

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, КОМОРБІДНУ ІЗ КІСТКОВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

На основі вивчення особливостей клініко-психопатологічних проявів та специфіки соціального функціонування пацієнтів із параноїдною шизофренією, коморбідною з кістковим туберкульозом, розроблено специфічні заходи психосоціальної реабілітації зазначеної категорії пацієнтів. Виявлено позитивну динаміку зниження вираженості позитивної й загальнопсихопатологічної симптоматики шизофренії, підвищення загального показника якості життя та окремих його сфер, зниження рівня поведінкової дисфункції з підвищенням працездатності пацієнтів та поліпшенням сфери їх міжособистісної взаємодії, а також дотримання пацієнтами режиму підтримуючої психофармакотерапії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, кістковий туберкульоз, коморбідність, психосоціальна реабілітація, ефективність.

За даними ВООЗ, у 2014 р. Україна вперше посіла п'яте місце серед країн із найвищою захворюваністю на туберкульоз у світі за показниками рівня стійкості хвороби до лікування та загальної кількості пацієнтів [1].

Найвищий рівень захворюваності на туберкульоз та смертності від нього відзначається у соціально дезадаптованих групах населення, в тому числі тих, які мають психічні розлади різного ступеня вираженості. З іншого боку, серед психічно хворих людей туберкульоз трапляється частіше, ніж у загальній популяції [2].

Причинами високої захворюваності на туберкульоз у психічно хворих є: порушення елементарних гігієнічних правил, зниження імунітету, яке пов'язують із неповноцінним харчуванням, відмова від прийому їжі, порушення лікарняного режиму. Крім цього, припускають, що психічні захворювання послаблюють регуляторну роль центральної нервової системи в складних механізмах імунітету. Так, на туберкульоз частіше хворіють пацієнти із шизофренією, значно рідше — на іншу психічну патологію. Туберкульоз виникає переважно внаслідок ендогенної реактивації і частіше розвивається на тлі психічного захворювання, а якщо трапляється навпаки, то специфічний процес, як правило, перебігає тяжче [3, 4].

Ці два соціально значущі захворювання спричиняють взаємно обтяжуючий вплив: із одного боку, формуються хронічні, резистентні, складні форми туберкульозу, з іншого — виникає потягання перебігу психічного захворювання. Перебіг кісткового туберкульозу обумовлює обмеження можливості пересування й належного рівня соціального функціонування хворих, а в разі поєднання цієї патології з шизофренією значно

збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів, сприяє формуванню синдрому госпіталізму та проявів самостигматизації, що призводить до розвитку коморбідної дезадаптації в умовах стаціонарного протитуберкульозного лікування [5].

Метою цієї роботи було визначення ефективності розроблених підходів та заходів психосоціальної реабілітації хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), коморбідну із кістковим туберкульозом.

При розробці запропонованих заходів контингент дослідження складався із 60 чоловіків, хворих на ПШ, коморбідну з кістковим туберкульозом, які протягом 2012–2015 рр. були обстежені на клінічних базах кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія».

У результаті роботи було визначено особливості клініко-психопатологічної симптоматики та психосоціального функціонування респондентів, які обумовлюють розвиток специфічного стану дезадаптації, притаманного хворим із подвійною психічною й соматичною патологією, що свідчило про необхідність розробки специфічних заходів психосоціальної реабілітації для цієї категорії пацієнтів.

У подальшому нами було сформульовано положення, згідно з яким комплексне лікування даного контингенту повинно передбачати урахування клінічної картини обох захворювань, індивідуальну чутливість до психофармакотерапії та протитуберкульозного лікування, їх поєднання та дії побічних ефектів, а також виокремлення трьох етапів медикаментозної терапії: купіруючої, стабілізуючої, підтримуючої.

На наше переконання, заходи психосоціальної реабілітації повинні враховувати погіршення

суб'єктивного самопочуття, яке обмежує функціональні можливості хворих та призводить до вираженої соціальної дезадаптації, зниження якості життя в цілому. Необхідно також враховувати клінічні прояви синдрому психомоторної індиферентності різного ступеня вираженості.

При проведенні психосоціальної реабілітації необхідно застосовувати чотири пізнавально-поведінкові стратегії: 1) пізнавально-поведінкова терапія; 2) програми навчання для заповнення нейрокогнітивного дефіциту; 3) формування психологічного захисту у хворих; 4) навчання соціальних навичок.

Окреслено рекомендації щодо підвищення якості життя зазначених пацієнтів:

а) для подолання існуючих та профілактики нових проблем у сферах суспільної підтримки необхідно підвищувати мотивацію пацієнтів із досягнення соціально значущих цілей;

б) психореабілітаційний вплив має бути спрямований на нівелювання негативних наслідків базового психологічно-емоційного відчуття незадоволеності, яке у більшості хворих стає фоном для виникнення проблем у всіх сферах функціонування;

в) треба приділяти увагу терапії як туберкульозу, так і психічного розладу, їхнім наслідкам і супровідним захворюванням із метою відновлення відчуття фізичного благополуччя;

г) слід відновити самообслуговування й залежність у діях, які в цілому є більш складними об'єктами для терапевтичного впливу, оскільки залежать від сукупних об'єктивних умов, викликаних мікро- та макросоціальним середовищем;

г) заходи психосоціальної реабілітації треба планувати не лише на показнику загальної якості життя, а й на оцінці окремих сфер функціонування.

Динаміка стану хворих оцінювалася після проведення заходів психосоціальної реабілітації. Контроль їх ефективності здійснювався за допомогою суб'єктивного та об'єктивного критеріїв із використанням Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів (PANSS); Шкали психіатричної інвалідності, яка розроблена WHO/DAS (1998); Методики оцінки якості життя, запропонованої J. Mezzich et al. (1999).

Дані, отримані у процесі оцінки запропонованих комплексних системних заходів, вивчалися за впливом кількісних та якісних характеристик на соціальну адаптацію, а саме — за рівнем (середнім балом та індексом) успішності хворих в основних сферах соціального функціонування (поведінкової, функціонування у лікарні та власне якості життя). Із обстежених було сформовано дві групи: із хворих, які брали участь у запропонованих заходах, розроблених за результатами

власних досліджень, — 30 осіб (група втручання, ГВ); із пацієнтів, які отримували стандартну регламентовану терапію (психофармакотерапію та протитуберкульозне лікування) у лікарні, — 30 осіб (група контролю, ГК).

Періодами оцінювання було обрано 3 та 6 міс, оскільки через 3 міс вже можливо фіксувати зміни в усіх сферах функціонування, а не лише в окремих, що піддаються більш легкому впливу та змінам; у свою чергу, через 6 міс можна оцінити «остаточний ефект» заходів, урахувавши «звикання» до них та часткову втрату «первинного ефекту».

Середнє значення та структура синдромів за критеріями PANSS у хворих, які страждали на ПШ, у ГВ та ГК відображено у табл. 1.

У хворих ГВ порівняно з контролем серед загальної кількості позитивних синдромів після проведення комплексного лікування значно трансформувалися ті синдроми, які відображають психосоціальне функціонування, а саме: марення (P1 — 4 бали, 14,3±3,5%), збудження (P4 — 4 бали, 14,3±3,5%), прояви ворожості (P7 — 3 бали, 10,7±3,1%) (достовірність розбіжностей показників між шкалами $p \leq 0,001$).

Серед негативних синдромів у хворих ГВ та ГК істотних відмінностей у відносному показнику не виявлено, проте встановлено зниження середнього бала за всіма показниками.

Серед загальнопсихопатологічних синдромів у хворих ГВ порівняно із пацієнтами ГК після проведення комплексного лікування також відзначено значне трансформування тих синдромів, які відображають психосоціальне функціонування, а саме: стурбованість соматичними відчуттями (G1 — 3 бали, 4,7±2,1%), зниження розважливості й усвідомлення хвороби (G12 — 4 бали, 6,3±2,4%), вольові порушення (G13 — 4 бали, 6,3±2,4%), недостатність контролю імпульсів (G14 — 4 бали, 6,3±2,4%), відчуженість від реальності (G15 — 3 бали, 4,7±2,1%), соціальна активність (G16 — 4 бали, 6,3±2,4%). Серед загальних психопатологічних синдромів необхідно акцентувати увагу на значному поліпшенні показника «Відчуженість від реальності», що супроводжувалося відновленням соціальних зв'язків і контактів із навколишнім світом ($p < 0,001$), здатності жити у звичайному соціальному середовищі й використовувати свій соціальний досвід ($p < 0,001$) (достовірність розбіжностей показників між шкалами $p \leq 0,001$).

У цілому середній бал вираженості позитивних синдромів у пацієнтів ГВ становив 4,0 (у хворих ГК — 4,7), негативних — 4,0 (у ГК — 5,0), загальнопсихопатологічних — 4,0 (у ГК — 5,0).

Другим етапом визначення ефективності запропонованих заходів стало оцінювання якості

Середнє значення та структура синдромів за критеріями PANSS у хворих на параноїдну шизофренію у групах втручання і контролю

Синдроми	Симптоми	ГВ, n = 30			ГК, n = 30		
		бал	%	±m	бал	%	±m
Позитивні	Марення	4	14,3	3,5	5	15,2	3,6
	Концептуальна дезорганізація	5	17,9	3,8	5	15,2	3,6
	Галюцинаторна поведінка	5	17,9	3,8	5	15,2	3,6
	Збудження	4	14,3	3,5	5	15,2	3,6
	Манія величності	3	10,7	3,1	3	9,1	2,9
	Підозрілість — переслідування	4	14,3	3,5	4	12,1	3,3
	Ворожість	3	10,7	3,1	6	18,2	3,9
	Загальний бал, %	28	100,0	—	33	100,0	—
	Середній бал (P1–P7)	4,0	—	—	4,7	—	—
Негативні	Сплющення афекту	4	14,3	3,5	5	14,3	3,5
	Емоційна відгородженість	4	14,3	3,5	5	14,3	3,5
	Недостатній рапорт	4	14,3	3,5	5	14,3	3,5
	Пасивно-апатичний соціальний відхід	4	14,3	3,5	5	14,3	3,5
	Труднощі в абстрактному мисленні	4	14,3	3,5	5	14,3	3,5
	Брак спонтанності й плавності бесіди	4	14,3	3,5	5	14,3	3,5
	Стереотипність мислення	4	14,3	3,5	5	14,3	3,5
	Загальний бал, %	28	100,0	—	35	100,0	—
	Середній бал (N1–N7)	4,0	—	—	5,0	—	—
Загальнопсихопатологічні	Стурбованість соматичними відчуттями	3	4,7	2,1	5	6,3	2,4
	Тривога	3	4,7	2,1	4	5,0	2,2
	Відчуття провини	3	4,7	2,1	4	5,0	2,2
	Напруга	5	7,8	2,7	4	5,0	2,2
	Манерність і поза	4	6,3	2,4	5	6,3	2,4
	Депресія	5	7,8	2,7	4	5,0	2,2
	Рухова загальмованість	5	7,8	2,7	5	6,3	2,4
	Некооперативність	4	6,3	2,4	5	6,3	2,4
	Думки з незвичайним змістом	5	7,8	2,7	5	6,3	2,4
	Дезорієнтація	4	6,3	2,4	6	7,5	2,6
	Труднощі концентрації уваги	4	6,3	2,4	5	6,3	2,4
	Зниження розважливості й усвідомлення хвороби	4	6,3	2,4	6	7,5	2,6
	Вольові порушення	4	6,3	2,4	6	7,5	2,6
	Недостатність контролю імпульсів	4	6,3	2,4	5	6,3	2,4
	Відчуженість від реальності	3	4,7	2,1	5	6,3	2,4
	Соціальна активність	4	6,3	2,4	6	7,5	2,6
Загальний бал, %	64	100,0	—	80	100,0	—	
Середній бал (G1–G16)	4,0	—	—	5,0	—	—	

www.mps.kh.ua

життя хворих (суб'єктивний показник) за методикою J. Mezzich et al. (табл. 2).

Через 3 і 6 міс вплив запропонованих заходів на показники якості життя в різних сферах у хворих ГВ порівняно зі стандартними заходами є істотним. Загальний середній бал якості життя

у пацієнтів із ГВ був значно вищим, ніж у хворих із ГК, а саме: 6,1 проти 4,5 бала.

Протягом наступного етапу оцінки ефективності запропонованих заходів було проаналізовано показники соціального функціонування за Шкалою психіатричної інвалідності. Дані розподілу

Таблиця 2

Розподіл хворих груп втручання і контролю за оцінюванням якості їхнього життя

Показники	Групи							
	ГВ, <i>n</i> = 30				ГК, <i>n</i> = 30			
	3 міс		6 міс		3 міс		6 міс	
	С. б.	%	С. б.	%	С. б.	%	С. б.	%
Фізичне благополуччя	7,0	11,5	7,0	11,5	5,5	12,4	5,5	12,4
Психологічне/емоційне благополуччя	4,0	6,6	4,0	6,6	2,5	5,6	2,5	5,6
Самообслуговування та незалежність у діях	6,0	9,8	6,0	9,8	5,0	11,2	5,0	11,2
Працездатність	5,0	8,2	5,0	8,2	5,0	11,2	5,0	11,2
Міжособистісна взаємодія	6,0	9,8	6,0	9,8	5,0	11,2	5,0	11,2
Соціоемоційна підтримка	7,0	11,5	7,0	11,5	6,0	13,5	6,0	13,5
Суспільна та службова підтримка	6,0	9,8	6,0	9,8	4,5	10,1	4,5	10,1
Самореалізація	6,0	9,8	6,0	9,8	3,5	7,9	3,5	7,9
Духовна реалізація	7,0	11,5	7,0	11,5	2,5	5,6	2,5	5,6
Загальне сприйняття якості життя	7,0	11,5	7,0	11,5	5,0	11,2	5,0	11,2
Загальний середній бал	6,1		6,1		4,5		4,5	

Примітка. С. б. — середній бал. Те саме у табл. 3.

Таблиця 3

Розподіл хворих груп втручання і контролю за середнім індексом поведінкової дисфункції та дисфункції пацієнтів у лікарні

Соціальне функціонування	ГВ, <i>n</i> = 30				ГК, <i>n</i> = 30			
	3 міс		6 міс		3 міс		6 міс	
	С. б.	%	С. б.	%	С. б.	%	С. б.	%
Поведінкова дисфункція	4,5	50,6	3,0	50,0	4,7	49,5	4,0	4,5
Дисфункція пацієнтів у лікарні	4,4	49,4	3,0	50,0	4,8	50,5	4,0	4,4
Підсумковий середній індекс дисфункції	4,5		3,0		4,8		4,0	

хворих ГВ та ГК за середнім індексом поведінкової дисфункції та дисфункції пацієнтів у лікарні відображено у табл. 3.

За різними сферами соціального функціонування підсумковий бал адаптації у ГВ становив через 3 міс — 4,5 бала, а через 6 міс — 3,0 бала, у ГК відповідно 4,8 та 4,0 бали, що відповідає високому рівню дисфункції.

У пацієнтів із ГВ, за їхньою суб'єктивною оцінкою, визначено достовірно значні досягнення в усіх сферах якості життя, а саме: фізичному благополуччю ($p < 0,05$), психологічному/емоційному благополуччю ($p < 0,05$), самообслуговуванні та незалежності у діях ($p < 0,05$), міжособистісній взаємодії ($p < 0,05$), соціоемоційній підтримці ($p < 0,05$), суспільній та службовій підтримці ($p < 0,05$), самореалізації ($p < 0,05$), духовній реалізації ($p < 0,05$), загальному сприйняттю якості життя ($p < 0,05$). Така ж ситуація із значною достовірністю досягнень спостерігалася й за об'єктивним показником соціального функ-

ціонування: у поведінкової дисфункції ($p < 0,05$) та дисфункції пацієнтів у лікарні ($p < 0,05$).

Отже, в результаті отриманого лікування показник соціального функціонування хворих обох груп у різних сферах соціального функціонування був підвищений. Необхідно зазначити, що успішність функціонування за соціальними сферами у хворих ГВ була очевидно вищою, ніж у пацієнтів ГК, завдяки відсутності в останніх подолання ускладнень коморбідності, а саме:

1) діагностовано статистично достовірну ($p < 0,05$) позитивну динаміку у сфері працездатності:

— через 3 міс після виписки зі стаціонару задовільний рівень працездатності мали 30,0% хворих ГВ, тоді як у ГК — лише 21,0%; низький рівень працездатності відзначався відповідно у 23,0% хворих ГВ та 56,0% пацієнтів ГК;

— через 6 міс у сфері працездатності було діагностовано добрий або задовільний рівень у 44,0% хворих ГВ, у 24,0% пацієнтів ГК; низький рівень

Результати дослідження дотримання режиму прийняття підтримуючої психофармакотерапії хворих груп втручання і контролю

Порушення схеми психофармакотерапії	ГВ, n = 30				ГК, n = 30			
	3 міс		6 міс		3 міс		6 міс	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Не порушувалася	16	53,3	18	60,0	17	56,7	14	46,7
Частково	7	23,3	6	20,0	6	20,0	8	26,7
Грубо	6	20,0	6	20,0	5	16,7	5	16,7
Не приймалася	1	3,3	0	0,0	2	6,7	3	10,0
Всього	30	100,0	30	100,0	30	100,0	30	100,0

працездатності було виявлено у 17,0% хворих ГВ, у 45,0% пацієнтів ГК;

2) у сфері міжособистісних відносин достовірну позитивну динаміку ($p < 0,05$) виявлено у 40,0% хворих ГВ, що спостерігалася на третьому місяці проведення запропонованих реабілітаційних заходів; у 30,0% пацієнтів ГК — на четвертому місяці.

Викладене дає змогу стверджувати, що вплив запропонованих заходів психосоціальної реабілітації на стан соціального функціонування полягає у підвищенні його рівнів в усіх сферах життя та закріпленні досягнень хворого.

Четвертим етапом оцінки ефективності запропонованих заходів стало дослідження показника дотримання режиму прийому підтримуючої психофармакотерапії (табл. 4).

За аналізом даних табл. 4 можна зробити такі узагальнення: а) кількість пацієнтів, які не порушували призначену схему психофармакотерапії, у ГВ підвищилася через 6 міс дослідження порівняно із хворими ГК; б) кількість пацієнтів, які грубо порушували призначену схему психофармакотерапії, через 6 міс дослідження була більшою у ГК; в) кількість пацієнтів, які повністю не приймали призначену психофармакотерапію через 6 міс від початку дослідження була достовірно вищою у ГК.

За результатами дослідження можна зробити такі висновки.

1. Нівелювання чинників низької прихильності пацієнтів до лікувальних заходів шляхом впровадження заходів психосоціальної реабілітації дало змогу підтримувати достатній рівень прихильності до лікування.

2. При проведенні заходів психосоціальної реабілітації, спрямованих на визначені специфічні мішені впливу, відбуваються достовірні позитивні зміни як в окремих сферах соціального функціонування пацієнтів, їх міжособистісній поведінці, так і в цілому у рівні соціального функціонування.

3. Покращилося дотримання пацієнтами режиму підтримуючої терапії. Кількість пацієнтів,

що дотримувались прийому лікарської терапії, був достовірно вищим серед пацієнтів ГВ.

Таким чином, впровадження запропонованих заходів психосоціальної реабілітації у комплексному лікуванні пацієнтів із ПШ, коморбідною з кістковим туберкульозом, виявило їх конструктивний вплив на здатність хворого мінімізувати наслідки коморбідності хвороб, створило умови для індивідуального зростання пацієнта, підвищило якість прийому підтримуючої психофармакотерапії.

Список літератури

1. Туберкульоз в Україні: знайти, лікувати, вилікувати кожного [Електронний ресурс] // Аптека.— 30.03.2015, № 983 (12).— Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/327618>
2. Борзенко А. С. Оценка эффективности стационарного этапа лечения при оказании противотуберкулезной помощи психически больным, страдающим туберкулезом легких / А. С. Борзенко, Е. Ю. Зубова, Ю. А. Яицкий // Проблемы туберкулеза и болезней легких.— 2007.— № 6.— С. 37–40.
3. Ситникова О. Н. Особенности клинических форм и типов течения шизофрении, коморбидной туберкулезу легких [Электронный ресурс] / О. Н. Ситникова, М. Ф. Кутепова, Е. А. Комаров // Прикладные информационные аспекты медицины.— 2008.— № 11.— Режим доступа: <http://www.visma.ac.ru/pub/priam/011-1/site/index34.html>
4. Профілактика туберкульозу серед сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах: метод. посіб. / Ю. А. Островерха, Л. В. Бережна, Я. Б. Коваль [та ін.].— Львів: Край, 2012.— 168 с.
5. Широков О. В. Психосоціальне функціонування хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з кістковим туберкульозом [Електронний ресурс] / О. В. Широков // International electronic scientific periodical journal «Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools». Canada.— 2015.— № 3 (9); URL: fund-issled-intern.esrae.ru/9-146

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С КОСТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А. В. ШИРОКОВ

На основе изучения особенностей клинико-психопатологических проявлений и специфики социального функционирования пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с костным туберкулезом, разработаны специальные мероприятия психосоциальной реабилитации данной категории пациентов. Выявлены положительная динамика снижения выраженности позитивной и общепсихопатологической симптоматики шизофрении, повышение общего показателя качества жизни и отдельных ее сфер, снижение уровня поведенческой дисфункции с повышением работоспособности пациентов и улучшением сферы их межличностного взаимодействия, а также соблюдения пациентами режима поддерживающей психофармакотерапии.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, костный туберкулез, коморбидность, психосоциальная реабилитация, эффективность.

EFFICACY OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA ACCOMPANIED BY BONE TUBERCULOSIS

O. V. SHYROKOV

Based on clinical features and specific psychopathological manifestations of social functioning of patients with paranoid schizophrenia accompanied by bone tuberculosis, specific measures of psychosocial rehabilitation of these patients were developed. Positive dynamics was revealed in reduction of severity of positive and general psychopathology of schizophrenia, improving the overall quality of life and its particular areas, reduction of behavioral dysfunction with increased efficiency patients and improvement of their area of interpersonal interaction, and improvement of patient compliance with supporting psychopharmacotherapy.

Key words: paranoid schizophrenia, bone tuberculosis, comorbidity, psychosocial rehabilitation, effectiveness.

Надійшла 17.09.2015