

а не особистість військового, що входить у суперечність із правилами і моральними принципами цивільного життя. Крім цього, жорстокість, цинізм, узаконені насилля та смерть, низька ціна та нівелювання інтересів, цінностей, життя особистості, що присутні у бойових умовах входять в жорстку суперечність з настановами та принципами мирного життя. Учасники бойових дій не тільки все це спостерігають, але і самі вимушені їх застосовувати, діяти і жити за правилами війни. В цих умовах базисні переконання комбатанта є перепоною для його виживання та виконання своєї місії. В цих умовах не залишається осторонь і підсвідоме особистості. Дозвіл на насилля змінює багато табу, що були накладені під час виховання людини у суспільстві. Все це приводить до того, що у комбатантів формуються нові переконання, стратегії поведінки, цінності, принципи моралі, які значно відрізняються та входять в жорстку суперечність з тими, що були сформовані протягом життя. Усвідомлення особистістю того, що вона діє всупереч сповідуваним все життя, донедавна звичним, без сумніву правильним принципам та цінностям, приводить до розвитку внутрішнього конфлікту. Його розвиток значно знижує успішність особистості, призводить до розвитку дезадаптації та клінічного рангу розладів. Якщо порівняти структуру проявів постстресової дезадаптації та ПТСР із наслідками внутрішнього конфлікту, то можна бачити майже повну їх спорідненість. Головне завдання психокорекції при цих розладах — відновлення гармонії і цілісності когнітивної моделі світу й особистості, її базових переконань: справедливості, власної цінності, доброти навколишніх, тому що саме ці оцінки в найбільшому ступені спотворюються в жертв травматичного стресу, що страждають на ПТСР.

УДК 616.895.8-008.47

**К. Ю. Закаль**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков*

### **Клинико-психопатологические предикторы нарушений медикаментозного комплайенса у пациентов с параноидной шизофренией**

Актуальность и необходимость исследований закономерностей формирования шизофрении обусловлена выраженными медико-социальными последствиями этого заболевания.

К медико-социальным последствиям шизофрении относятся высокий риск суицида (9—13%), снижение качества жизни пациентов и их окружения, сокращение продолжительности жизни пациента на 10—25 лет и высокий уровень смертности, который в 2—3 раза превышает популяционные показатели. Важной проблемой улучшения исходов шизофренического процесса является эффективное лечение, основа которого — приверженность пациента терапевтическому процессу.

В последние годы в психиатрической практике для определения приверженности к лечению используют термин «комплаенс», который отражает соблюдение пациентом предписанных ему лечебных рекомендаций. В научном смысле термином «комплаенс» определяют не широкое значение (приверженность ко всем рекомендациям, включая образ жизни, хобби и прочее), а прежде всего — приверженность к медикаментозному лечению. Интерес к проблеме комплайенса в последние годы возрос в связи с тем, что внимание специалистов, работающих в сфере психического здоровья, становится все

более сфокусированным не на регрессе симптоматики, а на предупреждении рецидивов и обусловленных ими госпитализаций.

В современных исследованиях доказано, что у 20—50 % пациентов с шизофренией наблюдаются те или другие варианты нарушений приверженности терапии, которые обуславливают негативные последствия болезни в виде обострений психоза, ауто- и гетероагрессии, злоупотребления психоактивными веществами и т. д.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических предикторов нарушений медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с различными типами течения параноидной шизофрении (ПШ).

Нами было обследовано 202 пациента с непрерывным (НТ), эпизодическим (ЭТ) и ремитирующим (РТ) течением ПШ, среди которых выделены три группы:

1) 64 больных параноидной шизофренией с непрерывным течением (31 больной ПШ с НТ и высоким МК и 33 больных ПШ с НТ и низким МК);

2) 72 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением (38 больных ПШ с ЭТ и высоким МК и 34 больных ПШ с ЭТ и низким МК);

3) 66 больных параноидной шизофренией с ремитирующим течением (30 больных ПШ с РТ и высоким МК и 36 больных ПШ с РТ и низким МК).

Больные с высоким МК и с низким МК составили группы сопоставления.

Для реализации цели нами использовался комплекс методов.

I. Клинико-психопатологический метод.

II. Психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики PANSS [S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler, 1987]; шкала оценки продуктивной психопатологической симптоматики (BPRS); шкала оценки негативной симптоматики (SANS); шкала глобального функционирования (GAF); шкала медикаментозного комплайенса [Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: метод. реком. / НИПНИ им. В. М. Бехтерева: сост.: Н. Б. Лутова и др., 2007]; опросник выраженности психопатологической симптоматики [The SCL-90-R L. R. Derogatis, 1975]; шкала суицидального риска [В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей, 2007].

III. Психодиагностические методы: опросник Леонгарда — Шмишека [Б. В. Овчинников, И. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданова, 2010]; методика оценки интегративного показателя качества жизни (Quality of Life Index) [J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruyperet et al., 1999]; методика определения способности к психосоциальной адаптации (EAPS).

IV. Методы статистической обработки полученных данных [М. Ю. Антомонов, 2006].

В результате исследования выявлены проявления низкого уровня МК: у больных с ПШ НТ, к ним относились низкий уровень терапевтического альянса, нежелание принимать медикаменты, уклонение от приема лекарств, эпизоды прекращения приема лекарств в анамнезе; у пациентов с ПШ ЭТ такими проявлениями были — низкий уровень терапевтического альянса, негативное отношение к принимаемым препаратам из-за ранее испытанных тягостных побочных действий и отсутствия эффекта, отрицательное отношение к ранее принимаемым медикаментам, низкая оценка эффективности принимаемых препаратов; у больных ПШ РТ признаками низкого МК являлись неудовлетворенность режимом приема препарата, прием медикаментов только под контролем

(родственников или медперсонала), а также низкий уровень терапевтического альянса.

Клиническими предикторами низкого МК при ПШ НП были выраженность негативной симптоматики (уплощение и ригидность аффекта, апатобулические расстройства); высокая частота обострений; низкий уровень социального функционирования в работе, учебе, семейных отношениях и общении и частичная критика к болезни.

У пациентов с ПШ ЭТ в качестве предикторов выступали выраженность продуктивной симптоматики (враждебность, нарушение мыслительных процессов, напряженность); коморбидность со злоупотреблением алкоголем; частичная критика к болезни.

У больных ПШ с РТ к клиническим предикторам низкого МК отнесены выраженность продуктивной симптоматики (бредовое мышление, манерность, вычурность поведения); частичная критика к болезни (отсутствие инсайта на психологические механизмы болезни); суицидальные тенденции, меланхолическое и анозогностическое отношения к болезни; низкий уровень функционирования в социальной и профессиональной сферах.

На основании полученных данных разработана система коррекции нарушенного МК у пациентов с ПШ.

УДК 616.831-005.1-082 (477)

**І. С. Зозуля, А. І. Зозуля**

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ*

### **Необхідність організаційних змін в боротьбі з інсультом в Україні**

В Україні склалася загрозна ситуація, яка обумовлена наслідками інсульту. Сьогодні реєструється в Україні до 175—200 тис. хворих на інсульт, в Росії — 700—750 тис., в той же час в США — 450 тис. В нашій державі кожні 3 хвилини виникає новий випадок інсульту. Смертність від інсульту коливається від 400 до 600 осіб на 100 тис. населення. Це становить в 11,2—12,75 рази вище, ніж в Швейцарії й інших країнах Європи. Слід наголосити, що смертність від інфаркту міокарда знижується, а від інсульту — збільшується.

Мета: загострити увагу на питаннях, які повинні вирішуватися уже сьогодні для покращання допомоги пацієнтам з інсультом.

Об'єкт дослідження: багаторічні спостереження в клініках великого міста (м. Київ).

Методи дослідження: аналітичний, статистичний.

Сьогодні гостро стоїть питання надання екстреної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, впровадження в великих закладах охорони здоров'я відділень невідкладних станів, де повинні працювати мультидисциплінарні бригади лікарів, цілодобово нейровізуалізуючі методи дослідження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ангіографія, ультразвукова доплерографія) і надавати допомогу за принципом — «від дверей до голки».

Гостро стоїть питання медикаментозного забезпечення хворих з гострим інсультом. Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Європейською протиінсультною ініціативою, Американською асоціацією інсульту розроблялися рекомендації лікарського забезпечення інсультних хворих. Однак ці рекомендації включають лише декілька препаратів нейропротекторної дії і не мають вазоактивних або ноотропних препаратів, більш широкого застосування нейпротекторів для захисту го-

ловного мозку від ішемії (типу цитиколіну, нейроксону, корвітину).

Навіть тромболітична терапія рекомбінантним тканинним активатором плазміногену, з впровадженням якого були великі надії, у відповідності до державних протоколів ведення інсультних хворих, може бути використаний лише у 1—2 % пацієнтів, а в судинних центрах — до 5 % пацієнтів.

Сьогодні в Україні не має єдиного системного підходу в лікуванні хворих з інсультом: не організовані спеціалізовані судинні центри (відділення) з палатами (блоками) інтенсивної терапії, нейрохірургічним, неврологічним відділеннями і відділенням ранньої реабілітації (відновного лікування) зі спеціально підготовленим персоналом. Поки що відсутні локальні протоколи, які відповідають світовим стандартам, відсутня єдина стратегія і тактика надання допомоги інсультним хворим. Стоїть питання спеціальної підготовки персоналу (лікарі, медичні сестри, молодші сестри) для роботи в інсультних центрах. Такий персонал ще мало інформований як в діагностичному, так і в лікувальному плані.

Сьогодні — недостатня інформованість як лікарів, так і населення в цілому, в результаті чого не використовуються в повній степені профілактичні заходи. Слід наголосити, що кожен невролог в Україні має свою думку щодо лікування інсульту, яка у більшості випадків відрізняється від світових стандартів. Ще простежується в лікуванні інсультних хворих поліпрагмація, нераціональне зниження артеріального тиску та ін.

Сьогодні центральною ланкою в протиінсультній службі повинні бути чотири основних напрямки боротьби з інсультом: первинна профілактика, допомога при гострому інсульті, вторинна профілактика і вичерпна реабілітація.

Головним принципом надання оптимальної допомоги при гострому інсульті повинен стати лозунг: «Гострий інсульт — це невідкладний медичний стан». Необхідною умовою ефективного надання медичної допомоги в гострий період інсульту є госпіталізація для обстеження і лікування, бажано не пізніше 3 годин з часу виникнення інсульту доставити пацієнта в спеціалізоване інсультне відділення.

В Україні хворі попадають в лікарні дуже пізно, як правило — більше, ніж через 6 годин після виникнення інсульту, а то і на другу добу. Потрібно впровадити в широкі маси лозунг «час — це мозок». Цей лозунг повинен бути орієнтиром для пацієнта і для лікаря. Тільки активна, цілеспрямована допомога (в тому числі тромболітична терапія) протягом перших 3 годин після виникнення інсульту може спасти мозок, а значить всі життєвоважливі функції.

Дуже важливим елементом є навчання диспетчерів центрів екстреної медичної допомоги навичкам розпізнавання ознак інсульту з урахуванням простих критеріїв уже при формуванні виклику. Важливе значення має симптомокомплекс «обличчя — рука — мова», який є прямим свідченням інсульту.

Диспетчер повинен професійно ставити питання хворому або його представникам для з'ясування діагнозу.

Надання медичної допомоги хворому інсультом повинно бути пріоритетним, як при гострому інфаркті міокарда або тяжкій травмі. Потрібно, щоб бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги була не просто перевізником, а могла надати термінову допомогу на догоспітальному етапі (на місці катастрофи, при транспортуванні). В першу чергу бригада повинна здійснити