

## Висновки та перспективи подальших розробок

1. В ході дослідження виявлено, що існує взаємозв'язок між психічним станом жінки і деякими особливостями перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.
2. Відхилення від оптимального типу ПКГД призво-

дило до ускладнень перебігу вагітності, серед яких основними були гестози, анемії та ускладнювало перебіг пологів і збільшувало акушерський травматизм.

Так як частка впливу психосоматичного статусу на ці параметри значна, необхідно враховувати його при прогнозуванні та профілактиці ускладнень вагітності та пологів, післяпологового періоду.

## Список літератури

- Абрамченко В.В. Принципы психопрофилактической подготовки беременных групп высокого риска к родам //Перинат. психология и медицина: проф-ка, психокоррекция, психотерапия нервно-сихических расстройств: Сб. научн. работ по матер. II-й междуна. конф. по перинатальной психологии /В.В.Абрамченко /Ин-т акушерства и гинекологии РАМН им.Д.О.Отта.- СПб.: Изд-во: Знаменитые Университеты.- 2003.- С.59-61.
- Коваленко Н.П. Исследование психоэмоционального состояния женщин до и после родов /Н.П.Коваленко, Я.М.Скворцова //Перинатальная психология и медицина: сб. мат. конф. по перинат. психологии.- СПб., 2001.- С.64-67.
- Личностный опросник EPQ (методика Г.Айзенка) /Альманах психологических тестов.- М., 1995.- С.217-224.
- Самооценка психических состояний (методика Г.Айзенка) /Альманах психологических тестов.- М., 1995.- С.23-25.

**Никогосян Л.Р.**

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

**Резюме.** Целью исследования стало выявление особенностей в психическом и соматическом статусе женщин с разным типом гестационной доминанты и их сравнения. Предметом изучения стало обследование и наблюдение 106 женщин в возрасте 18-36 лет, которым проводили психологическое тестирование в III триместре беременности. В ходе исследования выявлено, что отклонение от оптимального типа ПКГД приводило к осложнениям течения беременности, среди которых основными были гестозы, анемии, затруднению хода родов и увеличению акушерского травматизма. Так как доля влияния психосоматического статуса на эти параметры значительная, необходимо учитывать его при прогнозировании и профилактике осложнений беременности и родов, послеродового периода.

**Ключевые слова:** беременность, осложнения родов, психосоматический статус беременных, гестационная доминанта.

**Nykogosyan L.R.**

### THE DEFINITION OF PSYCHOSOMATIC STATUS OF WOMEN DEPENDING ON DOMINANT GESTATIONAL

**Summary.** The goal of the study was to identify features in the mental and physical status of women with different types of gestational dominants and their comparison. The object of study was the examination and observation of 106 women aged 18-36 years who underwent psychological testing in the 3rd trimester of pregnancy. During the studying it was found that the deviation from the optimum type PCGD led to complications of pregnancy, among which the main were gestoses, anemia, difficult childbirth and stroke increased obstetric injuries. As the share of influence psychosomatic status on these parameters is large, it is necessary to consider the prediction and prevention of complications of pregnancy and childbirth, and the postpartum period.

**Key words:** pregnancy, childbirth complications, psychosomatic status of pregnant women, gestational dominant.

Стаття надійшла до редакції 29.04.2014 р.

Никогосян Левон Рубенович - д. мед. н., доцент кафедри акушерства и гинекологии №1 Одесского национального медицинского университета; nlr2010@rambler.ru

© Пшук Є.Я. Маркова М.В.

УДК: 616.895.4-0.85

**Пшук Є.Я., Маркова М.В.**

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова (вул.Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

## ЗДАТНІСТЬ ДО СПРИЙНЯТТЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ

**Резюме.** Вивчені особливості здатності до сприйняття соціальної підтримки хворими на шизофренію в залежності від динаміки розвитку захворювання. Визначено донорів соціальної підтримки: сім'я, друзі та важливі інші. Встановлено, що здатність до сприйняття соціальної підтримки хворими на шизофренію знижується з подовженням тривалості захворювання.

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, соціальна підтримка, донори соціальної підтримки.

### Вступ

Робота з соціальним оточенням осіб з психічними розладами - найважливіша сторона психіатричної до-

помоги, а соціальна підтримка - один із центральних аспектів діяльності мультидисциплінарної бригади

[Гурович, Семенова, 2007]. Соціальна підтримка - це форма допомоги щодо подолання певних стресових чинників та надмірних суб'єктивних вимог, які пред'являє соціальне оточення індивідууму. Виділяють "інструментальну" (відчутна, матеріальна безпосередня допомога) і емоційну (тобто сприяє самоствердженню суб'єкта) види підтримки. Існують 3 основні характеристики соціальної підтримки: 1) тип підтримки, включаючи її кількість і задоволеність нею; 2) джерела підтримки - фахівці, сім'я, друзі, організації; 3) функції підтримки - емоційна та інструментальна [Сирота, 1994].

Крім того, підтримка може бути безпосередньою, що спрямована на самого пацієнта чи його референтного родича, або ж опосередкована - через активізацію соціальних мереж пацієнта та його найближчого оточення [Jukel, Morosini, 2008]. Одним із важливих видів підтримки є включення пацієнтів та їх референтних родичів до групових форм психосоціальної терапії. Такі групи у процесі роботи з того, чи іншого модулю, нерідко зберігають сформовані зв'язки і практично перетворюються на терапевтичні спільноти. На практиці використовують весь діапазон форм і методів соціальної підтримки [Zimet, 1988]. При цьому він може носити як загальний, так і спрямований на допомогу у вирішенні певних конкретних завдань характер [Terry, 1998]. Здатність до сприйняття соціальної підтримки є інтегрованим показником і свідчить про вміння особи визначити найбільш пріоритетні стосунки з представниками соціуму (сім'я, друзі, важливі інші) [Schwarzer, 2004].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей хворих на параноїдну шизофренію щодо їх здатності сприймати соціальну підтримку.

### Матеріали та методи

За умови інформованої згоди було обстежено 168 хворих на параноїдну шизофренію (ОГ; 97 чоловіків та 71 жінка). Основними критеріями включення хворих до дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F20.0); наявність епізодичних проявів психозу з прогресивним розвитком "негативної" симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини, чоловіка, або ж іншого референтного родича прийняти участь у дослідженні. Критеріями виключення з дослідження (з метою нівелювання вікових патопластичних впливів на прояв хвороби) були: вік хворих молодших за 23 роки та старших 45 років; домінування у клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж наявність гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями МКХ-10 у 77 пацієнтів діагностували епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 - безперервний.

Обстежені хворі перебували у віці від 23 до 45 років (в середньому 34,1±0,8 роки). Тривалість спостереження

цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше 1 року, в середньому 2,7 роки. Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4-х років (1 ОГ), у 58 - 4-8 років (2 ОГ) та у 53 хворих більше 8 років (3 ОГ). Середній вік маніфестації захворювання - 25,3±2,9 роки. Контрольну групу (КГ) склали 55 осіб, які ніколи не звертались за допомогою до лікарів з приводу психічного розладу.

Обстежені респонденти основної та контрольної груп були репрезентативними за основними соціально-демографічними характеристиками. Дослідження сприйняття соціальної підтримки проводили за допомогою шкали соціальної підтримки MSPS, що була розроблена G.D.Zimet [1998].

### Результати. Обговорення

У подоланні стресових та проблемних ситуацій процес соціальної підтримки відіграє ключову роль, завдяки основним складовим: соціальні мережі, КС "пошук соціальної підтримки" та здатності особи до сприйняття соціальної підтримки. Завдяки просоціальним мережам формується відчуття взаємної довіри, надійність у стосунках, відданість, усвідомлення того, що незважаючи на обставини, підтримка хворій людині все ж таки буде забезпечена. Тому, ми вважали доцільним дослідити здатність до сприйняття соціальної підтримки хворими на шизофренію. Особливо, це стосується пацієнтів зі шизофренією, які знаходяться поза межами психіатричного стаціонару. Саме завдяки здатності сприймати чи не сприймати соціальну підтримку формується соціальна та комунікативна активність особистості, визначаються особливості емоційного та поведінкового реагування особистості.

Як свідчать дані таблиці 1, обстежені нами хворі як в цілому, так і за окремими сферами, мали значно більш низький суб'єктивний рівень сприйняття соціальної підтримки у порівнянні зі здоровими чоловіками.

Показники загальної оцінки хворих на шизофренію щодо сприйняття соціальної підтримки становили 5,9±2,0 бали (чи 49,2% за максимальним ступенем виразності). За субшкалою "сім'я" хворі набрали 2,6±0,7 бали (65,0%); за субшкалою "друзі" 1,3±0,2 бали (32,5%) та за субшкалою "важливі інші" 2,0±0,1 бали (50,0%). За субшкалою "сім'я" тільки 47 (27,9%) хворих на шизофренію показали 100% ступінь виразності сприйняття соціальної підтримки; 54 пацієнта (32,1%) - 75% виразності даної ознаки; 29 (17,3%) пацієнта - 50% та 10 (5,9%) - 25% виразності. За субшкалою "друзі" лише 33 (19,6%) хворих на шизофренію виявили 100% ступінь виразності сприйняття соціальної підтримки; 49 (29,1%) хворих - 75% виразності ознаки; 35 (20,8%) пацієнтів - 50% виразності ознаки та 51 (30,4%) - 25% виразності ознаки. За субшкалою "важливі інші" 37 (22,0%) пацієнтів з шизофренією показали 100% сприйняття соціальної підтримки; 66 (39,3%) хворих - 75% виразності ознаки; 42 (25,0%) - 50% відсотків

виразності ознаки та 23 пацієнта (13,7%) - 25% виразності ознаки.

Результати за субшкалами "сім'я", "друзі", "важливі інші" у респондентів контрольної групи були розподілені рівномірно. Показник сумарної оцінки у здорових чоловіків становив 10,2 бали (або 85,0% за максимально можливим ступенем виразності).

За субшкалою "сім'я" у обстежених нами осіб контрольної групи середній показник становив  $3,8 \pm 0,2$  бали (31,6%); за субшкалою "друзі" -  $3,5 \pm 0,5$  бали (29,2%); за субшкалою "важливі інші" -  $3,2 \pm 0,8$  бали (39,2%). За субшкалою "сім'я" 22 (40,0%) особи контрольної групи виявили 100% ступінь виразності щодо сприйняття соціальної підтримки; 17 (30,9%) - виявили 75% виразності даної ознаки; 12 (21,8%) виявили 50% виразності ознаки та 4 (7,2%) респонденти - 25% виразності ознаки. За субшкалою "друзі" 25 (45,4%) осіб контрольної групи виявили 100% ступінь виразності сприйняття соціальної підтримки; 15 (27,2%) - 75% ступеню виразності ознаки; 9 (16,3%) осіб показали 50% виразності ознаки та 6 осіб (10,9%) - 25%. За субшкалою "важливі інші" 19 (34,5%) здорових чоловіків контрольної групи показали 100% ступінь сприйняття соціальної підтримки; 24 (43,6%) особи - 75% ступеню виразності ознаки; 7 (12,7%) респондентів контрольної групи виявили 50% виразності ознаки та 5 (9,0%) - 25%.

Низький ступінь соціальної інтеграції стає однією з найважливіших характеристик соціально-підтримуючого процесу у хворих на шизофренію. Порушені інтерперсональні стосунки в сім'ї пригнічували у її членів бажання надати підтримку хворим, стиль життя якого призводив до дезінтеграції та розриву сімейних стосунків. Протидія з боку членів сім'ї щодо змін поведінки, негативного емоційного реагування на будь-яку подію, викликало у пацієнтів з шизофренією негативні та агресивні прояви, посилювало емоційну нестійкість, агресивність та дратівливість. Соціальна підтримка сім'ї не відповідала запитам хворого та не співпадала з його намірами, бажаннями, потребами і, як наслідок, пацієнти відмовлялись від підтримки членів родини, ставали некомплаєнтними, а стосунки були ще більш негативно емоційно забарвленими.

Що ж стосується соціальної мережі "друзі", дослідження її в динаміці (анамнестично) переконало показує, що така мережа для хворих на шизофренію нівелиюється та згодом перестає існувати. Наростання явищ емоційно-вольового сплосчення, аутизму сприяє формуванню неадекватної соціальної мережі, де партнерами та друзями пацієнтів стають випадкові знайомі.

Мережа "важливі інші" була для хворих джерелом матеріальних надбань, завдяки яким пацієнти могли дозволити собі задовольнити власні потреби. Вимушений характер спілкування з її членами змушував хворих здійснювати незалежно від власних бажань дії, які відповідали інтересам соціальної мережі. Обмежений досвід самостійного вирішення проблем, руйнування

соціальних мереж, відсутність ефективності соціальної підтримки та хибне її сприйняття сприяло розвитку неконструктивних поведінкових паттернів (уникнення).

Суб'єктивна оцінка сприйняття соціальної підтримки осіб КГ свідчила про наявність позитивних міжособистісних стосунків з членами соціальних мереж та про ефективне функціонування двобічно-орієнтованого процесу соціальної підтримки. Для респондентів контрольної групи сім'я була постійним джерелом соціальної підтримки. Активна участь у сімейному житті підвищувала їх самооцінку, сприяла усвідомленню відповідальності та власної значущості для сім'ї. Соціальна мережа "друзі" та "важливі інші" були для осіб контрольної групи тими важливими компонентами життя, яким вони надавали надзвичайно важливе значення. Проведення множинних інтеракцій з представниками соціальних мереж дозволяло їм отримати додаткову інформацію щодо питань, які їх найбільше хвилювали і були для них актуально значущими, дозволяло визначити можливі шляхи вирішення проблемних ситуацій, зняти емоційну напругу та покращити самопочуття.

Інтеркореляційний аналіз показників сприйняття соціальної підтримки за субшкалами "сім'я", "друзі", "важливі інші", що був проведений на вибірці хворих на шизофренію показав, що зі збільшенням соціальної підтримки за субшкалою "сім'я" у хворих збільшується сприйняття соціальної підтримки за субшкалою "друзі" ( $r=+0,448$ ) та "важливі інші" ( $r=+0,689$ ). Одночасно, збільшення сприйняття соціальної підтримки за субшкалою "друзі" сприяє збільшенню сприйняття соціальної підтримки за субшкалою "важливі інші" ( $r=+0,561$ ).

У осіб контрольної групи позитивна кореляція була виявлена між сприйняттям соціальної підтримки за субшкалою "важливі інші" та субшкалою "друзі" ( $r=+0,388$ ).

Міжгруповий аналіз щодо сприйняття соціальної підтримки хворими на шизофренію показує (табл. 2), що за будь-якої тривалості хвороби сім'я залишається основним донором для хворих. Звісно, при тривалості хвороби більше 8 років (ЗОГ) показники ( $2,3 \pm 1,6$ ) достовірно ( $P < 0,05$ ) зменшуються у порівнянні з показниками, які виявились у 2ОГ та 1ОГ пацієнтів ( $2,8 \pm 0,5$  та  $3,1 \pm 0,2$  відповідно). Виявлені коливання показників "субшкала сім'я" у хворих на шизофренію можна розглядати в контексті змін особистості пацієнтів з шизофренією, а саме з наростанням емоційно-вольового сплосчення.

Що ж стосується показників субшкал в середині групи (1ОГ, 2ОГ, 3ОГ) загальна картина виявилась дещо неоднозначною. Серед донорів соціальної підтримки перше рангове місце займала "сім'я", друге - "важливі інші" (табл. 2). Можна припустити, що в сімейному мікросередовищі йде штучне культивування та ідеалізація певних осіб, які є близькими до сім'ї, що не може торкатися особистості хворого, з формуванням пріоритетів у комунікації та можливій, швидше, матеріальній ніж моральній підтримці.

В якості донорів соціальної підтримки пацієнти з

**Таблиця 1.** Результати дослідження здатності щодо сприйняття соціальної підтримки у хворих на шизофренію (M±m).

Субшкали	A. Хворі (n=168)	B. КГ (n=55)	(p<AB)
Сім'я	2,6±0,7	3,8±0,2	0,01
Друзі	1,3±0,2	3,5±0,5	0,01
Важливі інші	2,0±0,1	3,2±0,8	0,01
Сумарна оцінка	5,9±2,0	10,2±1,1	0,01

**Таблиця 2.** Здатність до сприйняття соціальної підтримки хворими на шизофренію в залежності від тривалості хвороби (M±m).

Субшкали	1ОГ (n=57)	2ОГ(n=58)	3ОГ(n=53)	КГ(n=55)
сім'я	3,1±0,2*	2,8±0,5*	2,3±1,6**	3,8±0,2**
друзі	2,0±1,3**	1,4±,18*	1,1±0,3*	3,5±0,5**
важливі інші	2,4±0,1*	2,1±0,9*	1,7±0,2**	3,2±0,8**
Сумарна оцінка	7,5±1,8 *	6,3±0,4*	5,1±,05*	10,2±1,1**

**Примітки:** відмінності є статистично достовірними при \* (p<0,05); \*\* (p<0,001).

шизофренією найменше надають значення категорії "друзі" (виявилось його достовірно прогресуюче зниження з подовженням тривалості хвороби (1ОГ 2,0±1,3; 2ОГ 1,4±,18 та 3ОГ 1,1±0,3; p<0,05).

На наш погляд, наростання явищ абулії, деформація емоційного компоненту особистості, яка хворіє на шизофренію обумовлює відсутність потреби у формуванні міжособистісних стосунків, як фактору соціальної підтримки. 100,0% сприйняття соціальної підтримки в 1ОГ за субшкалою "сім'я" та "важливі інші" показали 22 (38,6%) та 17 (29,3%) хворих; відповідно 24 пацієнта (42,1%) та 19 (32,7%) виявили 75,0% сприйняття підтримки; 11 (19,3%) та 21 (36,8%) - 50,0% від максимального значення. За субшкалою "друзі" в цій же групі пацієнтів, 100,0% сприймали друзів в якості донорів соціальної підтримки 29 пацієнтів (50,8%); 17 (29,8%) показали 75,0% сприйняття від максимального значення, та 11 (19,3%) виявили 50,0% здатність до донорства у просоціальних мережах. В 2ОГ серед донорів соціальної підтримки перше рангове місце займає субшкала "сім'я" (2,8±0,5 бали), друге рангове місце - "важливі інші" (2,1±0,9) та третє рангове місце займає субшкала "друзі" (1,4±1,8 бал). Можна припустити, що при тривалості хвороби від 4 до 8 років все ще, основна надія пацієнтів спрямована на підтримку сім'ї. 100,0% сприйняття соціальної підтримки з боку сім'ї показали 12 хворих (20,6%), 75,0% - 21 (36,2%) хворих, 13 пацієнтів (22,4%) показали 50,0% сприйняття та 12 хворих (20,6%) - 25% соціальної підтримки. За конструктом "важливі інші" відсоткові показники були наступними: 100,0% сприйняття донорів соціальної підтримки показали 10 хворих (17,2%), 75,0% - 11 (18,9%), 25 (43,1%) пацієнтів мали 50,0% рівень сприйняття та 12 (20,6%) хворих виявили

25,0%. В якості донорів соціальної підтримки за субшкалою "друзі" 100,0% сприйняття виявили 9 (15,5%) пацієнтів, 15 хворих (25,8%) - 75,0% від максимального значення, 12 (20,6%) виявили 50,0% та 22 пацієнта (37,9%) 25,0%.

Показники щодо сприйняття донорів соціальної підтримки в 3ОГ виявили низьку здатність пацієнта сприймати допомогу просоціальних мереж, про що свідчили відсоткові показники. За субшкалою "сім'я" середні показники становили 2,3±1,6 бали і були найнижчими серед всіх груп обстежених пацієнтів так як і показники за іншими субшкалами. В цій групі пацієнтів 100,0% сприйняття соціальної підтримки з боку сім'ї виявили всього 6 хворих (11,3%), 11 (20,7%) виявили сприйняття у 75,0% від максимального, 23 (43,3% - 50,0% від максимального вираження та 13 пацієнтів (24,5%) виявили 25,0%. За субшкалою "друзі" (середні показники 1,1±0,3) показники були найнижчими. 100,0% сприйняття соціальної підтримки не показав жоден обстежений; у 12 хворих (22,6%) виявились показники на рівні 75,0%, у 15 (28,3%) - 50,0% та у 26 (49,1%) показники становили 25,0% від максимального значення. Відповідно, за конструктом "важливі інші" показники становили, відповідно, 3 хворих (5,6%) - 100,0% сприйняття, 8 хворих (15,1%) виявили 75,0% сприйняття, 28 осіб (52,8%) - 50,0% та 14 (26,4%) - 25,0% від максимального значення.

### Висновки та перспективи подальших розробок

Таким чином, отримані нами дані щодо здатності хворих на шизофренію сприймати соціальну підтримку показало наступне: наявність психічно хворої особи в сім'ї є чинником, який зумовлює активацію просоціальної мережі щодо допомоги у формуванні стрес-долаючих механізмів у хворих на шизофренію.

В якості донорів соціальної підтримки для хворих на шизофренію виступають "сім'я", "друзі" та "важливі інші".

Соціальна мережа "сім'я" у хворих на шизофренію у більшості випадків представлена батьківською сім'єю. Соціальна мережа "друзі" у хворих на шизофренію є малочисельною, причиною чого є психічний стан хворих, ступінь вираженості облігатних симптомів шизофренічного процесу (аутизм, апатія, амбівалентність), певний рівень дезінтегративної поведінки з емоційно-вольовим сплосщенням. У соціальній мережі "важливі інші" у хворих на шизофренію в якості донорів соціальної підтримки визначаються дружина (28,6%), матір (39,8%), батько (20,2%), чоловік (11,3%).

Встановлені особливості можуть бути використані у подальшому при розробці психоосвітніх програм хворих на шизофренію, а також для розробки нового напрямку в психіатрії - психосоціальної терапії.

### Список літератури

Гурович И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации

шизофрении: современные тенденции /И.Я.Гурович, Н.Д.Семенова //

Социальная и клин. психиатрия. - 2007. - Т.17, №4. - С.78-85.

- Сирота Н.А. Копинг-поведение и психо-профилактика психосоциальных расстройств у подростков /Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский //Обозр. психиатр. и мед. психол.- 1994.- №1.- С.63-74.
- Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia /G.Jukel, P.L.Morosini //Curr. Opin. Psychiatry.- 2008.- Vol.6.- P.630-639.
- Terry D.I. Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior /D.I.Terry //Pers. Individ. Diff.- 1998.- Vol.12 (10).- P.1031-1047.
- Schwarzer R. Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource /R.Schwarzer //Diagnostica.- 2004.- Vol.40, №2.- P.105-123.
- Zimet G.D. The multidimensional scale of perceived social support /G.D.Zimet // J. Personality assessment.- 1988.- Vol.52. (1).- P.30-41.

**Пшук Е.Я. Маркова М.В.**

#### СПОСОБНОСТЬ К ВОСПРИЯТИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Резюме.** Изучены особенности способности к восприятию социальной поддержки больных шизофренией в зависимости от динамики развития заболевания. Определены доноры социальной поддержки: семья, друзья и другие важные. Установлено, что способность к восприятию социальной поддержки больными шизофренией снижается с увеличением продолжительности заболевания.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, социальная поддержка, доноры социальной поддержки.

**Pshuk Y.Y. Markova M.V.**

#### THE ABILITY TO PERCEIVE SOCIAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**Summary.** The features of the ability to perceive social support in patients with schizophrenia according to the dynamics of the disease. Donors identified social support: family, friends and other important. Found that the ability to perceive social support for patients with schizophrenia decreases with increasing duration of the disease.

**Key words:** paranoid schizophrenia, social support, social support donors.

Стаття надійшла до редакції 23.04.2014 р.

Пшук Євген Ярославович - к. мед. н., асистент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова; +38 0432 55-07-47

Маркова Маріанна Владиславівна - д. мед. н., професор кафедри медичної психології та сексології ХМАПО; +38 057 711-11-79

© Распутіна Л.В.

УДК: 616.24-007.277-036.12:001

**Распутіна Л.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (вул. Пирогова 56, Вінниця, 21018, Україна)

## КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

**Резюме.** Метою роботи було встановлення поширеності фібриляції передсердь у хворих на ХОЗЛ, вивчення основних клініко-функціональних предикторів формування фібриляції передсердь (ФП) та порівняння даних інструментальних методів обстеження у пацієнтів з діагностованою фібриляцією передсердь та без порушень ритму. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ пароксизми ФП виявлено у 32 (30,2%) хворих. У 15 (46,3%) хворих на ХОЗЛ, що мають пароксизми ФП, переважали ознаки концентричного ремоделювання лівого шлуночка, ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка встановлена у 8 (24%) ( $p=0,05$ ), у котрих були вираженими ознаки гіпертрофії правого шлуночка, збільшення товщини передньої стінки правого шлуночка. Таким чином, предикторами виникнення ФП у пацієнтів на ХОЗЛ є ряд структурно-функціональних показників: ексцентричне та концентричне ремоделювання лівого шлуночка, ремоделювання правого шлуночка, зумовлені переважанням як об'ємом, так і тиском, легенева гіпертензія, діастолічна дисфункція правого шлуночка.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, фібриляція передсердь, предиктори.

### Вступ

За даними світової статистики відмічається невпинне зростання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Поширеність ХОЗЛ у світі та Європі середньому становить 7,2%, тобто близько чотирьох мільйонів сто тисяч людей страждають на це захворювання, у міських жителів поширеність ХОЗЛ сягає 10,2%, відповідно серед чоловіків - 9,8% та жінок - 5,6%, серед пацієнтів старше 40 років - 10%, старше 65 років - 14,2%, серед курців - 15,4%, серед людей, що ніколи не курили - 4,3%, серед колишніх курців - 10,7% [Curkendall et al., 2006].

Десятирічний ретроспективний аналіз медичних карт

стаціонарних хворих виявив, що у 51,7% хворих ХОЗЛ діагностували захворювання серцево-судинної системи, серед них найчастіше у 28,9% - ішемічна хвороба серця (ІХС), у 19,6% - серцева недостатність (СН), у 12,6% - порушення ритму. Наявність супутніх захворювань сприяє збільшенню частота госпіталізацій протягом року з приводу будь-яких захворювань [Бондаренко, Яблучанский, 2004; Коваленко, 2010; Carverley, 2010].

Відомо, що у пацієнтів на ХОЗЛ часто в клінічній картині мають місце порушення ритму, найчастіше це суправентрикулярні та шлуночкові екстрасистоли, суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія, фібриля-