

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

КАЛУГІН ІГОР ВІТАЛІЙОВИЧ

УДК [616.89-053.9]+616-06: 616.8-085.2/.3/.851

**ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ПОЛІМОРБІДНІСТЮ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»

Науковий керівник – доктор медичних наук, старший науковий співробітник
Осуховська Олена Сергіївна, Державна установа
«Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», провідний науковий співробітник відділу соціальної та клінічної наркології

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Пустовойт Михайло Михайлович**, Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії та наркології, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Чабан Олег Созонтович**, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра психосоматичної медицини і психотерапії, завідувач кафедри

Захист дисертації відбудеться «30» жовтня 2018 р. о 10 годині на засіданні Спеціалізованої вченої ради К 26.620.01 в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103

Автореферат розісланий «28» вересня 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук, с.н.с.



О. П. Олійник

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. За даними МОЗ України, психічні розлади займають 7 місце серед причин інвалідизації людей похилого віку, 11 % осіб старше 60 років потребують кваліфікованої психіатричної допомоги, 20 % осіб – у віці старше 80 років. Люди старше 65 років складають половину всіх хворих, які отримують довгострокове психіатричне лікування, і, приблизно, 1/5 пацієнтів, які вперше потрапили до психіатричного стаціонару.

З підвищенням середнього віку збільшується кількість пацієнтів, що страждає від хронічних соматичних і психічних захворювань одночасно. Також збільшується інвалідизація таких пацієнтів внаслідок онкологічних, серцево-судинних, легеневих, церебро-васкулярних захворювань, переломів та їх наслідків, дементуючих процесів тощо. З віком явище поліморбідності набуває більшої розповсюдженості й інтенсивності, тому воно найбільш представлене серед пацієнтів похилого віку [Чабан О.С. та ін., 2016 р.].

Стан поліморбідності майже півстоліття пригортає увагу багатьох дослідників, тому що одночасна наявність у пацієнта декількох захворювань, почасти не пов'язаних між собою патогенетичними механізмами [Пінчук І.Я. та ін., 2010 р.], значно ускладнює процес курації і збільшує тягар хвороби для пацієнта, його родини і системи охорони здоров'я в цілому. Наявність поліморбідності примушує пацієнтів звертатися та спостерігатися у лікарів різних спеціальностей, що, в свою чергу, породжує проблему надмірної фармакотерапії у вигляді поліпрагмазії та поліфармації [Чабан О.С. та ін., 2016 р.]. Вивчення коморбідності психічних і соматичних захворювань на прикладі шизофренії, біполярного афективного розладу, депресивних і тривожних розладів, когнітивних розладів довело наявність позитивного статистично значущого зв'язку між загальносоматичною і психіатричною захворюваністю, в тому числі осіб похилого віку [Чабан О.С. та ін., 2016 р.].

Взаємовплив захворювань змінює класичну клінічну картину, характер перебігу, збільшує кількість ускладнень і їх тяжкість, погіршує якість життя і прогноз, в результаті – ускладнює лікувально-діагностичний процес, значно знижує комплаєнс у взаєминах лікаря і пацієнта та задоволеність пацієнта медичною допомогою. Пацієнти з поліморбідністю схильні до недотримання медичних рекомендацій, самолікування та суб'єкт-об'єктних пасивних відносин в лікувальному процесі [Чабан О.С. та ін., 2016 р., СФДЗ Європейського регіонального бюро ВОЗ, 2004 р.].

Очікується, що в 2020 році кількість неінфекційних та психічних захворювань перевищить 65 % загального тягара хвороб, а приблизно 50–60 % пацієнтів, особливо тих, хто страждає на хронічні захворювання, недотримуються призначеного режиму лікування [WHO_HSC_AHE_00.1_rus.pdf ; СФДЗ Європейського регіонального бюро ВОЗ, 2004 р.; Пінчук І.Я. , 2011 р.]. Додатковим фактором ризику для пацієнтів похилого віку с психічними розладами і поліморбідністю є використання потенційно невідповідних ліків. Самолікування серед людей похилого віку взагалі є серйозною проблемою громадського здоров'я,

оскільки воно пов'язане із збільшенням захворюваності та смертності, що спричиняє високі витрати на систему охорони здоров'я. Проблема нераціональної фармакотерапії в стаціонарі і проблема самолікування дійсно є вагомими для пацієнтів похилого віку, особливо з психічними розладами і поліморбідністю [Подколзін А.А. та ін., 2001 р.].

У літньому віці суб'єктивна оцінка якості життя впливає на перебіг соматичних і психічних розладів [Bernabei R. та ін., 2008 р.], визначає результат лікування і прогноз захворювання. Задоволеність якістю життя в літньому і старечому віці є результатом динамічного процесу взаємодії об'єктивних і суб'єктивних показників стану фізичного і психічного здоров'я, значною мірою визначається ступенем його незалежності від сторонньої допомоги, здатністю керувати власним життям. З цього випливає висновок, що якість життя у таких пацієнтів залежить не стільки від кількості і тяжкості захворювань, скільки від наявної біопсихосоціальної ресурсної бази, копінг-стратегій і навичок вирішення проблем, активної участі в процесі лікування.

Експерти Cooperative Group на основі досвіду 5-річного періоду спостережень зауважили на тому, що розуміння вимог і потреб пацієнтів шляхом оцінки їх задоволеності сприяє активній участі хворих в процесі лікування, збільшуючи його ефективність в цілому. Результати дослідження виявили потенційні переваги у використанні зворотного зв'язку з пацієнтами, які страждають на важкі перманентні психічні захворювання: підвищення загального рівня задоволеності медичною допомогою до 56 %, але не участі пацієнтів в лікувальному процесі [Bernabei R. та ін., 2008 р.]. Також, підвищення обізнаності пацієнтів щодо захворювання зменшують занепокоєння щодо лікування, підвищують його ефективність і якість життя [Lobo-Escolar A. та ін., 2008 р.].

R. Kemp і співавт. [Goodwin N. та ін., 2013 р.] був розроблений метод комплаєнс-терапії, що використовував когнітивно-біхевіоральний підхід в поєднанні з мотиваційним інтерв'ю, і сфокусований на підвищенні критичного ставлення до захворювання і поліпшення якості дотримання лікувальних рекомендацій. Надалі цей метод був удосконалений і набув продовження в проекті Innovative Care for Chronic Conditions [Lobo-Escolar A. та ін., 2008 р.; Van der Leeuw G. та ін., 2015 р.; Laaksonen M. та ін., 2015 р.; Baumeister H. та ін., 2005 р.]. Саме ці розробки були використані нами як прототипи при створенні психотерапевтичної програми.

Психотерапевтичне втручання, спрямоване на обізнаність пацієнта про своє захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, за нашою гіпотезою, сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за темою «Розробка скринінгового і моніторингового інструментарію діагностики психічних розладів у

пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної ланки медичної допомоги» (2013–2015 рр., № державної реєстрації – 0113U001470).

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є підвищення ефективності лікування психічних розладів у хворих похилого віку з поліморбідністю на основі вивчення характеру і ролі порушень комплаєнсу, якості життя та задоволеності медичною допомогою шляхом оптимізації терапевтичного комплексу фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом.

Для досягнення цієї мети були поставлено такі задачі:

1. Вивчити розповсюдженість поліморбідності у пацієнтів похилого віку, що страждають на психічні розлади, та її зв'язок з соціально-демографічними і клінічними характеристиками.

2. Дослідити якість життя поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами в залежності від соціально-демографічних, клініко-феноменологічних та патопсихологічних характеристик цієї групи хворих.

3. Визначити комплаєнс і задоволеність медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами.

4. Розробити програму психотерапії, асоційовану з раціональною фармакотерапією в терапевтичному комплексі, спрямовану на підвищення комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади.

5. Встановити ефективність лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади, в результаті впровадження розробленого терапевтичного комплексу.

6. Визначити достовірність наукової гіпотези дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням.

Об'єкт дослідження: пацієнти похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю.

Предмет дослідження: психофізичний стан хворих, якість життя, комплаєнсу, задоволеність медичною допомогою, об'єм фармакотерапії, яку отримують поліморбідні пацієнти похилого віку з психічними розладами.

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів.

В результаті аналізу поліморбідності та характеру фармакотерапії, комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою хворих похилого віку з психічними розладами вперше запропоновано оптимальний терапевтичний комплекс, що складається з раціонального фармакологічного навантаження і психотерапевтичного втручання, спрямованого на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання, методів його лікування, а також створення ефективного терапевтичного альянсу, який забезпечує якісне медичне обслуговування та запобігає самолікуванню таких хворих.

Уперше було визначено, що високий рівень поліморбідності у пацієнтів похилого віку з психічними розладами не залежав від типу захворювання, збільшувався з віком. Також вперше виявлено, що пацієнти з тяжкими

неконтрольованими і середньо-тяжкими соматичними захворюваннями мали більшу задоволеність медичною допомогою, але гіршу якість життя.

Уперше було доведено зв'язок низької якості життя поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами з жіночим гендером, кількістю супутніх захворювань, віком і об'ємом фармакотерапії. Уперше було виявлено суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні за показниками задоволеності медичною допомогою.

Уперше було відмічено зв'язок між задоволенням медичною допомогою, об'ємом фармакотерапії в постійній лікувальній схемі і униканням додаткових ліків, а також проживанням на самоті. Вперше серед пацієнтів, схильних до самолікування, були визначені більш виражені зміни якості життя, але менш – задоволеності медичною допомогою після лікування.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані дані дозволяють впровадити оптимальний алгоритм лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами: первинне обстеження щодо основного і супутніх захворювань → аналіз фармакотерапевтичного навантаження → призначення оптимальної фармакотерапії за стандартами лікування наявних у пацієнта захворювань, асоційованої з психотерапевтичним компонентом, спрямованою на обізнаність хворого щодо свого захворювання, методів його лікування, створення терапевтичного альянсу, запобігання самолікуванню. Запровадження такого терапевтичного комплексу сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою пацієнтів із зазначеною патологією.

Теоретично і практично структуровані результати, що отримані у ході дослідження, призначені для застосування в освітніх програмах вищих медичних навчальних закладах, практичній роботі психіатрів, психотерапевтів, лікарів внутрішньої медицини, медичних психологів та впроваджені у лікувально-діагностичну роботу КЛПУ «Міська психіатрична лікарня м. Краматорськ», КЛПУ «Міська психіатрична лікарня м. Константинівка», КЛПУ «Міська психіатрична лікарня №7 м. Маріуполь», КЛПУ «Обласна психіатрична лікарня м. Слов'янськ», КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради, а також у навчально-педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДонНМУ ім. М. Горького.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом було самостійно проведено інформаційно-патентний пошук, аналітичний огляд сучасної літератури з обраної теми, розроблено програми діагностичного дослідження, забезпечено його проведення, виконана статистична обробка даних. Особисто проведено науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовано та обґрунтовано висновки дисертаційної роботи. Наведені у рукопису ідеї та дані є повністю інтелектуальними здобутками та напрацюваннями автора.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися й обговорювалися на таких конгресах, з'їздах, конференціях: IV національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодення та майбутнє», 3–5 жовтня 2012 р., м. Харків, Україна; X міжобласна науково-практична конференція «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 28–29 листопада

2012 р., м. Вінниця, Україна; V науково-практична міжрегіональна конференція «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладів», 14 березня 2013 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання судової і соціальної психіатрії 21 століття», 18–19 квітня 2013 р., м. Житомир, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Когнітивні порушення в психіатрії», 16–17 вересня 2013 р., м. Алушта, Україна; XI міжобласна науково-практична конференція «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 27–28 листопада 2013 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми і рішення», 24–25 квітня 2014 р., м. Харків, Україна; науковий симпозіум з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід до надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні», 9–10 жовтня 2014 р., м. Одеса, Україна; XII міжобласна науково-практична конференція «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 18–19 листопада 2014 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція «Психотерапія та психоаналіз: надбання та перспективи розвитку в 21 столітті», 28 лютого 2015р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція «Стрес та серцево-судинні захворювання: національна стратегія в сучасних умовах України» (читання, присвячені пам'яті академіка М.Д. Стражеска), 4–5 березня 2015 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція «Обіг контрольованих препаратів у практиці сімейного лікаря», 17–18 вересня 2015 р., м. Ірпінь, Україна; науковий симпозіум з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1–2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ, Україна; XIII міжобласна науково-практична конференція «Психосоматика: мультидисциплінарний підхід», 25 листопада 2015 р., м. Вінниця, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», 14–15 квітня 2016 р., м. Київ, Україна; науково-практична конференція з міжнародною участю «Когнітивні порушення при неврологічних, психічних та наркологічних захворюваннях», 6–7 жовтня 2016 р., м. Ужгород, Україна; V національний конгрес неврологів, психіатрів і наркологів України «Неврологічна, психіатрична та наркологічна допомога в Україні: тенденції розвитку та сучасні виклики», 16–17 березня 2017 р., м. Харків, Україна.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових праць, з яких 8 статей у фахових журналах, які затверджені МОН України (з них 1 – одноосібно); з них у міжнародних фахових журналах та виданнях, включених в науко-метричні бази – 2 статті; 3 тези доповідей у матеріалах наукових конференцій, конгресів тощо.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 167 сторінках машинопису (з них 142 сторінки – основний текст). Дисертація складається із введення, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 36 таблицями й 5 рисунками. Бібліографічний список містить 163 джерел, з них 142 – закордонних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Дисертаційна робота виконувалась за дизайном рандомізованого контрольованого клінічного дослідження, в якому передбачалось два етапи: скринінг та порівняльне дослідження. Для досягнення поставленої мети за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології за період з 2013 по 2016 р.р. було проведено комплексне обстеження 387 пацієнтів геронтопсихіатричного відділення психоневрологічної лікарні м. Маріуполь.

Критеріями включення згідно з дизайном були: вік пацієнтів 60 і більше років; психічний розлад, що потребував стаціонарного лікування в геронтопсихіатричному відділенні; соматичне захворювання. Відповідно, критеріями виключення – відсутність інформованої згоди; тяжка деменція ($MMSE < 11$ балів); отримання менше 75 % інформації за картою обстеження; недотримання пацієнтом умов участі в дослідженні.

За критеріями включення/виключення і умовами формування репрезентативної за віком та статтю вибірки, дані 62 респондентів були вилучені з подальшої статистичної обробки.

Усього у дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь 325 пацієнтів. Рандомізація проводилась за допомогою комп'ютерної програми. Статистичний аналіз містив розрахунок: середньої арифметичної (M); середньоквадратичного відхилення (σ); помилки середньої арифметичної (m). Достовірність відмінностей аналізувалася методом порівняння двох показників (t -критерій Стюдента), за допомогою яких визначалася значущість відмінностей двох груп за середнім значенням будь-якого показника. Для оцінки достовірності відмінностей параметрів за даними вибіркової сукупності щодо кількісних показників бралися до уваги три рівні значимості: 5 % (ймовірність помилкової оцінки – $P=0,05$), 1 % ($P=0,01$) і 0,1 % ($P=0,001$). Кореляційний аналіз, проведений на підставі обчислень коефіцієнта Spearman та критерія Pearson дозволив встановити якісні взаємозв'язки між досліджуваними ознаками респондентів. Обробка даних здійснювалася з використанням параметричних і непараметричних методів математичної статистики із застосуванням статистичної програми SPSS 16.0 for Windows. Так, пацієнти були рандомізовані на основну та порівняльну групи у співвідношенні 3:1 з урахуванням віку та статі. Отже, вони були репрезентативними за цими показниками. Основна група (ОГ) кількістю 238 (рис. 1) осіб отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання. Група порівняння (ПГ) кількістю 87 осіб проходила тільки стандартне лікування.

Клінічна оцінка обстежених проводилася на підставі аналізу актуального психічного і фізичного стану на момент обстеження, клінічного інтерв'ю, а також ретроспективного аналізу лікування, що передувало надходженню до стаціонару. Для цього використовували соціально-демографічний, клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта, коморбідних соматичних захворювань, характеру і обсягу фармакотерапії. Розлади психіки діагностувалися відповідно до критеріїв розділу V «Психічні розлади» МКХ-10.

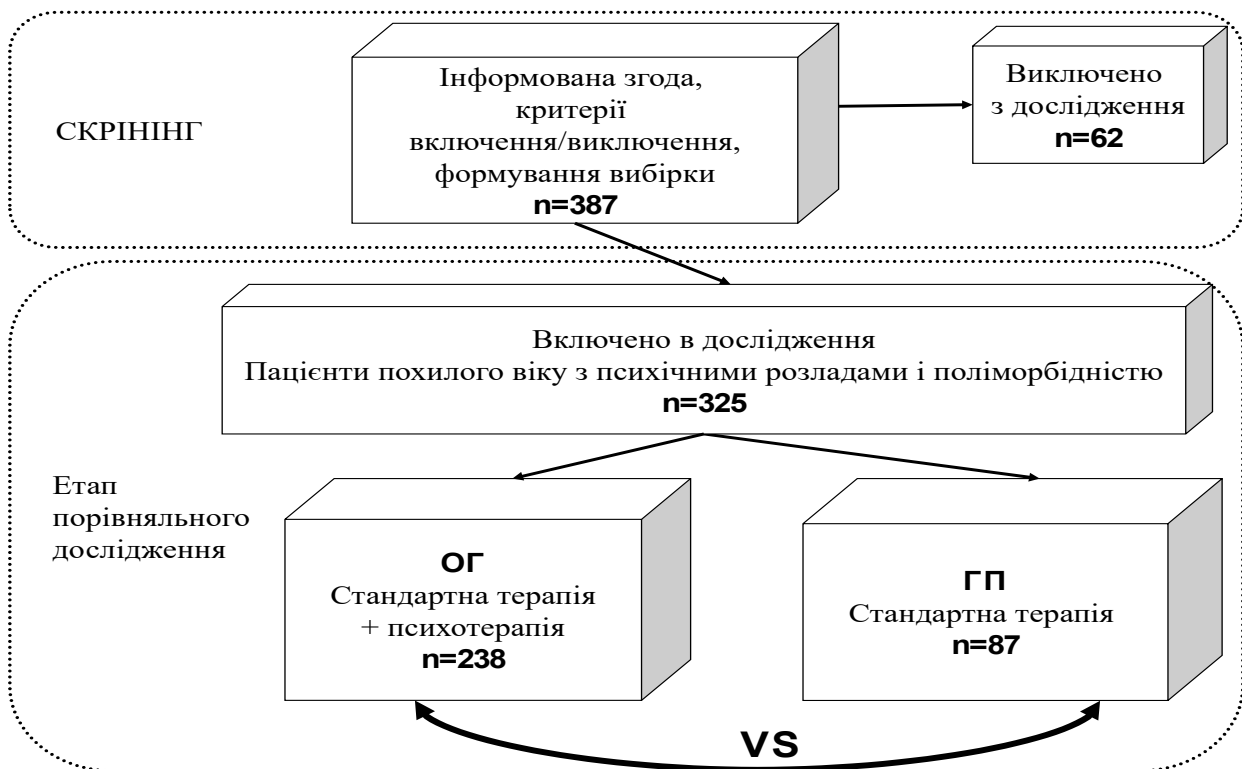


Рис. 1 Дизайн дисертаційного дослідження

Окрім того, пацієнти були оцінені на скринінгу за Короткою шкалою оцінки психічного стану (MMSE) і Кумулятивною шкалою рейтингу захворювань для геріатричних пацієнтів (CIRS-G), а також двічі – на початку і в кінці лікування за шкалами: Опитувальник якості життя (SF-36), Опитувальник задоволеності пацієнта (PSQ), Опитувальник прихильності до лікування Моріскі-Грін (MMAS).

Серед обстежених пацієнтів переважали жінки: відповідно 71,3 % серед усіх обстежених, 72,7 % – в ОГ і 71,3 % – в ПГ. За сімейним станом переважна більшість були вдівцями або удовами: відповідно 45,9 % серед усіх обстежених без достовірної різниці між групами (в ОГ – 45,2 %; в ПГ – 47,1 %). По ¼ обстежених перебували в шлюбі або були розлученими: відповідно 24,9 % одружених/заміжніх та 26,5 % розлучених – без достовірної різниці між групами. Майже по 1/3 від усіх обстежених проживало наодинці (36,3 %) або з дітьми (30,5 %) без достовірної різниці між групами.

За рівнем освіти достовірної різниці між групами не визначалось; найбільше було пацієнтів з середньою спеціальною (29,9 %) і середньою освітою (24,9 %). 1/5 частина групи мала вищу освіту (20,3 %). Фізичний характер праці протягом життя був у 66,5 % пацієнтів без достовірної різниці між групами.

Основним захворюванням у більшості пацієнтів стала деменція легкого або середнього ступеню виразності різного генезу (типу Альцгеймера, судинна, змішана) (73,8 %). Пацієнти з шизофренією склали 7,7 % від усіх обстежених. Решта, 18,5 % обстежених, страждали на депресивні розлади, біполярний афективний розлад і розумову відсталість. Достовірної різниці між групами за основним діагнозом не зафіксовано.

Середня кількість супутніх захворювань в ОГ склала 3,7; в ПГ – 3,4. Середня кількість щоденних препаратів в ОГ – 3,7; в ПГ – 3,0. Групи достовірно не відрізнялися по основним змістом.

При оцінці поліморбідності за шкалою CIRS-G загальна кількість категорій в середньому дорівнювала 3,83; середня кількість балів – 8,37; індекс коморбідності – 2,2 в усіх випадках без достовірної різниці між групами.

Були визначені достовірні кореляції між коморбідністю та різними змінними. Кількість категорій за шкалою CIRS-G збільшувалась з віком ($r=0,376$, $p<0,001$) (категорій більше у тих, хто старше). Більша кількість категорій асоціювалась з погіршенням якості життя за SF-36 ($r=-0,353$, $p<0,001$) (чим гірша якість життя, тим більше категорій). Кількість балів за шкалою CIRS-G також мала аналогічні кореляції: збільшувалась з віком ($r=0,368$, $p<0,001$); зменшувалась з кращою якістю життя за SF-36 ($r=-0,380$, $p<0,001$).

Незважаючи на те, що в загальному індексі коморбідності індекс КІ 2 (захворювання помірного ступеню, що потребують лікування) займав найбільш питому вагу, важливими були його кореляції: збільшення з віком ($r=0,352$, $p<0,001$); зменшення з більш високою якістю життя за SF-36 ($r=-0,303$, $p<0,001$).

Індекс КІ 3 (тяжкі неконтрольовані соматичні захворювання) мав позитивні кореляції з ІМТ ($r=0,125$, $p=0,025$); з задоволеністю медичною допомогою за шкалою PSQ ($r=0,151$, $p=0,006$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r=-0,266$, $p<0,001$). Кількість категорій із оцінкою 3 також мала позитивні кореляції з віком ($r=0,123$, $p=0,027$); задоволеністю рівнем наданої медичної допомоги за шкалою PSQ ($r=0,162$, $p=0,003$) та негативну – з якістю життя за шкалою SF-36 ($r=-0,231$, $p<0,001$).

Середній рівень якості життя за SF-36 до лікування складав 34,3 бали без достовірної різниці в групах. Деякі відмінності спостерігались щодо окремих підшкал. Так, в ОГ були достовірно кращі показники фізичного ($p<0,001$) та рольового функціонування, обумовленого фізичним станом ($p=0,002$), а в ПГ – життєвої активності ($p=0,010$), соціального функціонування ($p=0,038$) та психічного здоров'я ($p<0,001$).

Згідно із отриманими даними гендерного аналізу якості життя за шкалою SF-36, у чоловіків в порівнянні з жінками до лікування були достовірно кращі показники фізичного функціонування ($p<0,001$), рольового функціонування, обумовленому фізичним станом ($p=0,050$), загальному стану здоров'я ($p=0,038$) та загального сумарного показника якості життя ($p=0,005$).

За даними кореляційного аналізу, зворотній кореляційний зв'язок середньої сили ($r=-0,326$, $p<0,001$) відмічався між якістю життям та кількістю супутніх захворювань. Отже, чим більше супутніх соматичних захворювань мав пацієнт, тим гіршою була якість життя. Достовірні кореляції слабкої сили відмічались для інших показників: більш низьку якість життя мали чоловіки ($r=-0,155$, $p=0,005$), особи більш старшого віку ($r=-0,235$, $p<0,001$) та пацієнти, які приймали більшу кількість ліків щоденно ($r=-0,137$, $p=0,037$) і періодично ($r=-0,1153$, $p=0,039$).

Середня задоволеність медичною допомогою за шкалою задоволеності пацієнта PSQ усіх обстежених пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю склала 59,9 балів.

Середня задоволеність пацієнтів за шкалою PSQ в ОГ склала 59,3 бали, в ПГ – 61,6 балів без достовірної різниці між групами. Причому, підшкали «Кваліфікація персоналу» і «Міжособистісні відносини» в обох групах мали більш високі показники відносно підшквал «Спілкування», «Час спілкування з лікарем» та «Доступність та комфорт», що свідчило про суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні.

Рівень комплаєнсу за шкалою MMAS був середнім (в ОГ 3,1 бали, ПГ 2,6 балів), але мала місце достовірна міжгрупова різниця. Оскільки вихідні показники за цією шкалою достовірно відрізнялись, її результати не були враховані при проведенні кінцевого аналізу.

Отже, всі пацієнти проходили первинне обстеження за основним та супутніми захворюваннями з аналізом фармакотерапевтичного навантаження. Потім проводився психосоматичний консилиум із залученням лікарів-інтерністів відповідного за наявності захворювання фаху, на якому визначалось оптимальне фармакотерапевтичне навантаження: враховувалась соматотропна дія психотропних препаратів і психотропна – соматотропних препаратів, з наданням переваги комбінованим лікам. Пацієнти ОГ додатково до стандартної фармакотерапії отримували програму психотерапії, що складалась з інформативного, спонукального та рефлексивного компонентів (рис. 2). Після виконання задач дослідження та досягнення мети роботи, пацієнти ПГ отримали в повному обсязі, окрім стандартної фармакотерапії трикомпонентне психотерапевтичне лікування, як і пацієнти ОГ.

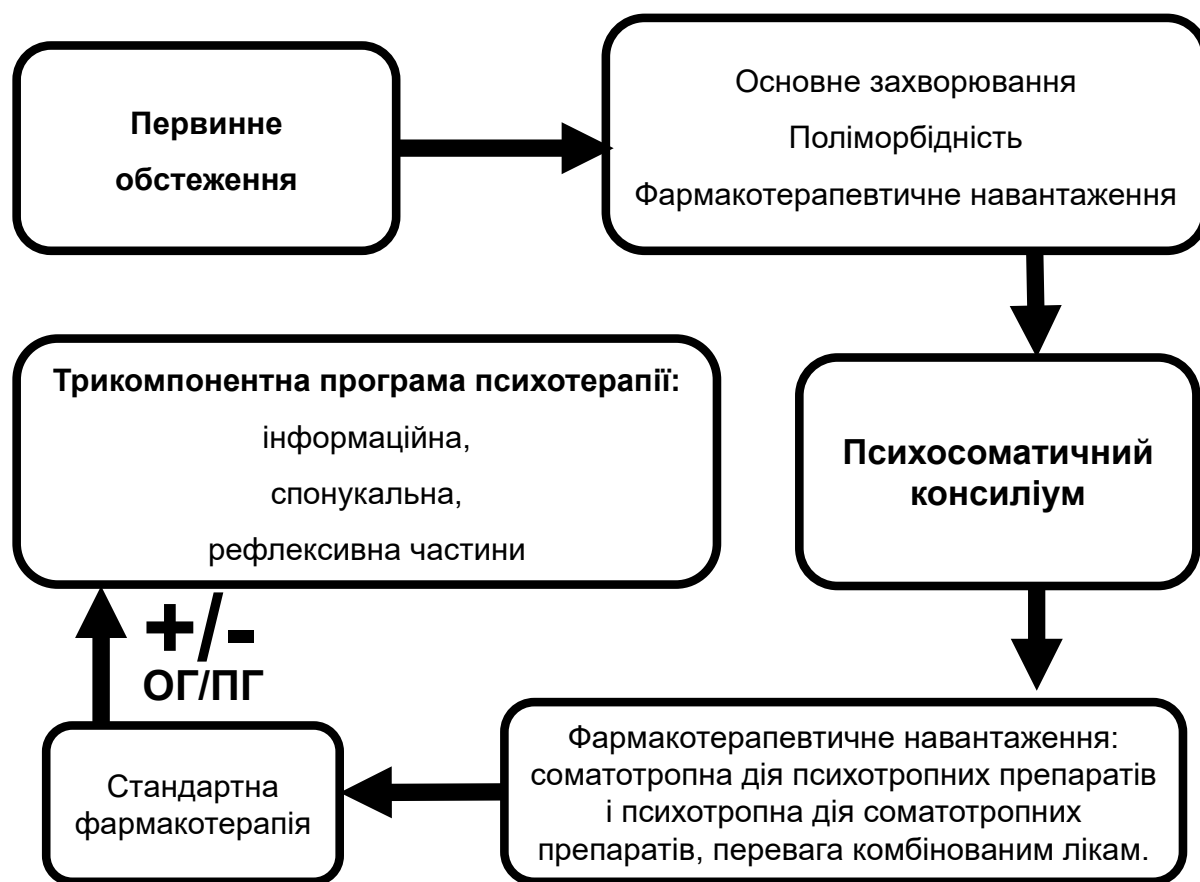


Рис. 2 Діагностично-лікувальний континуум дослідження

Психотерапевтична програма передбачала поєднання психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії. Використовувався когнітивно-поведінковий підхід, проводилось 10 сеансів тривалістю по 30–60 хвилин у вигляді мотиваційних інтерв'ю і когнітивно-поведінкових тренінгів з роз'яснювальною психотерапією, роз'яснювальні бесіди про шкідливі наслідки тютюнопаління. Змістовно в процесі терапії були присутні: огляд історії захворювання пацієнта, його розуміння свого захворювання та його ставлення до лікування; інформативний блок щодо основного і супутніх захворювань, варіантів змісту і обсягу терапії, стигматизації і самостигматизації; аргументована заборона використання самолікування, особливо вживання барбітуратів; створення системи світло-звукових сигналів-нагадувань прийому ліків у певний час; навчання технікам релаксації (рис. 3).

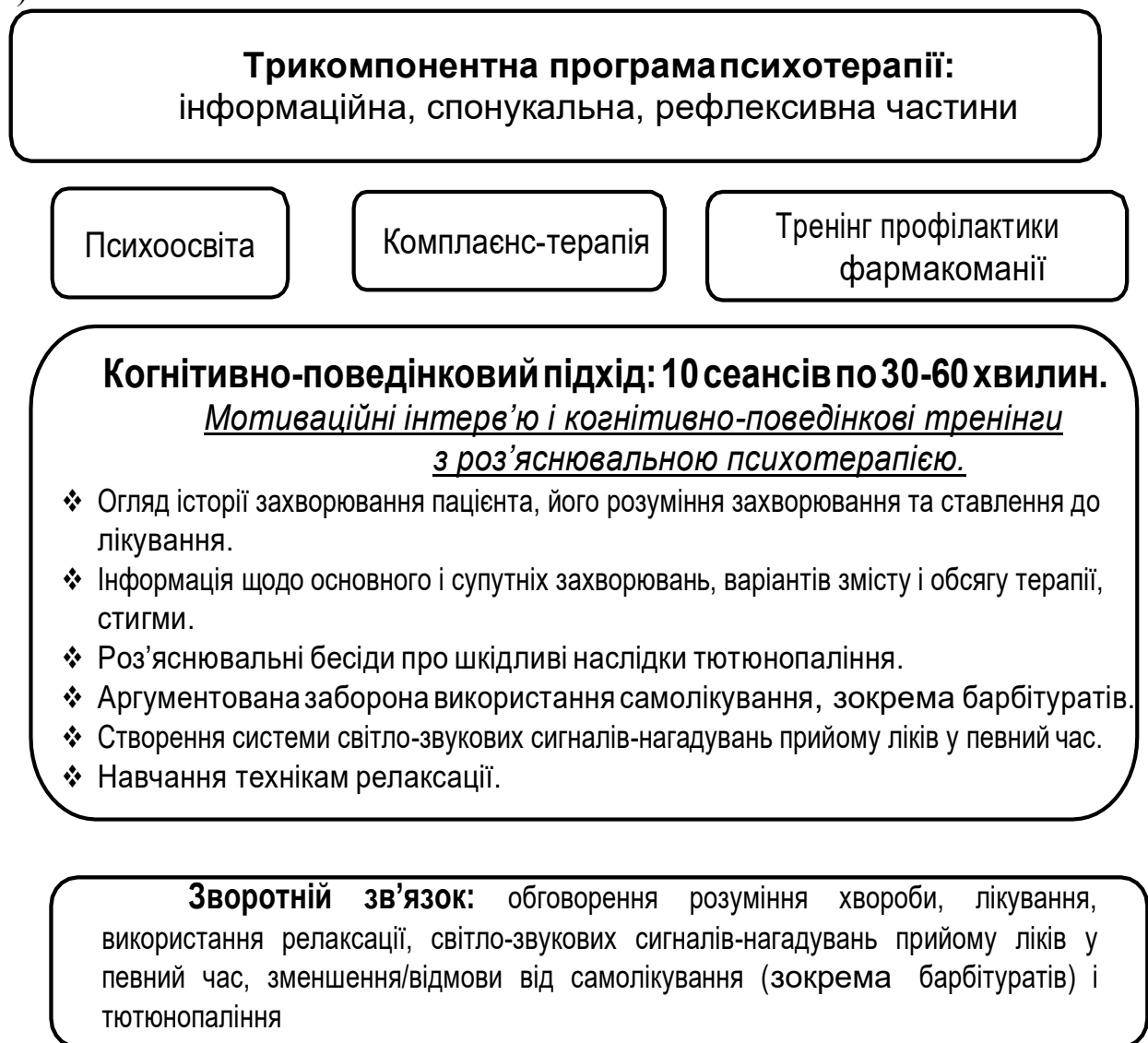


Рис. 3 Програма психотерапії

Зворотній зв'язок як рефлексивну частину психотерапії організували у вигляді обговорення з пацієнтом його розуміння хвороби, особливостей дії отриманого лікування, ефективності використання релаксації, засвоєння світло-звукових сигналів-нагадувань прийому ліків у певний час, спроможності зменшення/відмови

від самолікування (зокрема барбітуратами).

Після лікування загальний показник якості життя за шкалою SF-36 в ОГ склав 63,00 бали, в ПГ – 47,86 балів. Отже, в середньому у вибірці в цілому після лікування відмічалось суттєве покращення якості життя. За шкалою SF-36 воно склало 24.65 балів із статистично значимою достовірністю ($p<0,001$). Зміни в якості життя в ПГ склали 14,5 балів, а в ОГ – 28,4 бали. Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p<0,001$), що цілком підтвердило ефективність психотерапії у покращенні якості життя пацієнтів.

В ОГ відмічалось достовірне покращення усіх підшкал фізичного компоненту якості життя (в усіх випадках $p<0,001$). В ПГ також спостерігалось статистично достовірне покращення якості життя по всім підшкалам фізичного компоненту (в усіх випадках $p<0,001$), за винятком фізичного функціонування ($p=0,741$).

Фізичний компонент якості життя, а саме підшкали фізичного функціонування ($p=0,019$), рольового функціонування, обумовленого фізичним станом ($p<0,001$) та інтенсивності болю ($p=0,006$) в достовірно більшій мірі покращились в ОГ, чим в ПГ. Найбільшою в ОГ психотерапія сприяла покращенню рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, де міжгрупова різниця (16,0 балів) перевищила половину стандартного відхилення. Міжгрупова різниця щодо підшкали загального стану здоров'я була недостовірною ($p=0,987$).

В ОГ і ПГ було зафіксовано достовірне покращення усіх підшкал психічного компоненту якості життя (в усіх випадках $p<0,001$). Також спостерігалось значне покращення психічного компоненту якості життя. В ОГ, у порівнянні із ПГ, міжгрупова різниця в балах була достовірною за усіма підшкалами, сягаючи 1-го стандартного відхилення (в усіх випадках $p<0,001$) за виключенням соціального функціонування.

Відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги за шкалою PSQ: до 68,63 бали в ОГ і до 67,21 – в ПГ. Загалом воно склало 8,3 бали із статистично значимою достовірністю ($p<0,001$). За даними дисперсійного аналізу ANOVA, зміни в ОГ у порівнянні із ПГ склали 3,63 бали та були наддостовірними ($p<0,001$). Це також підтвердило гіпотезу дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням. Найбільш значущі зміни мали місце в категоріях: міжособистісні відносини, спілкування, час спілкування з лікарем, доступність та комфорт.

Прихильність до лікування за MMAS в ОГ була достовірно більша на 0,5 балів, ніж в ПГ до початку лікування ($p=0,007$), але не сягала високого рівня. Зміни у шкалі MMAS в ПГ склали 1,2 бали, а в ОГ – 1,3 бали. Міжгрупова різниця була наддостовірною ($p<0,001$), що також підтвердило ефективність психотерапії у покращенні комплаєнсу пацієнтів. Утім, враховуючи базові показники MMAS, ми не могли спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психотерапії на зміну комплаєнтності у пацієнтів.

За даними кореляційного аналізу за Пірсоном, більш суттєве покращення якості життя після лікування було у пацієнтів молодшого віку ($r=-0,149$; $p=0,007$) і з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($r=0,282$; $p<0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги за PSQ було асоційоване з більшою кількістю ліків в постійній схемі терапії ($r=0,121$; $p=0,029$) і униканням додаткового

періодичного прийому препаратів ($r=-0,134$; $p=0,015$).

За даними кореляційного аналізу за Спірманом, пряма кореляція середньої сили ($r=0,226$) відмічалась між змінами шкали PSQ та групою, до якої входив пацієнт. Також пряма сильна кореляція відмічалась між змінами в шкалі SF-36 ($r=0,5$) та групою, до якої входив пацієнт. Це підтвердило дані дисперсійного аналізу, за яким саме психотерапія сприяла покращенню якості життя та задоволеності пацієнта лікуванням.

Слабка обернена кореляція між сімейним станом та змінами в шкалі PSQ ($r=-0,122$) свідчила, що в одинаків зміни в шкалі PSQ були більшими, ніж у одружених/заміжніх. Щодо самолікування, то воно обернено корелювало із змінами в шкалі PSQ, та прямо – із змінами в шкалі SF-36. Сила кореляції була слабкою, але достовірною ($-0,115$ та $0,119$ відповідно). Схильні до самолікування пацієнти мали більші зміни якості життя після лікування ($r_s=0,119$; $p=0,033$), але менші зміни задоволеності медичною допомогою ($r_s=-0,115$; $p=0,038$).

Отже, в стаціонарному лікуванні пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю доцільно використовувати додатково до раціонального фармакологічного навантаження психотерапевтичне втручання, спрямоване на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, що сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою.

ВИСНОВКИ

1. У дисертації на основі вивчення особливостей поліморбідності та характеру фармакотерапії, комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою у хворих похилого віку з психічними розладами представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичної задачі психіатрії – підвищення ефективності лікування психічних розладів у хворих похилого віку з поліморбідністю на основі вивчення характеру і ролі порушень комплаєнсу, якості життя та задоволеності медичною допомогою шляхом оптимізації терапевтичного комплексу фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом.

2. Визначено, що пацієнти похилого віку мали високий рівень поліморбідності за шкалою CIRS-G: 8,37 балів сумарно; 3,83 категорій; 2,2 – індекс коморбідності. Середня кількість супутніх захворювань в ОГ склала 3,7; в ПГ – 3,4. Середня кількість щоденних препаратів в ОГ – 3,7; в ПГ – 3,0. Тяжкість і кількість супутніх захворювань збільшувались з віком ($p<0,001$) і асоціювались з погіршенням якості життя ($p<0,001$). Пацієнти з тяжкими неконтрольованими і середньо-тяжкими соматичними захворюваннями були більш задоволені рівнем медичної допомоги (відповідно $p=0,006$ і $p=0,003$) і гіршу якість життя ($p<0,001$). Респонденти похилого віку з соматичними захворюваннями середньої тяжкості, що потребували активного лікування, були старішого віку ($p=0,027$), а хворі з тяжкими неконтрольованими соматичними захворюваннями мали схильність до збільшення ваги ($p=0,025$). Рівень і ступінь тяжкості поліморбідності не залежали від основного психічного захворювання (деменції, шизофренії тощо).

3. Досліджено, що середній рівень якості життя до лікування був низьким

(34,3 бала), але з достовірно кращими показниками за фізичним функціонуванням ($p<0,001$), рольовим функціонуванням, обумовленим фізичним станом ($p=0,050$), загальним станом здоров'я ($p=0,038$) та загальним сумарним показником якості життя ($p=0,005$) у чоловіків в порівнянні з жінками. Тенденція до зниження якості життя була прямо пропорційною до збільшення кількості супутніх захворювань ($p<0,001$), щоденного та періодичного об'ягу фармакотерапії ($p=0,037$); у чоловіків ($p=0,005$); зростання віку хворих ($p<0,001$).

4. Виявлено, що рівень задоволеності медичною допомогою обстежених пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю був середнім і склав 59.9 балів. Хворі були більшою здебільшого задоволені кваліфікацією персоналу і міжособистісними відносинами порівняно зі спілкуванням, часом спілкування з лікарем і доступністю та комфортом, що свідчило про суб'єктивну недостатність для пацієнтів саме комунікативного компоненту в лікуванні. Рівень комплаєнсу також був середнім серед усіх обстежених (3,0 бала) і в ОГ (3,1 бала) та низьким у ПГ (2,6 балів).

5. Розроблено програму психотерапії на засадах когнітивно-поведінкового підходу з інформативним, спонукальним та рефлексивним компонентами, асоційовану з роз'яснювальною психотерапією, раціональною фармакотерапією в терапевтичному комплексі, спрямовану на підвищення комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою досліджуваного контингенту пацієнтів (найбільшою мірою в ОГ, $p<0,001$). Оптимізація стандартної фармакотерапії відбувалась з урахуванням загального фармакотерапевтичного навантаження, соматотропної дії психотропних препаратів, психотропної дії соматотропних препаратів, використанням комбінованих ліків.

6. Доведено, що в стаціонарному лікуванні пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю доцільно використовувати додатково до раціональної фармакотерапії ще і психотерапію, спрямовану на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню. Психотерапія сприяла покращенню якості життя ($p<0,001$), комплаєнсу пацієнтів ($p=0,007$), задоволеності наданням медичної допомоги ($p<0,001$).

6.1. Після лікування відмічалось суттєве покращення якості життя (на 24,65 балів, $p<0,001$) в ОГ – до 63,00 бали, ПГ – до 47,86 балів), особливо у пацієнтів молодшого віку з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($p<0,001$), що підтвердило ефективність застосування розробленого комплексу терапії. В обох групах було покращення фізичного компоненту якості життя ($p<0,001$), за винятком фізичного функціонування ($p=0,741$) в ПГ. В ОГ найбільшою мірою психотерапія сприяла достовірному ($p<0,001$) покращенню рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, покращенню психічного компоненту якості життя ($p<0,001$), причому в ОГ порівняно з ПГ міжгрупова різниця була достовірною за усіма підшкалами ($p<0,001$).

6.2. Відмічалось суттєве покращення задоволеності медичною допомогою ($p<0,001$) у категоріях: міжособистісні відносини, спілкування, час спілкування з лікарем, доступність та комфорт. Зміни PSQ в ОГ у порівнянні із ПГ склали

3,63 балів ($p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було прямо пропорційно асоційовано з більшою кількістю ліків в постійній схемі терапії ($p = 0,029$), униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($p = 0,015$), сімейним станом ($p = 0,028$ у однаків).

7. Наведені теоретичні та практичні результати впровадження розробленого терапевтичного комплексу повністю підтвердили гіпотезу дослідження щодо ефективності психотерапії в покращенні задоволеності пацієнтів лікуванням.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для покращення якості діагностики поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами первинне обстеження щодо основного та супутніх захворювань має включати аналіз фармакотерапевтичного навантаження.

2. Доцільним є проведення психосоматичного консилиуму з залученням лікарів-інтерністів відповідного наявності захворювань фаху, за яким має визначатись оптимальна фармакотерапія згідно з стандартами лікування наявних у пацієнта захворювань.

3. Поліморбідним пацієнтам похилого віку з психічними розладами додатково до стандартної фармакотерапії доцільно проводити психотерапію, спрямовану на обізнаність хворих щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів похилого віку [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 118–123 (*дисертант брав участь у формуванні мети дослідження, здійснив набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).

2. Калугін І. В. Старіння організму та поліморбідність [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 36–43 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

3. Калугін І. В. Полипрагмазия и полифармация у пациентов геронтопсихиатрического профиля [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 4 (79). – С. 29–34 (*дисертантом визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних*).

4. Калугін І. В. Комплаенс фармакотерапии лиц пожилого возраста с полиморбидностью [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 65–72 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

5. Калугін І. В. Проблема комплаенса у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 4 (87). – С. 20–28 (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних*).

6. Калугін І. В. Якість життя та комплаєнс у пацієнтів геріатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2017. –

Т. 2, № 3 – С. 1–9.

7. Калугін І. В. Психотерапія як фактор покращення задоволеності медичною допомогою та покращення якості життя у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами та поліморбідністю [Текст] / І. В. Калугін, О. С. Осуховська // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4 (91). – С. 236–242 (дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Калугін І. В. Тези Поліпрагмазія і поліфармація у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю [Текст] / І. В. Калугін // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80). – С. 167–168.

2. Калугін І. В. Проблеми поліморбідності та адекватної фармакотерапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тези доп. наук. симпозіуму з міжнар. участю «Мозок та стрес», (1–2 жовт. 2015 р., Дніпропетровськ) [Текст] / І. В. Калугін // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 3 (84). – С. 127–128.

3. Калугін І. В. Проблема прихильності до терапії у пацієнтів геронтопсихіатричного профілю : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, (27–29 квіт. 2017 р., Київ) [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова // Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення. Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 1 (88). – С. 64–66.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Калугін І. В. Роль психотерапії в покращенні якості життя і задоволеності медичною допомогою у пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю [Текст] / І. В. Калугін, О. О. Хаустова, О. С. Осуховська // Психосоматична медицина і загальна практика. – 2017. – № 2(4), e020493. – Режим доступу : <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v2i4.93> (дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

АНОТАЦІЯ

Калугін І. В. Оптимізація фармакотерапії психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», Київ, 2018.

Дисертаційне дослідження було проведено на основі вивчення характеру і ролі порушень комплаєнсу, якості життя та задоволеності медичною допомогою з метою підвищення ефективності лікування психічних розладів у хворих похилого віку з поліморбідністю шляхом оптимізації терапевтичного комплексу фармакотерапії, асоційованої з психотерапевтичним компонентом, для чого були використані соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи дослідження.

Усього у дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь

325 пацієнтів у віці 60 і більше років геронтопсихіатричного відділення психоневрологічної лікарні м. Маріуполь. Основна група (ОГ) кількістю 238 осіб отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання. Група порівняння (ПГ) кількістю 87 осіб проходила тільки стандартне лікування. Після виконання задач дослідження та досягнення мети роботи, пацієнти ПГ отримали в повному обсязі окрім стандартної фармакотерапії трикомпонентне психотерапевтичне лікування, як і пацієнти ОГ. Визначено, що пацієнти похилого віку мали високий рівень поліморбідності за шкалою CIRS-G. Середня кількість супутніх захворювань в ОГ склала 3,7; в ПГ – 3,4. Середня кількість щоденних препаратів в ОГ – 3,7; в ПГ – 3,0. Тяжкість і кількість супутніх захворювань збільшувались з віком і асоціювались з погіршенням якості життя. Тенденція до зниження якості життя була прямо пропорційною до збільшення кількості супутніх захворювань, щоденного та періодичного обсягу фармакотерапії, зростання віку хворих, більшою мірою у чоловіків.

Отримані дані дозволили розробити ефективну психотерапевтичну програму у досліджуваного контингенту, яка передбачала поєднання психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії. Використовувався когнітивно-поведінковий підхід, проводилось 10 сеансів тривалістю по 30-60 хвилин у вигляді мотиваційних інтерв'ю і когнітивно-поведінкових тренінгів з роз'яснювальною психотерапією, роз'яснювальні бесіди про шкідливі наслідки тютюнопаління.

Отже, був розроблений та впроваджений оптимальний алгоритм лікування поліморбідних пацієнтів похилого віку з психічними розладами, а саме: первинне обстеження щодо основного і супутніх захворювань → аналіз фармакотерапевтичного навантаження → призначення оптимальної фармакотерапії за стандартами лікування наявних у пацієнта захворювань, асоційованої з психотерапією, спрямованою на обізнаність хворого щодо свого захворювання, методів його лікування, створення терапевтичного альянсу, запобігання самолікуванню. Аналіз результатів проведеної лікувальної роботи дозволив зробити висновок, що застосування такого терапевтичного комплексу сприяло підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою пацієнтів із зазначеною патологією.

Ключові слова: психічні розлади, соматичні захворювання, коморбідність, якість життя, літній вік.

АННОТАЦІЯ

Калугин И. В. Оптимизация терапии психических расстройств у пациентов пожилого возраста с полиморбидностью. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», Киев, 2018.

Диссертационное исследование было проведено на основе изучения характера и роли нарушений комплаенса, качества жизни и удовлетворенности медицинской помощью с целью повышения эффективности лечения психических расстройств у

больных пожилого возраста с полиморбидностью путем оптимизации терапевтического комплекса фармакотерапии, ассоциированной с психотерапевтическим компонентом, для чего были использованы социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы исследования.

Всего в исследовании при условии получения информированного согласия приняло участие 325 пациентов в возрасте 60 и более лет геронтопсихиатрического отделения психоневрологической больницы г. Мариуполь. Основная группа (ОГ) количеством 238 человек получала стандартное лечение и психотерапевтическое вмешательство. Группа сравнения (СГ) количеством 87 человек проходила только стандартное лечение. После выполнения задач исследования и достижения цели работы пациентам СГ провели в полном объеме кроме стандартной фармакотерапии трехкомпонентное психотерапевтическое лечение, как и пациентам ОГ. Определено, что пациенты пожилого возраста имели высокий уровень полиморбидности по шкале CIRS-G. Среднее количество сопутствующих заболеваний в ОГ составило 3,7; в СГ – 3,4. Среднее количество ежедневных препаратов в ОГ – 3,7; в СГ – 3,0. Тяжесть и объем сопутствующих заболеваний увеличивались с возрастом и ассоциировались с ухудшением качества жизни. Тенденция к снижению качества жизни была прямо пропорциональна увеличению числа сопутствующих заболеваний, ежедневного и периодического объема фармакотерапии, в большей степени у мужчин и с увеличением возраста больных.

Полученные данные позволили разработать эффективную психотерапевтическую программу у исследуемого контингента, которая предусматривала сочетание психообразования, комплаенс-терапии и тренинга профилактики фармакомании. Использовался когнитивно-поведенческий подход, проводилось 10 сеансов продолжительностью по 30-60 минут в виде мотивационных интервью и когнитивно-поведенческих тренингов с разъяснительной психотерапией, разъяснительные беседы о вредных последствиях курения.

Таким образом, был разработан и внедрен оптимальный алгоритм лечения полиморбидных пациентов пожилого возраста с психическими расстройствами, а именно: первичное обследование по основному и сопутствующим заболеваниям → анализ фармакотерапевтической нагрузки → назначения оптимальной фармакотерапии по стандартам лечения имеющихся у пациента заболеваний, ассоциированной с психотерапией, направленной на осведомленность больного относительно своего заболевания, методов его лечения, создания терапевтического альянса, предотвращение самолечения. Анализ результатов проведенной лечебной работы позволил сделать вывод, что применение такого терапевтического комплекса способствовало повышению комплаенса, качества жизни и удовлетворенности медицинской помощью пациентов с указанной патологией.

Ключевые слова: психические расстройства, соматические заболевания, коморбидность, качество жизни, пожилой возраст.

SUMMARY

Kalugin I. V. Optimization of mental disorders therapy in elderly patients with polymorbidity. – Manuscript.

Thesis for obtaining the scientific degree of a Candidate of medical sciences in speciality 14.01.16 – psychiatry. – State organization «Research institute of psychiatry of the Ministry of health of Ukraine», Kyiv, 2018.

The dissertation research was conducted on the basis of studying the nature and role of compliance violations, quality of life and satisfaction of medical care in order to increase the effectiveness of treatment of mental disorders in elderly patients with polymorbidity by optimizing the therapeutic complex of pharmacotherapy associated with the psychotherapeutic component. To achieve this, socio-demographic, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostical and statistical methods of research were used.

A total number of 325 patients at the age of 60 and more years of the gerontopsychiatric department of the psychoneurological hospital in Mariupol, whose informed consent was obtained, participated in the study. The main group (MG) of 238 people received standard treatment and psychotherapeutic intervention. A comparison group (CG) of 87 people had only standard treatment. After having solved the research tasks and achieved the goal of work, CG patients, as well as MG patients, in addition to standard pharmacotherapy, received full three-component psychotherapeutic treatment. According to the research results, elderly patients had a high level of polymorbidity according to the CIRS-G scale. The average number of concomitant diseases in the MG was 3.7; in CG – 3.4. The average amount of daily taken drugs in MG – 3.7; in CG – 3.0. The severity and number of concomitant diseases increased with age and was associated with a deterioration in life quality. The tendency of life quality's decrease was directly proportional to the increase in the number of concomitant diseases, daily and periodic volume of pharmacotherapy, to a greater extent was observed in men and with increasing age of patients.

The obtained data allowed to develop an effective psychotherapeutic programme in the investigated contingent, which included a combination of psychosocial education, compliance therapy and pharmacomania prevention training. A cognitive-behavioural approach was used, 10 sessions (30–60 minutes each) were conducted in the form of motivational interviews and cognitive-behavioural trainings with explanatory psychotherapy, explanatory conversations about the harmful effects of tobacco-smoking.

Thus, an optimal algorithm for treatment of elderly polymorbid patients with mental disorders was developed and implemented, namely: a primary examination of the main and concomitant diseases → analysis of the pharmacotherapeutic load → the prescription of optimal pharmacotherapy according to the standards of treatment of the patient's disease associated with psychotherapy aimed at awareness of the patient about his illness, methods of his treatment, creation of a therapeutic alliance, prevention of self-healing. The analysis of the results of the conducted medical work made it possible to conclude that the use of such therapeutic complex contributed to increasing compliance, quality of life and satisfaction with medical care of patients with the specified pathology.

Keywords: mental disorders, somatic diseases, comorbidity, quality of life, elderly people.

Підписано до друку 18.09.2018 р. Формат 60х90/16.

Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.

Тираж 100. Зам. 71.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]

Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.

м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.

200-87-15, 050-525-88-77

E-mail: nsvit23@ukr.net

Сайт: nsvit.cc.ua