

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. Метафилактика 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.

### **Введение**

Психические расстройства вследствие их распространенности и обусловленного ими бремени болезни и инвалидности составляют одну из важных проблем общественного здравоохранения как в Республике Беларусь, так и во всем Европейском регионе. Такие нарушения психического здоровья, как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения являются во многих странах главной причиной ограничений жизнедеятельности и раннего выхода на стойкую нетрудоспособность, что накладывает тяжелое бремя на экономику, а потому требуется принятие решений стратегического характера [1].

Шизофрения как хроническое психическое заболевание с началом в молодом возрасте и ранним выходом на инвалидность является одним из лидеров по количеству лет, прожитых с низким качеством жизни. В психоневрологических интернатах (стационарных учреждениях социального обслуживания психоневрологического профиля системы Министерства труда и социальной защиты) находятся инвалиды с хронически протекающими психическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным ограничением жизнедеятельности, сужением и деформацией социального функционирования. Для пациентов, страдающих шизофренией, на данной стадии заболевания характерна выраженная социальная дезадаптация, затрагивающая различные стороны их жизни. Как правило, заболевание сопровождается нарастанием замкнутости, неуверенности в себе, страхом перед окружающей действительностью в связи с ее неадекватной оценкой, утратой эмоциональных контактов и социальных навыков [2].

Хотя ситуация многолетнего пребывания в условиях ограниченного контакта со здоровым окружением, социальной депривации приводит к усилению дефицитарных проявлений психики пациентов, параллельно происходят и другие процессы: своеобразная адаптация к условиям жизни (возможно, сродни смирению).

Жизнедеятельность пациентов, хотя и сужена своеобразным «закрытым» пространством, не лишена свойственных людям интересов, желаний, потребностей в общении и досуге. Важно, необходимо и возможно в организации медико-реабилитационных мероприятий для данной категории пациентов воздействовать на их остаточные способности осуществлять социально-бытовую и социально-средовую деятельность, для поддержания максимально возможного качества жизни [3].

Улучшение качества жизни (КЖ) пациентов с различной патологией является актуальной проблемой современного здравоохранения. КЖ — интегральный показатель, при оценке которого учитываются различные аспекты

жизни пациентов: удовлетворенность социальным функционированием и самочувствием, а также качеством оказания медицинской помощи. По определению ВОЗ, КЖ — это «восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культуральных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

В настоящее время КЖ оценивается по разработанным на основе субъективных самооценок опросникам, адаптированным под разные задачи и различные категории пациентов. При этом параметры дополнительно по объективным критериям включаются в оценке показатели социального функционирования в различных сферах жизни, а также социального положения.

Оценка КЖ в психиатрии представляет сложную задачу. Еще несколько десятилетий назад казалось абсурдным выяснять у пациентов, страдающих психическими расстройствами, состояние удовлетворенности их своей жизнью, лечением и социальным функционированием. Но прогресс в психофармакотерапии, организации медицинской помощи и реабилитации данного контингента пациентов открывает новые перспективы и новые возможности для изменения качества оказываемой психиатрической помощи и придания ей гуманистической направленности. Задачей лечения в психиатрии все чаще становится не только купирование острых психозов, но и максимально возможная реабилитация и ресоциализация пациентов с возвращением их на работу, учебу, в семью. Пристальное внимание психиатров во всем мире приковано как к терапии, так и к улучшению качества жизни пациентов в различных сферах и при различных условиях оказания медицинской помощи [4, 5].

### **Цель**

Оценить качество жизни у пациентов, страдающих шизофренией, находящихся на попечении интерната психоневрологического профиля.

### **Материал и методы исследования**

Проведено клинико-социологическое исследование среди пациентов, страдающих шизофренией, находящихся в стационарном учреждении социального обслуживания психоневрологического профиля, расположенного в д. Хальч.

В исследовании по оценке социального функционирования и удовлетворенности жизнью участвовали 80 пациентов. Критериями включения были: согласие принять участие в исследовании, отсутствие обострения психотической симптоматики, упорядоченность поведения. Критериями исключения были: грубый когнитивный дефект, препятствующий проведению анкетирования, а также наличие тяжелых сопутствующих соматических заболеваний.

Клиника шизофрении на данном этапе представляла собой выраженную и умеренно выра-

женную дефицитарную симптоматику: эмоционально-волевое снижение, аутистическое отношение к действительности, когнитивные нарушения, в ряде случаев — резидуальная бредовая симптоматика.

В ходе исследования использовались опросник по оценке нетрудоспособности Давида Шихана (SDS) и краткая версия опросника по качеству жизни: оценка удовлетворенности и способности радоваться жизни (Russian version of the Q-LES-Q-SF) Джин Эндикотт. Возможность использования широко распространенного опросника SF-16 на этой популяции была очень ограничена когнитивными и астеническими проявлениями.

По шкале SDS пациентам предлагалось оценить, насколько проявления заболевания мешали выполнению домашних обязанностей/семейной жизни, работе/учебе и общению с другими людьми и проведению свободного времени. Для оценки использовались баллы: 0 — не мешало совсем, 1–3 — незначительно, 4–6 — умеренно, 7–9 баллов — значительно и 10 баллов — чрезвычайно.

В краткой версии опросника по качеству жизни предлагалось оценить в баллах степень удовлетворенности и способности радоваться жизни в целом: 1 балл — очень низкая, 2 — низкая, 3 — умеренная, 4 — высокая и 5 — очень высокая. Оценивалась удовлетворенность физическим здоровьем, настроением, работой, работой по хозяйству, отношениями с окружающими людьми, занятиями в свободное время, финансовым положением, жилищными условиями, общим ощущением благополучия, медицинскими препаратами и некоторыми другими параметрами.

Анкеты заполнял специалист, который читал пациенту вопросы и при необходимости их комментировал и уточнял. Такая необходимость периодически возникала из-за когнитивных и волевых нарушений пациентов, а также из-за неадаптированности оригинального опросника к данному контингенту пациентов.

Статистическая обработка данных производилась при помощи пакета программ «Statistica», 10. Средние показатели считались как медиана и верхний и нижний квартили ввиду непараметрического распределения показателей.

### **Результаты и обсуждение**

Структурно дом-интернат состоит из 9 отделений, в том числе по одному отделению — для возбужденных и для лежачих пациентов и 7 — общего типа. В отделениях проживают лица обоего пола, в каждой палате по 3–4 человека, есть возможность размещать личные вещи.

Среди 80 обследованных было 32 женщины и 48 мужчин, возраст от 26 до 76 лет (средний возраст 48 (41; 59) лет). Из них 2 человека в возрасте от 20 до 30 лет, 17 — от 30 до 40 лет, 26 — от 40 до 50 лет, 18 — 50–60 лет, 11 —

60–70 лет, 6 пациентов были старше 70 лет. Все пациенты — инвалиды 2 группы по психическому заболеванию.

Дебют заболевания у большинства пациентов (65 человек, 81 %) произошел в возрасте от 15 до 30 лет, что соответствует мировой статистике и свидетельствует о валидности группы (25 [19; 32]). У 4 пациентов расстройство дебютировало до 15 лет, у 10 — старше 30 лет. У 1 пациентки заболевание началось в 40 лет, на момент опроса ей было 63 года.

Считали себя больными (присутствует критика к наличию заболевания) 28 (35 %) пациентов. Частичная критика отмечалась у 12 (15 %), они считают, что у них «что-то не в порядке с психикой или есть какое-то заболевание». Половина пациентов не считали себя страдающими психическим заболеванием.

По образованию пациенты были представлены следующим образом: неоконченное среднее — у 9 человек (11 %), по 26 (32,5 %) пациентов имеют среднее и средне-специальное образование, 19 человек — высшее и неоконченное высшее (24 %). Семейное положение: 55 человек (69 %) холосты, 20 (25 %) разведены и 5 человек, с их слов, состоят в официальном браке.

Все пациенты получают лечение антипсихотическими препаратами: 34 человека (32,5 %) — типичными антипсихотиками, 43 (53,75 %) — атипичными, остальные — их комбинацией. Предпочтение отдается препаратам отечественного производства и недорогим. Около половины пациентов получают азапин и его комбинацию с препаратами пролонгированного действия. Трое из данной группы пациентов находятся на лечении только пролонгированными препаратами.

Степень удовлетворенности своим физическим состоянием 10 пациентов из данной группы (12,5 %) оценили как «низкую» и «очень низкую», 48 (60 %) — как «высокую» и «очень высокую». Остальные оценили ее как «умеренную».

Свое настроение как «хорошее» и «очень хорошее» оценили 49 пациентов (61 %), как «плохое» и «очень плохое» — только 6 человек (7,5 %). Остальные 25 пациентов считали свое настроение умеренным.

Учитывая отсутствие официальной работы у пациентов, при оценке позиции «работа» им предлагалось указать степень своей удовлетворенности занятостью в сельскохозяйственном комплексе при доме-интернате. Из всего количества опрошенных только 9 человек не принимали участия в этих работах. Как «очень плохую» и «плохую» оценили степень удовлетворенности такой деятельностью 15 пациентов (20 %), как «хорошую» и «очень хорошую» — 40 (50 %), остальные 16 (40 %) были умеренно удовлетворены, что свидетельствует в целом о высокой готовности к посильному труду. При

оценке удовлетворенности по позиции «работа по хозяйству» ответы были такими же, что очевидно: официальной работы у пациентов нет, «работа» для них — это работа по хозяйству.

Таблица 1 — Показатели качества жизни у пациентов с шизофренией

| Показатель  | Me (25 %; 75 %) | % с низкой удовлетворенностью | % с высокой удовлетворенностью |
|---|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Оценка физического здоровья                                 | 4 (3; 4)        | 10 (12,5 %)                   | 48 (60 %)                      |
| Оценка настроения   | 4 (3; 4)        | 6 (7,5 %)                     | 49 (61 %)                      |
| Оценка работы   | 3,5 (2; 4)      | 15 (20 %)                     | 40 (50 %)                      |
| Оценка работы по хозяйству                                  | 3,5 (2; 4)      | 15 (20 %)                     | 40 (50 %)                      |
| Оценка отношений с окружающими                              | 4 (3; 4,5)      | 14 (11,25 %)                  | 56 (67 %)                      |
| Оценка семейных отношений                                   | 3,5 (2; 4)      | 12 (15 %)                     | 40 (50 %)                      |
| Оценка занятий в свободное время                            | 4 (3; 5)        | 4 (5 %)                       | 57 (71 %)                      |
| Оценка способности справляться с повседневной деятельностью | 5 (4; 5)        | —                             | 78 (97,5 %)                    |
| Оценка сексуального интереса/активности                     | 2 (1; 4)        | 52 (62,5 %)                   | 21 (26,25 %)                   |
| Оценка финансового положения                                | 4 (1; 5)        | 23 (29 %)                     | 46 (57,5 %)                    |
| Оценка жилищной ситуации                                    | 4 (3; 4)        | 16 (17,5 %)                   | 46 (57,5 %)                    |
| Оценка выраженности головокружения                          | 5 (4; 5)        | —                             | 66 (83 %)                      |
| Оценка зрения   | 4 (3; 5)        | 7 (9 %)                       | 54 (67,5 %)                    |
| Оценка ощущения благополучия                                | 3 (3; 4)        | 18 (22 %)                     | 27 (34 %)                      |
| Оценка удовлетворенности препаратами                        | 4 (3; 5)        | 14 (17 %)                     | 59 (74 %)                      |
| Оценка жизни в целом  | 4 (3; 4)        | 4 (5 %)                       | 52 (66,25 %)                   |

Степень удовлетворенности отношениями с окружающими распределилась в данной группе пациентов следующим образом: «высокая» и «очень высокая» — у 56 (67 %), «очень плохая» и «плохая» — у 14 (11,25 %), у остальных 10 пациентов — умеренная.

По поводу удовлетворенности семейными отношениями 9 (11,25 %) человек отметили их отсутствие. Из оставшихся 9 человек считали их «очень плохими», 3 — «плохими». Умеренную удовлетворенность семейными отношениями отметили 19 (23,75 %) пациентов, считали их хорошими 27 (33,75 %) человек, а очень хорошими — 13 (16,25 %). Последнее кажется непонятным потому, что не эта подгруппа не отличается от основной по возрасту, полу, возрасту дебюта заболевания. Возможно, эти ответы отражают болезненные переживания.

Занятиями в свободное время были удовлетворены и оценили их как «хорошие» и «очень хорошие» 57 (71 %) пациентов, как «плохие» и «очень плохие» — только 4 (5 %) человека. Остальные 19 пациентов считают уровень занятий умеренным.

Большинство пациентов (78 (97,5 %) человек), оценили свою способность справляться с повседневной активностью как «хорошую» и «очень хорошую».

Опросник включает оценку пациентами удовлетворенности своими характеристиками сексуальной активности и интереса, и мы решили не исключать эти вопросы из анкеты. Неожиданным оказалось, что 26,25 % пациентов (21 человек) оценивают свою активность в

этой сфере как «хорошую» и «очень хорошую». 52 (62,5 %) пациента считают ее «низкой» и «очень низкой», еще 9 человек — «умеренной».

Пациенты-подопечные дома-интерната лишены дееспособности и не могут сами распоряжаться денежными средствами, их пособие по инвалидности (1500.000 белорусских рублей) поступает в бюджет организации. Часть средств доступна для личных нужд. При оценке удовлетворенности своим финансовым положением 46 (57,5 %) пациентов охарактеризовали его как «хорошее» и «очень хорошее». Как «плохое» и «очень плохое» оценили его 23 (29 %) человека, 11 — как «умеренное».

При сравнимых условиях проживания в 3- или 4-местных палатах дали оценку своим жилищным условиям — «хорошие» и «очень хорошие» 57,5 % (46 пациентов). «Плохими» и «очень плохими» назвали их только 16 (17,5 %) человек, оставшиеся 18 пациентов считали их умеренно удовлетворительными. Очевидно, невысокий уровень притязаний и адаптация к сложившимся условиям позволяет пациентам не испытывать глубокого дискомфорта в таких условиях проживания.

При оценке выраженности головокружения как фактора, ухудшающего самочувствие и качество жизни, большинство пациентов отрицали его влияние: 66 (83 %) человек по этому фактору считают свое состояние «хорошим» и «очень хорошим».

Степень удовлетворенности состоянием зрения у 54 (67,5 %) была «высокой» и «очень высокой», у 19 (24 %) — «умеренной», только 7 (9 %) человек считают состояние зрения «плохим» и «очень плохим».

По ощущению общего благополучия преобладали пациенты, в целом удовлетворенные своим состоянием, только 18 (22 %) человек считают его «плохим» и «очень плохим». Как «хорошее» и «очень хорошее» оценили его 27 (34 %) пациентов, как умеренное — 35 (44 %).

При оценке жизни в целом за последние 7 дней удовлетворенность ею отметили 53 (66 %) пациента, «плохой» и «очень плохой» — только 5 % из данной группы пациентов, остальные 29 % отмечали умеренный уровень удовлетворенности.

По поводу удовлетворенности медикаментозным лечением и подобранными препаратами ответы пациентов распределилась следующим образом: 74 % (59 человек) человек считают их «хорошими» и «очень хорошими», 14 пациентов (17 %) — «плохими» и «очень плохими».

По опроснику SDS на вопрос «насколько проявления заболевания мешали работе?» 28 пациентов ответили, что «не мешали совсем», 16 — что мешали незначительно, 25 — что мешали «значительно или чрезвычайно», остальные отмечали умеренный уровень.

На вопрос о степени затруднения в общении из-за заболевания 33 (41 %) пациента ответили, что «не мешает совсем», это может быть обусловлено низкой потребностью в общении и эмоционально-волевыми нарушениями. 13 человек считали, что заболевание мешает «значительно», остальные — что мешает «умеренно» и «незначительно».

Почти половина пациентов данной группы (41,5 %) считали, что заболевание совсем не затрудняет их способность справиться с повседневными (домашними, семейными — в оригинале опросника) делами. 28 (35 %) — что заболевание умеренно мешает выполнению домашних дел, 12 (16 %) — что заболевание сильно влияет на данный вид деятельности.

Большинство пациентов считает, что при имеющемся уровне активности и востребованности их заболевание не снижает их трудоспо-

собности: 79 % пациентов отмечали отсутствие дней со сниженной трудоспособностью в течение текущей недели, еще 18 % указали 1–3 таких дня, только 8 % пациентов ответили, что всю текущую неделю их трудоспособность была снижена. Пропущенных для обычной занятости дней не отметили 87 % пациентов.

#### **Заключение**

В целом пациенты с шизофренией, находящиеся в доме-интернате психоневрологического профиля, отмечают умеренную удовлетворенность основными жизненными показателями. Некоторые показатели являются достаточно высокими, это: способность справиться с повседневными жизненными проблемами, удовлетворенность препаратами и жизнью в целом. Данные факты, вероятно, обусловлены сочетанием дефицитарной психопатологической симптоматики и способностью адаптироваться. Достаточно высокая доля пациентов с низкой удовлетворенностью работой, занятостью и связанным с этим благополучием свидетельствует о необходимости развития реабилитационных методов, основанных на занятости и использовании остаточных способностей к труду.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. — Чешме, Турция, 16–19 сентября 2013 г. (оригинал англ.) — 26 с.
2. Дементьева, Н. Ф. Социальная адаптация в системе реабилитации лиц с отклонениями в психическом здоровье, находящихся в психоневрологических интернатах / Н. Ф. Дементьева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2008. — № 3. — С. 32–34.
3. Демчева, Н. К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях / Н. К. Демчева // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 5. — С. 30–38.
4. Березанцев, А. Ю. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты) / А. Ю. Березанцев, О. И. Митрофанова // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 3. — С. 26–34.
5. Ritsner, M. S. Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders / M. S. Ritsner, A. Lisker, A. Grinshpoon // Psychiatry Clin Neurosci. — 2014. — Jan 9. doi: 10.1111/pcn.12135.

Поступила 13.05.2015

## **СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

УДК 616-002.17-002.191-053.2/.6

### **МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ**

**С. С. Ивкина, Л. В. Кривицкая, Т. А. Латохо, Л. А. Хмылко, И. Ф. Зимелихина**

**Гомельский государственный медицинский университет  
Гомельская областная клиническая больница**

Работа посвящена актуальным вопросам одного из наиболее частых наследственных заболеваний у детей — муковисцидозу. Приведенные данные о частоте муковисцидоза в Белоруссии, критериях диагностики, патофизиологических аспектах, лечении. Рассмотрены современные направления в заместительной ферментотерапии, борьбе с нарушениями бронхолегочной системы. Приведен случай из практики.

**Ключевые слова:** кистозный фиброз, муковисцидоз, дети.