

## СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.454-055.5/.7:159.9

К. В. Аймедов, Д. А. Волощук

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

psyhoptyr@gmail.com

**Актуальність.** Деменція на сьогоднішній день є однією з найактуальніших медичних та соціально-економічних проблем сучасного суспільства.

**Мета** – дослідити клініко-психопатологічні та соціальні особливості пацієнтів з судинною деменцією (СД), закономірності формування дезадаптації у їх родичів та оцінити впровадження комплексного медико-соціального супроводу хворих та їх родин.

**Матеріали та методи дослідження.** За допомогою соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного методів дослідження обстежено 163 пацієнти з СД. Досліджуваних поділено на дві групи: Г1 (n=76) – пацієнти з легким ступенем порушень (20–24 бали) за шкалою Mini-Mental State Examination (MMSE), Г2 (n=76) – з помірним ступенем порушень (11–19 балів за MMSE). Відповідно до терапевтичної тактики, кожна з груп додатково була поділена на основну (ОГ1 та ОГ2) та групу порівняння (ГП1 та ГП2). У ОГ1 (n=42) та ОГ2 (n=48) на тлі стандартної фармакотерапії проводили заходи авторського медико-соціального супроводу. У ГП1 (n=34) та ГП2 (n=39) – суто фармакотерапевтичні втручання. Обробку отриманих результатів проводили статистичним методом.

**Результати.** Для пацієнтів з судинною деменцією характерним було уповільнення, ригідність всіх психічних процесів та їх лабільність, звуження кола інтересів. Переважна більшість осіб обох груп мала очевидну серйозну або дуже серйозну дисфункцію за всіма показниками загальної поведінкової дисфункції та виконанням соціальних ролей. У результаті застосованого медико-соціального супроводу в ОГ1 кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась на 54,76 %, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (23,51 %). Схожа тенденція спостерігалась і в ОГ2 та ГП2, де підвищення рівня адаптації в основній групі було втричі більшим, порівняно з групою порівняння: в ОГ2 кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %, в ГП2 – 15,38 %.

**Висновки.** Доцільність використання біопсихосоціальної моделі при складанні комплексних міждисциплінарних програм допомоги хворим на СД з урахуванням сімейноцентрованого підходу обумовлена різноманітністю та індивідуальністю клінічних проявів СД, обмеженням соціального функціонування пацієнтів з цією патологією та більшою ефективністю, порівняно з суто фармакотерапевтичними інтервенціями.

**Ключові слова:**  
судинна деменція,  
медико-соціальний  
супровід, комплексна  
терапія, оцінка  
ефективності наданих  
інтервенцій.

**Актуальність.** В Україні кількість осіб старше 60 років складає 18,9 % населення [2, 4]. Невпинне зростання чисельності осіб похилого віку, які мають найвищий ризик розвитку певних видів соматопсихічної патології, характерних для даної вікової групи, зокрема судинної деменції (СД), що є однією з найчастіших форм когнітивного зниження в багатьох країнах світу, визначає необхідність докладного вивчення клінічних аспектів даної патології [7, 8].

Для лікування судинної деменції головним чином використовують препарати, спрямовані на уповільнення дегенеративного процесу і реанімацію свідомості пацієнта [5]. З огляду на різноманітність та індивідуальність клінічних проявів СД, обмеження соціального функціонування пацієнтів, доцільним є використання біопсихосоціальної моделі при складанні комплексних міждисциплінарних програм допомоги хворим на СД, з урахуванням сімейноцентрованого підходу [3, 4].

**Метою** роботи було дослідження клініко-психопатологічних та соціальних особливостей пацієнтів з судинною деменцією, а також закономірностей формування дезадаптації у їх родичів, та оцінка впровадження комплексного медико-соціального супроводу хворих та їх родин.

## Матеріали та методи дослідження

Впродовж 2014–2016 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» було обстежено 179 пацієнтів з судинною деменцією (СД). Враховуючи критерії включення та виключення до дослідження увійшло 163 хворих. Дослідження проводили з дотриманням принципів медичної етики та деонтології.

Діагноз судинної деменції (F01) встановлювали за критеріями МКХ-10 [1]. Усіх пацієнтів з СД на етапі первинної діагностики було поділено на дві групи – Г1 та Г2 – за ступенем виразності когнітивних та емоційних порушень у структурі СД. До першої групи увійшли пацієнти з легким, до другої – з помірним ступенем порушень за шкалою «Коротка шкала оцінки психічного статусу» (Mini-Mental State Examination). У результаті розподілу до Г1 було включено 76 пацієнтів, до Г2 – 87 пацієнтів з СД. До дослідження було включено осіб, які набрали від 11 до 24 балів за вищезгаданою шкалою (11–19 балів – помірний, 20–24 бали – легкий ступінь деменції). Особи з окремими когнітивними порушеннями за допомогою не звертались. Пацієнти з тяжкою деменцією не були включені до дослідження, оскільки вони потребували іншого підходу до надання допомоги та окремого комплексу специфічної терапії.

Вивчення соціального функціонування (СФ) досліджених здійснювали із використанням психіатричної шкали обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я – Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS) [6]. Дані, необхідні для аналізу в рамках даної тестової методики, було отримано від медичного персоналу, який працював з хворими на судинну деменцію, включеними до дослідження.

Відповідно до мети і завдань дослідження використовували оцінку СФ на момент госпіталізації за всіма чотирма розділами шкали.

Розділ 1 – «Загальна поведінкова дисфункція» – включав оцінку наступних параметрів.

1. Самообслуговування. Розглядали як активну функцію пацієнта щодо догляду за собою відповідно до соціальних норм і правил поведінки. За відхиленнями від загальноприйнятих норм особистої гігієни та фізичного стану робили висновок про загальний соціальний стан пацієнта.

2. Інтереси і зайнятість. Оцінювали інтерес до щоденних дій, захоплення читанням книг, переглядом телепередач, наявністю хобі, участю у спортивних змаганнях, іншими формами громадського життя. Визначені інтереси оцінювали за їх змістовністю, спонтанністю, захопленістю, доречністю (правильністю).

3. Діяльність у родині та побуті. Розглядали як здатність з необхідною швидкістю виконувати завдання і реагувати на соціальні (суспільні) стимули (оцінка повільності як чинника, що перешкоджає повноцінній

самостійній діяльності чи негативно віддзеркалюється на соціальному (сімейному) оточенні).

4. Спілкування та ізоляція. Вивчали сферу соціальних контактів, комунікативних навичок, ступінь готовності до спілкування, наявність реальних контактів і спілкування, ступінь самотності на момент обстеження.

Розділ 2 – «Виконання соціальних ролей» – включав дослідження:

1. Учасі в домашніх справах: ступінь участі пацієнта в прийнятті спільних сімейних рішень, відвідування родичів, спільне приготування їжі, прибирання квартири тощо.

2. Сімейної ролі: емоційних стосунків, спілкування, взаєморозуміння, підтримки тощо.

3. Шлюбної ролі (статевая роль у шлюбі): ступеня втрати зацікавленості й ініціативи у статевому житті (оцінювали пацієнтів, які перебувають у шлюбі).

4. Статевої ролі поза шлюбом: ступінь втрати зацікавленості й ініціативи в статевому житті пацієнтів, які не перебувають у шлюбі.

5. Батьківської ролі: зацікавленості стосовно дитини, турботи, догляду за дитиною, спільне проведення часу, знання інтересів і проблем дитини (оцінювали пацієнтів, які мають дітей).

6. Соціальних контактів: труднощі у спілкуванні та конфліктність у стосунках із сусідами, друзями, колегами.

7. Професійної ролі 1: здатності впоратися з професійними обов'язками, своєчасно виконувати необхідний обсяг роботи, дотримуватися правил поведінки (оцінювали пацієнтів які працюють).

8. Професійної ролі 2: зацікавленості і реальних дій пацієнта для одержання чи відновлення роботи.

9. Зацікавленості і поінформованості: орієнтація у подіях, що відбуваються в суспільному житті.

10. Поведінки в нестандартних і складних ситуаціях: реакція пацієнта на хворобу родича, домашні труднощі, інші ситуації, що вимагають активних дій.

Розділ 3 – «Внутрішньолікарняне функціонування» – включав оцінку таких характеристик:

1. Поведінка пацієнта в палаті;

2. Думка медсестер та родичів;

3. Заняття пацієнта;

4. Контакт з зовнішнім світом.

Розділ 4 – «Модифікуючі чинники» – включав аналіз:

1. Особливих позитивних якостей;

2. Особливих завад;

3. Домашньої атмосфери;

4. Підтримки ззовні;

5. Загальної оцінки.

Вищезгадані діагностичні методики було використано двічі: на початку дослідження для констатації рівня збереженості когнітивних процесів та рівня соціального функціонування і через рік після проведених терапевтичних інтервенцій з метою оцінки їх ефективності. Перед проведенням комплексної терапії групи пацієнтів з СД було поділено на основні групи та групи порівняння: Г1 поділили на ОГ1 (n=42) та ГП1 (n=34), Г2 – на ОГ2 (n=48) та ГП2 (n=39). В основних групах проводили заходи авторського медико-соціального супроводу, в групах порівняння – суто фармакотерапевтичні втручання.

Важливим компонентом допомоги пацієнтам з СД, разом з фармакотерапевтичними втручаннями, є заходи психосоціального супроводу, що ми враховували при побудові авторської комплексної програми (рис. 1).

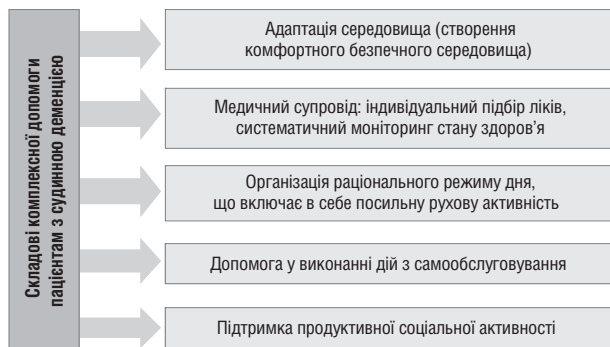


Рис. 1. Складові авторської комплексної допомоги хворим на судинну деменцію

При побудові терапії для пацієнтів з СД особливу увагу приділяли створенню безпечного середовища, організації індивідуального медичного та психосоціального супроводу, відновленню навичок самообслуговування, що стало невід'ємними етапами надання допомоги пацієнту з СД (рис. 1).

Лікування хворих було комплексним та етапним. При побудові схеми фармакотерапії ми опирались на накази МОЗ України: № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» та № 59 від 05.02.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги».

Також важливими елементами програми комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з СД були наступні: адаптація середовища (створення комфортного безпечного середовища), організація раціонального режиму дня (з включенням посиленої рухової активності), організація щоденних рутинних справ (сон, одягання, вживання їжі, гігієнічні процедури), підтримка продуктивної соціальної активності.

У рамках нашої роботи було розроблено методику проведення тренінгу соціальних навичок для осіб з СД і її апробація для подальшого практичного застосування. Складовими програми тренінгу були наступні:

1. Набуття навичок спілкування. В ході тренінгу учасників навчали долати труднощі спілкування з іншими людьми у найрізноманітніших ситуаціях (на вулиці, в транспорті, магазині, вдома); конструктивно вирішувати складні конфліктні ситуації, самостійно приймати рішення і впевнено втілювати їх у життя в рамках соціально прийнятної поведінки;

2. Вироблення соціально-побутових навичок – приготування їжі, миття посуду, прання, прибирання тощо;

3. Набуття навичок самостійного життя. Пацієнтів навчали заповнювати квитанції для оплати комунальних послуг, користуватися послугами різних служб, розповідали про реалізацію пільг, поведінку в екстремальних ситуаціях тощо.

Тренінг проходив на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». Програма складалася з 12 занять (одне заняття на тиждень) тривалістю 90

хвилин. Час і місце проведення не мінялися від заняття до заняття. Така стабільність сприяла зниженню тривожності і формуванню довірчої, доброзичливої атмосфери в групі. З тією ж метою заняття проводили в закритій групі, після початку циклу (одного – двох занять) нових учасників не приймали. Група складалася з 6–8 осіб.

Етапи покрокового навчання певній навичці були наступні: визначення рівня розвитку навички; визначення найближчих кроків; відпрацювання окремої операції всередині навички; об'єднання окремих операцій в ланцюжок дії; ефективне застосування системи заохочень для управління корекційним процесом.

Паралельно з супроводом пацієнтів проводили інтервенції щодо родичів хворих на судинну деменцію, а саме застосовували психоосвітній підхід, проводили роботу в групах ГЕД (групах екзистенційного досвіду), а також використовували Інтернет-ресурс та відкрили тематичну сторінку у соціальній мережі Facebook, де було розміщено інформацію про координати лікувального закладу, загальні відомості про СД, основні види допомоги особам з СД, труднощі, з якими найчастіше зіштовхуються дані пацієнти та їх родичі, наші поради.

Статистичну обробку отриманих даних та побудову діаграм виконували за допомогою програм Excel та статистичного пакета «Statistica 7.0. for Windows» з використанням t-критерію Ст'юдента, U-критерію Манна-Уїтні,  $\phi$ -критерію Фішера та  $\chi^2$ -критерію Пірсона. В усіх випадках порівнянь визначали ймовірність розходжень «р». Розходження вважали статистично значимими при  $p < 0,05$ .

## Результати та їх обговорення

Для визначення ефективності проведеного в групах пацієнтів з СД терапевтичного комплексу було здійснено повторну оцінку змін, які відбулися в основних групах пацієнтів після терапії відносно груп порівняння та терміну до терапії. Кількісні дані аналізу ефективності терапії наведено в таблицях 1–4.

Згідно з даними таблиці, в результаті проведеної терапії відбулися позитивні зміни рівня когнітивних функцій (орієнтування в часі, місці, сприйняття; концентрації уваги, пам'яті). Найбільш значними були зміни в ОГ2, в якій значення за показниками когнітивних функцій підвищились в середньому на 0,5 бала; за показниками мовленнєвих функцій – на 0,3 бала. Значні позитивні зміни відбулися також в групі ОГ1 за показниками розвитку когнітивних (підвищення в середньому на 0,3 бала) та мовленнєвих (підвищення в середньому на 0,2 бала) функцій.

З метою аналізу ефективності проведеного терапевтичного комплексу була проведена оцінка рівня соціального функціонування пацієнтів з СД, які увійшли до груп ОГ1, ОГ2, ГП1 та ГП2 для порівняння показників, отриманих у основних групах та групах порівняння, а також результатів до та після терапії (дані наведено в табл. 2–4).

У результаті застосованого терапевтичного комплексу в групі ОГ1 відмічалась значна позитивна динаміка змін рівня соціального функціонування за всіма показниками. Кількість осіб з мінімальною дисфункцією за показником «самообслуговування» після терапії збільшилась

на 38,09 %, за показником «інтереси та зайнятість» – на 42,86 %, за фактором «діяльність в родині та побуті» – на 47,62 %, «спілкування та ізоляція» – на 47,62 %. Аналіз групи показників «виконання соціальних ролей» також виявив збільшення кількості осіб з мінімальною дисфункцією (МД). Так, за фактором «участь в домашніх справах» різниця між кількістю осіб з МД в ОГ1 до та після терапії склала 52,39 %, за показником «сімейна роль» – 47,61 %, «шлюбна роль» – 47,61 %, «батьківська роль» – 47,62 % «соціальні контакти» – 50,00 %, «зацікавленість» – 50,00 % (різниця між показниками до та після терапії в ОГ1 є достовірною,  $p \leq 0,05$ ). Деякі позитивні зміни відбулися також в ГП1, проте вони були незначними (в середньому до 20,00 %) та не мали статистичної достовірності ( $p > 0,05$ ).

Схожі тенденції спостерігались у групах ОГ2 і ГП2 (табл. 3).

Як свідчать дані, наведені в таблиці, кількість осіб в ОГ2, які мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за показником «самообслуговування», до початку терапії складала 79,17 %, після терапії – 41,67 %; за фактором «інтереси та зайнятість», відповідно, до – 89,58 %, після – 47,92 %; «діяльність в родині та побуті» до – 87,50 %, після – 45,83 %; «спілкування та ізоляція» до – 89,55 %, після – 47,91 %; «участь в домашніх справах» до – 95,83 %, після – 54,17 %; «сімейна роль» до – 95,84 %, після – 54,17 %; «шлюбна роль» до – 97,92 %, після – 70,83 %; «батьківська роль» до – 95,83 %, після – 66,67 %; «соціальні контакти» до – 93,75 %, після – 56,25 %; «зацікавленість» до – 100,00 %, після – 54,17 %. Найменших змін зазнав фактор «поведінка в нестандартних ситуаціях», який в ОГ2 до терапії був притаманний 100,00 % пацієнтів, після – 95,83 %, проте у порівнянні з ГП2, в якій змін за даним фактором не відбулося зовсім, ця позитивна динаміка в ОГ2 є достовірною ( $p \leq 0,05$ ).

Порівняльну оцінку динаміки змін у сфері соціального функціонування пацієнтів з СД основних груп та груп порівняння в умовах стаціонару до та після терапії наведено в таблиці 4.

Наведені в таблиці 4 дані свідчать, що показники соціального функціонування пацієнтів з СД в умовах стаціонару покращились за всіма критеріями. При цьому різниця за бальними показниками після терапії між ОГ1 та ГП1 була достовірною за всіма критеріями шкали; різниця між ОГ2 та ГП2 була достовірною за критеріями «думка медсестер та родичів», «особливі завади», «заняття пацієнта» та «контакт з зовнішнім світом» ( $p \leq 0,05$ ). Все вищесказане свідчить про вищу ефективність авторської комплексної терапії та медико-соціального супроводу, порівняно з стандартним лікуванням.

До початку застосування терапевтичного комплексу переважна більшість пацієнтів ОГ1 та ОГ2 мали низький рівень адаптації: ОГ1 – 80,95 %; ОГ2 – 91,67 %. У результаті використання комплексу терапевтичних заходів в ОГ1 кількість осіб з добрим та задовільним ступенями адаптації збільшилась з 19,05 % до 73,81 %; в ОГ2 – з 8,33 % до 64,58 %. В ГП1 добрий та задовільний рівні адаптації спостерігали до початку терапії у 20,59 % досліджених, а

після терапії ця кількість збільшилась на 23,51 % і склала 44,10 %; в ГП2 задовільний рівень адаптації мали 5,13 % пацієнтів, наприкінці терапії – 20,51 %.

Результати дослідження свідчать про ефективність впроваджених інтервенцій медико-соціального супроводу пацієнтів з СД.

## Висновки

Для пацієнтів з судинною деменцією характерним є уповільнення, ригідність всіх психічних процесів та їх лабільність, звуження кола інтересів. У хворих наявні зниження когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення, орієнтування тощо) і труднощі при виконанні функцій у повсякденному житті та побуті (обслуговування себе, приготування їжі, покупки, заповнення фінансових документів, орієнтування в новій обстановці тощо), втрата соціальних навичок, адекватної оцінки свого захворювання.

Переважна більшість осіб обох груп мали очевидну серйозну або дуже серйозну дисфункцію за всіма по-

Таблиця 1. Дані, отримані в групах досліджених пацієнтів з СД за «Короткою шкалою оцінки психічного статусу» (Mini-Mental State Examination) (Me)

Критерії	Термін до або після терапії	Г1 (n=76)		Г2 (n=87)	
		ОГ1 (n=42)	ГП1 (n=34)	ОГ2 (n=48)	ГП2 (n=39)
Орієнтування в часі	до	3,4	3,1	2,2	2,0
	після	3,6	3,8	2,8*	2,1
Орієнтування в місці	до	3,8	3,9	2,1	2,4
	після	4,2	4,0	2,8	2,5
Сприйняття	до	2,9	2,6	1,6	1,5
	після	3,0*	2,6	2,1*	1,7
Концентрація уваги	до	2,3	2,5	1,5	1,4
	після	2,5	2,4	1,9	1,6
Пам'ять	до	2,4	2,0	1,4	1,2
	після	2,4	2,1	1,8	1,4
<b>Мовленнєві функції</b>					
Називання предметів	до	1,8	1,8	1,0	1,1
	після	2,0	1,8	1,8*	1,4
Повторення речень	до	0,7	0,7	0,4	0,6
	після	0,9	0,9	0,9	0,7
3-етапна команда	до	1,8	1,7	1,2	1,1
	після	2,1	2,0	1,8*	1,4
Читання і виконання	до	0,7	0,9	0,6	0,6
	після	1,0	1,0	0,9	0,7
Написання речення	до	0,8	0,8	0,8	0,6
	після	1,0	0,9	0,9	0,8
Копіювання малюнку	до	0,7	0,7	0,4	0,6
	після	0,9	0,7	0,7	0,6

Примітка: \* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ ОГ2 з ГП2).

казниками загальної поведінкової дисфункції та виконанням соціальних ролей, при цьому рівень соціального функціонування в Г1 був достовірно вищим, ніж у Г2, за показниками «самообслуговування», «інтереси та зайнятість», «діяльність у родині та в побуті», «спілкування та

ізоляція», «участь в домашніх справах», «сімейна роль», «шлюбна роль», «батьківська роль», «соціальні контакти», «зацікавленість і поінформованість», «поведінка в нестандартних і складних ситуаціях» (різниця між групами достовірна ( $p \leq 0,05$ )).

Таблиця 2. Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів ОГ1 та ГП1 до та після терапії (%)

Шкали	Термін до або після терапії	Рівень виразності дисфункції в групах ОГ1 (n=42)/ГП1 (n=34)					
		1	2	3	4	5	6
<b>Загальна поведінкова дисфункція</b>							
Самообслуговування	до	0,00/0,00	38,10±7,49/ 38,24±8,33	42,86±7,64**/ 44,12±8,51	19,04±6,06**/ 17,64±6,56		0,00/0,00
	після	0,00/0,00	76,19±6,57**/ 47,06±8,56*	19,05±6,06/ 38,24±8,33	4,76±3,29/ 14,70±6,07		0,00/0,00
Інтереси та зайнятість	до	0,00/0,00	30,95±7,13/ 29,41±7,81	40,48±7,57**/ 44,12±8,51	19,04±6,06**/ 20,59±6,93	9,53±4,53**/ 5,88±2,82	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	73,81±6,78**/ 47,06±8,56*	16,67±5,75/ 35,29±8,20*	7,14±3,97/ 14,71±6,07	2,38±2,35/ 2,94±2,90	0,00/0,00
Діяльність в родині та у побуті	до	0,00/0,00	28,57±6,97/ 26,47±7,57	38,10±7,49**/ 38,24±8,33	21,43±6,33**/ 23,53±7,27	11,90±5,00**/ 11,76±5,52	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	76,19±6,57**/ 44,12±8,51*	14,29±5,40/ 29,41±7,81	7,14±3,97/ 17,64±6,56	2,38±2,35/ 8,83±4,87	0,00/0,00
Спілкування та ізоляція	до	0,00/0,00	23,81±6,57/ 26,47±7,57	38,10±7,49**/ 41,18±8,44	26,19±6,78**/ 23,53±7,27	11,90±5,00**/ 8,82±4,87	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	71,43±6,97**/ 44,12±8,51*	16,67±5,75/ 29,41±7,81	9,52±4,53/ 20,59±6,93	2,38±2,35/ 5,88±2,82	0,00/0,00
<b>Виконання соціальних ролей</b>							
Участь в домашніх справах	до	0,00/0,00	11,90±5,00/ 14,71±6,07	42,87±7,64**/ 41,18±8,44	33,33±7,27**/ 32,35±8,02	11,90±5,00**/ 11,76±5,52	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	64,29±7,39**/ 32,35±8,02*	19,05±6,06/ 32,35±8,02	11,90±5,00/ 26,48±7,57	4,76±3,29/ 8,82±4,87	0,00/0,00
Сімейна роль	до	0,00/0,00	9,53±4,53/ 8,82±4,87	45,24±7,68**/ 44,12±8,47	26,19±6,78**/ 26,47±7,57	19,04±6,06**/ 20,59±6,93	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	57,14±7,64**/ 26,47±7,57*	21,43±6,33/ 35,29±8,20	11,90±5,00/ 20,59±6,93	9,53±4,53/ 17,65±6,56	0,00/0,00
Шлюбна роль	до	0,00/0,00	7,14±3,97/ 5,88±2,82	45,24±7,68**/ 47,06±8,56	30,95±7,13**/ 32,35±8,02	16,67±5,75/ 14,71±6,07	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	54,76±7,68**/ 20,59±6,93*	26,19±6,78/ 41,18±8,44*	14,29±5,40/ 26,47±7,57	4,76±3,29/ 11,76±5,52	0,00/0,00
Батьківська роль	до	0,00/0,00	11,90±5,00/ 8,82±4,87	38,10±7,49**/ 41,18±8,44	33,33±7,27**/ 35,29±8,20	16,67±5,75/ 14,71±6,07	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	59,52±7,57**/ 20,59±6,93*	16,67±5,75/ 35,29±8,20*	16,67±5,75/ 32,35±8,02	7,14±3,97/ 11,77±5,52	0,00/0,00
Соціальні контакти	до	0,00/0,00	7,14±3,97/ 8,82±4,87	40,48±7,57**/ 41,18±8,44	35,71±7,39**/ 38,24±8,33	16,67±5,75**/ 11,76±5,52	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	57,14±7,64**/ 26,47±7,57*	21,43±6,33/ 32,35±8,02	14,29±5,40/ 32,35±8,02*	7,14±3,97/ 8,83±4,87	0,00/0,00
Професійна роль	<i>Фактор не оцінювався у зв'язку з тим, що пацієнти не працюють</i>						
Зацікавленість і поінформованість	до	0,00/0,00	2,38±2,35/ 2,94±2,20	16,67±5,75/ 17,65±6,56	52,38±7,71**/ 50,00±8,57	28,57±6,97**/ 29,41±7,81	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	52,38±7,71**/ 26,47±7,57*	11,90±5,00/ 14,71±6,07	21,43±6,33/ 38,24±8,33	14,29±5,40/ 20,58±6,93	0,00/0,00
Поведінка в складних ситуаціях	до	0,00/0,00	0,00/0,00	7,14±3,97/ 8,82±4,87	57,15±7,64**/ 55,89±8,52	35,71±7,39**/ 35,29±8,20	0,00/0,00
	після	0,00/0,00	7,14±3,97**/ 0,00	42,86±7,64**/ 14,71±6,07*	30,95±7,13/ 52,94±8,56*	19,05±6,06/ 32,35±8,02	0,00/0,00

Примітки: 1 – відсутність дисфункції (немає порушень); 2 – мінімальна дисфункція; 3 – очевидна дисфункція; 4 – серйозна дисфункція; 5 – дуже серйозна дисфункція; 6 – максимальна дисфункція; \* – різниця достовірна між ОГ1 та ГП1 ( $p \leq 0,05$ ); \*\* – різниця достовірна між результатами в групі до та після терапії ( $p \leq 0,05$ ).

Таблиця 3. Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів ОГ2 та ГП2 до та після терапії (%)

Чинники соціального функціонування	Термін до або після терапії	Рівень виразності дисфункцій в групах ОГ2 (n=48) / ГП2 (n=39)					
		1	2	3	4	5	6
<b>Загальна поведінкова дисфункція</b>							
Самообслуговування	до	0,00 / 0,00	20,83±5,86 / 17,95±6,15	43,75±7,16** / 43,59±7,94	35,42±6,90 ** / 38,46±7,79		0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	58,33±7,61** / 28,21±7,21*	25,00±6,25 / 38,46±7,79	16,67±5,38 / 33,33±7,55*		0,00 / 0,00
Інтереси та зайнятість	до	0,00 / 0,00	10,42±4,41 / 10,26±4,86	27,08±6,41** / 28,21±7,21	39,58±7,06 ** / 43,59±7,94	22,92±6,07** / 17,94±6,14	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	52,08±7,21** / 25,65±6,99*	12,50±4,77 / 23,07±6,75	25,00±6,25 / 38,47±7,79	10,42±4,41 / 12,81±5,35	0,00 / 0,00
Діяльність в родині та у побуті	до	0,00 / 0,00	12,50±4,77 / 10,26±4,86	29,17±6,56** / 30,77±7,39	39,58±7,06** / 41,03±7,88	18,75±5,63** / 17,94±6,15	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	54,17±7,19** / 23,08±6,75*	14,58±5,09 / 25,64±6,99	22,92±6,07 / 35,90±7,68	8,33±3,99 / 15,38±5,78	0,00 / 0,00
Спілкування та ізоляція	до	0,00 / 0,00	10,42±4,41 / 7,69±4,27	29,17±6,56** / 28,21±7,21	41,66±7,11** / 43,59±7,94	18,75±5,63** / 20,51±6,47	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	52,09±7,21** / 17,95±6,15*	18,75±5,63 / 28,21±7,21	20,83±5,86 / 38,46±7,79	8,33±3,99 / 15,38±5,78	0,00 / 0,00
<b>Виконання соціальних ролей</b>							
Участь в домашніх справах	до	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 5,13±3,53	25,00±6,25 / 25,64±6,99	47,91±7,21** / 46,15±7,98	22,92±6,07** / 23,08±6,75	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	45,83±7,03** / 20,51±6,47*	25,00±6,25 / 23,08±6,75	18,75±5,63 / 35,90±7,68*	10,42±4,41 / 20,51±6,47	0,00 / 0,00
Сімейна роль	до	0,00 / 0,00	4,16±2,89 / 2,56±2,53	22,92±6,07 / 20,51±6,47	50,00±7,21** / 53,85±7,98	22,92±6,07** / 23,08±6,75	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	45,83±7,03** / 12,83±5,35*	14,58±5,09 / 20,51±6,47	27,08±6,41 / 46,15±7,98*	12,51±4,77 / 20,51±6,47	0,00 / 0,00
Шлюбна роль	до	0,00 / 0,00	2,08±2,06 / 2,56±2,53	25,00±6,25 / 23,08±6,75	54,17±7,19** / 56,41±7,94	18,75±5,63 / 17,95±6,15	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	29,17±6,56** / 7,69±4,27*	18,75±5,63 / 23,08±6,75	39,58±7,06 / 53,85±7,98*	12,50±4,77 / 15,39±5,78	0,00 / 0,00
Батьківська роль	до	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 5,13±3,53	20,83±5,86 / 20,51±6,47	58,33±7,61 / 58,97±7,88	16,67±5,38 / 15,39±5,78	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	33,33±7,55** / 10,26±4,86	14,58±5,09 / 20,51±6,47	41,67±7,11 / 56,41±7,94	10,42±4,41 / 12,82±5,35	0,00 / 0,00
Соціальні контакти	до	0,00 / 0,00	6,25±3,49 / 5,13±3,53	22,92±6,07 / 23,08±6,75	56,25±7,16** / 58,97±7,88	14,58±5,09** / 12,82±5,35	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	43,75±7,16** / 12,82±5,35*	16,67±5,38 / 23,08±6,75	33,33±7,55 / 53,85±7,98	6,25±3,49 / 10,25±4,86	0,00 / 0,00
Професійна роль	<i>Фактор не оцінювався у зв'язку з тим, що пацієнти не працюють</i>						
Зацікавленість і поінформованість	до	0,00 / 0,00	0,00 / 0,00	10,42±4,41 / 7,69±4,27	52,08±7,21** / 56,41±7,94	37,50±6,99** / 35,90±7,68	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	45,83±7,03 / 5,13±3,53*	12,50±4,77 / 15,38±5,78	25,00±6,25 / 48,72±8,00*	16,67±5,38 / 30,77±7,39	0,00 / 0,00
Поведінка в складних ситуаціях	до	0,00 / 0,00	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 2,56±2,53	41,67±7,11** / 41,03±7,88	54,16±7,19** / 56,41±7,94	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 0,00	27,08±6,41** / 7,69±4,27*	29,17±6,56 / 38,46±7,79	39,58±7,06 / 53,85±7,98*	0,00 / 0,00

Примітки: 1 – відсутність дисфункції (немає порушень); 2 – мінімальна дисфункція; 3 – очевидна дисфункція; 4 – серйозна дисфункція; 5 – дуже серйозна дисфункція; 6 – максимальна дисфункція; \* – різниця достовірна (p≤0,05); \*\* – різниця достовірна між результатами в групі до та після терапії (p≤0,05).

Таблиця 4. Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів з СД до та після терапії (Ме)

Показник	Термін до або після терапії	Г1 (n=76)		Г2 (n=87)	
		ОГ1 (n=42)	ГП1 (n=34)	ОГ2 (n=48)	ГП2 (n=39)
Поведінка пацієнта в палаті	до	7,5*	7,1	5,2	5,6
	після	8,2*	7,4	7,0*	5,8
Думка медсестер та родичів	до	6,3	6,1	4,9	4,5
	після	7,8*/**	6,4	6,5*/**	4,8
Заняття пацієнта	до	3,1	3,3*	2,1	2,0
	після	4,7*/**	3,4	3,2*/**	2,2
Контакт з зовнішнім світом	до	5,5	5,3	3,0	3,2
	після	7,1*/**	5,6	4,9*/**	3,3
<b>Модифікуючі чинники</b>					
Особливі позитивні якості	до	0,5	0,5	0,3	0,4
	після	1,4*	0,6	1,1*	0,5
Особливі завади	до	2,0	2,2	1,5	1,6
	після	1,4**	2,1*	1,2	1,5
Домашня атмосфера	до	3,9*	3,7	2,3	2,5
	після	5,2*/**	4,0	3,5*	2,6
Підтримка ззовні	до	4,1	4,3	2,8	2,6
	після	6,1*/**	4,5	4,2*	2,7

Примітки: \* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1 / ОГ2 з ГП2); \*\* – різниця достовірна ( $p \leq 0,05$ ) при порівнянні результатів до / після лікування.

У результаті застосованого медико-соціального супроводу в ОГ1 кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенями адаптації збільшилась на 54,76 %, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (23,51 %). Схожа тенденція спостерігалась в ОГ2 та ГП2, де підвищення рівня адаптації в основній групі було втричі більшим, ніж у групі порівняння: в ОГ2 кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %, в ГП2 – 15,38 %.

Враховуючи різноманітність та індивідуальність клінічних проявів СД, обмеження соціального функціонування пацієнтів, доцільним є використання біопсихосоціальної моделі при складанні комплексних міждисциплінарних програм допомоги хворим на цю патологію з урахуванням сімейноцентрованого підходу.

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

К. В. Аймедов, Д. А. Волощук

**Актуальность.** Деменция на сегодняшний день является одной из наиболее значимых медицинских и социально-экономических проблем.

**Цель** – исследовать клинико-психопатологические и социальные особенности пациентов с сосудистой деменцией (СД), закономерности формирования дезадаптации у их родственников и оценить внедрение комплексного медико-социального сопровождения больных и их семей.

**Материалы и методы исследования.** С помощью социально-демографического, клинико-анамнестического, психодиагностического методов исследования обследовано 163 пациента с СД. Исследуемые были разделены на две группы: Г1 (n=76) – пациенты с легкой степенью нарушений (20–24 балла) по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE), Г2 (n=76) – с умеренной степенью нарушений (11–19 баллов). В соответствии с терапевтической тактикой каждая из групп дополнительно была разделена на основную (ОГ1 и ОГ2) и группу сравнения (ГП1 и ГП2). В ОГ1 (n=42) и ОГ2 (n=48) на фоне стандартной фармакотерапии проводили мероприятия авторского медико-социального сопровождения. В ГП1 (n=34) и ГП2 (n=39) – только фармакотерапевтические вмешательства. Обработку полученных результатов проводили статистическим методом.

**Результаты.** Для пациентов с сосудистой деменцией характерно замедление, ригидность всех психических процессов и их лабильность, сужение круга интересов. Подавляющее большинство лиц обеих групп имело очевидную серьезную или очень серьезную дисфункцию по всем показателям общей поведенческой дисфункции и выполнения социальных ролей. В результате проведенного медико-социального сопровождения, в ОГ1 количество пациентов с хорошей и удовлетворительно степенью адаптации увеличилось на 54,76 %, что было вдвое больше, чем в ГП1 (23,51 %). Похожая тенденция наблюдалась в ОГ2 и ГП2, где повышение уровня адаптации в основной группе было втрое больше, относительно группы сравнения: в ОГ2 количество удовлетворительно адаптированных лиц увеличилось на 56,25 %, в ГП2 – 15,38 %.

**Выводы.** Целесообразность использования биопсихосоциальной модели при составлении комплексных междисциплинарных программ помощи больным СД с учетом семейноцентрированного подхода обусловлена разнообразием и индивидуальностью клинических проявлений СД, ограничением социального функционирования пациентов с этой патологией и большей эффективностью, по сравнению с изолированными фармакотерапевтическими интервенциями.

**Ключевые слова:** сосудистая деменция, медико-социальное сопровождение, комплексная терапия, оценка эффективности предоставленных интервенций.

#### Список використаної літератури

1. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [под ред. Дж. Э. Купера] / Пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
2. Костюченко С. Сосудистая деменция: подходы и перспективы фармакологического лечения / С. Костюченко // *НейроNews*. – 2015. – № 5. – С. 27–32.
3. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан – Вінниця, 2010. – 135 с.
4. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України (збірка типових положень та інструкцій) / за ред. Марути Н. О., Демченко В. А., Домбровської В. В. – Київ; Харків, 2012. – 136 с.
5. Приб Г. А. Медико-соціальна експертиза обмежень життєдіяльності у психічно хворих (діагностика, клініка, реабілітація) / Г. А. Приб. – К.: ІПК ДСЗУ, 2012. – 380 с.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 672 с.
7. Stenholm S. Comorbidity and Functional Trajectories From Midlife to Old Age: The Health and Retirement Study / S. Stenholm, H. Westerlund, J. Head // *Jour. Gerontol. Med. Scien.* – 2014. – № 3. – P. 7–11.
8. Ye S. Long-term Outcomes of Enhanced Depression Treatment in Patients with Acute Coronary Syndromes / S. Ye, J. A. Shaffer, N. Rieckmann // *Amer. Jour. Med.* – 2014. – Vol. 14. – P. 90–98.

#### References

1. Cooper, J. E. (1994). *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders With Glossary and Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, 448 p. (Russ. ed.: Poltavce D. (2000). *Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriterijami (IDK): karmannoe rukovodstvo k MKB-10*. Kyiv, Sfera, 464 p.).
2. Kostiuhenko, S. I. (2015). *Sosudistaja demencija: podhody i perspektivy farmakologicheskogo lechenija* [Vascular dementia: approaches and perspectives of pharmacological treatment]. *NeuroNews* – *NeuroNews*, no. 5 (69), pp. 27–32.
3. Pshuk, N. H., Markova, M. V., Kondratiuk, A. I., & Stukan, L. V. (2010). *Medychna psykholohiia* [Medical Psychology]. Vinnitsia, 135 p.
4. Maruta, N. O., Demchenko, V. A., & Dombrovska, V. V. (2012). *Orhanizatsiia suspilno oriientovanoi psykhiatrychnoi dopomohy dorosloму naselenniu Ukrainy (zbirka typovykh polozhen ta instruktii)* [The organization of socially oriented mental health care for adults of Ukraine (a collection of standard regulations and instructions)]. Kyiv, Kharkiv, 136 p.
5. Prib, H. A. (2012). *Medyko-sotsialna ekspertyza obmezhen zhyttiedialnosti u psykhichno khvorykh (diahnostyka, klinika, reabilitatsiia)* [Medical and social examination of life in psychiatric patients (diagnostic, clinical, rehabilitation)]. Kyiv, PK DSZU, 380 p.
6. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara, Bahrah–M, 672 p.
7. Stenholm, S., Westerlund, H., & Head, J. (2014). *Comorbidity and Functional Trajectories From Midlife to Old Age: The Health and Retirement Study*. *Jour. Gerontol. Med. Scien.*, issue. 3, pp. 7–11.
8. Ye, S., Shaffer, J. A., & Rieckmann, N. (2014). *Long-term Outcomes of Enhanced Depression Treatment in Patients with Acute Coronary Syndromes*. *The American Journal of Medicine*, vol. 14, pp. 90–98.

## COMPREHENSIVE EVALUATION OF MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA

C. V. Aymedov, D. A. Voloshchuk

**Background.** Today dementia is one of the most significant health and socio-economic problems.**Objective** – explore the clinical and psychiatric and social characteristics of patients with vascular dementia (VD), patterns of formation maladjustment among their relatives and to evaluate the implementation of an integrated health and social support for patients and their families.**Materials and methods.** We surveyed 163 patients with VD by socio-demographic, clinical and anamnestic, psycho-diagnostic methods. All patients were divided into two groups: G1 (n=76) – patients with mild disorders (20-24 points) on the scale Mini-Mental State Examination (MMSE), G2 (n=76) – with moderate disorders (11-19 points). According to the therapeutic tactics, each group was further divided into basic (BG1 and BG2) and control group (CG1 and CG2). In OG1 (n=42) and OG2 (n=48) on the background of standard pharmacotherapy conducted unique activities of medical and social support. Patients in CG1 (n=34) and GP2 (n=39) had only pharmacological intervention. The processing of the results was performed by the statistical method.**Results.** Patients with vascular dementia characterized by a slowdown, rigidity of the mental processes and their lability, narrowing of the range of interests. The vast majority of people in both groups had obvious serious or very serious dysfunction of all indicators of behavioral dysfunction and general performance of social roles. As a result of medical and social support, in BG1 number of patients with good and satisfactory degree of adaptation increased for 54,76 %, which was twice that in the CG1 (23,51 %). A similar tendency was observed in BG2 and CG2, where increase the level of adaptation in the main group was three times more compared with control groups: BG2 amount satisfactorily adapted individuals increased by 56,25 %, in CG2 – 15,38 %.**Conclusions.** Usefulness of the biopsychosocial model in the preparation of complex interdisciplinary assistance programs patients with VD based on family-centered approach is due to the diversity and individuality of the clinical manifestations of VD, restriction of social functioning of patients with this disease, and greater efficiency in comparison with isolated pharmacotherapeutic interventions.**Key words:** vascular dementia, medical and social support, complex therapy, evaluating the effectiveness of interventions provided.*Стаття надійшла до редакції 22.06.2016 р.***АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович**, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету МОЗ України (ОНМУ МОЗ України), м. Одеса; e-mail: psyhoptyp@gmail.com**ВОЛОЩУК Діана Анатоліївна**, асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги ОНМУ МОЗ України, м. Одеса; e-mail: voloshchuk.diana@mail.ru**АЙМЕДОВ Константин Владимирович**, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи Одесского национального медицинского университета МЗ Украины (ОНМУ МЗ Украины), г. Одесса; e-mail: psyhoptyp@gmail.com**ВОЛОЩУК Диана Анатольевна**, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи ОНМУ МЗ Украины, г. Одесса; e-mail: voloshchuk.diana@mail.ru**AYMEDOV Constantin Volodymyrovych**, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of Odessa National Medical University (ONMU), Odesa; e-mail: psyhoptyp@gmail.com**VOLOSHCHUK Diana Anatoliivna**, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of ONMU, Odesa; e-mail: voloshchuk.diana@mail.ru