

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-

явність лакунарних та/або територіальних інфарктів або дифузних змін білої речовини (лейкоареозу) на МРТ; 3) оцінка за Шкалою короткого дослідження психічного статусу (Mini Mental State Examination - MMSE) [Folstein et al., 1975] від 30 до 24 балів.

Провідними факторами розвитку ХІМ були атеросклероз магістральних та інтракраніальних судин ( $n=72$ ; 56,3%) та його сполучення з артеріальною гіпертензією ( $n=56$ ; 43,7%).

Клініко-неврологічне дослідження проводилося з використанням шкали рівноваги і рухової активності Тінетті та шкали псевдобульбарного синдрому. Шкала Тінетті (Tinetti Balance and Instability Scale - TBMS) включає оцінку постуральної стійкості, оцінку ходи і загальний бал (індекс), що оцінює ступінь рухових порушень [Tinetti, 1986]. Виразність псевдобульбарного синдрому оцінювалася за допомогою спеціальної шкали, що враховує вираженість функціонального дефекту (дизартрії, дисфагії), комплексу аксіальних рефлексів і афективно-моторної розгальмованості (насилницького сміху і плачу) [Левін, 1996]. Для оцінки когнітивних функцій застосовували шкалу MMSE - визначення орієнтування в часі й місці, стану короткотривалої, довготривалої пам'яті, функції мови, гнозису, праксису). Для дослідження емоційних розладів використовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) [Zigmond, Snaith, 1983], відповідно до якої 0 - 7 балів означали відсутність достовірних симптомів тривоги та депресії; 8 - 10 - "субклінічно виражену тривогу/депресію"; 11 і більше - "клінічно виражену тривогу/депресію".

Рівень астенії визначали за допомогою стандартної версії Модифікованої Шкали Втоми (Modified Fatigue Impact Scale - MFIS) [Fisk et al., 1994], що дозволяє оцінити вплив втоми на різні сфери життя пацієнта - фізичну, когнітивну та психосоціальну.

Усім пацієнтам проведено визначення показників якості життя за допомогою Короткої Версії Опитувальника Здоров'я - 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey - SF-36), що була розроблена в США в рамках дослідження MPS (Вивчення Медичних Результатів) [Ware, Sherbourne, 1992]. Цей опитувальник містить 36 питань, котрі згруповані у 8 основних аспектів здоров'я: фізичне функціонування (ФФ), рольове фізичне функціонування (РФФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове емоційне функціонування (РЕФ), емоційний стан та психічне здоров'я (ПЗ). Групу порівняння (контроль) склали 63 практично здорові особи, співставимі за статтю ( $p=0,46$ ) і віком ( $p=0,38$ ), які не мали соматичних захворювань, котрі могли би вплинути на рівень якості життя.

Статистичну обробку даних виконували у статистичному пакеті SPSS 13 (©SPSS Inc.). Статистично значущими вважалися відмінності при  $p<0,05$  (95%-й рівень значущості) і при  $p<0,01$  (99%-й рівень значущості). Для дослідження залежностей між змінними використовували

коefficient рангової кореляції Спірмена (R), дисперсійний та регресійний аналіз.

### Результати. Обговорення

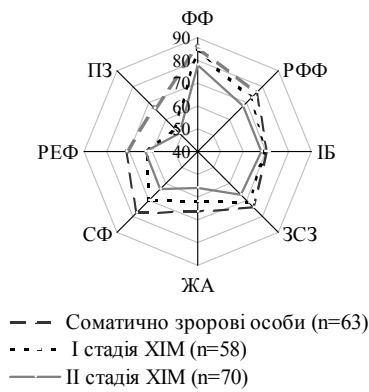
У число обстежених пацієнтів увійшли 58 (45,3%) хворих з I стадією та 70 (54,7%) хворих з II стадією ХІМ. Рухові порушення різного характеру і вираженості виявлені у 8 (13,8%) хворих з I стадією ХІМ та у 48 (68,6%) з II стадією ХІМ, лобна дисбазія - у 2 (3,4%) та 26 (37,1%) пацієнтів, мозочкова симптоматика - у 6 (10,3%) та 15 (21,4%) відповідно. Псевдобульбарний синдром діагностовано у 1 (1,7%) та 47 (67,1%) хворих з I та II стадіями ХІМ відповідно.

Порівняння середніх значень показників якості життя хворих на ХІМ та респондентів групи контролю ( $n=63$ ) виявило значущі відмінності середніх значень всіх компонентів, котрі складають концепцію "якості життя" протоколу SF-36, з рівнем статистичної значущості відмінностей  $p<0,001$  (рис. 1).

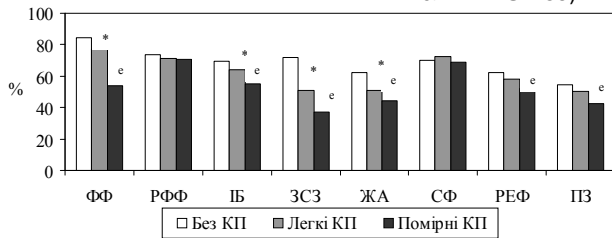
При аналізі якості життя хворих залежно від стадії ХІМ з'ясовано, що зниження якості життя у хворих з I стадією захворювання досягається переважно за рахунок показників психічного компоненту здоров'я, порівняно з групою контролю ( $p<0,001$ ), а саме: такими його складовими, як ЖА, СФ, РЕФ та ПЗ. Фізичний компонент здоров'я страждає в меншому ступені ( $p=0,038$ ).

Із переходом до II стадії захворювання виявлено чітку закономірність до погіршення за складовими фізичного компоненту здоров'я ( $p=0,031$ ) - ФФ, РФФ, ЗБ, що вірогідно пов'язано із наростанням неврологічної симптоматики у цих хворих. Так, із збільшенням стадії захворювання зафіксовано збільшення вираженості постуральних порушень та порушень ходи ( $14,3\pm 7,4$  та  $16,8\pm 4,4$  бали за відповідними субшкалами Тінетті проти  $15,5\pm 6,2$  та  $20,2\pm 5,2$  балів у хворих з I стадією ХІМ;  $p=0,062$  та  $p=0,003$ ). Показник фізичного компоненту якості життя достовірно корелював з загальною оцінкою шкали Тінетті ( $R=0,53$ ;  $p<0,001$ ), оцінкою ходи та постуральної стійкості цієї ж шкали ( $R=0,42$  та  $R=0,25$  відповідно;  $p<0,05$ ), оцінкою за шкалою псевдобульбарного синдрому ( $R=0,53$  та  $R=-0,46$  відповідно;  $p<0,001$ ). ФФ та РФФ негативно корелювали з оцінкою за шкалою псевдобульбарного синдрому ( $R=-0,42$  та  $R=-0,18$ ;  $p<0,05$ ). Водночас, соціальне функціонування та життєва активність у хворих з II стадією ХІМ знижувались в меншому ступені ( $p=0,017$ ), порівняно з I стадією захворювання. Останнє, ймовірно, віддзеркалює зниження вираженості та значущості для хворого суб'єктивних відчуттів, а також появу ознак зниження професійної та соціальної адаптації.

За шкалою MMSE легкі когнітивні порушення виявлено у 39 (30,5%) пацієнтів (середній бал -  $27,1\pm 0,92$ ), помірні когнітивні порушення - у 76 (59,4%) хворих (середній бал -  $24,6\pm 0,79$ ). Когнітивних розладів не зареєстровано у 13 (10,2%) осіб. Аналіз показників якості життя залежно від когнітивного статусу пацієнтів пока-

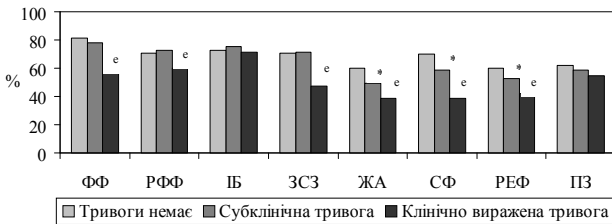


**Рис. 1.** Показники якості життя хворих з I - II стадіями хронічної ішемії головного мозку та здорових респондентів (опитувальник SF-36).



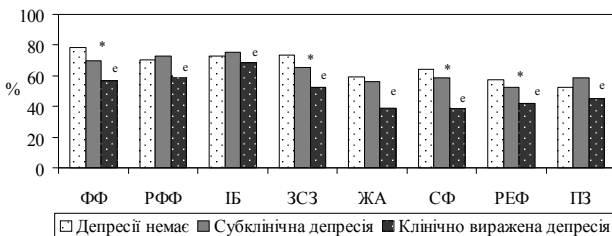
**Рис. 2.** Показники якості життя хворих з I - II стадіями ХІМ без когнітивних порушень (КП) та з КП різних ступенів.

**Примітки:** \* - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих без КП та з легкими КП  $p < 0,05$ ; e - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих з легкими КП та помірними КП  $p < 0,05$ .



**Рис. 3.** Показники якості життя хворих з I-II стадіями ХІМ без тривожних розладів та з тривожністю різного ступеня вираженості за шкалою HADS.

**Примітки:** \* - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих без тривожних розладів та з субклінічним рівнем тривоги  $p < 0,05$ ; e - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих з субклінічним та клінічно значущим рівнем тривоги  $p < 0,05$ .



**Рис. 4.** Показники якості життя хворих з I - II стадіями ХІМ без депресивної симптоматики та з депресією різного ступеня вираженості (шкала HADS).

**Примітки:** \* - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих без депресивної симптоматики та з субклінічним рівнем депресії. Примітки:  $p < 0,05$ ; e - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих з субклінічним та клінічно значущим рівнем депресії  $p < 0,05$ .

зав, що із зростанням ступеня важкості когнітивних порушень показники якості життя знижуються за такими шкалами ФФ, ІБ, ЗСЗ, ЖА, РЕФ та ПЗ, що свідчить про негативний вплив когнітивних розладів як на фізичні, так і на психічні складові якості життя хворих з ХІМ (рис. 2).

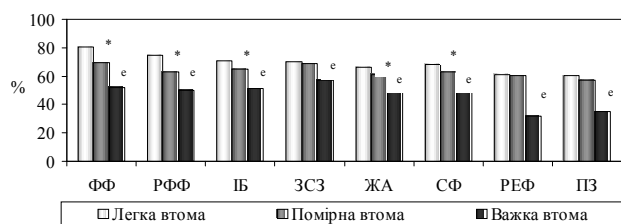
За суб'єктивною оцінкою про ознаки депресії (постійні чи короткочасні) повідомляли лише 32,8% хворих, а про тривогу - 25,8% хворих з ХІМ. Жоден з 128 хворих на момент обстеження не приймав антидепресанти та ансіолітики. Тестування за шкалою HADS дозволило встановити наявність субклінічно виразної тривоги (8-10 балів) у 37 (28,9%) хворих, ще 41 (32,1%) пацієнт мав оцінку за шкалою HADS ? 11 балів, що відповідає клінічно значущому рівню тривоги. Депресивні розлади діагностовано у 88 (68,7%) пацієнтів: субклінічно виразну депресією (8 - 10 балів) мали 63 хворих, клінічно виразні стійкі відхилення (?11 балів) - 25 осіб. Коморбідність депресивної симптоматики та тривожних розладів виявлена в 47,7% випадків.

Із зростанням вираженості тривожно-депресивних порушень зміни якості життя у хворих з ХІМ були зумовлені не лише психічними складовими, а й фізичними показниками. Так, хворі з субклінічно виразним рівнем тривоги порівняно з пацієнтами без наявності тривожності мають достовірно нижчі показники за ЖА, СФ та РЕФ ( $p < 0,05$ ). Із зростанням вираженості тривожності виявляється тенденція до погіршення оцінки якості життя за всіма категоріями з достовірним зниженням за шкалами ФФ, РФФ, ЗСЗ, ЖА, СФ та РЕФ (рис. 3).

Наявність субклінічно вираженої депресивної симптоматики у хворих з ХІМ супроводжувалася достовірним погіршенням якості життя за шкалами ФФ, ЗСЗ і СФ та РЕФ. Збільшення рівня депресивних розладів до клінічно значущого рівня супроводжується тенденцією до достовірного погіршення оцінки якості життя за всіма шкалами SF-36 ( $p < 0,05$ ), крім ІБ та ЗСЗ (рис. 4).

При оцінці за стандартною версією шкали MFIS ознаки астеничного синдрому та втоми встановлені у всіх досліджуваних хворих з ХІМ, хоча під час опитування хворих про астеничний синдром повідомляли лише 65 (50,8%) пацієнтів. При цьому м'які прояви астенії мали 37,5% хворих, а синдром втоми помірного та важкого ступеня - 36,7% та 25,8% пацієнтів відповідно. З'ясовано, що наявність астеничного синдрому та втоми асоціюється із зниженням переважно фізичних показників якості життя, а із збільшенням вираженості останніх - виявляється погіршення й психічних показників якості життя (рис. 5).

Аналіз кореляційних зв'язків продемонстрував, що оцінка фізичного компоненту якості життя за шкалою SF-36 корелювала з показниками шкали рівноваги і рухової активності Тінетті: загальною оцінкою ( $R=0,53$ ,  $p < 0,001$ ), оцінкою рівноваги ( $R=0,33$ ,  $p < 0,001$ ) та оцінкою ходи ( $R=0,21$ ,  $p=0,019$ ); оцінкою за шкалою псевдобульбарного синдрому ( $R= -0,46$ ,  $p < 0,001$ ); загальним показником втоми ( $r= -0,25$ ;  $p=0,009$ ), депресії ( $R=$



**Рис. 5.** Показники якості життя хворих з I - II стадіями ХІМ залежно від вираженості астеничного синдрому та втоми (шкала MFIS).

**Примітки:** \* - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих з легким та помірним рівнем втоми  $p < 0,05$ ; e - рівень значущості відмінностей показників якості життя хворих з помірним та високим рівнем втоми  $p < 0,05$ .

-0,28;  $p = 0,0024$ ), тривоги ( $R = -0,26$ ;  $p = 0,0018$ ) та загальним показником когнітивної продуктивності ( $R = 0,19$ ;  $p = 0,044$ ). Серед досліджених показників найбільш сильний вплив на психічний компонент якості життя надають вираженість депресії ( $R = -0,50$ ;  $p < 0,001$ ), тривоги ( $R = -0,31$ ;  $p = 0,011$ ), втоми ( $R = -0,24$ ;  $p = 0,0047$ ) та когнітивної дисфункції ( $R = 0,47$ ;  $p < 0,001$ ). Таким чином, наведені дані показують, що якість життя пацієнтів з ХІМ залежить від наявності та/або вираженості астеничних, когнітивних, афективних і рухових розладів, а також, ймовірно, коморбідної патології. Отримані результати відображають поліморфність проявів ХІМ, багатфакторність його розвитку та можуть стати підґрунтям для розробки програм підвищення якості життя у пацієнтів цієї категорії. Останнє положення зумовило необхідність проведення множинного регресійного аналізу для виявлення основних клінічних детермінант негативної динаміки якості життя хворих з ХІМ.

Для перевірки гіпотези про внесок аналізованих факторів в кінцеву оцінку фізичного та психічного компонентів якості життя був проведений регресійний аналіз, де у якості залежної перемінної були обрані компоненти якості життя, а незалежними перемінними слугували параметри оцінки неврологічного дефіциту, тривоги, депресії, втоми та когнітивного статусу. Результати аналізу наведені в таблицях 1 і 2. Покроковий варіант включення перемінних в кінцеву лінійну модель множинної регресії для обох компонентів якості життя відповідав наступним рівням критерію F: F-включення дорівнював 2,1, а F-виключення - 2,0 (перевірка з більш жорсткими критеріями - 3,1 та 3,0 відповідно, дала той самий результат, що свідчить про мінімальний ризик випадкових включень перемінних).

Підводячи підсумок проведеного аналізу бета-коефіцієнтів слід наголосити, що

достовірний внесок у зниження фізичного компоненту якості життя хворих з I стадією ХІМ роблять наступні перемінні (вказані бета-коефіцієнти внеску кожного): рівень втоми (-0,207) та депресії (-0,199), тоді як найбільш сильний вплив на психічний компонент якості життя демонструє ступінь депресії (-0,632) (див. табл. 1). В меншому ступені на якість життя цих хворих впливала вираженість тривоги, яка, однак, визначала не тільки психологічні складові (ЖА, СФ, РЕФ), але й фізичні аспекти якості життя (ФФ і РФФ) зазначених хворих.

У хворих з II стадією ХІМ констатовано погіршення оцінки якості життя за фізичним компонентом здоров'я на 38,6% та за психічним компонентом здоров'я на 11,2%, порівняно з I стадією захворювання. Аналіз бета-коефіцієнтів (див. табл. 2) показав, що найбільш значущими для зниження фізичного компоненту якості життя у хворих з ХІМ II стадії виявляються порушення рівноваги і рухової активності (0,336), наявність псевдобульбарного синдрому (-0,229) та когнітивних порушень (0,305), а психічний компонент у цих хворих в найбільшому ступені залежить від ступеня когнітивних порушень (0,386) та депресії (-0,253). Менший вплив на якість

**Таблиця 1.** Звіт регресійного аналізу впливу окремих клініко-психологічних характеристик на якість життя (SF-36) хворих з I стадією хронічної ішемії головного мозку (n=58).

		Порушення рівноваги і рухової активності	Псевдобульбарний синдром	Когнітивні порушення	Депресія	Тривога	Втома
Фізичний компонент якості життя	Бета	0,118	-0,037	0,054	-0,199	-0,113	-0,207
	Похибка	0,065	0,068	0,061	0,078	0,057	0,057
	F	0,127	-0,007	0,011	-0,31	-0,07	-0,06
	t	1,807	-0,546	0,880	-2,92	-984	-3,635
	p	0,073	0,586	0,381	0,011	0,048	<0,001
Психічний компонент якості життя	Бета	0,063	-0,140	0,049	-0,632	-0,15	-0,148
	Похибка	0,056	0,071	0,065	0,158	0,062	-0,065
	F	3,586	-0,371	0,012	-0,126	-0,08	0,079
	t	1,126	-1,980	0,761	-3,976	-2,47	-2,26
	p	0,262	0,050	0,448	<0,001	0,014	0,025

**Таблиця 2.** Звіт регресійного аналізу впливу окремих клініко-психологічних характеристик на якість життя (SF-36) хворих з II стадією хронічної ішемії головного мозку (n=70).

		Порушення рівноваги і рухової активності	Псевдобульбарний синдром	Когнітивні порушення	Депресія	Тривога	Втома
Фізичний компонент якості життя	Бета	0,336	-0,229	0,305	-0,473	-0,072	-0,283
	Похибка	0,084	0,081	0,101	0,181	0,103	0,114
	F	0,431	-0,292	0,783	-0,17	-0,007	-0,078
	t	3,998	-2,82	3,017	-2,61	-0,70	-2,465
	p	<0,001	0,006	0,004	0,012	0,483	0,017
Психічний компонент якості життя	Бета	0,128	-0,021	0,386	-0,253	-0,276	-0,277
	Похибка	0,108	0,075	0,137	0,083	0,132	0,125
	F	0,015	-0,002	0,202	-0,037	-0,12	-0,670
	t	1,193	-0,264	2,808	-3,029	-2,079	-2,217
	p	0,238	0,792	0,007	0,004	0,042	0,030

життя у цих хворих мають рівень тривоги та втоми.

Таким чином, згідно отриманих нами результатів існує необхідність виділення на основі психологічного тестування груп хворих, які відрізняються більш високим рівнем тривоги, депресії та втоми, оскільки наявність цих симптомів може погіршувати результати лікування, прихильність до терапії та якість життя хворих. Отримані дані акцентують увагу на необхідність своєчасного виявлення і адекватної корекції факторів негативної динаміки якості життя, що може бути одним з напрямків підвищення ефективності лікування пацієнтів з початковими стадіями ХІМ.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Якість життя хворих з I - II стадією ХІМ залежить від вираженості когнітивних та афективних порушень, наявності астеничного синдрому та втоми. З рухових порушень найбільший вплив на якість життя мають псев-

добульбарний синдром та порушення ходи.

2. Ступінь втоми та депресії визначено як основні клінічні детермінанти якості життя хворих з I стадією ХІМ.

3. У хворих з II стадією ХІМ констатовано погіршення оцінки якості життя за фізичним компонентом здоров'я на 38,6% та, в меншому ступені - на 11,2%, за психічним компонентом здоров'я, порівняно з I стадією захворювання. Останнє асоціюється із зниженням вираженості та значущості для хворого суб'єктивних відчуттів. Провідними клінічними детермінантами негативної динаміки якості у цих хворих є порушення ходи, рівноваги, вираженість псевдобульбарного синдрому та когнітивних порушень.

Визначення показників якості життя у хворих з ХІМ може допомогти забезпечити більш широкий спектр медикаментозного та немедикаментозного впливу на перебіг захворювання, а також надасть можливість розробити програму реабілітації відповідно до потреб конкретного пацієнта.

### Список літератури

- Зозуля І. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля // Укр. мед. часопис. - 2011. - № 5. - С. 85.
- Когнітивні порушення при цереброваскулярній патології / В. А. Яворська, Б. В. Михайлов, Ю. В. Фломін [і др.] // Суд. захворювання гол. мозку. - 2008. - № 2. - С. 10 - 20.
- Левин О. С. Клинико-магнитнорезонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : 14.00.13 / Левин Олег Семенович. - М., 1996. - 24 с.
- Мурашко Н. К. Хроническая ишемия мозга / Н. К. Мурашко, А. С. Кусткова // Мистецтво лікування. - 2011. - № 10. - С. 37 - 42.
- Неврология : национальное руководство ; под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1040 с.
- Association of depressed mood and mortality in older adults with and without cognitive impairment in a prospective naturalistic study / H. Lavretsky, L. Zheng, M. W. Weiner [et al.] // Am. J. Psychiatry. - 2010. - Vol. 167, № 5. - P. 589 - 597.
- Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature / C. Q. Huang, Z. R. Wang, Y. H. Li [et al.] // Int. Psychogeriatr. - 2011. - Vol. 23, № 4. - P. 516 - 525.
- Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life / Y. Winter, A. Korchounov, T. V. Zhukova, N. E. Bertschi // J. Neurosci. Rural Pract. - 2011. - Vol. 2, № 1. - P. 27 - 32.
- Folstein M. F. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // J. Psychiatr. Res. - 1975. - Vol. 12, № 3. - P. 189 - 198.
- Functional Limitations in Older Adults Who Have Cognitive Impairment Without Dementia / T. R. Gure, K. M. Langa, G. G. Fisher [et al.] // J. Geriatr Psychiatry Neurol. - 2013. - Vol. 26, № 2. - P. 78 - 85.
- Longitudinal study of the socioeconomic burden of Parkinson's disease in Germany / Y. Winter, M. Balzer-Geldsetzer, A. Spottke [et al.] // Eur. J. Neurol. - 2010. - Vol. 17, № 9. - P. 1156 - 1163.
- Measuring the functional impact of fatigue : initial validation of the fatigue impact scale / J. D. Fisk, P. G. Ritvo, L. Ross [et al.] // Clin. Infect. Dis. - 1994. - Vol. 18, № 1. - P. 79 - 83.
- Prevalence of Cognitive Impairment without Dementia in the United States / B. L. Plassman, K. M. Langa, G. G. Fisher // Ann Intern Med. - 2008. - Vol. 148, № 6. - P. 427 - 434.
- Tinetti M. E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients / M. E. Tinetti // J. Am. Geriatr. Soc. - 1986. - Vol. 34, № 2. - P. 119 - 126.
- Ware J. The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36) / J. Ware, C. Sherbourne // Medical Care. - 1992. - Vol. 30, № 6. - P. 473 - 483.
- Zigmond A. S. The Hospital Anxiety And Depression Scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. - 1983. - Vol. 67, № 6. - P. 361 - 370.

**Смолко Д.Г.**

### КЛИНИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С I И II СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Резюме.** В статье представлены собственные результаты исследования качества жизни 128 больных с I - II стадией хронической ишемии головного мозга (ХИМ). Для исследования качества жизни использован опросник SF-36. Показано, что качество жизни пациентов с ХИМ зависит от выраженности двигательных, когнитивных и аффективных нарушений, наличия астенического синдрома и усталости.

**Ключевые слова:** качество жизни, хроническая ишемия головного мозга.

**Smolko D.G.**

### CLINICAL DETERMINANTS, WHICH LEAD TO NEGATIVE DYNAMIC OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH THE 1ST AND 2ND STAGES OF CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

**Summary.** The article reports the results of the author's research of the quality of the life of 128 patients with the 1st and 2nd stages of chronic cerebral ischemia. SF-36 questionnaire was used to study the quality of the life. It was shown that the quality of the life

*of the patients with chronic cerebral ischemia depends on the severity of motor, cognitive and affective disturbances, comorbid asthenia and fatigue.*

**Key words:** *quality of life, chronic cerebral ischemia.*

*Стаття надійшла до редакції 18.04.2014 р.*

*Смолко Дмитро Геннадійович - к. мед. н., асистент кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 066 410-18-01; psychvin@gmail.com*

---

© Буздиган О.Г.

**УДК:** 616.895.87

**Буздиган О.Г.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 57, м. Вінниця, Україна, 21018)

## **СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

---

**Резюме.** *З метою вивчення соціально-медичних особливостей чоловіків і жінок, хворих на шизофренію, було проведено опитування та дослідження медичної документації 210 чоловіків та 210 жінок, хворих на шизофренію. В результаті були виявлені гендерні розбіжності у соціально-медичних характеристиках: переважання серед чоловіків мешканців міст, а серед жінок - сільського населення, вкрай низький рівень соціалізації та залучення до трудової діяльності, тісно пов'язаний з високим рівнем інвалідизації, невисокий освітній рівень (особливо у жінок), кращий трудовий анамнез і погіршення трудової реалізації жінок по мірі розвитку захворювання у порівнянні з чоловіками, суттєво гіршу мікросоціальну адаптацію чоловіків у порівнянні з жінками. Виявлено, що соціоекономічний стан хворих на шизофренію (за винятком освітнього рівня) не виявляє значущих залежностей від об'єктивних соціально-економічних умов і визначається рівнем шизофренічного дефекту. Встановлено, що хворим на шизофренію притаманний патологічний спосіб життя з надзвичайно високою ураженістю тютюнопалінням (особливо чоловіків) та алкоголізацією, яке пов'язане з особливостями захворювання і практично не реагує на просвітницькі суспільні заходи.*

**Ключові слова:** *шизофренія, соціально-медичні особливості, гендерний фактор.*

---

### **Вступ**

Питання соціалізації та соціальної адаптації хворих на шизофренію є одними з найважливіших у психіатричній науці та практиці. У контексті сучасних концепцій надання психіатричної допомоги передбачається зміщення основного акценту з просвітницьких заходів у бік забезпечення адекватного соціального функціонування та належної якості життя психічно хворих і перехід від госпітальних до позалікарняних умов природного соціального середовища [Гурович и др., 2004; Данилов, Морозова, 2010; Вишнева и др., 2012]. У зв'язку з цим набувають особливої актуальності питання дослідження соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію. Захворювання на шизофренію, яке супроводжується вираженою та соціальною дезадаптацією, потребує особливої уваги до питань та відновлення нормального соціального функціонування хворих, що є визначальним фактором формування глибоких і тривалих ремісій та має особливе значення для глобальної терапевтичної перспективи [Kerwin, Bolonna, 2005; Pharoah et al., 2006].

Слід зауважити, що сьогодні повноцінній соціалізації хворих на шизофренію заважають як психічні прояви захворювання (маячня, галюцинації, емоційна відгородженість, аутизм, апатичні розлади тощо), так і стигматизація у суспільстві [Проценко, 2008; Carter, 2000]. У цьому зв'язку дослідження соціально-медичних характеристик хворих на шизофренію набуває надзвичайно важливого значення для формування адекватного уяв-

лення про реальний стан інтеграції хворих у суспільство і розробки науково обґрунтованих заходів з соціальної адаптації осіб, які страждають на шизофренію, включаючи розробку суспільно-орієнтованих та просвітницьких програм.

Очевидно також, що у соціальній адаптації та соціалізації хворих існують певні особливості, зумовлені гендерним фактором, пов'язані як із соціокультурними феноменами статевої диференціації, так і з гендерними особливостями перебігу шизофренічного процесу [Соколов, 2011; Лепилкіна, 2012]. До сьогодні ці особливості досліджені неповною мірою, зокрема, недостатньо вивчено важливі аспекти соціального функціонування та способу життя хворих з урахуванням фундаментальних соціальних, економічних та культурних трансформацій, яких зазнало українське суспільство останніми десятиріччями.

*Метою цього дослідження було вивчення основних характеристик соціального стану і функціонування, а також способу життя чоловіків та жінок, хворих на шизофренію.*

### **Матеріали та методи**

Нами було проведено соціально-медичне обстеження 420 хворих на шизофренію (210 чоловіків та 210 жінок), які перебували на стаціонарному лікуванні в різних відділеннях Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні ім. О.І. Ющенка протягом 2007-