

предикативної субклінічної симптоматики, для попередження розвитку активних клінічних проявів захворювання.

УДК 616.895.8:616.1/4-08-036.66

Підкоритов В. С., Скринник О. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Особливості лікування та реабілітації хворих на шизофренію, що мають супутню гастроентерологічну патологію

Супутні соматичні захворювання є одним з чинників, що зумовлюють клінічну і соціальну дезадаптацію при шизофренії та значно знижують якість життя. За даними епідеміологічних досліджень тривалість життя при шизофренії на 20—25 років менша за середню у популяції. Багато дослідників вказують на високий ризик розвитку різної патології, зокрема і захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (Семке А. В., 2009). Великий вплив на формування гастроентерологічної патології у хворих на шизофренію мають паління та зловживання алкоголем, незбалансоване харчування, недотримання норм гігієни (Kurzban S., 2010).

Незважаючи на велику кількість досліджень гастроентерологічної патології у пацієнтів з шизофренією, мало уваги приділялося особливостям взаємозв'язку психофармакотерапії й патології ШКТ та розробці реабілітаційних програм для таких хворих. Для вирішення завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Було проаналізовано 30 історій хвороби пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2015—16 рр. з діагнозом шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг (F20.00 за МКХ-10), що була ускладнена захворюваннями ШКТ. Серед них — 53,3 % жінок ($n = 16$), 46,7 % — чоловіків ($n = 14$); середній вік $38,00 \pm 13,00$ роки. Серед обстежених хворих найчастіше зустрічалася медикаментозна гепатопатія (11 спостережень — 36,7 %). На 2-му місці була гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (7 пацієнтів — 23,3 %). Декілька гастроентерологічних захворювань одночасно спостерігалось у 5 пацієнтів (16,7 %). Функціональні розлади травлення (гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, синдром подразненого шлунку, дискінезія товстої кишки) та хронічний гастрит починалися у молодому віці, до того моменту, як пацієнт захворів на шизофренію. Медикаментозна гепатопатія, хронічний панкреатит та холецистит виявлені у випадках, коли тривалість шизофренії була більшою за 10—15 років, та могли стати результатом тривалої антипсихотичної терапії.

Супутня гастроентерологічна патологія має значний вплив на якість життя та соціальну адаптацію пацієнтів з шизофренією. Вона може бути однією з причин відмови від прийому психотропних засобів (Халикова А. Р., 2014). Тому адекватна модель терапії та реабілітації таких хворих створювалася на основі принципів спадкоємності, комплексності, індивідуальності і стадійності, складалася з декількох послідовних етапів та торкалася всіх сторін життєдіяльності пацієнтів. Вона включала в себе: 1) біологічне лікування психічного розладу; 2) лікування та профілактику супутньої гастроентерологічної патології; 3) корекцію особистісних девіацій та формування здорового мікросоціального оточення. Під час призначення психотропних засобів враховували їх профіль безпеки, призначали ліки тільки після прийому їжі, намагалися скоротити кількість пігулок завдяки застосуванню пролонгованих та ін'єкційних форм.

Своєчасний огляд терапевта, контроль печінкових проб один раз на 3 місяці допомагали запобігти загостренню гастроентерологічної патології. Обов'язково призначалися відповідна дієта та специфічне лікування захворювань ШКТ. За допомогою психотренінгів формувалися правильні та ефективні копінг-стратегії, які допомагали пацієнтам адаптуватися у складних соціальних умовах.

Отже, інтегроване ведення хворих на шизофренію з супутньою гастроентерологічною патологією із залученням психіатрів, лікарів-інтерністів, психологів дозволяє попередити загострення психічного захворювання, поліпшити якість життя пацієнта, підвищити його соціальне функціонування.

УДК 616.895.8:616.8-06-036.66

Підкоритов В. С., Український С. О.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Сучасні підходи до лікування та реабілітації хворих на шизофренію, що мають супутню неврологічну патологію

Численні дослідження вказують на високий ризик розвитку у хворих на шизофренію серцево-судинних захворювань (Сиркін А. А., Смулевіч В., 2007), цукрового діабету (Бурлаков А. В., 2007), захворювань шлунково-кишкового тракту (Семке О. В., 2009) і багатьох неврологічних хвороб (Meyer J., Nasrallah H. A., 2003).

У багатьох роботах дослідники вказують на атипівність ендогенних психозів, що перебігають на «органічному підґрунті», їх несприятливий перебіг та низьку ефективність нейролептичної терапії (Нисс А. І., 1990; Корнілов А. А., 2000).

Незважаючи на значну кількість досліджень, залишається актуальною проблема надання допомоги пацієнтам з шизофренією і супутньою неврологічною патологією, потребують уточнення та систематизації підходи до лікування та реабілітації таких пацієнтів. Для розв'язання завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Було проаналізовано 28 історій хвороби пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2014—2016 роках з діагнозом параноїдна шизофренія (за МКХ-10 — F20.0), що мали супутню неврологічну патологію. Серед них було 8 жінок та 20 чоловіків (співвідношення жінки : чоловіки — 1 : 2,5), середній вік досліджених — $35,2 \pm 6,35$ роки. Вік маніфестації захворювання був $23,9 \pm 5,24$ роки, а тривалість хвороби — $11,9 \pm 5,10$ роки. В середньому ці хворі перенесли по $3,7 \pm 2,14$ загострення.

Неврологічна патологія, що спостерігалася у пацієнтів була представлена вегето-судинною дистонією (17 випадків — 60,7 %) та різними варіантами дисциркуляторної енцефалопатії (11 випадків — 39,3 %). Середній вік пацієнтів з шизофренією і супутньою ВСД склав $28,5 \pm 8,16$ роки, що було вірогідно нижче ніж середній вік пацієнтів з шизофренією із ДЕП ($40,4 \pm 7,84$ роки).

Наявність неврологічної патології з одного боку сприяє формуванню фармакорезистентності (Петрова Н. Н., Горбачов С. Є., 2007), з іншого — нерідко супроводжується ранньою появою виражених побічних проявів (Малин Д. І., 2000). Тому в основі терапевтичної стратегії та реабілітації таких пацієнтів повинен лежати інтегративний підхід, що використовує біологічні та психосоціальні втручання і базується на принципах комплексності, персоналізованості, наступництва та етапності. Насамперед вона включає