

## Список літератури

- Аронов Д. М. Кардиореабілітація больних ИБС: рецепт для России / Д. М. Аронов // Лечащий врач. - 2007. - № 3. - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: URL: <http://www.lvrach.ru/2007/03/4534873/> - Назва з екрана.
- Савченко В. И. Кардиореабілітація пацієнтів с ішемічної болізнью сердца / В. И. Савченко // Практическая ангиология. - 2009. - № 6 (2). - [Електронний ресурс]. - Режим доступу: URL: <http://angiology.com.ua/article/246.html> - Назва з екрана.
- A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M. E. Charlson, P. Pompei, K. L. Ales [et al.] // J. Chronic. Dis. - 1987. - Vol. 40 (5). - P. 373 - 383.
- A new paradigm for postcardiac event resistance exercise guidelines / J. Adams, M. J. Cline, M. Hubbard [et al.] // Am. J. Cardiol. - 2006. - Vol. 97. - № 2. - P. 281 - 286.
- Aashish S. Contractor Cardiac Rehabilitation after Myocardial Infarction / S. Aashish // Supplement to JAPI. - 2011 - Vol. 59. - P. 51 - 55.
- Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction in the Community / J. Witt Brandt, J. Jacobsen Steven, S. A. Weston [et al.] // J. of the Am. Coll. of Cardiol. - 2004. - Vol. 44 (5). - P. 987 - 996.
- Exercise Training and Cardiac Rehabilitation in Primary and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease / C. J. Lavie, R. J. Thomas, R. W. Squires [et al.] // Mayo Clinic Proc. - 2009. - Vol. 84. - P. 373 - 383.
- Jackevicius C. A. Prevalence, predictors and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction / C. A. Jackevicius, P. Li, J. V. Tu // Circ. - 2008. - Vol. 117. - P. 1028 - 1036.
- Long-Term adherence with cardiovascular drug regimens / S. P. Kulkarni, K. P., Alexander, B. Lytle [et al.] // Am. Heart J. - 2006. - Vol. 151, № 1. - P. 185 - 191.
- Mampuya Warner M. Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview / Warner M. Mampuya // Cardiovascular Diagnosis and Therapy. - 2012. - Vol. 2, №1. - P. 38 - 49.
- Mortality and adherence to pharmacotherapy after acute myocardial infarction / M. Kinjo, K. Kinjo, I. Iwata [et al.] // JAMA. - 2007. - Vol. 297. - P. 1877 - 1878.
- Ueno A. Cardiac rehabilitation and artificial heart devices / A. Ueno, Y. Tomizawa / J. Artif. Organs. - 2009. - Vol. 12. - № 2. - P. 90 - 97.

**Очередыко А.Н., Галаченко А.А.**

#### ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Резюме.** Когортным дизайном обследовано 1122 пациента госпитализированных, по поводу впервые в жизни возникшего острого инфаркта миокарда, в кардиологическое отделение г. Винницы на протяжении 2006-2008 гг. Цель исследования состояла в изучении влияния реабилитационной программы (РП) на продолжительность пребывания стационаре. Аналитический фрейм базировался на модели пропорционального риска Кокса с основной тестовой статистикой хи-квадрат. Диагностические критерии включения состояли из рубрик МКБ-10 I21.0-I21.3, I21.4, I21.9, I22. Доказано, что применение РП удлинняло среднюю продолжительность госпитального этапа у пациентов с острым инфарктом миокарда на 12%, однако эффект РП оказался на границе достоверности ( $p=0,071$ ). Возможно, назначение кардиореабилитационных мероприятий повышает уровень приверженности пациентов к продолжению лечения, в частности, в результате восприятия его как более эффективного.

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, реабилитация, продолжительность стационарного лечения, приверженность к лечению.

**Ocheredko O.M., Galachenko O.O.**

#### EVALUATION OF THE INFLUENCE OF REHABILITATION PROGRAM ON DURATION OF STAYING IN SPECIALIZED DEPARTMENT OF THE PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

**Summary.** Cohort of 1122 patients with acute myocardial infarction the first in their life was hospitalized to Vinnytsya cardiological department between years 2006-2008. The goal was to evaluate the influence of rehabilitation program on duration of staying. Clinical variables of patients were measured. Data analysis exploited Cox proportional hazard modeling. Diagnoses consist of ICD-10 codes I21.0-I21.3, I21.4, I21.9, I22. It appeared that administration of the program indeed lengthen the average duration of staying of the patients with acute myocardial infarction by 12%. Nevertheless, the effect of administration happened to be of marginal significance ( $p=0,071$ ). It is likely that patients, who were involved in program, were growing their interest in treatment accomplishment, as seeing it more effective.

**Key words:** acute myocardial infarction, rehabilitation, in-patient treatment, compliance.

Стаття надійшла до редакції 20.03.2014 р.

Очередыко Александр Николаевич - д. мед. н., профессор, завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; ocheredko@yachoo.com

Галаченко Александр Александрович - к. мед. н., доцент кафедри медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; o.galachenko@gmail.com

© Марункевич Я.Ю.

УДК: 616.895.87

**Марункевич Я.Ю.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра психіатрії та наркології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Резюме.** При дослідженні якості життя 325 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності за допомогою шкал якості життя ВООЗ КЖ-26 та ВООЗ КЖ-СМ було виявлено, що на етапі екзацербції

захворювання якості життя хворих є низькою і значуще не відрізняється у різних групах соматичної коморбідності. На етапах купірування гострої психотичної симптоматики та формування ремісії якості життя хворих покращується, однак динаміка її є нерівномірною у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності. Найгірша якість життя на етапі купірування гострої психотичної симптоматики виявлена у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії, а на етапі формування ремісії - у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії. Закономірності динаміки якості життя співпадають із закономірностями динаміки психопатологічної симптоматики, а результати їх дослідження можуть використовуватися для оцінки лікувального та реабілітаційного потенціалу.

**Ключові слова:** шизофренія, якість життя, коморбідна соматична патологія.

## Вступ

Соціалізація та соціальна адаптація хворих на шизофренію являє собою надзвичайно складне і важливе завдання. Глибокі патологічні зміни, що супроводжують розвиток шизофренічного процесу, призводять до порушення соціальних стосунків та інтеграції хворого у суспільство. Враховуючи відсутність єдиної теорії та етіотропного лікування шизофренії, особливого значення набувають задачі ресоціалізації та соціальної адаптації шизофренії [Мовина, 2005; Султанов, 2005; Митрофанова, 2008]. Однак до сьогодні цим питанням не приділяється належної уваги, що утруднює розробку відповідних заходів з соціальної реабілітації та адаптації [Незнанов, Вид, 2004; Мухаметшина, 2009; Смашна, 2012].

У зв'язку зі зміною парадигми надання психіатричної допомоги і переходом від патерналістської моделі відносин лікаря і психічно хворого до партнерської, яка передбачає обов'язкове урахування самооцінки хворим власного стану і ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, особливої актуальності набувають дослідження питань якості життя хворих на шизофренію як інтегральної характеристики фізичного, психологічного, соціального та емоційного стану індивіда [Гурович і др., 2004; Софронов і др., 2012]. У хворих з коморбідною соматичною патологією ці питання є особливо складними та важливими, оскільки наявність супутніх соматичних захворювань має як прямиий вплив на соціально-медичні особливості пацієнтів, так і опосередкований через трансформацію клінічної картини основного захворювання.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей якості життя хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності.

## Матеріали та методи

Нами було проведено дослідження якості життя 325 чоловіків, які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні протягом 2011-2014 років з діагнозом "параноїдна шизофренія" відповідно до критеріїв МКХ-10. З урахуванням клінічних даних і дослідження анамнезу всі хворі були розділені на три групи: без коморбідної соматичної патології (чисельністю 105 чоловік), з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії (110 чоловік) і з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії (110 осіб). Середній вік хворих склав 37,9±9,5 років, середній стаж захворювання - 14,4±8,5 років. Групи були спільномір-

ними за стажем захворювання. Якість життя вивчалася за допомогою короткого опитувальника Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (WHOQOL-BREF) та спеціалізованого опитувальника для оцінки якості життя хворих на шизофренію ВОЗ КЖ-СМ [Козловский, Масловский, 2011].

Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою непараметричних методів: тесту Манна-Уїтні, методу рангових кореляцій Спірмена.

## Результати. Обговорення

На етапі екзацербції шизофренії усі досліджені групи хворих виявили низький рівень якості життя; при цьому значущі розбіжності між ними були відсутні. Так, середні показники якості життя за сферою фізичного здоров'я у хворих без коморбідної соматичної патології склали 43,3±15,4 балів (тут і далі для сфер 1 - 4 наводяться результати, приведені до стандартної 100-бальної шкали відповідно до рекомендацій ВООЗ), за сферою психологічної якості життя - 26,6±17,7 балів, за сферою соціальної якості життя - 15,2±24,2 балів, за сферою оточення - 31,5±11,7 балів, у хворих з коморбідною патологією, що виникла до дебюту шизофренії - відповідно 44,0±14,7 балів, 26,4±17,3 балів, 15,0±22,8 бали та 31,6±13,3 балів, у хворих з коморбідною патологією, що виникла після дебюту шизофренії - відповідно 43,0±15,3 балів, 26,4±18,6 балів, 15,3±23,5 балів та 31,4±12,5 балів. Середній показник за кластером "Позитивні емоції" у хворих без коморбідної соматичної патології на етапі екзацербції захворювання склав 7,8±3,6 балів, "Пізнавальні функції" - 10,4±4,7 балів, "Негативні емоції" - 8,2±4,8 балів, "Здатність до виконання повсякденних справ" - 9,0±4,3 балів, "Працездатність" - 7,8±3,8 балів, "Особисті відносини" - 8,9±3,3 балів, "Практична соціальна підтримка" - 6,2±4,0 балів, "Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання" - 7,6±4,1 балів, "Емоційна адекватність" - 12,8±5,7 балів, "Орієнтування в собі та оточуючій реальності" - 16,0±5,1 балів, "Переживання, пов'язані із спілкуванням" - 10,6±5,2 балів, "Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань" - 13,0±5,2 балів, "Самодопомога та психопрофілактика" - 16,0±5,0 балів. У хворих, у яких коморбідна патологія виникла до дебюту шизофренії, показники за кластерами склали відповідно 7,8±3,5 балів, 10,4±4,8 балів, 8,1±4,7 балів, 8,9±4,3 балів, 8,1±4,7 балів, 9,0±3,4 балів, 6,2±4,1 балів, 7,7±4,1 балів, 12,9±5,8 балів, 16,1±5,2 балів, 10,6±4,9 балів, 13,0±5,2 та 15,8±5,1 балів. У хворих, у

яких коморбідна патологія виникла після дебюту шизофренії, показники склали відповідно 7,7±3,6 балів, 10,4±4,7 балів, 8,1±4,8 балів, 8,9±4,4 балів, 7,9±3,8 балів, 9,0±3,5 балів, 6,2±4,1 балів, 7,7±4,1 балів, 12,9±5,7 балів, 16,0±5,1 балів, 10,7±5,3 балів, 13,1±5,4 та 16,1±5,1 балів. Ці закономірності узгоджуються з даними, одержаними нами при аналізі клінічних особливостей шизофренії на етапі екзацерації, зокрема, щодо відсутності значущих розбіжностей у виразності основної симптоматики захворювання.

Натомість, на етапі купірування гострої психотичної симптоматики виявляються значущі розбіжності у оцінках якості життя хворих з різними варіантами соматичної коморбідності. Нашими дослідженнями була виявлена значуще більша виразність на цьому етапі у хворих з соматичною коморбідністю (особливо у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії) депресивних, тривожно-депресивних та астенічних проявів. Закономірним відображенням цих особливостей є оцінка якості життя.

Так, у хворих без коморбідної соматичної патології на етапі купірування гострої психопатологічної симптоматики виявлено зростання показників загальної якості життя за сферами фізичного здоров'я до 58,7±18,7 балів, за сферою психологічної якості життя - до 44,3±19,4 балів, за сферою соціальної якості життя - до 21,5±24,4 балів, за сферою оточення - до 43,0±13,3 балів. При цьому в цій групі спостерігається суттєве зменшення варіабельності показників за сферою психологічної якості життя, що є свідченням стабілізації психічного стану і переходу до більш статичного патерну реагування. Натомість, у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, динаміка змін загальної якості життя є суттєво менш вираженою. Так, показник за сферою фізичного здоров'я в цій групі збільшився до 53,0±14,8 балів, за сферою психологічної якості життя - до 37,8±19,7 балів, за сферою соціальної якості життя - до 16,4±20,6 балів, за сферою оточення - до 41,7±14,9 балів; розбіжності значущі ( $p < 0,05$ ) за першими трьома сферами. Подібна динаміка характерна і для хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії. Так, показник за сферою фізичного здоров'я в цій групі склав 51,2±15,0 балів, за сферою психологічної якості життя - 35,4±21,1 балів, за сферою соціальної якості життя - 16,1±20,8 балів, за сферою оточення - 41,8±13,8 балів. Розбіжності значущі за сферами фізичного здоров'я, психологічної якості життя і соціальної якості життя з хворими без коморбідної соматичної патології ( $p < 0,05$ ), а з хворими хворих, у яких ця патологія виникла до дебюту шизофренії - не значущі.

Аналогічно, середній показник за кластером "Позитивні емоції" у хворих без коморбідної соматичної патології на етапі купірування гострої психотичної симптоматики збільшився до 10,4±5,0 балів, "Пізнавальні функції" - до 10,6±4,9 балів, "Негативні емоції" - до

14,1±3,4 балів, "Здатність до виконання повсякденних справ" - до 9,1±4,2 балів, "Працездатність" - до 10,7±5,5 балів, "Особисті відносини" - до 10,2±3,7 балів, "Практична соціальна підтримка" - до 6,8±4,6 балів, "Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання" - до 11,4±5,0 балів, "Емоційна неадекватність" - до 17,1±5,2 балів, "Орієнтування в собі та оточуючій реальності" - до 16,3±4,8 балів, "Переживання, пов'язані із спілкуванням" - до 12,2±5,2 балів, "Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань" - до 14,5±4,8, "Самодопомога та психопрофілактика" - 18,4±5,0 балів. В групі хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії ці показники склали відповідно 9,1±4,4 балів, 9,4±4,3 балів, 12,2±3,7 балів, 8,4±4,5 балів, 9,1±4,8 балів, 9,5±3,9 балів, 6,3±4,3 балів, 9,9±5,3 балів, 16,0±5,1 балів, 16,6±4,5 балів, 11,1±4,9 балів, 13,4±5,1 та 17,2±5,1 балів, в групі хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії - відповідно 8,9±4,6 балів, 9,6±4,9 балів, 11,1±4,0 балів, 8,1±3,9 балів, 8,9±5,1 балів, 9,4±3,5 балів, 6,2±4,1 балів, 9,8±5,3 балів, 15,3±5,5 балів, 16,1±4,9 балів, 10,9±5,1 балів, 13,2±5,4 балів та 16,7±5,0 балів.

Значущі розбіжності ( $p < 0,05$ ) виявлені при порівнянні показників між першою та другою групами за кластерами "Позитивні емоції", "Негативні емоції", "Здатність до виконання повсякденних справ", "Працездатність", "Практична соціальна підтримка" та "Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання", а між першою і третьою групами - крім того, за кластерами "Емоційна неадекватність", "Орієнтування в собі та оточуючій реальності", "Переживання, пов'язані із спілкуванням", "Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань", "Самодопомога та психопрофілактика", між другою та третьою групами - за кластером "Негативні емоції".

Таким чином, на етапі купірування гострої психотичної симптоматики показники якості життя виявляють тенденцію до покращення, однак, при цьому ця тенденція є нерівномірною у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності. Найкраща динаміка і найвищі абсолютні показники якості життя на цьому етапі виявлено у групі хворих без коморбідної соматичної патології. Суттєво гіршими є динаміка та абсолютні показники якості життя у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії, і найгіршими (близькими до другої групи) - у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії. Динаміка показників якості життя в цілому відтворює динаміку змін клінічного стану хворих на етапі купірування гострої психотичної симптоматики і є закономірним відображенням більш виражених депресивних, тривожних та астенічних проявів у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виявляються на цьому етапі захворювання.

На етапі формування ремісії відбувається стабілізація психічного стану з формуванням постпсихотичного

патерну психічного функціонування. У наших дослідженнях було показано, що цей процес супроводжується певними відмінностями у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності, зокрема, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, відбувається відносно швидко позитивна динаміка тривожно-депресивних проявів, показники яких наближаються до притаманних хворим без коморбідної соматичної патології. Натомість, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, тривожно-депресивні та астеничні прояви характеризуються більшою ригідністю і в цій групі виявлено найгірші показники психічного функціонування. Закономірним відображенням цих тенденцій у психічній сфері є особливості динаміки показників якості життя у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності. Загальною тенденцією, притаманною усім дослідженим групам, є поступове покращення показників якості життя на етапі формування ремісії у порівнянні з етапами екзацербачії та купірування гострої психотичної симптоматики, однак при цьому динаміка змін показників у групах хворих з різними варіантами соматичної коморбідності є неоднаковою.

На етапі формування ремісії найгіршими показники якості життя є у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, а найкращими - у хворих без коморбідної соматичної патології.

Так, у хворих без коморбідної соматичної патології середній показник за сферою фізичного здоров'я на етапі формування ремісії склав  $55,5 \pm 16,4$  балів, за сферою психологічної якості життя -  $48,0 \pm 19,1$  балів, за сферою соціальної якості життя -  $24,2 \pm 29,4$  балів, за сферою оточення -  $49,6 \pm 15,6$  балів, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії - відповідно  $47,1 \pm 15,4$  балів,  $38,5 \pm 20,7$  балів,  $17,6 \pm 27,3$  балів та  $46,8 \pm 15,9$  балів, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії - відповідно  $54,1 \pm 15,9$  балів,  $42,2 \pm 21,7$  балів,  $20,3 \pm 28,1$  балів та  $46,7 \pm 16,0$  балів. Розбіжності між першою і другою групами значущі за сферами фізичного здоров'я, психологічної якості життя та соціальної якості життя ( $p < 0,05$ ), між першою і третьою групами - за сферою фізичного здоров'я ( $p < 0,05$ ), між другою та третьою групами - за сферою психологічної якості життя ( $p < 0,05$ ).

Відповідно, середній показник за кластером "Позитивні емоції" у хворих без коморбідної соматичної патології на етапі формування ремісії склав  $11,3 \pm 4,6$  балів, "Пізнавальні функції" -  $11,3 \pm 5,2$  балів, "Негативні емоції" -  $14,6 \pm 3,1$  балів, "Здатність до виконання повсякденних справ" -  $9,3 \pm 4,2$  балів, "Працездатність" -  $11,2 \pm 5,4$  балів, "Особисті відносини" -  $10,0 \pm 4,1$  балів, "Практична соціальна підтримка" -  $8,1 \pm 5,0$  балів, "Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання" -  $12,3 \pm 4,6$  балів, "Емоційна неадекватність" -  $18,1 \pm 4,8$  балів, "Орієнтування в собі та оточуючій реальності" -  $16,4 \pm 4,7$  балів, "Переживання, пов'язані із спілкуванням" -

$12,6 \pm 5,2$  балів, "Самоконтроль та відволікання від неприємних переживань" -  $15,0 \pm 4,9$  балів, за кластером "Самодопомога та психопрофілактика" -  $18,7 \pm 5,0$  балів, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії - відповідно  $9,9 \pm 4,9$  балів,  $9,8 \pm 4,9$  балів,  $13,5 \pm 3,4$  балів,  $8,4 \pm 4,6$  балів,  $9,5 \pm 5,3$  балів,  $9,2 \pm 4,2$  балів,  $7,1 \pm 4,7$  балів,  $10,5 \pm 5,3$  балів,  $16,8 \pm 4,8$  балів,  $16,5 \pm 4,5$  балів,  $11,5 \pm 5,0$  балів,  $13,9 \pm 5,1$ ,  $17,5 \pm 4,9$  балів, у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії - відповідно  $10,2 \pm 5,1$  балів,  $10,5 \pm 4,9$  балів,  $13,7 \pm 3,6$  балів,  $8,6 \pm 4,6$  балів,  $10,0 \pm 5,3$  балів,  $9,7 \pm 4,1$  балів,  $7,6 \pm 4,8$  балів,  $11,1 \pm 4,8$  балів,  $16,8 \pm 5,0$  балів,  $15,9 \pm 4,8$  балів,  $11,6 \pm 5,2$  балів,  $14,1 \pm 5,5$  та  $17,8 \pm 5,0$  балів.

Значущі розбіжності на цьому етапі виявлені при порівнянні показників якості життя у першій та другій групах за кластерами "Позитивні емоції", "Пізнавальні функції", "Негативні емоції", "Здатність до виконання повсякденних справ", "Працездатність", "Практична соціальна підтримка", "Можливості для відпочинку і розваг та їхнє використання" та "Емоційна неадекватність", першої та третьої груп - за кластером "Емоційна неадекватність".

Таким чином, на етапі формування ремісії відбувається подальше покращення показників якості життя у хворих на шизофренію, однак у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності ця динаміка є неоднаковою. Найкращі показники на цьому етапі, як і на попередніх, виявлені у хворих без коморбідної соматичної патології. Натомість, якість життя хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, і які мали найгірші показники на етапі купірування гострої психотичної симптоматики, на етапі формування ремісії покращується більш швидкими темпами, і їх показники на цьому етапі є кращими, ніж у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, і наближаються до показників якості життя, притаманних хворим без коморбідної соматичної патології. Виявлені закономірності необхідно враховувати при розробці лікувально-профілактичних заходів на етапі формування ремісії у хворих з різними варіантами соматичної коморбідності.

При аналізі особливостей зв'язків між клінічними особливостями та якістю життя у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності були виявлені як спільні риси, зокрема, загальна тенденція до зв'язку рівня якості життя з депресивними та тривожними розладами, так і відмінності, що полягають у більш тісному зв'язку якості життя у хворих без коморбідної соматичної патології з когнітивними розладами (особливо на етапі купірування гострої психотичної симптоматики), а у хворих з соматичною коморбідністю - з розладами настрою (переважно на етапі екзацербачії захворювання). Ці закономірності у зв'язках виявляються навіть за відсутності розбіжностей у клінічних показниках та показниках якості життя, і можуть бути викорис-

тані для оцінки лікувально-реабілітаційного потенціалу хворих. Для хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії характерний також тісний зв'язок якості життя з проявами емоційної лабільності, а для хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії - з депресивними та астеничними розладами.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. При дослідженні якості життя хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності були встановлені важливі закономірності у показниках якості життя на різних етапах захворювання.

2. Хворі без коморбідної соматичної патології вия-

вили найкращі показники якості життя на всіх етапах, тоді як у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії якість життя була найгіршою на етапі купірування гострої психотичної симптоматики, а у хворих з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії - на етапі формування ремісії.

3. Виявлено різний характер зв'язків між клінічними особливостями захворювання на шизофренію та показниками загальної якості життя та специфічної якості життя, зумовленої наявністю ендogenous психічного захворювання.

Виявлені закономірності можуть використовуватися для оцінки лікувально-реабілітаційного потенціалу та розробки адресних терапевтичних заходів.

### Список літератури

- Гурович И. Я. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. - 2004. - № 1 (14). - С. 81 - 86.
- Козловский В. Л. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии (методические рекомендации) / В. Л. Козловский, С. Ю. Масловский. - СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. - 2011. - 22 с.
- Краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (The world health organization quality of life (whoqol) - bref) // The world health organization, Geneva. - 2004. - 6 с.
- Митрофанова О. И. Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и тендерный аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.01.18 / О. И. Митрофанова. - Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. - М., 2008. - 19 с.
- Мовина Л. Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.01.18 / Л. Г. Мовина. - Московский научно-исследовательский институт психиатрии. - М., 2005. - 24 с.
- Мухаметшина З. Ф. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.01.18 / З. Ф. Мухаметшина. - Московский государственный медико-стоматологический университет. - М., 2009. - 20 с.
- Незванов Н. Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н. Г. Незванов, В. Д. Вид // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004. - № 4 (6). - С. 159 - 162.
- Смашна О. Є. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією: автореф. дис. на здобуття уч. ступеня канд. мед. наук : канд. мед. наук: 14.01.16 / О. Є. Смашна. - Укр. науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. - К., 2012. - 20 с.
- Софронов А. Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - № 1 (22). - С. 33 - 37.
- Султанов М. Г. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации (клинические и социальные аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.01.18 / Султанов Мурад Гаджи Ага оглы. - Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. - М., 2005. - 20 с.

**Марункевич Я.Ю.**

### ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Резюме.** При исследовании качества жизни 325 мужчин, больных параноидной шизофренией с различными вариантами соматической коморбидности с помощью шкал качества жизни ВОЗ КЖ-26 и ВОЗ КЖ-СМ, было обнаружено, что на этапе эскалации заболевания качество жизни больных низкое и значительно не отличается в разных группах соматической коморбидности. На этапах купирования острой психотической симптоматики и формирования ремиссии качество жизни больных улучшается, однако динамика ее является неравномерной у больных с различными вариантами соматической коморбидности. Наихудшее качество жизни на этапе купирования острой симптоматики обнаружено у больных с коморбидной соматической патологией, развившейся после дебюта шизофрении, а на этапе формирования ремиссии - у больных с коморбидной соматической патологией, развившейся до дебюта шизофрении. Закономерности динамики качества жизни совпадают с закономерностями динамики психопатологической симптоматики, а результаты их исследования могут использоваться для оценки лечебного и реабилитационного потенциала.

**Ключевые слова:** шизофрения, качество жизни, коморбидная соматическая патология.

**Marunkevych Y.Y.**

### FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

**Summary.** In the study of quality of life of 325 male with paranoid schizophrenia with different types of comorbid somatic disorders using the scale of quality of life QL-26 and QL-SM, it was found that at the stage of exacerbation of disease quality of life is low and

*not significantly different in different groups of somatic comorbidity. At the stage of the relief of acute psychotic symptoms and the formation of remission quality of life is improving, but its dynamics is irregular in patients with different variants of somatic comorbidity. The worst quality of life at the stage of the relief of acute psychotic symptoms found in patients with comorbid somatic disorders that arose after the debut of schizophrenia, and at the stage of remission - in patients with comorbid somatic disorders, which appeared before the debut of schizophrenia. Patterns of dynamics of quality of life is the same with the patterns of dynamics of psychopathological symptoms, and the results of their research can be used for assessing of treatment and rehabilitation potential.*

**Key words:** schizophrenia, quality of life, comorbid somatic disorders.

Стаття надійшла до редакції 03.04.2014 р.

Марункевич Ярослава Юріївна - асистент кафедри психіатрії та наркології Вінницького медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 219-05-42; slavunchik87@mail.ru

© Незгода О.П., Андрушко С.В., Назаренко Є.В., Струц С.В., Недибалюк О.В.

УДК: [616.-002.5.+616.831.9-002]: 616.98:578.828. ВІЛ (477.44)

**Незгода О.П., Андрушко С.В., Назаренко Є.В., Струц С.В., Недибалюк О.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницьке обласне спеціалізоване територіальне медичне об'єднання (ВОСТМО) "Фтизіатрія" (с. Бохоники, Комплекс будівель і споруд, Вінницька обл., Україна, 23233)

## СОЦІАЛЬНІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО МЕНІНГІТУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ МЕШКАНЦІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Резюме.** Вивчено динаміку захворюваності на туберкульозний менінгіт у ВІЛ-інфікованих мешканців Вінницької області за період 2002-2013 рр., проаналізовано соціальний статус, особливості клінічної симптоматики та наслідки захворювання. Встановлено, що переважна більшість хворих були чоловічої статі - 81,0%, непрацюючими - 73,0%; за професійним складом переважали робітники - 62,5%, в місцях позбавлення волі раніше знаходились 34,4% обстежених, зловживали алкоголем - 31,2% і у 53,1% відмічено вживання наркотиків. Найбільше зустрічався дисемінований туберкульоз - 43,7%. Початок хвороби частіше був підгострим (58,7%), симптоми інтоксикації визначаються в 2-3 рази частіше, виникають раніше і тривають понад 5 місяців з вираженими менінгеальними симптомами. Дані спинномозкової пункції є вагомим критерієм діагностики ТМ. Лікування хворих є низькоефективним.

**Ключові слова:** туберкульоз, менінгіт, ВІЛ-інфіковані.

### Вступ

Однією з головних причин епідемії туберкульозу є пандемія ВІЛ-інфекції. Фахівці центру з контролю за хворими в США вже в 1992 році визначили поєднання ураження населення на СНІД і туберкульоз як пандемію [Черенко, Александріна, 2004; Щелканова, Кравченко, 2004]. Звичайно туберкульоз діагностують у 10-15% ВІЛ-інфікованих. У країнах, що розвиваються, серед хворих на СНІД туберкульоз спостерігається у 40% випадків [Метод. реком. МОЗ України, 2005; Феценко, Мельник, 2007].

Останніми роками проблема туберкульозу та ВІЛ/СНІДу для мешканців України набула загрозливого статусу. В Україні одночасно розвиваються епідемії двох соціально небезпечних хвороб - туберкульозу і ВІЛ/СНІДу. В Україні зареєстровано майже 60 тис. ВІЛ-інфікованих. При такому епідеміологічному становищі очікується значне зростання захворюваності на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз [Процюк, 2007; Феценко, Мельник, 2007; Системний моніторинг..., 2008], крім того, існуюча система виявлення туберкульозу серед загальної популяції недостатньо ефективна для виявлення туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих осіб через атиповий перебіг поєданого захворювання [Щелканова, Кравченко, 2004; Бондаренко, Рузанов, 2008; Aerts, Jobim, 2004].

Туберкульозний менінгіт (ТМ) є однією з найважчих проявів туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, досить часто призводить до глибокої інвалідизації та смерті. За даними літератури, розвивається ТМ у 12-16% хворих, а летальність складає 31-43% впродовж 4-6 місяців на фоні протитуберкульозної терапії, що проводилася цим хворим [Метод. реком. МОЗ України, 2005; Клінічний протокол..., 2006; Системний моніторинг..., 2008].

**Мета** дослідження - вивчити динаміку захворюваності на туберкульозний менінгіт та менінгоенцефаліт у ВІЛ-інфікованих мешканців Вінницької області за період 2002-2013 років, їх соціальний статус, особливості клінічної симптоматики та наслідки захворювання.

### Матеріали та методи

Проаналізовано історії хвороб 32 хворих на ТМ серед ВІЛ-інфікованих, що знаходились на лікуванні у Вінницькому обласному спеціалізованому територіальному медичному об'єднанні (ВОСТМО) "Фтизіатрія" з 2002 по 2013 роки. Аналіз історій хвороб усіх хворих включав клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження, а також результати люмбальної пункції з дослідженням ліквору на мікобактерії туберкульозу, цитоз, білки, цукор, хлориди, окислюваність, визначення "павутинної плівки".