

І. Р. Ромаш, М. І. Винник

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ АТИПОВИХ НЕЙРОЛЕПТИКІВ ТА КОРЕКЦІЇ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

И. Р. Ромаш, М. И. Винник

Динамика показателей качества жизни при метаболическом синдроме у больных параноидной шизофренией на фоне применения атипичных нейролептиков и коррекции сопутствующей патологии

I. R. Romash, M. I. Vynnyk

Dynamics of Quality of Life Indices in Case of Metabolic Syndrome in Patients with Paranoid Schizophrenia on the Background of Atypical Neuroleptic Agents Application and Improvement of Comorbidity

Мета роботи — вивчити особливості динаміки рівня якості життя залежно від клініко-психопатологічної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію з супутнім метаболічним синдромом на тлі тривалої нейролептичної терапії та визначити ефективність супутньої коригувальної терапії.

Було обстежено 140 пацієнтів, хворих на параноїдну шизофренію (F20.0), які були поділені на три групи. I група — 40 осіб, які отримували галоперидол у середній добовій дозі $4,6 \pm 1,3$ мг/добу, II група — 40 пацієнтів, які отримували рисперидон ($3,7 \pm 1,8$ мг/добу), III — 40 пацієнтів, які приймали кветіапін (413 ± 116 мг/добу). У кожній із цих груп половина пацієнтів (групи порівняння) і далі отримували нейролептичну терапію за вище прописаною схемою, а другій половині (досліджувані групи) до стандартної терапії додавали препарат метформіну гідрохлорид в дозі 500 мг/добу. Контрольну групу становили 20 пацієнтів із діагнозом «параноїдна шизофренія, ремісія», без ознак метаболічного синдрому, які протягом останніх пів року не отримували нейролептиків. Для докладного вивчення психічного стану пацієнтів використано The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) та опитувальник Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36).

У цьому дослідженні ми простежили вплив коморбідної патології на показники якості життя у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які тривало отримують нейролептичну терапію, та переконалися, що супутня коригувальна терапія є доцільною в плані підвищення комплаєнтності та поліпшення показників якості життя у досліджуваній категорії пацієнтів.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, метаболічний синдром, атипичні нейролептики, якість життя

Цель работы — изучить особенности динамики уровня качества жизни в зависимости от клинико-психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией и сопутствующим метаболическим синдромом на фоне длительной нейролептической терапии, а также изучение эффективности сопутствующей коррекционной терапии.

Было обследовано 140 пациентов с параноидной шизофренией (F20.0), которые были разделены на три группы: I группа — 40 человек, получавшие галоперидол в средней суточной дозе $4,6 \pm 1,3$ мг, II группа — 40 пациентов, получавшие рисперидон ($3,7 \pm 1,8$ мг/сут), III — 40 пациентов, принимавших кветиапин (413 ± 116 мг/сут). В каждой из представленных групп половина пациентов (группы сравнения) продолжали получать нейролептическую терапию по выше прописанной схеме, а второй половине к стандартной терапии был добавлен препарат метформина гидрохлорид в дозе 500 мг/сут. Контрольную группу составили 20 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения, ремиссия», без признаков метаболического синдрома, которые на протяжении последних полугода не получали нейролептиков. Для детального изучения психического состояния пациентов использованы The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) и опросник Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36).

В данном исследовании мы проследили влияние коморбидной патологии на показатели качества жизни у пациентов с параноидной шизофренией, длительно получающих нейролептическую терапию, и отметили, что сопутствующая коррекционная терапия целесообразна в плане повышения комплаентности и улучшения показателей качества жизни в исследованной категории пациентов.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, метаболический синдром, атипичные нейролептики, качество жизни

The objective of the research was to study the features of quality of life dynamics depending on clinical and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia associated with metabolic syndrome on the background of long-term neuroleptic therapy and to study the effectiveness of concomitant corrective therapy.

140 patients with paranoid schizophrenia (F20.0) were examined and divided into three groups. Group I included 40 patients who received haloperidol at an average daily dose of 4.6 ± 1.3 mg/day, Group II consisted of 40 patients who received risperidone (3.7 ± 1.8 mg/day), Group III included 40 patients who received quetiapine (413 ± 116 mg/day). Half of the patients in each of the presented groups continued to receive neuroleptic therapy according to the above mentioned regimen, and the other half of the patients received metformin hydrochloride at a dose of 500 mg/day in addition to the standard therapy. The control group consisted of 20 patients diagnosed with "paranoid schizophrenia, remission", without metabolic syndrome signs, who had not received neuroleptics for the past six months. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) and the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status Questionnaire (SF-36) were used to study the patients' mental health in detail.

In this research, we monitored the impact of comorbidity on quality of life indices in the patients with long-lasting treatment of schizophrenia by neuroleptic agents, and noted that concomitant corrective therapy was appropriate in terms of compliance increase and quality of life indices improvement in the studied category of patients.

Keywords: paranoid schizophrenia, metabolic syndrome, atypical neuroleptic agents, quality of life

Емоційно-вольові розлади, властиві шизофренії, призводять до формування нездорового способу життя: гіподинамії, нераціонального харчування, недостатньої турботи про власне здоров'я, шкідливих звичок,

формування гіпо- та анозогнозичного типів взаємин, до наявності коморбідної патології. Психосоціальна дисфункція — одна із ключових рис шизофренії, яка часто призводить до знецінення самостійного життя та істотної нездатності підтримувати його якість [1, 2]. На сьогодні одним із об'єктивних критеріїв ефективності психіат-

ричної допомоги при шизофренії визнаний показник якості життя (ЯЖ) і стандарти її надання сконцентровані саме на забезпеченні його гідного рівня [3]. Дослідження ЯЖ є високоінформативним інструментом, який визначає ефективність системи надання медичної допомоги та дозволяє дати об'єктивну оцінку якості медичної допомоги на рівні головного його споживача — хворого. З погляду принципів доказової медицини, ЯЖ пацієнта — це єдиний вартий уваги критерій та головна ціль ефективності терапії тривалих, хронічних захворювань [4, 5].

Особливої уваги потребують пацієнти із шизофренією, яка коморбідна із соматичною патологією, зокрема метаболічними порушеннями, які часто залишаються поза увагою клініцистів. Згідно з даними дослідження CATIE, хворі на шизофренію, коморбідну із цукровим діабетом, у 45 % випадків обирають вектор терапії за соматичною патологією, нехтуючи лікуванням основного захворювання, решта 40 % — навпаки — залишають супутні метаболічні порушення без адекватної корекції [6]. Науково підтверджено, що супутня соматична патологія чинить синдромопластичний вплив на вираженість психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії, впливаючи також на суб'єктивну оцінку пацієнтами параметрів свого соматичного та фізичного функціонування [7]. Зі збільшенням тривалості та безперервності шизофренічного процесу, який супроводжується коморбідною патологією, у хворих порушується суб'єктивна оцінка ЯЖ практично в усіх сферах їх життєдіяльності. Це очевидно пов'язано із тим, що хворі на шизофренію, а особливо при її поєднанні із метаболічними порушеннями, мають набагато нижчу оцінку рівня власного здоров'я та виражений песимізм щодо його відновлення [1, 2]. Динаміка психічних розладів у таких пацієнтів відрізняється високою прогредієнтністю і маскованістю симптомів поєднаних захворювань, що приводить до затяжного перебігу і гіршого клінічного прогнозу, а нелікована супутня патологія стає причиною зниження тривалості життя хворих на шизофренію, яка в середньому коротша на 10—15 років порівняно із загальною популяцією населення [6, 8, 9]. На думку окремих авторів, наявність соматичної патології при шизофренії формує у таких хворих ірраціональну модель ставлення до хвороби, що так само знижує ефективність лікування [10].

Метою дослідження було — вивчити особливості динаміки рівня якості життя залежно від клініко-психопатологічної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію з супутнім метаболічним синдромом на тлі тривалої нейролептичної терапії та визначити ефективність супутньої коригувальної терапії.

Дослідження проведено на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (м. Івано-Франківськ, Україна), клінічна база — Івано-Франківська обласна психоневрологічна лікарня № 3. Було обстежено 140 пацієнтів, хворих на параноїдну шизофренію (F20.0), які були поділені на три групи. До першої (I) групи увійшли 40 осіб, які отримували атипичний нейролептик (АН) галоперидол у дозі 1,5—6 мг/добу (середня доза — $4,6 \pm 1,3$ мг/добу); до другої (II) групи — 40 пацієнтів, які отримували АН рисперидон 2—6 мг/добу (середня доза — $3,7 \pm 1,8$ мг/добу). До третьої (III) — 40 пацієнтів, які приймали АН кветіапін у добовій дозі 50—750 мг (середня доза — 413 ± 116 мг/добу). Середній вік пацієнтів становив $38,70 \pm 2,3$ роки. Середня тривалість нейролептичної терапії становила $6 \pm 1,3$ місяці. У кожній із сформованих груп половина пацієнтів (групи порів-

няння) і далі отримували нейролептичну терапію за вище прописаною схемою, а другій половині (досліджувані групи) до стандартної терапії додавали препарат метформіну гідрохлорид в дозі 500 мг/добу. Контрольну групу становили 20 пацієнтів із діагнозом «параноїдна шизофренія, ремісія», без ознак метаболічного синдрому, які протягом останнього пів року не отримували нейролептиків.

Основні критерії включення у досліджувані групи: встановлений діагноз «параноїдна шизофренія» відповідно до МКХ-10; наявність на час скринінгового етапу монотерапії антипсихотичним препаратом (галоперидолом, рисперидоном або кветіапіном) тривалістю більш ніж 3 місяці; наявність супутнього метаболічного синдрому, письмова інформована згода на участь у дослідженні.

Дослідження мало комплексний характер. Клініко-психопатологічне дослідження передбачало структуроване інтерв'ю. Для докладного вивчення психічного стану пацієнтів використано шкалу The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) — «Кваліфікаційна шкала оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (Kay S., Opler L., Fiszbein A., 1987) [11] та коротку форму опитувальника Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36) (Ware et al., 1993) [12].

За шкалою PANSS оцінювали вираженість продуктивної, негативної симптоматики, загальні психопатологічні симптоми. Шкала SF-36 — багатопозиційна, складається з 36 запитань, оцінює вісім концепцій здоров'я: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким способом, що чим вище показник (від 0 до 100), тим краща оцінка за обраною шкалою. З них формують два параметри, які оцінюють усі вісім концепцій здоров'я, — психічний і фізичний компоненти. До фізичного компонента належать: *GH* — загальне сприйняття здоров'я, *PF* — обмеження у фізичних навантаженнях через проблеми зі здоров'ям, *RP* — обмеження у звичайній рольовій діяльності через фізичні проблеми зі здоров'ям, *BP* — тілесний біль. До психічного компонента належать: *SF* — обмеження в соціальній діяльності через фізичні або емоційні проблеми, *MN* — загальне психічне здоров'я (психологічний дистрес і самопочуття), *RE* — обмеження у звичайній рольовій діяльності через емоційні проблеми, *VT* — життєздатність (енергія і втома). Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 становить повне здоров'я. Результати отримують у вигляді оцінок в балах, складених так, що вища оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ. Цей опитувальник є загальним, його можна використовувати як для хворих з різною патологією, так і для популяційних досліджень. Він добре зарекомендував себе в безлічі клінічних досліджень, простий у використанні. Опитувальник SF-36 є багатовимірним, досить простим, коротким, надійним, валідним і чутливим.

Під час роботи із пацієнтами ми дотримувалися етичних принципів Гельсінської Декларації Всесвітньої Медичної асоціації (World Medical Association of Helsinki 1964, 2000 ред.). Дослідження схвалено комітетом з біоетики ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет». Перед залученням в дослідження всі пацієнти підписали добровільну інформовану згоду.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програмних пакетів Statistica 7.0 та пакету статистичних функцій програми Microsoft Excel, 2016.

Для проведення обчислень була створена база даних на ґрунті результатів, отриманих під час первинного та повторних обстежень хворих. Вірогідність отриманих показників підтверджували обчислюванням похибок для відносних величин, а вірогідність різниці даних у порівнюваних групах доводили обчислюванням коефіцієнта t (Стюдента) і визначенням за таблицею точності безпомилкового прогнозу. Для опису кількісних ознак використовували середню арифметичну (M), стандартну похибку ($\pm m$).

Згідно з даними таблиці, сформовані групи дослідження за основними соціодемографічними показниками вірогідно не відрізнялися.

Середню спеціальну освіту мала найбільша частина пацієнтів у кожній з залучених у дослідження груп (від 37,5 % до 67,5 %, відповідно), так само частка пацієнтів з неповною вищою та вищою освітою є теж вагомою та разом становить від 22,5 % до 42,5 % у окремих групах.

Незважаючи на достатньо високий показник освіченості та ступінь отриманої освіти (вища — від 5 % до 12,5 % у окремих групах) обстежувані здебільшого виконували низькокваліфіковану працю (від 60,0 % до 67,5 % у різних групах), не маючи змоги працевлаштуватись за отриманим фахом у зв'язку з стигматизуючим впливом встановленого діагнозу, з одного боку, та з посиленням з віком негативної симптоматики — з другого. За результатами аналізу сімейного статусу обстежених хворих статистично вагомих відмінностей не було виявлено. Більша частка пацієнтів на час залучення у дослідження перебували у шлюбі (від 37,5 % до 45 % у групах), частка самотніх пацієнтів становила в середньому 30 %, розлучених — 25 %.

Соціодемографічні показники обстежених хворих

Показник	I група $n = 40$		II група $n = 40$		III група $n = 40$		Контрольна група $n = 20$	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рівень освіти								
середня	6	15	4	10	8	20	4	20
середня спеціальна	17	42,5	27	67,5	15	37,5	10	50
неповна вища	11	27,5	7	17,5	12	30	5	25
вища	6	15	2	5	5	12,5	1	5
Професійний добробут								
низькокваліфікована праця	24	60	25	62,5	27	67,5	9	45
високкокваліфікована праця	4	10	5	12,5	3	7,5	2	10
епізодична зайнятість	4	10	2	5	3	7,5	1	5
на інвалідності і не працюють	8	20	8	20	7	17,5	8	40
Сімейний статус								
сімейні	16	40	15	37,5	17	42,5	9	45
розлучені	11	27,5	9	22,5	10	25	6	30
самотні	12	30	13	32,5	11	27,5	3	15
вдівці	1	2,5	3	7,5	2	5	2	10

Аналіз соціальних зв'язків обстежених хворих усіх клінічних груп показав чималу соціальну ізоляцію останніх, їхні контакти обмежувалися спілкуванням із близькими родичами. Хворі контрольної групи характеризувались куди ширшими соціальними контактами. Такий докладний аналіз зумовлений тим, що відповідно до наукових даних, на ЯЖ впливають не лише клініко-психопатологічні особливості захворювання, але й соціодемографічні показники, як-от рівень освіти, сімейний статус, умови проживання й інші соціальні та культурні фактори [1—4; 7].

У групах дослідження та порівняння проводили аналіз показників ЯЖ. Внаслідок порівняльного аналізу було виявлено вірогідне зниження ЯЖ у хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну із метаболічним синдромом (МС), порівняно із пацієнтами групи контролю, які не мали супутньої патології. Порівняльну оцінку динаміки фізичних компонентів якості життя хворих на параноїдну шизофренію із МС на тлі тривалого застосування нейролептичної терапії та у сполученні з терапією метформіну гідрохлоридом наведено на рисунку 1. На початку дослідження середній показник загального стану здоров'я — General Health (GH), який оцінює загальний стан здоров'я, перспективи лікування та опірність організму до захворювання, у пацієнтів I досліджуваної групи (I-G) в середньому становив $51,86 \pm 13,45$, що на 19,59 % менше порівняно із контрольною групою; у хворих із групи рисперидону (II-P) — $52,81 \pm 9,7$, що на 18,12 % менше,

та групи кветіапіну (III-K) — $50,97 \pm 8,96$, що на 20,9 % менше, відповідно. Під впливом нейролептичної терапії, проведеної за наведеною схемою, цей показник в групі галоперидолу покращився на 5,5 %, за наступні три місяці — ще на 9,65 %, досягнувши оцінки $59,54 \pm 3,75$. Різниця показників до лікування та після 6 місяців статистично вірогідна ($p < 0,05$), але водночас з цим показник не досягнув рівня середнього показника контрольної групи — $64,5 \pm 0,7$ ($p^{**} > 0,05$). В групі пацієнтів, які приймали рисперидон, GH вірогідно підвищився, досягнувши величини $64,34 \pm 16,3$ ($p^{*} < 0,05$), наблизившись до даних групи контролю ($p^{**} > 0,05$). В групі, де пацієнти приймали кветіапін, цей показник становив $65,32 \pm 8,37$, збільшившись порівняно із вихідними даними та покращившись на 1,27 % порівняно із групою контролю ($p^{*} < 0,05$; $p^{**} < 0,05$).

У досліджуваних групах, в яких до основної нейролептичної терапії додавали метформіну гідрохлорид, динаміка показника GH була порівняно кращою. Протягом шестимісячного лікування у групі галоперидолу із метформіном цей показник досяг рівня $64,54 \pm 1,12$ ($p^{*} > 0,05$; $p^{**} > 0,05$); у групі рисперидону з метформіном — $66,34 \pm 0,12$ ($p^{*} < 0,05$; $p^{**} < 0,05$); кветіапіну із метформіном — $67,32 \pm 0,9$ ($p^{*} < 0,05$; $p^{**} < 0,05$). Як видно із наведених даних, супутня терапія метформіну гідрохлоридом чинила позитивний вплив на середній показник загального стану здоров'я.

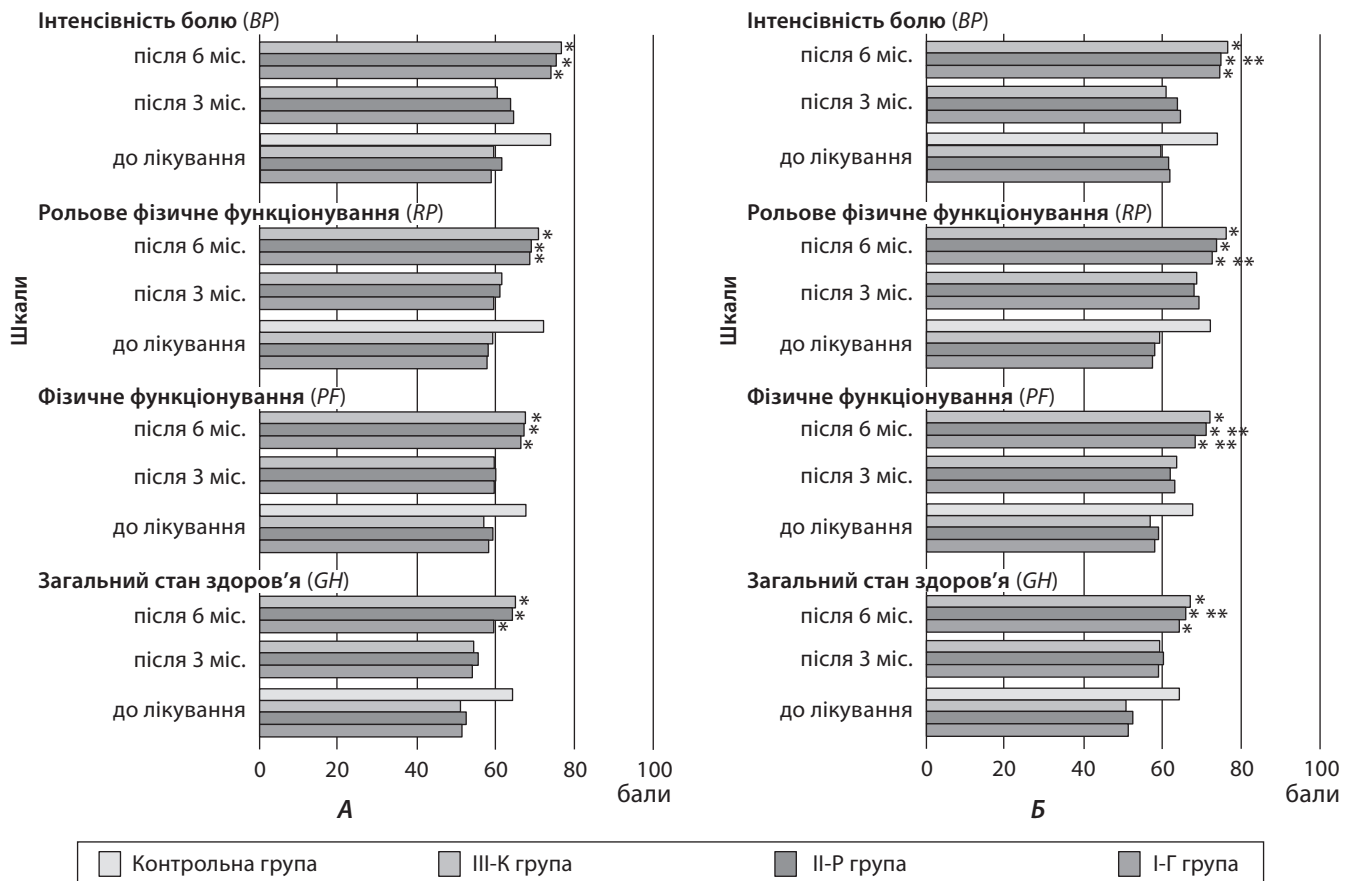


Рис. 1. Динаміка показників якості життя (фізичний компонент здоров'я) у хворих на параноїдну шизофренію під впливом нейролептичної терапії (А) та корекції супутньої патології (Б)

Примітки: * — ($p < 0,05$) дані вірогідні порівняно з показниками до та після лікування; ** — ($p < 0,01$) дані вірогідні порівняно з показниками контрольної групи

Шкала фізичного функціонування — Physical Functioning (PF) — відображає фізичну активність, обсяг повсякденного навантаження, не обмеженого станом здоров'я. На початку дослідження цей показник був низьким і становив в середньому у групах $58,25 \pm 1,4$, що на 14,08 % нижче групи контролю ($67,8 \pm 1,02$). Під впливом стандартної нейролептичної терапії він становив $65,7 \pm 2,31$ у групі пацієнтів, які приймали галоперидол; $67,5 \pm 1,68$ — у групі рисперидону; $67,9 \pm 1,61$ — у групі кветіапіну ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$). У досліджуваних групах, де до основної нейролептичної терапії додавали метформіну гідрохлорид, ці показники були такими: $68,7 \pm 1,31$ — в групі галоперидолу з метформіном ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$); $71,2 \pm 0,13$ — в групі рисперидону з метформіном ($p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,05$); $72,4 \pm 1,89$ — в групі кветіапіну з метформіном ($p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,05$).

Шкала рольового фізичного функціонування — Role Physical (RP) — показує роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності та відображає ступінь обмежень, які «диктує» стан здоров'я. До залучення в дослідження середня величина цього показника у групах становила $57,4 \pm 2,3$, що на 20,6 % нижче, ніж у пацієнтів групи контролю ($72,3 \pm 0,91$). Вказані показники свідчать про те, що повсякденна діяльність обстежених пацієнтів була суттєво обмежена станом їхнього здоров'я. У пацієнтів, які протягом пів року приймали галоперидол, RP підвищився до $68,9 \pm 1,9$; у групі рисперидону — $69,06 \pm 3,61$; у групі кветіапіну — $71,3 \pm 0,19$ ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$). У групах, де проводили корекцію метаболічного синдрому,

ці показники мали більш виражену позитивну динаміку. В пацієнтів, які приймали метформін на фоні галоперидолу, RP становив $72,9 \pm 1,19$, ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$); рисперидону — $74,06 \pm 1,3$ ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$); кветіапіну — $76,5 \pm 0,98$ ($p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,05$).

Шкала болю — Bodily Pain (BP) — оцінює вплив больового синдрому на здатність нормально діяти, показала зниження цього показника в середньому у групах до $53,12 \pm 4,3$. Призначена нейролептична терапія протягом 6 місяців покращила його в середньому до $75,62 \pm 1,68$ ($p^* < 0,05$), тобто до показників групи контролю. Супутня терапія для коригування МС не чинила вагомого впливу на цей показник. Середня величина BP в групах, де у сполученні із нейролептичної терапією проводили корекцію МС метформіну гідрохлоридом, становила $76,02 \pm 2,13$ ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$).

Динаміку показників психічного компонента якості життя обстежуваних наведено на рисунку 2. Шкала життєвої активності — Vitality (VT) — показала, що на початку дослідження усі пацієнти відчували чималу втому, втрату сил та енергії. Середній бал у групах становив $53,50 \pm 1,97$. На фоні нейролептичної терапії цей показник досяг величини $64,6 \pm 0,97$ у групі галоперидолу; $65,3 \pm 1,12$ — у групі рисперидону; $67,83 \pm 0,37$ — у групі кветіапіну ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$). На фоні нейролептичної терапії із супутньою корекцією МС: $69,6 \pm 1,69$ в I групі ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$); $72,3 \pm 1,09$ — в II групі ($p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,05$); $73,83 \pm 0,82$ — в III групі ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$).

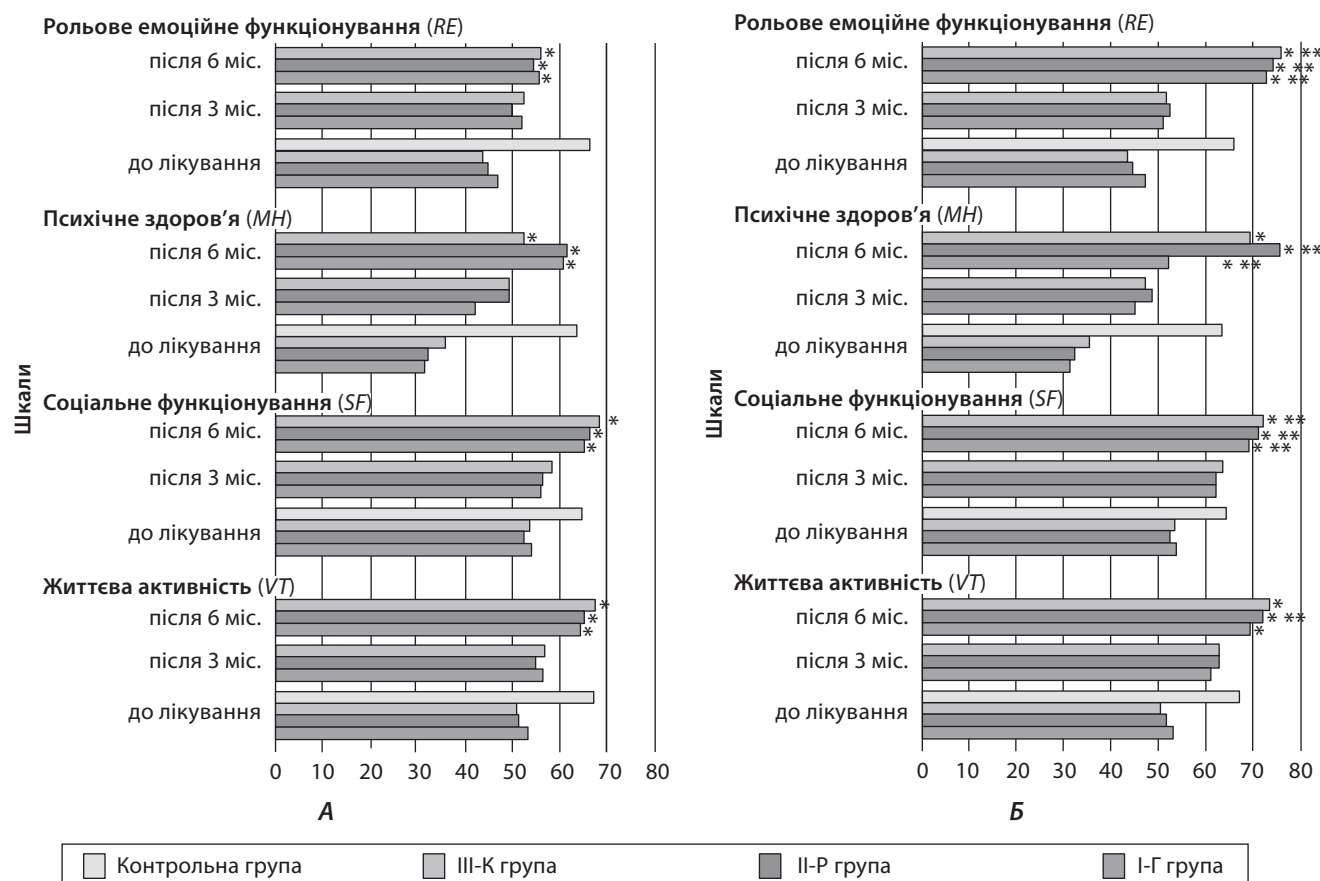


Рис. 2. Динаміка показників якості життя (психічний компонент здоров'я) у хворих на параноїдну шизофренію під впливом нейролептичної терапії (А) та корекції супутньої патології (Б)

Примітки: * — ($p < 0,05$) дані вірогідні порівняно з показниками до та після лікування; ** — ($p < 0,01$) дані вірогідні порівняно з показниками контрольної групи

Шкала соціального функціонування — Social Functioning (SF) — оцінює задоволення пацієнта рівнем своєї соціальної активності, а саме спілкуванням із рідними, друзями, сусідами, колегами по роботі. До залучення в дослідження середні показники у групах були такі: I група — $54,12 \pm 2,4$; II група — $52,62 \pm 1,38$; III група — $53,78 \pm 0,12$. В контрольній групі цей показник був $65,5 \pm 1,6$. Під впливом піврічної стандартної нейролептичної терапії показник SF мав таку динаміку: в групі галоперидолу — $65,32 \pm 1,12$; в групі рисперидону — $66,37 \pm 1,64$; в групі кветіапіну — $68,35 \pm 0,96$ ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$). Тобто, порівняно із вихідними даними, цей показник підвищився статистично значуще, а порівняно із групою контролю — не значуще. В досліджуваних групах, де проводили супутню корекцію МС, показник SF досяг в середньому $69,8 \pm 3,12$ в групі галоперидолу; $71,37 \pm 1,02$ — рисперидону; $72,37 \pm 1,12$ — кветіапіну ($p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,05$).

Психічне здоров'я — Mental Health (MH) — шкала, що характеризує настрій, наявність депресії чи тривоги, оцінює показник позитивних емоцій. На початку дослідження цей показник був у межах $33,22 \pm 1,36$. Під впливом відповідної нейролептичної терапії, він підвищився до $60,9 \pm 3,12$ у I групі; до $61,8 \pm 3,023$ у II групі; до $52,5 \pm 1,97$ у III групі ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$). У досліджуваних групах, де проводили корекцію супутньої патології, MH становив: $62,9 \pm 0,93$ у групі галоперидолу ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$); $75,8 \pm 1,91$ — у групі рисперидону ($p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,05$); $69,5 \pm 0,71$ — у групі кветіапіну ($p^* < 0,05$; $p^{**} < 0,05$).

Рольове емоційне функціонування — Role Emotional (RE) — шкала оцінки ступеня, в якому емоційний стан стає на заваді виконувати звичайну повсякденну працю, що веде до зменшення обсягу виконаної роботи, більших витрат часу на її виконання. Отримані дані свідчать про те, що до залучення в дослідження середній показник за цією шкалою був критично низьким, а саме $45,2 \pm 0,73$. Під впливом проведеної терапії в досліджуваних групах RE мав тенденцію до стабілізації та зменшення обмежувального впливу на щоденну активність пацієнтів. Цей показник підвищився до $65,8 \pm 1,17$ в I групі; до $64,35 \pm 1,75$ — в II групі; до $67,98 \pm 0,64$ — в III групі ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$). В групах корекції супутньої патології середні показники були вищими на 12,61 % порівняно із групами, що отримували стандартну терапію, а саме: $72,8 \pm 1,31$ у пацієнтів, які приймали галоперидол з метформіном; $74,35 \pm 0,13$ — рисперидон з метформіном; $75,98 \pm 1,16$ — кветіапін з метформіном ($p^* < 0,05$; $p^{**} > 0,05$).

Результати психопатологічного обстеження, проведеного наприкінці дослідження, дозволили обґрунтувати доцільність проведення запропонованої коригувальної терапії не лише із метою корекції метаболічного синдрому, але також і як опосередкований спосіб підвищення комплаєнсу до нейролептичної терапії, та як наслідок — поліпшення ЯЖ. Рівень вираженості загального бала за шкалою PANSS на фоні антипсихотичної терапії, поєднаної із коригувальною терапією, знизився на 74,6 % у I групі, проти 33,74 % на антипсихотиках без корекції;

у II групі — на 75,32 % проти 41,64 % та у III групі — на 76,23 % проти 35,92 % ($p < 0,05$). Ґрунтуючись на оцінці значущості різниці середніх величин за t -критерієм Стюдента, ми отримали статистичне підтвердження опосередкованого позитивного впливу запропонованої нами коригувальної терапії на психопатологічну симптоматику у досліджуваних групах пацієнтів.

Отримані результати дослідження підтверджують, що використання оцінки рівня ЯЖ, з позиції суб'єктивної задоволеності хворих рівнем свого функціонування, є доцільним як критерію ефективності призначеної терапії. В цієї роботі ми простежили вплив коморбідної патології на показники ЯЖ у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які тривало отримують нейрорепетивну терапію, та переконалися, що супутня коригувальна терапія є доцільною в плані підвищення комплаєнтності та досягнення хороших показників у дослідженій категорії пацієнтів.

Список літератури

1. Опря Є. В. Особливості соціального функціонування, якості життя та комплаєнсу хворих на шизофренію з цукровим діабетом // Експериментальна і клінічна медицина. 2018. № 4 (81). С. 45—51.
2. Опря Є. В., Пустовийт М. М. Особливості усвідомлення психічної та соматичної хвороби у хворих на шизофренію, поєднану з цукровим діабетом // Архів психіатрії 2018. Т. 24, № 4 (95). С. 197—201.
3. Зубатюк О. В., Пилягіна Г. Я. Порушення управління емоціями і соціального функціонування при психозах з депресивно-параноїдною симптоматикою // Психосоматична медицина та загальна практика. 2018. Т. 3, № 4. С. 1/7—7/7. URL: <http://lib.inmeds.com.ua:8080/jspui/handle/lib/9000>.
4. Юрченко О. М., Лінський І. В. Якість життя у хворих на параноїдну шизофренію та її діагностичне значення // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 92—96.
5. Москаленко В. Ф., Булах І. Є., Пузанова О. Г. Методологія доказової медицини : підручник. К. : «Медицина», 2014. 200 с.
6. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline / H. A. Nasrallah, J. M. Meyer, D. C. Goff [et al.] // Schizophrenia Research. 2006. Vol. 86, No. 1—3. P. 15—22. DOI: 10.1016/j.schres.2006.06.026.
7. Смахна О. Є. Вплив супутньої соматичної патології на оцінку якості життя пацієнтами, що страждають на параноїдну

форму шизофренії // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, вип. 3 (68). С. 70—73.

8. Screening of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia and patients treated with antipsychotic drugs: are we equally exhaustive as with the general population? / Castillo-Sánchez M., Fàbregas-Escurriola M., Bergè-Baquero D. [et al.] // Clin Exp Hypertens. 2017. 39(5). P. 441—447. DOI: 10.1080/10641963.2016.1267200.

9. Increased Mortality in Schizophrenia Due to Cardiovascular Disease — A Non-Systematic Review of Epidemiology, Possible Causes, and Interventions / Ringen P. A., Engh J. A., Birkenaes A. B. [et al.] // Front Psychiatry. 2014. 5. P. 37. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00137.

10. Підкоритов В. С., Байбарак Н. А. Порушення соціального функціонування у хворих на параноїдну шизофренію з супутньою соматоневрологічною патологією // ScienceRise: Medical Science. 2017. № 4(12). С. 46—50.

11. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 1987. 13 (2). P. 261—276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.

12. SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide / Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. Boston, MA : New England Medical Center, The Health Institute, 1993.

Надійшла до редакції 03.10.2019 р.

РОМАШ Іван Романович, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна; <https://orcid.org/0000-0002-6591-6613>; e-mail: Sefatovic@ukr.net

ВИННИК Михайло Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна; e-mail: mvinnik@meta.ua

ROMASH Ivan, MD, PhD, Assistant of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the State Higher Educational Institution "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0002-6591-6613>; e-mail: Sefatovic@ukr.net

VYNNYK Mykhailo, Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the Higher State Educational Institution "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk, Ukraine; e-mail: mvinnik@meta.ua