

Метою роботи була перевірка гіпотези щодо гіршого стану ПСФ у хворих на параноїдну шизофренію за умови коморбідності з кістковим туберкульозом, порівняно зі «звичайними» хворими на параноїдну шизофренію.

Контингент дослідження складався із 120 осіб, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), які протягом 2012—2015 рр. були обстежені на клінічних базах кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія». Основну групу дослідження (ОГ) склали 60 пацієнтів, які страждали на ПШ та коморбідний кістковий туберкульоз (ККТ), групу порівняння (ГП) — 60 хворих на ПШ.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, що включав стандартизоване клінічне інтерв'ю з використанням «Оціночного переліку симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром), який був доповнений матеріалами ретроспективного аналізу медичної документації та результатами психодіагностичного дослідження.

В результаті дослідження гіпотезу щодо гіршого стану ПСФ у пацієнтів з ПШ за умови коморбідності з ККТ, порівняно зі «звичайними» хворими на ПШ, можна вважати доведеною. Для хворих на ПШ з ККТ виявилось характерним:

а) більша вираженість негативних наслідків нейрорепетитивної терапії в усіх сферах функціонування (розмова діяльність: загальна сума балів — 6,11 в ОГ та 0,47 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; самоконтроль: 1,28 — в ОГ та 4,48 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; регулювання емоційного стану: 1,09 — в ОГ та 5,69 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; фізична активність: 3,71 — в ОГ та 7,61 — в ГП,  $p \leq 0,05$ ; соціальна інтеграція: 1,81 та 0,61 відповідно,  $p \leq 0,05$ ) з вираженим синдромом індиферентності;

б) системні та значно руйнівніші порушення функціонування у суспільстві з проблемами у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, діяльності у загальносоціальному розумінні (середній показник поведінкової дисфункції в ОГ — 4,8, а в ГП — 3,0);

в) вираженіші прояви поведінкової дисфункції у лікарні (середній показник у ОГ — 4,4, а в ГП — 3,8);

г) більш виражене зниження якості життя, як за власною оцінкою, так і за оцінкою лікаря (інтегрований показник — 4,3 у ОГ й 5,5 — у ГП);

д) превалювання сформованого синдрому госпіталізму (75 % — ОГ й 15 % — ГП).

Отже, аналіз стану психосоціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з коморбідним кістковим туберкульозом довів необхідність розроблення специфічних заходів їх психосоціальної реабілітації.

УДК 616.895.8:362.1

**К. В. Шкода**

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків*

### **Особливості ставлення членів родини до довготривалої психічної хвороби родича в батьківських і власних сім'ях пацієнтів**

Важливість впливу сім'ї та стану сімейних стосунків на розвиток і перебіг шизофренії у хворого, на теперішній час не викликає сумніву. Члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу, притому що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Так, зміна звичайних характеристик колишніх взаємовідносин може бути або недовготривалою (під час гострого приступу психічного

розладу), чи тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли важке захворювання приходить до родини, в ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта мають важливе значення.

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їх стигмою, амбівалентністю, неправильним ставленням. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини.

Саме тому вивчення сімейного гомеостазу з акцентом на ставлення членів родини до психічно хворого родича, є необхідним задля адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні пацієнта.

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період 2012—2015 рр. було обстежено 100 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів — матерів або дружин. Давність захворювання складала  $12,7 \pm 3,4$  роки. Підгрупу 1 склали пацієнти, що проживали в батьківській сім'ї, та їх матері (72 родини), підгрупу 2 — психічно хворі, що мали власні сім'ї, та їх дружини (28 родин).

Обстеження родичів здійснювали психодіагностичним методом за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича» (В. А. Абрамов зі співав., 2009).

Результати дослідження довели значне переважання викривленого ставлення до хворого з боку дружин, та адекватного — матерів: драматизуюче ставлення встановлене в 20,8 % підгрупи 1 і 39,3 % підгрупи 2; негативне — в 12,5 % підгрупи 1 та 57,1 % підгрупи 2; адекватне ставлення до пацієнта спостерігалось у 66,7 % родин підгрупи 1 і 3,6 % — підгрупи 2.

Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення диференційованих підходів при роботі з родичами психічно хворих зі значною тривалістю захворювання.

УДК:616.89-008.441.1-008.64:616.37-002

**Л. М. Юр'єва, Ю. М. Шевченко**

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ*

### **Діагностика психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на гострий панкреатит**

У дослідженні, за умови інформованої згоди, взяли участь 71 пацієнт, які перебували на стаціонарному лікуванні в КУ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» (м. Дніпропетровськ) з діагнозом «гострий панкреатит» (К 85.0 за МКХ-10). Серед обстежених було 34 (47,9 %) чоловіки і 37 (52,1 %) жінок у віці від 21 до 60 років, середній вік —  $(38,5 \pm 1,5)$  роки.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, скринінг-тест про стан здоров'я РНҚ-9. Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводили за допомогою шкали Шихана. При наявності клінічного рівня розладів за застосованими шкалами стан пацієнтів оцінювали відповідно до критеріїв МКХ-10.

Під час обстеження було виявлено, що більшість пацієнтів мали середню технічну або вищу освіту (78,8 %), пра-