

4. Daminova N. M. *Etiopatogenez, diagnostika, profilaktika i khirurgicheskoe lechenie posleoperatsionnogo zhelchnogo peritonita*. Avtoref. diss. d-ra. med. nauk [Etiopathogenesis, diagnosis, prevention and surgical treatment of postoperative biliary peritonitis. Extended abstract of doctor's of medical sciences thesis]. Dushanbe, 2012. 42 p.

5. Fedorov S. P. *Zhelchnye kamni i khirurgiya zhelchnykh putey* [Gallstones and biliary tract surgery]. Moscow, Medgiz Publ., 1934. 55-86 p.

6. Ahmad F., An algorithm for the management of bile leak following laparoscopic cholecystectomy. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2007, Vol. 89, No.1, pp. 51-56.

7. Van Goor H., Hulsebos R.G., Bleichrodt R.P. Complication of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis. *European Journal of Surgery*, 1997, Vol. 163, No. 1, pp. 61-66.

Сведения об авторе:

Муминов Сийёвуш – аспирант кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Курбонов Каримхон Муродович – зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, академик АМН РТ, заслуженный деятель науки и техники РТ, д.м.н., профессор

Расулов Назир Аминович – заведующий кафедрой хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Каюмов Алишер Абдулхамидович – ассистент кафедры хирургической болезни №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Контактная информация:

Муминов Сийёвуш: тел.: +992938855805; e-mail: sioyvush@gmail.com

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616_006.446;616.155.392;616.832

Мустафокулова Н.И., Ганиева М.П., Ахунова Н.Т., Боронов Дж. Б.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино
Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Mustafokulova N.I., Ganieva M.P., Ahunova N.T., Boronov J.B.

FEATURES OF PSYCHOSOMATIC MANIFESTATIONS AT ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA

Department of Internal Diseases №3 of Tajik State Medical University named after Abuali-ibn-Sino
Department of Therapy with a Course of Gerontology of State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan»

Цель исследования. Оценить особенности психосоматических проявлений и качество жизни пациентов при остром миелобластном лейкозе.

Материал и методы. Протокол исследования включает проспективное и перспективное (с 2009 по 2014 годы) наблюдения 140 больных острым и хроническим миелобластным лейкозом. Средний возраст $35,9 \pm 0,7$ лет. Мужчин — 62 (45,9%), женщин — 78 (54,1%). Из них 70 пациентов составили 1 группу с острым миелолейкозом, 2 группу - 70 пациентов с хроническим миелолейкозом. Обеим группам проводилось определение уровня психоэмоциональной

сферы при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки качества жизни и эффективности реабилитационных мероприятий у больных острым лейкозом предлагается использование опросника SF-36. Расчет проводился по специальным формулам трансформации шкал. Оценка осуществлялась по 100-балльной системе.

Результаты. Исследование больных по шкале тревоги и депрессии (HADS) проводили на второй-третий день поступления в стационар и повторно через две недели после проводимой терапии. Результаты тестирования по шкале HADS позволили сделать вывод о достоверных различиях уровня тревоги в обеих группах: 1 группу с высоким уровнем тревоги составили 6 пациентов (12 баллов) и 2 группу с высоким риском тревоги составила 12 пациентов. Субклинически выраженная депрессия по шкале HADS выявлена у 8 пациентов. У больных с ХМЛ субклинически выраженная депрессия отмечена у 13 больных (8 баллов). При сочетании тревоги и депрессии по шкале HADS в 1 группе отмечено большее количество пациентов - 39 (14/14), во второй группе - у 31 пациента (14/13). Субклинически выраженная стадия в 1 группе отмечена у 3 (10/9), во 2 группе - у 10 (19/9 баллов), что является высокими показателями в обеих группах. Установлено, что качество жизни больных острым и хроническим миелолейкозом, определяемое с помощью опросника SF-36, значительно снижено. После 4- недельного использования назначенной седативной терапии выявлено достоверное ($p < 0,05$) улучшение качества жизни больных с острым и хроническим миелолейкозом.

Заключение. Стресс и психологические нарушения у больных острым миелоидным лейкозом сопровождаются высокими уровнями сочетания тревоги и депрессии, клинически выраженными у 55,7%. Психофизиологические нарушения выявлены у больных хроническим миелолейкозом в 44,3% случаев. С целью улучшения качества лечения при депрессивных состояниях рекомендуется применение седативных препаратов, транквилизаторов, при высоких показателях – антидепрессантов с применением программ, повышающих образовательный уровень пациентов: проведение бесед, лекций, аутогенных тренировок.

Ключевые слова: лейкозы, депрессия, качество жизни, шкала, психоэмоциональное состояние

Aim. Rate features of psychosomatic manifestations and quality of life of patients at acute myeloblastic leukemia.

Materials and methods. The study protocol includes prospective and perspective (from 2009 to 2014 years) observation of 140 patients with acute and chronic myeloblastic leukemia. The average age is $35,9 \pm 0,7$ years. Male - 62 (45,9%), women - 78 (54,1%). Of which 70 patients amounted to 1 group with acute myeloleukemia, 2 group - 70 patients with chronic myeloleukemia. Both groups the determination of the level of psycho-emotional sphere with the help of ospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was conducted. To assess the quality of life and efficiency of rehabilitation activities in patients with acute leukemia the use of SF-36 questionnaire was provided. The calculation was made according to special transformation of scales. Evaluation was performed on a 100-point system.

Results. Study of patients by anxiety and depression scale (HADS) was performed on the second or third day admission to the hospital and again two weeks after the therapy. The test results on the scale of HADS led to the conclusion of reliable differences of level of anxiety in both groups: 1 group with high levels of anxiety included 6 patients (12 points) and 2 group at high risk of anxiety included 12 patients. Subclinically expressed depression on a scale of HADS detected in 8 patients. In patients with chronic myeloblastic leukemia subclinically expressed depression detected in 13 patients (8 points). At a combination of anxiety and depression on a scale of HADS in 1 group more number of patients - 39 (14/14), in the second group - 31 patients (14/13). Subclinically expressed stage in 1 group observed in 3 (10,9), in 2 group - in 10 (19/9 points), which is high in both groups. It is established that the quality of life of patients with acute and chronic myeloleukemia, determined using the SF-36 questionnaire significantly reduced. After 4 weeks of using assigned sedative therapy showed a significant ($p < 0,05$) improvement in the quality of life of patients with acute and chronic myeloleukemia.

Conclusion. Stress and psychological disorders in patients with acute myeloid leukemia accompanied by high levels of a combination of anxiety and depression, clinically significant in 55,7%. Psychophysiological violations identified in patients with chronic myeloid leukemia in 44,3% of cases. In order to improve the quality of treatment at depressive states, recommended using of sedative drugs, tranquilizers, at high performance - with using of programs of antidepressants that increase the educational level of patients: holding the conversation, lectures and autogenous training.

Key words: leukemia, depression, quality of life, scale, psycho-emotional state

Актуальность

Острые (ОЛ) и хронические лейкозы (ХЛ) остаются самыми распространенными среди онкологических заболеваний. За год заболеваемость ОЛ составляет 0,2 на 1000 населения, причем 75% приходится на взрослое население. Психосоматические расстройства - нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых по большей части связано с нервно-психическими факто-

рами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности [1, 2].

В наиболее распространенной трактовке для психосоматических расстройств характерным является знание значимости психологических факторов как в возникновении, так и в обуславливании ими усиления или ослабления соматического (физического) страдания. Та-

ким образом, критерием отнесения имеющегося физического заболевания к психосоматическому является наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения. Такое понимание психосоматических расстройств считается широким, так как к ним относят все нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых тесно связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы или со специфическими особенностями личностно-эмоционального реагирования человека на окружающее [3, 4, 5].

Качество жизни (КЖ) - спектр возможностей, ограничений, физиологических и психосоциальных симптомов, которые характеризуют индивидуальные возможности жизнедеятельности и получение удовлетворения от разнообразия ролей в жизни (WHOQOL, 1993). Под медицинскими аспектами качества жизни понимают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков), наступающего в результате заболевания ограничения функциональной способности, а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Авторы приводят схему взаимоотношений компонентов качества жизни, учитывающую объективные признаки и субъективные симптомы [1, 2, 3].

Благополучие основывается на персональной оценке и вере человека. Благополучие состоит из счастья, удовлетворенности жизнью, положительных и отрицательных влияний. Счастье рассматривается в двух аспектах - как сильная кратковременная радость, а также как обстоятельства жизни и чувства с дальней перспективой. Удовлетворенность жизнью представляет собой позитивную оценку жизни не только на основании текущей ситуации, но и с учетом прошлого опыта и ожиданий будущего. Третий аспект - положительно-отрицательные воздействия - предусматривает ситуацию, когда положительные чувства постоянно перекрывают отрицательные. В этом смысле благополучие не только медицинское понятие, но и состояние разума [4, 5, 6].

Обзор альтернативных вариантов определения КЖ позволяет обнаружить не только общие закономерности, но и наиболее типичные ошибки в отношении к этому показателю. Так, многие специалисты используют функциональный статус в качестве индикатора КЖ. Между тем, функциональный статус следует рассматривать, как способность индивидуума в данное время выполнять задания или функ-

ции, которые должны иметь фактический результат. При этом не учитывается психоэмоциональное состояние индивидуума, уровень его независимости и общественного положения, личные убеждения и многие другие аспекты, составляющие полноценную жизнь человека.

Несмотря на то, что слово «психосоматика» употребляется очень часто как в обиходе, так и в научной литературе, на сегодняшний день не существует единого определения этого термина. В целом его значение вытекает из слов, которые в него входят (душа и тело). С одной стороны, этот термин подразумевает научное направление, которое устанавливает взаимоотношения между психикой и телесными функциями, исследует, как психологические переживания влияют на функции организма, как переживания могут вызывать те или иные болезни. С другой стороны, под термином «психосоматика» подразумевается ряд феноменов, связанных с взаимовлиянием психического и телесного, в том числе целый ряд патологических нарушений. В-третьих, под психосоматикой понимают направление медицины, ставящее своей целью лечение психосоматических нарушений («психосоматическая медицина»). В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением. Клиническим приложением павловской условно-рефлекторной теории стала кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина (1950-е годы), объясняющая происхождение внутренних (точнее - психосоматических) болезней следующим образом: кора головного мозга может непосредственно влиять на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов), поэтому непосредственной причиной психосоматических заболеваний является нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга. Исходя из этих представлений, был предложен неспецифический метод лечения внутренних болезней с помощью охранительного торможения (длительного искусственного сна).

Материал и методы исследования

Протокол исследования включает проспективное и ретроспективное (с 2009 по 2014 годы) наблюдение 140 больных острым и хроническим миелобластным лейкозом. Средний возраст больных составил $35,9 \pm 0,7$ лет. Мужчин – 62 (45,9%), женщин – 78 (54,1%). Из них 70 пациентов составили 1 группу с острым миелолейкозом, 2 группу - 70 пациентов с хроническим миелолейкозом.

Комплексное обследование и проспективное наблюдение пациентов проводилось на

базе гематологического отделения Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Лабораторное обследование включало в себя гистоморфологические, цитохимические параметры для верификации диагноза острого лейкоза и ремиссии заболевания, также общеклинические и биохимические исследования, выполнение ЭКГ, УЗИ почек, определение электролитного состава крови.

У обследованных больных длительность заболевания лейкозом составила от 10 дней до 10 лет. Лечение острого миелобластного лейкоза проводили по стандартному протоколу индукции ремиссии «7+3», «7+3+VP16», консолидации ремиссии с использованием индукционных курсов, поддерживающей терапии по программе «7+3» или ротационной программе.

Обеим группам проводилось определение уровня психоэмоциональной сферы при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для оценки качества жизни и эффективности реабилитационных мероприятий у больных острым лейкозом предлагается использование опросника SF-36. Расчет проводился по специальным формулам трансформации шкал. Оценка осуществлялась по 100-балльной системе (высокий балл отражал лучшие показатели качества жизни).

Результаты и их обсуждение

Проанализирована частота распространения различных уровней тревожности и депрессии у больных острым миелоидным лейкозом (табл. 1)

Таблица 1

Частота распространения различных уровней тревожности и депрессии у больных с острым миелолейкозом

Шкала тревоги и депрессии (HADS)	1 группа (n=70) пациенты с ОМЛ	2 группа (n=70) пациенты с ХМЛ
	количество (баллы)	количество (баллы)
Тревога по шкале (HADS): нормальная субклинически выраженная клинически выраженная	1 (5) 3 (8) 6 (12)	— — 12 (12)
Депрессия по шкале (HADS): нормальная субклинически выраженная клинически выраженная	3 (7) 8 (10) 4 (11)	— 13 (8) —
Сочетание тревоги и депрессии по шкале (HADS): нормальная субклинически выраженная клинически выраженная	2 (7/5) 3 (10/9) 39 (14/14)	6 (7/6) 10(10/9) 31 (14/13)

Результаты тестирования по шкале HADS позволили сделать вывод о достоверных различиях уровня тревоги в обеих группах, 1 группу с высоким уровнем тревоги составили 6 пациентов (12 баллов) и 2 группу с высоким риском тревоги также составили 12 пациентов. Депрессия, субклинически выраженная, выявлена у 8 пациентов, по шкале HADS составляет 10 баллов у больных с ОМЛ. У больных с ХМЛ субклинически выраженная депрессия отмечена у 13 больных с оценкой 8 баллов. При сочетании тревоги и депрессии по шкале HADS в 1 группе отмечено большее количество пациентов: у 39 (14/14) отмечалась клинически выраженные проявления, во второй группе - у 31 пациентов (14/13). Субклинически выраженная

стадия в 1 группе отмечена у 3 (10/9 баллов), во 2 группе – у 10 (19/9 баллов) пациентов, что является высоким показателем в обеих группах. Необходимо обратить внимание на высокие показатели тревоги и депрессии, особенно при их сочетании.

При средних показателях тревоги и депрессии (HADS) назначались седативные препараты, при высоких показателях – антидепрессанты с применением образовательных программ после консультации невропатолога.

Таким образом, проведенные исследования психофизиологического статуса больных острым и хроническим миелоидным лейкозом подтверждают высокую степень нарушений психофизиологического статуса, что отражает-

ся в высоких баллах депрессивных расстройств по шкале тревожности и депрессии.

Установлено, что КЖ больных острым и хроническим миелолейкозом, определяемое с помощью опросника SF-36, значительно снижено (табл. 2). Снижение ($p<0,05$) отмечено

по таким показателям, как: общее восприятие здоровья, физическая активность, ролевое физическое и эмоциональное функционирование, социальная активность, роль физической боли в ограничении жизнедеятельности и оценка жизнеспособности.

Таблица 2

Влияние полихимиотерапии в ремиссии заболевания на параметры качества жизни больных острыми лейкозами

<i>Шкала (баллы)</i>	<i>Контрольная группа n=50</i>	<i>Больные с ОМЛ и ХМЛ</i>	<i>После лечения</i>
Общее восприятие здоровья	75,3±5,9	50,08±6,08*	55,08±4,85*
Физическая активность	98,5±1,06	56,25±10,57*	72,9±7,13* **
Отсутствие физических проблем в ограничении жизнедеятельности	86,3±12,3	41,66±11,65*	60,41 ±9,46* **
Отсутствие эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	81,7±14,8	52,77±13,26*	86,1±4,95 **
Социальная активность	80±8,6	60,4±5,72*	78,12±4,1**
Физическая боль	86,4±7,3	52,6±8,93*	65,75±9,81* **
Жизнеспособность	69,3±5,04	53,75±5,74*	67,08±4,62 **
Психическое здоровье	70,2±6,28	61,3±4,6	67,66±3,42

Примечание: * – достоверность различий с контролем ($p<0,05$), ** – достоверность различий в группах больных ($p<0,05$ по критерию Вилкоксона).

После 4-недельного использования назначенной седативной терапии выявлено достоверное ($p<0,05$) улучшение качества жизни больных с острым и хроническим миелолейкозом, подтверждаемое нарастанием баллов по шкале физической активности до 73 баллов, ролевого физического функционирования до 60 баллов, ролевого эмоционального функционирования до 86 баллов, социальной активности до 78 баллов, а также субъективной оценки жизнеспособности до 67 баллов.

Заключение

Стресс и психологические нарушения у больных острым миелоидным лейкозом сопровождаются высокими уровнями сочетания тревоги и депрессии, клинически выраженными у 55,7%. Психофизиологические нарушения выявлены у больных хроническим миелолейкозом в 44,3% случаев. С целью улучшения качества лечения при депрессивных состояниях рекомендуется применение седативных препаратов, транквилизаторов, при высоких показателях – антидепрессантов с применением образовательных программ: повышение образовательного уровня пациента, проведение бесед, лекций, аутогенных тренировок.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Дмитриева Т., Занозин А.В., Дмитриева И.В. и др. Оценка качества жизни подростков с психическими нарушениями // Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000. С. 121-122.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: ОЛМА - ПРЕСС, 2002. 320 с.
3. Расулов У.Р., Рахмонова О.Д., Хасанов Д.М. Интенсификация полихимиотерапии острых миелоидных лейкозов // Здравоохранение Таджикистана. Душанбе. 2011. № 4. С. 53-56
4. Уроков К.З., Ходжиева Г.Б. Влияние депрессии и тревожных состояний на течение острого инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста // Вестник Авиценны. Душанбе. 2010. №4. С. 107-112.
5. Ходжиева Г.Б., Рахматов М.К., Хасанов Д.М., Ураков К.З. Клинико-гематологические особенности острой лейкемии в Таджикистане // Вестник Авиценны. Душанбе. 2013. №4. С. 36-39.

REFERENCES

1. Dmitrieva T., Zanozin A. V., Dmitrieva I. V. [Assessment of quality of life of teenagers with psychiatric

disorders]. *Materialy XIII sezda psikhiatrov Rossii* [Materials of XIII congress of psychiatrists of Russia]. Moscow, 2000, pp. 121-122. (In Russ.)

2. Novik A. A., Ionova T. I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guide for quality assessment of life in medicine]. St. Petersburg, OLMA – PRESS Publ., 2002. 320 p.

3. Rasulov U. R., Rakhmonova O. D., Khasanov D. M. Intensifikatsiya polikhimioterapii ostrykh mieloidnykh leykozov [Intensification of polychemotherapy acute myeloid leukemia]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Health care of Tajikistan*, Dushanbe, 2011, No. 4, pp. 53-56.

4. Urokov K. Z., Khodzhieva G. B. Vliyanie depressii i trevozhnykh sostoyaniy na techenie ostrogo infarkta miokarda u patsientov mladogo vozrasta [Influence of depression and anxiety disorders on the course of acute myocardial infarction in young patients]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, Dushanbe, 2010, No. 4, pp. 107-112.

5. Khodzhieva G. B., Rakhmatov M. K., Khasanov D. M., Urokov K. Z. Kliniko-gematologicheskie osobennosti ostroy leykemii v Tadzhikistane [Clinical and

hematological features of acute leukemia in Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, Dushanbe, 2013, No. 4, pp. 36-39.

6. Mihaila V., Enachescu D., Davilla C. General population norms for Romania using the short form 36 Health Survey (SF-36). *QL News Letter*, 2001, No. 26, pp. 17-18.

Сведения об авторах:

Мустафокулова Намуна Ибрагимовна – кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор

Ганиева Махбуба Пулатовна. – доцент кафедры внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н.

Ахунова Насиба Тохировна – заведующая кафедрой терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ, к.м.н., доцент

Боронов Джамиед Бойназарович – ассистент кафедры терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Контактная информация:

Боронов Джамиед Бойназарович – тел.: +992907542222

© Коллектив авторов, 2015

УДК 618.1 – 053.2.616.322 – 002; 616.831.9 – 002 – 008.6

Мухамадиева С.М., Сабирова Г.А., Пулатова А.П.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК С ГЕЛЬМИНТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ПРИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

Muhamadieva S.M., Sabirova G.A., Pulatova A.P.

PHYSICAL DEVELOPMENT AND GYNECOLOGICAL STATUS AMONG GIRLS AND WOMEN WITH HELMINTH INFECTIONS WHILE IODINE DEFICIENCY DISEASES

Department of Obstetrics and Gynecology of the State Educational Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of Republic of Tajikistan"
State Establishment "Scientific-Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology"