

А.В. ФОМИН ¹, А.А. КИРПИЧЕНКО ¹, Ф.А. ФОМИН ²

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

УО «Витебский государственный медицинский университет» ¹,
УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии» ²
Республика Беларусь

Цель. Проанализировать типы отношения к болезни пациентов с острым панкреатитом, качество их жизни и связь заболевания с алкогольным фактором для обоснования комплексного подхода к реабилитации.

Материал и методы. В исследование включены 86 пациентов с острым панкреатитом. Выполнено психологическое тестовое исследование применением опросников «AUDIT», теста CAGE, теста «Сетка LeGo» и методики «Тип отношения к болезни». Качество жизни пациентов анализировали по «Методике оценки качества жизни больных и инвалидов» NAIF.

Результаты. Признаки, свидетельствующие в пользу употребления алкоголя не менее 2-3 раз в неделю, выявлены у 80% пациентов острым панкреатитом. В 87% случаев у пациентов, связывавших заболевание с употреблением алкоголя, выявлены изменения по стороны печени, в 91% случаев изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. При анализе типов отношения к болезни у 58% пациентов выявлены смешанный или диффузный типы отношения к болезни и сочетания адаптивного типа с дезадаптивными. Отмечены снижение показателей качества жизни у пациентов с дезадаптивными типами отношения к болезни, имевшими алкогольный анамнез. Лица с интерпсихическим и диффузным типом отношения к болезни при сочетании адаптивного типа с дезадаптивными страдали сопутствующими заболеваниями и изменениями со стороны печени, сердечно-сосудистой системы в 100% случаев.

Заключение. У пациентов, страдавших острым панкреатитом, с типами реакции на болезнь, указывающими на напряжение психологической адаптации и дезадаптацию, в 60% случаев выявлены признаки, указывавшие на связь заболевания с приемом алкоголя. Для повышения качества жизни реабилитационные мероприятия у пациентов, страдающих острым панкреатитом, целесообразно проводить комплексно в сочетании с нормализацией функции печени, достижением конструктивной психологической адаптации и коррекцией алкогольного анамнеза.

Ключевые слова: острый панкреатит, психологические особенности, качество жизни

Objectives. To analyze the attitude types towards disease of patients with acute pancreatitis, quality of life and correlation between the disease and alcohol factor to justify a complex approach to rehabilitation.

Methods. 86 patients with acute pancreatitis were enrolled in the survey. Psychological test survey was carried out by means of the questionnaire «AUDIT», test CAGE, test «Net LeGo», technique «The types of attitude towards disease». Life quality of patients was analyzed using the «The method of life quality evaluation of patients and invalids» NAIF.

Results. The signs testifying in favor of taking alcohol no less than 2-3 times a week were revealed in 80% of patients with acute pancreatitis. In patients related the diseases with alcohol consumption the liver changes have been revealed in 87% of cases, gastric and duodenal mucous changes – in 91%. While analyzing the attitude types towards disease in 58% patients the combined and diffused attitude types towards disease and combination of the adaptive and desadaptive types were found out. The reduction of life quality parameters in patients with desadaptive attitude type towards disease and having alcohol anamnesis was registered. Persons with intermental and diffuse attitude type towards the disease in combination of adaptive and desadaptive type, suffered from comorbidities and changes of the liver and cardiovascular system in 100% of cases.

Conclusions. In patients suffering from acute pancreatitis with the types of reactions to the disease, indicating to stress of psychological and desadaptation, in 60% of the cases symptoms of the disease indicating the relationship with alcohol consumption have been revealed. To improve life quality in patients with acute pancreatitis it is advisable to carry out the rehabilitation measures in combination with normalization of the liver function, achieving the constructive psychological adjustment and correction of alcoholic history.

Keywords: acute pancreatitis, psychological peculiarities, quality of life

Novosti Khirurgii. 2014 May-Jun; Vol 22 (3): 306-312

The types of attitude towards disease and quality of life in patients with acute pancreatitis

A.V. Famin, A.A. Kirpichenka, F.A. Famin

Введение

Острый панкреатит продолжает оставаться одним из наиболее часто диагностируемых

острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Пациенты, страдающие острым панкреатитом, это преимущественно люди трудоспособного возраста. Все это по-

звояет считать лечение лиц с острым панкреатитом не только медицинской, но и социально значимой проблемой [1, 2].

Согласно устава ВОЗ, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Доказано, что при панкреатите в организме пациентов могут происходить изменения системного характера с поражением многих органов. Возрастающий в последнее время интерес хирургов не только к самому патологическому процессу, но и к анализу качества жизни пациентов обусловлен тем, что цель врачебной деятельности состоит как в поддержании и продлении жизни, так и в увеличении возможности пациентов [3, 4]. Заметно снизить качество жизни могут и сам патологический процесс, и функциональное нарушение других систем адаптации после перенесенного патологического процесса и нарушения психологического характера. Благоприятный исход заболевания в определенной степени обусловлен состоянием систем адаптации. Доказано, что при патологическом процессе лица с напряжением психологической адаптации и с явлениями дезадаптации являются группой риска по развитию осложнений [5]. Анализ качества жизни и психологических особенностей пациентов предоставляет возможность более точно оценить изменения и нарушения в состоянии здоровья. Полученные новые результаты позволят не только оптимизировать рациональный подход к лечению, но и минимизировать частоту рецидива болезни, обеспечив эффективность результатов по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода хирургов и субъективной точки зрения пациента [1, 5].

Среди причин, вызывающих панкреатит, алкоголь занимает одно из первых мест. Известно, что алкоголь как фактор риска развития болезни не имеет безопасной дозы. Доказано лишь, что с увеличением дозы риск развития заболеваний повышается [6]. Однако, несмотря на то, что выражение «чрезмерное употребление алкоголя» применяется часто, для подтверждения связи заболеваний с употреблением алкоголя в диагностике чаще используют субъективные критерии [7]. В настоящее время считается, что строить алкогольный анамнез на основе количества употребляемого алкоголя со слов пациента нецелесообразно, в связи с тем, что сообщаемое количество алкоголя, как правило, в несколько раз меньше реального [2, 7]. Вместе с тем известно, что в США и развитых странах алкоголь является причиной хронического панкреатита в 75% случаев, в то же

самое время от 10 до 15% алкоголиков страдают хроническим панкреатитом. Алкоголь является одной из важнейших причин поражения печени [8, 9]. Объективизация причинных факторов и происходящих в организме при панкреатите изменений важна для обоснования проведения комплекса реабилитационных мероприятий у лиц, страдающих данной патологией [10].

Цель. Проанализировать типы отношения к болезни пациентов с острым панкреатитом, качество их жизни и связь заболевания с алкогольным фактором для обоснования комплексного подхода к реабилитации.

Материал и методы

За 2012 год на лечении в хирургическом стационаре больницы скорой медицинской помощи г. Витебска (УЗ «ВКГБСМП») находилось 776 пациентов с острым панкреатитом, что составило 14,4%, от общего числа пациентов, пролеченных в хирургических отделениях. За последние годы (2011-2013) лица трудоспособного возраста в категории пациентов, страдающих острым панкреатитом составляли от 75,1% до 83,4%. Мужчины преобладали, их число среди пациентов с острым панкреатитом достигало 80,5%.

Наши данные основаны на результатах обследования 86 пациентов с диагнозом острый интерстициальный (отечный) панкреатит, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ «ВКГБСМП» г. Витебска. Мужчин было 77, женщин – 9. Возраст пациентов от 20 до 65 лет. Средний возраст $38,8 \pm 11,2$ лет ($M \pm \sigma$). Заболевание у всех пациентов началось остро, диагноз острый панкреатит выставлялся на основании клиничко-лабораторных и инструментальных данных. Пациенты с подтверждением хронического панкреатита – склеротическими изменениями в поджелудочной железе по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии, кистами и вирсунголитиазом в исследование не включались.

Согласно анамнеза, причиной острого панкреатита в 45 случаях (52%) послужило употребление алкоголя, у 20 пациентов (22%) желчнокаменная болезнь, травма в 7 случаях (8%), другие причины у 14 пациентов (18%).

Средняя длительность пребывания в стационаре обследованных пациентов – $8,83 \pm 4,7$ дня ($M \pm \sigma$). Длительность пребывания варьировала от 3 до 29 дней. Всем проведено консервативное лечение в соответствии со стандартными протоколами.

У всех пациентов анализировали анамнез и клинические данные. Психологическое тестовое

исследование выполнено на 2-3 сутки пребывания в стационаре при отсутствии болевого синдрома, требующего анальгетиков. Для оценки связи заболевания с употреблением алкоголя психологическое тестовое исследование предложено 28 пациентам. Трое от исследования отказались, у них анализированы лишь клинические данные. Психологическое тестовое исследование с оценкой типов отношения к болезни выполнено при их согласии 58 пациентам. Из этих пациентов в восьми исследованиях среди утверждений, выбранных испытуемым, встречалось хотя бы одно, указанное в коде знаком (*). Шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический), согласно методики подсчета результатов, приравнивается нулю. Полученные данные этих пациентов анализировали в общей картине для оценки психологических особенностей, но не учитывали при оценке типов отношения к болезни. Из этой группы с анализом типов отношения к болезни у 27 пациентов оценивали качество жизни. Все пациенты были включены в исследование методом случайной выборки.

Лабораторные анализы (АлАТ и АсАТ) выполнены на анализаторе ARHITECT C-8000. Особенности течения заболевания оценивали по данным медицинской документации. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнено на аппарате Philips EnVision CHD. ФГДС выполнено на аппарате Olympus Q40.

Для выявления алкогольного анамнеза, злоупотребления алкоголем и хронической алкогольной интоксикации у пациентов острым панкреатитом применяли опросник «AUDIT», тест SAGE и тест «Сетка LeGo» [11].

Психологические реакции пациентов на наличие заболевания определяли по «Методике для психологической диагностики типов отношения к болезни», разработанной в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [12]. Опросник для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) включает XII тем: самочувствие, настроение, сон и пробуждение ото сна, аппетит и отношение к еде, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и медперсоналу, отношение к родным и близким, отношение к работе или учебе, отношение к окружающим, отношение к одиночеству и отношение к будущему. Методика позволяет выявить 12 типов отношения к болезни: 1) гармоничный; 2) эргопатический; 3) анозогнозический; 4) тревожный; 5) ипохондрический; 6) неврастенический; 7)

меланхолический; 8) апатический; 9) сенситивный; 10) эгоцентрический; 11) паранойяльный; 12) дисфорический. Типы реакции разделены на 3 блока — адаптивный и два дезадаптивных. Первый блок включал гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Психологической дезадаптации у этих пациентов не наблюдается. Во второй и третий блоки включены пациенты с типами реагирования на болезнь дезадаптивного характера [12].

Качество жизни пациентов (КЖ) оценивали по «Методике оценки качества жизни больных и инвалидов» NAIF, имеющей следующие интегральные шкалы: физическая мобильность (ФМ), эмоциональное состояние (ЭС), сексуальная функция (СФ), социальный статус (СоцС), познавательная функция (ПФ), экономическое состояние (ЭКС), сумма составляющих определял интегральный показатель (ИП) КЖ. При уменьшении интегрального показателя до 75% качество жизни оценивали как незначительно сниженное. Умеренное снижение — до 50%, значительно сниженное — до 25% [13].

Контрольную группу для оценки качества жизни составили 12 клинически здоровых мужчин в возрасте 25-40 лет.

Статистический анализ данных исследования проведен с помощью прикладных компьютерных программ «Microsoft Office Excel». Приведены средние значения данных со стандартным отклонением $M \pm \sigma$. Для оценки достоверности различий использовали параметрический критерий Стьюдента (t). Достоверно значимым считалось различие показателей при коэффициенте $p \leq 0,05$.

Результаты

Из группы пациентов, обследованных при помощи опросника «AUDIT», для оценки связи заболевания с употреблением алкоголя в 20 (80%) случаях выявлены признаки, свидетельствующие в пользу употребления алкоголя не менее двух-трех раз в неделю, а у трех пациентов данной группы по результатам тестового обследования при помощи «Сетка LeGo» не исключалась хроническая алкогольная интоксикация.

Лишь у 5 пациентов (20%) при обследовании с помощью теста «Сетка LeGo» не выявлено ни одного из объективных физикальных симптомов, присущих лицам с хронической алкогольной интоксикацией.

По данным опросника AUDIT незначительное употребление алкоголя (0-3 балла) выявлено у 8 (32%) пациентов, низкое потребление у 2 (8%) пациентов, высокое (критическое) по-

ребление – (8 и более баллов) отмечено у 15 (60%) пациентов. Из 10 опрошенных о приема алкоголя пациентов с острым панкреатитом, указавших на отсутствие связи заболевания с приемом алкоголя только четверо (40%) по тесту относились к группе с незначительным потреблением алкоголя.

На один вопрос теста CAGE, ответили положительно 4 пациента (16%), что не дает оснований для конкретных выводов. На два вопроса положительно ответили – 2 (8%), что свидетельствовало о чрезмерном употреблении спиртных напитков. На три вопроса положительно ответили 2 (8%) пациентов, что дает основание для предположения о систематическом употреблении алкоголя. На четыре вопроса положительно ответили 8 (32%), пациентов, что свидетельствовало о наличии алкоголизма. Лишь при отрицательных ответах на все 4 вопроса у девяти (36%) пациентов предполагалось отсутствие факта злоупотребления алкоголем.

В группе пациентов с панкреатитом не отрицавших связь заболевания с употреблением алкоголя, или употреблявших алкоголь не менее 2-3 раз в неделю по данным опросника AUDIT при ультразвуковом исследовании изменения поджелудочной железы выявлены в 42 случаях (93%). Эхогенность была снижена у 16 (35%), эхогенность повышена у 13 (29%) пациентов, диффузные изменения в железе отмечены у 13 (29%) пациентов. Печень у 39 (87%) пациентов, не отрицавших связь панкреатита с употреблением алкоголя и по данным опросника AUDIT при ультразвуковом исследовании имела ряд изменений, при этом диффузные изменения ее и повышение эхогенности отмечены у 33 (73%), увеличение печени было у 7 (15%) пациентов. Синдром цитолиза отражает нарушения целостности гепатоцитов и характеризуется повышением в плазме крови уровня ферментов – АсАТ, АлАТ [6]. В группе лиц с панкреатитом, указавших на связь заболевания с алкоголем, АлАТ были повышены у 23 (51%) пациентов, АсАТ повышены у 19 (42%) пациентов. Для алкогольной болезни печени характерно отношение уровня АсАТ/АлАТ более 2, показатель АсАТ/АлАТ был выше в 28,6% случаев. Жалобы на боли в области печени отмечали 18 (40%) пациентов.

У 41 пациента (91%) выявлены изменения в желудке при фиброгастродуоденоскопии в виде отека и гиперемии слизистой. Кроме того, у одного пациента из данной группы выявлена язва антрального отдела желудка.

При оценке типов отношения к болезни у пациентов по количеству баллов преобладали адаптивные типы реакции. При общей оцен-

ке профиля типов отношения к болезни лиц, поступивших с диагнозом острый панкреатит высокий профиль по шкале, характеризующей гармоничный тип отмечен у 23 (40%) пациентов, эргопатический у 44 (76%), анозогностический у 18 (31%). Повышение более 7 баллов по шкале, характеризующей тревожный тип отношения к болезни выявлены у 34 (58%) обследованных пациентов, повышение по шкале, характеризующей ипохондрический тип выявлено в 39 случаях (67%), повышение по шкале, характеризующей неврастенический тип – в 30 случаях (52%). Повышение по шкале, характеризующей сензитивный тип выявлены у 52 (90%), а эгоцентрический тип – у 29 (50%) пациентов.

По результатам интерпретации профиля ТОБ с оценкой максимума преобладания шкал профиля выделены три блока типов отношения к болезни – условно адаптивный с гармоничным, эргопатическим и анозогностическим типами, интрапсихически дезадаптивный с тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим и апатическим типами и интерпсихически дезадаптивный с сензитивным, эгоцентрическим, паранойяльными дисфорическим типами. Наиболее многочисленный блок пациентов с условно адаптивными типами для анализа разделили еще на три группы – пациенты с гармоничными типами – адаптивным чистым 20 (40%), адаптивным смешанным 12 (24%) и адаптивным диффузным 4 (8%) пациентов. Лица с интрапсихически дезадаптивным с тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим и апатическим типами составляющие II блок объединяли 10 (20%) человек, 4 пациента (8%) составляли III блок с интерпсихической направленностью, объединяющий сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический ТОБы.

Группы достоверно по возрасту не отличались, средний возраст в группах лиц I блока был $38,3 \pm 16,3$ лет; $43,2 \pm 15,1$ лет; $37,5 \pm 10,9$ лет; II блока $40,6 \pm 15,9$ лет и III блока – $43 \pm 19,2$ лет. Количество женщин в группах составляло от 0 до 10%, в связи с этим значение половых особенностей не оценивали.

При анализе установлено, что показатели шкал, свидетельствующих о гармоничном типе отношения к болезни, были повышены более 7 баллов у 28 (49%) пациентов, преобладающим этот тип был у 21 (36%) лиц, страдающих панкреатитом, средние его значения по шкалам равнялись 35 баллам. Значения эргопатического типа были повышены у 42 (73%) пациентов. Средние его значения были повышены до 25 баллов. Показатели по анозогностическому типу

были повышены у 17 (30%) пациентов. Средние его значения составляли 26 баллов. Минимально были представлены пациенты с повышением по апатическому и меланхолическому типам отношения к болезни.

«Чистые» типы отношения к болезни с преимущественно высокими показателями в диагностической зоне одной шкалы опросника отмечены у 21 (42%) пациента. Смешанные типы отношения к болезни с попаданием в диагностическую зону двух – трех шкал отмечены у 15 (30%) пациентов. Диффузные типы отношения к болезни с наличием более трех высоких пиков по шкалам типов отношения к болезни также отмечены в 14 (28%) случаев.

Таким образом, большая часть – 29 пациентов (58%) имели смешанный или диффузный типы реакции сочетания адаптивного типа с дезадаптивными.

Анализ показателей качества жизни у 27 лиц с разными типами отношения к болезни представлен в таблице.

Согласно теста NAIF отмечены низкие показатели качества жизни по отношению к контрольной группе, у пациентов с интерпсихически дезадаптивным типом отношения к болезни. В этой группе пациентов они оказались снижены более чем на 50% по показателям физической мобильности (ФМ), эмоционального состояния (ЭС), социального статуса (СоцС), познавательной функции (ПФ), экономического состояния (ЭП) и по интегральному показателю (ИП). Также низкие показатели качества жизни по показателям физической мобильности (ФМ), сексуальной функции (СФ), и по интегральному показателю (ИП) отмечены у пациентов с условно адаптивным диффузным типом реакции, что, вероятно, связано с достаточно высокой составляющей интерпсихического типа реагирования у данной категории пациентов. Наиболее низким у лиц с интерпсихически дезадаптивным и гармоничным диффузным типом реагирования личности был и интегральный показатель качества жизни.

У пациентов с адаптивным чистым типом отношения к болезни физическая мобильность была ниже, чем в контрольной группе. Эмоциональная составляющая была ниже у пациентов с интрапсихической направленностью. Социальный статус был снижен по отношению к контрольной группе у всех пациентов с острым панкреатитом.

Для всех групп пациентов, страдавших острым панкреатитом показатель экономического положения оказался сниженным от умеренного, до резко выраженного. В большей степени этот показатель был снижен у лиц с интерпсихической направленностью реакций и с адаптивным диффузным типом отношения к болезни.

Обсуждение

Пациенты с гармоничным, типом отношения к болезни адекватно оценивали свое состояние. У лиц с эргопатическим и анозогнозическим типами отношения к болезни наблюдалось снижение критичности, преуменьшение значимости заболевания с «уходом» в работу и отрицания факта болезни. Психическая и социальная адаптация пациентов с тремя этими типами отношения к болезни существенно не были нарушены.

При интрапсихической (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический тип отношения к болезни) направленности, дезадаптивное поведение проявлялось реакциями раздражительной слабости, тревожным, подавленным, угнетенным состоянием и «уходом» в болезнь. При интерпсихической направленности (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойальный тип) дезадаптивное реагирование на болезнь проявлялось агрессивными тенденциями обвинения окружающих в своем недуге. У пациентов страдающих острым панкреатитом чистые адаптивные типы, выявлены в 20 (40%) случаев. Относительно адаптивные смешанные

Таблица

Показатели качества жизни у пациентов с разными типами отношения к болезни (M±σ) n=27

Типы отношения к болезни	Показатели качества жизни (%)						
	ФМ	ЭС	СФ	СоцФ	ПФ	ЭП	ИП
Адаптивный чистый	72,6±13,9	66,1±15,8	59±17,5*	69,6±10,3	84,3±7,3	60,7±18,5*	72,6±10,7
Адаптивный смешанный	79,8±10,8	84±7,8	71,5±14,8	64,3±6,6	85,7±10,9	85,7±5,5	76,5±10,5
Адаптивный диффузный	64,3±5,3*	60,7±8,5*	57,1±6,7*	47,6±5,9*	71,4±3,8	14,3±6,1*	58,3±9,1*
Интрапсихический	81±5,6	42,9±3,7*	85,7±4,7	71,4±11,1	85,7±4,8	71,4±3,5	75±8,8
Интерпсихический	23,8±6,7*	28,6±8,6*	85,7±7,4	42,9±6,6*	48,6±9,2*	14,3±8,2*	38,3±6,9*
Контрольная группа	86,9±5,6	73,3±4,7	98,6±2,2	67,9±7,0	85,7±6,5	100±0	81,3±5,2

* – достоверно при $p \leq 0,05$, по отношению к показателям у клинически здоровых людей без алкогольного анамнеза.

и диффузные, указывающие на напряжение адаптации – в 16 (32%) случаев, дезадаптивные типы выявлены у 14 (28%) пациентов.

При сочетании анамнеза и данных опросника “AUDIT”, тестов «Сетка Lego», “CAGE”, оказалось возможным более объективно выявить лиц, у которых заболевание острым панкреатитом связано с употреблением алкоголя.

В группе лиц, у которых по данным анамнеза и опросника “AUDIT”, выявлена связь острого панкреатита с употреблением алкоголя адаптивные типы отношения к болезни отмечены у 12 (40%) пациентов, дезадаптивные у 18 (60%).

При панкреатите, связанном с употреблением алкоголя в 39 случаях (87%) пациенты имели выраженные изменения по стороны печени, в 41 случае (91%) у них отмечены изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, что предполагает комплексный подход к лечению и реабилитации данной категории пациентов.

По клиническим признакам, лабораторным показателям и данным инструментального обследования заболевание у пациентов в группах с гармоничным чистым типом отношения к болезни протекало более благоприятно. Установлено, что у 4 (50%) пациентов с интерпсихическим дезадаптивным типом и условно адаптивным диффузным типом реакции на болезнь с интерпсихической составляющей, общее состояние уже при поступлении было оценено как состояние средней степени тяжести, у остальных пациентов состояние было оценено как удовлетворительное. У пациентов в группах с гармоничным чистым типом отношения к болезни, увеличение печени отмечено только в 7 случаях (35%), что превышало число выявленных случаев изменения печени у пациентов с другими типами отношения к болезни.

Сопутствующие заболевания у лиц с адаптивным чистым типом отношения к болезни выявлены у 11 пациентов (55%) случаев.

Лица с интерпсихической направленностью и диффузным типом реакции при сочетании адаптивного типа с дезадаптивными имели алкогольный анамнез и страдали сопутствующими заболеваниями со стороны печени и сердечно-сосудистой системы в 100% случаев.

Выводы

1. У пациентов, страдавших острым панкреатитом, с типами реакции на болезнь, указывающими на напряжение психологической адаптации и дезадаптацию, в 60% случаев выявлены признаки, указывавшие на связь за-

болевания в примом алкоголя. Эти пациенты страдали изменениями в печени и другими сопутствующими заболеваниями.

2. Для повышения качества жизни реабилитационные мероприятия у пациентов, страдающих острым панкреатитом, целесообразно проводить комплексно в сочетании с нормализацией функции печени, достижением конструктивной психологической адаптации и коррекцией алкогольного анамнеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Health-related quality of life in chronic disorders: a comparison across studies using the MOS SF-36 / E. Shlenk [et al.] // Qual Life Res. – 1998 Jan. – Vol. 7, N 1. – P. 57–65.
2. Винник Ю. С. Риск развития осложнений при алкоголь-ассоциированном панкреатите / Ю. С. Винник, С. С. Дунаевская, Д. А. Антюфреева // Новости хирургии. – 2012. – Т. 20, № 4. – С. 38–41.
3. Новик А. А. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии (обзор) / А. А. Новик, Т. И. Ионова, Н. Л. Денисов // Терапевт. арх. – 2003. – № 10. – С. 42–46.
4. Кугаев М. И. Взаимосвязь патоморфологических изменений в головке поджелудочной железы с интенсивностью болевого синдрома и качеством жизни / М. И. Кугаев, А. Т. Щастный, И. В. Самсонова // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 2. – С. 31–36.
5. Фомин А. В. Реабилитация больных после оперативных вмешательств / А. В. Фомин. – Витебск, 2005. – 164 с.
6. Ивашкин В. Т. Дифференцированный подход к лечению алкогольных поражений печени / В. Т. Ивашкин, А. О. Буеверов, М. В. Маевская // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 5. – С. 8–13.
7. Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma / J. A. Marrero [et al.] // J Hepatol. – 2005 Feb. – Vol. 42, N 2. – P. 218–24.
8. Digestive tract surgery: a text and atlas / ed. R. H. Bell, L. F. Rikkers, W. Michael. – 1st ed. – Hardcover, 1995. – 1662 p.
9. EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease european association for the study of the liver // J Hepatol. – 2012 Aug. – Vol. 57. – P. 399–20.
10. Herbal medicine for depression, anxiety and insomnia: a review of psychopharmacology and clinical evidence / J. Sarris [et al.] // Eur Neuropsychopharmacol. – 2011 Dec. – Vol. 21, N 12. – P. 841–60.
11. Критерии алкогольного панкреатита. Результаты Международной рабочей встречи в Тампере (Финляндия), июнь 2006 г. // Гастроэнтерология : темат. номер. – 2007.
12. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни : метод рекомендации / авт.-сост. Л. И. Вассерман. – Л., 1987. – 27 с.

13. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов : метод. рекомендации / сост. А. Л. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. — Минск, 2000. — 16 с.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, д. 27,
УО «Витебский государственный
медицинский университет»,
кафедра факультетской хирургии,
тел. раб.: +375 212 24-20-27,
e-mail: afomin_mail@mail.ru
Фомин Анатолий Викторович

Сведения об авторах

Фомин А.В., д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет».
Кирпиченко А.А., д.м.н., заведующий кафедрой

психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет».
Фомин Ф.А., врач-интерн УЗ «Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии».

Поступила 17.02.2014 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

**Приглашаем Вас принять участие
в 56-ом ЕЖЕГОДНОМ КОНГРЕССЕ ОБЩЕСТВА ФЛЕБОЛОГОВ ГЕРМАНИИ,
который состоится 17-20 сентября 2014 года в г. Мюнхен**

Основные научные направления конгресса: диагностика во флебологии; эндолюминальные методы лечения варикозного расширения; эндолюминальная терапия тромбоза и посттромботического синдрома; эпидемиология венозных заболеваний; сосудистые мальформации.

Предполагаемая тематика: геронтофлебология; фундаментальные научные исследования в флебологии; осложнения в флебологии; лимфомы и липомы — консервативная терапия против инвазивного лечения; исследования неопластического ангиогенеза; рецидивный варикоз; компрессионная терапия; неотложная помощь в флебологии и пациент с высокой степенью риска; склеротерапия; венозная тромбоэмболия; транскутанная лазерная терапия; язвы; васкулиты; научные исследования в области медицинского обслуживания (услуги пациентам, оплачивающим медицинские расходы), а также флебология и ожирение, эстетика, облитерирующие заболевания артерий, онкология, беременность.

Дополнительная информация на сайте: <http://www.phlebologiekongress.de>