



Х. С. Живаго

УДК 616.895.87-06-092+616.895.4-06-092

ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ

Х. С. Живаго

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Анотація.

Поширеність депресивної симптоматики серед хворих на параноїдну шизофренію (7,00–75,00%) зумовлює інтерес до вивчення соціальних наслідків цієї психічної патології, а аналіз взаємовпливу якості життя та депресивної симптоматики у цієї категорії пацієнтів набуває особливої значимості. Під час дослідження виявлено, що депресивна симптоматика сприяє зниженню якості життя хворих на параноїдну шизофренію практично в усіх сферах життя. Через прояви ДС страждають, в першу чергу, психічний стан і загальне самопочуття. Але не менше шкоди завдають звуження кола спілкування, обмежена фізична працездатність і у зв'язку з цим – відсутність або часті зміни місця роботи, що погіршує матеріальний статок і відчуття власного благополуччя хворих. Напротивагу цьому, зниження рівня депресії нівелює ці прояви та сприяє підвищенню якості життя. Саме тому вбачається вкрай необхідною розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії з симптомами депресії, який буде враховувати виявлені особливості.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, депресивна симптоматика, якість життя, функціонування.

Вступ

Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, питанням соціальної дезадаптації та суттєвому погіршенню якості життя (ЯЖ) пацієнтів та їх родичів [1; 2].

Визначення поняття «якість життя» (ЯЖ) достатньо різноманітні. За даними ВООЗ, якість життя – це характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини. Вона виходить із суб'єктивного сприйняття й відчуття людиною свого місця в житті, залежить від соціальних стандартів, культурних особливостей і системи цінностей особистості та тісно взаємопов'язана з її цілями, бажаннями й турботами [3].

На ЯЖ впливають не лише клініко-психопатологічні особливості захворювання, умови надання спеціалізованої допомоги та тривалість захворювання. Тією чи іншою мірою показники ЯЖ пацієнтів із шизофренією обумовлюють рівень освіти, сімейний статус, умови проживання й інші соціальні та культурні фактори [4; 5]. Екзацербация захворювання, особливо із частими госпіталізаціями та тривалим перебігом, призводить до труднощів у навчанні, підтримці та збереженні професійного рівня, ауто- та гетероагресивних тенденцій, руйнування стосунків із оточуючими, до соціального відчуження, а іноді навіть інвалідизації [6–8]. Й у міру збільшення тривалості, прогресивності та безперер-

вності шизофренічного процесу в пацієнтів спостерігається ступінчасте погіршення суб'єктивної оцінки ЯЖ практично в усіх сферах життєдіяльності [6; 9].

У структурі інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів 36,50% – хворі на шизофренію, шизотипові та маячні розлади (дані 2010 року) [10]. А надзвичайна поширеність депресивної симптоматики серед пацієнтів з параноїдною шизофренією (7,00–75,00%) зумовлює необхідність досліджень особливостей соціального функціонування та ЯЖ даного контингенту хворих з подальшою розробкою та впровадженням методів їх підвищення [11].

Мета дослідження

Дослідження у цьому напрямі показали, що на фоні частого рецидивування, зниження соціального функціонування та втрати фінансової незалежності хворим із депресією при шизофренії протягом перших років захворювання властива низька оцінка ЯЖ та схильність до вживання психоактивних речовин «для полегшення свого стану» [2; 4; 9; 12]. Визначення рівня ЯЖ психічно хворих є одним з ключових показників оцінки якості надання психіатричної допомоги, рівня медико-соціальної реабілітації, визначення потреб психічно хворих. Саме тому метою роботи стало дослідження ЯЖ та її взаємовпливу із депресивною симптоматикою у хворих на параноїдну форму шизофренії.

Матеріали та методи дослідження

На основі добровільної інформаційної угоди обстежено 129 хворих на параноїдну шизофренію. З них 82 пацієнти із депресивною симптоматикою склали дослідну групу та 47 хворих без симптомів депресії склали групу порівняння. У дослідженні використано такі методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, а також патопсихологічні та математичної статистики.

Дослідна група (82 хворих) складалась з 35 (42,68%) чоловіків та 47 (57,32%) жінок; група порівняння (47 хворих) – з 34 (72,34%) чоловіків та 13 (27,66%) жінок. Середній вік пацієнтів у дослідній групі становив $30,30 \pm 5,90$ років, у групі порівняння – $27,57 \pm 5,90$ років (різниця між групами за віком клінічно не значима). Середній вік дебюту захворювання в дослідній групі склав $26,10 \pm 5,52$ років, у групі порівняння – $24,50 \pm 4,77$ р.

У дослідженні було використано такі шкали: PANSS, CDSS, HDRS, HARS, PSP, опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих та опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я, спеціальний модуль (ВОЗКЖ-СМ).

Сумарний показник PANSS на момент залучення у дослідження становив у дослідній групі $113,26 \pm 7,06$ балів, в групі порівняння – $110,74 \pm 7,13$ балів ($p=0,118$). Сумарний показник за шкалою CDSS у дослідній групі становив $14,63 \pm 3,81$ балів, у групі порівняння – $3,10 \pm 1,38$ бали ($p<0,0001$). За шкалою HDRS у дослідній групі середній бал склав $13,82 \pm 3,64$, у групі порівняння – $3,72 \pm 1,78$ ($p<0,0001$). Сумарний показник за шкалою HARS ($p<0,0001$) становив у дослідній групі $19,56 \pm 8,00$ балів, у групі порівняння – $12,10 \pm 6,97$ балів. У хворих дослідної групи превалювала ДС середнього (52,43%) та легкого (41,46%) ступенів. За шкалою PSP рівень соціального функціонування в дослідній групі становив $45,93 \pm 13,46$ бали, в групі порівняння – $57,68 \pm 11,59$ балів ($p<0,0001$).

Статистичну обробку отриманих даних здійснено за допомогою пакету програм зі статистичної обробки даних SPSS Statistics for Macintosh (версія 22.0.0.0) із застосуванням непараметричних критеріїв:

■ пороговим значенням достовірності було прийнято інтервал значень $p<0,05$ (вірогідність міжгрупової різниці становить 95,00% та вище). У випадку застосування

множинних порівнянь використовувалась поправка Бонферроні;

■ для оцінки достовірності відмінностей середніх значень між групами використовувалась критерій Манна–Уїтні (U) при порівнянні між групами та критерій Вілкоксона (W) при порівнянні показників у динаміці.

■ для оцінки достовірності відмінностей частотних характеристик груп використовувались критерій χ^2 та точний критерій Фішера.

Для проведення обчислень була створена база даних значень на основі результатів, отриманих під час первинного та повторних обстежень хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідній групі загальний бал за опитувальником ВОЗКЖ-СМ (табл. 1) характеризував низький рівень ЯЖ, у групі порівняння – середній рівень ($p=0,0004$).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за рівнем якості життя за опитувальником ВОЗКЖ-СМ

Показник	Дослідна група (n = 82)		Група порівняння (n = 47)	
	Абс.	%	Абс.	%
Загальний бал	132,78±43,26		171,15±44,28	
Низький рівень	48	58,53	11	23,40
Середній рівень	27	32,92	26	55,31
Високий рівень	7	8,53	10	21,27
Оцінка p (χ^2)	$\chi^2=15,390$; $p=0,0004$			

Примітки:

n – кількість хворих;

χ^2 – критерій узгодження Пірсона;

p – показник вірогідності похибки, розрахований за методом χ^2 Пірсона.

При аналізі результатів варто звернути увагу на такі параметри: «позитивні емоції», «пізнавальні функції», «негативні емоції», «здатність до виконання повсякденних справ», «працевдатність», «особисті відносини», «практична соціальна підтримка», «можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання», «емоційна неадекватність», «самоконтроль та відволікання від неприємних переживань», «самодопомога та психопрофілактика». За цими ознаками ЯЖ у хворих із депресивною симптоматикою (ДС) визначено нижчі показники, ніж у хворих без симптомів депресії, що є статистично значимим ($p<0,0001$ та $p<0,05$).

Кореляційний аналіз показав обернено пропорційний зв'язок між загальним балом за опитувальником ВОЗКЖ-СМ та всіма фак-

торами шкали PANSS, із яких статистичної значимості набули загальний бал, позитивний та негативний фактори та фактор тривоги та депресії (табл. 2).

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу між показниками опитувальника ВОЗКЖ-СМ та балами за шкалою PANSS

Шкала	ВОЗКЖ-СМ (загальний бал)	
	дослідна група (n = 82)	група порівняння (n = 47)
PANSS (загальний бал)	-0,38*	-0,41*
PANSS (+)	-0,23*	-0,38*
PANSS (-)	-0,45*	-0,53*
Дезорганізації	-0,09	-0,20
Агресії та збудження	-0,20	-0,41*
Тривоги та депресії	-0,56*	-0,11

Примітка:

* – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Кореляційний аналіз показав статистично значущий ($p < 0,05$) обернено пропорційний зв'язок між загальним балом за опитувальником ВОЗКЖ-СМ та депресією за шкалами CDSS та HDRS. Загальний бал за шкалою тривоги HARS не набув статистичної значущості в дослідній групі, проте в групі порівняння виявлено статистично значимий обернено пропорційний зв'язок із загальним балом ВОЗКЖ-СМ (табл. 3).

Таблиця 3

Кореляційний аналіз між показниками опитувальника ВОЗКЖ-СМ, показниками шкали HARS та рівнем депресії за шкалами CDSS, HDRS у дослідній групі та групі порівняння

Шкала	ВОЗКЖ-СМ (загальний бал)	
	дослідна група (n = 82)	група порівняння (n = 47)
CDSS, загальний бал	-0,61*	-0,01
HDRS, загальний бал	-0,58*	-0,21
HDRS, депресія легкого ступеню	-0,24*	-
HDRS, депресія середнього ступеня	-0,43*	-
HDRS, депресія тяжкого ступеня	-0,51*	-

Примітки:

n – кількість хворих;

* – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Проведений кореляційний аналіз показав, що найбільш виразну обернено пропорційну залежність показники за шкалами PANSS, CDSS, HDRS та HARS мають із низьким рівнем якості життя ($p < 0,05$) (табл. 4).

Таблиця 4

Кореляційний аналіз між рівнем депресії за шкалами PANSS, CDSS та HDRS, рівнем тривоги за шкалою HARS та рівнем якості життя за опитувальником ВОЗКЖ-СМ

Показник	Дослідна група (n=82)		
	Низький рівень ЯЖ	Середній рівень ЯЖ	Високий рівень ЯЖ
Шкала PANSS (тривоги та депресії)	-0,52*	-0,37*	-0,01
Шкала тривоги HARS (загальний бал)	-0,29*	-0,19	-0,01
Шкала депресії CDSS (загальний бал)	-0,52*	-0,33*	-0,21
Шкала депресії HDRS (загальний бал)	-0,61*	-0,45*	-0,22*

Примітки:

n – кількість хворих;

* – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Для якісної суб'єктивної оцінки ЯЖ використовувався опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих. За цим опитувальником виявлено, що статистично значущими ($p < 0,05$) є незадоволеність хворих із ДС, порівняно з пацієнтами без депресії, такими сферами життя, як фізичне самопочуття, наявна робота і частота змін місця роботи, фізична працездатність і денна активність, а також матеріальне становище, широта кола спілкування, стан здоров'я в цілому й психічний зокрема. Окрім цього, у пацієнтів дослідної групи статистично значуще нижчим ($p < 0,0001$), ніж у групі порівняння, був суб'єктивний рівень відчуття благополуччя.

У ході обстеження не виявлено міжгрупової статистично значущої різниці ($p > 0,05$) між показниками задоволеності отриманою освітою та наявною професією, за якими в обох групах виявлено задовільний рівень. Також не відзначено статистично значущої різниці за показниками задоволеності інтелектуальною продуктивністю, побутовими умовами проживання, якістю харчування, одягу, сімейним способом життя, положен-

ням у родині, взаєминами з рідними та характером спілкування з оточуючими – в обох групах дані були низькими.

Під час дослідження вивчено якість життя пацієнтів за такими аспектами:

- медичний (вплив захворювання та лікування на життєдіяльність пацієнта);

- психологічний (ступінь адаптації до хвороби, суб'єктивна оцінка стану здоров'я, зокрема психічного);

- соціально-економічний (обмеження професійних можливостей, зниження працездатності, економічні втрати, пов'язані з лікуванням).

Отримані результати дозволили виявити у хворих із ДС при параноїдній шизофренії низку важливих особливостей, які суттєво знижують рівень якості їхнього життя. Щоб зменши-

ти прояви захворювання, необхідні розробка та впровадження заходів медико-соціальної реабілітації для цієї категорії пацієнтів.

Висновки

1. На тлі депресивної симптоматики істотно істотно знижується рівень якості життя хворих на параноїдну шизофренію практично в усіх сферах життя.

2. Зменшення рівня депресії у пацієнтів з параноїдною шизофренією сприятиме підвищенню якості їхнього життя.

3. Розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії з симптомами депресії, який враховуватиме виявлені особливості, сприятиме підвищенню соціального функціонування та якості життя цього контингенту пацієнтів.

Література

1. Марута Н. А. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.] // Сб. науч. трудов под общ. ред. Н. А. Маруты. – Х. : РИФ, 2004. – С. 40–46.
2. Пшук Н. Г. Динаміка оцінки ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію [Електронний ресурс] / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – Х. : Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. – 2012. – Т. 20, вип. 3. – С. 215. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_3_346.
3. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами : информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2010. – № 220. – 12 с.
4. Юрєва Л. Н. Профилактика суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами в контексте доказательной медицины / Л. Н. Юрєва, Ю. Н. Шевченко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, №3 (2). – С. 238–239.
5. Cichocki Ł. Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia [Electronic Resource] / Ł. Cichocki, A. Cechnicki, J. Franczyk-Glita [et al.] // Comprehensive Psychiatry. – 2015. – Vol. 56. – P. 133 – 140. – Way of access : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14002739>.
6. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения : автореф. дисс. На соискание ученой степени д-ра мед. наук / Г. Я. Пилягина. – К., 2004. – 26 с.
7. Ревенок О. А. Вплив біологічних та соціально-демографічних факторів на формування агресивної поведінки жінок, які скоїли злочин проти життя та здоров'я особи / О. А. Ревенок, Н. Ю. Васильєва // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19. – №2. – С. 100–104.
8. Urizar A. Quality of life and family functioning in schizophrenia patients / A. Urizar, S. Giraldez // Psicothema. – 2008. – Vol. 20. – № 4. – P. 577 – 582.
9. Гурович И. Я. Социальное функционирование и качество жизни психически больных / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8. – №2. – С. 35
10. Пинчук И. Я. Распространённость психических расстройств в Украине / И. Я. Пинчук // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 16. – № 1. – С. 168–176.
11. Koreen R. C. Depression in first episode schizophrenia / R. C. Koreen [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150. – P. 1643–1648.
12. Ventura J. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia / J. Ventura, K. L. Subotnic, L. H. Guzik [et al.] // Schizophr. Res. – 2011. – Vol. 132. – № 1. – P. 18 – 23.

References

1. Maruta N. A., Pan'ko T. V., Yavdak I. A. [et al.] Kriteriy kachestva zhizni v psixiatricheskoy praktike [The criterion of the quality of life in psychiatric practice]. Sb. nauch. trudov [pod obshch. red. N. A. Maruty] [Coll. scientific. works [edited by N. A. Maruta]. Kharkov, RIF Publ., 2004, pp. 40-46. (In Russ.)
2. Pshuk N. G., Markova M. V., Pshuk Je. Ja. Dynamika ocinky resursu sim'i, de prozhyvaje hvoryj na paranoi'dnu shyzofreniju [The dynamics of family resource estimation, where a patient with paranoid schizophrenia]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, issue 3, pp. 215. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_3_346. (In Ukr.)
3. Psikhicheskoe zdorov'e: usilenie bor'by s psikhicheskimi rasstroystvami: Informatsionnyy byulleten'Vse-mirnoy organizatsii zdavookhraneniya [Mental health: strengthening the fight against mental disorders: Information Bulletin of the World Health Organization], 2010, no. 220, 12 p. (In Russ.)
4. Yur'eva L. N., Shevchenko Yu. N. Profilaktika suitsidal'nogo povedeniya u patsientov s depresivnymi rasstroystvami v kontekste dokazatel'noy meditsyny [Prevention of suicidal behavior in patients with depressive rasstroystvami in the context of medicine dokazatel'noy]. Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii' [Ukrainian Journal psychoneurology], 2012, vol. 20, no. 3 (2), pp. 238-239. (In Russ.)

5. Cichocki Ł., Cechnicki A., Franczyk-Glita J. [et al.] Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 2015, vol. 56, pp. 133-140. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14002739>.

6. Pilyagina G. Ya. Autoagressivnoe povedenie: patogeneticheskie mekhanizmy i kliniko-tipologicheskie aspekty diagnostiki i lecheniya: avtoref. diss. ... d-ra med. nauk [Auto-aggressive behavior: pathogenetic mechanisms and clinical-typological aspects of diagnosis and treatment. Abstract of diss. ... Dr. of Medical Sciences]. Kiev, 2004, 26 p. (In Russ.)

7. Revenok O. A., Vasyl'jeva N. Ju. Vplyv biologichnyh ta social'no-demografichnyh faktoriv na formuvannja agresyvnoi' povedinky zhynok, jaki skoi'ly zlochyn proty zhyttja ta zdorov'ja osoby [The impact of biological and socio-demographic factors on the formation of aggressive behavior of women who have committed

crimes against life and health]. *Arhiv psyhiatrii* [Archives of psychiatry], 2013, vol. 19, no. 2, pp. 100-104. (In Ukr.)

8. Urizar A., Giráldez S. Quality of life and family functioning in schizophrenia patients. *Psicothema*, 2008, vol. 20, no. 4, pp. 577-582.

9. Gurovich I. Ya., Shmukler A. B. Sotsial'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni psikhicheski bol'nykh [Social functioning and quality of life of mental patients], 1998, vol. 8, no. 2, p. 35. (In Russ.)

10. Pinchuk I. Ya. Rasprostranennost' psikhicheskikh rastroystv v Ukraine [The prevalence of mental disorders in Ukraine]. *Zhurn. AMN Ukraini* [Journal of Medical Sciences of Ukraine], 2010, vol. 16, no. 1, pp. 168-176. (In Russ.)

11. Koreen R. C. [et al.] Depression in first episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1993, vol. 150, pp. 1643-1648.

12. Ventura J., Subotnic K. L., Guzik L. H. [et al.] Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia. *Schizop. Res.*, 2011, vol. 132, no. 1, pp. 18-23.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ

К. С. Живаго

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

Аннотация. Распространенность депрессивной симптоматики среди больных параноидной шизофренией (7,00–75,00%) обуславливает интерес к изучению социальных последствий этой психической патологии, а анализ взаимовлияния качества жизни (КЖ) и депрессивной симптоматики (ДС) у этой категории пациентов приобретает особую значимость. В ходе исследования выявлено, что ДС способствует снижению КЖ больных параноидной шизофренией практически во всех сферах жизни. Из-за проявлений ДС в первую очередь страдают психическое состояние и общее самочувствие. Но не меньше вредананосят сужение круга общения, ограниченная физическая работоспособность и в связи с этим – отсутствие или частые смены места работы, что ухудшает материальное положение и ощущение собственного благополучия больных. Напротив, снижение уровня депрессии нивелирует эти проявления и способствует повышению КЖ. Именно поэтому представляется крайне необходимой разработка комплекса мер медико-социальной реабилитации больных параноидной формой шизофрении с симптомами депрессии, который будет учитывать выявленные особенности.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, депрессивная симптоматика, качество жизни, функционирование.

FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

Kh. S. Zhyvago

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary. The prevalence of depressive symptoms among patients with paranoid schizophrenia (7–75%) leads to interest in studying the social impact of mental pathology and also that there is a need to study the mutual influence quality of life (QoL) and depressive symptoms (DS) in this category of patients is of particular importance. During the study it was found that DS reduced the QOL of patients with paranoid schizophrenia in almost all spheres of life. A DS displays that first of all there are declines of the mental condition and overall health. The least amount of influence was on such indicators as narrowing of the circle of contacts, limitation of physical capacity, and therefore – the absence or frequent job changes, worsening financial condition and a sense of well-being of patients. On contrary, lower level of depression eliminates these manifestations and improves QOL. Therefore it is essential to develop a set of measures for medical and social rehabilitation of patients with paranoid form of schizophrenia with symptoms of depression, which will take into account the identified features.

Key words: paranoid schizophrenia, depressive symptoms, quality of life and functioning.

Живаго Христина Сергіївна – аспірантка, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; email: kristinazhyvago@gmail.com.

Живаго Христина Сергеевна – аспірантка, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; email: kristinazhyvago@gmail.com.

Khrystyna Zhyvago – postgraduate student, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; email: kristinazhyvago@gmail.com.