

10. Bar K. J. Differences between heart rate and blood pressure variability in schizophrenia / K. J. Bar, M. K. Boettger, A. Voss // *Biomed Tech. (Berl.)*. – 2006. – Vol. 51, № 4. – P. 237–239.
11. Brook L. Henry Heart rate variability in bipolar mania and schizophrenia / Brook L. Henry, Arpi Minassian, Martin P. [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2009. – Vol. 07 (11). – P. 7–9.

12. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology, Heart Rate Variability: standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use // *Circulation*. – 1996. – Vol. 93. – P. 1043–1065.

#### ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.Г. Буздыган

Целью исследования было изучение особенностей функционального состояния ВНС у мужчин и женщин, больных шизофренией, и установление связей функционального состояния ВНС с клинико-психопатологическими особенностями заболевания и качеством жизни больных. Для этого было обследовано 210 мужчин и 210 женщин, больных параноидной шизофренией, с помощью комплексной методики, которая включала субъективное обследование с использованием опросника А.М. Вейна, исследование вариабельности сердечного ритма, клинико-психологическое исследование с оценкой выраженности позитивной и негативной симптоматики шизофрении по шкале PANSS, исследование качества жизни с помощью опросника ВОЗ КЖ-26 и модифицированного опросника для оценки качества жизни больных шизофренией. У больных шизофренией обнаружены глубокие дисфункциональные изменения состояния ВНС, выявляемые при исследовании показателей ВСР, а также гендерные различия: значимое превалирование тонуса симпатического отдела ВНС у женщин, большая распространенность парасимпатикотонии и эйтонии у мужчин. В целом женщинам присуща более тесная связь показателей функционального состояния ВНС с клинической симптоматикой шизофрении и качеством жизни, по сравнению с мужчинами. В то же время, закономерности корреляционных связей между показателями функционального состояния ВНС, клинической симптоматикой шизофрении и качеством жизни у мужчин и женщин имеют чрезвычайно сложный и нелинейный характер, что свидетельствует о важной роли ВНС в патогенезе шизофрении и обуславливает необходимость дальнейшего углубленного изучения роли ВНС в возникновении и развитии шизофренического процесса.

**Ключевые слова:** шизофрения, вегетативная нервная система, гендерный фактор.

#### FEATURES OF A FUNCTIONAL STATE OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN MEN AND WOMEN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

O. Buzdygan

The aim of the study was to investigate the characteristics of the functional state of the SPA for men and women with schizophrenia and linkages ANS functional state of clinical and psychopathological features of the disease and quality of life of patients. This was examined 210 men and 210 women suffering from paranoia schizophrenia, using a comprehensive methodology that included a subjective survey using a questionnaire AM Wayne, the study of heart rate variability, clinical and psychological studies to assess severity of positive and negative symptoms of schizophrenia on a scale PANSS), and the study of quality of life with help of WHO KZH-26 and a modified questionnaire to assess quality of life in patients with schizophrenia. In schizophrenic patients revealed profound changes in the state dysfunctional ANS, revealed by the study of HRV parameters and gender differences: significant prevalence tone of the sympathetic division of ANS in women, and greater prevalence parasympatyktoniyi and eytoniyi men. In general, women are more exposed to the close relationship of functional status of the SPA with clinical symptoms of schizophrenia and quality of life compared with men. However, the patterns of correlations between indicators of the functional state of the SPA and the clinical symptoms of schizophrenia and the quality of life of men and women are extremely complex and non-linear, indicating the important role of ANS in the pathogenesis of schizophrenia and results in the need for further in-depth study of the role of VNS in the origin and of the schizophrenic process.

**Key words:** schizophrenia, autonomic nervous system, gender factor

УДК 616.89-02-085

О.А. Ревенко<sup>1</sup>, Я.Ю. Марункевич<sup>2</sup>

#### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

<sup>1</sup>Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ;

<sup>2</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

При порівняльному аналізі ефективності традиційної схеми лікування та реабілітації хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією, що включала лікувально-реабілітаційні заходи, затверджені чинними нормативними документами, та запропонованої схеми лікування та реабілітації, яка включала такі ж заходи, доповнені на етапі виходу з гострого психозу медикаментозною антидепресивною терапією, раціональною психотерапією, на етапі формування ремісії – медикаментозною антидепресивною терапією, раціональною психотерапією та тілесно-орієнтованою психотерапією, а також включенням до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів на етапі реабілітації медикаментозної антидепресивної терапії курсом тривалістю 2–3 місяці, сімейної психотерапії для покращення соціальної адаптації і тілесно-орієнтованої психотерапії, було встановлено значуще більшу ефективність запропонованої схеми відносно депресивних та тривожно депресивних проявів, а також щодо проявів соматичної заклопотаності, що має особливе значення у хворих з коморбідною соматичною патологією. Запропонована схема лікування та реабілітації виявилася також ефективнішою щодо покращення якості життя хворих на шизофренію, як загальної, так і пов'язаної з наявністю ендogenous психічного захворювання. Це дає підстави рекомендувати описану схему в якості базової для хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією, у яких наявні ознаки депресивних і тривожно-депресивних розладів, а також іпохондричних фіксацій.

**Ключові слова:** шизофренія, коморбідна соматична патологія, лікування, реабілітація.

Розробка ефективних методів лікування та реабілітації хворих на шизофренію є однією з найскладніших та найважливіших задач сучасної психіатричної науки і

практики. Лікування та реабілітація хворих з супутньою соматичною патологією є особливо складним завданням. Наявність коморбідної соматичної патології суттєво

ускладнює реалізацію терапевтичних, відновних та адаптаційних заходів внаслідок взаємного впливу соматичної та психічної патології, суттєвих обмежень у характері та обсязі лікувальних заходів, зменшення терапевтичного та реабілітаційного потенціалу. В зв'язку з цим особливо увага останніми роками приділяється питанням удосконалення патогенетичної терапії шизофренічних розладів, розробки та впровадження у практику охорони здоров'я нових методів лікування та реабілітації, заснованих на результатах дослідження патогенетичних механізмів шизофренії, клінічних та соціально-медичних особливостей, а також якості життя психічно хворих.

**Актуальність.** Питання патоморфозу шизофренії, асоційованої з коморбідною соматичною патологією та необхідність удосконалення діагностичних, лікувальних та реабілітаційних підходів останніми роками викликають зростаючий науковий інтерес [1, 7, 11]. Водночас, незважаючи на активізацію наукових досліджень [5, 6, 9], у яких розглядаються окремі питання клініки та лікування шизофренії з супутньою соматичною патологією, важливі аспекти терапії та реабілітації при шизофренії з супутньою соматичною коморбідністю залишаються висвітленими недостатньо. У зв'язку зі зміною парадигми надання психіатричної допомоги і переходом від патерналістської моделі стосунків лікаря і психічно хворого до партнерської, яка передбачає обов'язкове урахування самооцінки хворим власного стану і ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, особливої актуальності набувають питання покращення якості життя хворих на шизофренію як інтегральної характеристики фізичного, психологічного, соціального та емоційного стану індивіда [2, 8]. У хворих з коморбідною соматичною патологією ці питання є особливо складними та важливими, оскільки наявність супутніх соматичних захворювань має як прямий вплив на соціально-медичні особливості пацієнтів, так і опосередкований, через трансформацію клінічної картини основного захворювання.

Проведене нами попереднє дослідження встановило високу ураженість хворих на шизофренію з коморбідною соматичною патологією депресивними та тривожно-депресивними розладами, не пов'язаними з психотичними проявами, які актуалізуються на етапі виходу з гострого психотичного стану. Виходячи з цього, ми вважаємо актуальним внесення певних коректив до існуючих схем лікування та реабілітації хворих на шизофренію з коморбідною соматичною патологією з метою забезпечення повноцінного, клінічно та патогенетично обґрунтованого лікування, максимального відновлення якості життя та соціального функціонування хворих на шизофренію.

**Мета дослідження:** удосконалити систему заходів лікування та реабілітації хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією шляхом впровадження нових схем лікування та реабілітації, заснованих на даних аналізу клініко-патогенетичних та соціально-медичних механізмів соматичної коморбідності шизофренії.

## Матеріали та методи дослідження

Для оцінки ефективності запропонованої схеми лікування нами було проведено клінічне обстеження двох груп хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній психонев-

рологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка з діагнозом «параноїдна шизофренія», встановленим відповідно до критеріїв МКХ-10, з супутньою соматичною патологією, чисельністю 30 осіб у кожній групі. Додатковою умовою включення хворих до дослідження була наявність на етапі виходу з гострого психотичного стану ознак депресивного або тривожно-депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 та оцінка за сумарною шкалою депресії PANNS не менше 10 балів за умови психотичного рівня виразності (5 балів і більше за шкалою PANNS) одного з наступних синдромів: депресивного, тривожного, почуття провини або соматичної заклопотаності за відповідними шкалами PANNS. Рандомізація груп до початку лікування проводилася подвійним сліпим методом. Проведений статистичний аналіз виразності продуктивної, негативної та загальної симптоматики а також показників якості життя в обох групах до початку лікування довів відсутність значущих розбіжностей. Лікування пацієнтів контрольної групи проводилося відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 226 від 27 липня 1998 року «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей», наказу Міністерства охорони здоров'я України № 507 від 28 грудня 2002 року «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», наказу Міністерства охорони здоров'я України № 59 від 5 лютого 2007 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». Пацієнти основної групи, крім лікувально-реабілітаційних заходів відповідно до зазначених вище стандартів, отримували медикаментозну антидепресивну терапію. Вибір антидепресивного препарату здійснювали індивідуально з урахуванням особливостей клінічної картини захворювання: наявність у клініці явищ психомоторного збудження зумовлювала вибір антидепресанта із заспокійливою дією, а наявність явищ апатії та астенізації – з активуючою дією. Тривалість курсу визначали індивідуально, вона становила від 2 до 3 місяців. Крім того, лікувально-реабілітаційні заходи в основній групі були доповнені включенням до них на етапі виходу з гострого психозу раціональної психотерапії, спрямованої на роз'яснення причин і механізмів наявних у хворого психопатологічних проявів, асоційованих з супутніми соматичними захворюваннями, на етапі формування ремісії – раціональної психотерапії за описаними принципами та тілесно-орієнтованої психотерапії, а також включенням до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів на етапі реабілітації сімейної психотерапії для покращення соціальної адаптації та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Для оцінки ефективності лікування проводили клінічне дослідження з оцінкою виразності позитив-

ної та негативної симптоматики шизофренії за допомогою шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [10], а також дослідження якості життя за допомогою короткого опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я (BOOЗ) (WHOQOL-BREF) [4] та модифікованого опитувальника для оцінки якості життя хворих на шизофренію [3]. Обстеження проводили двічі: на етапі виходу з гострого психотичного стану до призначення запропонованої схеми лікування і перед випискою зі стаціонару.

Статистичний аналіз даних дослідження виконано методами непараметричної статистики: критерію Манна-Уїтні та теста Вілкоксона.

## Результати та їх обговорення

Обидві схеми лікування виявилися достатньо ефективними відносно продуктивної та негативної симптоматики шизофренії. Сумарний показник за шкалою PANSS в процесі лікування зменшився в групі традиційної терапії в середньому на 12,7 бала, в групі запропонованої терапії – на 14,4 бала, середній сумарний показник продуктивної симптоматики – відповідно на 2,2 бала і 2,4 бала, негативної симптоматики – відповідно на 2,2 бала і 2,5 бала, загальної симптоматики – на 8,2 бала і 9,4 бала. У динаміці лікування значущі зміни щодо продуктивної симптоматики були виявлені відносно всіх факторів, крім ідей величі ( $p < 0,05$ ). При цьому, хоча після лікування показники за усіма шкалами (крім шкали розладів мислення) у пацієнтів, які отримували запропоновану терапію, були дещо кращими, ніж у групі пацієнтів, які отримували традиційну терапію, при прямому порівнянні цих показників в обох групах розбіжності виявилися статистично незначущими ( $p > 0,05$ ).

Негативна симптоматика шизофренії суттєво гірше піддається терапії, ніж позитивна, тож закономірною є повільніша її динаміка в процесі лікування. Запропонована терапія продемонструвала кращу динаміку відносно негативної симптоматики, порівняно з традиційною. При тому, що показники за всіма шкалами негативної симптоматики у хворих з групи запропонованого лікування до його початку були гіршими, ніж в групі традиційної терапії, під впливом запропонованої схеми лікування спостерігалася значуща редукція негативної симптоматики за всіма шкалами, тоді як в групі традиційної терапії динаміка за однією з ключових – шкалою пасивно-апатичної соціальної відгородженості, була статистично не значущою, а ще по двох шкалах (труднощів у спілкуванні і стереотипного мислення) перебувала на межі статистичної значущості. Водночас, при порівнянні показників виразності негативної симптоматики після лікування між групами традиційного та запропонованого лікування як в цілому, так і в розрізі окремих показників, значущих розбіжностей не виявлено, що свідчить про високу резистентність негативної симптоматики до різних видів терапії.

Найважливіші розбіжності у ефективності різних схем лікування виявлені у виразності загальної симптоматики шизофренії. Так, при порівнянні ефектив-

ності традиційної та запропонованої схем у динаміці лікування виявлено, що обидві схеми продемонстрували високу ефективність відносно загальної симптоматики, однак, при порівнянні показників окремих шкал після лікування між групою традиційної та запропонованої терапії встановлено статистично значуще кращий вплив запропонованої терапії на ряд принципових показників. Так, показник виразності соматичної заклопотаності під впливом традиційного лікування зменшився до  $(3,0 \pm 0,9)$  балів, а в групі запропонованого лікування – до  $(2,2 \pm 0,8)$  балів ( $p < 0,01$ ). Показник тривожності в групі традиційного лікування зменшився до  $(3,1 \pm 0,9)$  балів, а в групі запропонованого лікування – до  $(2,7 \pm 0,7)$  балів ( $p < 0,05$ ). Показник за шкалою депресії зменшився під впливом традиційної терапії до  $(3,2 \pm 0,6)$  балів, а в групі запропонованого лікування – до  $(2,8 \pm 0,6)$  балів ( $p < 0,05$ ). Значення сумарного показника за інтегральною шкалою депресії у хворих під впливом традиційної терапії зменшилось до  $(10,7 \pm 2,1)$  балів, а в групі запропонованої терапії – до  $(9,1 \pm 2,2)$  балів ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, запропонована терапія очікувано виявила високу ефективність відносно депресивних та тривожно-депресивних проявів. Крім того, важливо, що вона також виявилася значуще ефективнішою стосовно проявів соматичної заклопотаності, які мають особливе значення у хворих з коморбідною соматичною патологією.

При аналізі стану оцінки якості життя у хворих на шизофренію, які отримували традиційну терапію, після лікування не було виявлено статистично значущої динаміки у показниках загальної якості життя за даними шкали BOOЗ КЖ–26. При цьому показники за сферами фізичного здоров'я, психологічної якості життя та соціальної якості життя навіть незначно погіршилися: за сферою фізичного здоров'я з  $(44,1 \pm 14,3)$  до  $(43,4 \pm 12,8)$  балів, за сферою психологічної якості життя з  $(21,1 \pm 11,0)$  до  $(18,1 \pm 9,7)$  балів, за сферою соціальної якості життя – з  $(7,9 \pm 13,4)$  до  $(7,5 \pm 17,3)$  балів. Загальний показник зменшився з  $(53,1 \pm 8,0)$  до  $(52,5 \pm 8,0)$  балів. Водночас, показник якості життя за сферою оточення збільшився з  $(34,9 \pm 11,6)$  до  $(36,9 \pm 12,3)$  балів. На наш погляд, така динаміка є закономірною і відображає усвідомлення хворим на етапі виходу з психозу ряду проблем особистого, побутового та соціального характеру. Усвідомлення наявності соматичної патології супроводжується фіксацією на неприємних суб'єктивних відчуттях, наростанням іпохондричних та соматоцентричних тенденцій, що виявляється зниженням оцінки якості життя за сферою фізичного здоров'я. Усвідомлення наявності важкого психічного захворювання супроводжується зниженням оцінки психологічної якості життя, а пов'язане з цим усвідомлення неможливості або утруднення соціальної та особистісної реалізації – зниженням показників за сферою соціальної якості життя. Зниження в динаміці показників за цими трьома сферами зумовлює зниження загального показника якості життя. Щодо збільшення показника за шкалою оточення в динаміці лікування, воно також є закономірним, якщо взяти до уваги, що під час перебування в стаціонарі хворий по-

збавлений безлічі побутових клопотів, забезпечений доступною медичною допомогою, має більший доступ до інформації, втрачають актуальність побутові проблеми і суттєво зменшується потреба у грошах. Разом з тим, слід зауважити, що описане вище зменшення показників якості життя в динаміці лікування в групі хворих, які отримували традиційну терапію, не мало статистично значущого характеру.

Натомість у групі хворих, які отримували запропоновану терапію, виявлена значуща позитивна динаміка оцінки загальної якості життя. Так, показник за сферою психологічної якості життя під впливом запропонованої терапії збільшився з  $(22,8 \pm 15,0)$  до  $(29,0 \pm 18,3)$  балів, за сферою соціальної якості життя – з  $(7,5 \pm 15,6)$  до  $(11,8 \pm 22,8)$  балів, за сферою оточення – з  $(31,9 \pm 9,6)$  до  $(36,9 \pm 11,3)$  балів. Загальний показник якості життя збільшився з  $(52,6 \pm 8,9)$  до  $(55,3 \pm 10,0)$  балів. Усі описані зміни в динаміці є статистично значущими (за сферою соціальної якості життя  $p < 0,05$ , за рештою сфер  $p < 0,01$ ). Водночас, і у цій групі спостерігалось деяке зменшення показника якості життя за сферою фізичного здоров'я (з  $(45,6 \pm 11,9)$  до  $(41,8 \pm 13,4)$  балів), однак, це зменшення не є статистично значущим ( $p > 0,05$ ). На наш погляд, незначна від'ємна динаміка показника якості життя за сферою фізичного здоров'я у цій групі може бути наслідком як об'єктивного усвідомлення хворим наявності у себе хронічної соматичної патології і обмежень, які виникають у зв'язку з цим, так і, можливо, проявами неприємних соматичних побічних ефектів лікування.

При порівнянні показників якості життя за шкалою ВООЗ КЖ–26 після лікування в групах традиційної та запропонованої терапії значущі ( $p < 0,05$ ) розбіжності виявлені за найважливішою в контексті наявності психічного захворювання сферою психологічної якості життя.

Аналогічні закономірності виявлені при аналізі динаміки в процесі лікування показників специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю ендogenous психічного завоювання. Однак, у динаміці специфічної якості життя, на відміну від загальної, присутня певна позитивна динаміка також під впливом традиційної терапії. Так, значуще покращення динаміки в групі хворих, які отримували традиційну терапію, виявлено за субсферами «Негативні емоції» (з  $(9,8 \pm 2,7)$  до  $(8,2 \pm 2,1)$  балів), та «Емоційна неадекватність» (з  $(11,0 \pm 3,9)$  до  $(13,2 \pm 4,1)$  балів). За рештою субсфер значущої динаміки не виявлено, а за субсферою «Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання» показник навіть зменшився (з  $(9,5 \pm 4,6)$  до  $(7,0 \pm 3,5)$  балів), що на наш погляд, є логічним і відображає суттєві обмеження для відпочинку, що накладаються госпіталізацією.

Водночас, у хворих, які отримували запропоновану терапію, покращення виявлено по більшості (7 з 13) субсфер. Так, показник за субсферою «Позитивні емоції» під впливом лікування збільшився з  $(7,0 \pm 3,7)$  до  $(8,9 \pm 4,8)$  балів ( $p < 0,01$ ), за субсферою «Негативні емоції» з  $(8,3 \pm 2,8)$  до  $(12,6 \pm 3,0)$  балів ( $p < 0,01$ ), за субсферою «Працездатність» з  $(5,9 \pm 2,1)$  до  $(7,3 \pm 3,0)$  балів ( $p < 0,01$ ), за субсферою «Практична соціальна підтримка» з  $(5,3 \pm 3,8)$  до  $(6,4 \pm 4,0)$  балів ( $p < 0,01$ ), за субсферою

«Емоційна неадекватність» з  $(12,9 \pm 4,9)$  до  $(14,6 \pm 4,2)$  балів ( $p < 0,01$ ), за субсферою «Переживання, пов'язані із спілкуванням» з  $(9,0 \pm 4,7)$  до  $(10,5 \pm 4,8)$  балів ( $p < 0,01$ ), та за субсферою «Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань» з  $(12,2 \pm 5,5)$  до  $(14,3 \pm 5,6)$  балів ( $p < 0,01$ ). Також було виявлено зростання показника якості життя за субсферою «Здатність до виконання повсякденних справ»: з  $(6,1 \pm 2,2)$  до  $(6,7 \pm 2,9)$  балів, хоча рівень статистичної значущості розбіжностей тут не досягав прийнятого рівня у 95% ( $p < 0,1$ ).

При порівнянні показників специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю психічного захворювання, у хворих, які отримували традиційну та запропоновану схеми лікування, після закінчення терапії було виявлено значущі розбіжності за субсферами «Позитивні емоції» ( $p < 0,01$ ), «Негативні емоції» ( $p < 0,01$ ), «Працездатність» ( $p < 0,05$ ), «Практична соціальна підтримка» ( $p < 0,05$ ), «Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання» ( $p < 0,05$ ), «Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань» ( $p < 0,05$ ) та «Самодопомога та психопрофілактика» ( $p < 0,05$ ), що підтверджує вищу ефективність запропонованої схеми лікування щодо покращення специфічної якості життя, пов'язаної з наявністю ендogenous психічного захворювання.

В цілому слід зауважити, що якість життя, як загальна, так і специфічна, демонструє більш виражену динаміку під впливом лікування (як за традиційною, так і, значно більшою мірою, за запропонованою схемою) у порівнянні з динамікою клінічних показників, зокрема, виразністю продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії. Більш швидко покращення якості життя під впливом терапії повинно враховуватися при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів. Водночас, слід мати на увазі можливість зворотних змін у показниках якості життя в процесі терапії у хворих з коморбідною соматичною патологією, зокрема, за сферою фізичного здоров'я, і забезпечити правильну інтерпретацію таких змін.

## Висновки

Запропоноване нами клініко-патогенетично обґрунтоване удосконалення існуючої схеми лікування шизофренії, асоційованої з супутньою соматичною патологією, що включала медикаментозну антидепресивну терапію, раціональну, тілесно-орієнтовану та сімейну психотерапію з урахуванням етапу перебігу захворювання, виявила значуще більшу ефективність відносно загальної симптоматики шизофренії, зокрема, депресивних та тривожно-депресивних проявів, а також до проявів соматичної заклопотаності. Запропонована схема лікування та реабілітації виявилася більш ефективною щодо покращення якості життя, як загальної, так і специфічної, пов'язаної з наявністю ендogenous психічного захворювання. Це дає нам підстави рекомендувати її в якості базової для хворих на шизофренію з супутньою соматичною патологією, у яких наявні ознаки депресивних і тривожно-депресивних розладів, а також іпохондричних фіксацій.

Водночас, потребує подальшого удосконалення система реабілітації хворих на шизофренію на післягоспітальному етапі.

## Список використаної літератури

- Бурлаков А. В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : 14.01.16 / Алексей Вячеславович Бурлаков; Научный центр психического здоровья РАМН. – М., 2006. – 213 с.
- Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1 (14). – С. 81–86.
- Козловский В. Л. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии (методические рекомендации) / В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский – СПб., Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. Бехтерева. – 22 с.
- Краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (The world health organization quality of life (whoqol) – bref) // The world health organization, Geneva. – 2004. – 6 с.
- Любов Е. Б. Социально-экономическое бремя шизофрении / Е. Б. Любов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 12 (2). – С. 8.
- Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н. А. Марута // Здоров'я України. – 2013. – № 12. – С. 38–39.
- Смашна О. Е. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Смашна Олена Євгенівна; Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. – К., 2012. – 20 с.
- Софронов А. Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 1 (22). – С. 33–37.
- Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы / С. Н. Подвижун, О. Ю. Ширяев, О. Д. Алехина, Д. Л. Шаповалов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2013. – № 35. – С. 1–6.
- Kay S. R. Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research / S. R. Kay. – N.Y.: Brunner/mazel, 1991. – 216 p.
- Marder S. R. Physical health monitoring of patients with schizophrenia / S. R. Marder, S. M. Essock, A. L. Miller // American Journal of Psychiatry. – 2004. – № 161 (1334). – P. 49 – 52.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

А.А. Ревенко, Я.Ю. Марункевич

При сравнительном анализе эффективности традиционной схемы лечения и реабилитации у больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией, включающей лечебно-реабилитационные мероприятия, утвержденные действующими нормативными документами, и предложенной схемы лечения и реабилитации, которая включала такие же мероприятия, дополненные на этапе выхода из острого психоза медикаментозной антидепрессивной терапией, рациональной психотерапией, на этапе формирования ремиссии – медикаментозной антидепрессивной терапией, рациональной психотерапией и телесно-ориентированной психотерапией, а также включением в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий на этапе реабилитации медикаментозной антидепрессивной терапии курсом длительностью 2–3 месяца, семейной психотерапии для улучшения социальной адаптации и телесно-ориентированной психотерапии, была установлена значимо большая эффективность предложенной схемы относительно депрессивных и тревожно-депрессивных проявлений, а также относительно соматической озабоченности, что имеет особое значение у больных с коморбидной соматической патологией. Предложенная схема лечения и реабилитации оказалась также более эффективной в отношении улучшения качества жизни больных шизофренией, как общего, так и связанного с наличием эндогенного психического заболевания. Это дает основания рекомендовать данную схему в качестве базовой для больных шизофренией с сопутствующей соматической патологией, у которых имеются признаки депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств, а также ипохондрических фиксаций.

**Ключевые слова:** шизофрения, коморбидная соматическая патология, лечение, реабилитация.

### MODERN APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

O. Revenok, Ya. Marunkevych.

A comparative analysis of the effectiveness of conventional treatment regimen and rehabilitation in patients with schizophrenia with concomitant somatic pathology, which included medical and rehabilitation measures adopted by current regulations, and the proposed scheme of treatment and rehabilitation, which included the same measures, complemented on stage out of acute psychosis antidepressant drug therapy, rational psychotherapy, at the stage of remission - drug antidepressant therapy, rational psychotherapy and body-oriented psychotherapy, as well as the inclusion of complex treatment and rehabilitation for drug rehabilitation phase of antidepressant treatment courses lasting 2-3 months of family therapy to improve social adaptation and body-oriented psychotherapy, found significantly greater efficacy of the proposed scheme with respect to depressive and anxious depressive symptoms, as well as the manifestations of somatic concern, which is of particular importance in patients with comorbid somatic disorders. The proposed scheme of treatment and rehabilitation has proven as more effective in improving the quality of life of patients with schizophrenia, both general and specific, due to the presence of endogenous mental illness. This allows us to recommend it as a base for schizophrenic patients with concomitant somatic pathology in which there are signs of depression and anxiety-depressive disorder and hypochondria fixations.

**Key words:** schizophrenia, komrobid somatic pathology, treatment, rehabilitation.

УДК:616-85

К.І. Клебан

### ВПЛИВ ЦИРКАДНОЇ ДИСРЕГУЛЯЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х

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

Метою дослідження є виявлення особливостей порушень циклу сон–непання у пацієнтів з метаболічним синдромом Х (МСХ) та супутньою невротичною патологією. У даній статті показано результати тестування по анкеті бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, шкалі денної сонливості Евпорта у пацієнтів з МСХ, показано вплив циркадної дисрегуляції на якість життя у даної популяції хворих.

Виявилося, що розлади циркадного ритму досить поширені у пацієнтів з МСХ і коморбідними непсихотичними психічними розладами, було виявлено дисрегуляцію ритму сну за типом затримки фази сну та передчасної фази, які значно впливали на якість життя таких хворих. Саме тому потрібне раннє виявлення циркадної дисрегуляції та своєчасна її корекція з проведенням адекватної комплексної терапії з урахуванням хронобіологічних принципів.

**Ключові слова:** метаболічний синдром Х, циркадний ритм сну, якість життя.

**Біологічні ритми** – це так званий внутрішній годинник живого організму. Велика кількість різноманітних біоритмів, які існують в нашому організмі, взаємозалежно пов'язані. На даний час їх відомо більше ста. Ще

в 1959 році Франс Хальберг запропонував поділити їх на циркадні (такі як сон–непання, ритм коливання температури тіла, артеріального тиску (АТ), коливань складу крові), період яких становить близько 24 годин;