

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, КОМОРБІДНУ ІЗ КІСТКОВИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

**На основі комплексного обстеження хворих на параноїдну шизофренію, які мали коморбідне захворювання — кістковий туберкульоз, визначено особливості клініко-психопатологічної симптоматики та психосоціального функціонування респондентів. Відзначено, що комплексна терапія даного контингенту має враховувати клінічну картину обох захворювань, індивідуальну чутливість до психофармакотерапії та протитуберкульозного лікування, їх поєднання та дію побічних ефектів. Заходи психосоціальної реабілітації повинні передбачати погіршення суб'єктивного самопочуття, яке обмежує функціональні можливості хворих та призводить до вираженої соціальної дезадаптації, а також прояви синдрому психомоторної індіферентності.**

*Ключові слова:* параноїдна шизофренія, кістковий туберкульоз, коморбідність, комплексне лікування, психосоціальна реабілітація.

На теперішній час є підтвердженим той факт, що серед психічно хворих людей туберкульоз трапляється частіше, ніж у загальній популяції [1]. Кількість хворих на активний туберкульоз у психіатричних стаціонарах становить 3–6%, а серед дорослих пацієнтів психіатричної служби випадки цього захворювання відзначаються у 4–5 разів частіше, ніж у соматичних стаціонарах. Існує і зворотна тенденція: частота психічних захворювань у пацієнтів із вперше діагнованим туберкульозом становить 3–4%. Летальність із приводу туберкульозу у психічних хворих у кілька разів перевищує таку серед загальної популяції населення [2–4].

Якщо питання поєднання туберкульозу легенів як найбільш розповсюдженої його форми та психічного розладу іноді стає об'єктом уваги дослідників [5–8], то коморбідність інших його форм, зокрема кісткового туберкульозу, взагалі залишається поза увагою науковців. Проте перебіг кісткового туберкульозу обумовлює обмеження можливості пересування і належного рівня соціального функціонування хворих, а в разі поєднання цієї патології з шизофренією — значно збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів, сприяє формуванню синдрому госпіталізму та проявів самостигматизації, призводячи до формування коморбідної дезадаптації в умовах стаціонарного протитуберкульозного лікування (КДСПЛ).

Метою роботи було обґрунтування засад і специфічних підходів до психосоціальної реабілітації хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), коморбідну із кістковим туберкульозом (ККТ), на основі аналізу отриманих раніше даних власних досліджень.

Контингент дослідження складався із 120 чоловіків, хворих на ПШ, які протягом 2012–2015 рр.

були обстежені на клінічних базах кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія». Основну групу дослідження (ОГ) становили 60 пацієнтів із ПШ та ККТ, групу порівняння (ГП) — 60 хворих на ПШ.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, що включав стандартизоване клінічне інтерв'ю з використанням «Оціночного переліку симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F2: психотичний синдром), який був доповнений матеріалами ретроспективного аналізу медичної документації та результатами психодіагностичного дослідження.

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей та структури вираженості позитивних, негативних та загальнопсихопатологічних синдромів ПШ із ККТ обов'язково має проводитись із двох точок зору: по-перше, корекції психосоціальної дезадаптації, а саме — потреб та завдань, які виникають у реабілітаційній роботі з коморбідними хворими (приміром, різноманітний, у більшості випадків не передбачений характер сполучення клінічних ознак призводить до виникнення «дезадаптаційних перешкод» щодо проведення психосоціальної реабілітації); по-друге, при психосоціальній реабілітації неврахування ступеня вираженості симптомів призводить до зниження «адаптивного потенціалу» та руйнування напрацьованих «загальних навичок пристосування» при подоланні проблем у функціонуванні як внаслідок ПШ, так і ККТ.

Для хворих на ПШ із ККТ виявилися характерними:

а) більша вираженість негативних наслідків нейролептичної терапії в усіх сферах функціонування (розумова діяльність: загальна сума балів

–6,11 в ОГ та –0,47 в ГП,  $p \leq 0,05$ ; самоконтроль: 1,28 в ОГ та 4,48 в ГП,  $p \leq 0,05$ ; регулювання емоційного стану: –1,09 в ОГ та 5,69 в ГП,  $p \leq 0,05$ ; фізична активність: 3,71 в ОГ та 7,61 в ГП,  $p \leq 0,05$ ; соціальна інтеграція: 1,81 в ОГ та –0,61 в ГП,  $p \leq 0,05$  відповідно) з вираженим синдромом індиферентності;

б) системні та значно більш руйнівні порушення функціонування у суспільстві з проблемами у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, діяльності у загальносоціальному розумінні (середній показник поведінкової дисфункції в ОГ — 4,8, а в ГП — 3,0);

в) більш виражені прояви поведінкової дисфункції у лікарні (середній показник поведінкової дисфункції у лікарні в ОГ — 4,4, а в ГП — 3,8);

г) більш виражене зниження якості життя як за власною оцінкою, так і за оцінкою лікаря (інтегрований показник в ОГ –4,3 й 5,5 — в ГП);

г) превалювання сформованого синдрому госпіталізму (ОГ — 75% і у ГП — 15%).

Отже, аналіз стану психосоціального функціонування хворих на ПШ із ККТ довів необхідність розробки специфічних заходів їх психосоціальної реабілітації.

Узагальнення отриманих результатів дало змогу сформулювати засади комплексного лікування та психосоціальної реабілітації зазначеного контингенту пацієнтів, які передбачають урахування клінічної картини обох захворювань, індивідуальну чутливість до психофармакотерапії та протитуберкульозного лікування, їх поєднання та дії побічних ефектів, а також відокремлення трьох етапів медикаментозної терапії (купіруюча, стабілізуюча, підтримувальна).

Лікування хворих на ПШ із ККТ має свої особливості. Як відомо, туберкульоз лікується довго, часто роками, і весь цей час хворі перебувають в умовах психіатричного стаціонару. Ця ситуація має свої позитивні моменти: відсутня можливість відмови від психофармакотерапії, посилено контроль за прийомом нейролептиків, полегшена корекція дозування цих препаратів, що в сукупності призводить до зменшення ризику розгортання гострих і тяжких психозів та запобігання антисоціальним тенденціям серед контингенту психічних хворих. Вирішенню цих завдань значною мірою сприяє широке і регулярне застосування нейролептиків пролонгованої дії (галоперидоладеканоат, модитен-депо, клопиксол-депо, флюанксол-депо).

У свою чергу, туберкульозна інтоксикація значно послаблює імунну систему психічно хворих, спричиняє токсичне ураження печінки, а іноді й ЦНС. У сукупності це призводить до більш низької переносимості хворими на шизофренію нейролептичних засобів, частого розвитку екстрапі-

рамідних ускладнень навіть на низьких дозуваннях психотропних препаратів. У пацієнтів ПШ із ККТ відзначається, як правило, низька переносимість антипсихотичних препаратів, частий розвиток екстрапірамідних ускладнень, що вимагає зменшення дозувань класичних нейролептиків або призначення атипичних антипсихотичних препаратів.

Нами вважається за доцільне використовувати такі основні препарати при лікуванні та їх дозування. До речі, дози препаратів є усередненими та орієнтовними, залежать від індивідуальної чутливості та власне перебігу обох захворювань.

*Протитуберкульозна терапія* антибіотиками: капсули рифампіцину — 0,45; таблетки пайзину — 0,5; 3 рази на добу; таблетки протаміду — 250 мг; таблетки ізоніазиду — 0,6; 2 рази на добу; розчин інбутолу 10,0% — 10,0 внутрішньовенно; канаміцин — 1 г внутрішньом'язово.

*Антипсихотична терапія* нейролептиками: таблетки азапіну — 50 мг, 2 рази на добу (є препаратом вибору як для підтримувальної терапії, так й для довгого лікування); таблетки аміназину — 25 мг 2 рази на добу; таблетки циклодолу — 2 мг 2 рази на добу (основна схема лікування). Розчин трифтазину 0,2% — 2,0; 1 раз на добу внутрішньом'язово; розчин галоперидолу 0,5% — 2,0, внутрішньом'язово 2 рази на добу; розчин аміназину — 2,5%, 2,0 внутрішньом'язово 2 рази на добу (додаткова схема лікування, особливо аміназин); таблетки трифтазину — 5 мг 2 рази на добу.

Вплив нейролептичної та протитуберкульозної терапії на соціальне функціонування хворих, які страждають на ПШ із ККТ, показано на рис. 1.

При розробці засад психосоціальної реабілітації зазначеного контингенту пацієнтів необхідно враховувати негативний вплив нейролептичної терапії та опосередкований вплив протитуберкульозного лікування на всі сфери соціального функціонування. Заходи, які проводяться, повинні передбачати погіршення суб'єктивного самопочуття, яке обмежує функціональні можливості хворих, призводить до вираженої соціальної дезадаптації, зниження якості життя в цілому. Необхідно також враховувати клінічні прояви синдрому психомоторної індиферентності різного ступеня вираженості.

Для комплексного лікування хворих окреслено рекомендації щодо підвищення якості їхнього життя:

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

— психореабілітаційний впливбудується в напрямку нівелювання негативних наслідків базового психологічного чи емоційного відчуття незадово-

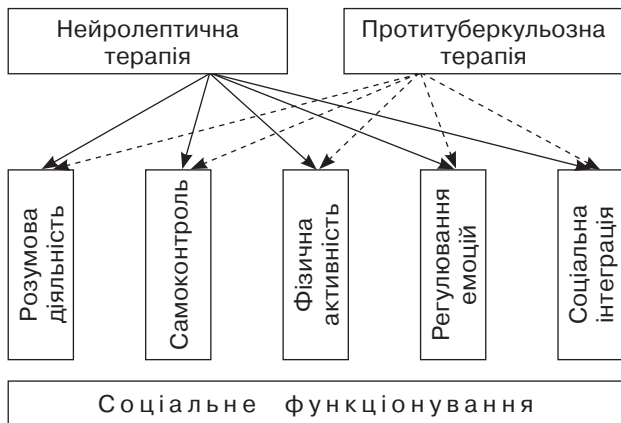


Рис. 1. Вплив нейролептичної та протитуберкульозної терапії на соціальне функціонування хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну із кістковим туберкульозом: —> значний вплив, знижує функціонування; - - - -> вплив, який знижує функціонування при паралельній психотропній терапії

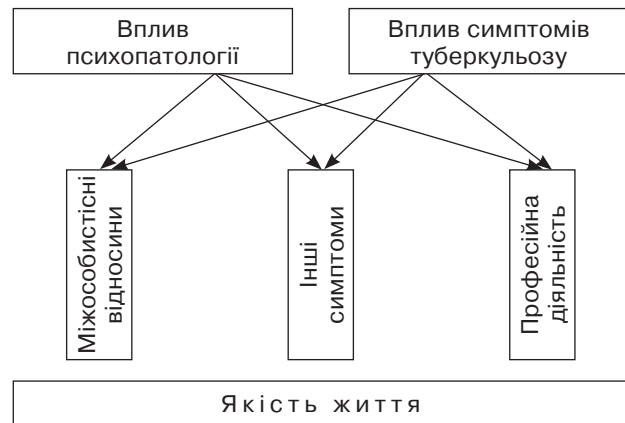


Рис. 2. Вплив психопатології та соматичних синдромів унаслідок туберкульозу на якість життя хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну із кістковим туберкульозом: —> значний вплив, знижує функціонування

леності, яке у більшості хворих стає фоном для виникнення проблем у всіх сферах функціонування;

— увага приділяється терапії як туберкульозу, так і психічного розладу, їх наслідкам і супровідним захворюваннями із метою відновлення відчуття фізичного благополуччя;

— спрямування впливу на відновлення самообслуговування і залежності у діях, які в цілому є більш складними об'єктами для терапевтичного впливу, оскільки залежать від сукупних об'єктивних умов, викликаних мікро- та макросоціальним середовищем;

— заходи психосоціальної реабілітації плануються, спираючись на показник загальної якості життя, а не лише на оцінку окремих сфер функціонування.

Вплив психопатології та соматичних синдромів унаслідок туберкульозу на якість життя хворих на ПШ із ККТ відображено на рис. 2.

Із точки зору якості життя хворих міжособистісні відносини під дією психопатології та симптомів туберкульозу вражаються найменше. У свою чергу, продуктивність у професійних ролях різко знижується. Підтвердженням цієї думки є аналіз інвалідності хворих, більша частина яких була інвалідами другої або третьої групи. Таким чином, збереженість міжособистісних відносин (а комунікативна сфера — провідний шлях для отримання та збереження інформації) є основою для заходів психосоціальної реабілітації при проведенні комплексного лікування цих хворих.

Схема взаємовпливу контекстуальних чинників та їх вплив на розвиток КДСПЛ у хворих на ПШ із ККТ подано на рис. 3.

За результатами кореляційного аналізу було встановлено, що до найбільш руйнівних контекстуальних чинників, що діють на хворих, належать: сімейні хвороби чи інвалідність, негативні події у дитинстві, соціальне оточення, а до таких, що змінюються під впливом заходів психосоціальної реабілітації, — труднощі в організації життєдіяльності, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, проблеми, пов'язані з первинною підтримкою оточуючих, коморбідна дезадаптація в умовах стаціонарного протитуберкульозного лікування, труднощі в організації життєдіяльності, психосоціальні обставини.

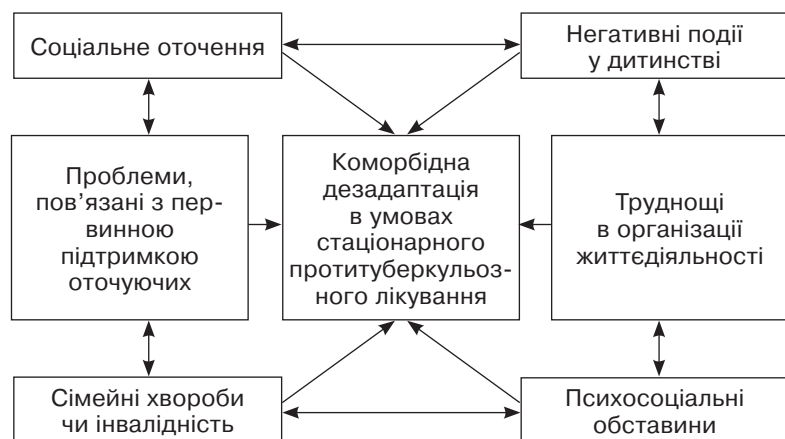


Рис. 3. Коло взаємовпливу між контекстуальними чинниками та їх впливу на розвиток коморбідної дезадаптації в умовах стаціонарного протитуберкульозного лікування у хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну із кістковим туберкульозом: незмінні або дуже складно змінюються; змінюються під впливом заходів психосоціальної реабілітації; після змін стають опорою для подолання проблем в інших сферах

наведені проблеми впливають не лише на розвиток КДСПЛ, а діють і як чинник посилення або виникнення інших проблем.

За результатами дослідження було встановлено, що як доповнення до медикаментозного лікування необхідно застосовувати чотири пізнавально-поведінкові стратегії, а саме: пізнавально-поведінкову терапію; програми навчання для заповнення нейрокогнітивного дефіциту; формування психологічного захисту у хворих; навчання соціальних навичок.

Для посилення «потенціалу відбудови» та «захисного потенціалу функціонування» необхідно переважання групової психотерапії над індивідуальною (навчання навичок у групі) та напрацювання (окремі заняття) комунікативних здібностей і відновлення міжособистісних відносин.

Сформульовано загальні умови проведення психосоціальної реабілітації хворих на ПШ із ККТ на трьох рівнях:

а) хворого — навчання навичок «оволодіння» наслідками обох хвороб, корекція перекручених хворобою соціальних позицій, інтеграція в суспільство, навчання навичок адаптації й вирішення проблем, профілактика рецидивів і кризові втручання, поступове розширення сфери відповідальності;

б) відділення — заповнення інформаційного дефіциту знань медперсоналу, зниження рівня стигматизації й самостигматизації, навчання вміння пізнавати перші ознаки загострення, підтримка й навчання людей, що перебувають в оточенні пацієнта, профілактика синдрому вигорання;

в) загальні — партнерство медичного персоналу та хворого, етапність впливів та заходів, що передбачає поступовий перехід від однієї форми психосоціальних заходів до іншої (від простих до більш складних), зменшення можливості рецидиву захворювання (адекватна психофармакотерапія).

До умов проведення заходів психосоціальної реабілітації хворим, які страждають на ПШ із ККТ, віднесено:

1) попередження рецидивів, що досягається обмеженням нереалістичних очікувань і вимог до функціонування пацієнта, а також зниженням рівня стресових факторів у госпітальному оточенні. Головною умовою психосоціальної реабілітації є зосередженість на проблемах, що виникають у пацієнтів та медичного персоналу при їх взаємодії та спілкуванні у стаціонарі. Включення у психосоціальну реабілітацію індивідуальної роботи з хворим, спрямованої на формування позитивної мотивації до неї;

2) на початку психосоціальної реабілітації особлива увага приділяється створенню довірчої атмосфери;

3) проведення психосоціальної реабілітації — обговорення й співвіднесення отриманої інформації з особистісним досвідом і переживаннями. Акцентування уваги на необхідності корекції перекручувань неправильно зрозумілої інформації, дезадаптивних установок і форм поведінки.

Для поліпшення внутрішнього клімату між пацієнтами та медичним персоналом запропоновано напрямки опрацювання таких інформаційних співбесід, які передбачають спілкування з хворими, що самі активно бажають контактувати з лікарем та медперсоналом; із пацієнтами з частими конфліктами, які провокують агресивні вчинки з боку інших хворих; із пацієнтами, що схильні до суїцидів та антисоціальних дій; із хворими, які мають емоційно-вольовий дефект та/або втратили навички до самообслуговування; з хворими, які відмовляються від підтримувального лікування.

Спираючись на викладене, розроблено модуль тематичних занять для хворих на ПШ із ККТ.

Модуль 1. Підвищення рівня медико-соціальних знань хворого. Забезпеченням реалізації блоку є: індивідуальні та групові сеанси, бесіди, лекції: «Хвороби та їх симптоми» (забезпечення інформацією про причини, клінічні прояви симптомів, тип перебігу, ефективність лікування ПШ); «Провокуючі ситуації» (визначення індивідуальних для пацієнтів ситуацій, що провокують загострення хвороби або ускладнення функціонування); «Соціальний аспект» (визначення значення загострення, перебігу та ремісії хвороби при різних соціальних подіях й взаємодіях (позитивний і негативний вплив соціальної підтримки)).

Модуль 2. Керування медикаментозною психофармакотерапією. Метою реабілітаційної роботи є забезпечення пацієнтів оптимальною й несуперечливою інформацією про основні ефекти та зменшення побічної дії ліків. Кінцевою метою занять є формування у пацієнтів «комплаєнса» до ліків.

Модуль 3. Удосконалення навичок оволодіння — здатності при вирішенні проблем у повсякденному житті. Цей модуль реалізується шляхом застосування когнітивних і поведінкових технік: релаксація, рольові ігри тощо. Зазначені техніки дають змогу нівелювати «патологічні» стратегії пацієнтів (уникнення проблем, соціальне усунення, обвинувачення і критичні випадки на себе та родину).

Модуль 4. Удосконалення навичок у вирішенні життєвих та побутових ситуацій (проблем). Метою модуля є посилення здатності пацієнтів вирішувати проблеми повсякденного життя шляхом використання багатоступінчастої моделі. Щодо існуючої проблеми, то ця модель включає її ідентифікацію, визначення альтернативних рішень, обговорення та вибір оптимального рішення, практичне застосування. Даний модуль використовується за

складністю проблем, а саме: від простої до більш складної із урахуванням ступеня оволодіння пацієнтом та родиною навичками їх вирішення.

Модуль 5. Тренінг навичок комунікативного зв'язку. Метою модуля є навчання пацієнтів та їх родин ефективному спілкуванню як між собою, так і із оточуючими людьми. Здебільшого це стосується вміння виражати свої позитивні емоції та почуття, висловлювати позитивні прямі запити, конструктивно виражати негативні почуття, слухати інших.

Узагальнюючи, можна зазначити, що проведення психосоціальної реабілітації пацієнтів із ПШ із ККТ починається після фармакологічної стабілізації психічного стану (редукція, зм'якшення психологічних розладів тощо). Відсутність гострої психотичної симптоматики є головною і загальною умовою для включення хворих у психосоціальну реабілітаційну роботу.

#### Список літератури

1. Борзенко А. С. Оценка эффективности стационарного этапа лечения при оказании противотуберкулезной помощи психически больным, страдающим туберкулезом легких / А. С. Борзенко, Е. Ю. Зубова, Ю. А. Яицкий // Проблемы туберкулеза и болезней легких.— 2007.— № 6.— С 37–40.
2. Фещенко Ю. І. Фтизіоепідеміологія / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник.— К.: Здоров'я, 2004.— 624 с.
3. Амлаев К. Р. Туберкулез легких у психических больных: эпидемиологические и клинические аспекты / К. Р. Амлаев, О. Д. Баронова // Профилактическая медицина.— 2011.— № 2.— С. 45–48.
4. Зубова Е. Ю. Туберкулез легких в психиатрических стационарах / Е. Ю. Зубова // Вестн. ТГУ.— 2012.— Т. 17, вып. 1.— С. 256–262.
5. Юр'єва Л. М. Психопатологічні порушення у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень / Л. М. Юр'єва, М. Г. Бобро // Таврич. журн. психіатрії.— 2005.— Т. 9, № 2.— С. 34–37.
6. Бобро М. Г. Корекція психічних розладів у хворих з вперше виявленим туберкульозом легень / М. Г. Бобро // Медичні перспективи.— 2005.— Т. 10, № 3.— С. 62–65.
7. Валецький Ю. М. Психоневротичні розлади та особливості психології у хворих на туберкульоз / Ю. М. Валецький // Інфекційні хвороби.— 2005.— № 4.— С. 87–90.
8. Валецький Ю. М. Особливості психіки та її розлади у хворих на туберкульоз легень / Ю. М. Валецький // Лікар. практика.— 2006.— № 1.— С. 28–31.

### КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С КОСТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А. В. ШИРОКОВ

**На основе комплексного обследования больных параноидной шизофренией, которые имели коморбидное заболевание — костный туберкулез, определены особенности клинико-психопатологической симптоматики и психосоциального функционирования респондентов. Отмечено, что комплексная терапия данного контингента должна учитывать клиническую картину обоих заболеваний, индивидуальную чувствительность к психофармакотерапии и противотуберкулезному лечению, их сочетание и действие побочных эффектов. Мероприятия психосоциальной реабилитации должны предусматривать ухудшение субъективного самочувствия, которое ограничивает функциональные возможности больных и приводит к выраженной социальной дезадаптации, а также проявления синдрома психомоторной индифферентности.**

*Ключевые слова: параноидная шизофрения, костный туберкулез, коморбидность, комплексное лечение, психосоциальная реабилитация.*

### COMPLEX TREATMENT AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA ACCOMPANIED BY BONE TUBERCULOSIS

O. V. SHIROKOV

**A comprehensive survey of patients with paranoid schizophrenia with bone tuberculosis revealed the features of clinical psychopathology and psychosocial functioning of respondents. It was determined that complex treatment of this group should include consideration of the clinical presentation of both diseases, individual susceptibility to psychopharmacotherapy and anti-tuberculosis treatment, their combination and side effects. Psychosocial rehabilitation measures should take into account deterioration of subjective well-being, which limits the function of patients and leads to severe social exclusion, as well as manifestations of syndrome of psychomotor indifference.**

*Key words: paranoid schizophrenia, bone tuberculosis, comorbidity, complex treatment, psychosocial rehabilitation.*

Надійшла 26.08.2015