

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-го ТИПУ (стратегія, принципи, завдання та методи терапії)

Одеський національний медичний університет

На основі проведеного комплексного клініко-психопатологічного дослідження особливостей клінічних проявів, сприйняття психічної та соматичної хвороби, а також соціально-особистісного функціонування та якості життя хворих на шизофренію з цукровим діабетом 2-го типу розроблено та апробовано програму комплексної реабілітації цих пацієнтів. Виявлено високу ефективність запропонованої системи комплексної реабілітації порівняно з традиційними методами лікування.

Ключові слова: шизофренія, цукровий діабет 2-го типу, комплексна реабілітація.

Шизофренія внаслідок різноманітних причин є фактором ризику розвитку метаболічних порушень, зокрема цукрового діабету 2-го типу (ЦД-2). Так, за даними літератури, частота розвитку ЦД-2 при шизофренії у 2–3 рази вища, ніж у загальній популяції населення [1]. Причини його розвитку у хворих на шизофренію пов'язують з особливостями вроджених порушень вуглеводного обміну, а саме — толерантністю до глюкози та інсулінорезистентністю, наслідками нейролептичної терапії, специфікою психопатологічних порушень, що зумовлюють нездоровий спосіб життя. Враховуючи дію психотропної терапії та її вплив на метаболічні процеси, лікування шизофренії за наявності ЦД-2 явно ускладнюється та має певні труднощі за рахунок інтеркурентності соматичних та психопатологічних проявів [2–4]. На сьогодні більшість поданих у літературі досліджень присвячено передусім визначенню факторів та механізмів формування ЦД-2 при шизофренії або впливу конкретних нейролептиків на метаболічні процеси, однак даних про специфіку клініко-психопатологічних проявів психозу при його поєднанні з ЦД-2, які мають стати провідними мішенями у виборі терапевтичних стратегій у лікуванні хворих цієї групи, немає.

Мета запропонованої роботи — розробити та запровадити у практику комплексну програму реабілітації хворих на шизофренію з ЦД-2 з урахуванням їх клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей.

У комплексному дослідженні взяли участь 92 хворих на шизофренію (F20 за МКХ-10), з яких основну групу становили 42 пацієнти з ЦД-2 без ожиріння (ІМТ < 30), контрольну — 50 осіб без хронічних соматичних захворювань. До апробації розробленої програми комплексної реабілітації хворих на шизофренію з ЦД-2 залучено 36 осіб.

Загальними критеріями включення у дослідження були наявність верифікованого діагнозу шизофренія (F20) тривалістю не менше трьох років; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнта брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань, та наявність інформованої згоди на участь у ньому. До загальних критеріїв виключення віднесено: наявність органічних захворювань центральної нервової системи; виражені когнітивні та психопатологічні порушення, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій, відповідність стану постшизофренічній депресії (F20.4).

Сформовані групи дослідження за основними соціодемографічними показниками достовірно не відрізнялись. У них були представлені переважно жінки (61,9% в основній групі та 52% — у контрольній) віком від 30 до 50 років. Середній вік хворих основної групи — 39,6 року, контрольної — 37,8.

Використовувалися такі методи дослідження: клініко-психопатологічний, що доповнювався клінічною рейтинговою шкалою позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) для оцінки психопатологічних проявів; психодіагностичний із модифікованим варіантом методики Дембо — Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного та фізичного здоров'я; адаптований варіант SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) для оцінки рівня інсайту психічної хвороби; короткий опитувальник сприйняття хвороби (КОВБ, ВІРQ) в адаптації В. М. Ялтонського; шкала особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale (PSP)) та коротка форма опитувальника про стан здоров'я (The 36-Item Short Form Survey (SF-36)) для оцінки якості життя хворих.

Згідно з результатами дослідження як специфічні клініко-психопатологічні ознаки шизофренії, поєднаної ЦД-2, визначено вираженість галюцинаторної симптоматики, у структурі якої переважали комплексні галюцинації, і загальної психопатологічної симптоматики, зокрема депресивної та іпохондричної; наявність симптомів збудження, порушень уваги та імпульсивності, які в сукупності виявлялися у формуванні дисфоричних розладів настрою.

Щодо особливостей сприйняття соматичної та психічної хвороби пацієнти характеризувалися наявністю часткового рівня усвідомлення та критичності щодо психічного захворювання; сприйняттям більш високої загрози психічного розладу порівняно з соматичним, що відображалося у підвищенні рівня психологічного дистресу, обумовленого усвідомленням наявності та наслідків психічного розладу й неможливістю його контролювати; ототожненням симптомів соматичного та психічного захворювань.

При поєднанні шизофренії з ЦД-2 було встановлено високий ризик соціально-психологічної небезпеки, що виявлялося професійною нереалізованістю, обмеженістю та звуженням соціальних зв'язків, зниженням якості життя у сферах загального стану здоров'я та свого рольового функціонування, обумовленого емоційним станом. Відзначено підвищений рівень ускладнень у соціально-особистісному функціонуванні хворих у сферах соціально корисної діяльності, особистісних і соціальних взаємин та агресивних патернів поведінки, зниження рівня комплаєнсу, особливо за факторами, що пов'язані з пацієнтом та його ставленням до медикації.

Враховуючи відзначені прояви шизофренії, поєднаної з ЦД-2, нами виділено основні напрямки комплексної реабілітації таких хворих: 1) редукція психотичної симптоматики та стабілізація психічного стану хворого з урахуванням особливостей соматичного стану (психотропна терапія); 2) лікування та профілактика загострень ЦД-2 (соматотропна терапія) на фоні психотропної терапії; 3) формування усвідомлення пацієнтом наявності у нього поєднання психічної та соматичної хвороб, з чітким розумінням проявів, симптомів та механізмів розвитку кожної окремо; 4) формування у пацієнта навичок контролю соматичного стану (контроль симптому); 5) формування у пацієнта та його оточення навичок контролю стресу для запобігання провокацій запуску психопатологічної симптоматики; 6) корекція способу життя пацієнтів в умовах поєднаних психосоматичних станів; 7) підвищення рівня соціальної компетентності та адаптації пацієнтів.

Відповідно до сучасних рекомендацій з лікування шизофренії реалізація виділених завдань

(напрямків) здійснювалася поетапно, враховуючи фазність перебігу хвороби, та включала три етапи.

На *першому етапі* (терапія гострої фази) провідним завданням лікування була редукція тяжкості психопатологічної симптоматики та супровідних симптомів за рахунок оптимально підбраної психотропної терапії. Препаратами вибору для лікування шизофренії відповідно до сучасних стандартів визнано атипові нейролептики. При виборі нейролептики у терапії хворих на шизофренію з ЦД-2 обов'язковою вимогою є наявність мінімального ризику метаболічних порушень та відсутність несприятливого впливу на досягнення компенсації ЦД-2 на фоні антидіабетичної терапії. Слід дотримуватись загальних принципів призначення нейротропної терапії, що включають індивідуальний підхід, з урахуванням особливостей психопатологічного та соматичного станів; за можливості — монотерапевтичний підхід; ретельну фільтрацію дози (її поступове збільшення або зменшення для визначення індивідуальної переносимості препарату, його впливу на стан пацієнта та попередження небажаних побічних ефектів).

У зв'язку з цим рекомендовані такі нейролептики: зипрасидон, арипіпразол та амісультрид. Враховуючи виражену депресивну симптоматику, наявність дисфоричних розладів настрою та симптомів збудження, перевага у використанні надається зипрасидону, який поєднує в собі антидепресивний і седативний ефекти та дає змогу купірувати психомоторне збудження, за рахунок чого стає можливим досягти бажаного ефекту у редукції провідної симптоматики монотерапією. Використання арипіпразолу та амісультриду також дає антидепресивний ефект, однак потребує у разі необхідності додаткової седативної терапії. Нейролептики оланзапін, клозапін та аміназин, що мають високий ризик можливих метаболічних порушень і, зокрема, впливають на вуглеводний обмін, не рекомендовані для призначення хворим на ЦД-2.

У випадках коли монотерапія нейролептиком є недостатньою для редукції загальної психопатологічної симптоматики, у схему лікування рекомендовано включати також антидепресанти, дія яких поєднується з анксиолітичною та седативною, а також транквілізатори, критерієм вибору яких є мінімальний ризик метаболічних порушень. Серед антидепресантів перевага надається тразодону, можливе й використання доксерпіну, міансерину та азафену. Призначення транквілізаторів зумовлено необхідністю забезпечення додаткового седативного та вегетостабілізуючого ефекту, тому як препарати вибору рекомендовано феназепам та діазепам.

Фармакотерапія хворих на шизофренію з ЦД-2 потребує особливої обережності та проводиться

в умовах щоденного моніторингу рівня глюкози натщесерце та показників тиску. Окрім того, обов'язковим та регулярним є контроль ваги, оцінка ліпідного профілю, глікірованого гемоглобіну, креатиніну та альбумінів у сечі.

Паралельно з психотропною терапією ведуться постійний контроль за соматичним станом та корекція антидіабетичної терапії лікарем-ендокринологом.

На першому етапі розпочинається робота з формування усвідомлення пацієнтом наявності у нього психічної й соматичної хвороб з чітким розумінням проявів, симптомів та механізмів розвитку кожної з них, у рамках чого використовуються психоосвітні заходи, підтримуюча та когнітивно-поведінкова психотерапія. Пацієнту роз'яснюється наявність у нього поєданого варіанта психічного та соматичного захворювань, акцентується увага на механізмах розвитку кожного, проявах, особливостях терапії, важливості та можливості контролю соматичного симптому і загострень психопатологічного стану. Завданням психотерапевтичної та психоосвітньої роботи на цьому етапі є усвідомлення хворим наявності соматичного та психічного захворювань, зниження почуття страху, безнадії та безпорадності, декомпенсація проявів та наслідків хвороб, усвідомлення можливостей своєчасно розпізнавати симптоми (контролювати симптом) та попереджати загострення як психопатологічної симптоматики, так і ЦД-2, а також формування мотивації та активної позиції співучасті у процесі лікування, дотримання режиму прийому ліків, дієти, фізичної активності та щоденного моніторингу показників крові й тиску.

Другий етап терапії (стабілізаційна фаза) полягає у продовженні психотропної терапії та розширенні спектра психотерапевтичної й психоосвітньої роботи. Основними завданнями на цьому етапі є формування навичок контролю соматичного симптому, стресу та підвищення рівня соціально-психологічної адаптації хворих. Перевага терапії надається груповим формам роботи. Групова психотерапія є чітко структурованою та являє собою тематичні сесії (тематика задається ведучим), що включають групову дискусію та практичні вправи, спрямовані на формування й опрацювання необхідних навичок. У рамках групової роботи обговорюються варіанти та наслідки різних типів ставлення до стану власного здоров'я, визначення тригерів (маркерів) небезпеки загострення ЦД-2 та їх розпізнавання, опрацюються навички розпізнавання тілесних проявів, емоцій та турботи про себе, обговорюються способи й опрацюються навички контролю стресу, специфіки власного емоційного реагування та можливі інші варіанти, які

дають змогу уникнути стресу або послабити його. У роботі використовуються техніки та вправи когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої терапії й арт-терапії. Окрема увага приділяється корекції способу життя, важливості фізичної активності, організації правильного харчування та дотримання дієти. Заохочується розвиток соціальних інтересів, формування груп взаємопідтримки та взаємодопомоги, обміну досвідом. Групові форми роботи дають змогу розширити сфери контактів хворих, надають можливості для безпечної соціальної взаємодії та опрацювання комунікативних навичок, що сприяє соціально-психологічній адаптації хворих.

Рекомендовано проведення психотерапевтичної та психоосвітньої роботи з оптимізації сімейного функціонування хворого. Психоосвітній напрямок передбачає навчання хворого та членів його сім'ї того, як розпізнавати та долати фактори, що провокують загострення психічного стану. Проводиться робота щодо налагодження відносин у сім'ї, роз'яснення та розуміння специфіки і проявів хвороби, опрацюються способи та варіанти поведінки близьких щодо мінімізації психологічної травматизації, яка може призвести до загострення психічного стану. У рамках психотерапевтичної роботи із сім'єю застосовуються системно-орієнтовані підходи, що спрямовані на діагностику сімейних дисфункцій, трансформацію та оптимізацію комунікацій між членами сім'ї, зниження рівня психоемоційної напруги, що сприяє зниженню потенційного ризику рецидиву психопатологічного стану. Підкреслюється необхідність постійного моніторингу як соматичного, так і психічного стану хворого членами його сім'ї та необхідність своєчасного звернення до спеціалістів.

На *третьому етапі* (стабільна фаза) продовжується підтримуюча фармакотерапія та рекомендовано відвідування хворими психокорекційних та психотерапевтичних груп (з розвитку комунікативних навичок, груп взаємопідтримки та взаємодопомоги, арт-терапевтичних груп), передусім спрямованих на соціально-психологічну реабілітацію, підвищення соціальної компетентності та розширення можливостей соціальної взаємодії хворих.

В апробації запропонованої комплексної програми реабілітації хворих на шизофренію з ЦД-2 взяли участь 35 осіб, серед яких 18 — пройшли курс лікування за означеною програмою, 17 — курс традиційної терапії. Було проаналізовано вираженість психопатологічної симптоматики, особливості соціально-особистісного функціонування та рівень якості життя хворих за результатами лікування. Згідно з отриманими даними доведено високу ефективність запропонованої програми комплексної реабілітації хворих порівняно з традиційним лікуванням. Так, пацієнти, що пройшли

реабілітацію за програмою, характеризувалися значно нижчими показниками вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS ($21,7 \pm 1,16$ бала) порівняно з хворими, які отримували традиційне лікування ($30,13 \pm 1,24$ бала), при $p \leq 0,05$, особливо за рахунок значної редукції загальної психопатологічної симптоматики, зокрема депресивної, іпохондричної та соціальної відгородженості; а також більш високим рівнем соціально-особистісного функціонування (шкала PSP), передусім у сфері особистісних та соціальних взаємовідносин ($1,8 \pm 0,16$) та більш високими показниками загального рівня якості життя за шкалою SF-36 (72,3%) порівняно з особами, котрі отримували традиційне лікування ($2,6 \pm 0,20$ бала за шкалою PSP та 65,2% за шкалою SF-36), $p \leq 0,05$.

Результати дослідження, що свідчать про ефективність запропонованої комплексної програми реабілітації, дають змогу рекомендувати її для впровадження в практику надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію при її поєднанні з ЦД-2.

Список літератури

1. Шизофрения и сахарный диабет — причинно-следственные связи / Т. Pillinger, К. Beck, С. Gobjila [et al.] // JAMA Psychiatry.— 2017.— URL: <http://internist.ru/publications/detail/shizofreniya-i-saharnyy-diabet-prichinno-sledstvennye-svyazi/>
2. Барденштейн Л. М. Шизофрения и сахарный диабет типа 2 (вопросы коморбидности и психотерапии): учеб. пособ. / Л. М. Барденштейн, А. М. Мкртумян, Г. А. Алешкина.— М.: ИНФРА-М, 2013.— 83 с.— URL: <http://docplayer.ru/55855163-Shizofreniya-i-saharnyy-diabet-tipa-2.html>
3. Сінайко В. М. Роль нейролептичної терапії у розвитку метаболічного синдрому у хворих на шизофренію (огляд літератури) / В. М. Сінайко, О. В. Земляніцина // Архів психіатрії.— 2010.— Т. 16, № 2 (61).— С. 175–181.
4. Antipsychotic induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia / D. E. Casey, D. W. Haupt, J. W. Newcomer [et al.] // J. Clin. Psychiatry.— 2004.— Vol. 65 (suppl. 7).— P. 4–18.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА (стратегия, принципы, задачи и методы терапии)

Е. В. ОПРЯ

На основании проведенного комплексного клинико-психопатологического исследования особенностей клинических проявлений, восприятия психической и соматической болезни, а также социально-личностного функционирования и качества жизни больных шизофренией с сахарным диабетом 2-го типа разработана и апробирована программа комплексной реабилитации этих пациентов. Выявлена высокая эффективность предложенной системы комплексной реабилитации по сравнению с традиционными методами лечения.

Ключевые слова: шизофрения, сахарный диабет 2-го типа, комплексная реабилитация.

COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, COMBINED WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS (strategy, principles, objectives and therapeutic methods)

Ye. V. OPRIA

Based on the implemented comprehensive clinical and psychopathological study of the features of clinical manifestations, perception of mental and physical illness, as well as the features of social and personal functioning and life quality of schizophrenic patients with type 2 diabetes mellitus, we have developed and tested the integrated rehabilitation program for these patients. A high efficiency of the proposed system of comprehensive rehabilitation in comparison with the standard therapeutic methods, was revealed.

Keywords: schizophrenia, type 2 diabetes mellitus, complex rehabilitation.

Надійшла 21.11.2018