

Барило О.С., Склярук Н.В., Царик Н.П.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА И ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Резюме. Исследованы особенности состояния пародонта и гигиены полости рта у больных хроническим пародонтитом на фоне хронического тонзиллита. Для характеристики состояния тканей пародонта проводили исследование по специально разработанной индивидуальной карте стоматологического больного. Использовали объективные методы оценки состояния органов ротовой полости и состояния гигиены. Данное исследование выявило связь между состоянием пародонта, гигиены полости рта у больных хроническим пародонтитом и наличием или отсутствием сопутствующей тонзиллярной патологии. Сопутствующая тонзиллярная патология значительно ухудшает состояние гигиены полости рта и ухудшает состояние пародонта.

Ключевые слова: хронический пародонтит, хронический тонзиллит, гигиена полости рта, пародонт.

Barylo O.S., Skliaruk N.V., Tsaryk N.P.

THE FEATURES OF CONDITION OF PARODONTIUM AND ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH CHRONIC PARODONTITIS ON A BACKGROUND OF CHRONIC TONSILLITIS

Summary. The features of condition of parodontium and oral hygiene in the patients with chronic parodontitis on a background of chronic tonsillitis were studied. To characterize the condition of parodontium tissues the research with specially designed individual cards of a dental patient was performed. We used objective methods of assessment of the condition of the organs of oral cavity and the condition of the hygiene. This study has demonstrated a link between the parodontium condition, oral hygiene in the patients with chronic parodontitis and the presence or absence of concomitant tonsillar pathology. Concomitant tonsillar pathology significantly worsens the condition of the oral hygiene and parodontium condition.

Key words: chronic parodontitis, chronic tonsillitis, oral hygiene, parodontium.

Стаття надійшла до друку 23.05.2014 р.

Барило Александр Семенович - д. мед. н., доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пироговаж +38 093 272-02-47; alexandrb381@gmail.com

Склярук Назар Володимирович - лікар-стоматолог стоматологічної клініки ПП "Вінстом" м. Вінницяж +38 067 250-33-22; sklyarvin@mail.ru

Царик Наталія Петрівна - лікар-стоматолог, магістрант кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пироговаж +38 097 944-16-09; czarik.nataliya@mail.ru

© Пшук Є.Я., Пшук Н.Г.

УДК: 616.895.4-0.85:615.851

Пшук Є.Я., Пшук Н.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО РЕСУРСУ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ

Резюме. Досліджена типологія ресурсу сімейної підтримки у референтних родичів пацієнтів з шизофренією. Встановлено, що на початкових етапах розвитку захворювання реєструється достатній рівень ресурсу, з подовженням тривалості хвороби переважає обмежений та низький ресурс сімейної підтримки.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, пацієнт, референтний родич, сім'я, ресурс підтримки.

Вступ

Шизофренія є важким прогредієнтним психічним захворюванням, при якому страждає не лише хворий, але й його найближче оточення. При цьому факт проживання хворого в сім'ї має свої позитивні сторони, але одночасно породжує чимало проблем. Проживання в сім'ї, при адекватному її відношенні, дає пацієнтам ряд переваг, забезпечуючи соціальну та фінансову підтримку, надаючи захист від ізоляції, бездомності і стресових життєвих ситуацій. Але, в той же час, реакція сім'ї на хворобу і її лікування буває неоднозначною. Перш за все це обумовлено тим, що шизофренія як хронічне захворювання носить міжособистісний, соціальний та культуральний характер, а не є явищем, що стосується тільки одного пацієнта [Ференди, Абарбанель, 2005]. Становище ускладнюється тим, що поява в сім'ї настільки важкого і високостигматизуючого захворюван-

ня призводить до вираженого порушення існуючого гомеостазу сімейної системи (ролей, меж, очікувань, бажань і надій). У результаті хвороби пацієнт стає нездатним до створення та збереження повноцінного функціонування в сімейному оточенні [Гурович, 2004]. Повсякчас негативна реакція сім'ї на наявність захворювання, агресивна позиція щодо назначуваної терапії провокують більш часті загострення (як за рахунок несприятливої психологічної обстановки, так і більш частих порушень у режимі прийому терапії), що призводить до поглиблення дефектів і ще більшої дезадаптації пацієнта. Крім того, психічне захворювання одного з членів сім'ї пов'язано з ростом навантаження на інших її членів [Корман, 2009]. Дослідження дозволили більш точно уявити структуру об'єктивних і суб'єктивних труднощів, з якими стикається сім'я [Brissos, 2011]. Показ-

ники об'єктивного сімейного тягаря батьків найбільш часто включають обмеження вільного часу через необхідність контролювати хворого, фінансові витрати і обмеження у трудовій діяльності. Серед показників суб'єктивного сімейного тягаря родичі хворих найбільш часто відзначали випробовуване ними почуття страху і тривоги за майбутнє пацієнта через його соціальної неспроможності і поведінкової непередбачуваності, а також переживання рідними зниженого настрою і почуття провини [Hoenig, Hamilton, 2006]. Деякі родичі при спільному проживанні з хворим починають відчувати себе обтяженими, нещасними і, як показали дослідження [Duck et al., 2009], стають частіше схильними до появи власних соматичних та інфекційних захворювань. Загалом, виявлено негативний вплив захворювання (шизофренія) на якість життя референтних родичів, їх фізичний, психологічний та соціальний стан [Корман, Бочаров, 2009].

Деякі науковці звертають увагу на те, що динаміка переживань, пов'язаних з появою в сім'ї психічно хворої особи, в різних сім'ях різна [Эйдемиллер, Юстицкис, 1999]. В одних сім'ях цей факт посилює "деструктивність", призводить до погіршення обстановки, зниження стабільності і наростання чинників, які поглиблюють розлади, в інших - призводить до мобілізації сім'ї, посилення її стабільності, зниженню конфліктності, що дозволяє легше справлятися з виконанням завдань, пов'язаних з опікою над пацієнтом. При цьому, перед родиною постає необхідність вирішення низки проблем: розуміння хворого і встановлення адекватного рівня вимог до нього, впливу на хворого і вибудовування відносин з соціальним оточенням, в тому числі і медичними установами [Лутова, Макапевич, 2009]. Сімейна терапія є одним із основних компонентів психосоціального реабілітаційного комплексу для хворих на шизофренію [Прибытков, 2012]. Сім'я відіграє вирішальну роль у загальній ефективності лікування хворих на шизофренію та соціальному функціонуванні як пацієнта так і його найближчого оточення [Уорнер, 2004; Вишнева, Гвоздецкий, 2012]. У добре інтегрованих сім'ях за належної біологічної спрямованості терапії значно знижується ризик екзацербачії шизофренічного процесу у пацієнтів та небажаних наслідків хвороби як для самого пацієнта так і для його родичів [Burns, Patrick, 2007].

Матеріали та методи

За умови інформованої згоди, на базі Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенко, було обстежено 168 сімей, в яких проживає хворий на шизофренію та відповідно 168 пацієнтів, (основна група ОГ, 97 чоловіків та 71 жінка). За діагностичними критеріями МКХ - 10 у 77 пацієнтів діагностувався 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 років). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ-

10 та була не менше року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалом обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4-х років, у 58 - 4 - 8 років та у 53 хворих більше 8 років. Середній вік манифестації захворювання - 25,3±2,9 років. 74 пацієнта мали власну сім'ю (обстежені були дружини пацієнтів - Д, чоловіки пацієнток - Ч), 94 хворих проживали з батьками (обстежені були один з батьків). Таким чином, основну групу референтних родичів (РР) склали дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток та один з батьків обстежених хворих (ОГРР). 29,7% сімей охарактеризували власний матеріальний стан як незадовільний. 66,1% сімей констатували порушення міжособистісних стосунків в сім'ї, що виникли внаслідок появи в сім'ї хворого на шизофренію. Контрольну групу склали 55 сімей, де не проживають психічно хворі (КГ). Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, статистичний. З метою дослідження ресурсу сімейної підтримки використовували Шкалу структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта з шизофренією [Абрамов и др., 2009]. Перед тим, як проводити структуроване інтерв'ю, ми надавали РР інформацію про клінічні особливості захворювання, його динаміку, подальший соціальний прогноз, про особливості терапевтичної тактики, про необхідність підтримуючого лікування, соціальної та емоційної підтримки в сімейному середовищі. Акцентували увагу на тому, що лише сімейна підтримка може допомогти пацієнту налагодити його стосунки з оточуючими, розширити соціальні контакти, використовувати адекватну ситуації соціальну роль та необхідні навички, формувати систему самообслуговування.

Результати. Обговорення

Загальний аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки у обстежених нами РР дав змогу виявити, що лише у 35 (20,8%) він був достатнім (бальна оцінка 12,4±0,9). Такі особи розуміли весь спектр порушень зміни життєвого стереотипу сім'ї, виявляли позитивне відношення до проблем та труднощів пацієнта, намагались надати емоційну та фінансову підтримку. Вони конструктивно вирішували всі нагальні проблеми, що були пов'язані з проживанням пацієнта в сім'ї та його лікуванням, чітко уявляли собі межу між потребами та реальними і нереальними очікуваннями. Допомога хворому члену сім'ї є важливим елементом функціонування сім'ї загалом. Тому, більшість РР, незважаючи на всі складнощі розвитку ситуації, настільки допомагають пацієнту з шизофренією в умовах сім'ї, що відчують себе достатньо реалізованими, в той час коли інші можуть вважати допомогу психічно хворій людині надто обтяжливим елементом власного життя.

У 84 РР (50,0%) реєструвався обмежений ресурс сімейної підтримки (бальна оцінка 26,2±1,3), проявами якого були: зменшення піклування про хворого родича, нездатність адекватно оцінити об'єм необхідної для

Таблиця 1. Вираженість ресурсу сімейної підтримки референтних родичів пацієнтів з шизофренією.

Тип ресурсу	1 ОГР (n=57)		2 ОГР(n=58)		3 ОГР(n=53)	
	абс.ч	%	абс.ч.	%	абс.ч	%
достатній	24	42,1	19	15,5	4	7,5
обмежений	25	43,8	27	46,5	21	36,2
низький	8	14,1	22	37,9	28	52,3

хворого терапії, небажання вчасно звертати увагу на потреби хворого. Такі особи були не зацікавлені у формуванні позитивної міжособистісної взаємодії, не зовсім реально оцінювали подальші перспективи проживання хворого у сім'ї, вважали, що збільшення навантаження на сім'ю призведе до погіршення сімейного психологічного мікроклімату. Обмежений ресурс сімейної підтримки може формуватись і внаслідок того, що вони надто інтенсивно включаються у процес піклування про хворого члена сім'ї, навіть більше чим це є необхідним. Звужується їх круг інтересів, бажань, потреб, виникає страх щодо соціальної ізоляції, виникають стани хронічної незадоволеності тим, що відбувається, тому що страждають і не задовольняються власні потреби РР у відпочинку, спілкуванні, сексуальному житті, тощо.

Низький ресурс сімейної підтримки виявлявся у 49 (29,2%) референтних родичів пацієнтів з шизофренією (31,5±0,4 бал), що свідчило про наявність дисбалансу між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї та необхідністю підтримувати та піклуватися про хворого члена сім'ї. Респонденти групи РР вважали, що є дуже багато інших сімейних проблем окрім хворого в сім'ї, звертали увагу на те, що пацієнт повинен сам турбуватися про свої проблеми, їх не турбував психічний стан пацієнта та його відношення до терапії.

Аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки в залежності від загальної тривалості хвороби (табл. 1) показав, що у референтних родичів пацієнтів з шизоф-

ренією до 4 років переважає достатній та обмежений ресурс сімейної підтримки (85,9%), в той час коли при тривалості хвороби від 4 до 8 років та більше років та 8 років в більше переважає обмежений та низький сімейний ресурс, відповідно, 84,4% та 88,5%.

Встановлені особливості свідчать про те, що по мірі розвитку шизофренії у члена сім'ї у РР нівелюються емпатійно-аффіліативні тенденції та бажання у міжособистісній взаємодії з хворим, формуються нові дистанційні стосунки з емоційно-ригідними компонентами негативного змісту та відсутністю піклування. Прийняття хвороби сім'єю та усвідомлення її окремих проявів - важливий фактор у лікуванні будь-якого психічного розладу загалом і шизофренії зокрема. В сім'ях хворих на шизофренію практично повсякчас існують проблеми розуміння РР того, що людина є хворою і все, що відбувається з пацієнтом є наслідком проявів хвороби. Як правило, у більшості родичів існує формальне прийняття хвороби. Недооцінюючи важкість проявів шизофренії, референтні родичі пред'являють завищені вимоги до хворого, такі ж як і до здорової особистості, які хворий на шизофренію не здатний виконати. Така ситуація призводить до того, що з'являються докори та взаємні образи, а наслідком є екзацербация хвороби.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Ресурс сімейної підтримки сімей пацієнтів з шизофренією залежить від загальної тривалості захворювання. В 50,0% референтних родичів пацієнтів з шизофренією визначається обмежений ресурс сімейної підтримки, що свідчить про відсутність конгруентних підходів щодо психосоціальної адаптації хворих. Встановлені особливості можуть слугувати підставою для розробки та удосконалення програм психологічної корекції для членів сімей, де проживає хворий на шизофренію.

Список літератури

- Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. - Д. : Каштан, 2009. - 584с.
- Вишневская О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О. А. Вишневская, А. Н. Гвоздецкий // Соц. и клин. психиатрия. - 2012. - Т. 22, № 4. - С. 30 - 35.
- Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. - М., 2004. - 492 с.
- Корман Т. А. Качество жизни родителей больных шизофренией / Т. А. Корман, В. В. Бочаров // Актуальные проблемы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избр. труды : мат. науч. - практ. конф. с междунар. участием, 21-22 мая 2009 г. - СПб., 2009. - С. 149 - 50.
- Корман Т. А. Семейное бремя родителей больных шизофренией / Т. А. Корман // Актуальные проблемы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избр. труды : мат. науч. - практ. конф. с междунар. участием, 21-22 мая 2009 г. - СПб., 2009. - С. 147 - 8.
- Лутова Н. Б. Отношение членов семьи больных шизофренией к медикаментозному лечению / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. - 2009. - № 4. - С.43 - 46.
- Прибытков А. А. Нарушение социального функционирования больных шизофренией / А. А. Прибытков // Соц. и клин. психиатрия. - 2012. - Т. 22, № 4. - С. 27 - 29.
- Уорнер Р. Шизофрения и среда / Уорнер Р. - Киев : Сфера, 2004. - 145 с.
- Ференди Я. Семья: система, которую нельзя игнорировать / Я. Ференди, Я. Абарбанель // Шизофрения ; под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. - Киев : Сфера, 2005. - 231с.
- Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. - СПб., 1999. - 348 с.
- Brissos S. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia / S. Brissos, A. Molodynski, V. V. Dias // Ann. Gen. Psychiatry. - 2011. - Vol. 10. - P. 18 - 19.
- Burns T. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies / T. Burns, D. Patrick // Acta Psychiatr. Scand. - 2007. - Vol. 6. - P. 403 - 418.
- Dyck D. G. Predictors of burden and infectious

illness in schizophrenia caregivers / D. G. Dyck, R. Short, P. Vitaliano // Psychosomatic Medicine. - 2009. - № 61. - P. 411 - 9.

household / I. Hoenig, M. W. Hamilton // Int. J. Soc. Psychiatry. - 2006. - № 12. - P. 165 - 76.

Пшук Е.Я. Пшук Н.Г.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО РЕСУРСА РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Резюме. Исследована типология ресурса семейной поддержки у референтных родственников пациентов с шизофренией. Установлено, что на начальных этапах развития заболевания регистрируется достаточный уровень ресурса, с удлинением продолжительности болезни преобладает ограниченный и низкий ресурс семейной поддержки.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, пациент, референтный родственник, семья, ресурс поддержки.

Pshuk Y.Y. Pshuk N.G.

FEATURES OF FAMILY RESOURCE OF REFERENCE RELATIVES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Summary. The resource typology of family support in reference relatives of patients with schizophrenia was studied. It is established that in the early stages of the disease recorded an adequate level of resources, with the extension of the duration of the disease prevails limited resources and low family support.

Key words: paranoid schizophrenia, the patient, a relative reference, family support resources.

Стаття надійшла до редакції 14.04.2014 р.

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

Пшук Наталя Григорівна - д. мед. н., професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 55-07-47

© Смолко Д.Г.

УДК: 616.89-008.19-053.9

Смолко Д.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії (вул. Пирогова, 109, м. Вінниця, Україна, 21005)

КЛІНІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ НЕГАТИВНОЇ ДИНАМІКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З I ТА II СТАДІЄЮ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Резюме. В статті наведені власні результати дослідження якості життя 128 хворих з I - II стадією хронічної ішемії головного мозку (ХІМ). Для дослідження якості життя використано опитувальник SF-36. Показано, що якість життя пацієнтів з ХІМ залежить від вираженості рухових, когнітивних та афективних порушень, наявності астеничного синдрому та втоми.

Ключові слова: якість життя, хронічна ішемія головного мозку.

Вступ

Хронічна ішемія головного мозку (ХІМ) є однією з найбільш значущих проблем сучасної системи охорони здоров'я, оскільки збільшення в економічно розвинутих країнах тривалості життя, а, отже, зростання в популяції числа осіб похилого та старечого віку, асоціюються із збільшенням поширеності нейродегенеративних захворювань [Plassman et al., 2008; Winter et al., 2011; Huang et al., 2011]. На сьогодні ця патологія домінує в структурі судинних захворювань головного мозку [Зозуля, 2011; Мурашко, Кусткова, 2011], асоціюється з високим ризиком розвитку гострих судинних катастроф, а прогресивний перебіг ХІМ призводить до порушення когнітивних та рухових функцій та істотного зниження всіх показників якості життя хворих [Яворская, и др., 2008; Winter et al., 2011; Gure et al., 2013]. Згідно з даними літератури, когнітивні порушення, вік, чоловіча стать, депресивні розлади, наявність лакунарних інфарктів в білій речовині головного мозку підвищують ризик смертності від цереброваскулярної патології. У цьому аспекті корекція судинних чинників ризику та успішне лікування депресії здійснюють значний позитивний вплив на поліпшення якості життя хворих та зниження смертності

від цереброваскулярних захворювань [Lavretsky et al., 2010].

В Україні робіт, присвячених дослідженню якості життя у хворих з ХІМ, мало. В зв'язку з цим особливий інтерес набуває вивчення динаміки показників якості життя у пацієнтів цієї категорії, а також можливе зіставлення об'єктивних і суб'єктивних оцінок.

Мета роботи - визначити та проаналізувати основні клінічні детермінанти негативної динаміки якості життя хворих з I та II стадією ХІМ, у котрих когнітивне зниження не досягло ступеня деменції.

Матеріали та методи

Робота ґрунтується на проспективному обстеженні 128 (51 чоловік, 75 жінок) хворих з ХІМ I-II стадії, котрі спостерігались і лікувались у КЗ "Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка" впродовж 2010-2013 рр. Вік пацієнтів коливався від 45 до 68 років (середній вік - 57,36±4,67 років; M±StD). Медіана віку склала 56,0 роки.

Критеріями включення в дослідження слугували: 1) наявність клінічних ознак ХІМ [Гусев и др., 2009]; 2) на-