

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3
DOI 10.11603/bmbr.2706-6290.2020.3.11526

Л. В. Черкашина¹, І. І. Кириченко^{1,2}, Г. П. Сябренко^{3,4}, Т. М. Руденко⁵, А. О. Деміхов⁵

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України¹
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону Міністерства оборони України²
КНП «Кіровоградський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни»³
Донецький національний медичний університет МОЗ України⁴
Сумський державний університет МОН України⁵

НЕПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ТА КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК У КОМБАТАНТІВ

Непсихотичні розлади психічної сфери та кардіоваскулярний ризик у комбатантів

Л. В. Черкашина¹, І. І. Кириченко^{1,2}, Г. П. Сябренко^{3,4}, Т. М. Руденко⁵, А. О. Деміхов⁵

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України¹
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону Міністерства оборони України²
КНП «Кіровоградський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни»³
Донецький національний медичний університет МОЗ України⁴
Сумський державний університет МОН України⁵

Резюме. Зростання термінів тимчасової непрацездатності та показників первинної інвалідності унаслідок хронічних хвороб, зокрема поєднаних, наносить значні економічні збитки і посилює соціальну значущість наукових досліджень, спрямованих на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію лікування і ризикометричних підходів; непересічно значимим це є і для учасників бойових дій – комбатантів.

Мета дослідження – вивчити частоту та характер непсихотичних розладів психічної сфери серед комбатантів, стратифікованих за рівнем кардіоваскулярного ризику (КВР).

Матеріали і методи. Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко-анамнестичного обстеження 450 комбатантів, які попередньо були стратифіковані за рівнем кардіоваскулярного ризику, визначеним за методикою «SCORE».

Результати. Частота реакцій психічної дезадаптації (РГД) у різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від (37,8±4,4) % до (68,3±4,6) % та достовірно ($p \leq 0,05$) була вищою серед пацієнтів із реалізованим КВР, ніж в групах з різним його рівнем; при цьому достовірних відмінностей у частоті РГД залежно від рівня КВР не виявлено, що свідчить про відносно однаковий рівень психічної дезадаптації на донозологічному етапі реалізації КВР. Частота соматогенного астеничного симптомокомплексу (САСК) була найвищою серед пацієнтів із

Non-psychothotic disorders of the mental sphere and cardiovascular risk in combatants

L. V. Cherkashyna, I. I. Kyrychenko, G. P. Siabrenko, T. M. Rudenko, A. O. Demikhov

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education¹
Military Medical Clinical Center of the Northern Region, Ministry of Defense of Ukraine²
Kirovohrad Regional Clinical Hospital of War Veterans³
Donetsk National Medical University⁴
Sumy State University⁵

e-mail: serg_shklyar@ukr.net

Summary. The increase in the duration of temporary disability and primary disability due to chronic diseases, in particular combined, causes significant economic damage and increases the social significance of research aimed at improving medical and psychological monitoring, early diagnosis, individualization of treatment and risk management; this is extremely important for combatants.

The aim of the study – to examine the frequency and nature of non-psychothotic mental disorders among combatants stratified by the level of cardiovascular risk (CVR).

Materials and Methods. The primary information base for the study was the results of a comprehensive clinical and anamnestic examination of 450 combatants, who were previously stratified according to the level of cardiovascular risk, determined by the method of "SCORE".

Results. The frequency of mental maladaptation reactions (MMR) in different risk groups of patients ranged from (37.8±4.4) % to (68.3±4.6) % and was significantly ($p \leq 0.05$) higher among patients with implemented CVR than in groups with different levels; at the same time, no significant differences in the frequency of MMR depending on the level of CVR were found, which indicates a relatively equal level of mental maladaptation at the pre-nosological stage of CVR implementation. The frequency of somatogenous asthenic symptom complex (SASC) was found to be the highest among patients with

реалізованим КВР (становить $(20,2\pm 3,9)$ %) та достовірно ($p\leq 0,05$) рідше діагностували САСК у ризикометричних групах пацієнтів з різним рівнем КВР. Виявлено, що достовірно меншою була частота САСК серед осіб із високим рівнем КВР (мінімальний КВР – $(16,8\pm 3,3)$ %, високий КВР – $(8,8\pm 2,8)$ %, $p\leq 0,05$). Таким чином, реалізація КВР і, відповідно, діагностування ССЗ є значимим фактором зростання частоти САСК серед таких пацієнтів. Гострі невротичні розлади (ГНР) з найбільш високою ($p\leq 0,05$) частотою діагностовано серед пацієнтів із високим КВР (становить $(22,5\pm 4,1)$ %), їх частота в п'ять разів вища ніж в інших ризикометричних групах осіб із КВР (коливається від 4,8 до 5,0 %) та втричі вища, ніж серед хворих на ССЗ (становить $(7,7\pm 2,6)$ %). Тобто гострі невротичні розлади маніфестують високий КВР, тоді як при нозологічному оформленні високого КВР (при діагностуванні ССЗ) частота ГНР достовірно зменшується. Частота невротичних розладів із затяжним перебігом виявлена достовірно ($p\leq 0,05$) вищою серед пацієнтів ризикометричних груп КВР (коливалась у межах від $(10,4\pm 2,7)$ % до $(24,4\pm 3,9)$ %), ніж серед хворих на ССЗ (становила $(1,9\pm 1,3)$ %), тоді як серед пацієнтів ризикометричних груп КВР вона була найменшою при низькому КВР та однаково більш високою при середньому та високому КВР ($p\leq 0,05$).

Висновки. Визначені частота та характер неспсихотичних порушень психічної сфери у комбатантів з різним рівнем КВР та доведено наявність найбільш високої частоти РГД в структурі цих порушень. Доведено, що частота САСК є найбільшою серед пацієнтів з реалізованим КВР та перевищує відповідний показник групи пацієнтів з високим КВР.

Ключові слова: загальна практика – сімейна медицина; кардіоваскулярний ризик; комбатанти.

ВСТУП

Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я зумовлені впливом соціальних, екологічних та інших проблем, на розв'язання яких спрямовані сучасні зусилля Європейської медичної спільноти, зокрема стосовно зниження кардіоваскулярних ризиків (КВР) [1, 4, 10, 12]. Зростання термінів тимчасової непрацездатності та показників первинної інвалідності унаслідок хронічних хвороб, зокрема поєднаних, наносить значні економічні збитки і посилює соціальну значущість наукових досліджень, спрямованих на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію лікування і ризикометричних підходів [6, 7, 12]; безперечно значимим це є і для учасників бойових дій – комбатантів [13].

Серед способів визначення КВР відомі способи, що спрямовані на використання як результатів лабораторних досліджень, так і дихотомічних індикаторів ризику. Так, згідно з існуючими уявленнями, шкала оцінки ризику «SCORE» (Systematic Coronary Risk Evaluation) призначена для прогнозування смертельного (коронарного чи некоронар-

realized CVR (20.2 ± 3.9) % and significantly ($p\leq 0.05$) less frequently diagnosed SASC in risk groups of patients with different levels of CV-diseases. It was found that the frequency of SASC was significantly lower among patients with a high level of CVR (minimum CVR – (16.8 ± 3.3) %, high CVR – (8.8 ± 2.8) %, $p\leq 0.05$). Thus, the implementation of CVR and, accordingly, the diagnosis of CVD is a significant factor in increasing the incidence of ACS among such patients. Acute neurotic disorders (AND) with the highest ($p\leq 0.05$) frequency were diagnosed among patients with high CVR (22.5 ± 4.1) %, their frequency is five times higher than in other risk groups patients with CVD (ranging from 4.8 to 5.0 %) and three times higher than among patients with CV-diseases (7.7 ± 2.6) %. That is, acute neurotic disorders manifest high CVR, whereas in the nosological design of high CVR (when diagnosing CVD) the frequency of AND is significantly reduced. The frequency of neurotic disorders with a prolonged course was found significantly ($p\leq 0.05$) higher among patients with risk groups of CVR (ranging from (10.4 ± 2.7) % to (24.4 ± 3.9) % than among patients with CVD was (1.9 ± 1.3) %, while among patients of risk groups of CVR it was the lowest at low CVR and equally higher at medium and high CVR ($p\leq 0.05$).

Conclusions. The frequency and nature of non-psychotic mental disorders in combatants with different levels of CVR were determined and the presence of the highest frequency of MMR in the structure of these disorders was proved. It is proved that the frequency of SASC is the highest among patients with realized CVR and exceeds the corresponding indicator of the group of patients with high CVR.

Key words: general practice-family medicine; cardiovascular risk; combatants.

ного) захворювання в найближчі 10 років. Основою для шкали стали результати спеціальних репрезентативних когортних досліджень населення [1, 12]. Окрім того, відома так звана Фрамінгемська шкала, застосування якої дозволяє у десятирічній перспекції визначати ризик смерті лише від коронарних подій [4, 5, 12].

У молодому віці технологія оцінки КВР носить проспективний характер. Недивлячись на меншу точність, ніж у старших вікових групах, технологія дозволяє на рівні первинної ланки надання медичної допомоги індивідуалізувати засоби цільової профілактики кардіоваскулярних подій [7, 8]. Це вимагає й удосконалення концепції діяльності на первинному рівні надання допомоги, задля підвищення ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу в пацієнтів із КВР [9, 10].

Метою дослідження було вивчити частоту та характер неспсихотичних порушень психічної сфери серед комбатантів, стратифікованих за рівнем кардіоваскулярного ризику.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко-анамнестичного обстеження 450 комбатантів, які попередньо були стратифіковані за рівнем кардіоваскулярного ризику (КВР), визначеним за методикою «SCORE» [1, 12]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, наявності куріння, рівня артеріального тиску тощо і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1, 4]. До групи мінімального (низького) КВР віднесено 125 пацієнтів ($n_{MP}=125$), середнього – 19 ($n_{CP}=119$), високого КВР – 102 пацієнти ($n_{BP}=102$) та до групи з реалізованим КВР віднесено 104 особи ($n_X=104$) з діагностованими серцево-судинними захворюваннями (зокрема гіперонічною хворобою I–II ст.) відповідно до загальноприйнятих клінічних протоколів. Групи не відрізнялись розподілом за віком та статтю. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2, 3], варіаційну статистику, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів.

РЕЗУЛЬТАТИ Й ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-психопатологічне дослідження дозволило визначити структуру проявів та загальні закономірності формування неспихотичних порушень психічної сфери залежно від рівня КВР.

Разом з тим, нам вдалося виявити у них і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої певні кількісні та якісні особливості клінічної структури психопатологічних феноменів.

Результати дослідження частоти різних форм неспихотичних порушень психіки у ризикометричних групах та в групі хворих з маніфестованим КВР представлені в таблиці.

Частота РПД в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від (37,8±4,4) % до (68,3±4,6) % та достовірно ($p \leq 0,05$) була вищою серед пацієнтів із реалізованим КВР, ніж в групах з різним його рівнем (рис.); при цьому достовірних відмінностей у частоті РПД залежно від рівня КВР не виявлено, що свідчить про відносно однаковий рівень психічної дезадаптації на донозологічному етапі реалізації КВР.

Частота САСК була найвищою серед пацієнтів із реалізованим КВР (становить (20,2±3,9) %) та достовірно ($p \leq 0,05$) рідше діагностувався САСК в ризикометричних групах пацієнтів з різним рівнем КВР. Виявлено, що достовірно меншою була частота САСК серед осіб з високим рівнем КВР (мінімальний КВР – (16,8±3,3) %, високий КВР – (8,8±2,8) %, $p \leq 0,05$). Таким чином, реалізація КВР і відповідно діагностування ССЗ є значимим фактором зростання частоти САСК серед таких пацієнтів.

Гострі невротичні розлади з найбільш високою ($p \leq 0,05$) частотою діагностовано серед пацієнтів із високим КВР (становить (22,5±4,1) %), їх частота в п'ять разів вища, ніж в інших ризикометричних групах пацієнтів з КВР (коливається від 4,8 до 5,0 %) та втричі вища, ніж серед хворих на ССЗ (становить (7,7±2,6) %). Тобто гострі невротичні розлади маніфестують високий КВР, тоді як при нозологічному оформленні високого КВР (при діагностуванні ССЗ) частота ГНР достовірно зменшується.

Частота невротичних розладів із затяжним перебігом виявлена достовірно ($p \leq 0,05$) вищою серед пацієнтів ризикометричних груп КВР (коливалась

Таблиця. Частота та характер різних форм неспихотичних порушень психіки залежно від рівня кардіоваскулярного ризику

Форми неспихотичних порушень психічної сфери		Рівень кардіоваскулярного ризику			
		мінімальний ($n_{MP}=125$)	середній ($n_{CP}=119$)	високий ($n_{BP}=102$)	хворі на ССЗ ($n_X=104$)
Реакції психічної дезадаптації	абс.	59	45	47	71
	$P \pm m, \%$	47,2±4,5 ^б	37,8±4,4 ^а	46,1±4,9	68,3±4,6 ^{а, б, с}
Соматогенний астеничний симптомокомплекс	абс.	21	22	9	21
	$P \pm m, \%$	16,8±3,3	18,5±3,6 ^с	8,8±2,8 ^{а, б}	20,2±3,9 ^{а, с}
Гострі невротичні розлади	абс.	6	6	23	8
	$P \pm m, \%$	4,8±1,9 ^с	5,0±2,0 ^с	22,5±4,1 ^{а, б}	7,7±2,6 ^с
Невротичні розлади із затяжним перебігом	абс.	13	29	18	2
	$P \pm m, \%$	10,4±2,7 ^с	24,4±3,9 ^а	17,6±3,8 ^а	1,9±1,3 ^{а, б, с}
Без неспихотичних порушень психіки	абс.	26	17	5	2
	$P \pm m, \%$	20,8±3,6 ^с	14,3±3,2 ^а	4,9±2,1 ^а	1,9±1,3 ^{а, с}

Примітки: 1) ^а – достовірна відмінність порівняно з групою мінімального КВР при $p \leq 0,05$;
2) ^б – достовірна відмінність порівняно з групою середнього рівня КВР при $p \leq 0,05$;
3) ^с – достовірна відмінність порівняно з групою високого КВР при $p \leq 0,05$.

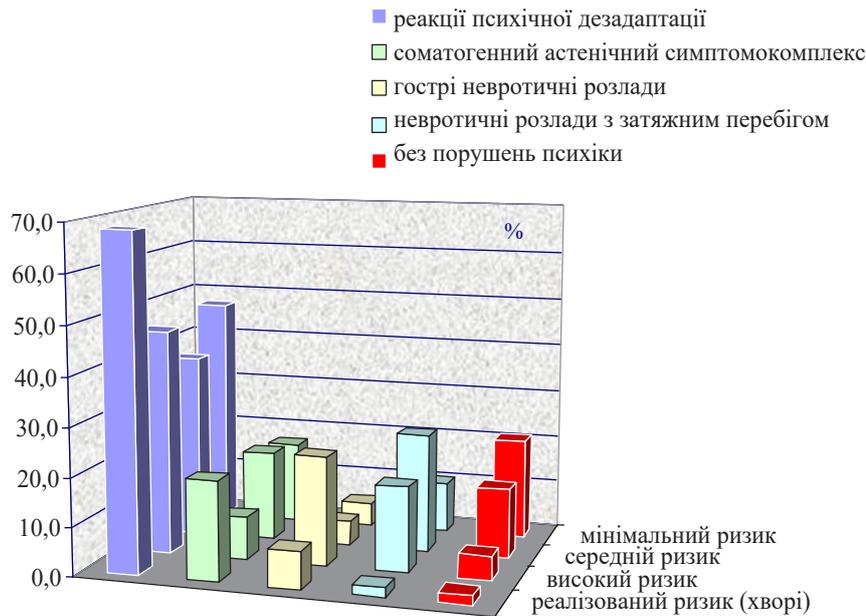


Рис. Частота (у %) та характер різних форм непсихотичних порушень психіки серед комбатантів із різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

у межах від $(10,4 \pm 2,7)$ % до $(24,4 \pm 3,9)$ %, ніж серед хворих на ССЗ (становила $(1,9 \pm 1,3)$ %), тоді як серед пацієнтів ризикометричних груп КВР вона була найменшою при низькому КВР та однаково високою при середньому та високому КВР ($p \leq 0,05$).

Необхідно також зазначити, що із 450 обстежених у 50 осіб не виявлено непсихотичних порушень психічної сфери: серед $(20,8 \pm 3,6)$ % пацієнтів групи низького, серед $(14,3 \pm 3,2)$ % пацієнтів групи середнього та лише серед $(4,9 \pm 2,1)$ % пацієнтів групи високого КВР ($p \leq 0,05$). Тобто серед пацієнтів із високим КВР та серед хворих на ССЗ частота без НППС була відповідно в 4 та 10 разів меншою. Це демонструє взаємопов'язаність частоти НППС та рівня КВР і визначає подальший напрямок досліджень.

Напрямки подальших досліджень пов'язані з вивченням закономірностей формування синдромологічної структури НППС серед комбатантів різних ризикометричних груп КВР.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – № 11(1). – С. 40–41.
2. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195–1198.
3. Лищук В. А. Информатизация клинической медицины / В. А. Лищук // Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – №1. – С. 7–13.

ВИСНОВКИ

1. Визначені частота та характер непсихотичних порушень психічної сфери у пацієнтів із різним рівнем КВР та доведено наявність найбільш високої частоти реакцій психічної дезадаптації у структурі цих порушень ($p < 0,05$).
2. Доведено, що частота соматогенного астеничного симптомокомплексу є найбільшою серед комбатантів із реалізованим КВР (хворі на ССЗ) та перевищує ($p \leq 0,01$) відповідний показник групи з високим КВР практично в 2,5–3,0 рази.
3. Пацієнти з високим КВР характеризуються достовірно ($p \leq 0,01$) більшою частотою гострих невротичних розладів та невротичних розладів із затяжним перебігом, порівняно з пацієнтами, які мають реалізований КВР.
4. Частота та характер НППС, насамперед у пацієнтів із високим КВР, визначають потребу в більш детальному вивченні з позицій ефективного використання засобів освітньо-поведінкової корекції як компоненту медико-психологічного супроводу пацієнтів із КВР.

4. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. – 2008. – № 5–6. – С. 123–129.
5. Органов Р. Г. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов С. А. Шалынова, А. М. Калинина // Кардиология. – 2008. – № 5. – С. 85–89.
6. Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ри-

зику / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, т. 1. – С. 193–197.

7. Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, т. 2. – С. 149–153.

8. Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он? / В. Ю. Приходько // Здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 18–19.

9. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52–60.

10. Шальнова С. А., Вихирева О. В. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний. Комментарии к европейским рекомендациям по профилак-

тике сердечно-сосудистых заболеваний // Рациональная фармакотерапия. – 2005. – № 3. – С. 54–56.

11. Санология та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 495–505.

12. Bhatt D. L. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman // JAMA. – 2006. – No. 295. – P. 180–189.

13. Ціпкало А. І. Особливості роботи медичних сестер у зоні бойових дій / А. І. Ціпкало, М. І. Марущак, І. Я. Криницька // Вісник медичних і біологічних досліджень. – 2020. – № 1. – С. 50–53.

REFERENCES

1. Horbas IM. [SCORE scale in clinical practice: advantages and limitations]. *Zdorovia Ukrainy*. 2008;11(1): 40-1. Ukrainian.

2. Lichko AYe, Ivanov NYa. [Medical and psycho-logical examination of somatic patients]. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S.Korsakova*. 1980;80(8): 1195-8. Russian.

3. Lishchuk VA. [Informatization of clinical medicine]. *Klinicheskaya informatika i telemeditsina*. 2004;1: 7-13. Russian.

4. Netyazhenko VZ, Puzanova OH. [Patient with high cardiovascular risk: how to improve the prognosis]. *Vnutrishnia medytsyna*. 2008;5-6: 123-9. Ukrainian.

5. Organov RG, Shalynova SA, Kalinina AM. [A new way of assessing the individual cardiovascular total risk for the population of Russia]. *Kardiologiya*. 2008;5: 85-9. Russian.

6. Panchenko MS. [Prognostic value of medical and psychological factors in the assessment of cardiovascular risk]. *Visnyk problem medytsyny ta biolohii*. 2013;4(1): 193-7. Ukrainian.

7. Panchenko MS. [Psychological features of patients with somatic pathology and cardiovascular risk]. *Visnyk problem medytsyny ta biolohii*. 2013;4(2): 149-53. Ukrainian.

8. Prikhodko VYu. [High risk patient – who is he?]. *Zdorovia Ukrainy*. 2010;3: 18-19. Ukrainian.

9. Sirenko YuM. [Effectiveness of preventive measures to prevent the development of cardiovascular diseases]. *Simeina medytsyna*. 2006;1: 52-60. Ukrainian.

10. Shalnova SA, Vikhireva OV. [Assessment of the total risk of cardiovascular disease. Comments on the European guidelines for the prevention of cardiovascular diseases]. *Ratsionalnaya farmakoterapiya*. 2005;3: 54-6. Russian.

11. Shklyar SP, Panchenko MS, Pertsev DP, Cherkashyna LV. [Sanology and clinical medicine: methodological aspects of studying risk factors for psychosomatic disorders]. *Problemy ekolohichnoi ta medychnoi henetyky i klinichnoi imunolohii: Zbirnyk naukovykh prats*. 2011;6(108): 495-505. Ukrainian.

12. Bhatt DL, Steg PG, Ohman EM. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2006;295: 180-9.

13. Tzipkalo AI, Marushchak MI, Krynytska IY. [Features of nurses' work in the area of combat actions]. *BMBR*. 2020;(1): 50-3. Ukrainian.

Отримано 04.08.20