

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ

ДЗ «Запорізька державна академія післядипломної освіти МОЗ України» (м. Запоріжжя)

Дана робота є фрагментом НДР « Наукове обґрунтування організації амбулаторної психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини (на прикладі Запорізької області)», № держ. реєстрації 0112U002835

Вступ. Психічне та соматичне здоров'я існують в тісній взаємодії. Так при тривалому стресі розвиваються серцево-судинні захворювання, а при церебро-васкулярних розладах – деменція [3-5]. Тому інтеграція служби охорони психічного здоров'я в первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) є одним із найбільш ефективним методом виявлення та профілактики психічних захворювань.

Згідно Закону України від 07. 07. 2011р. № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій та м. Києві» в Україні було активно впроваджено реформування системи охорони здоров'я [1]. Тому первинний контакт пацієнта з службою охорони здоров'я буде відбуватись через лікаря загальної практики/сімейного лікаря (ЛЗП/СЛ). Тобто всі пацієнти, які звертаються за медичною допомогою з будь-якого приводу, в тому числі і з приводу психічного здоров'я потрапляють до ЛЗП/СЛ.

Від своєчасного та коректного виявлення ЛЗП/СЛ ряду станів і захворювань, що характеризуються порушенням психіки і поведінки, залежить як своєчасність подальшого поглибленого спеціалізованого дообстеження, так і індивідуальний підбір патогенетично обґрунтованої тактики лікування осіб з вказаною патологією. Науково-статистичне обґрунтування і розробка діагностичного алгоритму в рамках організаційної системи амбулаторної психіатричної допомоги дозволить, без залучення значних додаткових ресурсів, забезпечувати високу діагностичну значимість, широку доступність і відповідну якість в сучасній системі надання психіатричної допомоги на первинному медико-санітарному рівні.

Тому керуючись наказом МОЗ України від 31.03.2010р. № 283 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо вдосконалення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги на 2010-1012 роки» нами було запропоновано математичну модель алгоритму виявлення потенційних пацієнтів з розладами психіки та поведінки [2].

Мета роботи – розробка діагностичного алгоритму щодо адекватної оцінки вірогідної наявності захворювання та виявлення потенційних пацієнтів з розладами психіки та поведінки в рамках математичної моделі організаційної системи амбулаторної психіатричної допомоги

Об'єкт і методи дослідження – амбулаторні карти пацієнтів, які звертались за медичною допомогою до лікаря-психіатра. Для оцінки, наскільки точно обрані нами чинники дозволяють прогнозувати наявність психічних захворювань, а також для складання диференціального алгоритму використовували множинний лінійний дискримінантний аналіз Фішера, при проведенні якого для відбору найбільш інформативних ознак нами була використана процедура покрокового включення змінних. Розраховували значення Wilks' Lambda, оцінювали отриману систему класифікаційних рівнянь, аналіз канонічних кореляцій і адекватність отриманої моделі. Результати дослідження оброблені із застосуванням статистичного пакету ліцензійної програми Statistica® for Windows 6. 0. Для всіх видів аналізу статистично значущими вважали відмінності при рівні значущості $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Розглянемо дані дискримінантного аналізу моделі оцінки ймовірності розвитку шизофренії. Як видно з результатів дискримінантного аналізу (**табл. 1**), найбільшу дискримінаційну здатність мають такі ознаки: обтяжена спадковість по даному захворюванню, відсутність одного або обох батьків, низький соціальний статус, ускладнення при пологах, наявність в анамнезі психотравми, соціальна ізоляція (Wilks ' Lambda=0,075 , F=28,811 $p < 0,001$) У той же час за даними нашої роботи такі фактори, як місце проживання, стать, наявність органічних захворювань головного мозку виявилися близькі до статистичної значущості ($p > 0,05$) .

При проведенні повторного аналізу тільки із зазначеними вище показниками, виявили, що можливість помилкової оцінки вірогідної наявності шизофренії у обстежених хворих становить 7,6% (збільшилася всього на 2,9%). В порівнянні з аналізом, проведеному з використанням всіх раніше наведених факторів (значення Wilks ' Lambda склало 0,083, F=37,46 при $p < 0,001$). Таким чином, зменшення кількості використаних параметрів не

Таблиця 1

Дані дискримінантного аналізу моделі оцінки ймовірності розвитку шизофренії

| Показники | Wilks' Lambda | Часткове значення Wilks' Lambda | F | p | Толерантність | Цінність коефіцієнта детермінації |
|--|---------------|---------------------------------|----------|----------|---------------|-----------------------------------|
| Вік старше 50 років | 0,075423 | 0,994405 | 0,28131 | 0,598192 | 0,533997 | 0,466003 |
| Гиподинамічний спосіб життя | 0,075028 | 0,999638 | 0,01809 | 0,893548 | 0,554714 | 0,445286 |
| Наявність дефіциту безпосереднього спілкування | 0,077569 | 0,966897 | 1,71184 | 0,196730 | 0,509305 | 0,490695 |
| Інфікування ВІЛ, сифіліс тощо інфекцій | 0,083126 | 0,902256 | 5,41665 | 0,024035 | 0,540169 | 0,459832 |
| Наявність кровноспоріднених шлюбів у родичів батьків | 0,076338 | 0,982484 | 0,89141 | 0,349635 | 0,474133 | 0,525867 |
| Проживання в місті | 0,076361 | 0,982194 | 0,90646 | 0,345637 | 0,269684 | 0,730316 |
| Відповідна обтяжена спадковість | 0,100338 | 0,747479 | 16,89147 | 0,000147 | 0,675243 | 0,324758 |
| Наявність нейроінфекції | 0,076658 | 0,978381 | 1,10484 | 0,298259 | 0,615469 | 0,384531 |
| Відсутність одного або обох батьків | 0,087152 | 0,972114 | 3,43431 | 0,023671 | 0,706929 | 0,293071 |
| Низький соціальний статус | 0,083708 | 0,940940 | 4,13837 | 0,042565 | 0,471137 | 0,528863 |
| Наявність органічних захворювань головного мозку | 0,079643 | 0,941709 | 3,09494 | 0,084654 | 0,587460 | 0,412540 |
| Наявність ускладнень при пологах | 0,077765 | 0,964459 | 8,42564 | 0,018075 | 0,549795 | 0,450205 |
| Жіноча стать | 0,077158 | 0,972038 | 1,43830 | 0,236068 | 0,592662 | 0,407338 |
| Наявність в анамнезі психотравми | 0,096495 | 0,777253 | 14,32908 | 0,000412 | 0,503697 | 0,496303 |
| Соціальна ізоляція | 0,089712 | 0,836014 | 9,80759 | 0,002903 | 0,416164 | 0,583836 |
| Холеричний тип темпераменту | 0,075448 | 0,994078 | 0,29785 | 0,587660 | 0,312939 | 0,687061 |
| Наявність наростаючого емоційного виснаження | 0,075828 | 0,989092 | 0,55140 | 0,461220 | 0,529716 | 0,470284 |

привела до зниження якості і значущості прогнозу наявності розладів психіки у обстежених осіб, що свідчить про достатню коректність запропонованого алгоритму.

При проведенні дискримінантного аналізу прогностичних факторів у хворих можна виділити наступні: обтяжена спадковість по шизофренії, ускладнення при пологах, відсутність одного або обох батьків, низький соціальний статус, соціальна ізоляція, наявність в анамнезі психотравми (табл. 2), де ризик 1 – ймовірність більше 90%, ризик 2 – ймовірність менше 10%, відповідно.

Отримані дані дискримінантного аналізу дозволили отримати наступну систему класифікаційних рівнянь (1 – ознака присутня, 0 – ознака відсутня):

Ризик 1 = 1,15 + 8,861 (обтяжена спадковість по шизофренії) + 0,947 (ускладнення при пологах) + 0,478 (відсутність одного або обох батьків) + 1,384 (низький соціальний статус) + 2,88 (соціальна ізоляція) + 3,21 (наявність в анамнезі психотравми).

Ризик 2 = 1,92 + 5,288564 (обтяжена спадковість по шизофренії) + 0,612 (ускладнення при пологах) + 0,483 (відсутність одного або обох батьків) + 1,123 (низький соціальний статус) + 2,54 (соціальна ізоляція) + 1,434733 (наявність в анамнезі психотравми).

Де ризик 1 – вірогідність наявності у пацієнта порушення психіки, обумовлені шизофренією, більше 90%, ризик 2 – вірогідність наявності у пацієнта порушення психіки менше 10%, відповідно.

Таблиця 2

Дані лінійного дискримінантного аналізу прогностичних факторів, що детермінують високу ймовірність наявності шизофренії

| Ознака | Ризик 1 | Ризик 2 |
|-------------------------------------|---------|----------|
| Обтяжена спадковість по шизофренії | 8,861 | 5,288564 |
| Ускладнення при пологах | 0,947 | 0,612 |
| Відсутність одного або обох батьків | 0,478 | 0,483 |
| Низький соціальний статус | 1,384 | 1,123 |
| Соціальна ізоляція | 2,88 | 2,54 |
| Наявність в анамнезі психотравми | 3,21 | 1,434733 |
| Константа | 1,15 | 1,92 |

Таблиця 3
Класифікаційна таблиця розладів психіки у обстежених осіб

| Фактично | Ризик наявності розладів психіки | | | Відсоток коректних |
|--------------------------|----------------------------------|---------|-------|--------------------|
| | Високий | Низький | Разом | |
| Шизофренія | 44 | 1 | 45 | 88,0% |
| Психічних розладів немає | 2 | 3 | 5 | 60% |
| Разом | 46 | 4 | 50 | 100% |
| Загальний відсоток | | | | 74% |

Інтерпретація результатів: прогноз пацієнта буде відноситися до того ризику, для якого класифіковане значення рівняння в порівнянні з іншим буде вище, що дозволяє адекватно констатувати наявність розладів психіки в обстежених пацієнтів у сучасній системі надання психіатричної допомоги на первинному медико – санітарному рівні.

Запропонована модель має високу чутливість в плані прогнозування розладів психіки (88,0%). Класифікаційна таблиця передбачених ризиків і реальної наявності розладів психіки у обстежених осіб показана в **таблиці 3**.

Висновки.

1. Запропоновану оригінальну дискримінантну модель з високою чутливістю (близько 90%), що дозволяє діагностувати і визначати вірогідну наявність розладів психіки.

2. Використання наведеного методу дозволяє ЛЗП/СЛ на ранніх етапах розвитку розладів психіки і поведінки комплексно виявити потенційну групу ризику та своєчасно рекомендувати спеціалізовану психіатричну допомогу.

Перспективи подальших досліджень: організувати роботу лікаря загальної практики/сімейного лікаря, щодо профілактики та виявлення розладів психіки та поведінки, а також ефективно налагодити співпрацю між лікарем загальної практики/сімейним лікарем та лікарем – психіатром.

Література

1. Закон України 07. 07. 2011 р. №3612-V «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» електронний ресурс: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.
2. Наказ МОЗ України від 31. 03. 2010 №283 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо вдосконалення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги на 2010-2012 роки» електронний ресурс : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100331_283.html.
3. Организационные и методические аспекты проекта «Пациент и его семья: от психиатрического просвещения к социальной интеграции». Пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / Под редакцией проф. В. С. Ястребова. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 133 с.
4. Плужнікова Т. В. Основні фактори ризику виникнення цереброваскулярних захворювань і особливості їх прояву / Т. В. Плужнікова // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 1 (29). – С. 208–209.
5. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 432 с.

УДК 616. 89:614. 254. 3

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ

Бібік І. Г.

Резюме. Запропоновано діагностичну модель, яка дозволяє передбачити вірогідну наявність розладів психіки і поведінки у пацієнтів, які звернулись до ЛЗП/СЛ з приводу психічного здоров'я. Використання наведеного методу дозволяє ЛЗП/СЛ на ранніх етапах розвитку розладів психіки і поведінки комплексно виявити потенційну групу ризику та своєчасно рекомендувати спеціалізовану психіатричну допомогу.

Ключові слова: діагностичний алгоритм, порушення психіки та поведінки.

УДК 616. 89:614. 254. 3

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ / СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Бибык И. Г.

Резюме. Предложено диагностическую модель, которая позволяет предсказать вероятное наличие расстройств психики и поведения у пациентов, которые обратились к ВОП/СВ по поводу психического здоровья. Использование приведенного метода позволяет ВОП/СВ на ранних этапах развития расстройств психики и поведения комплексно выявить потенциальную группу риска и своевременно рекомендовать специализированную психиатрическую помощь.

Ключевые слова: диагностический алгоритм, нарушения психики и поведения.

UDC 616. 89:614. 254. 3

Key Aspects Psychiatric Care by General Practitioners / Family Doctors

Biby I. G.

Abstract. *Introduction:* Research and statistical study and the development of a diagnostic algorithm within the organizational framework outpatient mental health care will, without attracting significant additional resources to provide high diagnostic significance and wide availability of adequate quality in the modern system of mental health care into primary health level, which was one of the objectives to achieve this goal of our study.

Developing new ways to adequately assess the probability of having the disease within the mathematical model of the algorithm to identify potential patients with mental and behavioral disorders are important and promising area of modern medicine.

Results and discussion. The data discriminant analysis yielded the following classification system of equations (1 – a sign is present, + 0 – no sign):

Risk 1 = 1. 15 + 8. 861 (burdened heredity in schizophrenia) + 0. 947 (complications of childbirth) + 0. 478 (absence of one or both parents) + 1. 384 (low social status) + 2. 88 (social isolation) + 3. 21 (a history psychological trauma).

Risk 2 = 1. 92 + 5. 288564 (burdened heredity in schizophrenia) + 0. 612 (complications in childbirth) + 0. 483 (absence of one or both parents) + 1. 123 (low social status) + 2. 54 (social isolation) + 1. 434733 (a history psychological trauma).

Where risk 1 – the probability of a patient mental disorders caused by schizophrenia, 90%, 2 risk – the probability of a patient mental disorders less than 10%, respectively.

Interpretation : Patient prediction will be put to risk, for which classified the value equation compared to the other will be higher, which can adequately ascertain the presence of mental disorders in persons surveyed in the modern system of mental health care into primary medical – sanitary level.

Conclusions. The original discriminant models with high sensitivity (90%), which allows one to accurately diagnose and determine the likelihood of having mental disorders. Using the above method can not only during the early stages of mental disorders comprehensively identify potential risk and recommend timely specialized care in a modern system of mental health care at the level of GP.

Prospects for future research: to organize the work of a general practitioner / family doctor about prevention and detection of mental disorders, and effectively collaborate between general practitioner / family doctor and a doctor – a psychiatrist might eliminate those risk factors that depend on the medical employees

Key words: diagnostic algorithm mental disorders.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 13. 04. 2014 р.