оғир кечувчи

Умумий балл 0 (ўта кичик хавф) -10 (ўта юқори хавф) гача

Ушбу сўровномани қуйидагича баҳоланади:

Умумий балл	Тахминий чора-тадбирлар
0 – 2, кам хавф	Амбулатор кузатув
3 – 4, ўртача хавф	Амбулатор кузатув мунтазам кўрик билан (1-3 марта ҳафтасига), кундузги стационар, стационар госпитализация ҳақида ўйлаб кўриш
5 – 6, юқори хавф	Агар амбулатор кузатувнинг самарасига шубҳа бўлса, госпитализацияга тавсия бериш (психиатрик ва социал хизмат, қариндошлар)
7 – 10, жуда юқори хавф	Госпитализация (шу жумладан мажбурий)

Жадвал 4

SAD PERSONS шкаласи орқали суицид хавфини аниқлаш
Беморларни ушбу сўровнома орқали текширилганда қуйидаги натижалар олинди:

Умумий балл	Беморлар n=80
0 – 2, кам хавф	-
3 – 4, ўртача хавф	75 (93,7%)
5 – 6, юқори хавф	4 (5,0%)
7 – 10, жуда юқори хавф	1 (1,3%)

Юқоридаги жадвалдан кўриниб турибдики, беморларда ўз жонига қасд қилишнинг ўртача ва юқори хавфи кўп кузатилди. Бу эса ўз вақтида беморларга тегишли чора-тадбирларни кўриш имконини беради

Учинчи босқич. Ҳаёт сифатини баҳолаш

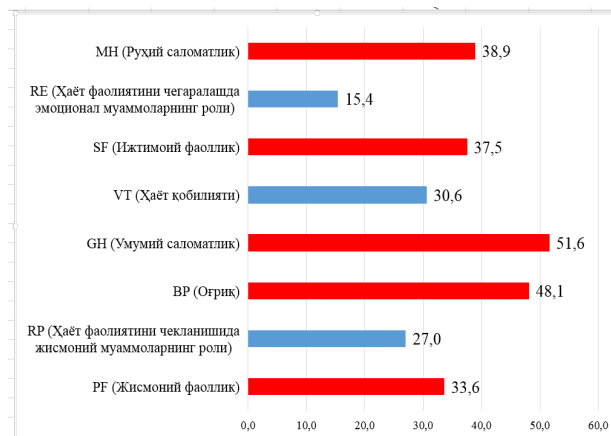
Чунки ТҚБ аниқланган беморлардаги сурункали касаллик, доимий равишда глюкокортикостероид препаратларни ичиш, психоэмоционал бузилишларнинг

кузатилиши ҳаёт сифатини пасайтириб касаллик кечишига салбий таъсир кўрсатади ва 25-57% ҳолларда ногиронликка олиб келади.

Бу босқичда беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун SF-36 сўровномаси қўлланилади. SF-36 сўровномаси энг кенг тарқалган сўровномалардан бири ҳисобланади. У умумий ҳисобланиб, ҳар хил касалликлар билан ҳасталанган беморлар ҳаёт сифатини баҳолашга ва ушбу кўрсаткичларни соғлом популяция билан таққослашга ёрдам беради. Бундан ташқари SF-36 сўровномаси катталар учун тузилган бўлиб, у 14 ёш ва ундан катта ёшдаги респондентларни қамраб олади. Бу сўровноманинг самарадорлиги юқори бўлиб, қисқалиги (36 та саволдан иборат), уни қўллаш қулайлиги билан ажралиб туради

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, тизимли қизил бўрича касаллиги ва беморларнинг ҳаёт сифати ўртасида кучли тўғри корреляцион ($r=0,78\pm 0,11$) боғлиқлик бор, жумладан, касалликнинг давомийлиги ($r=0,81\pm 0,24$), беморларнинг ёши ($r=0,75\pm 0,21$) бунда муҳим рол ўйнайди.

ТҚБ ташхисланган беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш бўйича 8 та кўрсаткични ҳар бир беморда таҳлил натижаларига кўра, беморларда энг юқори кўрсаткич $55\pm 5,3$ ни ташкил этди, яъни касаллик беморларнинг ҳаёт сифатига яққол ўз таъсирини ўтказганлигини кўрсатди, кўрсаткич қанча юқори бўлса, ҳаёт сифати шунча яхши бўлади (расм 1).



Расм 1. ТҚБ ташхисланган беморларни SF-36 мезонлари бўйича баҳолаш натижалари

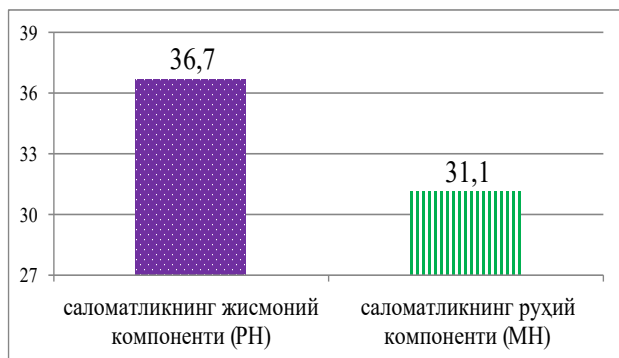
ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда ҳаёт фаолияти чекланишида жисмоний муаммолар ($RP=27,0\pm 7,3$), ҳаёт фаолиятининг чегараланишида руҳий эмоционал муаммолар ($RE=15,4\pm 8,5$), ҳаёт қобилияти (тетиклик) ($VT=30,6\pm 7,5$) каби мезонлар бўйича паст кўрсаткичлар қайд этилган бўлса, умумий саломатлик ҳолати ($GH=51,6\pm 5,3$) ва оғрикнинг интенсивлиги ($BP=48,1\pm 5,6$) мезони бўйича бироз юқори кўрсаткичлар қайд этилган. Бироқ бу беморлар умумий саломатлиги яхши эканлиги ёки оғрикнинг интенсивлиги пастлигидан далолат бермайди, шунингдек, олинган кўрсаткичлар соғлом шахсларга нисбатан жуда паст эканлигини кўрсатади.

SF-36 сўровномаси мезонлари 2 та гуруҳга ажратилади: саломатликнинг жисмоний ва руҳий компоненти. Саломатликнинг жисмоний компонентига (PH) жисмоний фаоллик (PF), ҳаёт фаолиятининг чекланганлигида жисмоний муаммоларнинг роли (RP),

оғрик (BP), умумий саломатлик (GH) мезонлари киради.

Саломатликнинг рухий(МН) компонентиға қўйидаги мезонлар киради: ҳаёт қобилияти (VT), ижтимоий фаоллик (SF), ҳаёт фаолиятини чегараланишида эмоционал муаммоларнинг роли (RE), рухий саломатлик (МН).

Биз ўз тадқиқотларимизда ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда саломатликнинг жисмоний ва рухий компонентларини бўйича ҳам баҳоладик. Олинган натижаларимизга кўра, беморларда жисмоний компонент (PH=36,7±6,3) рухий компонентга (МН=31,1±6,7) нисбатан устунлик қилди (расм 2).



Расм 2. ТҚБ ташхисланган беморларда саломатликнинг жисмоний ва рухий компонентларини баҳолаш натижалари

Юқоридаги диаграммадан кўриниб турибдики, ТҚБ ташхиси қўйилган беморларда саломатликнинг жисмоний ва рухий компонентларини баҳолаш натижаларига беморларда жисмоний компонент (PH=36,7±6,3) рухий компонентга (МН=31,1±6,7) нисбатан устунлик қилиши ТҚБ беморларнинг тетиклик тонуси, ижтимоий фаоллиги, рухий эмоционал фаолиятига ва рухий саломатлигига салбий таъсир кўрсатишини тасдиқлади.

Хулосалар. Тадқиқот натижаларига кўра, тизимли қизил бўричада юқорида кўрсатилган тиббий-психологик диагностика орқали беморларнинг психоэмоционал ҳолатини улар шифохонага мурожаат қилган кундан бошлаб аниқлаш зарур. Тизимли қизил бўричада юқорида кўрсатилган диагностика босқичларини амалга ошириш орқали дистимик ҳолатлар, ангедония, апатик ҳолатлар, диссомния, демотивацион синдромлар, психовегетатив бузилишларни ва хавотир-депрессив бузилишларни эрта аниқлаш мумкин. Бу эса беморлардаги психоэмоционал бузилишларнинг оғир даражаларига ўтиб кетиши натижасида беморлар ҳаёт сифатининг пасайиб кетмаслигини таъминлайди.

Бундан ташқари суицидал фикрлар, парасуицидал ҳолатларни эрта аниқлаш ва уларга ўз вақтида зарур чора-тадбирларни кўриш имконини беради.

Ҳаёт сифатини ўрганиб баҳолаш орқали ҳаёт қобилияти, ижтимоий фаоллиги, ҳаёт фаолиятини чегараланишида эмоционал муаммоларнинг роли, рухий саломатлик даражасини аниқлаб, беморнинг асосий касалликка бўлган таъсирини, уларнинг комплайнсини ошириш мақсадида қўлланилиш имконини беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Конабеков Б.Е., Хамитов Е.А., Хисметова З.А. Качество жизни у пациентов с системной красной волчанкой в зависимости от медико-социальных, этнических характеристик и психоэмоционального состояния (депрессия и тревога-2018).
2. Лисицына Т.А. «Психические расстройства у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой»-2014.
3. Bruce T.O. Comorbid depression in rheumatoid arthritis: pathophysiology and clinical implications. // Curr Psychiatry Rep. - 2008. - Vol. 10. - P. 258-264
4. Joyce A.T, Smith P, Khandker R., Melin J.M., Singh A. Hidden cost of rheumatoid arthritis, estimating cost of comorbid cardiovascular disease and depression among patients with RA. // J. Rheumatol. - 2009. - Vol. 36. - N. 4. - P. 743752.
5. Katon W.J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. // Dialogues in clinical neuroscience. 2011. Vol. 13. N. 1. P. 7-23.
6. Kekow J., Moots R., Khandker R. et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. // Rheumatology. - 2011. - Vol. 50. - P. 401-409.
7. Lawrence R.C., Felson D.T., Helmick C.G. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. // Arthritis Rheum. - 2008. - Vol. 58. - P. 26-35.
8. Ohayon M.M., Schatzberg A.F. Chronic pain and major depressive disorder in the general population. // J Psychiatr Res. - 2010. - Vol. 44. - P. 454-461.
9. Sleath B., Chewning B., de Vellis B.M. et al. Communication about depression during rheumatoid arthritis patient visits. // Arthritis Rheum. - 2008. - Vol. 59.-N. 2.-P. 186-191.
10. Zeng F. et al. Relatives' quality of life and psychological disturbance: a new concern of SLE management // Clin. Rheumatol. 2017. С. 1-7.

Тизимли қизил бўричада тиббий-психологик диагностика

Н.М. Махаматжанова

Хулоса: Ушбу мақолада тизимли қизил бўрича билан оғриган беморларда психоэмоционал касалликлар диагностикаси, ўз жонига қасд қилиш ҳавфи ва ҳаёт сифати кўрсаткичлари кўриб чиқилади. Тиббий-психологик сўровномалар ва бошқа психодиагностик усуллардан фойдаланган ҳолда беморларда аниқланган хавотир-депрессив бузилишлар, клиник ва психологик кўрсаткичлар, ўз жонига қасд қилиш фикрлари ва ҳаёт сифати кўрсаткичлари натижалари тақдим этилади.

Калим сўзлари: тизимли қизил бўрича, хавотир-депрессив бузилиш, тиббий-психологик анкета, HADS шкаласи, суицид, ҳаёт сифати, психологик компонент, жисмоний компонент, SF-36 сўровномаси.

