УДК: 616.895.87+616-018+612.68

О. Є. Смашна, *асистент каф. неврології, психіатрії, наркології та медичної психології*
Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ОЦІНКУ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ

У статті наведені результати дослідження взаємозв'язку актуальної психопатологічної симптоматики й оцінки якості життя пацієнтами з параноїдною шизофренією та коморбідною соматичною патологією різних систем організму. В процесі дослідження виявлено, що синдромопластичний вплив супутньої соматичної патології на вираженість актуальної психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії впливає на суб'єктивну оцінку пацієнтами параметрів свого соматичного та фізичного функціонування. Відмічено, що активна продуктивна симптоматика частіше зумовлює анозогностичну позицію щодо соматичного захворювання, а депресивна симптоматика — гіпернозогностичну позицію з формуванням іпохондричного ставлення.

Ключові слова: параноїдна форма шизофренії, коморбідна з соматичною патологією, якість життя.

Якість життя хворої людини у сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що має в основі суб'єктивне сприйняття і складається з фізичного (симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування), психологічного (тривога, депресія, ворожа поведінка) та соціального компонентів (соціальна підтримка, робота, громадські зв'язки тощо) [1, 2, 4, 7, 10]. Погляд на пацієнта не тільки як на об'єкт, а як і на суб'єкт лікування, на сьогоднішній день є необхідною умовою забезпечення адекватної медичної допомоги. Під час оцінки якості життя підкреслюється суб'єктивний план переживання ситуації хвороби на протилежність об'єктивним клінічним та соціальним параметрам. Оцінка пацієнтом якості життя здійснюється на підставі всієї повноти його досвіду та переживань (не завжди добре усвідомлених) в різних сферах життєдіяльності на основі їх індивідуальної значимості [7]. Поняття якості життя є міждисциплінарним і віддзеркалює спробу теоретико-методологічного забезпечення холістичного (біопсихосоціального) підходу до хворої людини в умовах реалізації лікувального процесу [1].

На оцінку якості життя пацієнтами психіатричних клінік часто впливає актуальна психопатологічна симптоматика, і ця оцінка, у свою чергу, визначає ставлення пацієнта до терапії, що проводиться, до симптомів захворювання, впливає на комплаєнтність [4, 5, 8]. У пацієнтів, які страждають на параноїдну шизофренію, перебіг якої ускладнений наявністю супутніх соматичних захворювань, часто спостерігається виражене спотворення усвідомлення як психічної, так і соматичної патології, наслідком чого є порушення комплайєнсу щодо психо- та соматотропного лікування [11, 12]; також часто симптоми соматичної патології впливають синдромопластично на оформлення клінічної картини шизофренії, зумовлюючи виникнення нехарактерних симптомів і синдромів, які привносять в суб'єктивне сприйняття пацієнтами різних аспектів свого життя нові акценти. Дані питання пояснюють актуальність дослідження впливу психопатологічної симптоматики на оцінку пацієнтами з параноїдною шизофренією та супутньою соматичною патологією якості свого життя та різних аспектів функціонування.

Метою даного дослідження було дослідити особливості оцінки якості життя пацієнтами з параноїдною формою шизофренії та супутніми соматичними захворюваннями різних систем організму; виявити закономірності динаміки в оцінці параметрів якості життя даним контингентом пацієнтів в залежності від актуальної психопатологічної симптоматики; виділити основні принципи диференціальної психофармакотерапії для пацієнтів з шизофренією та коморбідними соматичними захворюваннями.

Для реалізації мети дослідження за період 2008—2010 років в умовах Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 155 пацієнтів, що страждали на параноїдну форму шизофренії та коморбідні захворювання різних систем організму.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний з застосуванням психометричних шкал (шкала оцінки позитивних та негативних симптомів шизофренії PANSS, шкала для оцінки депресії HAMD), клініко-катамнестичний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний (дослідження розумових операцій, методика піктограм за Херсонським, опитувальник для визначення рівня особистісної та реактивної тривоги Спілбергера — Ханіна, опитувальник для визначення якості життя «SF-36 Health Status Survey»). Пацієнтів обстежували двічі: при надходженні у фазі загострення параноїдної шизофренії та вдруге — через місяць після проведення психофармакотерапевтичного лікування на етапі формування ремісії.

Маючи на меті дослідити різні аспекти оцінки якості життя пацієнтами з шизофренією та супутніми соматичними захворюваннями, у таблиці 1 узагальнено результати оцінки окремих показників опитувальника якості життя «SF-36 Health Status Survey» у досліджуваних пацієнтів у фазі екзацербації шизофренії.

Базуючись на оцінках окремих показників опитувальника «SF-36 Health Status Survey» також було виділено два узагальнених параметри — Фізичний компонент здоров'я *РН* та Психологічний компонент здоров'я *МН*. У фазі загострення шизофренії найвищі показники як психічного так і фізичного компонента здоров'я спостерігалися у групі порівняння (*РН* — 263,90 ± 4,79, *МН* — 229,32 ± 4,63) і у групі пацієнтів з супутніми кардіологічними захворюваннями (*РН* — 268,91 ± 2,84, *МН* — 233,06 ± 4,31), а найнижчі показники по обох компонентах спостерігалися у групі з супутньою нефрологічною патологією (*РН* — 103,88 ± 2,81, *МН* — 119,41 ± 4,44).

У таблиці 2 зображено результати оцінювання параметрів якості життя згідно з опитувальником «SF-36 Health Status Survey» у досліджуваних пацієнтів на етапі формування ремісії.

© Смашна О. Є., 2011

Таблиця 1

Параметри якості життя у досліджуваних пацієнтів у період загострення

Параметри якості життя	Контрольна група *n* — 31	Пацієнти з нефрологічною патологією *n* — 32	Пацієнти з серцево-судинною патологією *n* — 32	Пацієнти з гастроентерологічною патологією *n* — 30	Пацієнти з респіраторною патологією *n* — 30
Фізичне функціонування (*PF*)	67,90 ± 1,03	28 ± 1,46***	74,34 ± 1,37*** $p_1 < 0{,}001$	53,17 ± 2,39*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$	50 ± 2,48*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}1$
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (*RP*)	69,52 ± 1,16	25 ± 1,17***	69,41 ± 0,98 $p_1 < 0{,}001$	47,27 ± 2,29*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$	45,23 ± 2,36*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}1$
Інтенсивність болю (*P*)	64,97 ± 2,31	19,78 ± 1,35***	62,97 ± 1,75 $p_1 < 0{,}001$	40,57 ± 2,85*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$	41,33 ± 2,87*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}1$
Загальний стан здоров'я (*GH*)	61,52 ± 2,32	31,09 ± 1,74***	62,19 ± 1,94 $p_1 < 0{,}001$	49,13 ± 2,56*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$	42,67 ± 1,92*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}05$
Життєва активність (*VT*)	52,71 ± 2,41	22,22 ± 1,37***	56,78 ± 2,54 $p_1 < 0{,}001$	37,10 ± 2,89*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$	38,93 ± 2,75 *** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}1$
Соціальне функціонування (*SF*)	62,61 ± 2,32	39,09 ± 2,92***	62,09 ± 2,21 $p_1 < 0{,}001$	37,07 ± 2,72*** $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}001$	36,07 ± 2,14*** $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}1$
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (*RE*)	37,90 ± 2,70	26,09 ± 1,28***	38,03 ± 2,48*** $p_1 < 0{,}1$	18,90 ± 0,98*** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}001$	22,07 ± 1,40*** $p_1 < 0{,}05$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}1$
Психічне здоров'я (*MH*)	76,10 ± 1,54	32 ± 2,31***	76,16 ± 1,44 $p_1 < 0{,}001$	33,27 ± 2,30*** $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}001$	30,20 ± 1,31*** $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}1$

Примітки. Тут і далі: Коефіцієнти достовірності в порівнянні з контрольною групою: * — коефіцієнт достовірності < 0,05; ** — коефіцієнт достовірності < 0,01; *** — коефіцієнт достовірності < 0,001; p_1 — порівняння з групою з патологією сечовидільної системи; p_2 — порівняння з групою з патологією серцево-судинної системи; p_3 — порівняння з групою з патологією травної системи

Таблиця 2

Параметри якості життя у пацієнтів у період формування ремісії

Параметри якості життя	Контрольна група *n* — 31	Пацієнти з нефрологічною патологією *n* — 32	Пацієнти з серцево-судинною патологією *n* — 32	Пацієнти з гастроентерологічною патологією *n* — 30	Пацієнти з респіраторною патологією *n* — 30
Фізичне функціонування (*PF*)	51,42 ± 3,21	36,09 ± 2,89***	44,06 ± 1,96*** $p_1 < 0{,}1$	44,23 ± 2,96*** $p_1 < 0{,}05$ $p_2 < 0{,}1$	32,10 ± 1,99*** $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}001$ $p_3 < 0{,}01$
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (*RP*)	35,94 ± 2,98	24 ± 1,29***	26,94 ± 1,57** $p_1 < 0{,}1$	27,97 ± 1,54* $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}1$	22,23 ± 1,40*** $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}1$ $p_3 < 0{,}01$
Інтенсивність болю (*P*)	51,84 ± 2,47	27,84 ± 1,58***	45,44 ± 2,32 $p_1 < 0{,}001$	44,10 ± 2,02** $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}1$	34,13 ± 2,66*** $p_1 < 0{,}05$ $p_2 < 0{,}01$ $p_3 < 0{,}01$
Загальний стан здоров'я (*GH*)	40,81 ± 3,0	34,13 ± 2,48	40,28 ± 2,78 $p_1 < 0{,}1$	38,80 ± 3,02 $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}1$	36,47 ± 2,56 $p_1 < 0{,}1$ $p_2 < 0{,}1$ $p_3 < 0{,}1$
Життєва активність (*VT*)	48,06 ± 2,49	29,56 ± 2,22	38,31 ± 2,60 $p_1 < 0{,}001$	39,80 ± 2,80 $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}1$	42,23 ± 2,82 $p_1 < 0{,}001$ $p_2 < 0{,}1$ $p_3 < 0{,}1$

Продовження табл. 2

Параметри якості життя	Контрольна група *n* — 31	Пацієнти з нефрологічною патологією *n* — 32	Пацієнти з серцево-судинною патологією *n* — 32	Пацієнти з гастроентерологічною патологією *n* — 30	Пацієнти з респіраторною патологією *n* — 30
Соціальне функціонування (*SF*)	56,29 ± 2,61	48,09 ± 2,51*	48,25 ± 2,53* $p_1 < 0,1$	45,10 ± 2,12** $p_1 < 0,1$ $p_2 < 0,1$	57,33 ± 2,38 $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$ $p_3 < 0,001$
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (*RE*)	33,23 ± 2,52	31,50 ± 1,96	33,34 ± 2,22 $p_1 < 0,1$	23,03 ± 1,53*** $p_1 < 0,001$ p2 < 0,001	46,20 ± 2,24*** $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
Психічне здоров'я (*МН*)	51,52 ± 3,06	38,09 ± 2,55***	48,59 ± 2,93 $p_1 < 0,001$	36,07 ± 2,23*** $p_1 < 0,1$ $p_2 < 0,001$	41,20 ± 2,95** $p_1 < 0,1$ $p_2 < 0,1$ $p_3 < 0,1$

У фазі ремісії найвищий показник фізичного компонента здоров'я (180,00 ± 7,16) спостерігався у контрольній групі, а найнижчий — у пацієнтів з респіраторною (124,93 ± 4,98) та нефрологічною патологію (122,06 ± 4,54). Щодо психологічного компонента, то найвищі показники також були у пацієнтів контрольної групи (180,00 ± 7,16), а найнижчі — у групі з гастроентерологічною (144,00 ± 5,05) та нефрологічною (147,25 ± 5,64) патологіями.

На рисунку 1 у наглядній формі зображено динаміку оцінки «Фізичного компонента здоров'я (*РН*)» під час оцінювання якості життя (порівняння оцінювання даного параметра у досліджуваних пацієнтів у періоді екзацербації шизофренії та на етапі формування ремісії).

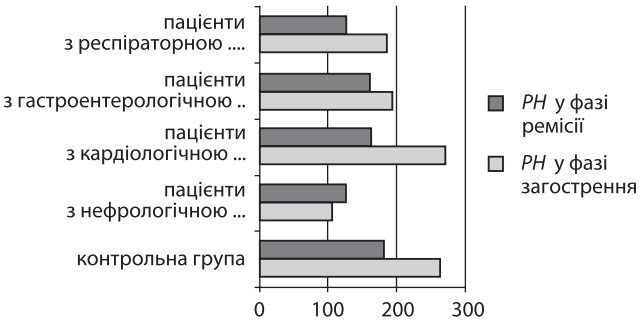

Рис. 1. **Динаміка оцінки «Фізичного компонента здоров'я (*РН*)» у досліджуваних пацієнтів**

У всіх пацієнтів, окрім групи з коморбідною нефрологічною патологією, спостерігалось покращання оцінювання *РН* у фазі формування ремісії в порівнянні з оцінюванням цього показника у фазі загострення (*див.* рис. 1). Причому найбільша різниця спостерігається у групі порівнянні та у групі з супутніми кардіологічними захворюваннями.

На рисунку 2 у наглядній формі зображено динаміку оцінки «Психічного компонента здоров'я (*МН*)» в рамках оцінювання якості життя (порівняння оцінювання обстежуваними пацієнтами даного параметра у фазі загострення та на етапі формування ремісії).

Зниження показника *МН* спостерігалося у пацієнтів групи порівняння та у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією, причому у групі з кардіологічною патологією спостерігалось більш стрімке зниження даної оцінки. У пацієнтів з нефрологічною, гастроентерологічною та респіраторною патологією відзначалась підвищена оцінка за даним показником.

У пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи у фазі екзацербації шизофренії спостерігалась тенденція до анозогностичної позиції супутньої соматичної патології, що виявлялося вищим оцінюванням параметрів якості життя, які стосувалися соматичного здоров'я. Дана тенденція обумовлена вираженою продуктивною психопатологічною симптоматикою, яка спостерігалась достовірно частіше в порівнянні з групами пацієнтів з супутніми соматичними захворюваннями інших систем організму, у вигляді агресивності, психомоторного збудження, маніакального синдрому, галюцинаторно-параноїдного синдрому, дезорієнтованості.

У групі пацієнтів з супутньою респіраторною патологією також відзначалась тенденцію до підвищення адекватності сприйняття супутнього соматичного захворювання при переході з загострення шизофренії у фазу формування ремісії; проте у даної групи пацієнтів дана тенденція була обумовлена якісно іншою психопатологічною картиною, а саме тривожно-депресивною, депресивно-іпохондричною симптоматикою, яку супроводжувала емоційна розщепленість та неадекватність, спотворення вольової активності (ступорозні, кататоноподібні стани з аутичністю, моторною та ідеаторною загальмованістю), а також дисоціативно-конверсійні симптоми.

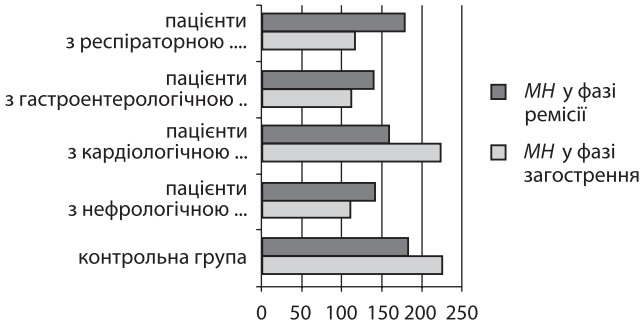

Рис. 2. **Динаміка оцінки «Психічного компонента здоров'я (*МН*)» у досліджуваних пацієнтів**

У групі пацієнтів з коморбідними захворюваннями травної системи не спостерігалось достовірно значимих відмінностей в оцінюванні і фізичного, і психологічного компонентів здоров'я у фазі загострення та становлення

ремісії шизофренії. Синдромоутворення при загостренні шизофренії здійснювалось за рахунок широкого спектра складних афективних синдромів — тривожно-депресивного, депресивно-параноїдного, обсесивно-фобічного з дисфоричним афективним супроводом, спотвореннями вольової активності (парабулії, розлади потягів, гебефреноподібна симптоматика).

Пацієнтами, що страждали на параноїдну шизофренію та супутні захворювання сечовидільної системи, фізичний компонент оцінювався нижче в фазі загострення шизофренії в порівнянні з оцінюванням даного параметра на етапі формування ремісії. Ця тенденція була обумовлена тим, що у фазі загострення у пацієнтів даної групи достовірно частіше в порівнянні з іншими групами спостерігалися складні депресивні синдроми (депресивно-іпохондричний, сенесто-іпохондричний з проявами соматопсихічної деперсоналізації, депресивно-параноїдний з астено-аненергічним компонентом, ідеаторною загальмованістю, схильністю до самопошкоджень), а також синдроми спотвореного сприйняття власної тілесності у вигляді сенестопатій, тілесних галюцинацій, відчуження відчуттів, спотворенням інтерпретації нормальних вітальних функцій.

Висновки:

Синдромопластичний вплив супутньої соматичної патології різних систем організму на вираженість актуальної психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії впливає на суб'єктивну оцінку пацієнтами параметрів свого соматичного та фізичного функціонування.

Депресивна симптоматика у поєднанні з симптомами порушеного відчуття, усвідомлення чи інтерпретації тілесного досвіду спричинює гіпернозогностичну настанову щодо актуального соматичного захворювання з іпохондричною налаштованістю та переоцінкою його наслідків.

Виражена продуктивна шизофренічна симптоматика у пацієнтів з параноїдною шизофренією та супутньою соматичною патологією зумовлює гіпо- та анозогностичну позицію з порушенням комплаєнтності у лікуванні коморбідної соматичної патології.

Список літератури

1. Вассерман, Л. И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией [Текст] / Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, В. Л. Федотова // Сибирский психологический журнал. — 2008. — № 27. — С. 67—71.
2. Генайло, С. П. Качество жизни у больных параноидной шизофренией и расстройствами шизофренического спектра [Текст] / С. П. Генайло, Н. В. Андропова // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2007. — № 3. — С. 63—65.
3. Дробижев, М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук: 14.01.06 / Дробижев Юрий Михайлович; — НЦПС РАМН. — М., 2000. — 54 с.
4. Козерацька, О. А. Порушення самосвідомості у хворих на шизофренію (судово-психіатричний аспект) [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: 14.01.16 / Козерацька Олена Андріївна; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. — К., 2006. — 52 с.
5. Кабанов, М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) [Текст] / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 11 (1). — С. 22—27.
6. Коцюбинский, А. П. Психопатология и качество жизни при шизофрении [Текст] / А. П. Коцюбинский, О. В. Лапшин, С. В. Пхиденко // Там же. —2004. — № 14 (4). — С. 32—37.
7. Лебедева, В. Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты) [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук: 14.01.16 / Лебедева Валентина Федоровна; «Научный центр психического здоровья РАМН» (Москва). — Томск, 2007. — 46 с.
8. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [Текст] / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. — СПб.: 2002. — 313 с.
9. Полывяная, М. Ю. Оценка качества жизни психически больных [Текст] / М. Ю. Полывяная // Архів психіатрії. — 2002. — № 2 (29). —С. 5—9.
10. Смулевич, А. Б. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре [Текст] / А. Б. Смулевич, М. А Дробижев, С. А. Иванов // Журнал неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 7. — С. 9—13.
11. Чабан, О. С. Якість життя пацієнта з позицій медичної психології [Текст] / О. С. Чабан // Мистецтво лікування. — 2008. — № 5 (51). — С. 40—43.
12. Brown, S. Causes of the excess mortality of schizophrenia [Електронний ресурс] / Brown, S., Barraclough B // The British Journal of Psychiatry. — 2000. —N. 177 — P. 212—217. Режим доступу: http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/177/3/212
13. Rickelman, B. L. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight [Електронний ресурс] / B. L. Rickelman // Ment Healt Nurs. — 2004. — N/. 25(3). — P. 227. Режим доступу: http://www.schizophrenia.com/insightbiology.htm

Надійшла до редакції 01.06.2011 р.

Е. Е. Смашна

Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевського (г. Тернополь)

Влияние сопутствующей соматической патологии на оценку качества жизни пациентами, которые страдают параноидной формой шизофрении

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи актуальной психопатологической симптоматики и оценки качества жизни пациентами с параноидной шизофренией и коморбидной соматической патологией разных систем организма. В процессе исследования выявлено, что синдромопластическое влияние сопутствующей соматической патологии на выраженность актуальной психопатологической симптоматики параноидной шизофрении влияет на субъективную оценку пациентами параметров своего соматического и физического функционирования. Отмечено, что активная продуктивная симптоматика чаще предопределяет анозогностическую позицию относительно соматического заболевания, а депрессивная симптоматика — гипернозогностическую позицию с формированием ипохондрического отношения.

Ключевые слова: параноидная форма шизофрении, коморбидная с соматической патологией, качество жизни.

O. Ye. Smashna

Ternopil state medical university named after I. Ya. Gorbachevskiy (Ternopil)

Influence of concomitant somatic pathology on estimation of quality of living by patients with paranoid form of schizophrenia

The results of research of intercommunication of actual psychopathologycal symptomatology and estimation of quality of living by patients are with paranoid schizophrenia and comorbid somatic pathology of the different systems of organism are presented in the article. It is educed in the process of research, that syndromoplastic influence of concomitant somatic pathology on expressed of actual psychopathologycal symptomatology of paranoid schizophrenia influences on a subjective estimation the patients of parameters of the somatic and physical functioning.

It is marked, that an active positive symptoms of schizophrenia more frequent predetermines anosognostic position in relation to a somatic illness, and the depressive symptoms causes hypernosognostic position with forming of hypochondria relation.

Key words: paranoid form of schizophrenia, comorbid with somatic pathology, quality of life.