

© Дарьин Е.В., 2025, © Король И.С., 2025,
© Бойко Е.О., 2025, © Любченко Д.А., 2025,
© Гетманская М.П., 2025

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616-06

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-28-41>

Показатели качества жизни пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар: пилотное кросс-секционное сравнительное исследование

Дарьин Е.В.¹, Король И.С.¹, Бойко Е.О.², Любченко Д.А.^{2,3}, Гетманская М.П.³

¹ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодарский край, Россия

²ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия

³ГБУЗ «Наркологический диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

Автор для корреспонденции: Евгений Владимирович Дарьин darineugene@gmail.com

Резюме

Обоснование: качество жизни (КЖ) — многомерная концепция, отражающая субъективные оценки физического, психологического и социального благополучия. Изучение КЖ пациентов в психиатрии остается важной задачей, учитывая значительное его снижение у лиц с психическими расстройствами. **Цель исследования** — оценить показатели КЖ пациентов психиатрического стационара в сопоставлении с контрольной группой здоровых людей общей популяции России и других стран. **Пациенты и контрольные группы:** в исследование включены 60 пациентов (46 женщин и 14 мужчин) в возрасте 60 ± 1,73 лет, госпитализированных в психиатрический стационар. Большинство пациентов — сельские жители (80%). У 90% выявлены сопутствующие соматические заболевания, включая патологию сердечно-сосудистой системы, эндокринные расстройства и заболевания опорно-двигательного аппарата. Показатели качества жизни пациентов сравнивали с показателями контрольных групп лиц без психической и соматической патологии из США ($n = 60$) и результатами исследований общей популяции в Российской Федерации и Новой Зеландии. **Методы:** клинико-эпидемиологические, клинические и антропометрические данные получены из медицинской документации. Одномоментное наблюдательное исследование проведено с использованием опросника качества жизни (The Short Form-36, SF-36). Для анализа данных использовали корреляционный анализ и статистические методы (t-критерий, критерий Манна-Уитни). **Результаты:** пациенты демонстрировали значимо более низкие показатели КЖ по всем шкалам SF-36, за исключением индекса Физического функционирования (Physical Functioning, PF), который был выше из-за участия молодых пациентов. Выявлены корреляционные связи между возрастом и такими показателями КЖ, как Физическое функционирование (PF), Общее здоровье (General Health, GH) и Жизненная активность (Vitality, VT). Значимых различий между полами не обнаружено. **Заключение:** исследование подтверждает ухудшение КЖ у пациентов психиатрического стационара, подчеркивая необходимость интеграции лечения сопутствующих соматических заболеваний для улучшения общего состояния и благополучия.

Ключевые слова: качество жизни, госпитализированные психиатрические пациенты, психическое здоровье, коморбидность, поперечные исследования, опросник качества жизни SF-36

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Дарьин Е.В., Король И.С., Бойко Е.О., Любченко Д.А., Гетманская М.П. Показатели качества жизни пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар: пилотное кросс-секционное сравнительное исследование. *Психиатрия*. 2025;23(3):28–41. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-28-41>

RESEARCH

UDC 616-06

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-28-41>

Quality of Life Indicators in In-patients of Psychiatric Unit: A Pilot Cross-sectional Comparative Study

Darin E.V.¹, Korol I.S.¹, Boyko E.O.², Lyubchenko D.A.^{2,3}, Getmanskaya M.P.³

¹State Budgetary Institution «Specialized Psychoneurological Hospital» of the Ministry of Health of the Krasnodar region, Krasnodar region, Russia

²FSBEI HE «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar, Russia

³State Budgetary Institution «Narcological Dispensary» of the Ministry of Health of the Krasnodar region, Krasnodar, Russia

Corresponding author: Evgeny V. Darin, darineugene@gmail.com

Summary

Background: quality of life (QoL) is a multidimensional concept reflecting subjective assessments of physical, psychological, and social well-being. QoL studying in patients, especially in psychiatry, remains a significant challenge due to its marked reduction in persons with mental disorders. **The aim** was to assess the QoL of psychiatric in-patients and identify differences compared to control groups of healthy individuals from different countries. **Patients and Control Groups:** the study included 60 patients

(46 women and 14 men) aged 60 ± 1.73 years, hospitalized in a psychiatric hospital. Most patients were rural residents (80%). Concomitant somatic diseases were detected in 90%, including cardiovascular pathologies, endocrine disorders and diseases of the musculoskeletal system. Patient data were compared with indicators of control groups of individuals without mental and somatic disorders from the USA ($n = 60$) and the results of population studies in the Russian Federation and New Zealand. **Methods:** Clinical-epidemiological, clinical, and anthropometric data were obtained from medical records. A cross-sectional observational study was conducted using the SF-36 questionnaire to assess QoL. Correlation analysis and statistical methods (t-test, Mann-Whitney test) were used for data analysis. **Results:** in-patients demonstrated significantly lower QoL scores across all SF-36 scales, except for Physical Functioning (PF), which was higher due to the participation of younger patients. Correlations were identified between age and QoL indicators, such as PF, General Health (GH), and Vitality (VT). No significant differences between genders were found. **Conclusion:** the study confirms reduced QoL in psychiatric in-patients, highlighting the need for integrating the treatment of comorbid somatic diseases to improve overall health and well-being.

Keywords: quality of life, psychiatric in-patients, mental health, comorbidity, cross-sectional studies, SF-36 Health Survey
Funding: the study had no sponsorship.

For citation: Darin E.V., Korol I.S., Boyko E.O., Lyubchenko D.A., Getmanskaya M.P. Quality of Life Indicators in In-patients of Psychiatric Unit: A Pilot Cross-sectional Comparative Study. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(3):28–41. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-3-28-41>

ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни (КЖ) — это многомерная концепция, включающая субъективные оценки индивидами своего физического, психологического и социального благополучия. Термин «качество жизни» появился в середине XX в. и стал важным показателем в медицинских и социальных исследованиях [1]. В контексте здравоохранения КЖ рассматривается как индикатор общего состояния здоровья пациентов и эффективности медицинских вмешательств. Оно включает в себя несколько ключевых аспектов, таких как физическое функционирование, эмоциональное состояние, социальные связи, уровень боли и общее восприятие здоровья. Оценка КЖ помогает понять, как заболевания и их лечение влияют на повседневную жизнь и благополучие пациентов, предоставляя важную информацию для принятия клинических решений и разработки лечебных стратегий [2].

Качество жизни у лиц с психическими расстройствами значительно ниже, чем в общей популяции, что доказано давно и в многочисленных исследованиях. Например, метаанализ, проведенный E.R. Walker и соавт. [3], выявил повышенный риск смертности среди лиц с психическими расстройствами и снижение КЖ у психически больных. Несмотря на уже имеющиеся данные, подтверждающие снижение КЖ у лиц с психическими расстройствами, могут оставаться пробелы в изучении специфических аспектов КЖ у стационарных психиатрических пациентов. Привлечение внимания профессионального сообщества к имеющимся проблемам при оказании лечебной и реабилитационной помощи пациентам с психическими расстройствами является важным, поскольку, как известно, потребности указанных контингентов больных в различных видах медицинской помощи, включая соматическую, удовлетворяются еще не в полной мере [4].

Существует множество инструментов и методов для оценки КЖ, каждый из которых имеет свои уникальные характеристики и области применения. Среди наиболее распространенных инструментов можно выделить

такие опросники как SF-36 (Short Form Health Survey), WHOQOL (опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения), EQ-5D (EuroQol-5 Dimension; стандартизированный опросник КЖ) и QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30) для онкологических больных.

SF-36 является одним из наиболее универсальных опросников, который охватывает восемь сфер здоровья, включая физическое функционирование, боль, общее здоровье, жизненную активность, социальное функционирование, эмоциональное состояние, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и психическое здоровье [5]. Существуют две версии данного опросника (стандартная и сокращенная формы) — SF-36 v.1TM и SF-36 v.2TM, которые различаются градацией ответов на отдельные вопросы, при этом обе версии сопоставимы. Метод оценки КЖ с помощью опросника SF-36 обладает широкими возможностями применения в современных популяционных и медицинских исследованиях. Накоплено значительное количество научных данных как в РФ [6–9], так и в других странах [10–12], которые позволяют выявлять особенности показателей качества жизни пациентов и лиц без психических и выраженных соматических заболеваний. Эти данные используются для сопоставления здоровья разных групп, оценки эффективности профилактических и социальных программ в области здравоохранения, а также для определения динамики и тенденций КЖ на популяционном уровне [13]. Опросник SF-36 был выбран для данного исследования в качестве инструмента оценки КЖ благодаря его универсальности и широкому применению в международной практике. Этот инструмент позволяет сопоставлять данные исследования с уже опубликованными результатами, что важно для проведения кросс-культурных сравнений.

С изменением медицинской модели КЖ постепенно стало важным прогностическим показателем для пациентов с психическими расстройствами. Пациенты с психическими заболеваниями имеют худшее

КЖ по сравнению с общим населением и пациентами с другими хроническими заболеваниями [14, 15]. На КЖ пациентов с психическими расстройствами влияют социально-демографические факторы, такие как возраст, пол, занятость, уровень образования, доход и условия проживания, клинические факторы, включая психиатрические симптомы, соблюдение режима приема лекарств и осведомленность о болезни, а также психосоциальные факторы: социальная поддержка, когнитивные функции, стигма, самооценка и личные потребности. Для улучшения КЖ пациентов с психическими расстройствами могут использоваться медикаментозное лечение и психотерапевтические вмешательства.

Проведен сравнительный анализ КЖ пациентов психиатрического отделения с различными психиатрическими диагнозами, что позволяет осветить специфические проблемы и потребности каждой подгруппы. Кроме того, исследование включает в себя оценку сопутствующих заболеваний, что расширяет представление о состоянии здоровья пациентов в психиатрической практике и его влиянии на КЖ.

Психические расстройства оказывают значительное негативное влияние на качество жизни. Мы предполагаем, что показатели КЖ у пациентов с психическими расстройствами будут значительно ниже, чем у здоровых людей, даже при учете культурных и демографических различий. Возраст, пол, наличие коморбидных заболеваний и место проживания существенно модифицируют влияние психических расстройств на КЖ. Ранее показано, что физическое здоровье и хронические соматические заболевания оказывают существенное влияние на физические и психологические аспекты КЖ [16]. Нельзя исключать, что снижение КЖ может быть обусловлено не столько психическими расстройствами, сколько наличием сопутствующих соматических заболеваний. Именно это взаимодействие между физическими и психическими факторами вдохновило идею исследования. Поднятие данного вопроса и акцентирование внимания на важности анализа мультифакторных взаимодействий может оказаться полезным для научного сообщества.

Полученные данные о взаимодействии этих факторов могут стать основой для последующей разработки клинических и социальных стратегий, направленных на улучшение состояния пациентов и оптимизацию лечебно-реабилитационного процесса.

Результаты могут способствовать обмену опытом и первичными данными между специалистами и исследователями разных профилей, проведению последующих сравнительных исследований и научному обоснованию предложений по оптимизации организации психиатрической стационарной помощи в целом с целью повышения ее качества.

Цель исследования — изучить показатели качества жизни пациентов психиатрического стационара в сравнении с контрольной группой условно здоровых людей.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Пилотное наблюдательное исследование носило одномоментный характер (англ. cross-sectional study; син. поперечное, перекрестное). Данные исследуемой группы собирали в период с 01.01.2024 по 31.05.2024 при госпитализации пациентов.

Проведение процедур отбора участников не предполагалось, включены все госпитализированные пациенты, давшие согласие на участие в исследовании. Показатели КЖ исследуемой группы оценивали с использованием опросника SF-36 при госпитализации, что соответствовало периоду обострения заболевания. Выбор данного времени для проведения исследования был обусловлен его клинической значимостью: период госпитализации позволяет наиболее полно отразить влияние психического и соматического состояния на КЖ пациентов, учитывая выраженность симптомов обоих видов патологии. Проведение оценки КЖ при поступлении позволяет исследовать исходное состояние пациентов и минимизировать влияние возможных терапевтических интервенций на результаты.

Дополнительно проанализированы эпидемиологические, клинические и антропометрические характеристики обследованных.

Показатели экспериментальной группы сравнивали с результатами обследования контрольной группы на основе опубликованных ретроспективных данных исследования, проведенного в США, где в открытых первичных материалах представлены показатели КЖ группы лиц без психических и выраженных соматических заболеваний [11]. Проведено сравнение изученных показателей КЖ в общей популяции России [17] и Новой Зеландии [12].

Перечисленные исследования были выбраны для сопоставления в связи с доступностью их открытых данных, относительной новизной, а также потому, что население этих стран относится преимущественно к европеоидным этническим группам (демографический фактор). Выбор этих исследований также был обусловлен их первоочередным появлением при поиске соответствующей информации в сети интернет, систематизированный поиск исследований не предполагался.

Условия проведения исследования:

Исследование выполнено в одном из отделений ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» (ГБУЗ СПНБ) министерства здравоохранения Краснодарского края. Данное отделение функционирует в формате общепсихиатрического смешанного по полу с развернутой коечной мощностью 40 коек. Отделение специализируется на лечении пациентов с расстройствами непсихотического уровня. Подобные отделения в СПНБ открыты с 1970 г первыми в Краснодарском крае¹ и назывались «отделения пограничных

¹ Историческая справка о Краевой психоневрологической больнице / ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» МЗ КК [Сайт]. URL: <https://www.kuban-spnbn.ru/o-bolnitse/>

состояний». Отсутствие в группе пациентов с такими диагнозами, как шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства (F20-29), связано с особенностями профиля отделения, которое не специализируется на лечении психотических расстройств. Пациенты с такими диагнозами, как правило, направляются в специализированные «острые» отделения, ориентированные на работу с острыми и хроническими психотическими состояниями.

Этические аспекты

Исследование целевой группы пациентов проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией WMA 1975 г., пересмотренной в 2024 г., этическими принципами медицинских исследований с участием людей и стандартами ICH GCP. Получено разрешение Локального этического комитета ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (протокол № ВК 04-ЭК от 30.12.2023) и информированное согласие пациентов на госпитализацию, лечение, участие в исследовании и последующую публикацию обезличенных научных данных.

Ethical aspects

The study involving the target patient group was conducted in accordance with the WMA Declaration of Helsinki (1975), as revised in 2024, the ethical principles for medical research involving human subjects, and the ICH GCP standards. Approval was obtained from the Local Ethics Committee of the State Healthcare Institution “Specialized Psychoneurological Hospital” of the Ministry of Health of the Krasnodar Region (Protocol No. VK 04-EC dated December 30, 2023). Informed consent was obtained from all patients for hospitalization, treatment,

participation in the study, and subsequent publication of anonymized scientific data.

Критерии включения: возраст пациентов от 18 до 85 лет, стабильное психическое состояние при наличии психиатрического заболевания любой нозологии согласно критериям МКБ-10 на момент обследования, получение добровольного согласия на участие в исследовании. Данные антропометрии, а также социальные и клинические данные о сопутствующих заболеваниях получены из первичной медицинской документации (анамнез, первичный осмотр врача-психиатра, осмотры врача терапевта и невролога).

Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании.

Формирование выборки исследования

Выборка состояла из 60 пациентов, включенных в подгруппы для анализа по полу и основному диагнозу.

Дизайн исследования представлен на рис. 1.

Подбор участников в группы:

Всем поступившим пациентам в период с 01.01.2024 по 31.05.2024 при госпитализации было предложено принять участие в исследовании. В связи с заранее известным числом лиц в группе контроля в исследовании, проведенном в США [11], было решено ограничить максимальный размер выборки 60 пациентами.

Контрольная группа была сформирована с использованием ретроспективных данных, опубликованных в источниках, индексируемых в Scopus. Ключевым критерием отбора служила доступность первичных данных для группы здоровых участников. Этому условию отвечало исследование, проведенное в США N. Chaudhary и соавт. [11].



Рис. 1. Блок-схема дизайна исследования

Примечание: блок-схема выполнена авторами (согласно рекомендациям TREND).

Fig. 1. Block diagram of the study design

Note: the block diagram was created by the authors (as per TREND recommendations).

Показатели госпитализированных пациентов сопоставили с данными лиц без психических и соматических заболеваний, полученными в исследовании О.Н. Рагозина и соавт. [17] в Российской Федерации, а также А.М. Frieling и соавт. в Новой Зеландии [12] и N. Chaudhary и соавт. в США [11]. Однако в этих исследованиях отсутствуют доступные первичные данные. Сравнение с лицами без психических расстройств и без соматической патологии в Российской Федерации и Новой Зеландии было проведено на основе агрегированных показателей, опубликованных в соответствующих исследованиях. Отсутствие доступных первичных данных ограничивает точность такого сравнения, поскольку детальная структура выборок (например, распределение по возрасту, полу, демографическим характеристикам) могла существенно влиять на результаты. Задачей было выявление ключевых различий, которые могут быть использованы для дальнейшего анализа и формирования гипотез.

Целевые показатели исследования

Основными показателями были значения оценки различных аспектов КЖ по опроснику SF-36 (Short Form Health Survey).

Использована российская версия апробированного валидированного опросника SF-36.

Опросник состоит из 36 вопросов, объединенных в 8 шкал:

- физическое функционирование (ФФ) (Physical Functioning — PF);
- ролевое функционирование (РФФ), обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP);
- интенсивность боли (ФБ) (Bodily pain — BP);
- общее состояние здоровья (ОЗ) (General Health — GH);
- жизненная активность (ЖА) (Vitality — VT);
- социальное функционирование (СФ) (Social Functioning — SF);
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ) (Role-Emotional — RE);
- психическое здоровье (ПЗ) (Mental Health — MH).

Ответы оценивали в баллах (от 0 до 100), которые отражают степень удовлетворенности и общее благополучие человека. Чем выше оценка, тем лучше уровень КЖ.

В дополнительные показатели исследования вошли эпидемиологические, клинические и антропометрические характеристики обследованных (пол, возраст, диагноз и др.), необходимые для дополнения и уточнения основного результата исследования.

Дополнительные данные получены из вторичных источников информации (из медицинской документации).

Переменные (предикторы, конфаундеры, модификаторы эффекта)

В данном исследовании учитывали несколько ключевых переменных, которые могли влиять на исходные

Таблица 1. Показатели, учтенные в исследовании
Table 1 Indicators Considered in the Study

Фаза исследования	Переменные (группы переменных)	Источник данных
Исходно (при поступлении)	1. Социально-демографические данные (возраст, пол, место жительства)	Медицинская документация, анкета пациента
2. Клинические данные (диагнозы, сопутствующие заболевания)	История болезни, осмотры врачей (психиатр, терапевт, невролог)	
3. Антропометрические данные (рост, вес, ИМТ)	Медицинская карта, первичный осмотр	
4. Оценка КЖ по SF-36	Опросник SF-36	

результаты. Конфаундеры включали как социально-демографические, так и клинические характеристики пациентов, а также их антропометрические данные, что позволило провести более детализированный и точный анализ результатов. Ниже представлены основные переменные, их источники и обоснования выбора.

Социально-демографические переменные:

- возраст, пол и место жительства (город/село) были получены из медицинской документации и анкет пациентов. Эти показатели учитывались, поскольку они могут модифицировать влияние других факторов на КЖ.

Клинические переменные:

- диагнозы психических расстройств и сопутствующих соматических заболеваний фиксировались на основании медицинских карт и данных осмотров врачей (психиатра, терапевта, невролога).

Антропометрические данные:

- индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый на основании данных о росте и весе, был включен в исследование для анализа влияния физического состояния на КЖ.

Переменные, связанные с социально-экономическим статусом и системой организации психиатрической помощи, не были непосредственно учтены в данном исследовании, что является одним из ограничений работы.

Принципы расчета размера выборки:

Размер выборки обусловлен комплексом организационных факторов и спецификой дизайна исследования. Отделение имеет развернутую коечную мощность 40 коек. За период исследования в отделение поступил 141 пациент, из которых отбирались лица, подписавшие согласие на участие в исследовании.

Общее распределение пациентов, поступивших в отделение за период сбора данных, из которых отбирались пациенты для исследования: 111 женщин, 30 мужчин. Средний возраст всех пациентов составил $58,92 \pm 1,14$ года.

Основной диагноз, по которому все пациенты отделения проходили лечение в стационаре, соответствовал следующим кодам МКБ-10: органические

психические расстройства (F06) — 72 пациента (51%), расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга (F07) — 9 ациентов (6%), депрессивный эпизод (F32) — 1 пациент (1%), рекуррентное депрессивное расстройство (F33) — 2 пациента (1%), фобические тревожные расстройства (F40) — 1 пациент (1%), генерализованное тревожное расстройство (F41) — 38 пациентов (27%), обсессивно-компульсивное расстройство (F42) — 1 пациент (1%), реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации (F43) — 5 пациентов (4%), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) — 3 пациента (2%), соматоформные расстройства (F45) — 3 пациента (2%), другие невротические расстройства (F48) — 5 пациентов (4%), невротические расстройства, связанные со сном (F51) — 1 пациент (1%).

Статистический анализ

Полученные данные обрабатывали с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2019 (Microsoft США) и GraphPad Prism 8.0.1. (GraphPad Software США)

Нормальность распределения в каждой группе оценивали с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. При попарном сравнении групп и в случае нормального распределения для оценки различий между группами применяли t-критерий Стьюдента (при неравных стандартных отклонениях — t-критерий Уэлча). Если распределение отличалось от нормального, применяли непараметрический критерий Манна–Уитни.

Данные представлены в виде $M \pm m$ (среднее $\pm$ ошибка среднего). Для выявления взаимосвязей между показателями проводили корреляционный анализ с вычислением парных коэффициентов корреляции Спирмена.

Доступность данных:

Материалы данного исследования доступны в наборе данных [18], чтобы читатель, имеющий доступ к первичным (табличным) данным, смог проверить полученные результаты, что позволит систематизировать информацию для дальнейшего изучения желающими компетентными исследователями в статистических и иных исследовательских целях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики выборки (групп) исследования:

Были опрошены 60 пациентов. Средний возраст пациентов составил $60 \pm 1,73$ года. В выборку вошли 46 женщин (76,67%) и 14 мужчин (23,33%) в возрасте от 20 до 82 лет, что соответствует критериям включения. Из них 12 пациентов (20%) — городские жители, 48 (80%) — сельские жители. 15 пациентов (25%) госпитализированы впервые, 45 пациентов (75%) — повторно. Отягощенная наследственность выявлена у 9 пациентов (15%). Из 60 человек 12 (20%) трудоустроены, 48 (80%) не работают, 8 пациентов (13,33% выборки) — люди

с ограниченными возможностями (имеют установленную группу инвалидности).

Все пациенты, участвовавшие в исследовании, прошли обследование у терапевта и невролога, в результате, помимо первичного психиатрического диагноза, у подавляющего большинства пациентов было выявлено одно или несколько сопутствующих соматических заболеваний. Средний индекс массы тела составил $28,8 \pm 4,3$ кг/м².

В выборке преобладали лица со следующими группами соматических диагнозов:

- болезни системы кровообращения (I00–I) — 46 пациентов (76,67%);
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00–M99) — 28 пациентов (46,67%);
- болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00–E90) — 14 пациентов (23,33%);
- болезни органов пищеварения (K00–K93) — 13 пациентов (21,67%).

Визуализация распределения коморбидных заболеваний согласно шифрам МКБ-10 представлена в сводной диаграмме (рис. 2). Для упрощения визуализации отфильтрованы и не отображаются заболевания, встречающиеся 1 и 2 раза.

Проведен анализ полученных результатов между подгруппами пациентов в зависимости от пола, основного диагноза, сопутствующего заболевания в сравнении с группой здорового контроля ($n = 60$).

Сравнение изученных показателей

Предварительно проведенный анализ законов распределения количественных значений по шкалам опросника SF-36 по критерию Колмогорова–Смирнова показал, что распределения соответствуют нормальному закону ($p > 0,05$). Поэтому для сравнения средних значений качества жизни в группах применяли t-критерий Стьюдента (табл. 2).



Рис. 2. Группы сопутствующих соматических заболеваний

Fig. 2 Groups of concomitant somatic diseases

Таблица 2. Результаты оценки демографических данных и качества жизни пациентов разного пола**Table 2** Results of demographics and quality of life assessment of patients by gender

Показатель/Indicator	Женский пол/Female	Мужской пол/Male	p
Возраст/Age	60,41 ± 1,88	58,64 ± 4,22	0,07
ИМТ, кг/м ² /BMI, kg/m ²	28,83 ± 0,94	29,31 ± 1,49	0,19
Систолическое АД, мм рт. ст./Systolic BP, mmHg	140,41 ± 3,12	135,93 ± 5,26	0,06
Диастолическое АД, мм рт. ст./Diastolic BP, mmHg	87,15 ± 2,23	88,07 ± 3,31	0,29
Баллы по шкалам опросника SF-36 / SF-36 questionnaire scores			
Интенсивность боли/Bodily Pain (BP)	48,20 ± 3,73	59,00 ± 4,72	0,002
Общее состояние здоровья/General Health (GH)	49,63 ± 2,67	53,36 ± 3,61	0,07
Психическое здоровье/Mental Health (MH)	43,22 ± 2,99	47,14 ± 4,67	0,06
Физическое функционирование/Physical Functioning (PF)	66,52 ± 4,09	75,00 ± 4,18	0,001
Роль эмоциональное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием/Role Emotional (RE)	34,05 ± 5,13	40,47 ± 10,59	0,08
Роль физическое функционирование, обусловленное физическим состоянием/Role Physical (RP)	32,61 ± 5,49	25,00 ± 6,42	0,001
Социальное функционирование/Social Functioning (SF)	55,71 ± 3,74	58,93 ± 4,62	0,06
Жизненная активность/Vitality (VT)	42,28 ± 2,77	44,29 ± 4,25	0,09

Таблица 3. Результаты корреляционного анализа связей шкал КЖ в группе пациентов психиатрического стационара**Table 3** Results of correlation analysis of the relationships of quality-of-life scales in a group of psychiatric in-patients

Показатель	ИМТ	Сист АД	Диаст АД	BP	GH	MH	PF	RF	RP	SF
Возраст	0,14	0,31	-0,15	-0,23	-0,32	-0,12	-0,41	-0,29	-0,15	0,04
Сист АД	0,28									
Диаст АД	0,26	0,60								
Bodily Pain (BP)	-0,04	-0,11	0,03							
General Health (GH)	-0,15	-0,03	0,04	0,43						
Mental Health (MH)	-0,04	0,21	0,14	0,46	0,45					
Physical Functioning (PF)	-0,31	-0,02	-0,01	0,40	0,29	0,49				
Role Emotional (RE)	0,01	-0,01	-0,03	0,29	0,37	0,49	0,39			
Role Physical (RP)	-0,06	0,23	0,12	0,30	0,31	0,49	0,61	0,49		
Social Functioning (SF)	0,17	0,16	0,08	0,35	0,33	0,45	0,22	0,43	0,28	
Vitality (VT)	-0,04	0,14	0,09	0,45	0,53	0,74	0,44	0,40	0,42	0,39

При сравнении пациентов женского и мужского пола по каждому из исследуемых показателей КЖ были выявлены статистически значимые отличия по шкалам интенсивности боли (BP) с более высоким ее уровнем среди пациентов мужского пола ($p = 0,002$, $p \leq 0,05$), физического функционирования (PF) с более низким уровнем среди пациентов женского пола ($p = 0,001$, $p \leq 0,05$), тогда как уровень ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP) был статистически значимо ниже у пациентов мужского пола ($p = 0,001$, $p \leq 0,05$).

Анализ корреляций между исследуемыми показателями в выборке пациентов

Анализ связей между анализируемыми параметрами в группе пациентов психиатрического стационара показал, что на КЖ (шкала PF и GH) обратное (отрицательное) влияние оказывает возраст пациента ($r = -0,41$ и $-0,32$ соответственно). Между шкалами выявлены связи в плане влияния BP на GH, MH, PF, SF и VT (табл. 3).

В подгруппах пациентов с сопутствующей соматической патологией были выявлены тесные связи между возрастом пациента и показателями шкал в плане влияния возраста и BP на GH, MH, PF, SF и VT, без статистически значимых отличий между подгруппами.

Сравнение исследуемой выборки пациентов с контрольной группой здоровых лиц

Средний возраст контрольной группы был статистически значимо ниже, чем у пациентов психиатрического стационара ($p = 0,003$, критерий Манна-Уитни). Показатели индекса массы тела (ИМТ), систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у пациентов были значимо выше по сравнению с контрольной группой ($p = 0,009$, t-критерий Уэлча для ИМТ; $p < 0,0001$, t-критерий Уэлча для САД; $p < 0,0001$, критерий Манна-Уитни для ДАД) (табл. 4).

При оценке показателей по шкалам опросника SF-36 было выявлено, что у пациентов баллы практически по всем шкалам опросника (кроме PF и SF) были

статистически значимо ниже. Так, балльная оценка общего состояния здоровья (GH) была значимо выше в группе контроля, где составила $55,33 \pm 0,89$ балла, что на 5 баллов больше, чем в группе пациентов ($0,0175$, критерий Манна–Уитни). Оценка психического здоровья (MH) значимо выше в группе контроля, где составила $52,03 \pm 1,04$ балла, что на 8 баллов выше, чем в группе пациентов ($p = 0,003$, критерий Манна–Уитни). Показатель RE был значимо выше в группе контроля, где составил $51,53 \pm 0,93$ баллов, что на 16 баллов выше, чем в группе пациентов ($p < 0,0001$, критерий Манна–Уитни), RP был значимо выше в группе контроля, где составил $53,87 \pm 0,82$ балла, что на 23 балла выше, чем в группе пациентов ($p < 0,0001$, критерий Манна–Уитни). Оценка VT была значимо выше в группе контроля, где составило $55,30 \pm 0,85$ балла, что на 13 баллов выше, чем в группе пациентов ($p < 0,0001$, критерий Манна–Уитни). При этом значение PF и SF оказались статистически значимо выше в группе исследуемых пациентов ($p < 0,0001$, критерий Манна–Уитни).

Сравнение исследуемой выборки пациентов по показателям опросника SF-36 с лицами без соматической патологии

Было проведено сравнение показателей по шкалам SF-36 у исследуемой группы пациентов и лиц без психических расстройств и без соматической патологии (рис. 3)

Результаты оценки качества жизни (КЖ) по шкалам опросника SF-36 продемонстрировали, что пациенты психиатрического стационара имеют значительно более низкие показатели КЖ по сравнению со здоровыми людьми из России, Новой Зеландии и США. Наибольшее

Таблица 4. Результаты сравнения КЖ в группе пациентов психиатрического стационара и группе контроля

Table 4 Results comparing quality of life in a group of psychiatric inpatients and a control group

Группа/показатель	Контроль (n = 60)	Пациенты (n = 60)	p
Возраст	55,23 ± 0,94	60,00 ± 1,70	0,003
ИМТ, кг/м2	26,45 ± 0,48	28,94 ± 0,80	0,009
Систолическое АД, мм рт. ст.	122,33 ± 1,91	139,37 ± 2,68	0,0001
Диастолическое АД, мм рт. ст.	71,78 ± 0,95	87,37 ± 1,86	0,0001
Баллы по шкалам опросника SF-36			
BP	56,28 ± 0,86	50,72 ± 3,10	0,01
GH	55,33 ± 0,89	50,50 ± 2,21	0,017
MH	52,03 ± 1,04	44,13 ± 2,53	0,003
PF	54,52 ± 0,61	68,50 ± 3,34	0,001
RE	51,53 ± 0,93	35,55 ± 4,61	0,0001
RP	53,87 ± 0,82	30,83 ± 4,46	0,0001
SF	52,55 ± 0,96	56,46 ± 3,05	0,02
VT	55,30 ± 0,85	42,75 ± 2,33	0,001

Примечание: значимые различия выделены полужирным.
Note: significant differences are bold.

снижение отмечено по шкалам психического здоровья, физического функционирования и жизненной активности.

При сравнении групп между собой выявлены различия в показателях КЖ. Группа здоровых жителей Новой Зеландии демонстрировала наиболее высокие

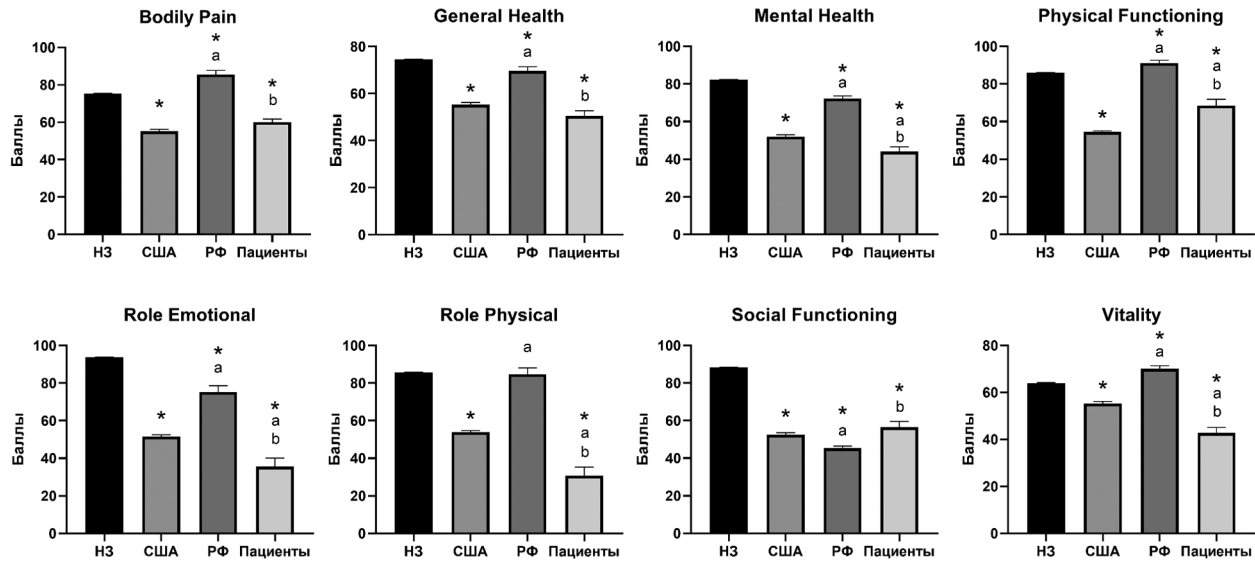


Рис. 3. Сравнение показателей по шкалам SF-36 у исследуемой группы пациентов и здоровых людей США, Российской Федерации (РФ) и Новой Зеландии (НЗ).

Примечание:: * — статистически значимые различия с НЗ, а — с США, b — с РФ.

Fig. 3 Comparison of SF36 scores in the study group of patients and healthy people in the USA, Russian Federation (RF) and New Zealand (NZ)

Note:: * — statistically significant differences with NZ, a — with USA, b — with Russian Federation

значения по большинству шкал, в то время как показатели пациентов из России и США находились на более низком уровне.

Наиболее высокое качество жизни КЖ выявлено среди здоровых лиц — жителей России и Новой Зеландии, наименьший уровень КЖ выявлен среди здоровых лиц — жителей США и пациентов стационара, включенных в исследование.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основные результаты исследования показали значительное снижение КЖ пациентов психиатрического стационара по сравнению со здоровыми людьми из России, Новой Зеландии и США. По всем шкалам опросника SF-36, включая физическое функционирование, психическое здоровье и жизненную активность, пациенты продемонстрировали более низкие показатели, особенно мужчины, у которых физическая боль и роль физического функционирования оказывали значительное влияние на общее КЖ. У пациентов с возрастом появлялась или обострялась сопутствующая соматическая патология, что также ухудшало показатели. Наибольшее снижение КЖ наблюдалось у обследованных по сравнению со здоровыми лицами из Новой Зеландии.

Ограничения исследования

Выявленная в ходе исследования проблема заключалась в том, что статистически значимо различался возраст включенных в исследование пациентов и входящих в группу контроля, соответственно, разница в возрасте может обуславливать другие отличия. В идеальных условиях контроль должен быть *age-matched*, однако нам не удалось добиться такого результата.

Малый объем данных обусловлен пилотным характером исследования. Пилотные исследования обычно включают небольшое количество участников для первичной оценки гипотез. Это может ограничить возможность обобщения результатов на более широкой популяции пациентов психиатрического стационара.

Результаты пациентов психиатрического стационара сравнивали с данными контрольных групп, опубликованными в исследованиях, проведенных в США, Российской Федерации и Новой Зеландии. Использование ретроспективных данных для контрольной группы сопряжено с рядом ограничений, связанных с методологическими различиями. Основные несоответствия включают демографические и культурные особенности, группы из разных стран имели различия в возрасте, поле, других социально-экономических характеристиках, которые могут существенно влиять на показатели КЖ. Методы сбора данных, включение данных из открытых источников не всегда позволяет учесть особенности процедур отбора участников, что может приводить к систематическим искажениям. Однако использование этих данных позволило существенно сократить время исследования и включить

международные сравнения, хотя интерпретация результатов требует учета указанных ограничений. В будущем рекомендуется использовать подходы, позволяющие сопоставить группы по ключевым характеристикам (например, по возрасту и полу) для повышения точности и валидности сравнения.

В исследовании представлены данные о клинических диагнозах, включая психиатрические, терапевтические и неврологические, полученные в ходе обследований участников. Тем не менее, состояние соматического здоровья контрольной группы достоверно не известно, указывается, что это лица, не имеющие установленного соматического диагноза.

Исследование проводилось среди пациентов психиатрического стационара, однако при сравнении с данными из США, Новой Зеландии и России не учитывали географические, культурные и социально-экономические различия между группами. Система здравоохранения, доступность медицинской помощи, социальные нормы и образ жизни в США, Новой Зеландии и России различаются, что могло существенно отразиться на результатах. Целью настоящего исследования было не абсолютное сравнение КЖ между группами, а выявление ключевых различий, которые могут указать на общие тенденции и факторы, влияющие на снижение КЖ у пациентов с психическими расстройствами. Сравнения следует интерпретировать с осторожностью, учитывая невозможность полного учета всех влияющих факторов.

Другим ограничивающим фактором исследования стало проведение исследования в рамках одного не самого крупного отделения. В условиях психиатрических стационаров зачастую существует условное деление отделений по специфике оказываемой помощи. В последующих исследованиях стоит включать в исследование всех пациентов психиатрического стационара, как «острых отделений», так и «отделений пограничных состояний».

Интерпретация результатов исследования

Улучшение физического здоровья пациентов с психическими расстройствами остается одной из ключевых задач современной психиатрии. Пациенты с психическими расстройствами, особенно с психотическими расстройствами, имеют значительно меньшую ожидаемую продолжительность жизни — в среднем по данным литературы на 15–20 лет по сравнению с общей популяцией, что в значительной степени обусловлено плохим кардиометаболическим здоровьем [3, 19]. Модифицируемые факторы образа жизни, такие как снижение физической активности и малоподвижный образ жизни, пагубные привычки играют важную роль в этих неблагоприятных результатах для здоровья. Кроме того, люди с психическими заболеваниями испытывают трудности в психосоциальном функционировании и сообщают о снижении КЖ, что может быть связано с различными факторами, такими как психопатологические симптомы, социальные и профессиональные нарушения, когнитивные нарушения,

нарушения эмоционального опыта и самостигматизация [20].

Приходится согласиться с критикой, высказанную в литературе относительно ограничений применения SF-36 для оценки КЖ у лиц с психическими расстройствами. В частности, исследования, проведенные Санкт-Петербургским центром психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева [21, 22], указывают на необходимость разработки специализированных шкал для данной категории пациентов, примером может служить версия опросника В03 [23], внедренная НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Тем не менее, выбор SF-36 был обусловлен следующими факторами: сопоставимость данных, что дает возможность сравнивать результаты исследования с показателями, полученными в других исследованиях, включая международные выборки. Доступность и валидированность российской версии опросника SF-36 обеспечивает надежность полученных данных. Применение опросника исследовательской группой определено с учетом накопленного опыта в прошлых работах [24, 25].

Мы признаем, что использование специализированных инструментов, таких как шкалы, разработанные исследователями НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, могло бы предоставить более детализированную информацию о КЖ у пациентов с психическими расстройствами. Однако целью настоящего исследования было именно сопоставление КЖ стационарных пациентов с доступными данными здоровых лиц из контрольной группы и общих популяций.

Таким образом, мы видим в использовании SF-36 компромисс между универсальностью инструмента и необходимостью адаптации к специфике психиатрической популяции.

КЖ может существенно меняться на различных этапах лечения, включая период ремиссии. Эти аспекты требуют дальнейшего изучения в будущих исследованиях, которые могли бы включать динамическое наблюдение за пациентами на протяжении их пребывания в стационаре и после выписки. Данные, полученные на начальных этапах госпитализации, могут быть использованы для последующего мониторинга динамики КЖ и оценки эффективности лечения, что подтверждается данными ряда исследований [26–28].

В нашем исследовании выявлено, что существенную долю обследованных занимают пациенты, у которых были диагностированы «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00–F09).

В практической деятельности становится заметна тенденция к увеличению среднего и позднего возраста госпитализированных пациентов, что особенно актуально для психиатрического стационара. Так, средний возраст пролеченных в отделении пациентов в настоящее время составляет $58,92 \pm 1,14$ года.

Без должного лечения сопутствующих заболеваний сложно ожидать существенного улучшения психического состояния и КЖ. Отмечается широкое распространение сочетанной соматической патологии среди

пациентов психиатрического стационара. Потребность в консультации терапевта возникает ежедневно. Сочетанная патология в психиатрической практике остается одной из актуальных проблем [29,30]. Следует отметить, что в проведенном исследовании за анализируемый период приняли участие 22 молодых физически здоровых пациента (шифр Z01 МКБ10.)

У пациентов мужского пола наиболее выражены показатели физической боли (BP) и роли физического функционирования (RP), которые оказывают значительное влияние на другие аспекты качества жизни. В то же время у пациенток женского пола ключевым фактором, влияющим на остальные компоненты КЖ, является физическое функционирование (PF).

Возраст оказывает существенное влияние на КЖ пациентов. Со старшей возрастной группой связан диагноз F06, который в меньшей степени влияет на PF. Возрастное влияние на КЖ выявлено и при проведении корреляционного анализа связей в группе пациентов. В подгруппах пациентов с сопутствующей патологией выявлены тесные связи между возрастом пациента и показателями шкал в плане влияния возраста и BP на Общее здоровье (GH), Психическое здоровье (MH), Физическое функционирование (PF), Социальное функционирование (SF) и Жизненную активность (VT) без статистически значимых отличий между подгруппами.

Основные результаты исследования показали, что уровень качества жизни пациентов психиатрического стационара значительно ниже, чем у здоровых людей из России, Новой Зеландии и США, по большинству шкал SF-36. Однако стоит отметить, что использованный дизайн исследования (одномоментное кросс-секционное исследование) не позволяет оценить динамику изменения КЖ и установить причинно-следственные связи.

Снижение показателей КЖ у исследуемой группы может быть связано как с психическими расстройствами, так и с сопутствующими соматическими заболеваниями, а также с социально-демографическими особенностями. Эти факторы ограничивают возможность прямого сравнения с данными контрольных групп из других стран, так как последние не являются демографически и этнокультурально сопоставимыми с основной выборкой.

Выводы исследования следует рассматривать в контексте этих ограничений. Они подчеркивают важность дальнейших исследований, включая продольные (динамические) дизайны, которые позволят оценить изменения КЖ в процессе лечения и реабилитации, а также учесть различия между группами более точно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты демонстрируют, что уровень КЖ у пациентов психиатрического стационара ниже, чем у здоровых людей, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению, включая внимание как к психическим, так и к соматическим

аспектам здоровья. Однако, учитывая ограничения кросс-секционного дизайна и различия между группами, выводы исследования не следует интерпретировать как доказательство значительного снижения КЖ, а скорее как указание на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Наивысшие показатели КЖ выявлены у здоровых людей из Российской Федерации и Новой Зеландии, а наименьшие — у пациентов стационара. Стоит обратить внимание на низкие показатели у граждан США. Корреляции между возрастом, физическим и психическим здоровьем указывают на необходимость усиления внимания к лечению сопутствующих заболеваний, особенно у пожилых пациентов. Для повышения КЖ психически больных требуются мультидисциплинарные подходы и улучшенные меры поддержки. Однако для точной оценки факторов, влияющих на КЖ, необходимы дальнейшие масштабные исследования с учетом возраста и клинических характеристик. На современном этапе одной из основных целей оказания психиатрической и наркологической помощи является улучшение социального функционирования и КЖ лиц с психическими расстройствами [4].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Elkinton JR. Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med.* 1966;64(3):711–4. doi: 10.7326/0003-4819-64-3-711. PMID: 5324639.
2. Еремян ЗА, Щелкова ОЮ. История становления и развития концепции качества жизни в медицине. *Психология. Психофизиология.* 2022;15(1):37–49. doi: 10.14529/jpps220104
Yeremyan, ZA., Shcholkova, OYu. The concept of quality of life in medicine. *Psychology. Psychophysiology.* 2022;15(1):37–49. (In Russ.). doi: 10.14529/jpps220104
3. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334–41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502 Erratum in: *JAMA Psychiatry.* 2015;72(7):736. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0937 Erratum in: *JAMA Psychiatry.* 2015Dec;72(12):1259. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2246
4. Резолюция научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в психиатрии и наркологии: диагностика, лечение, реабилитация и организация помощи» (Екатеринбург, 28–29 сентября 2023 г.) *Российский психиатрический журнал.* 2023;5:98–106. doi: 10.34757/1560-957X.2023.27.5.010
Resolution of the scientific and practical conference with international participation “Innovative technologies in psychiatry and narcology: diagnosis, treatment, rehabilitation and organization of care” (Yekaterinburg, September 28–29, 2023). *Russian Journal of Psychiatry.* 2023;5:98–106. (In Russ.). doi: 10.34757/1560-957X.2023.27.5.010
5. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473–483.
6. Кожокеева ВА. Показатели качества жизни взрослого населения г. Бишкек: популяционное исследование с использованием опросника SF-36. *Вестник межнационального центра исследования качества жизни.* 2011;17(18):42–57. URL: <http://www.quality-life.ru/gurnal2011.php>
Kozhokeeva VA. Quality of life indicators of the adult population in Bishkek: A population study using the SF-36 questionnaire. *Bulletin of the Multinational Center of Quality-of-Life Research.* 2011;17(18):42–57. (In Russ.). URL: <http://www.quality-life.ru/gurnal2011.php>
7. Абурахманов ГМ, Бекшокова ПА, Габиева ПИ. Популяционное исследование качества жизни населения Дахадаевского района Республики Дагестан. *Юг России: экология, развитие.* 2014;9(2):7–17. doi: 10.18470/1992-1098-2014-2-7-17
Abdurakhmanov GM, Bekshokova PA, Gabibova PI. Population study of quality of life of the inhabitants of Dakhadaev district of Republic of Dagestan. *South of Russia: ecology, development.* 2014;9(2):7–17. (In Russ.). doi: 10.18470/1992-1098-2014-2-7-17
8. Сагатов ИЕ. Практически здоровые мужчины и женщины: данные опросника общего профиля SF-36. *Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей.* 2014;3:50–52. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prakticheski-zdorovye-zhenshiny-i-muzhchiny-dannye-oprosnika-obshego-profilya-sf-36> (дата обращения: 14.09.2024).
Sagatov IYe. Apparently healthy men and women: evidence from general questionnaire SF-36. *Herald Almaty State Institute of Advanced Education.* 2014;3:50–52. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prakticheski-zdorovye-zhenshiny-i-muzhchiny-dannye-oprosnika-obshego-profilya-sf-36>
9. Шадрина СС, Сивцева ЕН, Донская АА, Петрова МН. Оценка качества жизни эвенков по опроснику SF-36. *Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки.* 2022;2(27):39–49. doi: 10.25587/SVFU.2022.27.2.005
Shadrina SS, Sivtseva EN, Donskaya AA, Petrova MN. Assessing the quality of life of Evenks using the SF-36 questionnaire. *Vestnik of north-eastern federal university. Series: Medical Sciences.* 2022;2(27):39–49. (In Russ.). doi: 10.25587/SVFU.2022.27.2.005
10. Массальский РИ. Исследование качества жизни населения Германии с помощью опросника SF-36. *Современные проблемы науки и образования.* 2015;2(1):295.

- Massalskiy RI. Quality of life of the German population using SF-36 *Modern problems of science and education*. 2015;2(1):295. (In Russ.).
11. Chaudhary N, Luettich K, Peck MJ, Pierri E, Felber-Medlin L, Vuillaume G, Leroy P, Hoeng J, Peitsch MC. Physiological and biological characterization of smokers with and without COPD. *F1000Res*. 2017;6:877. doi: 10.12688/f1000research.11698.2
 12. Frieling MA, Davis WR, Chiang G. The SF-36v2 and SF-12v2 health surveys in New Zealand: norms, scoring coefficients and cross-country comparisons. *Aust N Z J Public Health*. 2013;37(1):24–31. doi: 10.1111/1753-6405.12006
 13. Данилов АН. Мониторинг качества жизни населения с помощью опросника SF-36 как опережающий индикатор прогнозирования эпидемиологической обстановки по туберкулезу *Вестник современной клинической медицины*. 2015;8(3):15–20.
Danilov AN. Monitoring the quality of life using a questionnaire SF-36 as a leading indicator prediction epidemiological situation tuberculosis. *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2015;8(3):15–20. (In Russ.).
 14. Кирьянова ЕМ, Сальникова ЛИ. Социальное функционирование и качество жизни психически больных — важнейший показатель эффективности психиатрической помощи *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(3):73–75.
Kiryanova EM, Salnikova LI. Psychiatric patients' social functioning and quality of life as an important indicator of mental health care effectiveness. *Social and Clinical Psychiatry*. 2010;20(3):73–5. (In Russ.).
 15. Оруджев НЯ, Тараканова ЕА. Биопсихосоциальная концепция, качество жизни и реабилитация больных шизофренией. *Казанский медицинский журнал*. 2010;91(2):264–267.
Orudzhev NJa, Tarakanova EA. Biopsychosocial concept, quality of life and rehabilitation of schizophrenia patients. *Kazan Medical Journal* 2010;91(2):264–267. (In Russ.).
 16. Chaudhury S, Das PR, Murthy, Diwan C, Patil AA, Jagtap B. Quality of life in psychiatric disorders. *Trends in Biomedical Research*, 2018;1(1):1–4. doi: 10.15761/JTBR.1000103
 17. Рагозин ОН, Шаламова ЕЮ, Сафонова ВР, Сирусина АдВ, Сирусина АэВ, Кот ТЛ, Симонов ВН, Боцкарев МВ. Корреляционные связи между шкалами опросника SF-36 у здоровых людей и пациентов с различными нозологиями. *Научный медицинский вестник Югры*. 2013;1(3):65–70.
Ragozin ON, Shalamova YeYu, Safonova VR, Sirusina AdV, Sirusina AzV, Kot TL, Simonov VN, Bochkarev MV. Correlation relationships between SF-36 questionnaire scales in healthy individuals and patients with various nosologies. *Nauchnyy meditsinskiy vestnik Yugry*. 2013;1(3):65–70. (In Russ.).
 18. Дарьин Е. Dataset: Low quality of life indicators in patients upon admittance to a psychiatric hospital: a pilot study with historical control *Mendeley Data*. 2024;1. doi: 10.17632/48g97r7nkh.1 URL: <https://data.mendeley.com/datasets/48g97r7nkh/1>
 19. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(1):31–40. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/mdehert
 20. Липай ТП. Влияние стигматизации и стресса на психическое здоровье и качество жизни. *Социология медицины*. 2020;19(2):109–111. doi: 10.17816/2020-19-2-109-111
Lipai TP. Effects of stigma and stress on mental health and quality of life. *Sociology of Medicine*. 2020;19(2):109–111. doi: 10.17816/2020-19-2-109-111
 21. Бурковский ГВ, Кабанов ММ, Коцюбинский АП, Левченко ЕВ, Ломаченков АС. Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психически больных. В сб.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. 2001;137:80–93.
Burkovskiy GV, Kabanov MM, Kotsyubinskii AP, Levchenko EV, Lomachenkov AS. Methodology and problems of creating and using quality of life measurement tools for mentally ill patients. In: *Psychosocial Rehabilitation and Quality of Life*. 2001;137:80–93. (In Russ.).
 22. Беркман АМ, Бурковский ГВ, Левченко ЕВ, Ломаченков АС. Некоторые спорные вопросы применения шкал качества жизни у госпитализированных психически больных. В сб.: Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. 2003:37.
Berkman AM, Burkovskiy GV, Levchenko EV, Lomachenkov AS. Some controversial issues in the use of quality of life scales for hospitalized psychiatric patients. In: *Clinical and Social-Psychological Aspects of Quality of Life in Neurological Patients in Modern Society*. Abstract collection of an international scientific conference. 2003:37. (In Russ.).
 23. Бурковский ГВ, Коцюбинский АП, Левченко ЕВ, Ломаченков АС, Кабанов ММ. Использование опросника качества жизни (версия В03) в психиатрической практике. В кн.: Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты. СПб: СпецЛит; 2017:561–600. EDN YSRIRE.
Burkovskiy GV, Kotsyubinskii AP, Levchenko EV, Lomachenkov AS, Kabanov MM. Use of the WHO quality of life questionnaire in psychiatric practice. In: *Psychosocial Rehabilitation in Psychiatry and Neurology. Methodological and Organizational Aspects*. St. Petersburg: SpecLit; 2017:561–600. (In Russ.).
 24. Бойко ЕО. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии *Вопросы наркологии*. 2008;(5):58–65. EDN OPCCIN.

- Boyko EO. Quality of life and social functioning as a criterion for therapy effectiveness *Journal of Addiction Problems* 2008;(5):58–65. (In Russ.).
25. Демчева НК, Король ИС. Клинико-динамические характеристики психических расстройств и качество жизни у инвалидов вследствие психических заболеваний *Российский психиатрический журнал*. 2010;(2):14–21. EDN NDSXVL.
Demcheva NK, Korol IS. Clinical and dynamic characteristics of mental disorders and quality of life in persons disabled due to psychiatric illness. *Russian Journal of Psychiatry* 2010;(2):14–21. (In Russ.).
 26. Аксенова ИО, Беркман АМ, Левченко ЕВ. Влияние поддерживающей терапии rispoleptom на качество жизни пациентов. В кн.: Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием. СПб; 2003:13–14.
Aksenova IO, Berkman AM, Levchenko EV. The effect of rispolept maintenance therapy on patients' quality of life. In: *Clinical and Social-Psychological Aspects of Quality of Life in Neurological Patients in Modern Society*. Abstract collection of an international scientific conference. St. Petersburg; 2003:13–14. (In Russ.).
 27. Semyonova NV, Bondarev RP, Zadorozhnyaya EV. A comparison of the main quality-of-life parameters of elderly depressed patients and aged mental patients of other nosological groups. *International Journal of Mental Health*. 2005;34(4):81–89. doi: 10.2753/IMH0020-7411340411 EDN PJCYUJ.
 28. Незнанов НГ, Петрова НН. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных. В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни. Сборник научных трудов Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 2001;137:301–311.
Neznanov NG, Petrova NN. Quality of life as a measure of the effectiveness of patient rehabilitation. In: *Psychosocial Rehabilitation and Quality of Life*. Collection of scientific works of the St. Petersburg Research Institute of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev. 2001;137:301–311. (In Russ.).
 29. Труханов АВ, Рунихина НК, Решетова АА, Ткачева ОН, Котовская ЮВ, Шарашкина НВ. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении в условиях амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений г. Москвы (алгоритм КГО-управляемого ведения пациентов пожилого и старческого возраста). *Российский журнал гериатрической медицины*. 2023;(3):188–194. doi: 10.37586/2686-8636-3-2023-188-194
Trukhanov AV, Runikhina NK, Reshetova AA, Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Sharashkina NV. Managing Older and Oldest-Old with Frailty in Outpatient and Inpatient Clinics of Moscow (Treatment Algorithm Based on CGA Results). *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2023;(3):188–194. (In Russ.). doi: 10.37586/2686-8636-3-2023-188-194
 30. Шарашкина НВ, Ткачева ОН, Рунихина НК, Арефьева МС, Ерусланова КА, Остапенко ВС, Котовская ЮВ. Комплексная гериатрическая оценка — основной инструмент работы врача-гериатра. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2022;(4):210–227. doi: 10.37586/2686-8636-4-2022-210-227
Sharashkina NV, Tkacheva ON, Runikhina NK, Arefieva MS, Eruslanova KA, Ostapenko VS, Kotovskaya YuV. Comprehensive geriatric assessment — the main tool for the work of a geriatrician. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2022;(4):210–227. (In Russ.). doi: 10.37586/2686-8636-4-2022-210-227

Сведения об авторах

Евгений Владимирович Дарьин, врач-психиатр, ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края Краснодарский край, Россия
darineugene@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3486-3886>

Иван Сергеевич Король, кандидат медицинских наук, главный врач, ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодарский край, Россия
spnb@miackuban.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3950-2855>

Елена Олеговна Бойко, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия
e.o.boyko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7692-2410>

Дмитрий Александрович Любченко, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра фундаментальной и клинической биохимии медицины, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный врач, ГБУЗ «Наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия
narkokrai@narco23.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9207-4546>

Марина Петровна Гетманская, психиатр-нарколог, ГБУЗ «Наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия
lobanova_m@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-4561-8505>

Information about the authors

Evgeny V. Darin, Psychiatrist, State Budgetary Healthcare Institution “Specialized Psychoneurological Hospital” of the Ministry of Health of the Krasnodar Region, Krasnodar Region, Russia
darineugene@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3486-3886>

Ivan S. Korol, Cand. Sci. (Med.), Chief Physician State Budgetary Healthcare Institution “Specialized Psychoneurological Hospital” of the Ministry of Health of the Krasnodar Region, Krasnodar Region, Russia
spnb@miackuban.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3950-2855>

Elena O. Boyko, Dr. Sci. (Med.), Professor, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kuban State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Head of the Department of Psychiatry, Psychiatrist, Krasnodar, Russia
e.o.boyko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7692-2410>

Dmitry A. Lyubchenko, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Fundamental and Clinical Biochemistry of Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Kuban State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chief Physician, State Budgetary Healthcare Institution “Narcological Dispensary” of the Ministry of Health of the Krasnodar Region, Krasnodar, Russia

narkokrai@narco23.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9207-4546>

Marina P. Getmanskaya, Psychiatrist-Narcologist, State Budgetary Healthcare Institution “Narcological Dispensary” of the Ministry of Health of the Krasnodar Region, Krasnodar, Russia
lobanova_m@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-4561-8505>

Вклад авторов

Дарьин Евгений Владимирович, Король Иван Сергеевич, Бойко Елена Олеговна, Любченко Дмитрий Александрович, Гетманская Марина Петровна — разработка концепции и дизайна исследования;

Дарьин Евгений Владимирович, Гетманская Марина Петровна — обзор литературы, сбор данных;

Дарьин Евгений Владимирович, Король Иван Сергеевич — анализ и интерпретация результатов;

Бойко Елена Олеговна, Любченко Дмитрий Александрович — проведение статистического анализа;

Дарьин Евгений Владимирович, Гетманская Марина Петровна — составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта;

Король Иван Сергеевич, Бойко Елена Олеговна, Любченко Дмитрий Александрович — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценного интеллектуального содержания.

Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, включая точность и добросовестность любой ее части.

Authors' Contributions

Evgeniy Vladimirovich Darin, Ivan Sergeevich Korol, Elena Olegovna Boyko, Dmitriy Alexandrovich Lyubchenko, Marina Petrovna Getmanskaya — development of the concept and design of the study;

Evgeniy Vladimirovich Darin, Marina Petrovna Getmanskaya — literature review, data collection;

Evgeniy Vladimirovich Darin, Ivan Sergeevich Korol — analysis and interpretation of the results;

Elena Olegovna Boyko, Dmitriy Alexandrovich Lyubchenko — statistical analysis;

Evgeniy Vladimirovich Darin, Marina Petrovna Getmanskaya — drafting the manuscript and preparing its final version;

Ivan Sergeevich Korol, Elena Olegovna Boyko, Dmitriy Alexandrovich Lyubchenko — critical revision of the manuscript with the addition of valuable intellectual content.

All authors approved the final version of the article prior to publication and agreed to take responsibility for all aspects of the work, including the accuracy and integrity of any part of the study.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declares no conflicts of interest.

Дата поступления 29.10.2024 Received 29.10.2024	Дата рецензирования 13.01.2025 Revised 13.01.2025	Дата принятия к публикации 24.03.2025 Accepted for publication 24.03.2025
--	--	--