

### Заключение

Процессы остеоинтеграции установленных дентальных имплантатов у всех групп животных происходят без нарушения стадийности. На ранних сроках формируется грануляционная ткань, замещающаяся впоследствии фиброретикулярной и грубоволокнистой костной тканью и более зрелой — пластинчатой. Однако сроки и степень созревания костной ткани, а также показатели остеоинтеграции в группах с использованием низкоинтенсивного импульсного ультразвука и без него значительно отличаются. Так, в первой группе кроликов наблюдается задержка созревания костной ткани, о чем свидетельствует наличие зон некроза, незрелой грануляционной ткани, дефектов материнской кости в ранние сроки и преобладание грубоволокнистой костной ткани в более поздние сроки остеоинтеграции. Не отмечается полного интегрирования костного регенерата с имплантатом. Ультразвуковое воздействие на имплантаты во второй группе животных индуцирует процессы остеорепарации, стимулируя неоангиогенез в грануляционной и новообразованной костной ткани. Дентальная имплантация с обработкой имплантатов ультразвуком и последующим ультразвуковым воздействием на

периимплантные ткани в третьей группе способствует формированию костной ткани, приближенной по гистоструктуре к материнской кости. Отмечается полная и более прочная интеграция новообразованной костной ткани с поверхностью имплантата, чем в первой группе животных.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Моделирование экспериментального периодонтита у животных / С. П. Рубникович [и др.] // Медицинский журнал. — 2011. — № 1 (35). — С. 97–101.
2. Рубникович, С. П. Лечение пациентов с полной адентией верхней челюсти съёмными протезами с опорой на дентальные имплантаты / С. П. Рубникович // Стоматолог. — 2015. — № 3 (18). — С. 29–36.
3. Рубникович, С. П. Костные трансплантаты и заменители для устранения дефектов и аугментации челюстных костей в имплантологии и периодонтологии / С. П. Рубникович, И. С. Хомич // Стоматолог. — 2014. — № 1(12). — С. 77–86.
4. Хомич, И. С. Дентальная имплантация и протезирование у пациента с сахарным диабетом / И. С. Хомич, С. П. Рубникович, С. Ф. Хомич // Стоматолог. — 2014. — № 3(14). — С. 67–69.
5. Effects of low-intensity pulsed ultrasound on healing of mandibular fractures: an experimental study in rabbits / O. Erdogan [et al.] // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. — 2006. — Vol. 64(2). — P. 180–188.
6. Low-intensity low-frequency ultrasound promotes proliferation and differentiation of odontoblast-like cells / J. Man [et al.] // Journal of Endodontics. — 2012. — Vol. 38(5). — P. 608–613.
7. VEGF and odontoblast-like cells: stimulation by low frequency ultrasound / B. A. Scheven [et al.] // Archives of Oral Biology. — 2009. — Vol. 54(2). — P. 185–191.

Поступила 09.11.2015

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ГИГИЕНА

УДК 614.2+616-056.2+616-084+616.62-003.7

### СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РЕЦИДИВИРОВАНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

О. З. Децик, З. Н. Мытник, Д. Б. Соломчак

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

**Цель:** изучить социально-экономический статус больных мочекаменной болезнью (МКБ) и определить факторы риска возникновения и рецидивирования заболевания.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное эпидемиологическое исследование репрезентативной выборки из 443 больных МКБ (основная группа, из них 403 без рецидивов и 40 с рецидивами) и 203 больных с другой, преимущественно острой, урологической патологией (контрольная группа), которые находились на стационарном лечении в урологических подразделениях учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области.

**Результаты.** Установлено, что МКБ преимущественно поражает лиц трудоспособного возраста (75 %). С возрастом увеличивается как распространенность патологии (OR = 3,93; 95 % CI = 1,64–9,44), так и рецидивов камнеобразования (2,44; 1,21–4,93), которые встречаются у 10–20 % больных МКБ старше 40 лет. Выявлено, что больные МКБ по показателям материального благополучия, образования и занятости практически не отличаются от контрольной группы. Однако низкие уровни рассмотренных параметров среди сельских больных МКБ указывают на риск ограниченного доступа к медицинским услугам. Доказано, что при рецидивировании МКБ у больных возрастают шансы ухудшения уровня благосостояния (3,43; 1,77–6,65), незанятости (2,26; 1,14–4,45) и инвалидизации (3,93, 1,64–9,44).

**Заключение.** Вследствие рецидивирующего хронического течения МКБ возникает значительное социально-экономическое бремя, что определяет важность профилактики и метафилактики патологии.

**Ключевые слова:** мочекаменная болезнь, социально-экономические детерминанты, профилактика, метафилактика.

## THE SOCIAL AND ECONOMIC DETERMINANTS OF MORBIDITY AND RECURRENCE OF UROLITHIASIS

*O. Z. Detsyk, Z. M. Mytnyk, D. B. Solomchak*

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

**Objective:** to study the social and economic status of patients with urolithiasis and to identify the risk factors of occurrence and recurrence of the disease.

**Material and methods.** We conducted a retrospective epidemiological study of the representative sample of 443 patients with urolithiasis (the main group of 403 patients without recurrences and 40 with recurrences) and 203 in-patients with other mainly acute urological pathology (control group) undergoing treatment at urology wards of healthcare institutions of Ivano-Frankivsk region.

**Results.** It was established that urolithiasis mainly affects people of the working age (75 %). The prevalence of the pathology increases with age (OR = 3.93; 95 % CI = 1.64–9.44) as well as stone formation recurrences (2.44; 1.21–4.93) occurring in 10–20 % of patients with urolithiasis over 40. It was found out that in terms of material welfare, education and employment the patients with urolithiasis did not differ from the control group. However, lower levels of these parameters among the patients with urolithiasis from rural areas points out to the risk of their limited access to medical care. It has been proved that the recurrence of urolithiasis increases the chances of worsening of the patients' well-being (3.43; 1.77–6.65), unemployment (2.26; 1.14–4.45), and disability (3.93, 1.64–9.44).

**Conclusion.** Urolithiasis as a result of its recurrent chronic course is a significant social and economic burden that highlights the importance of prevention and metaphylaxis of the pathology.

**Key words:** urolithiasis, social and economic determinants, prevention, metaphylaxis.

### **Введение**

Актуальность социально-экономического и медицинского аспектов МКБ заключается в том, что эта болезнь является одной из самых распространенных в урологии, занимает второе место в структуре заболеваний (после воспалительных неспецифических заболеваний почек и мочевых путей) и встречается почти у 3 % населения [2, 5].

По данным ВОЗ, в развитых странах мира 400 тыс. из 10 млн человек болеют мочекаменной болезнью. В Украине зарегистрировано более 160 тыс. больных МКБ (2013 г.) [4].

Медико-социальное значение МКБ обусловлено еще и тем, что у двух третей пациентов она развивается в возрасте от 20 до 50 лет и в результате рецидивирующего характера заболевания приводит к инвалидизации почти 20 % заболевших. Сказанное подчеркивает значимость профилактики и метафилактики (предотвращения повторного камнеобразования) при МКБ [8, 9].

Мочекаменная болезнь является патологией обмена веществ и вызывается различными факторами: экзогенными и эндогенными. Научные данные свидетельствуют, что рост заболеваемости коррелирует с влиянием на организм человека неблагоприятных факторов окружающей среды, особенностей современной жизни, различных климатических, географических, бытовых и профессиональных условий, наследственных факторов. Влияние экзогенных и эндогенных факторов, а также их разнообразное сочетание нарушает метаболические процессы организма, сопровождается повышением уровня веществ, участвующих в формировании камня, нарушением баланса между ингибиторами кристаллообразования. Вместе с тем, несмотря

на большое количество научных исследований, посвященных МКБ, причины и механизмы возникновения болезни продолжают оставаться актуальной и нерешенной проблемой [6, 7].

Среди факторов и детерминант нездоровья ведущее место, как известно, занимают социально-экономические, которые не только прямо, но и косвенно, через ограничение доступа к медицинской помощи, ухудшение образа и качества жизни влияют на позднее выявление и неблагоприятное течение заболеваний. Однако исследований, посвященных изучению взаимосвязи между МКБ и социально-экономическими условиями жизни, все еще недостаточно.

### **Цель**

Изучить социально-экономический статус больных мочекаменной болезнью и выявить соответствующие факторы риска возникновения и рецидивирования заболевания.

### **Материал и методы исследования**

В течение 2013 г. по специально разработанной программе проведено медико-социальное исследование репрезентативной выборки из 443 больных МКБ (основная группа) и 203 больных с другой, преимущественно острой урологической патологией (контрольная группа), которые находились на стационарном лечении в урологических подразделениях учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области, избранных как научная база исследования. В частности, в контрольную группу вошли больные острым пиелонефритом (63,1 %), острым простатитом (11,3 %), гиперплазией простаты (8,9 %), острым циститом (5,9 %) и другими (водянка оболочки яичка, фимоз, острый орхоэпидидимит, стриктура уретры — 10,8 % суммарно) урологическими заболеваниями.

Кроме этого с целью выявления факторов риска рецидивирования МКБ, в основной группе больных выделили две подгруппы: без (403 обследованных) и с рецидивами (40 пациентов).

Изучены основные социально-экономические факторы: уровни материального благосостояния, образования, занятости, социального статуса.

Поскольку по результатам исследования получены преимущественно категориальные (качественные) данные, для статистической обработки данных использовали формулы расчета частоты каждого фактора на 100 опрошенных и ошибки репрезентативности — для относительных величин, а оценку достоверности разницы полученных данных в группах сравнения проводили с помощью критерия хи-квадрат ( $\chi^2$ ) [3]. Учитывая, что по дизайну проведенное исследование является ретроспективным эпидемиологическим, для выявления факторов риска возникновения и рецидивирования МКБ использовали методику расчета показателя отношения шансов (Odds Ratio, OR) и его 95 % доверительного интервала (95 % Confidential Interval, 95 % CI) [1].

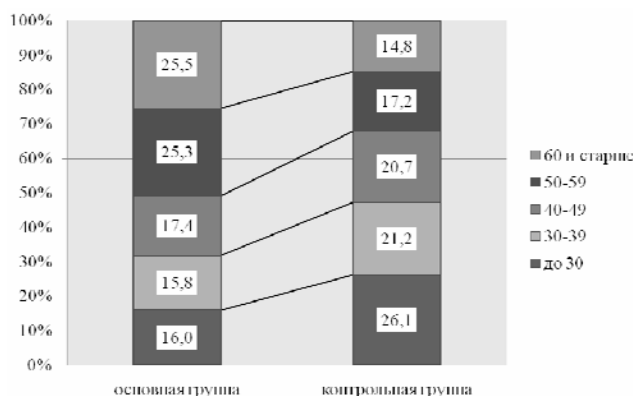
**Результаты и обсуждение**

Основная и контрольная группа поровну были представлены больными мужского (48,3 и 50,2 % соответственно) и женского (51,7 и 49,8 %,  $p > 0,05$ ) пола, а также жителями городских (50,6 и 47,3 %) и сельских (49,4 и 52,7 %,  $p > 0,05$ ) населенных пунктов, однако существенно от-

личались по возрастному составу (рисунок 1). Больные МКБ — «старее», что логично, учитывая хронический характер патологии. Например, половина (50,8 %) из них — это лица в возрасте более 50 лет, а в группе сравнения таких респондентов только треть (32 %). С возрастом в 1,5–3 раза увеличиваются шансы возникновения МКБ (OR = 2,19; 95 % CI = 1,55–3,11;  $p < 0,001$ ).

Вместе с тем две трети больных МКБ (74,5 %) — лица трудоспособного возраста (рисунок 1), что определяет медико-социальное значение заболевания и важность его профилактики, раннего выявления, адекватного лечения и диспансерного наблюдения. Рецидивы МКБ зафиксированы только у пациентов старше 40 лет (OR = 2,44; 95 % CI = 1,21–4,93;  $p < 0,001$ ), 67,5 % из них приходятся на трудоспособный возраст (таблица 1). Их частота (интенсивный показатель) незначительно колебалась от 15,6 ± 4,1 % больных МКБ в возрасте 40–49 лет до 11,5 ± 3,0 % — в возрасте свыше 60 лет. Распространенность рецидивов была одинакова и среди мужчин, и среди женщин и не зависела от места проживания ( $p > 0,05$ ).

Изучение уровня материального благополучия, как по данным субъективной самооценки, так и по среднемесячной сумме дохода на одного члена семьи, показало, что на момент опроса большинство респондентов оценивали свой уровень благосостояния как средний — 60,5 ± 2,3 %.



**Рисунок 1 — Возрастная структура контингентов исследования**

**Таблица 1 — Характеристика возрастного распределения больных МКБ с и без рецидивов**

Возрастная группа	МКБ без рецидивов		МКБ с рецидивами	
	%	± m	%	± m
До 30 лет	17,6	1,9	0,0	0,0
30–39 лет	17,4	1,9	0,0	0,0
40–49 лет	16,1	1,8	30,0	7,2
50–59 лет	24,1	2,1	37,5	7,7
60 и старше	24,8	2,2	32,5	7,4
Итого	100,00		100,00	

Следует отметить, что высоко оценивали свое материальное положение лишь 4 респон-

дента основной группы и еще каждый десятый (11,6 ± 1,5 %) — как выше среднего. Вместе с

тем достаточно высокой была доля опрошенных, считающих себя бедными — практически каждый четвертый респондент ( $26,9 \pm 2,1 \%$ ).

Самооценка уровня благосостояния существенно не различалась среди больных основной и контрольных групп, а также не зависела от пола и места проживания ( $p > 0,05$ ). Однако существенно хуже оценивали собственное благополучие больные МКБ с рецидивами

( $OR = 3,43$ ;  $95 \%$   $CI = 1,77-6,65$ ;  $p < 0,01$ ), среди которых половина ( $52,5 \%$ ) считали себя малообеспеченными (рисунок 2). Очевидно, на эту разницу могли повлиять существенные расходы на лечение. Такой вывод позволяют сделать результаты анализа как возрастных особенностей рассматриваемых показателей, так и объективного состояния материального благополучия.

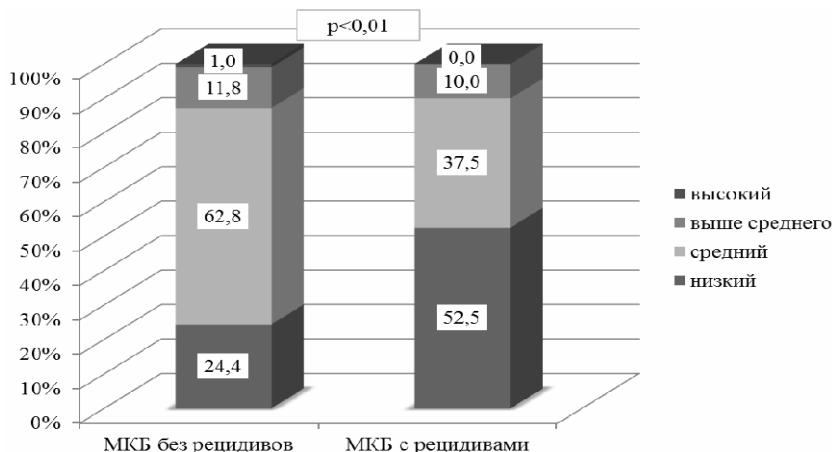


Рисунок 2 — Самооценка уровня материального благосостояния больными МКБ

Установлено, что с возрастом самооценка респондентами уровня благосостояния ухудшалась ( $p < 0,05$ ). Так, удельный вес больных МКБ, оценивающих свое материальное положение как низкое, увеличивался с  $17,4 \pm 4,6 \%$  в возрасте до 30 лет до  $31,3 \pm 4,4 \%$  у лиц старше 60-летнего возраста. Очевидно, люди старше трудоспособного возраста имеют меньше возможностей для дополнительного заработка и живут только на пенсию. И наоборот — самые большие доли тех, кто оценивал свое благосостояние как выше среднего и высокое, были в возрасте 30–49 лет ( $23,2-16,9 \%$ ).

Изучение объективного уровня материального благосостояния показало, что на момент опроса (2013 г.) у половины больных МКБ ( $50,4 \pm 2,6 \%$ ) среднемесячный доход на одного члена семьи был ниже прожиточного минимума, то есть реальные данные были значительно ниже, чем субъективные оценки респондентов. Как уже было показано, по данным самооценки низкими свои доходы считали вдвое меньше опрошенных (четвертая часть). Объяснением этому могут быть как неучтенные дополнительные доходы, так и то, что при субъективной оценке респонденты сравнивают себя с практически аналогичными по уровню благосостояния соседями, знакомыми, родственниками. Респонденты-жители сел, по объективным данным, имели худший уровень благосостояния, чем горожане ( $58,4 \pm 3,7 \%$  с доходами ниже прожиточного минимума — против  $42,7 \pm 3,6 \%$  городских

респондентов,  $p < 0,01$ ), в то время как при самооценке доходов их ответы не отличались.

В отличие от субъективных данных объективно уровни дохода больных МКБ были такими же, как в контрольной группе и не зависели от наличия рецидивов ( $p > 0,05$ ). Это подтверждает выдвинутую выше гипотезу о более высоких затратах таких больных, что вызывает рост неудовлетворенности собственным материальным благополучием у лиц со стажем заболевания и его осложнениями.

С возрастом доля обследованных с реальными доходами меньше прожиточного уровня увеличивалась с  $54,4 \%$  в возрасте до 30 лет до  $65,9 \%$  — в 50–59 лет ( $p < 0,001$ ). В пенсионном возрасте эта доля составила только  $32 \%$ , что можно объяснить не ростом доходов, а различной нормой прожиточного минимума в Украине для лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста (1218 и 949 грн. соответственно).

Достаточно низкие уровни материального благосостояния указывают на опасность низкого доступа больных МКБ к необходимой медицинской помощи, и как следствие — запоздалого выявления, неадекватного лечения и реабилитации.

Анализ образованности больных МКБ показал его достаточно высокий уровень. Только  $3,4 \%$  респондентов имели образование ниже среднего и четвертая часть ( $25,2 \%$ ) — среднее общее (рисунок 3). Большинство опрошенных имели либо среднее специальное образование ( $44,9 \%$ ), либо высшее ( $26,5 \%$ ).

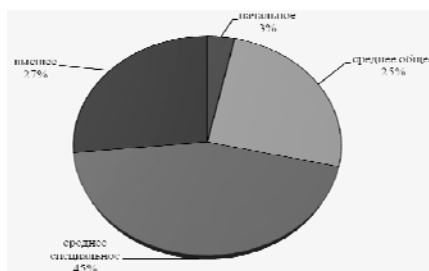


Рисунок 3 — Характеристика больных МКБ по уровню образования

Сравниваемые группы больных (основная и контрольная, с рецидивами и без) не отличались по уровню образования ( $p > 0,05$ ). Не установлено различий и по гендерному признаку ( $p > 0,05$ ). В целом уровень образования респондентов старше трудоспособного возраста по сравнению с младшими возрастными группами был ниже ( $p < 0,001$ ): каждый десятый (10,8 %) имел начальное и треть (32,4 %) — среднее общее образование, а высшее – только 15,3 %.

Низким уровнем образования характеризовались и жители сел ( $p < 0,001$ ), среди которых значительно реже встречались респонденты с высшим образованием (16,4 % против 36,5 % городских жителей), что во многом объясняет и установленную выше разницу в реальных доходах. Все это в совокупности определяет больных МКБ из сельской местности как группу риска относительно сниженного доступа к медицинским услугам.

Важными социально-экономическими характеристиками являются социальный статус и характер занятости населения.

Половина обследованных больных МКБ по профессии — представители преимущественно физического труда ( $48,5 \pm 2,8$  %), остальные — умственного труда ( $28,5 \pm 2,5$  %) или сферы обслуживания ( $20,6 \pm 2,2$  %). Характер профессиональной деятельности по гендерному признаку отличался: представителей физического труда среди мужчин было в два раза больше, чем среди женщин —  $61,3 \pm 3,9$  % против  $36,1 \pm 3,7$  %,  $p < 0,001$ . Следует отметить, что каждый четвертый респондент ( $26,4 \pm 2,1$  %) на этот вопрос не ответил, возможно, из-за значительной доли неработающих среди опрошенных ( $47 \pm 2,4$  %).

В соответствии с описанными выше особенностями уровня образования, с возрастом (то есть со снижением образовательного уровня) росла доля представителей физического труда (с 22,4 % в возрасте до 30 лет, до 60 % среди пожилых людей,  $p < 0,001$ ) и неработающих (с 33,8 до 77,9 % соответственно,  $p < 0,001$ ).

Хотя уровень незанятости сельского населения идентичен аналогичному показателю городского населения ( $p > 0,05$ ), среди сельских жителей значительно меньше тех, кто смог найти работу по специальности ( $24,2 \pm 2,9$  % против  $37,9 \pm 3,2$  %,  $p < 0,01$ ).

Больные МКБ (с и без рецидивов) и контрольная группа больных с острыми урологическими заболеваниями по профессиональному составу и уровню занятости почти не отличались между собой ( $p > 0,05$ ). Вместе с тем установлено, что незанятость может быть фактором риска рецидивирования МКБ ( $OR = 2,26$ ; 95 % CI = 1,14–4,45;  $p < 0,05$ ). Дизайн проведенного исследования (ретроспективное, типа «случай-контроль») не дает возможность четко утверждать, что является первопричиной: или незанятость способствует рецидивированию, или наличие рецидивов заставляет больных отказываться от работы. Также необходимо учитывать коллинеарность факторов: и уровень незанятости, и частота рецидивов увеличиваются с возрастом.

Анализ структуры причин незанятости на производстве (рисунок 4) подтверждает значительное бремя для социума больных МКБ. Из-за рецидивирующего характера заболевания практически половина (42,3 %) неработающих соответствующей группы исследования — инвалиды.

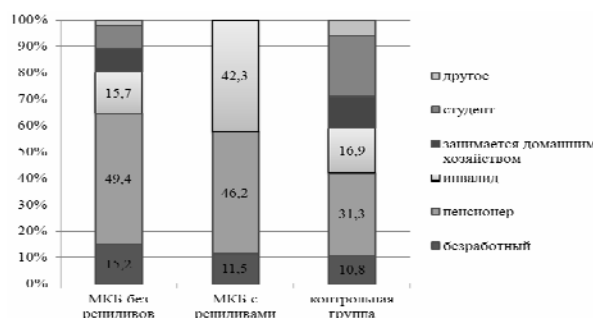


Рисунок 4 — Структура причин незанятости сравниваемых контингентов больных

Установлено, что при наличии повторного камнеобразования в почках вероятность инвалидности возрастает в 1,5–9,5 раза (OR = 3,93; 95 % CI = 1,64–9,44;  $p < 0,05$ ).

#### Выводы

1. МКБ преимущественно поражает лиц трудоспособного возраста (75 %). С возрастом увеличивается как распространенность патологии (OR = 3,93; 95 % CI = 1,64–9,44), так и рецидивы камнеобразования (2,44; 1,21–4,93), возникающие у 10–20 % больных МКБ старше 40 лет.

2. По показателям материального благополучия, образования и занятости больные МКБ практически не отличаются от контрольной группы, однако низкие уровни рассмотренных параметров среди больных МКБ из сельской местности указывают на риск ограниченного их доступа к медицинским услугам.

3. Рецидивирование МКБ является значительным социально-экономическим бременем в результате увеличения у таких больных шансов ухудшения уровня благосостояния (3,43; 1,77–6,65), незанятости (2,26; 1,14–4,45) и инвалидизации (3,93; 1,64–9,44), что определяет важность профилактики и метафилактики патологии.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении будут заключаться в науч-

ном обосновании, разработке и апробации комплекса целенаправленных мер профилактики МКБ и ее рецидивирования.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бабич, П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Украинский медицинский часопис. — 2005. — № 2 (46). — С. 113–119.
2. Динаміка захворюваності та поширеності сечокам'яної хвороби серед дорослого населення України / О. Ф. Возіанов [и др.] // Здоровье мужчины. — 2010. — № 2 (33). — С. 17–24.
3. Децик, О. З. Методичні підходи до узагальнення результатів наукових досліджень / О. З. Децик // Галицький лікарський вісник. — 2011. — Т. 18, № 2. — С. 5–8.
4. Єрмоленко, Т. І. Застосування комбінованих лікарських засобів у метафілактиці сечокам'яної хвороби / Т. І. Єрмоленко, І. А. Зупанець, В. М. Лісовий // Сучасні препарати та технології. — 2013. — № 1 (97). — С. 42–45.
5. Черепанова, Е. В. Метафілактика мочекаменной болезни в амбулаторных условиях / Е. В. Черепанова, Н. К. Дзеранов // Эксперимент. и клин. урология. — 2010. — № 3. — С. 33–39.
6. Gaybullaev, A. Phytotherapy of calcium urolithiasis with extracts of medicinal plants: Changes of diuresis, urine pH and crystalluria / A. Gaybullaev, S. Kariev // MHSJ. — 2012. — Vol. 10. — P. 74–80.
7. Urinary Stones. Diagnosis, treatment, and Prevention of Recurrence / A. Hesse [et al.]. — 3rd revised and enlarged edition. — 2009. — 232 p.
8. Knoll, T. Epidemiology, Pathogenesis and Pathophysiology of Urolithiasis / T. Knoll // European Urology Supplements. — 2010. — Vol. 9. — P. 802–806.
9. EAU Guidelines on urolithiasis / C. Türk [et al.] // European Association of Urology. — 2011. — P. 1–104.

Поступила 09.11.2015

УДК 616.895.8-036.82

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ

О. В. Шилова, Р. В. Левковский

Гомельский государственный медицинский университет  
Гомельская областная клиническая психиатрическая больница

**Цель:** оценить качество жизни у пациентов, страдающих шизофренией, находящихся на попечении интерната психоневрологического профиля.

**Материалы и методы.** Оценка психопатологического статуса, анкетирование с помощью опросников SDS и Q-LES-Q-SF, статистические методы.

**Результаты.** Пациенты отмечают умеренную удовлетворенность основными жизненными показателями, достаточно высокая доля пациентов с низкой удовлетворенностью работой и занятостью и связанным с этим благополучием.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о необходимости развития реабилитационных методов, основанных на занятости и использования остаточных способностей к труду.

**Ключевые слова:** качество жизни, шизофрения, дом-интернат.

### THE QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS LIVING IN AN ASYLUM

O. V. Shylova, R. V. Levkovsky

Gomel State Medical University  
Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital

**Objective:** to assess the quality of life in schizophrenia patients under supervision in a neuropsychiatric asylum.

**Material and methods.** Evaluation of the psychopathological status, survey using SDS and Q-LES-Q-SF questionnaires, statistical methods.

**Results.** The patients revealed moderate satisfaction with life parameters, quite a high proportion of patients with low job satisfaction and employment, and related welfare.

**Conclusion.** The findings are indicative of the necessity to develop rehabilitation methods based on employment and the use of the residual abilities to work.

**Key words:** quality of life, schizophrenia, asylum.