

7. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем и заболеваний кожи. МЗ РФ, ГУ ЦНИКВИ МЗ РФ. - 2001. - 45с.
8. Об утверждении протокола ведения больных «Сифилис». Приказ МЗ РФ от 25.07.2003 г. № 327
9. О совершенствовании контроля за заболеваниями, передающиеся половым путем: Приказ МЗ РФ от 07.12.1993г. № 286. - М., 1993г.
10. О совершенствовании серологической диагностики сифилиса // Приказ МЗ РФ от 26.03.2001г. № 87. - М., 2001.
11. Петров, Р.В. Оценка иммунного статуса человека при массовых обследованиях // Методические рекомендации для научных работников и врачей практического здравоохранения (разработаны сотрудниками Института иммунологии МЗ России) / Р.В.Петров, Р.М.Хаитов, Б.В.Пинегин [и др.] // Иммунология. - 1992. - № 6. - С. 51-52.
12. Скрипкин, Ю.К.,. Уровень иммунокомпетентных клеток у социально дезадаптированных больных сифилисом / Ю.К.Скрипкин, А.В.Резайкина, В.П.Бухова, И.А.Усовецкий // Вестник дерматологии и венерологии, 3-1999, стр. 5-7.
13. Фаст, М.В. Иммунокорригирующая терапия в лечении сифилитической инфекции/ М.В. Фаст // Медицинские иммунобиологические препараты в XXI веке: разработка, производство и применение. - Уфа. - 2005. - С. 157-158.
14. Хаитов, Р.М. Экологическая иммунология. / Р.М.Хаитов, Пинегин Б.В., Истамов Х.И. / М: ВНИРО, 1995.-220с.
15. Radolf J. D. Treponema pallidum and the quest for outer membrane proteins// Mol. Microbiol. - 1995 jun. - vol. 16, N. 6. - p. 1067-1073

УДК: 619.9:616.36.361.366-002:616-08-039.71:616.89

© М.А. Никулина, А.А. Никоноров, В.Г. Лычев, В.М. Гранитов, И.Е. Бабушкин, В.В. Шевченко, 2010

М.А. Никулина¹, А.А. Никоноров², В.Г. Лычев¹,
В.М. Гранитов¹, И.Е. Бабушкин¹, В.В. Шевченко¹
**ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ
НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ
И ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С**

¹ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», г. Барнаул,

²ГОУ ВПО «Оренбургская медицинская академия Росздрава», г. Оренбург

Психосоматический статус (ПС) больных острыми (ОВГ) и хроническими (ХВГ) вирусными гепатитами В и С, определяемый с помощью методики многостороннего исследования личности, опросника Кеттелла, шкалы тревожности Спилбергера-Ханина и шкалы депрессии Зунга, характеризуется наличием ипохондрического синдрома, аутизации, высокой тревожности, депрессивных расстройств, наиболее выраженных при ХВГ. Установлены различия ПС от пола, возраста. Выявлена взаимосвязь выраженности уровня тревожности и депрессивных расстройств с тяжестью состояния больных и длительностью течения болезни, что обосновывает необходимость определения ПС и применения психокоррекционных мероприятий в комплексном лечении больных ОВГ и ХВГ.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, хронический гепатит, стресс, тревожность, депрессия, психологический статус.

М.А. Nikulina, A.A. Nikonorov, V.G. Lichov,
V.M. Granitov, I.E. Babushkin, V.V. Shevchenko
**THE INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PERSON
ON DEPRESSION FORMATION ON PATIENT WITH ACUTE
AND CHRONIC HEPATITIS TYPE B AND C**

Psychosomatic status (PS) of patient with acute (AVH) and chronic (HVH) viral hepatitis type B and C, assignable by MMIL, Cattell test, Spielberger-Khanin scale of personal anxiety, Zung scale, is characterized by the presence of hypochondriac syndrome, autism, high anxiety, depression disorders, most evident (expressed) in HVH patients. The PS difference of sex, age has been established. The intensity correlation of anxiety level and depression disorders with the patients severity and the length of clinical course has been detected which give proof of necessity identification of PS and Psychocorrectional measures in complex treatment of AVH and HVH patients.

Key words: viral hepatitis, chronic hepatitis, stress, anxiety, depression, psychological status.

На современном этапе развития общества вирусные гепатиты являются серьезной медицинской и социальной проблемой. В РФ в последние годы наблюдается тенденция

роста числа больных хроническими формами гепатитов В и С, неуклонное увеличение лиц, у которых вирусный гепатит имеет смешанную этиологию, преимущественное вовлечение в эпидпроцесс наиболее трудоспособной части населения – лиц 15 – 29 лет [7]. Стандартом современного лечения вирусных гепатитов является комбинированное применение противовирусных препаратов, зачастую, осложняющее развитие депрессивных состояний и, как следствие, необходимо преждевременно прекращать лечение [16, 17]. Показано, что распространенность депрессий среди больных хроническими вирусными гепатитами составляет от 30 до 60% [1, 3, 14]. При этом существуют значительные расхождения литературных данных, как по частоте возникновения, так и значимости тех или иных факторов риска психопатологических состояний у больных острыми и хроническими вирусными гепатитами. Несомненно, психологические особенности больного, определяющие его реакцию на стресс, являющийся следствием психогенного влияния соматического заболевания, могут составить основу формирования депрессий. При этом нельзя не учитывать и влияние соматического заболевания на характерологические черты личности больного.

В связи с этим целью настоящей работы явилось выявление основных особенностей психологического статуса больных острыми и хроническими вирусными гепатитами В и С и его взаимосвязи с формированием депрессивных состояний.

Материал и методы

В группу исследования методом сплошной выборки включены 156 больных острыми вирусными гепатитами (ОВГ) (80 женщин, 76 мужчин) и 168 больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) (83 женщины, 85 мужчин), проходивших лечение на базе МУЗ «Городская больница № 5» г. Барнаула. Средний возраст больных ОВГ составил $25,70 \pm 0,63$ года, ХВГ – $28,69 \pm 0,86$ года. Контрольную группу составили 298 здоровых лиц, рандомизированных по полу, возрасту, уровню образования. Все группы были сопоставимы по полу и сформированы по принципу случайной выборки. Критерии исключения из исследования: алкогольная или наркотическая зависимость; наличие эндогенных психических заболеваний и тяжелых органических поражений головного мозга; наличие сопутствующей соматической патологии в стадии декомпенсации; прием психотропных фарма-

кологических препаратов; онкологическая патология.

Клиническая верификация ОВГ и ХВГ проводилась в соответствии с МКБ-10 с выделением следующих форм: острый вирусный гепатит В – раздел В16.9 (73,1%); острый вирусный гепатит С – В17.1 (26,9%); хронический вирусный гепатит В – В18.0 (23,7%); хронический вирусный гепатит С – В18.2 (76,3%). Диагноз вирусного гепатита был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтвержден методами ИФА, иммуноблотинга и ПЦР: гепатит В - HBsAg, anti-HBsAg, HBeAg, anti-HBeAg, anti-HBc (IgM, IgG), HBV DNA; гепатит С - anti-HCV, HCV RNA (качественный, при необходимости количественный тест), генотип HCV. Всем пациентам проводили лечение согласно стандартам медицинской помощи больным вирусными гепатитами.

Психологический статус больных оценивали с помощью стандартизированных методик: психологический профиль - «Методика многостороннего исследования личности» (ММИЛ) [2], выраженность личностных черт - 16-факторный личностный опросник Кеттелла (16-ФЛО, форма А) [13]. Аффективные расстройства оценивали по шкалам реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина и по самооценочной шкале депрессии Зунга [9, 12]. Исследование проводили в динамике (при поступлении и при выписке из стационара). Учитывая, что при интерферонотерапии как осложнение могут развиваться расстройства депрессивного характера, в исследование были включены пациенты, не получавшие противовирусную терапию.

Статистический анализ результатов исследования выполнен с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft Inc.). Применялись непараметрические методы: оценка значимости различий количественных переменных в двух связанных выборках по критерию Вилкоксона, оценка значимости различий количественных переменных в двух независимых выборках по U-критерию Манна-Уитни, сравнение нескольких групп с использованием рангового анализа вариаций по Краскелу-Уоллису, сравнение переменных, представленных в виде частот с использованием критерия МакНемара χ^2 (для связанных выборок), и двустороннего точного критерия Фишера (для независимых выборок), корреляционный анализ путем вычисления коэффициента корреляции Spearman и Kendall Tau [8].

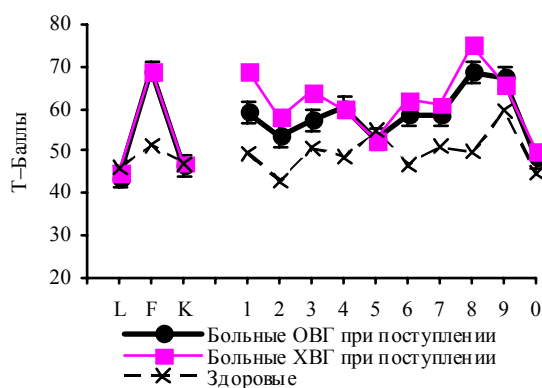


Рис. 1. Усредненный профиль личности пациентов ОВГ (n=156) и ХВГ (n=168) и в группе контроля (n=298)

Результаты и обсуждение

При сравнительном анализе значений профиля личности (ММИЛ) выявлено, что у больных острыми и хроническими вирусными гепатитами показатели большинства клинических шкал были существенно выше аналогичных в контрольной группе (рис.1). При этом у больных ОВГ при поступлении в стационар наибольшие отклонения отмечены по 8-й (аутизация) и 9-й (активность) шкалам теста. Поскольку при этом наблюдается «уход» из окружающей среды во внутренний мир с формированием дистанцированности, отчужденности, наличие повышенной активности, легкости переключения внимания, то это существенно затрудняет общение больного с врачом, проведение лечебных мероприятий. В период реконвалесценции повышение по шкалам 8-й и 9-й сохранялось. Умеренное повышение по 1-й и 4-й шкалам у пациентов с ОВГ характеризует наличие тревоги за свое соматическое состояние, при этом соматические жалобы могут использоваться для оказания давления на окружающих, в частности на врачей и родственников, с целью получения преимуществ перед другими. Такие жалобы отличались постоянством и были резистентны к терапевтическому воздействию. Этим можно объяснить сохраняющиеся слабость, недомогание у половины больных к периоду выписки из стационара.

Важно отметить выявленные у больных ОВГ различия индивидуального реагирования в зависимости от пола. Так, у женщин пик профиля по 9-й шкале ($68,24 \pm 1,23$ Т-балла) и умеренное повышение 1-й шкалы характеризует стенический тип реагирования, с преобладанием возбудимых черт: чрезмерная активность, тревожность, раздражительность и недостаточная сдержанность. При этом само заболевание воспринимается пациентками как угрожающее и здоровью, и личностно—

социальному статусу. В период реконвалесценции отмечено статистически значимое снижение по другим шкалам профиля с сохранением пика по 9-й шкале ($65,21 \pm 1,21$ Т-балла), характеризующее уменьшение раздражительности, тревоги, беспокойства за состояние своего физического здоровья на фоне повышения активности, позитивной самооценки перспективы и высокой мотивации к восстановлению своего здоровья. У мужчин определялся индивидуалистический тип реагирования (пик профиля по 8-й шкале — $77,83 \pm 3,41$ Т-балла) - состояние растерянности, отчужденности, тенденции к уходу во внутренний мир и к соблюдению «психологической дистанции» между собой и окружением. Важно отметить, что к моменту выписки из стационара у мужчин не наблюдалось нормализации показателей шкал ММИЛ, что характеризует значительное вовлечение их в болезненные переживания, связанные с осознанием вероятности стать источником заражения, необходимостью изменения образа жизни в связи с болезнью.

Усредненный профиль личности ММИЛ у пациентов ХВГ (рис.1) проявлялся преобладанием 1-й и 8-й клинических шкал теста, причем показатель 8-й шкалы превышал 70 Т-баллов. Поскольку 1-я шкала характеризует повышенное внимание к состоянию своего физического здоровья (соматизация тревоги), это проявляется неверием в эффективность проводимой терапии, а преобладание пика 8-й шкалы способствует еще большему формированию аффективно насыщенных и трудно корригируемых концепций, связанных с состоянием физического здоровья. Важно отметить, что в динамике проводимого лечения статистически значимых изменений значений шкал ММИЛ у больных ХВГ не выявлено, что указывает на устойчивость выявленных нарушений психологического статуса даже на фоне объективного улучшения их соматического состояния. При этом мужчины и женщины имели схожий тип личностного реагирования — «смешанный», характеризующийся преобладанием по 1, 3, 6, 8 и 9-й шкалам теста, указывающим на наличие внутренней отгороженности от окружающего мира, не смотря на внешнюю активность, ориентирование на внутренние критерии, тенденцию к соматизации тревоги, раздражительность.

При проведении корреляционного анализа установлена взаимосвязь возраста больных ОВГ и ХВГ с уровнем социальной активности (9-я шкала; $r = -0,35$; $p < 0,05$). У больных

ОВГ интенсивности астено-вегетативного синдрома (слабость, утомляемость) с выраженностью ипохондрических проявлений (1-я шкала; $r=0,34$, $p<0,01$) и эмоциональной нестабильности (3-я шкала; $r=0,30$, $p<0,05$), в то время как у больных ХВГ таково не прослеживается.

Анализ профиля личности больных ХВГ показал, что у 76 больных (45,2%) уровень 1-й шкалы превышал средне - нормальные показатели методики (>70 Т-баллов), что является свидетельством чрезмерного внимания этих пациентов к состоянию своего физического здоровья и акцентуации эмоциональной значимости соматических ощущений (ипохондрический синдром - ИП). На усред-

ненном профиле личности у этих пациентов наблюдается одновременное повышение по 1-й шкале ($82,8\pm 1,16$) и еще большее по 8-й шкале ($90,3\pm 4,29$) с умеренным повышением 2- ($65,2\pm 1,52$), 3- ($72,5\pm 1,06$), 4- ($63,1\pm 1,53$) и 6- ($69,3\pm 2,23$), 7-й ($68,5\pm 1,58$) шкал методики. Указанное соотношение шкал указывает на наличие устойчивого, трудно корригируемого, негативно окрашенного отношения к своему заболеванию. При этом у пациентов с уровнем 1-й шкалы ММИЛ, не превышающим средне - нормативные показатели методики (<70 Т-баллов), профиль личности совпадал с профилем здоровых людей, что позволило выделить две достоверно разные группы по профилю личности (рис. 2).

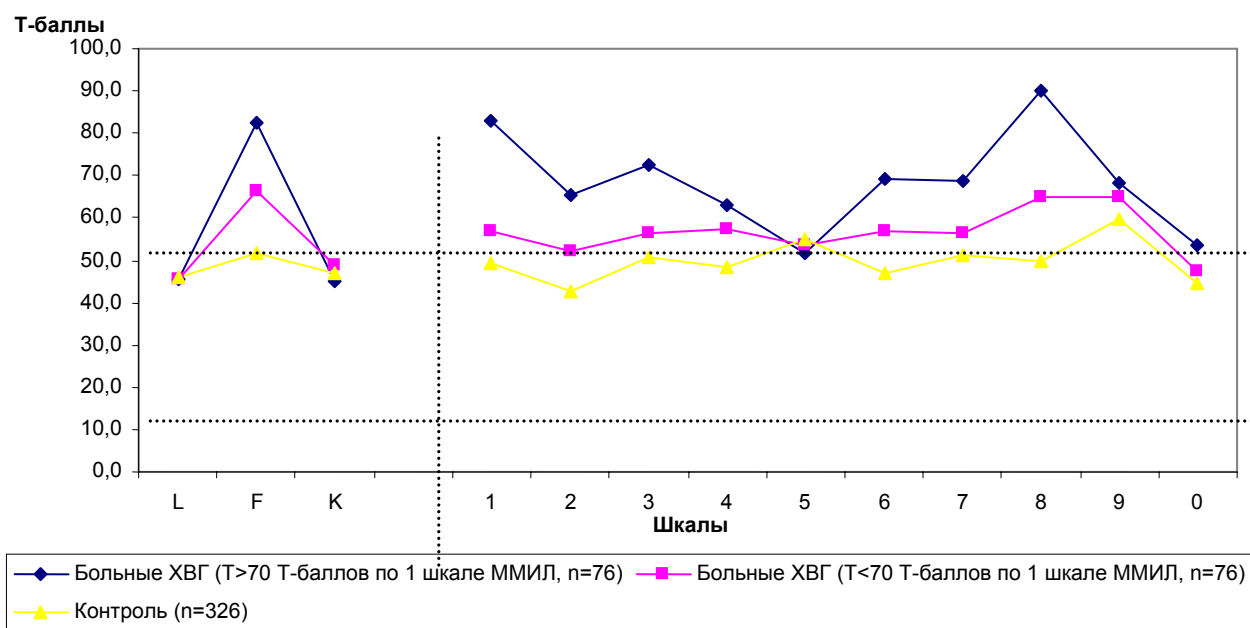


Рис. 2. Профили личности у больных ХВГ с ипохондрическим синдромом по ММИЛ (более 70 Т-баллов, $n=76$) в сравнении с группой без ИС (менее 70 Т-баллов, $n=92$)

Исследование личностных черт по 16-ФЛЮ позволило выявить у больных ОВГ при поступлении в стационар чувство неудовлетворенности ситуацией, тревожность (фактор О), чувство беспомощности, неспособности справиться с жизненными трудностями (фактор С), внутреннюю напряженность (фактор Q_4), сосредоточенность на реальной действительности (фактор М). К выписке у пациентов сохранялись повышенное беспокойство, склонность к чувству вины и неудовлетворенность своим состоянием, мрачная оценка перспективы (фактор О).

Для больных ХВГ наряду с личностными характеристиками, выявленными у лиц с ОВГ свойственны беспокойство о будущем (фактор F), социальная пассивность, повышенная чувствительность к угрозе, предпочтение индивидуального стиля поведения и

общения в малой группе (фактор Н). Эти личностные черты у больных ХВГ имели устойчивый характер.

Выявились четкие различия выраженности личностных черт у больных ОВГ в зависимости от пола пациентов. Для женщин были характерны впечатлительность, богатство эмоциональных переживаний (фактор I – $6,15\pm 0,22$ стена, $p<0,01$), некоторая искусственность поведения (фактор N – $6,33\pm 0,24$ стена, $p<0,001$), стремление к изменению сложившейся ситуации (фактор Q_1 – $6,89\pm 0,20$ стена, $p<0,05$), упрямство и своенравие (фактор E – $7,11\pm 0,16$ стена, $p<0,001$), настороженность по отношению к окружающим (фактор L – $7,63\pm 0,21$ стена, $p<0,01$). Мужчинам были присущи прямолинейность (фактор N – $4,92\pm 0,22$ стена, $p<0,01$), некоторая бестактность, иногда жесткость и черствость (фактор

I – $5,16 \pm 0,20$ стена, $p < 0,01$), вместе с тем склонность легко выходить из равновесия (фактор E – $5,37 \pm 0,20$ стена, $p < 0,01$).

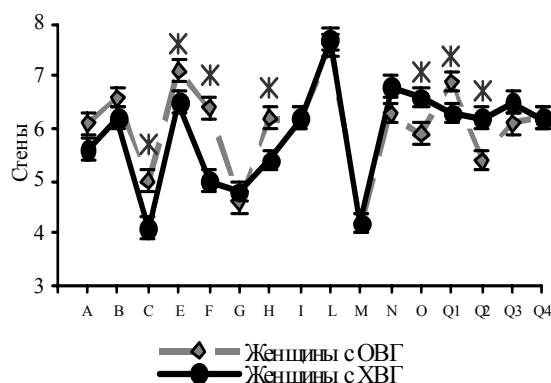


Рис. 2. Усредненные показатели факторов, отражающих черты личности по тесту 16-ФЛО у женщин с ОВГ (n=80) и женщин с ХВГ (n=83) при поступлении в стационар.

Личностные черты у мужчин, больных ОВГ и ХВГ, были схожими. Для женщин больных ХВГ, в отличие от женщин с ОВГ (рис.3), в большей степени были характерны эмоциональная неустойчивость (фактор С – $4,18 \pm 0,19$ стена, $p < 0,01$), беспокойство и ранимость (фактор О – $6,63 \pm 0,20$ стена, $p < 0,05$), сдержанность в проявлении эмоций (фактор F – $4,98 \pm 0,20$ стена, $p < 0,001$), сопротивление переменам (фактор Q₁, – $6,21 \pm 0,22$ стена, $p < 0,05$), что в сочетании значительно повышает вероятность формирования пограничных нервно-психических расстройств.

Важно отметить, что наибольшие проявления беспокойства и озабоченности сложившейся ситуацией отмечены у больных ОВГ со средним образованием (фактор О – $6,65 \pm 0,15$, $p < 0,05$; $r = -0,36$, $p < 0,01$) и у лиц, не имеющих постоянного места работы (фактор О – $7,18 \pm 0,14$ стена, $p < 0,05$).

Учитывая важную роль высокого уровня тревожности в формировании стрессиндуцированных осложнений соматических заболеваний, у больных ОВГ и ХВГ был определен уровень реактивной тревожности. Было показано, что при поступлении в стационар у 62% больных ОВГ и 48% больных ХВГ диагностирован высокий уровень реактивной тревожности, клинически характеризующийся напряжением, беспокойством, озабоченностью, неопределенным волнением и раздражительностью. При этом, если у больных с ОВГ при выписке из стационара доля лиц с высоким уровнем тревожности понизилась примерно на 50%, то у больных ХВГ за время пребывания в стационаре в целом уровень

реактивной тревожности остался статистически неизменным.

Таблица

Средние значения по шкалам тревожности Спилбергера-Ханина у больных ОВГ и ХВГ в зависимости от пола, баллы (M±m)

Группы исследования	Тревожность	Период исследования	
		при поступлении	при выписке
Женщины с ОВГ (n=80)	Личностная	44,64±0,93	42,48±0,98
	Реактивная	50,96±1,29	41,34±1,30
Мужчины с ОВГ (n=76)	Личностная	41,96±0,93	41,15±1,04
	Реактивная	47,22±0,90*	42,25±1,28
Женщины с ХВГ (n=83)	Личностная	48,02±1,10	47,12±1,04
	Реактивная	50,45±1,27	49,48±1,18
Мужчины с ХВГ (n=85)	Личностная	42,27±0,89 [#]	40,75±1,01 [#]
	Реактивная	43,21±1,11 [#]	42,99±1,12 [#]

Примечание. Статистическая значимость различия показателей тревожности у женщин и мужчин с ОВГ обозначена – * $p < 0,01$; у женщин и мужчин с ХВГ обозначена – [#] $p < 0,001$.

При изучении влияния пола на выраженность тревожности у больных острыми и хроническими вирусными гепатитами (табл.) было выявлено, что при поступлении в стационар реактивная тревожность у женщин с ОВГ была значительно выше, чем у мужчин, а показатели личностной тревожности статистически не отличались. При этом в динамике достоверных различий реактивной тревожности (РТ) у мужчин и женщин с ОВГ не отмечено. У женщин больных ХВГ, показатели личной тревожности (ЛТ) и РТ на всех этапах исследования превышали показатели у мужчин и соответствовали высокому уровню тревоги. При корреляционном анализе была обнаружена статистически значимая положительная корреляционная связь возраста пациентов с показателями личностной ($r = 0,30$, $p < 0,05$ при ОВГ; $r = 0,34$, $p < 0,001$ при ХВГ) и реактивной ($r = 0,63$, $p < 0,05$ при ОВГ; $r = 0,46$, $p < 0,01$ при ХВГ) тревожности. Наибольшие значения реактивной тревожности были у больных ВГ в возрасте старше 25 лет ($50,42 \pm 42$ балла при ОВГ, $50,22 \pm 1,52$ балла при ХВГ).

При изучении частоты депрессивных расстройств было показано, что если при поступлении в стационар существенных различий между больными ОВГ и ХВГ не было (42,3% и 46,6% соответственно), то при выписке наблюдалось снижение данного состояния примерно на 30% у лиц с ОВГ и только 8% у лиц с ХВГ.

При оценке выраженности депрессивных расстройств при ОВГ в зависимости от пола было показано, что при поступлении в стационар у половины женщин (51,3%) диагностировано депрессивное расстройство (превышен диагностический порог методики) из них у 80,5% преимущественно в легкой фор-

ме, у мужчин - только у 32,9% и также преобладала легкая форма (84,0%). В периоде выздоровления депрессивные расстройства сохранялись только у 26,3% женщин и у 39,5% мужчин. При этом у половины мужчин, данное состояние при поступлении не определялось, а развилось за время нахождения в стационаре. У женщин с ХВГ при поступлении в стационар депрессивное расстройство наблюдалась также значительно чаще, чем у мужчин (63,9% и 29,4% соответственно, $p < 0,001$), с преобладанием легкой формы. Важно отметить, что тяжелой депрессии по самооценочной шкале Зунга у больных вирусными гепатитами В и С во все периоды исследования не выявлено.

Таким образом, у больных ОВГ (чаще у женщин) в острый период заболевания преобладали тревожно-невротические черты и явления социальной дезадаптации как реакция на факт острого соматического заболевания и обязательную госпитализацию в инфекционный стационар. Данные явления носили кратковременный характер, на что указывает достоверное снижение показателей у пациентов по шкалам так называемой «невротической триады» профиля ММИЛ при выписке из стационара и снижение уровней тревоги и депрессивных расстройств. Изменения профиля личности при ОВГ, сопряженного с повышением уровня тревоги и депрессивных расстройств можно рассматривать как компенсаторную реакцию на развитие острой патологии.

Профиль личности больных ХВГ характеризуется устойчивостью проявлений, наличием связи выраженности изменения шкал с длительностью заболевания, степенью активности процесса, что, в свою очередь, оказыва-

ет влияние на изменение психологического профиля личности пациентов с хронической патологией печени как проявление хронического стресса и, соответственно, стресс - индуцированное возникновение психопатологических изменений с развитием депрессивных расстройств. Отмечены гендерные различия в реакции на болезнь. У мужчин с различными формами вирусных гепатитов диагностированы проявления аутизации, связанные с преморбидной особенностью личности со значительной вовлеченностью в болезненные переживания, неудовлетворенностью ситуацией, ранимостью. Кроме того, мужчины значительно хуже женщин эмоционально переносят длительный период, связанный с вынужденным нахождением в палате инфекционного отделения, что также могло явиться причиной ригидности психопатологических реакций.

Таким образом, учитывая особенность психологического статуса, высокую частоту развития тревожных и депрессивных расстройств, необходимо внедрять в алгоритм обследования больных острыми и хроническими вирусными гепатитами скрининговые шкалы-опросники Спилбергера-Ханина и Зунга. Выбор указанных методик обусловлен их достаточной информативностью, простотой в использовании и интерпретации результатов. Это позволит не только оценить состояние пациента на данный момент и эффективность проводимой терапии, прогнозировать динамику развития процесса, но и через коррекцию психо - эмоционального состояния больных устранить одно из патогенетических звеньев порочного круга утяжеления психосоматического состояния при острых и хронических вирусных гепатитах.

Сведения об авторах статьи

М.А. Никулина, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», 656038, Алтайский край, г.Барнаул, пр.Ленина, 40.

А.А. Никоноров, д.м.н., профессор кафедры биохимии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», г.Оренбург

В.Г. Лычев, д.м.н., профессор кафедры госпитальной и поликлинической терапии ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», 656038, Алтайский край, г.Барнаул, пр.Ленина, 40.

В.М. Гранитов, к.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», 656038, Алтайский край, г.Барнаул, пр.Ленина, 40.

И.Е. Бабушкин, к.м.н., доцент кафедры госпитальной и поликлинической терапии ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», 656038, Алтайский край, г.Барнаул, пр.Ленина, 40.

В.В. Шевченко, к.м.н., кафедра инфекционных болезней, ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», 656038, Алтайский край, г.Барнаул, пр.Ленина, 40.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкин, Д.И. Психические нарушения у больных хроническими диффузными заболеваниями печени: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 24 с.
2. Березин, Ф.Б. Методика многопрофильного исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. – М., 1976. – 123 с.

3. Канищев, А.В. Непсихотические расстройства психической сферы у больных вирусными гепатитами (клиника, диагностика, принципы психотерапии): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Харьков, 2004. – 22 с.
4. Кинкулькина, М.А. Депрессии у больных хроническим вирусным гепатитом С / М. Кинкулькина, И. Игнатова, Т. Авдеева [и др.] // Врач. – 2008. – №7. – С.19-24.
5. Лобзин, Ю.В. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение / Ю.В. Лобзин, К.В. Жданов, В.М. Волжанин [и др.] – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – 192 с.
6. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику (психологическое исследование) / В.В. Николаева. – М.: МГУ, 1987. – 168 с.
7. Онищенко, Г.Г. Вирусные гепатиты В и С в России / Г.Г. Онищенко, И.В. Шахгильдян, М.И. Михайлов // Гепатиты В, С и D – проблемы диагностики, лечения и профилактики : тез. докл. V Рос. науч.–практ. конф. – М., 2003. – С.230–235.
8. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
9. Рыбакова, Т.Г. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств: метод. рекомен. / Т.Г. Рыбакова, Т.Н. Балашова. – Л., 1988. – 120 с.
10. Сафонов, А.Д. Метаболические и иммунные взаимосвязи в патогенезе острого вирусного гепатита В, HCV-инфекции и их сочетанной формы: Дис. ...д-ра. мед. наук. – М., 1998. – 43 с.
11. Соринсон, С.Н. Вирусные гепатиты / С.Н. Соринсон. – СПб.: ООО «Теза», 1998. – 336 с.
12. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л.: ЛНИИФК, 1976. – 28 с.
13. Cattell, R.B. Handbook of the sixteen personality factors questionnaire (16PF) / R.B. Cattell, H.W. Eber, M.M. Tatsuoka. – Champaign Illinois, 1970. – 342 p.
14. Fontana, R. Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy / R. Fontana, K.B. Hussain, S.M. Schwartz et al. // J. Hepatol. – 2002. – Vol. 36, №3. – P. 401–407.
15. Forton, D.M. Hepatitis C and cognitive impairment in a cohort of patients with mild liver disease / D.M. Forton, H.C. Thomas, J.M. Murphy et al. // Hepatology. – 2002. – Vol. 35, №2. – P. 433–439.
16. Fontana, R. Neuropsychiatric toxicity of antiviral treatment in chronic hepatitis C / R. Fontana, // Dig Dis. – 2000; – 18: 107-116.
17. Raison C.L., Borisov A.S., Bindley P. et al. Depression during pegylated interferon-alpha plus ribavirin therapy: prevalence and prediction // J. Clin. Psychiatry. – 2005; 66 (1): 41-48.

УДК 616-036.12-057.36:351.74]-084

© З.В. Халикова, Э.Р. Исхаков, 2010

З.В. Халикова¹, Э.Р. Исхаков²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, ПРОВОДИМОЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ГОСПИТАЛЕ МВД

¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

²Уфимский Юридический институт МВД России, г. Уфа

Целью настоящего исследования является оценка эффективности разработанных мероприятий по коррекции факторов риска развития ХНЗ у сотрудников органов внутренних дел (ОВД), находящихся на обследовании и лечении в терапевтическом отделении госпиталя МВД. Применяя «Метод конверта», курящие пациенты были распределены на две группы – коррекционная (71 человек) и группа сравнения (44 человека). Нами оценивались такие факторы риска как курение, мало-подвижный образ жизни, повышенное потребление соли и сахара, приверженность к лечению. В период лечения пациента в стационаре проводилась коррекционно-образовательная программа. При выписке, наряду с рекомендациями по медикаментозной терапии, предлагались советы по изменению образа жизни (что оформлялось в письменном виде на выписном эпикризе). Методика проведения психологической поддержки мотивационной сферы пациентов была в виде специальной индивидуальной информационной структурированной беседы по ведению здорового образа жизни и коррекции поведенческих факторов риска. Применение специальной программы информирования и психологической поддержки мотивационной сферы пациентов, проводимой в виде беседы в госпитале МВД, привело к уменьшению практически всех исследуемых нами факторов риска развития основных хронических неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова: факторы риска, госпиталь МВД, метод психологической поддержки пациентов, коррекционная программа.