

НЕВРОЛОГІЯ І ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8:364.12-008.9

*Є.В. Опря**Одеський національний медичний університет***ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ
ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ
З СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Представлено результати дослідження особливостей адаптаціогенезу хворих на шизофренію, що поєднана з хронічними соматичними розладами: серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом 2-го типу та ожирінням. Досліджено особливості соціальної реалізації, соціально-особистісного функціонування та суб'єктивної якості життя. Встановлено, що хворі на шизофренію з соматичними розладами характеризуються значно нижчим рівнем соціальної реалізації (нижчим освітнім рівнем, більш високим рівнем професійної та соціальної нереалізованості, обмеженням соціальних зв'язків і соціальною ізоляцією); низьким рівнем якості життя в сферах власного здоров'я загалом, фізичного та психічного здоров'я при серцево-судинних захворюваннях та ожирінні, емоційного функціонування при ЦД 2-го типу та соціального функціонування при ожирінні, а також наявністю значно виразніших ускладнень у соціально-особистісному функціонуванні в сферах соціально-корисної діяльності й обслуговування при ожирінні та у сферах соціальних відносин і неспокоїних патернів поведінки при ЦД 2-го типу. Найбільш негативно на соціальному функціонуванні хворих на шизофренію відзначалось її поєднання з ожирінням.

Ключові слова: шизофренія, соматичні захворювання, серцево-судинні розлади, цукровий діабет 2-го типу, ожиріння, соціальне функціонування, якість життя.

Вступ

За даними сучасних досліджень, шизофренія все частіше визнається системним захворюванням, при якому складні психопатологічні порушення часто супроводжуються супутніми соматичними розладами [1–5]. Саме з соматичними захворюваннями пов'язують високі показники смертності хворих на шизофренію, загальна тривалість життя яких виявляється на 15–25 років коротшою, ніж в загальній популяції населення [2]. Найбільш розповсюдженими причинами смерті хворих на шизофренію визнані ішемічна хвороба серця, інсульт, діабет 2-го типу, респіраторні захворювання та рак [3, 4]. Окрім високої смертності, соматичні розлади також асоційовані з негативним клінічним прогнозом і соціальною дезадаптацією при шизофренії [6]. І психічна, і соматична хвороба є

вагомими психотравмуючими факторами, що впливають на адаптаційні можливості пацієнтів, обмежують якість життя та соціальне функціонування, тому дослідження особливостей впливу соматичної хвороби на адаптаційні та функціональні можливості хворих на шизофренію в умовах високої розповсюдженості варіантів психосоматичної коморбідності набуває особливого значення.

Мета дослідження – дослідити особливості соціального функціонування та якості життя хворих на шизофренію з супутніми хронічними соматичними розладами.

Методи

Використано клініко-анамнестичний метод та проведено клініко-психопатологічне обстеження з використанням шкали особистісного й соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale (PSP) [7],

© Є.В. Опря, 2018

краткої форми опитувальника про стан здоров'я (The 36-Item Short Form Survey (SF-36) [8]. При обробці отриманих даних використані описовий аналіз і методи порівняльної статистики (t-критерій та точний метод Фішера).

Вибірку дослідження склали 186 хворих на шизофренію (F20), з яких в основні групи дослідження увійшли 136 осіб з хронічними соматичними захворюваннями: 50 – з серцево-судинними (ССЗ), 42 – з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2) та 44 з ожирінням; у контрольну групу увійшло 50 хворих на шизофренію без хронічних соматичних захворювань.

Загальними критеріями включення в дослідження для всіх дослідницьких груп були наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно критеріїв МКХ-10; тривалість захворювання на шизофренію не менше трьох років; вік хворого до 60 років; здатність пацієнтів приймати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні.

В основні дослідницькі групи залучалися хворі на шизофренію з компенсованими варіантами соматичних захворювань. В групу хворих на ССЗ не включалися пацієнти з постінсультними й постінфарктними станами, а також з наявністю інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні серцево-судинній патології. У групу хворих на ЦД2 увійшли особи без ознак ожиріння (ІМТ < 30) та без інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні ЦД2. Групу хворих з ожирінням склали особи з ІМТ < 30. Наявність коморбідних ожирінню соматичних захворювань, що були сформовані на фоні ожиріння, для хворих цієї групи не були критерієм виключення.

Результати та їх обговорення

За статтю сформовані групи статистично не відрізнялися. Групи хворих на шизофренію з ЦД2 та ожирінням були представлені в переважній більшості особами жіночої статі (61,9 та 65,91%), у групі хворих із ССЗ і контрольній групі представленість чоловіків і жінок була майже рівною (чоловіки склали 48,0% в обох групах, жінки – 52%). Усі дослідницькі групи в переважній більшості були представлені особами віком від 31 до 50 років.

Аналіз соціальної реалізованості обстежених хворих: їх освітній рівень, сімейний і професійний статус, а також особливості соціальних зв'язків за анамнестично-демографічними даними представлено в табл. 1.

За освітнім рівнем серед обстежених хворих в усіх групах переважали особи з середньою професійною або спеціальною освітою. При цьому серед хворих з ожирінням було значно менше осіб з повною вищою освітою (13,64%) порівняно з групою контролю (28%) при $p \leq 0,05$.

За професійним статусом більшість хворих в основних групах дослідження були не працюючими, у той час як переважна більшість осіб контрольної групи мали епізодичну зайнятість або працювали неповний робочий день. При цьому кількість непрацюючих осіб в основних групах дослідження була значно більшою (F20 з ССЗ – 44%; F20 з ЦД2 – 59,52% та F20 з ожирінням – 56,82%) порівняно з хворими контрольної групи (28%) при $p \leq 0,05$; $p \leq 0,002$ та $p \leq 0,003$.

За сімейним статусом серед хворих основних груп було менше осіб, що перебували у шлюбних відносинах, порівняно з контрольною групою, особливо серед хворих з ожирінням, серед яких кількість осіб, що перебували у шлюбі, була достовірно меншою (9,1%), а кількість самотніх осіб, що ніколи не перебували у шлюбі, – достовірно більшою (52,3%), ніж у контрольній групі (42 та 34% при $p \leq 0,002$ та $p \leq 0,05$ відповідно).

Соціальні зв'язки хворих основних груп були значно обмежені та в переважній більшості окреслювались членами батьківської родини (мати, батько, сиблінги). Значно менша кількість хворих основних груп підтримувала соціальні зв'язки з членами власної родини (чоловіком/дружиною, дітьми, онуками) (при F20 з ССЗ – 46%; при F20 з ЦД2 – 52,38%; при F20 з ожирінням – 40,9%) порівняно з контрольною групою (70%) при $p \leq 0,01$; $p \leq 0,005$ та $p \leq 0,003$, а також з друзями та знайомими (при F20 з ССЗ – 38%; при F20 з ЦД2 – 35,71%; при F20 з ожирінням – 20,4%) порівняно з контрольною групою (54%) при $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,001$.

Завдяки аналізу соціальних параметрів (рівня освіти, зайнятості та соціального статусу) виявлена наявність більш низького рівня соціальної реалізованості хворих основних груп порівняно з хворими контрольної групи. Так, серед хворих з соматичними захворюваннями значно більше було непрацюючих (незайнятих) осіб з обмеженими соціальними зв'язками, які окреслювались переважно батьківською родиною. Найбільш низький рівень соціальної реалізованості виявлено у хворих з ожирінням, у яких, окрім означеного, також

Таблиця 1. Соціальна реалізованість обстежених хворих за соціодемографічними даними, (M±m)%

Показник	Основні групи			Контрольна група (n=50)
	ССЗ (n=50)	ЦД 2 (n=42)	ожиріння (n=44)	
<i>Освітній рівень</i>				
Неповна середня (8 класів ЗОШ)	6,00±1,19	9,52±2,21	11,36±2,49	4,00±0,80
Середня (10 класів ЗОШ)	10,00±1,94	14,29±3,23	13,64±2,95	10,00±1,94
Середня професійна або спеціальна	46,00±6,90	45,24±8,17	47,73±8,02	44,00±6,72
Незакінчена вища	16,00±2,99	9,52±2,21	13,64±2,95	14,00±2,65
Повна вища	22,00±3,97	21,43±4,63	13,64±2,95*	28,00±4,85
<i>Професійний статус (зайнятість)</i>				
Не працює (безробітний, пенсіонер або інвалід)	44,00±6,72*	59,52±9,24**	56,82±8,68**	28,00±4,85
Студент	4,00±0,80	2,38±0,57	2,27±0,52	6,00±1,19
Повний робочий день (40 год на тиждень)	12,00±2,30	9,52±2,21	13,64±2,95	20,00±3,65
Неповний робочий день (епізодична зайнятість, почасова оплата)	40,00±6,32	28,57±5,89*	27,27±5,41*	46,00±6,90
<i>Сімейний статус</i>				
У шлюбі (офіційному або громадському)	34,00±5,64	28,57±5,89	9,10±2,02**	42,00±6,53
Розлучений / розлучена	20,00±3,65	16,67±3,71	25,00±5,03	16,00±2,99
Вдовець/вдова	12,00±2,30	14,29±3,23	13,60±2,95	8,00±1,57
Самотній (ніколи не перебував у шлюбі)	34,00±5,64	40,48±7,62	52,30±8,40*	34,00±5,64
<i>Соціальні зв'язки (відносини, що підтримуються)</i>				
З членами батьківської родини (мати, батько, сиблінги)	58,00±7,67	71,43±9,31	72,70±8,83	66,00±7,85
З членами власної родини (чоловік/дружина, діти, онуки)	46,00±6,90**	52,38±8,82*	40,90±7,31**	70,00±7,82
З друзями, знайомими	38,00±6,11*	35,71±6,98**	20,40±4,24**	54,00±7,47
Соціальна ізоляція	10,00±1,94	11,90±2,73	15,90±3,39*	4,00±0,80

Примітка. * p≤0,05; ** p≤0,01.

відмічалось зниження освітнього рівня (значно менша кількість осіб, що мають повну вищу освіту), сімейного статусу (більша кількість самотніх осіб, що ніколи не перебували у шлюбі) та набагато більша кількість осіб, що взагалі були соціально ізольованими, тобто не підтримували будь-яких соціальних контактів.

За даними шкали PSP (Personal and Social Performance), найнижчим рівнем соціально-особистісного функціонування характеризувалися хворі з ожирінням – (43,40±1,72) бала порівняно з контрольною групою – (54,70±1,88) бала при p≤0,05 (рис. 1).

Щодо рівня ускладнень за окремими сферами функціонування (модулями шкали

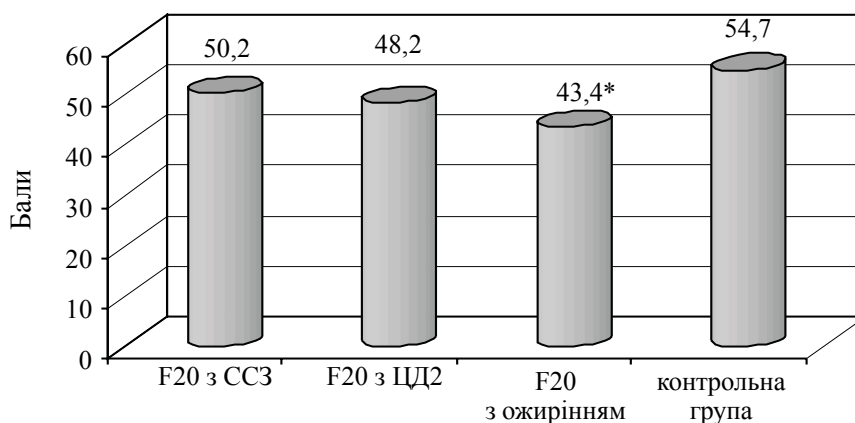


Рис. 1. Загальний рівень соціально-особистісного функціонування.

*Статистично вірогідні відмінності між основною та контрольною групами

PSP), виявлено, що у хворих обстежених груп (табл. 2) з ЦД2 він був значно вищим у сферах особистісних і соціальних стосунків – (4,3±

самообслуговування – (3,4±0,26) бала, які суттєво обмежували виконання відповідних функцій у цій сфері та були очевидними для оточу-

Таблиця 2. Рівень ускладнень соціально-особистісного функціонування хворих обстежених груп за модулями PSP, (M±m)%

Модуль PSP	Основні групи дослідження			Контрольна група (n=50)
	ССЗ (n=50)	ЦД 2 (n=42)	ожиріння (n=44)	
Соціально-корисна діяльність	4,40±0,23	4,20±0,20	4,70±0,26*	4,10±0,23
Особистісні та соціальні взаємовідносини	3,80±0,18	4,30±0,22*	3,80±0,24	3,60±0,20
Самообслуговування	2,70±0,21	2,40±0,18	3,40±0,26*	2,35±0,20
Неспокійні та агресивні патерни поведінки	1,30±0,08	1,80±0,14*	1,40±0,12	1,20±0,11

Примітка. * p≤0,05.

0,22) бала, які вони не могли вирішити самостійно та потребували спеціальної професійної допомоги, порівняно з контрольною групою, де рівень ускладнень у цій сфері дорівнював (3,6±0,20) бала при p≤0,05 та відповідав рівню ускладнень, з якими хворі мали змогу справлятися самостійно. Окрім того, у хворих з ЦД2 також відзначався більш виразний рівень ускладнень у сфері неспокійних і агресивних патернів поведінки – (1,8±0,14) бала, що відповідали слабкому рівню, помітному лише близькому колу оточення, у той час як у хворих контрольної групи ускладнення в сфері соціального функціонування здебільшого були відсутні – (1,2±0,11) бала, p≤0,05.

Хворі з ожирінням мали значно вищий рівень ускладнень у сфері соціально-корисної діяльності – (4,7±0,26) бала, та характеризували їх, як ті, що сильно перешкоджають виконанню функцій в даній сфері та часто потребують професійної допомоги з відновлення функціонування порівняно з контрольною групою, де рівень ускладнень за даною сферою становив (4,10±0,23) бала, що також відображало наявність значних ускладнень, але здатність функціонувати самостійно здебільшого зберігалась, хоча і не завжди була адекватною. Також у хворих з ожирінням більш вираженими виявилися ускладнення у сфері

ючих, порівняно з хворими контрольної групи, де рівень ускладнень у сфері самообслуговування дорівнював (2,35±0,20) бала, p≤0,05, тобто був слабо вираженим, помітним лише вузькому колу близьких осіб.

При розподілі обстежених хворих на групи за рівнем ускладнень соціально-особистісного функціонування (табл. 3) виявлено, що в основних групах було менше осіб з наявністю незначних порушень, особливо серед хворих з ожирінням, серед яких взагалі не було осіб з незначними порушеннями, та серед хворих із ССЗ, серед яких незначні порушення відзначались лише в 2% випадків, порівняно з контрольною групою, де кількість осіб з незначними порушеннями була значно більшою (14,0%), p≤0,05. Кількість хворих основних груп з дуже значними ускладненнями виявлялася більшою, але без статистичної різниці з групою контролю.

Отримані дані свідчать, що хворі на шизофренію з супутніми соматичними розладами характеризуються нижчим рівнем соціально-особистісного функціонування порівняно з хворими без хронічної соматичної обтяженості.

Також хворі на шизофренію з соматичними розладами нижче оцінювали загальний рівень якості свого життя, особливо хворі на

Таблиця 3. Розподіл хворих за ступенем ускладнень соціально-особистісного функціонування

Рівень ускладнень, балів	Основні групи дослідження			Контрольна група (n=50)
	ССЗ (n=50)	ЦД 2 (n=42)	ожиріння (n=44)	
100–71 (відсутні або незначні ускладнення)	2,00±0,40*	4,76±1,13	0*	14,00±2,65
70–31 (значні ускладнення різного ступеня важкості)	88,00±6,22	85,71±7,90	90,90±6,37	80,00±7,30
30–1 (дуже значні ускладнення, потреба в постійному надзорі)	10,00±1,93	9,52±2,21	9,10±2,02	4,00±0,80

Примітка. * p≤0,05.

ССЗ – (49,61% бала), та ожиріння – (48,54% бала), порівняно з контрольною групою (59,05% бала) при $p \leq 0,05$ (рис. 2).

(у хворих з ССЗ відповідно 66,40% та 56,75% бала та у хворих з ожирінням 61,70 та 55,75% бала при $p \leq 0,05$, порівняно з контрольною групою

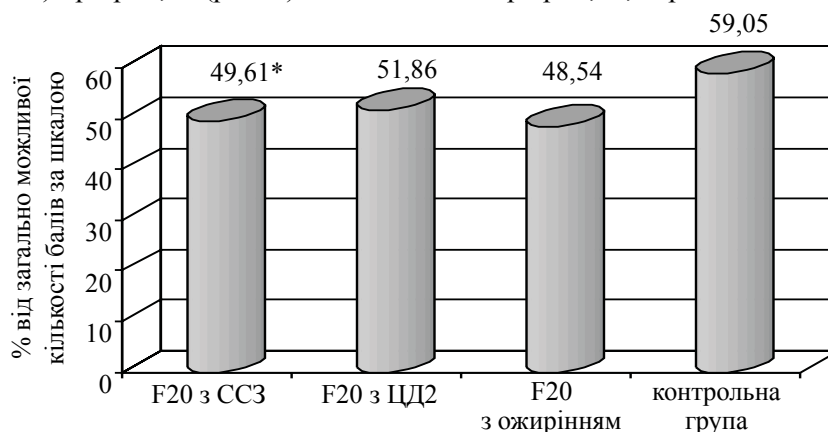


Рис. 2. Загальний рівень суб'єктивної якості життя хворих обстежених груп.

* Статистично вірогідні відмінності між основною та контрольною групами

Результати оцінки рівня якості життя за окремими сферами функціонування наведено в табл. 4.

(77,7 та 69,5% бала); психічного здоров'я (у хворих з ССЗ 27,8% бала і хворих з ожирінням 29,5% бала при $p \leq 0,01$ і $p \leq 0,05$

Таблиця 4. Рівень якості життя за окремими сферами функціонування, бали/%

Шкали SF-36	Основні групи дослідження			Контрольна група (n=50)
	ССЗ (n=50)	ЦД 2 (n=42)	ожиріння (n=44)	
Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF)	13,28/66,4*	14,12/70,60	12,34/61,70*	15,54/77,70
Рольове (фізичне) функціонування (Role-Physical Functioning – RPh)	2,27/56,75*	2,43/60,75	2,23/55,750*	2,78/69,50
Інтенсивність болю (Bodily pain – BP)	5,16/51,60	5,72/57,20	5,45/54,50	6,03/60,30
Загальний стан здоров'я (General Health – GH)	8,92/44,60*	8,64/43,20**	9,12/45,60*	11,16/55,80
Життєва активність (Vitality – VT)	8,72/43,60	9,58/47,90	8,64/43,20	9,76/48,80
Соціальне функціонування (Social Functioning – SF)	4,19/52,40	4,53/56,60	3,50/43,70**	4,82/60,30
Рольове (емоційне) функціонування (Role-Emotional – RE)	1,61/53,70	1,45/48,20*	1,63/54,30	1,84/61,30
Психічне здоров'я (Mental Health – MH)	6,95/27,80**	7,60/30,40	7,38/29,50*	9,68/38,70

Примітка. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

В усіх сферах функціонування, що аналізувалися за опитувальником SF-36, показники якості життя хворих основних груп були нижчими за такі у контрольній групі, особливо в оцінці загального стану здоров'я (у хворих з ССЗ – 44,6% бала, у хворих з ЦД2 – 43,3% бала та у хворих з ожирінням – 45,6% бала при $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,05$, порівняно з контрольною групою, де показник без балів складав 55,8%); фізичного та рольового функціонування, що обумовлено фізичним станом

порівняно з контрольною групою (38,7% бала); соціального функціонування (у хворих з ожирінням 43,7 при $p \leq 0,01$, порівняно з контрольною групою – 60,3) та рольового емоційного функціонування, тобто обмеження функціонування за рахунок емоційного стану (у хворих з ЦД 2 – 48,2% бала при $p \leq 0,05$ порівняно з контрольною групою – 61,3% бала).

Хворі на шизофренію з соматичними захворюваннями нижче оцінювали якість свого

життя. У хворих на шизофренію з ССЗ і ожирінням виявлялось зниження фізичного функціонування та обмеження повсякденного функціонування, обумовленого фізичним станом, а також пригніченням психічного стану: наявністю виразних депресивних і тривожних переживань; у хворих на ЦД2 – зниженням повсякденного функціонування, що обумовлено емоційним станом, а у хворих з ожирінням ще й зниженням соціального функціонування; та загалом зниженням загального рівня здоров'я, що було притаманно всім хворим з соматичними розладами. Зазначене свідчить про значне зниження рівня якості життя хворих на

шизофренію при її поєднанні з соматичними розладами.

Результати проведеного дослідження свідчать, що поєднання шизофренії з соматичними захворюваннями пов'язане із заглибленням рівня соціальної дезадаптації хворого, зокрема зниженням соціальної реалізованості, соціального функціонування та якості життя, що обумовлює їх негативний соціальний прогноз та потребує прицільної уваги клініцистів при розробці стратегій лікування. Найбільш небезпечним в плані соціального функціонування виявляється поєднання шизофренії з ожирінням.

Література

1. *Vial-Cholley E.* Psychiatric disorders and somatic pathologies / E. Vial-Cholley // *Soins Psychiatre.* – 2010. – № 268. – P. 9–16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20540387>
2. *David J. Castle.* Physical Health and Schizophrenia / David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran // Oxford University Press, 2017. – 136 p.
3. *Cohen A.* Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями // Всемирная организация здравоохранения, 2017. – 44 с. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/342915/Comorbidity-report_R-web.pdf
4. *Dieset I.* Somatic comorbidity in schizophrenia: some possible biological mechanisms across the life / I. Dieset, O.A. Andreassen, U.K. Haukvik // *Span. Schizophrenia Bulletin.* – 2016. – Vol. 42. – Issue 6. – P. 1316–1319. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw028>
5. *Tandon R.* Medical comorbidities of schizophrenia / R. Tandon // *Digest of Psychiatry.* – 2013. – Vol. 42, № 3. – P. 51–55.
6. *Задорожная О.В.* Особенности адаптации и качества жизни пациентов с шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом // О.В. Задорожная, Ю.В. Дроздовский // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2012. – № 1 (70). – С. 8–11. <https://elibrary.ru/item.asp?id=17684632>
7. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* – 2000. – № 101. – P. 323–329.
8. *Ware J.E.* SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. – Boston, Mass. – 1994. – 238 p.

References

1. *Vial-Cholley E.* (2010). Psychiatric disorders and somatic pathologies / E.Vial-Cholley. *Soins Psychiatre*, № 268, pp. 9–16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20540387>
2. *David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran* (2017). *Physical Health and Schizophrenia.* Oxford University Press, 136 p.
3. *Cohen A.* (2017). Resheniie problem komorbidnosti mezhdru psikhicheskimi rasstroistvami i osnovnymi neinfektsionnymi zabolevaniiami [Solving the problems of comorbidity between mental disorders and major noncommunicable diseases]. *Vsemirnaia orhanizatsiia zdravookhraneniia – World Health Organization*, 44 p. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/342915/Comorbidity-report_R-web.pdf [in Russian].
4. *Dieset I., Andreassen O.A., Haukvik U.K.* (2016). Somatic comorbidity in schizophrenia: some possible biological mechanisms across the life. *Span. Schizophrenia Bulletin*, vol. 42, iss. 6, pp. 1316–1319. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw028>
5. *Tandon R.* (2013). Medical comorbidities of schizophrenia. *Digest of Psychiatry*, vol. 42, № 3, pp. 51–55.

6. Zadorozhnaia O.V., Drozdovskyi Yu.V. (2012). Osobennosti adaptatsii i kachestva zhizni patsientov s shizofreniiei, stradaiushchikh khronicheskim virusnym hepatitom [Features of adaptation and quality of life of patients with schizophrenia suffering from chronic viral hepatitis]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii – Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*, № 1 (70), pp. 8–11. <https://elibrary.ru/item.asp?id=17684632> [in Russian].

7. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, № 101, pp. 323–329.

8. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. (1994). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass, 238 p.

Е.В. Опря

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Представлены результаты исследования особенностей адаптации больных шизофренией, сочетанной с хроническими соматическими расстройствами: сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом 2-го типа и ожирением. Установлено, что больные шизофренией с соматическими расстройствами характеризуются более низким уровнем социальной реализации (низким образовательным уровнем, более высоким уровнем профессиональной и социальной нереализованности, ограничением социальных связей и социальной изоляцией), низким уровнем качества жизни в сферах собственного здоровья в целом, физического и психического здоровья при сердечно-сосудистых заболеваниях и ожирении, эмоционального функционирования при СД 2-го типа и социального функционирования при ожирении, а также наличием более выраженных осложнений в социально-личностном функционировании в сферах социально полезной деятельности и самообслуживании при ожирении и в сферах социальных отношений и беспокойных паттернов поведения при СД 2-го типа. Наиболее негативно на социальном функционировании больных шизофренией отражалось её сочетание с ожирением.

Ключевые слова: шизофрения, соматические заболевания, сердечно-сосудистые расстройства, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, социальное функционирование, качество жизни.

Ye. V. Oprya

QUALITY OF LIFE AND SOCIAL FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH ASSOCIATED SOMATIC PATHOLOGY

The paper presents the results of a study of the features of adaptation of schizophrenic patients with combined chronic somatic disorders: cardiovascular disorders, diabetes mellitus of type 2 and obesity. Were established that schizophrenic patients with combined somatic disorders are characterized by a lower level of social realization (low educational level, higher level of professional and social failure, limited social ties and social exclusion); low quality of life in the areas of own health in general, physical and mental health in case of cardiovascular disorders and obesity, emotional functioning in case of diabetes mellitus and social functioning in case of obesity; and the presence of more pronounced complications in social and personal functioning in the areas of socially useful activities and self-care in obesity and in the areas of social relations and restless patterns of behavior in diabetes mellitus of type 2. Combination of schizophrenia with obesity was most negative effect for the social functioning patients.

Keywords: schizophrenia, somatic diseases, cardiovascular disorders, diabetes mellitus of type 2, obesity, social functioning, quality of life.

Надійшла до редакції 12.11.18

Контактна інформація

Опря Євген Васильович – доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 65000, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.

E-mail: yoprya@yahoo.com.