

of various modifications cardiorehabilitation programs applied in a hospital environment, 2(1)=30,98; $p < 0,0001$. At the same time, it was not possible to detect significant differences in the action of the variants of appointment rehabilitation programs (cohorts 1-3) on the likelihood of subsequent sanatorium stage of rehabilitation treatment in postinfarction patients.

Key words: acute myocardial infarction, cardiorehabilitation program, hospital phase, sanatorium rehabilitation.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2014 р.

Галаченко Олександр Олександрович - к.мед.н., доцент кафедри медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 430-75-50; o.galachenko@gmail.com
Очередько Олександр Миколайович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 001-75-99; ocheredko@yachoo.com
Галаченко Вікторія Віталіївна - к.мед.н., доцент, заступник головного лікаря клінічного санаторію "Хмільник"; +38 067 430-75-50; galachenko@mail.ru

© Гнатишин М.С., Буздиган О.Г.

УДК: 616.895.87

Гнатишин М.С., Буздиган О.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 57, м. Вінниця, Україна, 21100)

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ШИЗОФРЕНІЇ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Резюме. З метою оптимізації існуючих схем лікування шизофренії з урахуванням гендерного фактору, клінічних особливостей, якості життя (ЯЖ) та функціонального стану вегетативної нервової системи (ВНС) було удосконалено стандартну схему лікування відповідно до чинних нормативних документів шляхом вибору антипсихотичного препарату та дозування на підставі попереднього аналізу клініко-функціональних особливостей: гендерного фактору, виразності продуктивної, негативної та загальної симптоматики, ЯЖ, функціонального стану ВНС, та періоду менструального циклу та особливостей овуляції у жінок. Вибір психотропного препарату, дозування та особливості застосування здійснювалися на підставі аналізу виразності та характеру продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії за допомогою шкали PANSS, ЯЖ за даними шкал ВООЗ КЖ-26 та ВООЗ КЖ-СМ та функціонального стану ВНС. При аналізі результатів лікування було виявлено, що оптимізація схеми лікування дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування, покращити показники за шкалами негативної та загальної симптоматики шизофренії, покращити ЯЖ хворих, особливо у сферах, пов'язаних з повсякденною діяльністю, соціалізацією та емоційним реагуванням, а також досягти нормалізації функціонального стану ВНС.

Ключові слова: шизофренія, оптимізація лікування, клініко-функціональні особливості.

Вступ

Питання покращення якості надання медичної допомоги хворим на шизофренію є одними з найбільш актуальних та складних у сучасній психіатричній науці і практиці. Ефективність лікувально-реабілітаційних заходів при шизофренії залишається недостатньою, що зумовлює потребу у пошуку нових лікувально-реабілітаційних та профілактичних схем [Malla et al., 2005; McGorry et al., 2008; Данилов, Морозова, 2010].

Основу сучасного лікування шизофренії складає нейрорепетична терапія. Хоча сучасні покоління нейролептичних препаратів мають високу терапевтичну активність щодо продуктивної та негативної симптоматики [Белоусов и др., 2011; Снедков, 2006], ефективність антипсихотичної терапії шизофренії на даному етапі розвитку психофармакотерапії оцінюється більшістю авторів як недостатня [Narrow, Jobe, 2007; Murphy et al., 2006]. Перспективи удосконалення лікування шизофренії пов'язують із більшою диференціацією терапевтичних схем, у тому числі з урахуванням гендерних особливостей перебігу шизофренічного процесу [Соколов, 2011; Лепилкіна, 2012].

Метою цього дослідження була оптимізація існуючих схем лікування шизофренії з урахуванням гендерного фактору, клінічних особливостей, якості життя та

функціонального стану (ВНС).

Матеріали та методи

Нами було обстежено 354 хворих на шизофренію (177 чоловіків та 177 жінок). Контрольну групу склали 88 чоловіків та 88 жінок, які отримували лікування відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 226 від 27 липня 1998 року "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей", наказу Міністерства охорони здоров'я України № 507 від 28 грудня 2002 року "Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги" та наказу Міністерства охорони здоров'я України № 59 від 5 лютого 2007 року "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Психіатрія". Основну групу чисельністю 89 чоловіків та 89 жінок склали хворі, які отримували лікування відповідно до зазначених схем, однак вибір препарату, дозування та особливості застосування ан-

типсихотиків здійснювалися на підставі аналізу виразності та характеру продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії за допомогою шкали PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) [Kay, 1987], якості життя хворих за даними шкал BOOЗ КЖ-26 [BOOЗ, 2004] та BOOЗ КЖ-СМ [Козловский, Масловский, 2011], функціонального стану ВНС, для визначення якого використано схему А.М. Вейна [2003] та метод визначення стану ВНС за допомогою дослідження ВРС з використанням системи Cardiospectr із 5-хвилинною реєстрацією у першій половині дня натще у спокої пульсограми [Коркушко і др., 2003] згідно рекомендацій ESC і NASPE (European Society of Cardiology і The North American Society of Pacing and Electrophysiology) [ESC & NASPE, 1996]. При встановленні ознак парасимпатичного домінування дозування психотропних препаратів збільшувалося на 15-30% відносно рекомендованих середніх доз, а також призначалися переважно холінолітичні засоби, а при симпатикотонії - дозування психотропних препаратів зменшувалося відносно рекомендованої середньої дози на 5-15%, що дозволяло зменшити частоту і виразність побічних явищ та ускладнень, а також призначалися переважно нейролептики симпатиколітичної дії. У жінок враховувався також період менструального циклу та особливості овуляції.

Рандомізація груп для визначення схем лікування проводилася подвійним сліпим методом. З метою оцінки коректності рандомізації була проведена оцінка розбіжностей у вікових та клінічних характеристиках хворих основної та контрольної груп.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою непараметричних методів (точний критерій Фішера, критерій χ^2 Пірсона, тест Манна-Уїтні, критерій Вілкоксона, тест знаків).

Результати. Обговорення

Запропонована оптимізація лікування дозволяє значуще скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі. Так, середня тривалість перебування чоловіків контрольної групи в стаціонарі склала $47,2 \pm 21,6$ діб, тоді як основної групи - $39,7 \pm 20,0$ діб ($p=0,0343$), жінок - відповідно $50,6 \pm 25,8$ діб та $40,9 \pm 23,2$ діб ($p=0,0145$), тобто оптимізація існуючих схем лікування дозволяє зменшити тривалість стаціонарного лікування чоловіків в середньому на 7,5 діб, жінок - на 9,7 діб. При цьому зменшення тривалості перебування хворих у стаціонарі під впливом оптимізації схем лікування не лише не погіршило якість лікування, а й дозволило домогтися покращення клінічних та функціональних показників.

Так, у жінок контрольної групи сумарний показник зменшився з $24,5 \pm 5,1$ балів до $19,5 \pm 3,1$ балів, в основній - з $23,6 \pm 4,6$ балів до $18,6 \pm 2,7$ балів ($p<0,05$). В структурі продуктивної симптоматики оптимізація лікування виявила кращий ефект щодо розладів мислення ($p<0,05$), галюцинацій, збудження та ворожості ($p<0,1$). Середня виразність негативної симптоматики під впли-

вом лікування у контрольній групі чоловіків зменшилася з $24,7 \pm 6,1$ балів до $24,3 \pm 5,4$ балів ($p>0,05$), в основній - з $24,8 \pm 6,4$ балів до $22,9 \pm 5,4$ балів ($p<0,01$). В структурі негативної симптоматики у контрольній групі значуща позитивна динаміка наявна лише відносно порушень абстрактного мислення ($p<0,05$), тоді як в основній групі - відносно притупленого афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні, пасивно-апатичної соціальної відгородженості, порушень спонтанності і плавності мови ($p<0,05$). Порівняння показників негативної симптоматики шизофренії після лікування у контрольній та основній групах виявило значуще більшу ефективність лікування в основній групі відносно притупленого афекту ($p<0,01$), емоційної відгородженості ($p<0,05$), труднощів у спілкуванні ($p<0,05$) та пасивно-апатичної соціальної відгородженості ($p<0,01$). У жінок показник виразності негативної симптоматики в контрольній групі зменшився в процесі лікування з $24,6 \pm 7,3$ балів до $24,0 \pm 6,3$ балів ($p>0,05$), в основній групі - з $23,7 \pm 6,6$ балів до $22,4 \pm 5,4$ балів ($p<0,01$). Порівняння показників після лікування також засвідчило значуще ($p<0,05$) вищу результативність його в основній групі. У контрольній групі значуща позитивна динаміка наявна відносно притупленого афекту, порушень абстрактного мислення, порушення спонтанності та плавності мови і стереотипного мислення ($p<0,05$), тоді як в основній групі - відносно притупленого афекту, емоційної відгородженості, труднощів у спілкуванні, пасивно-апатичної соціальної відгородженості, порушень абстрактного мислення, порушень спонтанності і плавності мови ($p<0,05$); ці показники є також значуще кращими при порівнянні основної та контрольної груп після лікування ($p<0,05$).

Застосування оптимізованих схем лікування дозволяє покращити вплив на загальну симптоматику шизофренії. Так, у чоловіків у контрольній групі показник виразності інших психічних порушень в процесі лікування зменшився з $49,9 \pm 7,1$ балів до $38,7 \pm 5,4$ балів ($p<0,01$), а в основній групі - з $50,0 \pm 5,5$ балів до $36,5 \pm 5,0$ балів ($p<0,01$); водночас, при порівнянні показників після лікування в основній групі вони є значуще кращими ($p<0,01$). Оптимізація лікування дозволила досягти значуще кращих показників після лікування в основній групі за моторною загальмованістю, малоконтактністю, порушеннями уваги, зниження критичності до свого стану та порушень волі ($p<0,05$). У жінок у контрольній групі показник загальної симптоматики з $51,6 \pm 8,3$ балів до $39,5 \pm 6,5$ балів, в основній - з $51,4 \pm 5,9$ балів до $37,4 \pm 4,9$ балів ($p<0,01$). При цьому в основній групі показники загальної симптоматики є значуще кращими, ніж в контрольній ($p<0,01$). У жінок оптимізація лікування дозволила досягти значуще більшого покращення в основній групі показників за порушеннями уваги, зниження критичності, порушеннями волі, завантаженістю психічними переживаннями, активною соціальною відстороненістю (всі - $p<0,05$), послабленням контролю

імпульсивності ($p < 0,01$).

Оптимізація лікування також дає можливість покращити ЯЖ хворих на шизофренію. Так, у чоловіків контрольної групи показники ЯЖ за сферою фізичного здоров'я збільшилися з $16,3 \pm 3,7$ балів до $23,8 \pm 5,1$ балів, основної групи - з $16,5 \pm 3,4$ балів до $24,9 \pm 5,1$ балів, за сферою психологічної ЯЖ - відповідно з $15,9 \pm 4,5$ балів до $16,7 \pm 3,4$ балів та з $14,7 \pm 4,0$ балів до $17,1 \pm 3,8$ балів, за сферою оточення - відповідно з $20,4 \pm 3,4$ балів до $23,8 \pm 3,7$ балів та з $19,7 \pm 3,2$ балів до $23,9 \pm 4,3$ балів. Покращення показників в процесі лікування є статистично значущим ($p < 0,001$). Водночас, за сферою соціальної ЯЖ показники у чоловіків після лікування є значуще ($p < 0,001$ в контрольній групі, $p < 0,01$ в основній групі) меншими, ніж до лікування: в контрольній групі $7,0 \pm 2,3$ балів та $5,4 \pm 2,6$ балів, в основній групі - відповідно $6,8 \pm 2,4$ балів та $5,7 \pm 2,7$ балів. Такі особливості відображують появу критики до власного стану в процесі лікування та пов'язане з цим усвідомлення кризи соціальної адаптації в особистісній, професійній та інших сферах. У чоловіків порівняння показників загальної ЯЖ після лікування не виявило значущих розбіжностей між пацієнтами контрольної та основної груп. Натомість, у жінок при збереженні аналогічної динаміки загальної ЯЖ у процесі лікування виявлені певні відмінності. Показники ЯЖ за сферою фізичного здоров'я збільшилися з $15,6 \pm 2,8$ балів до $22,0 \pm 4,8$ балів, основної групи - з $15,8 \pm 3,2$ балів до $23,0 \pm 5,3$ балів, за сферою психологічної ЯЖ - відповідно з $12,8 \pm 4,3$ балів до $14,9 \pm 4,3$ балів та з $12,2 \pm 3,5$ балів до $16,9 \pm 4,1$ балів, за сферою оточення - відповідно з $18,0 \pm 3,1$ балів до $21,9 \pm 3,4$ балів та з $17,7 \pm 2,5$ балів до $22,1 \pm 3,6$ балів ($p < 0,001$). За сферою соціальної ЯЖ показники у жінок, як і у чоловіків, після лікування є значуще ($p < 0,001$ в контрольній групі, $p < 0,05$ в основній групі) меншими, ніж до лікування: в контрольній групі $6,1 \pm 2,0$ балів та $5,0 \pm 2,4$ балів, в основній групі - відповідно $6,1 \pm 2,4$ балів та $5,3 \pm 2,0$ балів. Водночас, на відміну від чоловіків, у жінок після лікування показники за сферою психологічної ЯЖ в основній групі виявилися значуще кращими.

У чоловіків контрольної групи під впливом лікування виявлено статистично значущу ($p < 0,05$ і менше) позитивну динаміку за всіма сферами специфічної ЯЖ, пов'язаної з наявністю ендогенного психічного захворювання. При цьому за сферами "Здатність до виконання повсякденних справ", "Працездатність" і "Самодопомога та психопрофілактика" при порівнянні показників специфічної ЯЖ після лікування було виявлено значуще кращі ($p < 0,05$) показники у хворих основної групи у порівнянні з контрольною.

У жінок контрольної групи динаміка специфічної ЯЖ аналогічна виявленій у чоловіків. При цьому у жінок основної групи покращення виявлено за більшою кількістю сфер: "Позитивні емоції", "Особистісні відносини", "Практична соціальна підтримка", "Переживання, пов'язані із спілкуванням", "Самоконтроль та відволі-

кання від неприємних переживань" ($p < 0,05$).

Загалом під впливом лікування відбувається поступова нормалізація показників вегетативного балансу у хворих. Так, у чоловіків контрольної групи в процесі лікування відбулось збільшення кількості хворих з ознаками ейтонії з 4 до 13 (з 4,5% до 14,8%) ($p < 0,1$). Це збільшення відбулося переважно за рахунок осіб з симпатичним типом вегетативного домінування. Аналогічні зміни відбулися в контрольній групі жінок: питома вага хворих з ейтонією збільшилася з 2,3% до 11,4% ($p < 0,1$). Кількість чоловіків з ейтонією в основній групі також збільшилася з 4 (4,5%) до 13 (14,5%), однак, при цьому відбулося помітне зменшення не лише питомої ваги осіб з симпатичним типом вегетативного домінування (з 30 (33,7%) до 26 (29,2%)), а й хворих з превалюванням ознак парасимпатикотонії (з 55 (61,8%) до 50 (56,2%)) ($p < 0,05$). На наш погляд, такі особливості слід розглядати як ознаку більшої ефективності лікування в основній групі, оскільки хворі з парасимпатикотонією відрізняються підвищеною резистентністю до антипсихотичної терапії, і зменшення ознак парасимпатичного домінування є одним з факторів збільшення ефективності лікування. Аналогічна динаміка була виявлена і серед жінок основної групи. Питома вага хворих з ейтонією збільшилася з 4,5% до 14,6% (що більше, ніж у контрольній групі), а хворих з симпатикотонією та парасимпатикотонією зменшилася відповідно з 53,9% до 45,0% і з 41,6% до 40,4% ($p < 0,1$).

У контрольній групі серед чоловіків значуще зменшився лише показник $rNN50$ (з $13 \pm 8,3$ до $11,7 \pm 5,6$ мс, $p < 0,05$), а в основній групі усі показники ВСР виявили значущу позитивну динаміку в процесі лікування: ЧСС у цій групі зменшилася з $68,5 \pm 14,6$ до $66,2 \pm 7$ уд./хв. ($p < 0,05$), $SDNN$ - з $103,6 \pm 36,5$ до $103,1 \pm 33,3$ мс ($p < 0,05$), $RMSSD$ - з $50,6 \pm 22,1$ до $49,3 \pm 19,3$ мс ($p < 0,05$), $rNN50$ - з $15,3 \pm 8,7$ до $13,9 \pm 7,6$ мс ($p < 0,01$), показник TP збільшився з $2657,7 \pm 516,5$ до $2679 \pm 488,8$ мс² ($p < 0,05$), VLf - з $836,2 \pm 438$ до $843,2 \pm 410,2$ мс² ($p < 0,05$), LF - з $1004,3 \pm 397$ до $1028 \pm 365,5$ мс² ($p < 0,05$), показник HF зменшився з $817,3 \pm 329,5$ до $807,8 \pm 318,1$ мс² ($p < 0,01$), LFn збільшився з $54,7 \pm 17,9$ до $55,8 \pm 16,8$ ($p < 0,01$), а HFn зменшився з $45,3 \pm 17,9$ до $44,2 \pm 16,8$ ($p < 0,01$).

Схожа динаміка спостерігалася і у жінок, однак, на відміну від чоловіків, у жінок до початку терапії домінували ознаки симпатикотонічного домінування, тож в процесі терапії у них відбувається нормалізація показників ВСР у напрямку, протилежному тому, який виявлений у чоловіків. У контрольній групі динаміка показників ВСР була незначущою: статистично значущим виявилось лише зменшення ЧСС з $74,5 \pm 16$ до $72,5 \pm 10,3$ уд./хв. ($p < 0,05$). В основній же групі значуща динаміка була виявлена відносно усіх основних показників ВСР: ЧСС у жінок цієї групи зменшилась з $73,6 \pm 15,6$ до $71,2 \pm 10$ уд./хв. ($p < 0,05$), $SDNN$ - з $91,4 \pm 36,6$ до $88,5 \pm 31,8$ мс ($p < 0,05$), $RMSSD$ - з $45,2 \pm 24,1$ до $42,1 \pm 20,2$ мс ($p < 0,05$), $rNN50$ - з $13,3 \pm 9,1$ до $11,7 \pm 6,9$

мс ($p < 0,05$). Загальна потужність спектру у жінок зменшилася з $2821,6 \pm 555,4$ до $2771,1 \pm 498,7$ мс² ($p < 0,01$), показник VLF - з $968,2 \pm 438,7$ до 930 ± 389 мс² ($p < 0,01$), LF - з $1154,5 \pm 417,7$ до $1149,9 \pm 378,1$ мс² ($p < 0,05$), HF - з $698,9 \pm 322,9$ до $691,2 \pm 307,6$ мс² ($p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Оптимізація існуючих схем лікування, яка передбачала корекцію дозування та особливостей застосування антипсихотичних препаратів на підставі аналізу клініко-функціональних особливостей: гендерного фактору, виразності продуктивної, негативної та загальної симптоматики, якості життя, а також стану ВНС, а у жінок також періоду менструального циклу та особливостей овуляції дозволило досягти значуще кращих показників ефективності лікування. Вдалося скороти-

ти термін перебування в стаціонарі, покращити редукцію негативної симптоматики загалом та окремих її складових (притуплений афект, емоційна відгородженість, труднощі у спілкування та пасивно-апатична соціальна відгородженість), загальної симптоматики загалом та її складових (моторної загальмованості, малоконтактності, порушень уваги, зниження критичності до свого стану та порушень волі, послаблення контролю імпульсивності, завантаженості психічними переживаннями та активної соціальної відстороненості.

Оптимізація існуючих схем лікування дозволила покращити якість життя хворих на шизофренію, особливо у сферах, пов'язаних з повсякденною діяльністю, соціалізацією та емоційним реагуванням, а також досягти певної нормалізації показників функціонального стану ВНС, що заслуговує на увагу практичної медицини.

Список літератури

- Белоусов Ю. Б. Фармакоэкономическая эффективность атипичных антипсихотиков у больных шизофренией / Ю. Б. Белоусов, С. К. Зырянов, Д. Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика. - 2011. - № 1. - С. 51-57.
- Вегетативные расстройства: клиника, диагностика и лечение; под ред. А. М. Вейна. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2003. - 752 с.
- Данилов Д. С. Оптимизация лечебного процесса у больных шизофренией, резистентных к антипсихотической терапии / Д. С. Данилов, В. Д. Морозова // Российский психиатрический журнал. - 2010. - № 4. - С. 75-83.
- Козловский В. Л. Оценка качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии: метод. 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). - Женева: Всемирная организация здравоохранения. - 2004. - 6 с.
- Лепилкина Т. А. Влияние фактора пола на выраженность когнитивных нарушений и связи когнитивного функционирования с психопатологическими проявлениями у больных параноидной шизофренией / Т. А. Лепилкина, М. А. Морозова // Психологические исследования. - 2012. - № 5. - С. 5.
- Методы анализа и возрастные нормы вариабельности ритма сердца: метод. рекомендации / [составители: Коркушко О. В., Шатило В. Б., Писарук А. В. и др.]. - Киев, 2003. - 24 с.
- Снедков Е. В. Атипичные антипсихотики: поиск решения старых и новых проблем / Е. В. Снедков // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. - № 4. - 45-50.
- Соколов Р. Е. Роль пола в формировании манифестных шизофренических психозов у подростков / Р. Е. Соколов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2011. - № 5. - С. 9-15.
- Harrow M. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study / M. Harrow, T. H. Jobe // Journal of Nervous and Mental Disorders. - 2007. - № 195 (5). - P. 404-406.
- Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophrenia Bulletin. - 1987. - № 13 (2). - P. 261-276.
- Malla A. K. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome / A. K. Malla, J. Payne // Schizophr. Bull. - 2005. - Vol. 31, № 3. - P. 650-671.
- McGorry P. D. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions / P. D. McGorry, E. Killackey, A. R. Yung // World Psychiatry. - 2008. - Vol. 7, № 3. - P. 148-156.
- Murphy V. P. Pharmacological treatment of primary negative symptoms in schizophrenia: a systematic review / V. P. Murphy // Schizophrenia Research. - 2006. - № 88. - P. 5-25.
- Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology, Heart Rate Variability: standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use // Circulation. - 1996. - Vol. 93. - P. 1043-1065.

Гнатишин Н.С., Буздыган Е.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ С УЧЕТОМ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Резюме. С целью оптимизации существующих схем лечения шизофрении с учетом гендерного фактора, клинических особенностей, качества жизни (КЖ) и функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС) была усовершенствована стандартная схема лечения в соответствии с действующими нормативными документами путем выбора антипсихотического препарата и дозировки на основании предварительного анализа клинико-функциональных особенностей: гендерного фактора, выраженности продуктивной, негативной и общей симптоматики, КЖ, функционального состояния ВНС, и периода менструального цикла и особенностей овуляции у женщин. Выбор психотропного препарата, дозировка и особенности применения осуществлялись на основании анализа выраженности и характера продуктивной, негативной и общей симптоматики шизофрении с помощью шкалы PANSS, КЖ по данным шкал ВОЗ КЖ-26 и ВОЗ КЖ-СМ, и функционального состояния ВНС. При анализе результатов лечения было выявлено, что оптимизация схемы лечения позволяет сократить сроки стационарного лечения, улучшить показатели по шкалам негативной и общей симптоматики шизофрении, улучшить КЖ больных, особенно в сферах, связанных с повседневной деятельностью, социализацией и эмоциональным

реагированием, и достичь нормализации функционального состояния ВНС.

Ключевые слова: шизофрения, оптимизация лечения, клинично-функциональные особенности.

Gnatyshin M., Buzdygan O.

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA WITH REGARD OF CLINICO-FUNCTIONAL FEATURES

Summary. To optimize existing treatment regimens with schizophrenia gender-sensitive, clinical features, quality of life (QOL) and functional status of the autonomic nervous system (ANS) was improved standard regimen in accordance with applicable regulations by choosing antipsychotic medication and dosage based on preliminary analysis of clinical- functional characteristics: gender factor expression productive, negative and general symptoms, QOL, functional status of the SPA, and the period of the menstrual cycle and ovulation features. Choice of psychotropic medication, dosage and application features implemented on the analysis of severity and nature of productive, negative symptoms of schizophrenia and the general using the scale PANSS, QOL scales according to WHO QOL-26 and WHO QOL-SM and functional status of the SPA. In analyzing the results of treatment found that optimization of treatment can shorten patient treatment, improve performance scales for negative symptoms of schizophrenia and overall improve the QOL of patients, especially in areas related to daily activities, socialization and emotional response, and to achieve the normalization of the functional state of the SPA.

Key words: schizophrenia, optimization of treatment, clinical and functional features.

Стаття надійшла до редакції 20.11.2014 р.

Гнатишин Микола Степанович - д.мед.н., доцент кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 969-80-04; gnatyshin@bk.ru

Буздиган Олена Григорівна - пошукач кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, лікар психіатр, ВОПНЛ ім. акад. О.І. Юценка; +38 097 886-14-04; cherna4uk@yandex.ua

© Годлевський А.І., Саволук С.І., Клімас А.С.

УДК: 616.718.41-001

Годлевський А.І., Саволук С.І., Клімас А.С.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ІЗОЛЬОВАНОЮ ТА ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Резюме. В роботі здійснюється аналіз результатів хірургічного лікування хворих з абдомінальною травмою з позиції оцінки впливу окремих факторів, діагностичних показників та методів, лікувальної тактики на кількість післяопераційних ускладнень та показники летальності, пропонуються до використання нові діагностичні способи, маркери та прогностичні шкали, що дозволяють конкретизувати покази до вибору технологій консервативного лікування, методів інвазивного моніторингу та принципів хірургічного лікування, підвищити якість післяопераційної курації хворих з ізольованою та поєднаною абдомінальною травмою.

Ключові слова: абдомінальна травма, ізольовані та поєднана травма, діагностичні маркери, предиктори ускладнень та летальності, прогностична шкала, післяопераційний моніторинг.

Вступ

Актуальність проблеми ізольованих та поєднаних травм органів черевної порожнини підкреслюється невідомою статистикою травматизму, показники якої вражають та приголомшують [Бисенков, 2002; Цыбуляк, 2005; Соколов, 2006]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щодня в світі від травм гине 16000 людей, тобто щохвилини 11 людей. В 2012 році загинуло 5,8 млн., що становить 97,9 на 100 тисяч населення. У зв'язку з чим травматизм знаходиться в першій п'ятірці 10 причин смерті населення планети, а стосовно осіб працездатного віку посідає 1 місце [Глумчера і др., 2012].

Показник смертності від травм в Україні перевищує аналогічні показники європейських країн і становить 106,7 на 100 тис. населення, в тому числі від дорожньо-транспортних пригод (ДТП) - 14,28 на 100 тисяч населення (2012 рік), в 2007 році цей показник становив

20,4 на 100 тис. населення, це зниження було обумовлено підвищенням штрафних санкцій за безвідповідальну поведінку учасників дорожнього руху. Для порівняння загальноєвропейський показник становить 8 на 100 тисяч населення, Бельгія - 11, Франція - 9, Німеччина - 7, Великобританія - 6, Швеція - 4 [Бойко, 2007].

Вітчизняна статистика констатує перевищення значення загальноєвропейського показника в 1,5 рази. Щорічно в Україні травмується близько 2 мільйонів, з яких біля 365 тис. залишаються інвалідами, переважно в працездатному віці. В загальній структурі смертності населення України смертність від травматизму з року в рік стабільно займає 2 місце [Анкін, 2004; Бойко, 2008].

Мета роботи - на основі статистичної обробки первинного масиву значень досліджуваних лабораторних параметрів у хворих в гострий період перебігу ізольованої та поєднаної травми органів черевної порожнини