

знижуються здатність до критичної оцінки аддиктивної поведінки та її наслідків для власного здоров'я.

Отже, етіопатогенез аддиктивних розладів при бойовій ситуації ще недостатньо досліджений та потребує певного перегляду діагностичних і експертних підходів до військовослужбовців, які проходять службу в бойових умовах, а також поглядів на методи психопрофілактики і лікування осіб з усіма формами аддикцій, включаючи аддиктивну поведінку.

Список літератури

1. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу / К. В. Аймедов, А. Е. Волощук, Ю. О. Асеева, О. А. Толмачов // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2. С. 128—129. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43.

2. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації / [Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін.]. Х. : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.

3. Донцов Д. А., Донцова М. В. Психосоциальный подход как многогранное научно-практическое направление в экстремальной психологии и психологической помощи // Профессиональный и организационный стресс: диагностика, профилактика и коррекция : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (г. Астрахань, 7—8 октября 2011 г.) / под ред. Б. В. Кайгородова и Н. В. Майсак. Астрахань : Астраханский гос. ун-т, 2011. С. 16—20.

4. Друзь О. В. Афективні розлади при залежності від опіоїдів: (епідеміологічні, клініко-діагностичні, терапевтичні та реабілітаційні аспекти) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : 14.01.17 — Наркологія / Друзь Олег Васильович ; Нац. акад. мед. наук України, Держ. установа «Ін-т неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Х., 2013. 27 с.

5. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія за ред. Волошин П. В., Марута Н. О. Х.: Видавець Строков Д. В., 2016. 335 с.

6. Holloway, H. C. Epidemiology of heroin dependency among soldiers in Vietnam // Military Medicine. 1974; 139(2): 108—113.

7. Perkonig A., Kessler R. C., Storz S., Wittchen H-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // Acta Psychiatr Scand. 2000; 101: 46—59.

8. Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence / Sartor C. E., McCutcheon V. V., Pommer N. E. [et al.] // Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2010; 71(6): 810—818.

Надійшла до редакції 03.09.2018 р.

НАУМОВ Валерій Леонідович, науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

NAUMOV Valery, Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

УДК 616.895.8:159.943

Є. В. Опря
СОЦІАЛЬНО-АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ
З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ РОЗЛАДАМИ

Е. В. Опря
Социально-адаптационный потенциал больных шизофренией
с сердечно-сосудистыми расстройствами

Yevgen Oprya
Social adaptation potential of patients with schizophrenia with cardiovascular disorders

З метою дослідження соціально-адаптаційного потенціалу хворих на шизофренію з коморбідними серцево-судинними захворюваннями проаналізовано особливості їх соціальної реалізованості, соціально-особистісного функціонування та якості життя в порівняльному аспекті з хворими на шизофренію без хронічних соматичних розладів. Встановлено, що хворі на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями характеризуються більш високим рівнем професійної нереалізованості, обмеженням соціальних контактів, зниженням рівня якості життя у сферах здоров'я, психічного та фізичного функціонування, а також зниженням рівня соціально-особистісного функціонування.

Ключові слова: шизофренія, серцево-судинні розлади, соціально-особистісне функціонування, якість життя

С целью исследования социально-адаптационного потенциала больных шизофренией с коморбидными сердечно-сосудистыми заболеваниями проанализированы особенности их социальной реализованности, социально-личностного функционирования и качества жизни в сравнительном аспекте с больными шизофренией без хронических соматических расстройств. Установлено, что больные шизофренией с сердечно-сосудистыми заболеваниями характеризуются более высоким уровнем профессиональной нереализованности, ограничением социальных контактов, снижением уровня качества жизни в сферах здоровья, психического и физического функционирования, а также снижением уровня социально-личностного функционирования.

Ключевые слова: шизофрения, сердечно-сосудистые расстройства, социально-личностное функционирование, качество жизни

In order to study the social-adaptation potential of schizophrenic patients with comorbid cardiovascular diseases, the features of their social realization, social-personal functioning and quality of life in a comparative aspect with schizophrenic patients without chronic somatic disorders were analyzed. It has been established that patients with schizophrenia with cardiovascular diseases are characterized by a higher level of professional lack of implementation; limiting social contacts, reducing the quality of life in the areas of health, mental and physical functioning, as well as reducing the level of social and personal functioning.

Keywords: schizophrenia, cardiovascular disorders, social and personal functioning, quality of life

Сучасні стандарти надання психіатричної допомоги за останні десятиріччя суттєво змінились — з редукції психопатологічної симптоматики до поліпшення соціального функціонування та якості життя хворих [1]. Саме соціальне функціонування та якість життя визнані на со-

годні об'єктивними критеріями ефективності медичної допомоги [2]. Шизофренія — одне із найнебезпечніших в плані соціального прогнозу захворювань [3]. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, шизофренія входить до десяти найбільш частих причин, що призводять до непрацездатності та інвалідизації [4]. У разі поєднання шизофренії з соматичною патологією нега-

тивні медико-соціальні наслідки у разі збільшуються завдяки формуванню складно курабельних форм розладів, скороченню продуктивності життя хворих та зростанню рівня передчасної смертності [5, 6]. Найпоширенішими варіантами соматичної патології при шизофренії визнані серцево-судинні захворювання, цукровий діабет (особливо 2 типу), рак та ожиріння [7—8]. У зв'язку з високою поширеністю соматичної коморбідності при шизофренії актуальність та інтерес до цієї проблематики останнім часом збільшився, однак даних щодо особливостей соціального функціонування та якості життя цих хворих, як провідних критеріїв їх прогнозування та основних мішеней і цілей лікування, на жаль замало, що і зумовило мету цього дослідження.

Мета дослідження — дослідити особливості соціально-особистісного функціонування та якості життя хворих на шизофренію з коморбідними серцево-судинними захворюваннями.

Методи дослідження — клініко-анамнестичний метод та клініко-психопатологічне обстеження з використанням шкали особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale — PSP) [9] та короткої форми опитувальника про стан здоров'я (The 36-Item Short Form Survey — SF-36) [10]. Під час статистичного оброблення отриманих даних використовували дескриптивний аналіз та методи порівняльної статистики (t-критерій та точний метод Фішера).

Вибірку дослідження склали 100 хворих на шизофренію (F20): 50 хворих з наявністю хронічної серцево-судинної патології увійшли до основної групи дослідження, 50 хворих без хронічної соматичної обтяженості — до контрольної.

Загальними критеріями залучення в дослідження були: верифікований діагноз шизофренії (F20), відповідно до критеріїв МКХ-10, тривалістю не менше трьох років; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнтів брати участь в дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження та наявність поінформованої згоди на участь в дослідженні. В дослідження не включали пацієнтів з наявністю органічних захворювань ЦНС та з вираженими когнітивними та психопатологічними порушеннями, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій.

До основної групи залучали хворих на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями тривалістю не менше трьох років, які на момент дослідження були компенсовані. Пацієнтів з постінсультними та постінфарктними станами в дослідження не включали.

За результатами обстеження в структурі серцево-судинної патології хворих основної групи переважали ішемічна хвороба серця — 64 % та гіпертонічна хвороба — 52 %, також були представлені порушення серцевого ритму — 14 %, кардіоміопатії — 6 %, вади серця (4 %) та варикозне розширення судин (4 %). Здебільшого спостерігалась коморбідність декількох серцево-судинних захворювань одночасно.

Розподіл за статтю та віком обстежених осіб був однорідним у групах дослідження, середній вік обстежених хворих основної групи склав 41,8 років, контрольної — 39,4 років. За професійним статусом велика частина хворих основної групи не працювали (44 %), що набагато більше ніж серед хворих контрольної групи (28 %), при $p \leq 0,05$, серед яких чимала частина осіб мали епізодичну зайнятість (працювали неповний робочий день або епізодично — 46 %) (таблиця). За сімейним статусом статистичних різниць між групами дослідження не встановлено.

Розподіл обстежуваних хворих за соціально-демографічними показниками

Показники	F20 основна група (n = 50)	F20 контрольна група (n = 50)
Рівень освіти		
неповна середня середня	6,00 ± 1,19	4,00 ± 0,80
середня професійна або спеціальна	10,00 ± 1,94	10,00 ± 1,94
незакінчена вища	46,00 ± 6,90	44,00 ± 6,72
повна вища	16,00 ± 2,99	14,00 ± 2,65
	22,00 ± 3,97	28,00 ± 4,85
Професійний статус (найбільш характерний тип зайнятості за останній рік)		
не працює (безробітний, пенсіонер або інвалід)	44,00 ± 6,72*	28,00 ± 4,85
студент	4,00 ± 0,80	6,00 ± 1,19
повний робочий день (40 годин на тиждень)	12,00 ± 2,30	20,00 ± 3,65
неповний робочий день (епізодична зайнятість, почасова оплата)	40,00 ± 6,32	46,00 ± 6,90
Сімейний статус		
у шлюбі (офіційному або громадському)	34,00 ± 5,64	42,00 ± 6,53
у розлученні/окреме проживання	20,00 ± 3,65	16,00 ± 2,99
вдовець/вдова	12,00 ± 2,30	8,00 ± 1,57
самотній (ніколи не перебував у шлюбі)	34,00 ± 5,64	34,00 ± 5,64
Соціальні зв'язки (відносини, що підтримуються)		
з членами батьківської родини (мати, батько, сиблінги)	58,00 ± 7,67	66,00 ± 7,85
з членами власної родини (чоловік/дружина, діти, онуки)	46,00 ± 6,90**	70,00 ± 7,82
з друзями, знайомими	38,00 ± 6,11*	54,00 ± 7,47
соціальна ізоляція	10,00 ± 1,94	4,00 ± 0,80

Примітки. Значущі показники вірогідності: * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$; дані наведено в форматі відсоток від абсолютної кількості ± помилка відсотку (% ± m %)

Встановлено, що хворі на F20 основної групи підтримували соціальні зв'язки переважно з членами батьківської родини. Куди менша кількість хворих основної групи підтримувала соціальні зв'язки з членами власної родини (чоловіком/дружиною, дітьми, онуками) та друзями (лише 46 % та 38 %), порівняно з контрольною групою (70 % та 54 %, відповідно), при $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,05$.

Загалом аналіз соціальних параметрів продемонстрував, що серед хворих на шизофренію з серцево-судинною патологією, порівняно з контрольною групою, набагато більше було непрацюючих (незайнятих) осіб з обмеженими соціальними зв'язками, які окреслювались переважно батьківською родиною.

Результати оцінки окремих структурних компонентів (модулів) соціально-особистісного функціонування хворих обстежених груп за шкалою PSP свідчать (рис. 1), що статистичних різниць в отриманих показниках між групами порівняння отримано не було, проте чітко видна тенденція наявності більш виражених ускладнень в соціально-особистісному функціонуванні хворих основної групи за всіма модулями шкали PSP порівняно з групою контролю.

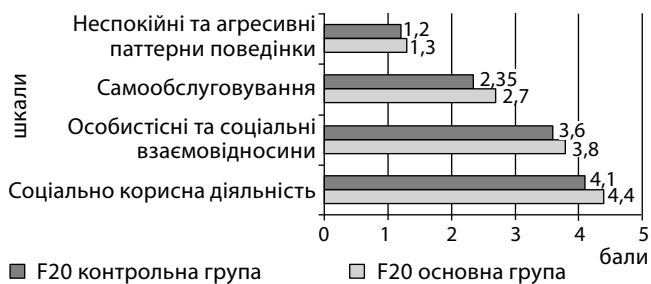


Рис. 1. Особливості ускладнень соціально-особистісного функціонування хворих обстежених груп за модулями PSP

Розподіл хворих груп порівняння за рівнем ускладнень соціально-особистісного функціонування (рис. 2) виявив переважне превалювання в обох групах осіб з наявністю значних ускладнень в соціальному функціонуванні різного ступеня важкості (діапазон оцінок — від 70 до 31 балів): 88 % осіб основної групи та 80 % осіб контрольної групи.

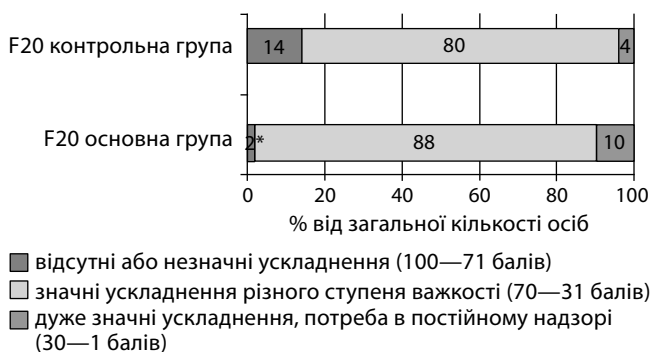


Рис. 2. Розподіл хворих за рівнем ускладнень соціально-особистісного функціонування

Примітка: * — статистично вірогідні різниці між основною та контрольною групами

Водночас серед хворих на шизофренію основної групи було набагато менше осіб з незначними ускладненнями в соціальному функціонуванні (2,0 % ± 0,40) порівняно з контрольною групою (14,0 % ± 2,65), при $p \leq 0,05$.

Результати суб'єктивної оцінки рівня якості життя хворих на шизофренію за групами обстеження графічно відображено на рисунку 3.



Рис. 3. Рівень якості життя у хворих обстежених груп за SF-36

Примітки: статистично вірогідні різниці між основною та контрольною групами позначено *; дані наведено у форматі: відсоток від максимально можливої кількості балів за шкалою (%)

Згідно з отриманими даними, рівень якості життя хворих на шизофренію основної групи виявився кілька нижчим (49,61 %), порівняно з контрольною (59,05 %). За всіма шкалами опитувальника SF-36, тобто в усіх сферах, що аналізували, показники якості життя хворих основної групи були нижчими ніж в контрольній групі, особливо за шкалами психічного здоров'я (27,8 %), загального стану здоров'я (44,6 %), фізичного функціонування (66,4 %) та рольового функціонування, зумовленого фізичним станом (56,75 %), за якими були зафіксовані статистичні відмінності з хворими контрольної групи, у яких рівень задоволеності якістю життя за означеними шкалами складав 38,7 %, 55,8 %, 77,7 % та 69,5 % відповідно, при $p \leq 0,05$ (див. рис. 3). Тобто хворі на шизофренію з серцево-судинними розладами найнижче та набагато нижче ніж хворі контрольної групи оцінювали рівень власного психічного здоров'я, що відповідно до запропонованої шкали відображало наявність більш виражених депресивних та тривожних переживань та відсутність позитивних емоцій. Окрім того, хворі основної групи набагато нижче оцінювали стан власного здоров'я загалом та перспективи лікування, відзначали нижчий рівень власних фізичних можливостей, що зумовлювали погіршення їх повсякденного функціонування.

Загалом проведений в процесі дослідження аналіз соціально-адаптаційного потенціалу хворих на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями, що включав результати як об'єктивної клініко-демографічної оцінки, так і суб'єктивної оцінки хворими рівня якості власного життя та свого соціального функціонування, дозволяє констатувати, що наявність серцево-судинної патології в структурі шизофренії призводить до зниження соціальної реалізації хворих, що виявляється більш високим рівнем професійної нереалізованості; обмеженістю та звуженням соціальних зв'язків, які окреслюються переважно батьківською родиною; зниженням рівня якості життя, особливо у сферах стану власного здоров'я загалом та психічного здоров'я зокрема, фізичного функціонування та його впливу на обмеження повсякденного функціонування хворого, а також підвищенням рівня ускладнень в соціально-особистісному функціонуванні хворих. Тобто наявність серцево-судинної патології у хворих на шизофренію погіршує соціальний прогноз, знижує якість життя хворих та обмежує їх соціально-особистісне функціонування.

Отримані результати свідчать про нагальну потребу розроблення і впровадження в практику надання психіатричної допомоги хворим на шизофренію з наявністю коморбідних серцево-судинних розладів профілактичних заходів соціально-реабілітаційної спрямованості.

Список літератури

1. Задорожная О. В., Дроздовский Ю. В. Качество жизни больных шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом // Омский научный вестник. 2012. № 1 (108). С. 26—29.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине (3-е изд-е, перераб. и доп.) / под ред. академика РАМН Ю. Л. Шевченко. М.: Изд-во РАЕН. 2012. 528 с.
3. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016 / Charlson F. J., Ferrari A. J., Santomauro D. F. [et al.] // Schizophrenia Bulletin. DOI: 10.1093/schbul/sby058.
4. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013—2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013. URL : <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan>.
5. Dieset I., Andreassen O. A., Haukvik U. K. Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across

the Life // Span. Schizophrenia Bulletin. Vol. 42. Issue 6. 2016. P. 1316—1319. URL : <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw028>.

6. Druss B., Reisinger E. Mental disorders and medical comorbidity // Research synthesis report. 2011. № 21. P. 21—24.

7. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia // Digest of Psychiatry. 2013. Vol. 42, № 3. P. 51—55.

8. Physical Health and Schizophrenia / David J. Castle, Peter F. Buckley, and Fiona P. Gaughran. Oxford University Press, 2017. 136 p. URL : <https://global.oup.com/academic/product/physical-health-and-schizophrenia-9780198811688?cc=ua&lang=en&>.

9. 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.

10. Ware J. E., Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston : Health Institute, New England Medical Center, 1994. 238 p. URL : <http://www.worldcat.org/title/sf-36-physical-and-mental-health-summary-scales-a-users-manual/oclc/32249001>.

Надійшла до редакції 11.09.2018 р.

ОПРЯ Євген Васильович, доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprya@yahoo.com

OPRYA Yevgen, Associated Professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: yoprya@yahoo.com

УДК 616.892.3-008:616.037

І. Д. Спіріна, Р. М. Тимофеев, А. В. Шорніков
**ОПТИМІЗАЦІЯ СКРИНІНГУ І ДІАГНОСТИКИ ДЕМЕНЦІЇ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ
З УРАХУВАННЯМ ПІСЛЯТЕСТОВОЇ ЙМОВІРНІСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

И. Д. Спирина, Р. Н. Тимофеев, А. В. Шорников
**Оптимизация скрининга и диагностики деменции у пожилых пациентов
с учетом послетестовой вероятности заболевания**

I. D. Spirina, R. M. Tymofeyev, A. V. Shornikov
**Optimization of screening and diagnosis of dementia in elderly patients
given post-test probability of disease**

У статті розглянуто питання використання шкали MMSE для діагностики деменції у східноєвропейській популяції з позицій байєсовського підходу до оцінювання доказів, отриманих в результатах дослідження. Ефективність використання будь-якого тесту чи шкали має бути оцінена з позицій теореми Байєса з визначенням післятестової ймовірності розвитку захворювання. На післятестову ймовірність чинять вплив показники чутливості і специфічності шкали/тесту, передтестова ймовірність захворювання, під якою слід вважати поширеність означеного захворювання. Автори визначили, що післятестова ймовірність деменції, що визначена за допомогою шкали MMSE залежить від віку пацієнта. У віковій групі 60—64 роки спостерігається найбільша кількість хибно-позитивних результатів (при точці відсічення 23/24), а велика кількість хибно-негативних результатів — в групі 85+. Оптимальне значення спостерігається у віковій групі 75—79 років. Автори рекомендують задля підвищення якості діагностики деменції надавати перевагу клініко-психопатологічному методу діагностики та послідовно використовувати більше однієї шкали оцінки деменції.

Ключові слова: MMSE, деменція, скринінг, післятестова ймовірність, теорема Байєса

В статье рассмотрены вопросы использования шкалы MMSE для диагностики деменции в восточноевропейской популяции с позиций байесовского подхода оценки доказательств, полученных в результатах исследования. Эффективность использования любого теста или шкалы должна быть оценена с позиций теоремы Байеса, с определением послетестовой вероятности развития заболевания. На послетестовую вероятность оказывают влияние показатели чувствительности и специфичности шкалы/теста, дотестовая вероятность заболевания, под которой следует понимать распространенность указанного заболевания. Авторы определили, что послетестовая вероятность деменции, определенная с помощью шкалы MMSE, зависит от возраста пациента. В возрастной группе 60—64 года наблюдается наибольшее количество ложноположительных результатов (при точке отсечения 23/24), а большое количество ложноотрицательных результатов — в группе 85+. Оптимальное значение наблюдается в возрастной группе 75—79 лет. Авторы рекомендуют для повышения качества диагностики деменции отдавать предпочтение клинико-психопатологическому методу диагностики и последовательно использовать более одной шкалы оценки деменции.

Ключевые слова: MMSE, деменция, скрининг, послетестовая вероятность, теорема Байєса

The article discusses the use of the MMSE scale for the diagnosis of dementia in the Eastern European population from the standpoint of the Bayesian approach of assessing evidence obtained in the results of the study. The effectiveness of the use of any test or scale should be assessed using the Bayes theorem with the definition of the post-test probability of the development of the disease. The sensitivity and specificity of the scale/test, the pre-test probability of the disease affect the post-test probability. Pre-test probability is understood by the authors as the spread of this disease. The authors determined that the post-test probability of dementia using the MMSE scale depends on the age of the patient. In the age group of 60—64 years, the greatest number of false-positive results is observed (at the cut-off point 23/24), and a large number of false-negative results are in the group of 85+. Optimum value is observed in the age group of 75—79 years. The authors recommend to improving the quality of diagnosis of dementia to give preference to the clinical and psychopathological method of diagnosis and consistently use more than one scale of dementia assessment.

Key words: MMSE, dementia, screening, posttest probability, Bayes theorem

Деменція — це захворювання, яке вражає в основному людей похилого віку, хоча можливий початок і в більш молодому віці. Щороку людство, включаючи й Україну, старіє, що сприяє зростанню захворюваності та поширеності деменції. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), поширеність деменції для всіх осіб старше ніж 60 років становить 5—7 % [1]. Чисельність населення в Східній Європі старше ніж 60 років 2010 року було 39,3 млн осіб, 4,8 % з яких страждали деменцією, що в абсолютному обчисленні

ності та поширеності деменції. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), поширеність деменції для всіх осіб старше ніж 60 років становить 5—7 % [1]. Чисельність населення в Східній Європі старше ніж 60 років 2010 року було 39,3 млн осіб, 4,8 % з яких страждали деменцією, що в абсолютному обчисленні