

влияние, которое пограничные психические расстройства оказывают на состояние здоровья и социальное функционирование, может быть измерена с помощью показателей качества жизни. Изучение качества жизни больного расстройством адаптации позволяет получить более полную информацию о динамике заболевания и эффективности проводимого лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Casey Patricia, R.* Adjustment disorders: the state of the art / R. Casey Patricia, Anne Doherty // *World Psychiatry*. — 2011. — № 10. — P. 11–18.
2. *Погосов, А. В.* Клинические особенности и социальные последствия хронических посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. — 2011. — № 5. — С. 17–20.
3. Социальная адаптация и качество жизни военнослужащих с невротическими расстройствами / А. А. Марченко [и др.] // *Психическое здоровье*. — 2010. — Т. 8, № 10 (53). — С. 30–34.
4. *Мухамадиев, Д. М.* Применение скрининговых инструментов для диагностики посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных и тревожных расстройств у лиц, пострадавших в результате вооруженного конфликта / Д. М. Мухамадиев, А. К. Холландер // *Российский психиатрический журнал*. — 2013. — № 6. — С. 78–83.

УДК 616.895.8-08-036.8

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

*Шилова О. В.<sup>1</sup>, Свистунова Н. А.<sup>2</sup>, Шачинова В. Л.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«Могилевская областная психиатрическая больница»

г. Могилев, Республика Беларусь,

<sup>3</sup>Учреждение здравоохранения

«Бобруйская центральная больница»

г. Бобруйск, Республика Беларусь

#### **Введение**

Психические расстройства, вследствие их распространенности и обусловленного ими бремени, составляют одну из важных проблем здравоохранения как в Республике Беларусь, так и во всем мире. Такие нарушения психического здоровья, как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения, являются во многих странах главной причиной ограничений жизнедеятельности и раннего выхода на стойкую нетрудоспособность и накладывают тяжелое бремя на экономику, а потому требуют действий стратегического характера [3].

В последние десятилетия Всемирная психиатрическая ассоциация особенно пристальное внимание уделяет изменениям службы, связанным с повышением сотрудничества с пациентами и их родственниками не только для достижения комплайенса в терапии, но и для улучшения качества жизни (КЖ) и уровня социального функционирования, а также повышения удовлетворенности оказываемой помощью.

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». КЖ — интегральный показатель, при оценке которого учитываются различные аспекты жизни пациентов: удовлетворенность физическим и психологическим состоянием, социальным функционированием, а также качеством оказания медицинской помощи. В настоящее время КЖ оценивается по основанным на субъективной самооценке опросникам, адаптированным для использования у различных категорий пациентов.

Шизофрения как хроническое психическое заболевание с началом в молодом возрасте является одним из лидеров состояний по количеству лет, прожитых с инвалидностью (DALYs 0,41–0,57) и с низким КЖ по QALY[5].

Оценка КЖ в психиатрии представляет сложную задачу. Известно, что в состоянии психоза удовлетворенность жизнью и показатели, характеризующие КЖ, обусловлены преимущественно продуктивной симптоматикой, особенно аффективно-параноидной [1]. Состояния с преобладанием негативных симптомов и (или) вне психоза находятся в сфере пристального внимания психиатров с точки зрения изучения факторов, влияющих на КЖ [2, 5]. Для повышения медицинской и социальной эффективности оказываемой помощи, экономически целесообразной ее организации и дифференцированного применения реабилитационных подходов важными являются знания о КЖ пациентов и факторах, которые на нее влияют.

### **Материал и методы исследования**

Проведено клинико-социологическое обследование 719 пациентов, страдающих шизофренией. Критериями включения были: установленный диагноз из рубрики F20 Шизофрения, 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 этапе обследования представляла собой умеренно выраженную дефицитарную симптоматику: эмоционально-волевое снижение, аутистическое отношение к действительности, когнитивные нарушения, в ряде случаев резидуальную продуктивную симптоматику. По шкале PANSS продуктивная симптоматика (шкала P1-7) не превышала 20 баллов, негативная (N1-7) — 35 баллов.

Среди пациентов было 383 (53,3 %) мужчин, 336 (46,7 %) женщин. Возраст 44 [35; 53] (Me [25 %; 75]) лет. Дебют заболевания у большинства пациентов (588 (81,8 %) человек) произошёл в возрасте от 15 до 35 лет, что соответствует мировой статистике и свидетельствует о валидности группы (25 [20; 31]). У 15 пациентов расстройство дебютировало до 15 лет, у 43 пациентов заболевание было диагностировано в 40 лет и старше. Длительность заболевания составляла: до 5 лет — 85 (11,8 %) пациентов, 6–10 лет — у 104 (14,5 %), 11–15 лет — у 149 (20,7 %), 16–20 лет — у 119 (16,6 %), 21 год и больше — 262 (36,4 %) пациентов. Все пациенты получали антипсихотическую терапию: 23,65 % (170 чел.) «типичными» препаратами, 426 (59,25 %) атипичными и 123 (17,1 %) пациента — комбинацию из двух групп.

Использовались шкалы: Краткая версия Опросника по качеству жизни: оценка удовлетворенности и способности радоваться жизни (Russian version of the Q-LES-Q-SF) Джин Эндикотт [4] и опросник по оценке нетрудоспособности Давида Шихана (SDS). Шкалы валидизированы и использовались на русскоязычной популяции, в том числе на пациентах с психическими расстройствами [2]. В шкале SDS пациентам предлагается оценить, насколько проявления заболевания мешали выполнению домашних обязанностей/семейной жизни, работе/учебе, общению с другими людьми и проведению свободного времени в баллах (от 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 степень удовлетворенности и способности радоваться жизни в целом, в баллах: 1 (очень низкая), 2 (низкая), 3 (умеренная), 4 (высокая) и 5 (очень высокая). Оценивалась удовлетворенность физическим здоровьем, настроением, работой и работой по хозяйству, отношениями с окружающими людьми, семейными отношениями, занятиями в свободное время, способностью справляться с повседневной деятельностью, финансовым положением, жилищными условиями, оценку сексуального интереса (активности), выраженности головокружения и нарушения зрения, общим ощущением благополучия, степень удовлетворенности медицинскими препаратами и жизнью в целом. Разработчики метода рекомендуют степень удовлетворенности медицинскими препаратами и жизнью в целом оценивать отдельно, а процент снижения КЖ рассчитывать по формуле: (сумма ответов 14 первых показателей — минимальный балл)/разница максимального и минимального баллов теста.

Анкеты заполнял специалист, который читал пациенту вопрос. Статистическая обработка данных производилась при помощи пакета «Statistica» 10.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты проходили лечение: в условиях психиатрического стационара 290 (40,1 %) человек, а амбулаторных условиях — 349 (48,4 %) и 80 (11,1 %) в условиях стационарного учреждения социального обслуживания психоневрологического профиля. Имелись достоверные отличия между группами по возрасту, что связано с особенностями течения шизофрении и организации лечения на различных этапах (таблица 1).

Таблица 1 — Отличия пациентов по возрасту, длительности и заболевания и его дебюту

№ п/п	Показатель	Качество жизни Me [25 %; 75 %]			Краскал-Уолис $\chi^2$
		стационар	интернат	амбулаторн	
1	Возраст	48,06 ± 12,5	50,27 ± 12,3	40,38 ± 11,46	67,5 p = 0,00001
2	Длительность заболевания	21,02 ± 10,9	24,53 ± 10,77	14,04 ± 9,66	79,7 p = 0,00001
3	Дебют заболевания	27,42 ± 8,54	25,74 ± 8,05	26,38 ± 7,13	0,5 p = 0,918

В целом по группе снижение качества жизни составило  $M \pm \sigma$  — 55,3 ± 15,6 (0,5536 [0,446; 0,661]). Различий между мужчинами (55,1 ± 15,4) Me 0,553 [0,43; 0,68] и женщинами (55,4 ± 15,9) Me 0,5536 [0,446; 0,64] не выявлено (Mann-Whitney U-Testp = 0,657).

Сравнение показателей в группах показало, что снижение КЖ в %, удовлетворенность жизнью в целом и медицинскими препаратами достоверно ниже у пациентов амбулаторной группы по сравнению с пациентами, находящимися на стационарном лечении, и подопечных интерната. Такая же закономерность отмечалась и в оценке затруднений, связанных с заболеванием: амбулаторные пациенты достоверно чаще считали, что оно затрудняет их способность справляться с семейными обязанностями и общению с людьми (таблица 2).

Таблица 2 — Показатели качества жизни у пациентов с шизофренией

№ п/п	Показатель	Качество жизни Me [25 %; 75 %]			Краскал-Уолис $\chi^2$
		стационар	интернат	амбулаторно	
1	Снижение КЖв%	61,4 ± 15 62,5 [52; 71]	63 ± 14 64 [56; 73]	49 ± 14 48 [39; 57]	133,2 p = 0,0001
2	Оценка удовлетворенности препаратами, в баллах	4 [3; 5]	4 [3; 5]	3 [3; 4]	100,74 p = 0,0001
3	Оценка жизни в целом, в баллах	4 [3; 4]	4 [3; 4]	3 [3; 4]	105,43 p = 0,0001
4	Насколько проявления заболевания мешали:				
5	— выполнению домашних обязанностей/ семейной жизни	2 [0; 6]	2 [0; 7]	5 [3; 6]	14,8 p = 0,002
6	— работе/учебе	3 [0; 8]	3 [0; 8,5]	4 [3; 7]	3,73 p = 0,23
7	— общению с другими людьми и проведению свободного времени	2 [0; 5]	3 [0; 5]	5 [3; 6]	23,3 p = 0,00001

### Выводы

Качество жизни пациентов с шизофренией, проходящих лечение в амбулаторных условиях, ниже по сравнению с пациентами в стационарах и домах-интернатах. Они также в меньшей степени удовлетворены жизнью в целом, лечением, и склонны считать, что заболевание в большей степени мешает им выполнению домашних и семейных обязанностей, а также общению с людьми. У амбулаторной группы пациентов, при сопоставимом возрасте дебюта заболевания, меньше возраст на момент обследования и длительность течения заболевания.

Качество жизни как несоответствие ожиданий и требований социальной среды и самого пациента снижается наиболее выражено у амбулаторной группы пациентов по совокупности внешних и внутренних факторов. Так, внешним являются более высокие требования по организации жизни, микрострессы, которыми могут стать общение с родственниками и дру-

гими людьми. Внутренним, связанным с заболеванием, фактором является меньшая выраженность дефицитарной симптоматики, которая ассоциируется с большей осознанностью наличия заболевания и связанных с ним проблем.

Пациенты с шизофренией, проходящих лечение в амбулаторных условиях, нуждаются в помощи по преодолению стрессов в социальной и микросоциальной (семейной) среде. Активное внедрение в практику реабилитационных психообразовательных программ, направленных на решение этих задач, позволит повысить их качество жизни и снизить потребность в госпитализации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Березанцев, А. Ю. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты) / А. Ю. Березанцев, О. И. Митрофанова // Росс. психиатр. журн. — 2009. — № 3. — С. 26–34.
2. Рассказова, Е. И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии / Е. И. Рассказова // Психология: журн. высшей школы экономики. — 2012. — Т. 9, № 4. — С. 81–90.
3. Disease burden and mental health system capacity: WHO Atlas study of 117 low- and middle-income countries / R. McBain [et al.] // Psychiatry. — 2012. — Dec. № 201(6). — P. 444–450. — Режим доступа: <http://bjp.rcpsych.org/content/early/2012/11/01/bjp.bp.112.112318>. — Режим доступа: 14.09.2017.
4. Endicott, J. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure / J. Endicott // Psychopharmacology Bulletin. — 1993. — № 29. — P. 321–326. — Режим доступа: <https://outcometracker.org/library/Q-LES-Q-SF.pdf>. — Режим до- ступ: 14.09.2017.
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 ClinNeurosci. — 2014. — № 9. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24405469>. — Дата доступ 14.09.2017.

УДК 796.966:612.822.81

### РАЗЛИЧИЕ В ВЕГЕТАТИВНОМ СТАТУСЕ СРЕДИ ЗВЕНА ХОККЕИСТОВ

Шилович Л. Л.<sup>1</sup>, Будько Л. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельский диспансер спортивной медицины»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### Введение

Как известно всем любителям хоккея команда состоит из 4 звеньев, одно из которых в момент игры находится на льду. В звене кроме вратаря есть 3 нападающих и 2 защитника. Естественно каждый из них выполняет свою определенную задачу и в связи с этим у них существуют различия, как в скоростных, так и в силовых способностях. Из этого можно предположить, что и вегетативный статус спортсменов внутри звена может различаться. Знание тренеров и врачей спортивной медицины о данном различии, может помочь избежать излишней нагрузки на сердечно-сосудистую систему определенного игрока и оптимизировать тренировки для каждого из них.

#### Цель

Найти отличительные особенности в вегетативном статусе спортсменов хоккеистов для коррекции тренировочного процесса.

#### Материал и методы исследования

Данная работа была выполнена при обследовании команды хоккеистов на базе Гомельского научно-спортивного центра на ПАК «Омега-С». В обследовании приняло участие 2 вратаря, 6 защитников, 8 нападающих спортсменов от 20–27 лет. Используемый комплекс позволил получить данные не только основных показателей работы сердца, но и участие в регуляции сердечно-сосудистой системы отделов вегетативной нервной системы и гуморальных факторов. В исследовании использовались показатели, дающие более полное представление о полученных различиях:

**Статистические методы:** SDNN — суммарный показатель вариабельности величин интервалов RR за весь рассматриваемый период; RMSSD — квадратный корень из суммы квад-