

# МЕДИЦИНСКИЙ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК



ТОМ  
13

ISSN 1608-4101

# МЕДИЦИНСКИЙ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК 2013

МАТЕРИАЛЫ III РОССИЙСКОГО КОНГРЕССА

«МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ»  
23-24 ОКТЯБРЯ 2013 ГОДА

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ  
МЕДИЦИНСКИХ НАУК

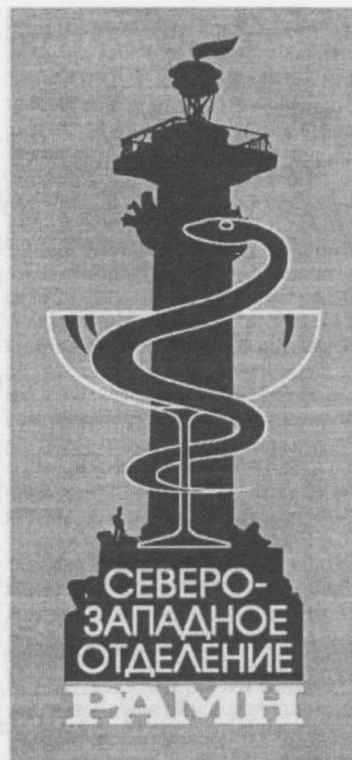
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ  
ЖУРНАЛ

Северо-Западное отделение Российской академии  
медицинских наук  
Научно-исследовательский институт эксперименталь-  
ной медицины СЗО РАМН  
Балтийский медицинский образовательный центр

**Главный редактор:**  
академик РАМН Г. А. Софронов

**Заместитель главного редактора:**  
академик РАМН Н. А. Беляков

**Ответственный секретарь:**  
доктор биологических наук А. В. Дмитриев



**Адрес:** 197022, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 71,  
Северо-Западное отделение Российской академии медицинских наук,  
Редколлегия журнала «Медицинский академический журнал»  
Тел.: (812) 407-83-32; факс: (812) 407-83-37

e-mail: [medicalacademicjournal@gmail.com](mailto:medicalacademicjournal@gmail.com); [infeklcijaids@gmail.com](mailto:infeklcijaids@gmail.com)

Журнал зарегистрирован Территориальным управлением  
по Санкт-Петербургу и Ленинградской области  
Министерства РФ по делам печати, телевидения и средств массовой коммуникации.  
Свидетельство о регистрации ПИ № 2-4952 от 17.01.2001 г.  
Свидетельство о регистрации ПИ № 2\_4952 от 17.01.2001 г.

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Э. К. Айламазян — академик РАМН, Санкт-Петербург  
С. Ф. Багненко — академик РАМН, Санкт-Петербург  
В. Б. Васильев — профессор, Санкт-Петербург  
В. Р. Вебер — член-корреспондент РАМН, Великий Новгород  
И. П. Дуданов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
Ю. Д. Игнатов — академик РАМН, Санкт-Петербург  
С. А. Кетлинский — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
Ю. В. Лобзин — академик РАМН, Санкт-Петербург  
В. И. Мазуров — академик РАМН, Санкт-Петербург  
Н. А. Майстренко — академик РАМН, Санкт-Петербург  
А. О. Марьяндышев — член-корреспондент РАМН, Архангельск  
А. С. Симбирцев — профессор, Санкт-Петербург  
А. Г. Софронов — профессор, Санкт-Петербург  
А. Н. Суворов — профессор, Санкт-Петербург  
А. А. Тотолян — академик РАМН, Санкт-Петербург  
Т. Н. Трофимова — профессор, Санкт-Петербург

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

А. Г. Баиндурашвили — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
В. Р. Баранов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
Б. В. Гайдар — академик РАМН, Санкт-Петербург  
А. М. Гранов — академик РАМН, Санкт-Петербург  
А. Я. Гриненко — академик РАМН, Санкт-Петербург  
А. Б. Жебрун — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
О. И. Киселев — академик РАМН, Санкт-Петербург  
Е. А. Корнева — академик РАМН, Санкт-Петербург  
С. В. Лобзин — профессор, Санкт-Петербург  
В. А. Медик — член-корреспондент РАМН, Великий Новгород  
М. М. Одинак — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
Л. В. Поташов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
Н. С. Сапронов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
А. А. Скоромец — академик РАМН, Санкт-Петербург  
П. И. Сидоров — академик РАМН, Архангельск  
С. А. Симбирцев — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
Р. М. Тихилов — профессор, Санкт-Петербург  
П. Д. Шабанов — профессор, Санкт-Петербург  
А. В. Шабров — академик РАМН, Санкт-Петербург  
Е. В. Шляхто — академик РАМН, Санкт-Петербург  
В. Х. Хавинсон — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург  
Н. А. Яицкий — академик РАМН, Санкт-Петербург  
Ю. К. Янов — член-корреспондент РАМН, Санкт-Петербург

## СОДЕРЖАНИЕ

## СТАТЬИ

- HELICOBACTER PYLORI И ОЖИРЕНИЕ**  
Барышникова Н. В., Балуква Е. В. .... 7
- ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ВАЗОРЕГУЛЯТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**  
Батрак Г. А., Мясоедова С. Е. .... 11
- СОСТОЯНИЕ ОБЩЕГО МЕТАБОЛИЗМА, МИКРОБИОТЫ И ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ КИШЕЧНИКА У КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ЛАКТОБАКТЕРИЙ НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДИСБИОЗА** ..... 15  
Громова Л. В., Борщев Ю. Ю., Шаронова В. И., Алексеева А. С., Ермоленко Е. И., Воейкова А. В., Елисеев А. В., Груздков А. А., Суворов А. Н. .... 15
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА МЕТОДОМ ПОЛИГЕПАТОГРАФИИ**  
Ермолов С. Ю., Добкес А. Л., Ермолова Т. В., Радченко В. Г., Манасян А. Г., Манасян С. Г., Шабров А. В. .... 23
- ДИСЛИПИДЕМИЯ — ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА?**  
Красильникова Е. И., Быстров А. А., Степанова В. Л., Ким М. В., Скорюкова С. А. .... 31
- ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**  
Мищук И. Ф., Балаева-Тихомирова О. М., Данченко Е. О., Сараев Ю. В., Степанова Н. А., Черенков А. А., Чиркин А. А. .... 36
- ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**  
Г. Е. Ройтберг, Т. И. Ушакова, Ж. В. Дорош, О. О. Шархун, Е. А. Трубино ..... 45
- КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**  
Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю. .... 52
- HELICOBACTER PYLORI AND OBESITY**  
Baryshnikova N. V., Balukova E. V. .... 7
- ATORVASTATIN'S INFLUENCE ON THE ENDOTELY VAZOREGULATORY FUNCTION AT PATIENTS WITH DIABETES 2 TYPES WITH THE VARIOUS DURATION OF THE DISEASE**
- STATUS OF TOTAL METABOLISM, MICROBIOTA, AND DIGESTIVE ENZYMES IN THE INTESTINE IN RATS AFTER ADMINISTRATION OF PROBIOTIC LACTOBACILLI UNDER CONDITIONS OF THE EXPERIMENTAL DYSBIOSIS**  
Gromova L. V., Borshchov Yu. Yu., Sharonova V. I., Alekseeva A. S., Ermolenko T. I., Voeikova A. V., Eliseev A. V., Gruzdkov A. A., Suvorov A. N. .... 15
- DETERMINING THE STAGE OF CHRONIC HEPATITIS BY POLIHEPATOGRAPHY**  
Ermolov S. Y., Dobkes A. L., Ermolova T. V., Radchenko V. G., Manasyan S., Shabrov A. .... 23
- DYSLIPIDEMIA — ESSENTIAL COMPONENT OF THE METABOLIC SYNDROME?**  
Krasilnikova E. I., Bystrov A. A., Stepanova V. L., Kim M. V., Skoryukova S. A. .... 31
- CHRONIC STRESS AND THE METABOLIC SYNDROME**  
Mishchuk I. F., Balayeva-Tikhomirova O. M., Danchenko E. O., Saraev Yu. V., Stepanova N. A., Cherenkov A. A., Chirkin A. A. .... 36
- PROSPECTS FOR THE USE OF A NEW METABOLIC INDEX OF INSULIN RESISTANCE IN CLINICAL PRACTICE**  
G. E. Roytberg, T. I. Ushakova, Zh. V. Dorosh, O. O. Sharkhun, E. A. Trubino ..... 45
- QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSAMATIC CHANGE AT PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS**  
Rusin V. I., Sirchak E. S., Kurchak N. Yu. .... 52

## ТЕЗИСЫ

- МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РАК: ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ, ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ**  
Берштейн Л. М. .... 60
- ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОЖИРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ** ..... 61  
Глазырина А. А., Щербакова М. Ю., Денисова С. Н. .... 61
- МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ — СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ** ..... 62  
Гончар Н. В. .... 62
- ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РАЗВИТИЕ САРКОПЕНИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**  
Горшунва Н. К., Медведев Н. В. .... 62
- КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА**  
Дербак М. А., Архий Э. И. .... 63
- СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНО-ГОНАДНОЙ ОСИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НЕОНАТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА**  
Деркач К. В., Мойсеюк И. В., Чистякова О. В., Шпаков А. О. .... 64
- ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОМОКРИПТИНОМ И ИНТРАНАЗАЛЬНЫМ СЕРОТОНИНОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У КРЫС С ЖИРОВОЙ МОДЕЛЬЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-го ТИПА**  
Деркач К. В., Чистякова О. В., Бондарева В. М., Шпаков А. О. .... 65
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**  
Дроганова А. С. .... 66
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА L-ОРНИТИН-L-АСПАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ**  
Ермолова Т. В., Ермолов С. Ю. .... 67
- КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**  
Зайцева М. А., Горбачёва И. А., Орехова Л. Ю., Иткина А. Л. .... 67
- РОЛЬ ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 В ФОРМИРОВАНИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ СТЕАТОГЕПАТИТА**  
Звенигородская Л. А., Нилова Т. В., Ткаченко Е. В., Петраков А. В., Варваница ..... 68
- ЗНАЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**  
Куришаков А. А., Валеева И. Х., Кузнецова Ю. И. .... 69
- РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА**  
Лепеева Н. А., Шишкин А. Н., Ермолаева Л. А., Шевелева М. А. .... 70
- ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПОЛИМОРФИДНЫХ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**  
Малоземова В. А., Михайлова О. В., Шабак-Спасский П. С., Кирсанов А. И. .... 71

коррекции // Кардиология. — 2001. — № 3. — С. 4–9.

3. Ройтберг Г. Е., Ушакова Т. И., Дорош Ж. В. Роль инсулинорезистентности в диагностике метаболического синдрома. // Кардиология. — 2004. — № 3. — С. 94–101.

4. Reaven G. M. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes. — 1988. — № 37. — P. 1595–1607.

5. Ройтберг Г. Е., Ушакова Т. И., Шархун О. О., Дорош Ж. В. Интегральный подход к диагностике метаболического синдрома в клинической практике // Кардиология. — 2012. — № 10. — С. 45–50.

6. Sheen A., Paquot N., Lefebvre P. How to measure insulin action in vivo // Diab. Met. Rev. — 1994. — № 10. — P. 151–188.

7. Алишева Е. К., Красильникова Е. И., Шляхто Е. В. Методы диагностики инсулинорезистентности // Артериальная гипертензия. — 2002. — № 1. — С. 29–34.

8. Bergman R., Finegood D., Ader M. Assessment of insulin sensitivity in vivo // Endocrine Rev. — 1985. — № 6. — P. 45–86.

9. Mari A. Assessment of insulin sensitivity with minimal model: role of model assump-

tions // Am. J. Physiol. — 1997. — № 272. — P. 925–934.

10. Borona E., Moghetti P., Zancanaro C., Cigolini M. et al. Estimates of in vivo insulin action in man: comparison of insulin tolerance tests with euglycemic and hyperglycemic clamp studies // J. Clin. Endocrinol Metab. — 1989. — № 68. — P. 374–378.

11. Alberti K. G., Zimmet P. Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation // Diabet. Med. — 1998. — Vol. 15. — P. 539–553.

12. Matthews D., Hosker J., Rudenski A. Homeostatis model assessment: insulin resistance and b-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man // Diabetologia. — 1985. — № 28. — P. 412–419.

13. Tripathy D., Carlsson M., Almgren P., Isomaa B. et al. Insulin secretion and insulin sensitivity in relation to glucose tolerance: lessons from the Botnia study // Diabetes. — 2000. — Vol. 49, № 6. — P. 975–980.

УДК 616.37-002

© Коллектив авторов, 2013

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Русин В. И., Сирчак Е. С., Курчак Н. Ю.*

*Ужгородский национальный университет, г. Ужгород, Украина*

## QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSOMATIC CHANGE AT PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

*Rusin V. I., Sirchak E. S., Kurchak N. Yu.*

*Uzhgorod national university, Uzhgorod, Ukraine*

*Контакт: Сирчак Е. С. szircsak\_heni@bigmir.net*

Представлены результаты обследования 25 больных с хроническим панкреатитом. Изучены показатели качества жизни, а также психосоматические изменения в группе наблюдения. Установлены снижение всех показателей качества жизни, а также выраженные проявления психосоматических нарушений у больных с хроническим панкреатитом по сравнению с показателями контрольной группы.

The results of inspection at 25 patients with chronic pancreatitis are presented. The indexes of quality of life, and also psychosomatic changes in the group of supervision are studied. Set the decline of all indexes of quality of life, and also expressed displays of psy-



chosomal violations at patients with chronic pancreatitis, as compared to the indexes of control group.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, качество жизни, психосоматические изменения.

**Key words:** chronic pancreatitis, quality of life, psychosomatic changes.

**Введение.** Метаболический синдром — это комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска развития многих соматических заболеваний, в том числе и патологических изменений в поджелудочной железе. Часто психосоматические изменения являются ключевым звеном в развитии метаболического синдрома. С другой стороны, нарушения функции нервной системы могут возникнуть при заболеваниях поджелудочной железы. В патогенезе неврологических нарушений основную роль играет избыток протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина, липазы, амилазы), которые попадают в кровь вследствие имеющейся дисфункции ферментов поджелудочной железы. Это приводит к нарушению водно-электролитного баланса, углеводного обмена, а затем к отеку головного мозга, дисциркуляторным нарушениям и дистрофическим изменениям ткани мозга. Выявляется зависимость между характером неврологических нарушений и формой заболевания поджелудочной железы. При хроническом панкреатите возникает неврастенический синдром и синдром хронической панкреатической энцефалопатии; острый панкреатит предопределяет возникновение острой панкреатической энцефалопатии, хотя нозологическая самостоятельность ее остается предметом дискуссий [1, 2].

Таким образом, изучение психосоматических изменений, а также показателей качества жизни при хронических заболеваниях поджелудочной железы приобретает особое значение в связи со сложностью клинической картины, недостатком специальных методов оценки течения и прогрессирования изучаемых состояний.

J. R. Elkkinton определяет качество жизни как гармонию внутри человека и между человеком и окружающей средой, к которой стремятся пациенты, врач и все общество [3].

ВОЗ дает несколько другое определение качества жизни (1999): «Качество жизни — это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются». Из этого определения выходит, что суть качества жизни (КЖ) имеет преимущественно социально-психологическую природу. При этом суть «качества» заключается в оценке человеком собственной удовлетворенности разными аспектами своей жизни, которые связаны с уровнем его запросов [4, 5].

По мнению другой группы экспертов ВОЗ: «Качество жизни — это индивидуальное соотношение целей человека в обществе, его планов и возможностей с положением индивидуума в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества». Данное определение носит более урбанизированный и социальный характер понятия качества жизни. Исследовательская группа ВОЗ предложила рассматривать вопрос эффективности и качества медицинской помощи с учетом трех основных критериев: адекватности, экономичности, научно-технического уровня. При этом под адекватностью медицинской помощи понимают необходимость достижения приемлемого для больного «качества жизни» [4, 5].

Болезнь, как стрессовая ситуация в жизни пациента, активизирует систему значимых отношений, высших регуляторных механизмов, которые оказываются в условиях болезни и лечения, с одной стороны, в характерных способах восприятия переживаний и оценок, а с другой стороны — в особенностях приспособительного поведения. Знание и учет этих механизмов реагирования на болезнь и терапию могут повысить эффективность последней, способствовать выбору наиболее точно направленных способов лечебного влияния.

Методы изучения КЖ основываются на определении пациентом уровня своего благополучия в физических, психических, социальных и экономических отношениях. Все эти компоненты могут быть проанализированы отдельно или в целом с помощью разных анкет, тестов, шкал, индексов. В настоящее время существует ряд опросников (шкал), которые состоят из определенного перечня категорий или параметров и включают заданное количество вопросов. Оценка осуществляется за полярными шкалами или каждый ответ выражается в баллах. При этом параметр может отображать определенную сторону жизни пациента. Существующие опросники могут быть разделены на неспецифические (общего типа), т. е. используемые независимо от нозологической формы, и специфические (для лиц с определенным заболеванием).

В медицинской практике широко используется опросник MOS 36-item Short-form Health Survey (MOS SF-36), разработанный J. E. Ware в 1992 г. (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США) для обобщения минимальных психометрических стандартов, необходимых для групповых сравнений. При этом опросник должен был определить общее здоровье, т. е. те составляющие здоровья, которые не являются специфическими для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения. Его методика предназначена для изучения всех компонентов КЖ. Для создания этого опросника исследователями MOS из 40 концепций здоровья были отобраны только 8, поскольку их изучение показало, что они чаще всего используются на практике в популяционных исследованиях и чаще всего изменяются под воздействием заболевания и лечения. Анализ этих 8 концепций показал, что именно они являются составными характеристиками здоровья, которые включают функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, позитивные и негативные самооценки общего состояния здоровья. «Экспериментальная» версия опросника была создана в 1988 г., а в 1990 г. была создана «стандартная» форма опросника. «Стандартная» форма содержит более четвертой

части от всех слов, которые содержатся в MOS версии опросника SF-36, и являются усовершенствованными по формату и оценке по шкальной системе [3].

**Цель работы:** оценить качество жизни и изучить психосоматические изменения у больных с хроническим панкреатитом (ХП).

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 25 больных с ХП, которые лечились в гастроэнтерологическом отделении и хирургической клинике ЗОКБ им. А. Новака г. Ужгорода.

Среди обследованных больных с ХП мужчин было 4 (16%), возрастом  $45,5 \pm 2,0$  лет, женщин — 21 (84%), возраст  $40,1 \pm 3,7$  года. Контрольную группу составили 20 фактически здоровых лиц в возрасте от 20 до 63 лет, средний возраст  $40,1 \pm 4,6$  года.

Диагноз обострения ХП выставлялся с учетом жалоб, анамнестических, лабораторных (биохимический анализ крови, копрологическое исследование) и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование органов брюшной полости, аппарат Philips HDI-1500).

Среди больных с ХП (в первые два дня после поступления в стационар) и добровольцев из группы контроля проводилась общая оценка КЖ с помощью опросника SF-36, пункты которого сгруппированы в восемь шкал [3, 6].

1. Физическое функционирование (Physical Functioning — PF).

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP).

3. Интенсивность боли (Bodily Pain — BP).

4. Общее состояние здоровья (General Health — GH).

5. Жизненная активность (Vitality — VT).

6. Социальное функционирование (Social Functioning — SF).

7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE).

8. Психическое здоровье (Mental Health — MH).

Физическое функционирование (PF) отображает степень при которой со-

стояние здоровья позволяет выполнять физические нагрузки. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), показывает влияние физического состояния на выполнение повседневных (ролевых) обязанностей. Шкала интенсивности боли (BP) отображает влияние боли на повседневную активность пациента. Общее состояние здоровья (GH) выражает представление больного о собственном здоровье в данный момент. Жизненная активность (VT) имеет в виду субъективное ощущение пациентом себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Социальное функционирование (SF) определяется степенью, при которой физическое или

эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), допускает оценку степени, при которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Психическое здоровье (MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий уровень позитивных эмоций. Показатели каждой шкалы оценивались в баллах от 0 до 100: высшая оценка указывала на высший уровень КЖ. Все вышеперечисленные шкалы формировали два показателя: физический (1–4-я шкалы) и психический (5–8-я шкалы) компоненты здоровья.

Таблица 1

Методика расчета основных показателей качества жизни

Показатель (шкала)	Вопросы	Минимальное и максимальное значение	Возможный диапазон значений
1. Физическое функционирование (PF)	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к	10–30	20
2. Рольное (физическое) функционирование (RP)	4а, 4б, 4в, 4г	4–8	4
3. Интенсивность боли (BP)	7, 8	2–12	10
4. Общее состояние здоровья (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г	5–25	20
5. Жизненная активность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и	4–24	20
6. Социальное функционирование (SF)	6, 10	2–10	8
7. Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в	3–6	3
8. Психическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з	5–30	25

Психосоматические изменения у больных с ХП изучали с помощью следующих тестов.

**1. Шкала реактивной и личностной тревожности Ch. D. Spielberg (1972)** предназначена для идентификации тревоги как состояния и тревожности как черты, свойства личности. Модифицированная, адаптированная и стандартизированная шкала Ю. Л. Ханина (1976). Установленные ориентировочные нормативы: низкий уровень тревоги 20–30 баллов, средний уровень тревоги 31–45 баллов, высокий уровень — 46 баллов и выше. По мнению авторов, методика представляет интерес для обследования больных с тревожными, депрессивными и тревожно-депрессивными состояниями разного генеза.

**2. Шкала депрессии Бека (BDI).** Опросник состоит из 21 группы утверждений.

Больным предлагают прочитать внимательно и обвести кружком номер (0, 1, 2 или 3) утверждения, которое наилучшим образом отображают их самочувствие в течение последней недели, включая сегодняшний день. Позволяет охарактеризовать эмоциональную сферу пациентов.

**3. Методика определения уровня депрессии, разработанная V. Zung (1965).** Используется для выявления и количественной оценки выраженности депрессивных расстройств при различных соматических заболеваниях. Нормативные показатели шкалы у здоровых лиц составляют менее 50 баллов, 50–59 баллов характеризуют наличие минимальной легкой депрессии, 60–69 баллов — наличие умеренной депрессии, 70 и более баллов указывают на тяжелую, выраженную депрессию.



**4. Торонтская алекситимическая шкала** предназначена для оценки трех основных качеств алекситимии:

- трудности в определении и описании собственных переживаний;
- сложность в проведении расхождений между чувствами и телесными ощущениями;
- сфокусированность в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 баллов и выше, «неалекситимический» — 62 балла и ниже.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием методов описательной статистики, рассчитанных с помощью программы Statsoft Statistica v. 6.0.

**Результаты исследований.** После проведения клинико-лабораторных обследований у всех больных верифицировали диагноз «хронический панкреатит». Из анамнеза установили, что больные не злоупотребляли алкоголем. ХП формировался на фоне билиарной патологии (у всех пациентов группы обследования была выполнена холецистэктомия, в среднем  $7,21 \pm 2,16$  лет тому назад). При физикальном обследовании диагностировали алиментарное ожирение I–II степени у всех обследованных больных группы наблюдения.

При исследовании КЖ получены данные, свидетельствующие о достоверном его снижении у больных с ХП ( $p < 0,05$ ) по сравнению со здоровыми людьми по всем шка-

лам опросника SF-36 (табл. 2). Обнаружили низкие средние показатели физического функционирования (PF) —  $71 \pm 3,2$  балла в группе больных с ХП по сравнению с контрольной группой —  $88 \pm 3,6$  балла, ролевого физического функционирования (RP) —  $48 \pm 3,7$  балла по сравнению с контрольной группой —  $84 \pm 1,4$  балла ( $p < 0,05$ ), шкалы интенсивности боли (BP) —  $51 \pm 3,2$  балла по сравнению с контрольной группой —  $85 \pm 1,9$  балла ( $p < 0,05$ ), общего состояния здоровья (GH) —  $58 \pm 2,4$  балла по сравнению с контрольной группой —  $82 \pm 2,4$  балла ( $p < 0,05$ ), жизненной активности (VT) —  $42 \pm 1,4$  балла по сравнению с контрольной группой —  $78 \pm 1,9$  балла ( $p < 0,05$ ), социального функционирования (SF) —  $62 \pm 3,6$  балла по сравнению с контрольной группой —  $75 \pm 1,6$  балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) —  $44 \pm 2,7$  балла по сравнению с контрольной группой —  $68 \pm 2,5$  балла, психического здоровья (MH) —  $50 \pm 1,9$  балла по сравнению с контрольной группой —  $74 \pm 2,4$  балла ( $p < 0,01$ ).

Интегрированные показатели физического и психического компонентов здоровья у больных с ХП по сравнению с показателями контрольной группы также были достоверно понижены. Следовательно, средние значения интегрированного показателя физического компонента здоровья (PH) у больных с ХП составляли  $58 \pm 2,9$  балла в сравнении с  $86 \pm 2,5$  балла у контрольной группы ( $p < 0,05$ ), а психического компонента здоровья (MH) —  $51 \pm 1,7$  балла по сравнению с  $75 \pm 2,0$  балла у контрольной группы ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Таблица 2

*Показатели качества жизни у больных с ХП и контрольной группы*

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Больные с ХП (n=25)
PF	$88 \pm 3,6$	$71 \pm 3,2$
RP	$84 \pm 1,4$	$48 \pm 3,7$ *
BP	$85 \pm 1,9$	$51 \pm 3,2$ *
GH	$82 \pm 2,4$	$58 \pm 2,4$ *
VT	$78 \pm 1,9$	$42 \pm 1,4$ *
SF	$75 \pm 1,6$	$62 \pm 3,6$
RE	$68 \pm 2,5$	$44 \pm 2,7$
MH	$74 \pm 2,4$	$50 \pm 1,9$
PH	$86 \pm 2,5$	$58 \pm 2,9$ *
MHI	$75 \pm 2,0$	$51 \pm 1,7$ *

Различия между показателями у больных с ХП и контрольной группы достоверны: \*  $p < 0,05$ .

Психосоматические изменения исследовали у больных с ХП с помощью следующих тестов: шкалы самооценки (Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина), шкалы депрессии Бяка (BDI), торонтской алекситимичной шкалы, методики дифференциальной диагностики депрессионных состояний ЗУНГ.

Шкала самооценки Ч. Д. Спилберга и Ю. Л. Ханина показала умеренную ситуационную (69,0%) и личную тревожность (31,0%) у обследованных пациентов. По нашему мнению, это связано с тем, что больные были смущены пребыванием в больнице, своим состоянием здоровья (рис. 1).

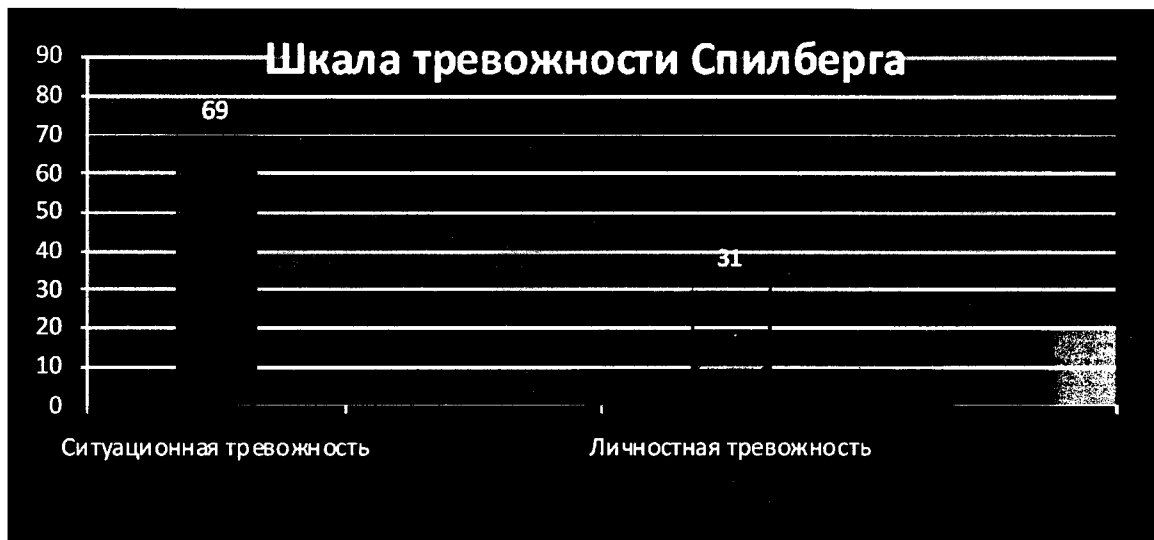


Рис. 1. Результаты шкалы тревожности Спилберга (%) у больных с ХП

При исследовании эмоциональной сферы за результатами BDI обнаружили преимущественно наличие умеренной (30,0%) и тяжелой депрессии (24,0%) у больных с ХП. Получено большинство ответов на вопросы, которые характеризуют соматические проявления депрессии (№ № 16, 18, 19) (рис. 2).

У пациентов с ХП более выражен уровень депрессии (по сравнению с соматическими жалобами); уровень вегетативной лабильности; уровень алекситимии; уровень тревожности (причем все эти показатели намного выше у женщин, чем у мужчин). Результаты представлены на рис. 3 и 4.

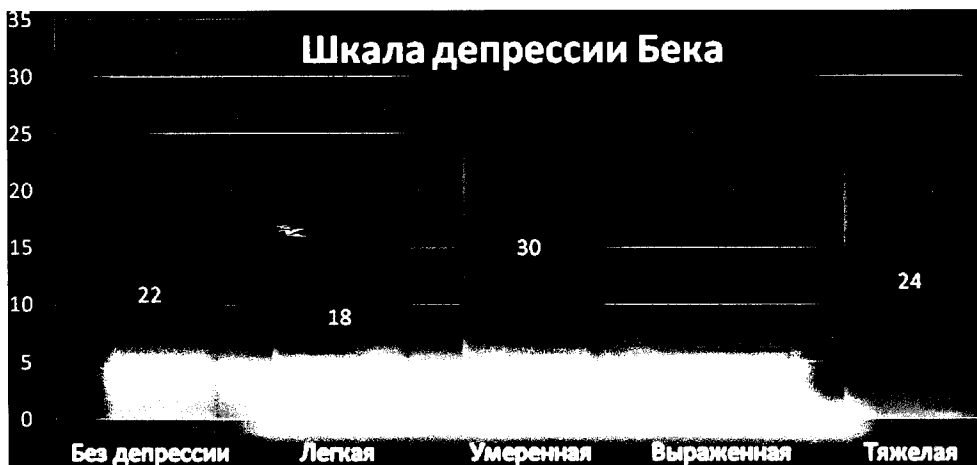


Рис. 2. Результаты шкалы депрессии Бека (%) у больных с ХП

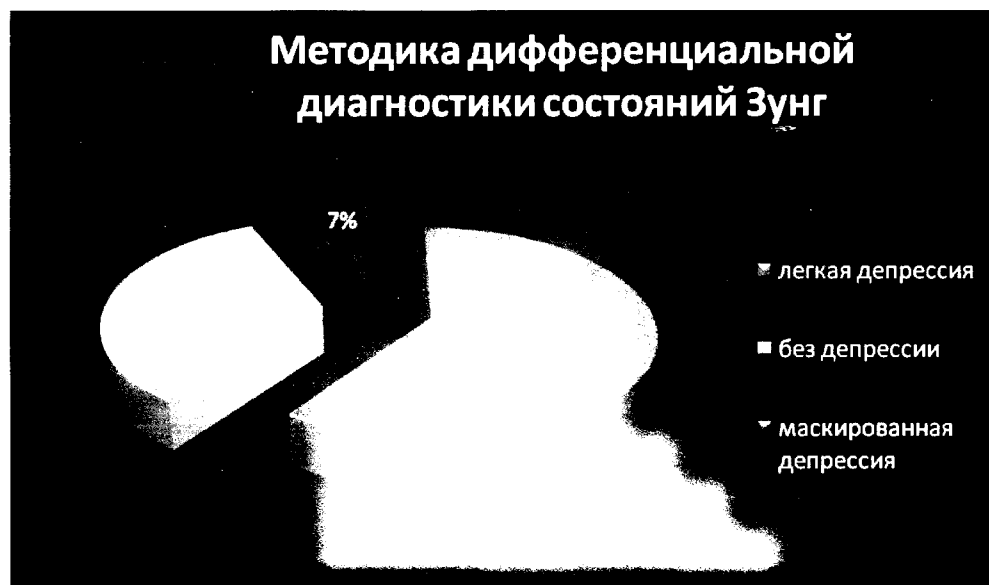


Рис. 3. Результаты методики дифференциальной диагностики состояний Зунг (%) у больных с ХП

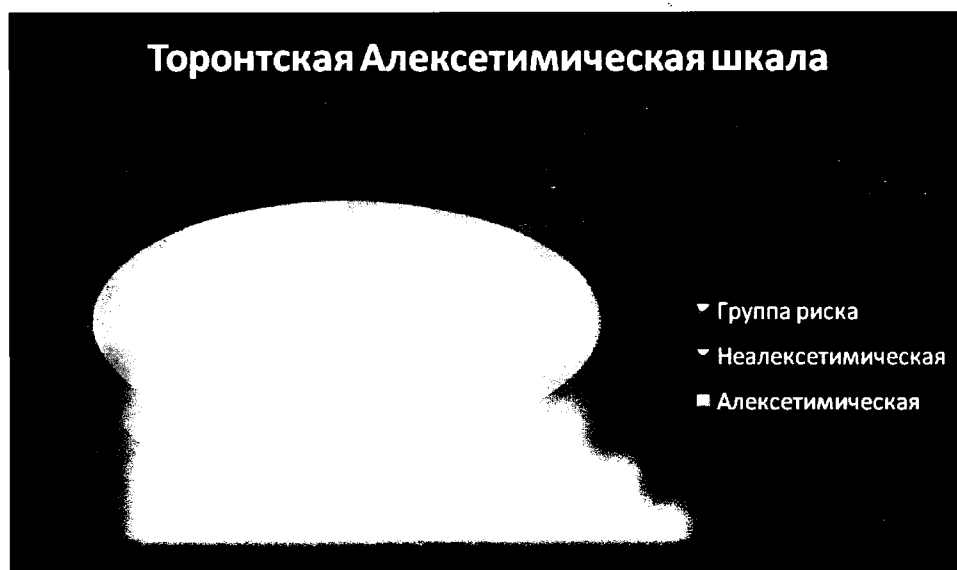


Рис. 4. Результаты Торонтской Алексетимической шкалы (%) у больных с ХП

Таким образом, у больных на ХП наблюдаются достоверно низкие показатели КЖ и психоэмоционального состояния по сравнению со здоровыми людьми. Полученные результаты свидетельствуют, что физическое и эмоциональное состояние у больных с ХП значительно ограничивают объем выполнения повседневной работы и социально значимой активности. Пациенты с ХП склонны чувствовать себя болезненными, обессиленными, склонными к депрессии, тревоге и переживанию других негативных эмоций в достоверно большей

степени, чем здоровые люди, а также негативно оценивать перспективы собственного лечения. Коррекция психосоматических нарушений должна быть обязательным компонентом комплексной терапии больных с ХП.

#### Выводы.

1. У больных с ХП наблюдается снижение всех компонентов качества жизни.
2. У больных с ХП выявлены психосоматические изменения, что проявляется повышенной вегетативной лабильностью, склонностью к депрессии, тревожности.

**Литература**

1. *Niranjan B.* Symptomatic outcome after laparoscopic cholecystectomy / B. Niranjan et al. // *Trop. Gastroenterol.* — 2000. — Vol. 21. — P. 144–148.
2. *Беспалов А. Ю.* Нейропсихофармакология антагонистов NMDA-рецепторов / А. Ю. Беспалов. — СПб.: Невский диалект, 2000.
3. *Elkkinton J. R.* Medicine and the quality of life / J. R. Elkkinton // *Annals of Internal Medicine.* — 1966. — Vol. 64. — P. 711–714.
4. *Соловьёв А. Г.* Оценка качества жизни больных хроническим алкоголизмом / А. Г. Соловьёв, П. И. Сидоров, И. А. Кирпич // *Независимый психиатрический журнал* — 2000. — № 3. — С. 37–42.
5. *Scott D. L.* Quality of life measures: use and abuse / D. L. Scott, T. Garrod // *Pract. Res. Clin. Rheumatol.* — 2000. — Vol. 14, № 4. — P. 663–687.
6. *Новик А. А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС: Звездный мир, 2002. — 320 с.