

М. Г. Шекманов

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

СИСТЕМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

На основі комплексного обстеження хворих на хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) було визначено основні психологічні проблеми, мішені та розроблено заходи медико-психологічної допомоги (МПД) для даної категорії пацієнтів. Розвиток у третини пацієнтів з ХВГС під час протівірусної терапії інтерферон-індукованої депресії потребував не тільки проведення МПД, але і призначення антидепресантів. Реалізація заходів МПД та психофармакотерапії дозволила підвищити якість життя хворих на ХВГС.

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит С, медико-психологічна допомога, інтерферон-індукована депресія

Хронічне захворювання, в особливості, хвороба з несприятливим для життя прогнозом, зокрема хронічний вірусний гепатит С (ХВГС), спричиняє різноманітні за характером (афективні, невротичні, неврозоподібні) та вираженістю (психологічні реакції та/або психічні розлади) порушення психічного функціонування індивіда [1—3]. Особистісна реакція людини у поєднанні з об'єктивними критеріями захворювання, формують психологічну картину відношення до хвороби, особливості стилю хворіння та взаємодії у лікувальному процесі.

Стиль хворіння — це результуюче відображення відношення особистості до факту наявності хвороби (викликаних нею фізичних, психоемоційних та психосоціальних змін), а також розуміння перспектив життя з даним захворюванням, координування напряму життєвого плану (несприятливий прогноз, обмеження життєдіяльності).

Ступінь впливу захворювання на життя та функціонування особистості, а також поведінка та реакція на необхідність лікування визначають потребу у формуванні системи медико-психологічних заходів, спрямованих на психоед'юкацію, психологічну підтримку та психокорекцію, для даної категорії пацієнтів.

Варто зазначити, що вплив на психіку чинить не лише власне захворювання, але і специфічне лікування ХВГС [4—9]. Застосування препаратів інтерферону в лікуванні хворих на ХВГС може ускладнюватися небажаними побічними ефектами. За даними літератури, практично у половини пацієнтів застосування інтерферонів провокує виникнення психопатологічної симптоматики, а саме, зниження настрою з загальмованістю, порушення сну, емоційну лабільність, підвищену стомлюваність, ангедонію, дратівливість, втрату апетиту, когнітивні порушення, астенію, іноді — маніакальний або психотичний стан [1, 6, 10]. Відповідно до даних літератури, зустрічаємість афективних розладів в період застосування інтерферону у хворих з ХВГС варіює в межах від 23 до 57 %, при цьому найбільш часто спостерігається розвиток депресивної симптоматики [4].

Розвиток депресії при лікуванні інтерфероном, часом стає причиною та/або показанням до його припинення [11—13], що значно обмежує можливість проведення адекватної протівірусної терапії у хворих на ХВГС. Тому своєчасне проведення адекватної комплексної антидепресивної терапії здатне запобігти депресії або купірувати наявні депресивні розлади, що дозволить

продовжити проведення протівірусного лікування гепатиту С [14, 15].

Отже, для хворих на ХВГС повинна бути розроблена не тільки система медико-психологічної допомоги, але і, враховуючи особливості лікування, проводиться прицільна діагностика та лікування депресивних розладів.

Метою дослідження було на основі оцінки психоемоційного стану хворих на ХВГС, типів відношення до захворювання, а також їх взаємозв'язку з інтрапсихічними паттернами, якості життя і психосоціального ресурсу пацієнтів, розробити заходи медико-психологічної допомоги для пацієнтів з ХВГС із подальшим впровадженням в клінічну практику.

На основі інформованої згоди з дотриманням принципів медичної етики та деонтології на базі КЛПУ «Міська інфекційна лікарня м. Димитрова Донецької області» протягом 2010—2012 років проведено клініко-анамнестичне, клініко-психологічне, психодіагностичне та соціально-демографічне дослідження 128 хворих на ХВГС. Парентеральний шлях інфікування вірусом ХВГС внаслідок прийому ПАР був критерієм невключення в дослідження.

Для оцінки психоемоційного стану було використано суб'єктивні опитувальники — методика діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна [16] та методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге [16], а також шкалу об'єктивної оцінки депресії Montgomery — Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [17]. Визначення типу відношення до захворювання проводили за допомогою методики ТОБОЛ [18]. Оцінку інтрапсихічних паттернів проводили за опитувальником Міні-мулт — скороченим варіантом Мінесотського багатостороннього особистісного переліку MMPI [16] у поєднанні з клініко-діагностичним інтерв'ю. Якість життя хворих оцінювали за опитувальником «SF-36» [19]. Оцінку психосоціального ресурсу проводили за допомогою багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки — MSPSS Д. Зімета в адаптації В. М. Ялтонського та Н. А. Сироти [20], рівень суб'єктивного контролю особистості — за однойменною методикою (РСК) [16].

Результати психодіагностичних досліджень оброблено методом математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. [21].

Дослідження проходило у декілька етапів: діагностичний, аналітичний та надання медико-психологічної допомоги (МПД) (рис. 1). На діагностичному етапі було проведено комплексну оцінку психоемоційного стану, визначення інтрапсихічних паттернів, типу реагування на захворювання, психосоціального ресурсу та якості життя. Основним завданням аналітичного етапу було систематизувати отримані дані з метою типологізувати основні психологічні проблеми хворих на ХВГС, які отримують стаціонарне лікування, та визначити мішені медико-психологічного впливу. Етап МПД відображав безпосередню реалізацію заходів МПД у формі психоед'юкації та психокорекції, а також проведення психофармакотерапії (за показаннями).

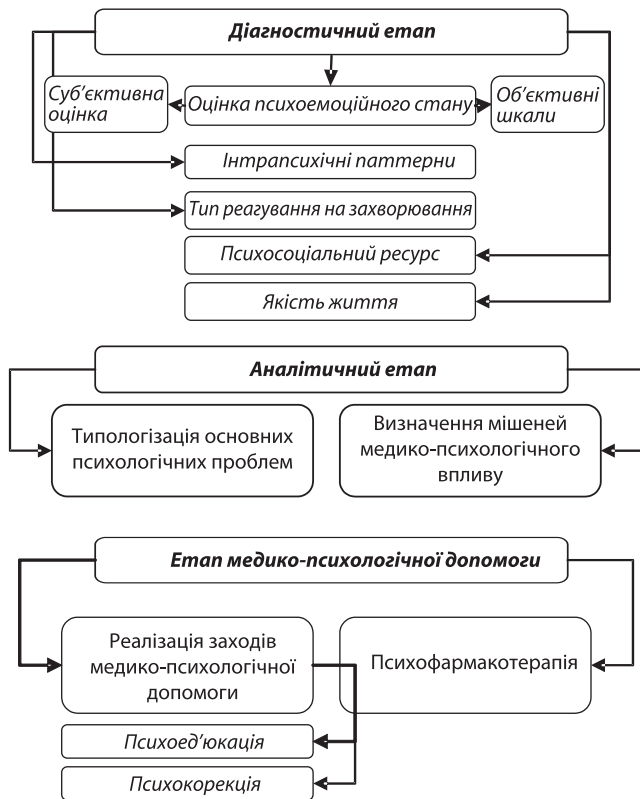


Рис. 1. Етапи дослідження

Отже, з огляду на вищенаведене, розглянемо дані, отримані на діагностичному етапі. Так, наявність сприятливого підґрунтя для розвитку різноманітних станів психологічної дезадаптації (25 % хворих з ХВГС) вказував високий показник особистісної тривожності. Дана категорія пацієнтів складала групу ризику, відповідно до чого рівень особистісної тривожності (ОТ) підлягав реєстрації та враховувався у плануванні заходів МПД.

Рівень реактивної тривожності (РТ) у обстежених був вищим ($46,2 \pm 1,7$ бали) у порівнянні з показниками ОТ ($38,9 \pm 2,5$ бали), тільки у 2/3 пацієнтів виявлено низький ($14,8 \pm 3,6$ %) та середній ($48,5 \pm 5,0$ %) рівні РТ.

Стрес-факторами в аспекті зростання показника РТ були:

- діагностування хвороби з несприятливим прогнозом і складними наслідками (висока ймовірність розвитку гепатоцелюлярної карциноми, цирозу);
- потреба у тривалій госпіталізації;
- наявність побічних ефектів лікування (напр., інтерферон-індукована депресія);
- перебування у стаціонарі з пацієнтами, більшість з яких мають залежність від психоактивних речовин, ВІЛ/СНІД;
- усвідомлення факту, що хворі становлять небезпеку для інших (можуть інфікувати людей, в особливості близьких та рідних);
- формування недовіри та страху перед парентеральними медичними маніпуляціями, оперативними втручаннями;
- проблеми у сексуальній сфері.

Дослідження за методикою В. Зунге показало, що у 86,7 % хворих на ХВГС реєструвалися депресивні стани різного ступеня вираженості — від легкого до істинного депресивного стану. Легкий депресивний

стан було виявлено у $22,7 \pm 4,2$ %, субдепресивний або масковану депресію — у $52,3 \pm 5,0$ %, істинний — у $11,7 \pm 3,2$ %, відсутня — у $13,3 \pm 3,4$ %. Тоді як за MADRS, що орієнтована на об'єктивну оцінку, депресивний стан легкого та середнього ступеня виявлено у $34,4 \pm 4,7$ % та у $10,9 \pm 3,1$ % хворих на ХВГС, що було нижче за показники суб'єктивної оцінки власного стану пацієнтами.

Отже, показники суб'єктивної та об'єктивної оцінки відрізнялися. Подібне явище відображало високу особистісну значущість стресової ситуації, заглибленість в переживання, «прислуховування» до внутрішніх відчуттів.

Тип відношення до захворювання мав важливе значення у зв'язку з тривалим терміном лікування ХВГС та необхідністю побудови конструктивних терапевтичних стосунків з лікуючим лікарем та середнім медичним персоналом. Діагностування того чи іншого типу потребувало застосування різних підходів та методів до побудови терапевтичного альянсу. Основні психологічні проблеми в обстежених пацієнтів резюмовано у табл. 1.

Таблиця 1
Типи відношення до хвороби та основні психологічні труднощі в аспекті побудови терапевтичного альянсу

Тип	Психологічна проблема
Блок I	
Гармонійний	Ситуативно обумовлені труднощі, які у більшості випадків вирішувані на рівні діалогу
Анозогностичний	Недостатнє усвідомлення ситуації Некритичне ставлення до тяжкості захворювання та важливості лікування
Ергопатичний	Фіксація на професійній діяльності як єдиному пріоритеті Селективний підхід до лікування в залежності від того терапія допомагає чи заважає трудовій діяльності
Блок II	
Тривожний	Надмірне відчуття небезпеки та загрози життю, яке несе захворювання Недовіра до правильності та достатності діагностичних та терапевтичних заходів
Іпохондричний	Надмірне заглиблення у хворобливі переживання, перебільшення їх значення Амбівалентність у бажанні видужати й одночасно уникнути неприємних процедур
Меланхолічний	Негативний афективний стан, який приводить до пасивності у лікувальному процесі Зниження емоційно-вольового потенціалу особистості
Апатичний	Пасивність у лікувальному процесі Байдужість до власних потреб, у тому числі результату лікування
Неврастенічний	Підвищена збудливість (реактивність) з тенденцією до психічного виснаження Невиправдана неадаптивна активність у лікувальному процесі
Блок III	
Сенситивний	Надмірна чутливість до реакції оточення Недостатня увага до власних потреб, внаслідок чого — пасивність у лікувальному процесі
Егоцентричний	Фіксація на власних потребах як особливих Механістичне ставлення до оточуючих (інших хворих, медичного персоналу)
Параноїальний	Приписування негативних аспектів ситуації (неуспіху у лікуванні, побічної дії препаратів) чіємусь злому умислу Протистояння оточенню
Дисфоричний	Сприйняття оточення як ворожого, відповідно недовіра та агресивність по відношенню до оточуючих (інших хворих, медичних працівників)

Кожному з блоків були притаманні певні психологічні труднощі, пов'язані з організацією та наданням медичної допомоги. При домінуванні типів І-ї групи (анозогнозичного та ергопатичного), основною проблемою було недостатнє усвідомлення тяжкості захворювання, дистанціювання від ситуації шляхом створення більш значимих пріоритетів (напр., професійна діяльність), для інтрапсихічної групи на передній план виходили афективні та невротичні симптоми, які впливали на сприйняття та поведінку у стресовій ситуації, при інтерпсихічній дезадаптації проблемною сферою було формування міжособистісних відносин, в тому числі і конструктивних терапевтичних стосунків.

За результатами дослідження було виявлено розподіл типів відношення до хвороби серед пацієнтів з ХВГС. Так, у 70,3 % пацієнтів виявлено типи відношення, які супроводжувалися симптомами психологічної дезадаптації (переважно інтрапсихічної — $44,6 \pm 5,0$ % хворих та інтерпсихічної — $25,7 \pm 4,4$ % осіб.), лише у 29,7 % пацієнтів психологічна адаптація були відносно достатньою. Якісний аналіз характеристик типів відношення до хвороби та особистісних профілів виявив їх змістовну єдність в залежності від спрямованості реагування (інтра- або інтерпсихічного), впливу на психоемоційний стан, міжособистісні стосунки, соціальну сферу.

Виокремлено особистісні профілі для пацієнтів з ХВГС: «адаптивний», невротичний, афективний, афективно-чутливий та егоцентрично-збудливий підтипи. Розуміння відмінностей, психологічного змісту, позитивних та негативних аспектів кожного з типів відношення до захворювання у поєднанні з визначенням особистісних властивостей індивіда, постали як один з компонентів для побудови комплексної диференційованої програми МПД для пацієнтів з ХВГС.

Загалом аналіз самооцінки соціальної підтримки за шкалами соціальної підтримки у обстежених показав,

що хворі найбільш відчутну допомогу отримували від родини, меншу роль як психосоціальний ресурс відігравали друзі та знайомі. Так, 70,3 % обстежених оцінили підтримку родини як достатню, з боку друзів та «значимих інших» такою підтримка сприймалася відповідно серед 50,0 % та 59,4 % осіб. Тоді як недостатньою або задовільною допомога найближчого оточення хворого становила для родини 29,7 %, друзів — 50,0 %, «значимих інших» — 40,6 % пацієнтів. Однак, власне наявність доступного психосоціального ресурсу не була однозначним критерієм отримання зовнішньої підтримки. Даний феномен пов'язаний зі здатністю індивіда до сприйняття себе та оточення через призму локусу контролю, точки відліку суб'єктивної оцінки у діапазоні інтернальності — екстернальності. Загалом у хворих з ХВГС відбувалася екстерналізація локусу контролю. Дезадаптивними виступали як виражені варіанти екстерналізації, так і інтерналізації, які відрізнялися різними механізмами розвитку порушення сприйняття власної ролі та соціальної підтримки.

Результати дослідження якості життя хворих на ХВГС дозволили встановити, що внаслідок захворювання якість життя пацієнтів знижувалася за всіма параметрами (фізичного, психічного та соціального функціонування); у більшому ступені знижувався психічний компонент здоров'я. Оцінка якості життя відображала інтегральний стан впливу хвороби на життя індивіда та була використана для вивчення ефективності проведених медико-психологічних заходів.

Якісну оцінку психосоціального ресурсу у поєднанні з якістю життя як інтегральний показник фізичного, психічного та соціального благополуччя було враховано при побудові програми комплексної медико-психологічної допомоги пацієнтам з ХВГС.

Враховуючи вищенаведені дані, було проведено їхній кількісний та якісний аналіз та визначено мішені та заходи МПД (табл. 2).

Таблиця 2

Мішені та заходи медико-психологічної допомоги для хворих з хронічним вірусним гепатитом С

№ з/п	Мішені МПД	Заходи МПД	Мета заходів МПД
1	Високий рівень ситуативної та/або особистісної тривожності	КБТ, техніки релаксації (АТ, ПМР за Джейкобсоном)	Нормалізація психоемоційного стану, навчання навикам саморегуляції психічного стану
2	Неадаптивні типи реагування на захворювання (диференціація залежно інтра- або інтерперсональної спрямованості)	Техніки КБТ	Корекція неадаптивного типу та/або формування адаптивного
3	Дезадаптуючі інтрапсихічні та поведінкові паттерни	Заходи, орієновані на експресивне вираження переживань, їх інтегрування	Корекція дезадаптивних паттернів, посилення особистісного ресурсу, формування ефективних способів протистояння стресу
4	Зміна психосоціального статусу, пов'язано з хворобою та лікуванням	Психоед'юкація	Психореабілітація, відновлення психосоціального потенціалу особистості
5	Порушення міжособистісних стосунків, сімейного функціонування	Сімейна психотерапія	Нормалізація міжособистісної взаємодії
6	Порушення комплаєнсу	Техніки КБТ, психоед'юкація	Активна та усвідомлена участь у лікувальному процесі
7	Екзистенційні переживання (у зв'язку з несприятливим характером прогнозу ХВГ)	Заходи, орієновані на експресивне вираження переживань, їх інтегрування	Усвідомлення та прийняття ситуації, перебування життєвого стилю, пошук особистісного смислу події (хвороби)
8	Відмови від лікування при появі побічних ефектів терапії	Техніки КБТ	Активна та усвідомлена участь у лікувальному процесі
9	Порушення взаємодії з іншими хворими	Психоед'юкація	Нормалізація міжособистісної взаємодії
10	Специфічні страхи перед медичними маніпуляціями та можливістю реінфекції		Нормалізація психоемоційного стану, навчання навикам саморегуляції психічного стану
11	Психологічна сексуальна дисфункція	Сімейна психотерапія	Гармонізація сексуальної сфери

Примітка. АТ — аутогенне тренування, КБТ — когнітивно-біхевіоральна психотерапія, ПМР — прогресивна м'язова релаксація

Медико-психологічна допомога для пацієнтів з ХВГС в цілому була орієнтована на:

- зменшення психоемоційного напруження, що спричинене наявністю хронічного захворювання з несприятливим прогнозом та потребою у лікуванні;
- корекцію неадаптивних інтрапсихічних та поведінкових паттернів, задіяних у відреагуванні на захворювання;
- моделювання більш адаптивного типу відношення до захворювання;
- формування активної позиції у лікувальному процесі, дотримання лікувального режиму (вчасні консультації, прийом ліків та ін.);
- психологічну на психосоціальну реабілітацію хворого;
- психопрофілактику розвитку психологічної дезадаптації хворого у зв'язку з тривалим перебігом захворювання, появою ускладнень, несприятливим прогнозом.

Для реалізації завдань МПД застосовували методи та техніки когнітивно-біхевіоральної психотерапії, релаксації (аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном), сімейну психотерапію, а також методи, орієнтовані на експресивне вираження переживань, їх інтегрування.

У заходах МПД узяли участь 71,9 % обстежених хворих (група 1), 29,1 % пацієнтів склали контрольну групу 2 (рис. 2).

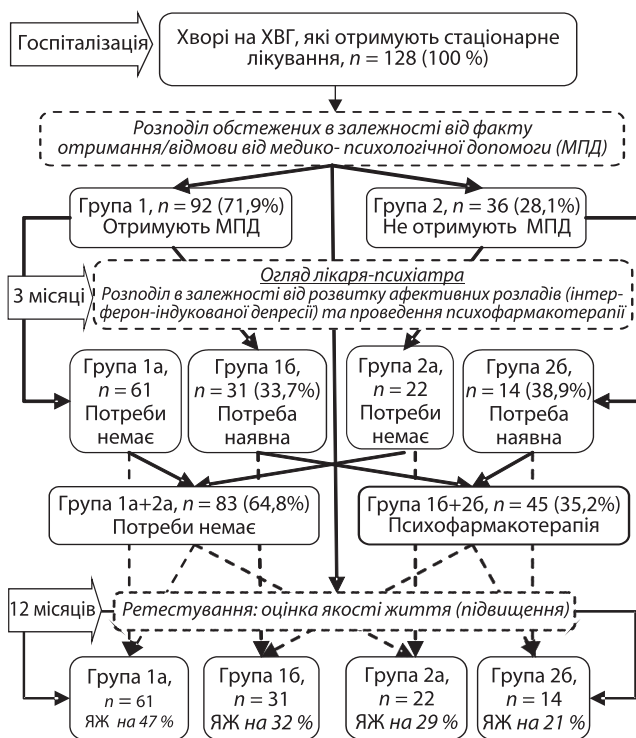


Рис. 2. Розподіл хворих на групи в залежності від проведення заходів МПД та психофармакотерапії

Враховуючи особливості лікування хронічного гепатиту, а саме, проведення противірусної терапії інтерферонами, що може спричинити у 23—57 % розвиток афективних розладів, на 3-му місяці лікування (період маніфестації депресивних розладів) обстежені були оглянуті лікарем-психіатром. Важкість депресії

оцінювали клінічно у відповідності до критеріїв МКХ-10, а також за шкалою MADRS як легку (15—25 балів), середню (26—30 балів) і важку (понад 30 балів). У пацієнтів з діагностованою депресією оцінювали наявність і важкість депресивних проявів, провідний психопатологічний синдром, структуру депресивного синдрому до початку терапії і в динаміці.

В результаті обстеження через 3 місяці від початку лікування у 35,2 % хворих на ХВГС (45 осіб), з них 33,7 % з групи 1 (31 пацієнт, група 1б) та 38,9 % з групи 2 (14 осіб, група 2б), були виявлені інтерферон-індуковані депресивні стани різного ступеня вираженості: F32.0 — 31,1 % (14 хворих), F32.1 — 44,5 % (20 хворих), F32.2 — 24,4 % (11 хворих) (див. рис. 2). В інших респондентів — у 66,3 % групи 1 (61 особа, група 1а) і 61,1 % групи 2 (22 пацієнти, група 2а) клінічно вираженої депресивної симптоматики не зареєстровано.

Під час аналізу отриманих даних нами встановлена тенденція посилення депресивної симптоматики у пацієнтів з інтерферон-індукованою депресією, порівняно з вираженістю депресивних проявів на момент госпіталізації. Так, у хворих, в яких на момент госпіталізації за MADRS діагностовано легкий депресивний епізод, через 3 місяці інтерферонотерапії встановлено депресивний епізод помірного ступеня, а у пацієнтів з середнім — важкого ступеня. Даний результат відповідає гіпотезі про вищий ризик розвитку афективних розладів під час противірусного лікування ХВГС у осіб з преморбідною предрисповицією та/або психіатричним анамнезом.

В клінічній картині афективних порушень було виявлено превалювання таких симптомів: пригнічення, знижений настрій; тривога (з психічними та соматичними проявами), ідеї самозвинувачення і неповноцінності, суїцидальні думки і тенденції, астеничний синдром. У деяких хворих на перший план виступали слабкість, млявість, безсилля, утруднення у виконанні фізичної чи розумової роботи при збереженні спонукань та бажань, прагнення до діяльності. У інших хворих відзначалися неможливість виконання розумових і фізичних навантажень в результаті відсутності бажання і прагнення до якого-небудь виду діяльності, зниження рівня спонукань і всіх видів психічної активності. Відзначалися стани, що характеризуються виникненням на тлі зниженого настрою, дратівливості, гнівливості, у хворих нерідко переважало відчуття внутрішньої психічної напруженості. У багатьох пацієнтів відзначалися соматичні ознаки депресії: порушення сну, відсутність апетиту, добові коливання настрою з поліпшенням самопочуття до вечора. Іпохондричні переживання були виражені в незначному ступені і відносилися, як правило, до оцінки перспектив лікування основного захворювання.

Тривожно-депресивний синдром реєструвався у 35,6 % хворих, астено-депресивний — 26,7 %, тужливий — 20,1 % та дисфоричний синдром у 17,8 % пацієнтів з клінічно вираженими депресивними розладами.

Для лікування інтерферон-індукованих депресій лікар-психіатр призначав тривалу (не менш ніж 6 місяців) терапію антидепресивними засобами сучасного покоління, які широко застосовуються в соматопсихіатричній практиці завдяки гарній переносимості, мінімальній взаємодії з іншими препаратами. Дозу препаратів підбирали індивідуально, відповідно до клінічного стану хворого і коригували в залежності від переносимості, загальносоматичного та психічного стану, з урахуванням середніх і максимальних терапевтичних доз, прийнятих для лікування хворих з супутньою

соматичною патологією. Ефективність лікування оцінювали щотижнево, починаючи з 14-го дня від початку психофармакотерапії. Терапію оцінювали як ефективну, якщо наставало виразне клінічне поліпшення стану і сумарний бал за шкалою MADRS знижувався більш ніж на 50 % від початкового.

З метою визначення та оцінки ефективності розробленої системи МПД перед випискою зі стаціонару було проведено ретестування хворих на ХВГС. Критерієм оцінки ефективності МДП було обрано показник якості життя.

На етапі виписки зі стаціонару в усіх респондентів спостерігалась динаміка показників якості життя, порівняно з моментом початку лікування. Покращання якості життя у пацієнтів групи 1 виявилось більш вираженим, ніж у хворих контрольної групи: зафіксоване підвищення інтегрального показника якості життя на 47 % у групі 1а та на 32 % — у групі 1б, на відміну від осіб, які не отримували МПД (група 2), навіть при призначенні антидепресивної фармакотерапії (відповідно, в групі 2а — на 29 % та 2б — на 21 %).

Отже, реалізація заходів МПД дозволила підвищити якість життя пацієнтів з ХВГС. Крім того, доведено, що система допомоги хворим на ХВГС повинна включати не тільки психодіагностику психологічних проблем та потреб хворого, але і консультацію лікаря-психіатра на етапі 3 місяців від початку етіотропної терапії, з врахуванням ймовірності розвитку інтерферон-індукованої депресії. Вищенаведене вказує на необхідність залучення спеціалістів з психічного здоров'я (лікарів-психологів, психотерапевтів, психіатрів) до лікування хворих на ХВГС з метою оптимізації медичної та медико-психологічної допомоги і покращання якості їхнього життя.

Список літератури

- Каніщев А. В. Розлади психічної сфери у хворих на вірусні гепатити: еволюція досліджень та сучасний стан проблеми / А. В. Каніщев // *Врачебная практика*. — 2000. — № 3. — С. 51—54.
- Клиническая психология / [под ред. Б. Д. Карвасарского]. — СПб.: Питер, 2007. — 960 с.
- Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
- Морозов А. О. Депрессии у больных хроническим гепатитом С, получающих противовирусную терапию : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / А. О. Морозов. — М., 2006. — 22 с.
- Надинская М. Ю. Лечение хронических вирусных гепатитов / М. Ю. Надинская // *Российский медицинский журнал*. — 2002. — Т. 12. — № 29. — С. 9—12.
- Недогода В. В. Фармакотерапия хронических диффузных заболеваний печени / В. В. Недогода // *Новые лекарства и новости фармакотерапии*. — 2000. — № 6. — С. 3—16.
- Major psychiatric side effects of interferon alpha-2b / M. Heeringa, P. Honkoop, R. A. de Man [et al.] // *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. — 1998. — Vol. 142, № 28. — P. 1618—1621.
- A prospective study of neuropsychiatric symptoms associated with interferon-a-2b and ribavirin therapy for patients with chronic hepatitis C. / [E. Dieperink, S. B. Ho, P. Thuras et al.] *Psychosomatics*. — 2003. — Vol. 44. — P. 104—112.
- Bonaccorso S. Psychological and behavioural effects of interferons / S. Bonaccorso, H. Meltzer, M. Maes // *Current Opinion in Psychiatry*. — 2000. — Vol. 13. — P. 673—677.
- Crone C. Comprehensive review of hepatitis C for psychiatrists: risk, screening, diagnosis, treatment and interferon-based therapy complications / C. Crone, M. G. Gabriel // *J. Psych. Pract.* — 2003. — Vol. 9 — P. 93—110.
- Dieperink E. Neuropsychiatric symptoms associated with hepatitis C and interferon alpha: a review / E. Dieperink, M. Willenbring, S. B. Ho // *Am J Psychiatry*. — 2000. — Vol. 157. — P. 867—876.
- Increased depressive ratings in patients with hepatitis C receiving interferon-alpha-based immunotherapy are related to interferon-alpha-induced changes in the serotonergic system / [S. Bonaccorso, V. Marino, A. Puzella et al.] // *J. Clin. Psychopharmacology*. — 2002. — Vol. 22. — P. 86—90.
- Loftis J. M. Comanagement of depression and HCV treatment / J. M. Loftis, P. Hauser // *Psychiatr Ann.* — 2003. — Vol. 33. — P. 385—391.
- Prevention of interferon-alpha associated depression in psychiatric risk patients with chronic hepatitis C / [M. Schaefer, M. Schwaiger, A. S. Garkisch et al.] // *J Hepatol.* — 2005. — Vol. 42(6). — P. 793—798.
- Schramm T. M. Sertraline treatment of interferon-alfa-induced depressive disorder / T. M. Schramm, B. R. Lawford, G. A. Macdonald // *Med J Aust.* — 2000. — Vol. 173. — P. 359—361.
- Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: «Бахрах-М», 2001. — 672 с.
- Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // *Br. J. Psychiatry*. — 1979. — Vol. 134. — P. 382—389.
- Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ): пособие для врачей / [Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.]. — СПб.: Изд-во НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2002 — 31 с.
- Ware J. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (JQOLA) / J. Ware, B. Gandek // *Projekt J. Clin. Epidemiology*. — 1998. — Vol. 11. — P. 903—912.
- The multidimensional scale of perceived social support / [Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K.]. // *J. Personality assessment*. — 1988. — Vol.52. (1). — P. 30—41.
- Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: Морион, 2000. — 320 с.

ron-alpha-induced changes in the serotonergic system / [S. Bonaccorso, V. Marino, A. Puzella et al.] // *J. Clin. Psychopharmacology*. — 2002. — Vol. 22. — P. 86—90.

- Надійшла до редакції 22.08.2012 р.

Н. Г. Шекманов

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Система медико-психологической помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С в условиях стационарного лечения

На основе комплексного обследования больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) были определены основные психологические проблемы, мишени и разработаны мероприятия медико-психологической помощи (МПП) для данной категории пациентов. Развитие у пациентов с ХВГС интерферон-индуцированной депрессии вследствие противовирусной терапии требовало не только проведения мероприятий МПП, но и назначения антидепрессантов. Реализация мероприятий МПП и психофармакотерапии позволила повысить качество жизни больных с ХВГС.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, медико-психологическая помощь, интерферон-индуцированная депрессия.

N. G. Shekmanov

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

System of psychological help for patients with chronic viral hepatitis C during stationary treatment

In complex psychological examination of patients with chronic viral hepatitis (HVH) was evaluated the main psychological problems, targets and measures of psychological help (PH) for this category of patients. The development of depressive disorders in patients with HVH during antiviral therapy that was as a result of interferon-induced depression need not only of the PH, but prescribing of antidepressants. PH and prescribing of antidepressants enhanced quality of life of patients with HVH.

Key words: chronic viral hepatitis, psychological help, interferon-induced depression.