

свидетельствовало об их вторичности по отношению к аффективным (депрессивным) симптомам. Диагноз органического диссоциативного расстройства не мог рассматриваться как правомочный, в связи с отсутствием внезапности и

началом заболевания еще до психотравмирующей ситуации (смерть матери), а также отсутствием помрачения сознания, дезориентировки, амнезии и истерических черт характера в профиле преморбидной личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Домулін І.В. Особливості депресії при неврологічних захворюваннях / І.В. Домулін // Журнал неврології і психіатрії. – 2005. – №10. – С. 55-56.
2. Напрєєнко О.К. Нециркулярні депресії: монографія / О.К. Напрєєнко, К.М. Логановський, О.Г. Сироп'ятов; за ред. проф. О.К. Напрєєнка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates /

- A.T. Beck // Am. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 165. – P. 969-977.
4. Hegerl U. Early detection of depressive illness / U. Hegerl, T. Pfeiffer-Gerschel // MMW Fortschr. Med. – 2007. – Vol. 149. – P. 9-31.
5. Nortoff G. Psychopathology and pathophysiology of the self in depression / G. Nortoff // J. Affect Disord. – 2007. – Vol. 104. – P. 1-14.

REFERENCES

1. Domulin IV. [Features of depression in neurological diseases]. Zhurn. nevrologii i psyhiatrii. 2005;10:55-56. Ukrainian.
2. Naprjejenko OK, Loganovskij KM, Syropjatov OG. [Non-circular depressions]. Monografija. Za red. prof. Naprjejenka OK. – K.: Sofija-A. 2013;624. Ukrainian.

3. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. Am J Psychiatry. 2008;165:969-97.
4. Hegerl U, Pfeiffer-Gerschel T. Early detection of depressive illness. MMW Fortschr Med. 2007;149:9-31.
5. Nortoff G. Psychopathology and pathophysiology of the self in depression. J Affect Disord. 2007;104:1-14.

Стаття надійшла до редакції
13.01.2015



УДК 616.89-008-009:616.37-002-036.87-092.11

Ю.Н. Шевченко

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины»
кафедра психиатрии ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Л.Н. Юрьева)
ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, Украина
SE "Dnepropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"
Department of Psychiatry
Dzerzhinsky str., 9, Dnepropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: kafpsydnep@i.ua

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, тревога, депрессия, рецидивирующий панкреатит, острый и хронический панкреатит, качество жизни
Key words: non-psychotic mental disorders, anxiety, depression, recurrent pancreatitis, acute and chronic pancreatitis, quality of life

Реферат. Якість життя у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами, які хворіють на гострий та хронічний панкреатит. Шевченко Ю.М. Метою дослідження було вивчити якість життя та клінічні особливості непсихотичних психічних розладів у хворих на гострий та хронічний панкреатит. Поліморфні психічні порушення різного клінічного змісту і ступеня вираженості не тільки в більшості випадків коморбідні захворюванням підшлункової залози, але й часто є першими найбільш ранніми клінічними проявами захворювання. Наведено дані про клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у хворих на гострий та хронічний панкреатит. Встановлено питоому вагу й описані провідні синдроми: астено-невротичний та тривожно-депресивний. Дослідження проводилось за допомогою таких методів: клінічного психіатричного опитувальника загального типу MOS Short Form-36 Health Survey (SF-36) та методів математичної обробки. Вибірку склали 131 хворий на гострий та хронічний панкреатит. Розглянуто особливості психічних порушень і психопатологічна структура непсихотичних психічних розладів, що були клінічним варіантом дебюту гострого та хронічного панкреатиту. Виявлено різні показники якості життя при гострому та хронічному панкреатиті, а також при наявності психічних порушень.

Abstract. Quality of life in patients with non-psychotic mental disorders, suffering from acute and chronic pancreatitis. Shevchenko Y.M. The aim of the study was to examine the quality of life and clinical features of non-psychotic mental disorders in patients with acute and chronic pancreatitis. Polymorphic mental disorders of different clinical content and severity in most cases not only comorbid diseases of the pancreas, but often are the first earliest clinical manifestations of the disease. The data on clinical and psychopathological features of non-psychotic mental disorders in patients with acute and chronic pancreatitis are given. The share of cardinal syndromes such as asthenic-neurotic and anxious-depressive was established and described. The study was conducted using the following methods: clinical psychiatric questionnaire of common type MOS Short Form-36 Health Survey (SF-36) and methods of mathematical processing. The sample included 131 patients with acute and chronic pancreatitis. Clinical variant of acute and chronic pancreatitis debut were the features of mental disorders and psychotic-pathologic structure of non-psychotic mental disorders. Various indicators of quality of life in acute and chronic pancreatitis in presence of psychotic disorders were revealed.

В течение последних 30 лет отмечается двукратный рост числа больных острым и хроническим панкреатитом. Инвалидизация данных больных достигает 15% [3].

Отмеченная во многих исследованиях высокая частота тревожных и депрессивных расстройств при соматических заболеваниях определяет чрезвычайную актуальность коррекции данных симптомов у пациентов с панкреатитом. Среди психических нарушений ведущими являются пограничные психические расстройства, представленные тревожными, депрессивными, неврастеническими, ипохондрическими расстройствами. Тревожные и депрессивные расстройства часто сочетаются, и коморбидность этих состояний достигает 70%, с панкреатитом [4,5], что ведет к различным социально-психологическим дезадаптациям и снижению качества жизни этих пациентов.

В последние десятилетия оценка качества жизни становится важной составляющей клинических исследований в психиатрии (В. Spilker., 1996). Все более актуальной является проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни как оценки успешности лечения и реабилитации (G. Donohoe et al. 2001; S. Mutsatsa et al., 2003; E. Phillips, 1988; Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид, 2004), все большее внимание уделяется проблеме субъективной удовлетворенности больных жизнью в условиях болезни и лечения (А.С. Аведисова, В.И. Бородин, 2005; Ф.Р. Бан-

щиков, 2006; М. Rzewuska, 2002). В.Я. Семке (1999) рассматривает категорию качества жизни как интегративный показатель психического здоровья [7].

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидуумом своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [8].

Наиболее важна оценка медицинских аспектов качества жизни у пациентов с хроническими заболеваниями. Во-первых, само заболевание не может не отразиться на всех сторонах жизнедеятельности больного, во-вторых, длительное, порой постоянное, медикаментозное лечение так или иначе оказывает влияние на качество жизни пациента. Цель терапии для большинства пациентов с хроническими заболеваниями состоит не в лечении как таковом, а в улучшении их функционирования в результате уменьшения выраженности симптомов или ограничения прогрессирования болезни [5].

Концепция исследования качества жизни имеет широкие возможности для применения в здравоохранении и позволяет обеспечить полноценный индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения (Новик А. А., 2007). Несмотря на наличие простых инструментов определения

качества жизни – общих и специальных опросников, исследованию качества жизни больных острым и хроническим панкреатитом уделяется недостаточно внимания.

Понятие «качество жизни» является многофакторным, принято выделять следующие его компоненты [10]:

– медицинские аспекты: влияние самого заболевания, его симптомов и признаков; ограничение способности к нормальному функционированию, наступающее вследствие заболевания; влияние лечения, в т.ч. его организационных аспектов, на повседневную жизнедеятельность пациента;

– психологические аспекты, под которыми, прежде всего, понимается субъективное отношение человека к своему здоровью и самочувствию/состоянию; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому и статусно-ролевому положению;

– социально-экономические аспекты (прямые и косвенные потери – затраты, связанные непосредственно с оплатой лечения, временная или постоянная нетрудоспособность, ограничение профессиональных возможностей).

Качество жизни, релевантное здоровью, – это субъективное восприятие человеком различных факторов, связанных с его здоровьем, т.е. физическим, психическим и социальным благополучием. Субъективные показатели качества жизни включают самоощущение пациентов, восприятия ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий [1].

Всемирная организация здравоохранения разработала основополагающие критерии оценки качества жизни, релевантного здоровью: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология); духовность (религия, личные убеждения) [12].

Целью исследования было изучение качества жизни и клинических особенностей непсихических психических расстройств у больных рецидивирующим острым и хроническим панкреатитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В исследовании принял участие 131 пациент с рецидивирующим панкреатитом, 60 из которых находились на стационарном лечении в ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (г. Днепропетровск) с диагнозом «хронический панкреатит» (К 81.1 по МКБ-10) и 71 пациент находился на стационарном лечении в КУ «ДКОСМП» ДОР» г. Днепропетровск с диагнозом «острый панкреатит» (К 85.0 по МКБ-10).

Исследование проводилось с помощью клинического психиатрического (включающего клинико-anamnestический метод) обследования с использованием объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов. При этом использовалось структурированное интервью. Клинико-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные собственноручно на этапе подготовки исследования и позволяющие уточнять биографические данные, уровень образования, культуральные особенности микросреды, социальный и семейный статус, наличие в течении жизни (после 18 лет) стрессовых ситуаций.

Использовался стандартизированный опросник «SF-36 Health Status Survey», который является наиболее распространенным общим опросником для изучения качества жизни в популяции и при различных соматических заболеваниях, позволяющим оценивать удовлетворенность больных уровнем своего функционирования в условиях болезни [9].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ Statistica v.6.1® [2]. Средние показатели представлены как средняя арифметическая и стандартная ошибка ($M \pm m$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных было 50 (38,2%) мужчин и 81 (61,8%) женщина в возрасте от 21 до 65 лет, средний возраст – $40,9 \pm 1,1$ года. Большинство пациентов имели среднее техническое или неоконченное высшее образование (82,4%), работали (64,8%) преимущественно по рабочим специальностям (45,0%), состояли в браке (42,7%). Обращает внимание высокий процент

пациентов (50,4%), у которых уровень образования и профессиональной подготовки не соответствует социальному положению. По данным анамнеза, семейное отягощение заболеваниями поджелудочной железы отмечалось в 49 (37,4%) случаях. На табакокурение и бытовое употребление этанолсодержащих веществ указали 87 (66,4%) пациентов, преимущественно мужчины (92,0%).

Большинство пациентов (113 чел. – 86,3%) перенесли в течение жизни (после 18 лет) тяжелые психоэмоциональные стрессы, связанные с профессионально-экономическими факторами (42,0%), неблагополучием в семейной жизни (30,5%), со смертью близких людей (13,7%). На протяжении года, предшествующего исследованию, большинство пациентов (99 чел. – 75,6%) обращались за медицинской помощью по поводу обострения рецидивирующего панкреатита от 2 до 11 раз (в среднем $3,5 \pm 0,3$ раза).

По результатам клиничко-психопатологических и психологических исследований у 74 (56,5%) пациентов с рецидивирующим панкреа-

титом 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).

Как видно из таблицы данных 1, среди пациентов с астено-невротическим синдромом преобладали мужчины (77,8%), а в группе с тревожно-депрессивным синдромом – женщины (93,5%). В возрастном аспекте отличалась группа пациентов с генерализованным тревожным расстройством, средний возраст которых составлял $52,7 \pm 2,0$ года. В этой же группе отмечалась высокая обращаемость за медицинской помощью по поводу основного заболевания в течение года ($6,3 \pm 0,63$).

Таблица 1

Отдельные демографические и клиничко-анамнестические характеристики пациентов с острым и хроническим панкреатитом и выявленными непсихотическими психическими расстройствами

Характеристика	Группы исследования				
	без психических расстройств (n=57)	астено-невротический синдром (n=18)	тревожно-депрессивный синдром (n=46)	генерализованное тревожное расстройство (n=10)	
Пол (абс., %)	мужской	28 (49,1%)	14 (77,8%)*	3 (6,5%)*	5 (50%)
	женский	29 (50,9%)	4 (22,2%)*	43 (93,5%)*	5 (50%)
Средний возраст (M±m)	38,9±1,7	37,4±2,2	42,1±1,9	52,7±2,0*	
Наличие психоэмоциональных стрессов в анамнезе (абс., %)	44 (77,2%)	15 (83,3%)	44 (95,7%)*	10 (100%)	
Наличие стрессов, связанных с неблагополучием в семейной жизни (абс., %)	13 (22,8%)	5 (27,8%)	22 (47,8%)*	1 (10%)	
Отягощенный семейный анамнез (абс., %)	18 (31,6%)	4 (22,2%)	20 (43,5%)	7 (70%)*	
Среднее количество обращений за медицинской помощью в течение года (M±m)	3,95±0,32	2,61±0,43*	3,70±0,40	6,30±0,63*	

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с группой пациентов без психических расстройств.

Средние показатели качества жизни у больных острым и хроническим рецидивирующим панкреатитом, оцененные с помощью опросника SF-36, представлены в таблице 2. При сравнении показателей было выявлено худшее качество жизни по всем шкалам опросника, кроме общего здоровья, у больных хроническим рецидивирующим

панкреатитом по сравнению с больными острым рецидивирующим панкреатитом ($p < 0,01$). Особенно низкие показатели при хроническом течении заболевания выявлены по шкалам ролевого физического функционирования (снижены в 2 раза), физическая боль (в 1,6 раза) и ролевого эмоционального функционирования (в 1,8 раза).

Средние показатели качества жизни (M±m) у больных острым и хроническим рецидивирующим панкреатитом по опроснику SF-36, в баллах

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

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.

Как видно из таблицы 3, у больных рецидивирующим панкреатитом с выявленными непсихотическими психическими расстройствами показатели КЖ по всем шкалам были сниженными, особенно по шкале РФФ (p<0,05). При этом наибольшие различия отмечены в группе пациентов

с тревожно-депрессивным синдромом. Средний балл по шкале РФФ составлял 48,9±6,1 (p<0,01 по сравнению с группой без психических расстройств), по шкале Б – 52,3±3,7 (p<0,05), по шкале СФ 57,1±3,4 (p<0,05).

Средние показатели качества жизни (M±m) у больных рецидивирующим панкреатитом в зависимости от выявленных непсихотических психических расстройств, в баллах

Шкалы опросника SF-36	Без психических расстройств (n=57)	С психическими расстройствами (n=74)
ФФ	87,3±2,1	86,1±2,0
РФФ	71,9±5,2	56,1±4,7*
Б	61,7±2,8	55,6±2,7
ОЗ	47,6±2,2	44,7±2,3
Ж	55,7±2,3	52,7±2,1
СФ	65,8±2,9	60,1±2,5
РЭФ	72,5±5,2	62,6±4,8
ПЗ	57,3±2,1	55,4±2,0

Примечание. * – p<0,05 по сравнению с группой без психических расстройств.

ВЫВОДЫ

1. По результатам клиничко-психопатологических и психологических исследований, у 56,5% пациентов с рецидивирующим панкреатитом выявлены клинические признаки непсихотических психических расстройств с доминирующими тревожно-депрессивными (35,1%) и астено-невротическими (13,8%) расстройствами.

2. Нарушения в психическом здоровье выявлены у 49,3% больных острым рецидивирующим панкреатитом и у 65,0% больных хроническим рецидивирующим панкреатитом.

3. При сравнении показателей качества жизни у пациентов с рецидивирующим панкреатитом было выявлено снижение по всем шкалам

опросника, кроме общего здоровья. Достоверно низкие показатели были обнаружены при хроническом течении заболевания, по шкалам ролевого физического функционирования (снижены в 2 раза), физической боли (в 1,6 раза) и ролевого эмоционального функционирования (в 1,8 раза).

4. Наряду с клинико-психопатологическими признаками непсихотических психических расстройств, исследование качества жизни у данных пациентов может служить диагностическим маркером и быть использовано при психокоррекционных мероприятиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г.Н. Алеева, М. Э. Гурылева, М.В. Журавлева // Рос.мед. журнал. – 2006. – № 2. – С. 1-4.
2. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов.-К.: Фирма Малий Друк, 2006. – 391 с.
3. Асанова А.А. Качество жизни, связанное со здоровьем больных депрессивными расстройствами / А.А. Асанова // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. – 2008. – № 2 (14). – С. 82-85.
4. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах / 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 / П.А. Вейман, А.И. Пальцев, М.В. Сипачева// Сб. материалов XIV науч.-практ. конф. врачей «Актуальные вопросы современной медицины». – Новосибирск, 2004. – С. 56-57.
6. Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий / О.П. Вертоградова, И.Л. Степанов, Н.М. Максимова [и др.] // Социальная и клинич. психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 5-10.
7. Краснов В.Н. Проблемы современной диагностики депрессии / В.Н. Краснов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т.112, №11. – С. 3-10.
8. Международная классификация болезней (10-пересмотр): клиническое описание и указания по диагностике / ВОЗ; [пер. на рус. яз.] под ред.

- Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – 2-е изд. – К.: Сфера, 2005. – 308с.
9. Comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics / S. Coons, S. Rao, D. Keininger, R.A. Hays. – Pharmacoeconomics. – 2000. – Vol. 17, N 1. – P. 13–35.
10. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy / A.C. Westphal-Guitti, N.B. Alonso, R.C.Migliorini [et al.]. Neurosci Nurs. – 2007. – Vol. 39, N 6. – P. 354-360.
11. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy / J. Pais-Ribeiro, A.M. da Silva, R.F. Meneses, C. Falco // Epilepsy Behav. – 2007. – Vol. 11, N 1. – P. 33-38.
12. Sullivan M.D. DSM-IV Pain Disorder: a case against the diagnosis/ M.D. Sullivan // Inter. Rev. Psychiatry. – 2000. – N 12. – P. 91-99.
13. Thase M.E. New directions in the treatment of atypical depression / M.E. Thase // J. Clin Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, N 12. – P. 1833-1836.
14. Verma S. Evaluating and treating comorbid pain and depression / S. Verma // Inter. Rev. Psychiatry. – 2000. – Vol. 12, Issue 2. – P. 103-105.
15. Weinstock L.M. Behavioral activation for the treatment of atypical depression: a pilot open trial / L.M. Weinstock, M.K. Munroe, I.W. Miller // Behav Modif. – 2011. - N35. - P.403-424.
16. Wittchen H.U. Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorder (MAD): clinical curiosity or pathophysiological need?/ h.u. WITTCHEM // Hum Psychopharmacol: Clin. Exp. – 2001. – Vol. 16. – P. S21-S30.

REFERENCES

1. Aleeva GN, Gurileva ME, Zhuravleva MV. [Criteria for quality of life in medicine and cardiology]. Russian Medical Zh. 2006;(2):1-4. Russian.
2. Antomonov M. [Mathematical processing and analysis of biomedical data] K.: "Firma Maliy Druk", 2006;381-91. Russian.
3. Asanova AA. [Quality of life, health-related patients with depressive disorders] Vesnik psikiatrii i psikhofarmakoterahii. 2008;2(14):82-85. Russian.
4. Gurovich IYa, Lyubov EB, Chapurin SA, Churilin YuYu, Enaliev IR. [The burden of depressive disorders in Russian psychiatric services]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova. 2010;110(3):77-82. Russian.

5. Veiman PA, Palcev MV, Sipacheva MV [Quality of life research in gastroenterology as an intelligent communication process]. Aktualnii voprosi sovremenoj medicine. 2004;14:56-57. Russian.
6. Vertogradova OP, Stepanov IL, Maksimova NM, Vaksman AV, Dikov SYu, Koshkin KA, Moiseycheva V, Tselishchev OV. [Clinical and pathogenetic aspects of the typology of depression]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. 2012;22(3):5-10. Russian.
7. Krasnov VN. [Problems of modern diagnosis of depression]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova. 2012;112(11):3-10. Russian.

8. Nuller YuL, Tsirkin SYu. Editors. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-peresmotr): klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike. 2nd ed. Kiev: Sfera; 2005. Ukraine.

9. Coons S, Rao S, Keininger D, Hays RA. Comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics. 2000;17:1:13-35.

10. Westphal-Guitti AC, Alonso NB, Migliorini RC, da Silva TI, Azevedo AM, Caboclo LO, Sakamoto AC, Yacubian EM. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy. 2007;39(6):354-60.

11. Pais-Ribeiro J, da Silva AM, Meneses RF, Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. Epilepsy Behav. 2007;11 (1):33-38.

12. Sullivan MD. DSM-IV Pain Disorder: a case against the diagnosis. International Review of Psychiatry. 2000;12:91-99.

13. Thase ME. New directions in the treatment of atypical depression. J Clin Psychiatr 2006;67(12):1833-6.

14. Verma S. Evaluating and treating comorbid pain and depression. International Review of Psychiatry. 2000;12(2):103-5.

15. Weinstock LM, Munroe MK, Miller IW. Behavioral activation for the treatment of atypical depression: a pilot open trial. Behav Modif. 2011;35(4):403-24.

16. Wittchen HU. Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorder (MAD): clinical curiosity or pathophysiological need? 2011;16:21-30.

Стаття надійшла до редакції
13.11.2014



УДК 616.24-002.5+616.25-002.3-089.81

І.В. Корпусенко

МІНІ-ІНВАЗИВНА ЕТАПНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДВОБІЧНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ, УСКЛАДНЕНИЙ ЕМПІЄМОЮ ПЛЕВРИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії № 2*

(зав.- д. мед. н., проф. О.Б. Кутувий)

вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна

SE "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"

Department of Surgery N 2

Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine

e-mail: korpus_i@hotmail.com

Ключові слова: двобічний туберкульоз легень, відеоасистована торакопластика, міні-доступ

Key words: bilateral pulmonary tuberculosis, pleural empyema, video-assisted thoracoscopy

Реферат. Мини-инвазивная этапная хирургическая тактика лечения больных с двусторонним туберкулезом легких, осложненным эмпиемой плевры. Корпусенко И.В. Цель работы – повышение эффективности хирургического лечения двустороннего деструктивного туберкулеза легких, осложненного эмпиемой плевры, путем использования VTS – технологий. В торакальном отделении Днепропетровского областного коммунального клинического лечебно-профилактического объединения "Фтизиатрия" в период с 2008 по 2013 годы проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни больных с двусторонним деструктивным туберкулезом легких, осложненным эмпиемой плевры с одной стороны и наличием в контрлатеральном легком очаговой диссеминации или ограниченного деструктивного процесса. Больные были разделены на 2 подгруппы: основную (18 больных, которым была выполнена трансстернальная окклюзия главного бронха, проводились видеоторакоскопические санации полости эмпиемы, через 30-45 дней выполнялась плевротомия с использованием мини-торакопии) и подгруппу сравнения (19 больных, которым было проведено дренирование полости эмпиемы, санация, в последующем через 45-60 дней выполнялась