

6. Burakovskii, V. I., Bokeriia, L. A. (1989). Cardio-vascular surgery. Moscow: Medicina, 453–454.
7. Pozdniakov, I. M., Krasnitskii, V. B. (2007). Practical cardiology. Moscow: Izdatelstvo BINOM, 776.
8. Fedkiv, S. V.; Kovalenko, V. M., Kornatskii, V. M. (Eds.) (2013). MRI in cardiology. Information-methodical guidelines. Kiev, 60.
9. Raiding, E., Kulbakin, V. I. (2012). Echocardiography. Second edition. Moscow: MEDpres-inform, 280.
10. Lebedinskii, K. M., Kuzupeev, M. G., Karelov, A. E. et. al. (1998). [Educational algorithm of subclavian vein puncture]. Materials of IX Russian scientific conference «Modern questions of anesthesiology and reanimatology». Saint Petersburg, 161–162.
11. Kemm, A. D., Lusher, T. F., Serrius, P. V.; Shliakhto, E. V. (Ed.) (2011). Cardio and vascular diseases. Moscow : «GEOTAR-Media», 731–748.
12. Grabb, N. R., Newbee, D. E.; Strutynskii, D. A. (Ed.) (2006). Cardiology. Moscow : MEDpres-inform, 704.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Велигоцький М. М.  
Дата надходження рукопису 14.04.2015*

**Урсол Григорий Николаевич**, заслуженный врач Украины, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра торако-абдоминальной хирургии, Харьковская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, ул. Корчагинцев, 58, г. Харьков, Украина, 61176; врач торакальный хирург высшей категории медицинского центра, ЧП «Больница Святого Луки», ул. Большая Перспективная, 65, г. Кировоград, Украина, 25006  
E-mail: olgeca\_74@mail.ru

УДК 616.89-008-009:616.37-084

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.42288

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТИТОМ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

© Л. Н. Юрьева, Ю. Н. Шевченко

*В данной работе разработаны комплексные реабилитационные программы для пациентов, которые находятся на стационарном лечении с диагнозом панкреатит. Приведены результаты комплексного обследования и лечения пациентов болеющих панкреатитом с непсихотическими психическими расстройствами. Предоставлены клинические и социально-психологические факторы риска развития панкреатита*

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, панкреатит, реабилитационные программы, клиника, диагностика, лечение, реабилитация

*In this paper, the complex rehabilitation program for patients who are hospitalized with a diagnosis of pancreatitis is given. The results of a comprehensive examination and treatment of patients suffering from pancreatitis with non-psychotic mental disorders are obtained. The clinical and psychosocial risk factors for pancreatitis are provided.*

**Objectives** *With the help of clinical and psychopathological examination to develop rehabilitation programs for patients with non-psychotic mental disorders in patients with pancreatitis.*

**Materials and methods** *Socio-demographic research method was used to obtain objective data on the age of patients with non-psychotic mental disorders in patients with pancreatitis, as well as gender, marital status, education, employment.*

*Clinical and psychopathological research method used in patients with non-psychotic mental disorders in patients with pancreatitis on the basis of generally accepted approaches of psychiatric examination of patients. Diagnosis of mental disorders was performed according to the clinical criteria of ICD – 10 by standardized interviews and observations.*

**Results** *In the dynamics of complex treatment of 67 patients showed a stable trend ( $p < 0,001$ ) a decrease in the severity of both situational and personal anxiety (Table 1). The number of patients with a high level of reactive anxiety decreased from 57 (85.1 %) and 21 (31.3 %), personal anxiety – from 52 (77.6 %) and 24 (35,8 %) ( $p < 0,001$  criterion Mac Nemara). Patients who refuse treatment for this time of observation severity situational anxiety decreased ( $p < 0,05$ ), and the personal - did not change ( $p > 0.05$ ).*

**Conclusion** *Based on these data it is developed a phased differentiated rehabilitation program that include drug treatment, non-drug therapies (herbal medicine, physiotherapy), psychotherapy, and social events*

**Keywords:** *non-psychotic mental disorders, pancreatitis, rehabilitation programs, clinical features, diagnosis, treatment and rehabilitation*

### 1. Введение

В Украине за последние годы отмечается значительный рост непсихотических психических заболеваний таких как: астено-невротические F 48.9; тревожно-депрессивные F 41.2; генерализованное тревожное расстройство F41.1; отмечается также выраженный патоморфоз клинической структуры неврозов. Возрастает роль стёртых, субклинических проявлений, затрудняющих процессы социально-трудовой реабилитации больных. Результаты многих исследований свидетельствуют о высокой частоте (не менее 50–60 %) и значительном полиморфизме психических расстройств у соматических больных [1]. Особое место в ряду внутренних болезней занимают заболевания желудочно-кишечного тракта. Во всем мире за последние 30 лет наблюдается увеличение заболеваемости острым и хроническим панкреатитом более чем в 2 раза [2]. По некоторым данным распространенность панкреатита среди населения Украины, составляет 25–30 человек на 100 тыс. населения.

### 2. Постановка проблемы

Так как показатели госпитализации больных панкреатитами и неврозами постоянно увеличиваются [1–3], существует необходимость в разработке реабилитационных мероприятий для таких пациентов находящихся в условиях стационарного лечения. Реабилитация больных панкреатитом с непсихотическими психическими расстройствами на сегодняшний день в Украине, является несовершенной и требует более глубокого изучения.

Изучить клинику-психопатологические особенности больных панкреатитом, выявить распространенность непсихотических психических расстройств среди пациентов находящихся на стационарном лечении с диагнозом панкреатит. Провести комплекс реабилитационных мероприятий у пациентов с панкреатитом и оценить эффективность с помощью психометрических шкал.

### 3. Литературный обзор

При различных соматических заболеваниях часто наблюдается возникновение пограничных психических расстройств. Кроме невротической реакции на болезненное состояние, обусловленной преморбидными особенностями личности, у человека развивается астенизация, повышенная психологическая напряженность, изменяется эмоциональное состояние.

Многие исследователи установили, что от 20 до 64 % от всех обратившихся к врачам общей практики имеют те или иные, преимущественно пограничные, психические расстройства. По данным полученным в Федеральном научно-методическом центре пограничной психиатрии, более 1/3 пациентов общесоматических учреждений (поликлиники, стационары многопрофильных больниц) нуждаются в психиатрической (психотерапевтической) помощи. В случае ее своевременного оказания улучшается терапевтический прогноз при соматических заболеваниях [1, 3–5].

По данным Т. Т. Науг и соавт., от 60 до 85 % хронических заболеваний пищеварительной системы сопровождаются эмоциональными расстройствами разной степени выраженности. Во многих случаях последние становятся первопричиной функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и, наоборот, эти расстройства могут развиваться как реакция на диагноз, нарушения привычного образа жизни, вызванные заболеванием и необходимостью получать лечение. И в том, и в другом случае без коррекции эмоциональной сферы очень трудно добиться положительных результатов терапии [7, 8, 10, 12].

В последнее время проблема диагностики и коррекции сопутствующих психических расстройств при различных соматических заболеваниях приобретает всё большую актуальность. Однако в течение последнего десятилетия на Украине психические нарушения при панкреатитах почти не изучались [1, 2].

Особого внимания заслуживают неврозоподобные расстройства у больных с патологией желудочно-кишечного тракта. При заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь у 10,3 % больных, у 22,1 % отмечаются полиморфные астенические нарушения, у 67,6 % – более сложные неврозоподобные состояния. Клиническая картина определяется особенностями гастроэнтерологической симптоматики, склонной к многолетнему, торпидному течению с тенденцией к вовлечению в патологический процесс всей пищеварительной системы. В соответствии с этим неврозоподобные расстройства у таких больных характеризуются малой динамичностью, склонностью к полиморфизму, «срастанию» с личностью. Однородная клиническая картина наблюдается лишь у больных с соматогенной астенией, выраженность которой, как правило, коррелирует со степенью тяжести и давностью основного заболевания [14, 17–21].

### 4. Материалы и методы исследования

В данной работе приняли участие 131 пациент с панкреатитом, на стационарном лечении в ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (г. Днепропетровск) с диагнозом «хронический панкреатит» (К 81.1 по МКБ-10) находились 60 пациентов и 71 пациент находился на стационарном лечении в КУ «ДКОСМП» ДОР» г. Днепропетровск с диагнозом «острый панкреатит» (К 85.0 по МКБ-10). Критериями включения в исследование являлось; наличие установленного согласно критериям МКБ-10 диагноза «панкреатит», возраст от 21 до 65 лет, информированное согласие пациента. Критериями исключения в исследование было; возраст старше 65 лет, наличие других соматических заболеваний, психические и поведенческие расстройства, в следствии злоупотребления алкогольными и наркотическими средствами, отказ пациента от осмотра психиатром.

Социально-демографический метод исследования применяли для получения объективных данных о возрасте больных с непсихотическими психическими расстройствами у пациентов с панкреатитом, а также пол, семейный статус, образование, профессиональную занятость.

Клинико-психопатологический метод исследования использовали у больных с непсихотическими психическими расстройствами у пациентов с панкреатитом на основе общепринятых подходов психиатрического обследования пациентов. Диагностику психических расстройств осуществляли согласно клиническим критериям МКБ – 10, путем стандартизированного интервью и наблюдений. Проводили количественную и качественную оценку жалоб и выявления психопатологических нарушений применительно к различным психическим сферам. С больными непсихотическими психическими расстройствами у пациентов с панкреатитом проводили диагностические беседы, во время которых осуществляли изучение жалоб, анамнестических данных, тщательное наблюдение за поведением обследуемых.

Психодиагностические методы исследования проводили с помощью: скрининговых анкет для выявления депрессии PHQ-9, скрининг-теста для выявления тревожных расстройств Шихана (сокращенно ShARS) – скрининговый тестовый инструмент для диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра. Важной характеристикой эмоциональных нарушений является наличие и сила проявления тревоги. Именно для того, чтобы определить уровень тревоги, больные ответили на вопросы личностной и ситуативной шкалы обнаружения тревоги Спилбергера-Ханина (Ch. Spilberger). Для определения качества жизни проводилась методика оценки качества жизни SF-36.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ Statistica v.6.1®. Средние показатели представлены как средняя арифметическая и стандартная ошибка ( $M \pm m$ ). Для сравнения использовали критерии Стьюдента для зависимых (T) и независимых (t) выборок, и критерий Мак-Немара.

### 5. Результаты и их обсуждения

Во время исследования были обнаружены некоторые социально-демографические особенности у пациентов.

В данном исследовании изучались ситуативная и личностная тревожность, которые, по мнению разных авторов напрямую связаны с риском заболеваний поджелудочной железы. Основной причиной тревожного синдрома является длительная озабоченность или опасения, сопровождающиеся множеством психомоторных, вегетативных и психических симптомов и ощущением несчастья. Тревожные ожидания человека характеризуются: повышенной возбудимостью; предположению пациента, что будущие события будут неконтролируемыми и

непредсказуемыми; изменением направленности внимания на внутренние события, связанные с болезнью.

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика пациентов с панкреатитом

Показатель Абс.		Количество пациентов (n=131)	
		%	
Пол	мужской	50	38,2
	женский	81	61,8
Образование	среднее	23	17,6
	Средне-техническое и неоконченное высшее	60	45,8
	высшее	48	36,6
Семейное положение	не был в браке	36	27,5
	В браке	56	42,7
	Разведен/вдовец	39	29,8
Социальный статус	учащийся	14	10,7
	рабочий	59	45,0
	служащий	26	19,9
	безработный	22	16,8
	пенсионер	10	7,6

Если рассматривать высокую ситуативную и личностную тревожность у больных панкреатитом как один из пусковых факторов для развития непсихотических психических расстройств, то установлено, что 42 (32,1 %) всех обследованных пациентов имели умеренную ситуативную тревожность и 39 (29,8 %) – умеренную личностную тревожность (31–45 баллов по методике Спилбергера-Ханина).

У большинства пациентов с хроническим панкреатитом (51 человек – 85,0 %) при поступлении в стационар уровень личностной тревожности, как устойчивой черты характера воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающие для себя, был высоким (46 и более баллов) и в среднем  $53,0 \pm 1,0$  балла (табл. 3). Показатели ситуативной (реактивной) тревожности, характеризующие напряженное состояние человека в конкретный момент или интервал времени, тоже в большинстве случаев были высокими (44 пациента – 73,3 %), в среднем составляя  $49,1 \pm 1,2$  балла. При этом следует отметить, что выраженность личностной тревоги была достоверно выше ситуативной ( $p < 0,05$ ).

По результатам клинико-психопатологических и психологических исследований у 74 (56,5 %) пациентов с рецидивирующим панкреатитом выявлены клинические признаки непсихотических психических расстройств, в том числе астено-невротических F 48.9 – в 18 (13,8 %) случаях, тревожно-депрессивных F 41.2 – в 46 (35,1 %), генерализованное тревожное расстройство F41.1 – в 10 (7,6 %) случаях, а у 57 (43,5 %) пациентов не отмечалось существенных отклонений в психической сфере. Нарушения в психическом здоровье выявлены у 35 (49,3 %) больных ОП и у 39 (65,0 %) больных ХП ( $p=0,079$  по критерию Фишера).

Таблица 2  
Выраженность показателей ситуативной и личностной тревожности у больных панкреатитом

Уровень тревожности	1 группа – острый панкреатит (n=71)		2 группа – хронический панкреатит (n=60)		В общем (n=131)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ситуативная тревожность						
Низкий	3	4,2	2	3,3	5	3,8
Умеренный	28	39,4	14	23,3*	42	32,1
Высокий	40	56,3	44	73,3*	84	64,1
Средний (M±m)	48,4±1,2		49,1±1,2		48,7±0,8	
Личностная тревожность						
Низкий	10	14,1	1	1,7*	11	8,4
Умеренный	31	43,7	8	13,3**	39	29,8
Высокий	30	42,2	51	85,0**	81	61,8
Средний (M±m)	43,9±1,2		53,0±1,0**		48,1±0,9	

Примечание \* (\*\*\*) –  $p < 0,05$  ( $p < 0,001$ ) в сравнении с показателями 1 группы по критериям  $\chi^2$  и  $t$

Для разработки реабилитационных мероприятий у исследуемых пациентов, мы оценивали их качество жизни с помощью опросника SF-36. Были выявлены низкие показатели при хроническом течении заболевания по шкалам РФФ (ролевое физическое

функционирование) (снижены в 2 раза), Б (физическая боль) (в 1,6 раза) и РЭФ (ролевое эмоциональное функционирование) (в 1,8 раза).

Таблица 3  
Показатели качества жизни (M±m) у больных острым панкреатитом и хроническим панкреатитом по опроснику SF-36, в баллах

Шкалы опросника SF-36	Пациенты с острым панкреатитом (n=60)	Пациенты с хроническим панкреатитом (n=71)	Все исследуемые пациенты (n=131)
ФФ	93,3±0,9	78,7±2,7**	86,6±1,5
РФФ	81,3±3,5	41,3±5,2**	63,0±3,5
Б	70,7±1,6	43,4±2,8**	58,2±2,0
ОЗ	48,0±2,1	44,5±2,4	46,4±1,6
Ж	59,7±1,5	47,3±2,7**	54,0±1,6
СФ	67,1±2,1	57,3±3,2*	62,6±1,9
РЭФ	84,0±3,4	46,7±5,6**	66,9±3,5
ПЗ	61,6±1,4	49,9±2,5**	56,2±1,5

Примечания: 1. \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,001$  по сравнению с группой ОП; 2. шкалы опросника SF-36: ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – физическая боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизненная сила; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье.

На основании изученных данных у исследуемых пациентов, нами были разработаны поэтапные дифференцированные реабилитационные программы.

Лечебно-реабилитационные программы

Этапы				
Лечебно-реабилитационные мероприятия	Диагностический	Лечебно-коррекционный	Восстановительный	Социально-психологической адаптации
Диагностические мероприятия	Диагностическое обследование (сбор анамнеза, жалобы), клинические, психопатологические, психологическое обследование, определение групп риска	Лечебные мероприятия проводятся в случаях декомпенсации. Мониторинг психоэмоционального статуса.	Диагностическое обследование (жалобы), клинические, психопатологические, психологическое обследование	Диагностические мероприятия проводятся в случаях декомпенсации
Медикаментозное лечение	Базовая терапия при панкреатитах, подбор симптоматической психофармакотерапии с учетом симптомов-мишеней	Интенсивная фармакотерапии, препараты в оптимальных дозах с возможным титрованием	Базовая терапия панкреатитов, поддерживающая и противоречивная психофармакотерапия	Профилактическая и противоречивная терапия
Методы психотерапии	Психообразовательные программы. Индивидуальная психотерапия. Рациональная психотерапия, психокоррекция актуальных психологических проблем	Индивидуальная психотерапия: бихевиоральная, личностно-ориентированная, суггестивная, формирование высокого уровня комплаентности.	Индивидуальная психотерапия: обучение техникам релаксации или аутотренинга; психообразовательная работа.	Индивидуальная психотерапия, релаксация или аутотренинг.
Немедикаментозные методы лечения	Фитотерапия	Фитотерапия, лечебная физкультура	Фитотерапия, лечебная физкультура.	Индивидуальные занятия фитнесом.
Социальные мероприятия	Оценка качества жизни	Решение социальных вопросов	Профилактика и противоречивные мероприятия	Профилактика и противоречивные мероприятия

Таблица 4



Лечебно-реабилитационные мероприятия проводились последовательно в четыре этапа. На первом этапе в течение 1–2 дней проводилось психолого-психиатрическое обследование, определение ведущего клинического синдрома, разработка плана проведения реабилитационной программы. Начинают сеансы фитотерапии путем приема 3 раза в день смеси настоек валерианы, боярышника и пустырника (также отвары ромашки, бузины, мать-и-мачехи, пионы). Применялись психообразовательные программы, целью которых является информирование пациента о болезни, причины ее возникновения, прогноз, а также эффективность лечения. На втором этапе лечения в течение 1 дня начинали базовую фармакотерапию путем дозированного приема антидепрессанта, индивидуально подобранного из селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (эсциталопрам (Ципралекс), сертралин (стимулон, золофт), циталопрам (ципрамил)), серотонинергических (миртазапин (ремерон)) и мелатонинергический (агомелатин (Мелитор, вальдоксан)) антидепрессантов, критериями выбора которых хорошая переносимость, безопасность, удобство применения и индивидуальную психотерапию (когнитивно-бихевиоральную), которая направлена на разрешение психотравмирующих факторов. Продолжаются сеансы фитотерапии, а также лечебной физкультуры. На третьем этапе в течение 2 недель проводилось контрольное оценивание соматического и психического состояния здоровья больного с помощью психометрических шкал и коррекцию дозы подобранного антидепрессанта. Дополнительно продолжается проведение индивидуальной психотерапии, фитотерапии, лечебной физкультуры и обучение техникам релаксации. Проводятся психообразовательные беседы, мотивирующие пациента на длительное поддерживающее лечение, коррекцию семейных и социальных отношений. На четвертом этапе в течение 3–4 недель назначают наиболее приемлемый для пациента антидепрессант с профилактической целью, учитывая переносимость препарата для длительного приема. Индивидуальную психотерапию проводят с релаксацией или аутотренингом. Проводят психообразовательные и психокоррекционные беседы с целью повышения качества жизни, воздействие на приспособление пациента к жизни и труду, в рациональном бытовом и трудовом устройстве и созданию благоприятной психологической и социальной среды.

Из 74 пациентов с панкреатитом у которых были выявлены непсихотические психические расстройства 67 (90,5 %) человек прошли полный курс реабилитации в соответствии с разработанными программами. Остальные 7 человек (9,5 %) отказались от лечения.

В динамике комплексного лечения у 67 пациентов наблюдалась устойчивая тенденция ( $p < 0,001$ ) к уменьшению степени выраженности как ситуативной, так и личностной тревожности (табл. 2). Количество пациентов с высоким уровнем реактивной тревожно-

сти снизилось с 57 (85,1 %) до 21 (31,3 %), личностной тревожности – с 52 (77,6 %) до 24 (35,8 %) ( $p < 0,001$  по критерию Мак-Немара). У пациентов, отказавшихся от лечения, к этому сроку наблюдения выраженность ситуативной тревожности уменьшилась ( $p < 0,05$ ), а личностной – не изменилась ( $p > 0,05$ ).

Таблица 5

Динамика показателей ситуативной и личностной тревожности у пациентов с панкреатитом и непсихотическими психическими расстройствами

Тревожность	Уровень	Получили комплексное лечение (n=67)		Отказались от лечения (n=7)	
		до	после	до	после
Ситуативная	низкий (до 30 баллов)	1 (1,5 %)	7 (10,5 %)	–	–
	умеренный (31–45 баллов)	9 (13,4 %)	39 (58,2 %)	1 (14,3 %)	3 (42,9 %)
	высокий (46 и больше баллов)	57 (85,1 %)	21 (31,3 %)	6 (85,7 %)	4 (57,1 %)
	средний, балл (M±m)	51,8±0,9	42,2±0,9**	54,0±3,8	47,4±3,0*
Личностная	низкий (до 30 баллов)	5 (7,5 %)	9 (13,4 %)	–	–
	умеренный (31–45 баллов)	10 (14,9 %)	34 (50,8 %)	1 (14,3 %)	1 (14,3 %)
	высокий (46 и больше баллов)	52 (77,6 %)	24 (35,8 %)	6 (85,7 %)	6 (85,7 %)
	средний, балл (M±m)	51,2±1,2	42,5±1,1**	55,1±2,7	51,6±3,4

Примечание. \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,001$  до и после лечения в группе по T-критерию Стьюдента

## 6. Выводы

1. При исследовании личностной и ситуативной тревоги было выявлено, что выраженность личностной тревоги достоверно выше ситуативной. Выявлена также роль хронических психоэмоциональных стрессов в формировании непсихотических психических расстройств у больных панкреатитами.

2. Анализ качества жизни исследуемых пациентов показал достоверное ухудшение качества жизни при хроническом течении заболевания, особенно по показателям ролевое физическое функционирование, физическая боль и ролевое эмоциональное функционирование.

3. На основании полученных данных разработаны поэтапные дифференцированные реабилитационные программы, которые включают медикаментозное лечение, немедикаментозные методы лечения (фитотерапия, лечебная физкультура), методы психотерапии, а также социальные мероприятия.

## Литература

- Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях [Текст] / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакология. – 2002. – № 1. – С. 4–7.
- Алеева, Г. Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии [Текст] / Г. Н. Алеева, М. Э. Гурьева,

М. В. Журавлева // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 1–4.

3. Асанова, А. А. Качество жизни, связанное со здоровьем больных депрессивными расстройствами [Текст] / А. А. Асанова // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. – 2008. – № 2 (14). – С. 82–85.

4. Гурович, И. Я. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах [Текст] / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, С. А. Чапурин и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 3. – С. 77–82.

5. Вейман, П. А. Исследование качества жизни в гастроэнтерологии как интеллектуальный коммуникативный процесс [Текст] / П. А. Вейман, А. И. Пальцев, М. В. Сипачева // Сборник материалов XIV научно-практической конференции врачей «Акт. Вопр. Совр. Мед. – Новосибирск, 2004. – С. 56–57.

6. Выборных, Д. Э. Лечение депрессий в гастроэнтерологической практике [Текст] / Д. Э. Выборных, С. В. Кикта // «Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии». – 2010. – № 6. – С. 21–28.

7. Дубницкая, Э. Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями [Текст] / Э. Б. Дубницкая // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 2. – С. 40–45.

8. Вертоградова, О. П. Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий [Текст] / О. П. Вертоградова, И. Л. Степанов, Н. М. Максимова и др. // Социальная и клинич. Психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 5–10.

9. Краснов, В. Н. Проблемы современной диагностики депрессии [Текст] / В. Н. Краснов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 11. – С. 3–10.

10. Международная классификация болезней (10-пересмотр): клиническое описание и указания по диагностике; 2-е изд. [Текст] / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – К.: Сфера, 2005. – 308 с.

11. Ромасенко, Л. В. Междисциплинарные проблемы диагностики и терапии психосоматических расстройств [Текст] / Л. В. Ромасенко // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 2. – С. 54–57.

12. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях [Текст] / А. Б. Смулевич. – М.: МИА, 2003. – 432 с.

13. Смулевич, А. Б. Расстройство личности и соматическая болезнь (к проблеме нажитых ипохондрических психопатий) [Текст] / А. Б. Смулевич // Психиатрия. – 2005. – № 5. – С. 13–21.

14. Смулевич, А. Б. Депрессии в общемедицинской практике [Текст] / А. Б. Смулевич. – М.: Берг, 2000. – 160 с.

15. Судаков, К. В. Психоэмоциональный стресс: профилактика и реабилитация [Текст] / К. В. Судаков // Терапевтический архив. – 1997. – № 1. – С. 70–74.

16. Seredenin, S. B. Genetic differences on response to emotional stress and tranquilizers [Text] / S. B. Seredenin // Psychopharmacol & Biol. Narcol. 2003. – Vol. 1-2. – P. 494–509.

17. Sullivan, M. D. DSM-IV Pain Disorder: a case against the diagnosis [Text] / M. D. Sullivan // International Review of Psychiatry. – 2000 – Vol. 12, Issue 2. – P. 91–98. doi: 10.1080/09540260050007408

18. Thase, M. E. New directions in the treatment of atypical depression [Text] / M. E. Thase // Journal of Clinical Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, Issue 12. – P. 1833–1836. doi: 10.4088/jcp.1206e18

19. Verma, S. Evaluating and treating comorbid pain and depression [Text] / S. Verma, M. Rollin // International Review of Psychiatry. – 2000. – Vol. 12, Issue 2. – P. 103–114. doi: 10.1080/09540260050007426

20. Weinstock, L. M. Behavioral activation for the treatment of atypical depression: a pilot open trial [Text] / L. M. Weinstock, M. K. Munroe, I. W. Miller // Behav Modif. – 2011. – Vol. 33, Issue 4. – P. 403–424. doi: 10.1177/0145445511405646

21. Westphal-Guitti, A. C. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy [Text] / A. C. Westphal-Guitti, N. B. Alonso, R. C. Migliorini, T. I. da Silva, A. M. Azevedo, L. O. Caboclo, A. C. Sakamoto, E. M. Yacubian // Journal of Neuroscience Nursing. – 2007. – Vol. 39, Issue 6. – P. 354–60. doi: 10.1097/01376517-200712000-00006

## References

1. Alexandrovskiy, Yu. A. (2002). Pogranichnie psikhicheskie rasstroystva [Borderline mental disorders in somatic diseases] Psychiatry and Psychopharmacology, 1, 4–7.

2. Aleeva, G. N., Gurileva, M. E., Zhuravleva, M. V. (2006). Kriterii kachestva zhizni v medicine I cardiologii [Criteria for quality of life in medicine and cardiology] Russian Medical Zh, 2, 1–4.

3. Asanova, A. A. (2008). Cachestvo zhizni svyazano so zdoroviem bolnih depresivnimi rastroistvami [Quality of life, health-related patients with depressive disorders] Vesnik psikhiiatrii i psikhofarmakoterahii. 2 (14), 82–85.

4. Gurovich, I. Ya., Lyubov, E. B., Chapurin, S. A., Churilin, Yu., Enaliev, I. R. et al. (2010). Bremya depresivnih rastroistv v otechestvenih psyhiatricheskikh sluzhbach [The burden of depressive disorders in Russian psychiatric services]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova, 110 (3), 77–82.

5. Veiman, P. A., Palcev, M. V., Sipacheva, M. V. (2004). Isledovanie kachestva zhizni v gastroenterologii kak intelektualnii komunikativnii proces [Quality of life research in gastroenterology as an intelligent communication process]. Aktualnii voprosi sovremenoi medicine, 14, 56–57.

6. Vibornih, D. E., Kikta, S. V. (2010). Lechenie depresii v gastroenterologicheskoi practice [Treatment of depression in gastroenterological practice]. Clinical prospects of gastroenterology, hepatology, 6, 21–28.

7. Dubnickaya, E. B. (2000). Psyhosomaticheskie sootnosheniya pri depresiyah u bolnih s somaticheskimi zabolevaniyami [Psychosomatic ratio for depression in patients with somatic diseases]. Psychiatry and pharmacotherapy, 2, 40–45.

8. Vertogradova, O. P., Stepanov, I. L., Maksimova, N. M., Vaksman, A. V., Dikov, S. Yu., Koshkin, K. A., Moiseycheva, O. V., Tselishchev, O. V. (2012). Clinico-patogeneticheskie aspect tipologii depresii [Clinical and pathogenetic aspects of the typology of depression]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya, 22 (3), 5–10.

9. Krasnov, V. N. (2012). Problemi sovremenoi diagnostiki depresii [Problems of modern diagnosis depression]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova, 112 (11), 3–10.

10. Nuller, Yu. L., Tsirkin, S. Yu., Editors. (2005). Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-peresmotr): klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike. 2nd ed. Kiev: Sfera.

11. Romasenko, L. (1999). Mezhdisciplinarnie problemi diagnostiki I terapii psikhosomaticheskikh rastroistv [Interdisciplinary problems of diagnosis and treatment of psychosomatic disorders] Russian Journal of Psychiatry, 2, 54–57.

12. Smulevich, A. (2003). Depresii pri somaticheskikh i psyhicheskikh zabollevaniyakh [Depression with somatic and mental illness] Moskow: MIA, 432.
13. Smulevich, A. (2005). Rastroistvo lichosti i somaticheskaya bolezn [Personality disorder and physical illness]. *Psichiatriy*, 5, 13–21.
14. Smulevich, A. (2000). Depresii v obchemedicinskoj praktike [Depression in general practice]. Moskow: Bereg, 160.
15. Sudakov, K. (1997). Psychoemocionalnii stress: profilaktika i reabilitacia [Psycho-emotional stress: prevention and rehabilitation] *Therapeutic Archives*, 1, 70–74.
16. Seredenin, S. B. (2003). Genetic differences on response to emotional stress and tranquilizers. *Psychopharmacol & Biol. Narcol.*, 1/2, 494–509.
17. Sullivan, M. D. (2000). DSM-IV Pain Disorder: a case against the diagnosis. *International Review of Psychiatry*, 12 (2), 91–98. doi: 10.1080/09540260050007408
18. Thase, M. E. (2006). New Directions in the Treatment of Atypical Depression. *J. Clin. Psychiatry*, 67 (12), 1833–1836. doi: 10.4088/jcp.1206e18
19. Gallagher, S. V., Rollin, M. (2000). Evaluating and treating co-morbid pain and depression. *International Review of Psychiatry*, 12 (2), 103–114. doi: 10.1080/09540260050007426
20. Weinstock, L. M., Munroe, M. K., Miller, I. W. (2011). Behavioral Activation for the Treatment of Atypical Depression: A Pilot Open Trial. *Behavior Modification*, 35 (4), 403–424. doi: 10.1177/0145445511405646
21. Westphal-Guitti, A. C., Alonso, N. B., Migliorini, R. C., da Silva T. I., Azevedo, A. M., Caboclo, L. O., Sakamoto, A. C., Yacubian, E. M. (2007). Quality of Life and Burden in Caregivers of Patients with Epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39 (6), 354–360. doi: 10.1097/01376517-200712000-00006

Дата надходження рукопису 17.04.2015

**Юрьева Людмила Николаевна**, доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии последипломного образования, ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МОЗ Украины, ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49044  
E-mail: lyuryeva@a-teleport.com

**Шевченко Юлия Николаевна**, аспирант, кафедра психиатрии последипломного образования, ГУ «Днепропетровская медицинская академия» Министерства Здравоохранения, ул. Дзержинского, 9, г. Днепропетровск, Украина, 49044  
E-mail: j\_shevchenko@ukr.net

УДК 616.831-001-085:615.214]-082.5-083:159.942.22

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.42970

## ВЛИЯНИЕ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

© Ю. В. Якубенко

*Проведение нейрометаболической терапии пациентам с последствиями легкой черепно-мозговой травмы является более эффективной в сравнении с применением базисной симптоматической терапии, в связи с ее влиянием на процессы метаболизма головного мозга, снижения его восприимчивости к хронической гипоксии, которая развивается на фоне вегетативной дистонии, вследствие полученной травмы, а также влияние данных препаратов на нейротрансмитерные системы. Применение нейрометаболической терапии пациентам с последствиями черепно-мозговых травм приводит к улучшению их качества жизни*  
**Ключевые слова:** последствия легкой черепно-мозговой травмы, качество жизни, метаболическая терапия

*The aim of the research was to determine the quality of life of patients with consequences of mild traumatic brain injuries for the effectiveness estimation of the neurometabolic therapy.*

**Materials and methods.** 67 patients with consequences of mild traumatic brain injuries were examined. Patients were divided into two groups: the first group (23 males and 10 females) included patients who received symptomatic therapy. The second group included patients (24 males and 10 females) who received symptomatic therapy and an additional course of neurometabolic therapy. The control group included 30 practically healthy individuals without TBI, corresponding to the examined group by sex and age.

**Results.** Integral assessment of QoL by the SF-36 health survey scales showed a significant reduction in quality of life by the scales of pain intensity, life activity, social functioning, emotional functioning and mental health. Application of the treatment course of neurometabolic therapy for patients with consequences of mild traumatic brain injury promotes the normalization of neuropsychological disorders in these patients, which has a positive effect on the subjective assessment of quality of life.