

- cheniyu. *Lechebnoe delo*. – *Medical business*. 2009;2:54-59. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/v/bol-v-shee-differentsialnyy-diagnoz-i-osnovnye-podhody-k-lecheniyu>. Accessed January 28, 2019. (In Russ.).
11. Шмырёв В. И., Фирсов А. А. Боль в спине. *Архивъ внутренней медицины*. 2014;5(19):4-9. [Shmyryov V. I., Firsov A. A. Bol' vspine. *Arhivъ vnutrennej mediciny*. – *Archive of Internal Medicine*. 2014;5(19):4-9. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2014-0-5-4-9>
 12. Sitte I., Klosterhuber M., Lindtner R. A., Freund M. C., Neururer S. B. [et al.]. Morphological changes in the human cervical intervertebral disc post trauma: response to fracture-type and degeneration grade over time. *Europ. Spine J*. 2015;25(1):80-95. <https://doi.org/10.1007/s00586-015-4089-5>
 13. Leonard J. C. Cervical Spine Injury. *Pediatric Clin. North Am*. 2013;60(5):1123-1137. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.06.015>
 14. Umana E., Khan K., Baig M., Binchy J. Epidemiology and Characteristics of Cervical Spine Injury in Patients Presenting to a Regional Emergency Department. *Cureus*. 2018;10(2):e2179. <https://doi.org/10.7759/cureus.2179>
 15. Meron A., McMullen C., Laker S. R., Currie D., Comstock R. D. Epidemiology of Cervical Spine Injuries in High School Athletes Over a Ten-Year Period. *PM&R*. 2018;10(4):365-372. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.09.003>
 16. Kalinsky E. B., Chernyaev A. V., Slinyakov L. Yu., Lychagin A. V., Kalinsky B. M., Goncharuk Yu. R. Clinical and radiographic characteristics of patients with cervicalgia after previous injury to the pectoral girdle. *Bulletin of Russian State Medical University*. 2018;2:68-72. <https://doi.org/10.24075/brsmu.2018.017>
 17. Dubouset J., Challier V., Farcy J. P., Schwab F. J., Lafage V. Spinal alignment versus spinal balance. *Global Spinal Alignment: Principles, Pathologies, and Procedures*. St. Louis, MO: Quality Medical Publishing, 2014. Available at: <https://www.scienceopen.com/document?vid=b9bf-c40f-e7a8-487f-a038-ae8088c80bc4>. Accessed January 28, 2019.
 18. Shen X.-L., Tian Y., Zhou X.-H., Ren D., Cao P., Yuan W. A Radiographic Analysis of Cervical Sagittal Alignment in Adolescent Idiopathic Cervical Kyphosis. *Clin. Spine Surg*. 2017;30(5):E560-E566. <https://doi.org/10.1097/bsd.0000000000000257>
 19. Калинин Е. Б., Марков П. Л., Гончарук Ю. Р. [и др.]. JanGO Patients System, государственная регистрация программы для ЭВМ: номер: RU2018616174. Бюллетень «Программы для ЭВМ. Базы данных. Топологии интегральных микросхем» № 6 от 24.05.18. Режим доступа: http://www1.fips.ru/wps/PA_FipsPub/res/BULLETIN/PrEVM/2018/06/20/INDEX.HTM. Ссылка активна на 28.01.2019. [Kalinskij E. B., Markov P. L., Goncharuk Yu. R. [et al.]. JanGO Patients System, gosudarstvennaya registraciya programmy dlya EVM: nomer: RU2018616174. Byulleten' «Programmydlya EVM. Bazy dannyh. Topologii integral'nyh mikroskhem» № 6 ot 24.05.18. Bulletin of «Computer Software. Data base. Integrated circuit topologies». Available at: http://www1.fips.ru/wps/PA_FipsPub/res/BULLETIN/PrEVM/2018/06/20/INDEX.HTM. Accessed January 28, 2019. (In Russ.)].
 20. Altman D. G., Bland J. M. Statistics Notes: Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity. *BMJ*. 1994;308(6943):1552-1552. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6943.1552>

Сведения об авторах:

Калинский Евгений Борисович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф; тел.: 89164227337; e-mail: eugene_kalinsky@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8103-5613>

Слиняков Леонид Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры; тел.: 89166575436; e-mail: slinyakovleonid@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1088-5522>

Черняев Анатолий Васильевич, кандидат медицинских наук, ассистент; тел.: 89104176740; e-mail: avchernjaev@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2476-1774>

Гончарук Юлия Романовна, ординатор; тел.: 89266375759; e-mail: julia.goncharuk@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0015-0266>

Лычагин Алексей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой; тел.: 89166389545; e-mail: dr.lychagin@mail.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 614.251.2; 616.895.4

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14148>

ISSN – 2073-8137

ОЦЕНКА РЕМИССИИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова, И. М. Акулин

Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация

ASSESSMENT OF REMISSION OF RECURRENT DEPRESSION AS AN INDICATOR OF QUALITY OF MEDICAL AID

Gvozdetckii A. N., Petrova N. N., Akulin I. M.

Saint-Petersburg State University, Russian Federation

Цель исследования – клинико-функциональная оценка резидуальной симптоматики, функционального статуса, качества жизни пациентов в ремиссии рекуррентной депрессии. Обследовано 52 пациента, 50,0 % соответствовало критерию полной ремиссии. Вне зависимости от типа ремиссии выявляются функциональные нарушения и снижение когнитивных функций. Для пациентов с неполной ремиссией характерны умеренные функциональные нарушения, снижение психического компонента качества жизни, большее количество когнитивных нарушений. Таким образом, выявлена социофункциональная дезадаптация пациентов при ремиссии. Для дифференцированной оценки

состояния больных и индивидуализации амбулаторной лечебно-реабилитационной помощи необходимо проводить комплексную оценку уровня резидуальных симптомов, качества жизни, функционального состояния, когнитивных функций.

Ключевые слова: рекуррентная депрессия, ремиссия, качество жизни, выздоровление, трудоспособность, когнитивное функционирование, оказание психиатрической помощи

The aim of the study was a clinical and functional assessment of residual symptoms, functional status, quality of life of patients in remission with recurrent depression. 52 patients were examined, 50.0 % met the criterion of complete remission. Regardless of the type of remission, functional disorders and a decrease in cognitive functions are detected. Patients with incomplete remission are characterized by moderate functional impairment, a decrease in the mental component of the quality of life, and a greater number of cognitive impairments. Thus, socio-functional maladaptation of patients with remission is revealed. For a differentiated assessment of the condition of patients and individualization of outpatient treatment and rehabilitation care, it is necessary to assess the level of residual symptoms, quality of life, functional state, and cognitive functions.

Keywords: recurrent depression, remission, quality of life, recovery, ability to work, cognitive functioning, psychiatric care

Для цитирования: Гвоздецкий А. Н., Петрова Н. Н., Акулин И. М. ОЦЕНКА РЕМИССИИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(4):595-599. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14148>

For citation: Gvozdetckii A. N., Petrova N. N., Akulin I. M. ASSESSMENT OF REMISSION OF RECURRENT DEPRESSION AS AN INDICATOR OF QUALITY OF MEDICAL AID. *Medical News of North Caucasus*. 2019;14(4):595-599. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14148> (In Russ.)

BAC-A – краткая батарея для оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах
MADRS – шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии
MCS – психологический суммарный компонент качества жизни

PCS – физический суммарный компонент качества жизни
SF-36 – медицинская краткая шкала для оценки качества жизни
WHODAS 2.0 – шкала оценки уровня инвалидности Всемирной организации здравоохранения

Из всех психических расстройств на рекуррентную депрессию приходится до 40,5 % лет жизни, утраченных вследствие инвалидности [1]. Ассоциация с суицидами, ишемической болезнью сердца, утратой трудоспособности позволяет рассматривать данную патологию как приоритетную цель для организации оказания медицинской помощи [2]. На сегодняшний день достижение ремиссии является главной целью терапии рекуррентной депрессии [3]. Несмотря на достижение ремиссии, у части пациентов сохраняются резидуальная симптоматика, функциональные нарушения и, как следствие, снижается качество жизни. Данные факторы сопряжены с существенным увеличением экономических расходов [3] и риска рецидива депрессии [4] в фазе ремиссии.

Для контроля данных показателей в амбулаторном звене необходима их своевременная объективная оценка. С 2017 года в России действуют критерии качества медицинской помощи, предназначенные для решения данной задачи [5]. Однако нозоспецифичные критерии утверждены только для специализированной медицинской помощи, вследствие чего отсутствует стандартизированная оценка пациентов в ремиссии. Целью данного исследования явилась клинично-функциональная оценка резидуальной симптоматики, функционального статуса, качества жизни пациентов в ремиссии рекуррентной депрессии.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты, прошедшие лечение в городской психиатрической больнице № 7 им. акад. И. П. Павлова, подписавшие информированное согласие, в возрасте от 20 до 50 лет. Обследование проводилось однократно, не ранее чем через два месяца после выписки из стационара, при условии соответствия состояния пациентов ремиссии по МКБ-10 (F33.4). Исследование одобрено Этическим комитетом СПбГУ.

Обследовано 52 больных, среди которых преобладали лица женского пола (80,8 %). Средний возраст пациентов составил 32,4±10,9 года, трудовой стаж – 13,0±10,4 года. 53,8 % пациентов имели оконченное высшее образование, остальные – либо неоконченное высшее образование, либо оконченное среднеспециальное образование. 53,1 % пациентов не состояли в браке, 16,3 % были разведены, и только у 30,6 % пациентов был оформлен брак.

Длительность заболевания составила 8,5 [4,0; 12,3] лет, за период болезни пациенты перенесли 4,0 [3,0; 6,0] эпизода депрессии. Продолжительность ремиссии между приступами составила 4,5 [1,4; 12,0] месяца, продолжительность депрессивных эпизодов достигала 3,0 [2,0; 6,0] месяцев.

67,3 % пациентов посещали психоневрологический диспансер не более 2 раз в год либо не посещали. 82,7 % пациентов за предшествующие 5 лет не получали психиатрическую помощь в дневных стационарах, в то же время 86,5 % получали стационарную психиатрическую помощь за тот же период времени.

В рамках поддерживающей терапии использовали трициклические антидепрессанты – 11,5 %, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – 42,3 %, другие антидепрессанты – 5,8 %. 7,7 и 26,9 % пациентов в качестве поддерживающей терапии также принимали транквилизаторы и нормотимики соответственно. На момент проведения обследования 25,0 % пациентов получали терапию типичными антипсихотиками, 19,2 % принимали атипичные антипсихотики.

Ремиссия оценивалась по итоговому баллу шкалы депрессии Монтгомери – Асберг (MADRS) [6]. При итоговом балле ≤10 ремиссия считалась полной, интервал 11–18 баллов свидетельствовал о неполной ремиссии [7]. Психологический (MCS) и физический (PCS) компоненты здоровья оценивались с помощью медицинской краткой шкалы для оценки качества

жизни (SF-36), нижняя граница нормы соответствовала 45 Т-баллам [8]. Шкалой оценки инвалидности Всемирной организации здравоохранения (WHODAS 2.0) измерялся уровень функциональных нарушений у пациентов [9]. Для WHODAS 2.0 градация нарушений соответствует Международной классификации функционирования, границей допустимых нарушений выбран уровень 25,0 %.

Для оценки когнитивных функций использовалась валидизированная батарея «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (BAC-A) [10], так как с их снижением связывают нарушения социального функционирования и трудоспособности больных депрессией в ремиссии [3, 11, 12]. 40 Т-баллов по всем субтестам соответствуют нижней границе нормы.

Количественные данные описывались средним и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$). Медианой и 25–75 перцентилями ($Md [Q1; Q3]$) описывались как порядковые, так и количественные данные. Категориальные показатели описывались долей от целого (%). Для анализа количественных данных линейной моделью проверялись гипотезы соответствия остатков нормальному распределению и равенства дисперсий критериями Шапиро – Франча и Ливиня соответственно. При невыполнении требований линейной модели использовалась логистическая регрессия с упорядоченным выбором. Для анализа данных, распределённых в интервале 0–100 %, использовалась бета-регрессия. Во всех случаях проверялась нулевая гипотеза равенства коэффициентов регрессии нулю. Для описания результатов линейной регрессии использовалась статистика Фишера (F), логистическая и бета модели описывались

статистикой Пирсона (χ^2). При множественных сравнениях использовалась поправка Беньямини – Йекутили. Нулевая гипотеза отклонялась при вероятности ошибки первого рода (p) менее 0,05. Для статистической обработки использовался язык программирования R v3.5.1.

Результаты и обсуждение. Уровень резидуальной депрессивной симптоматики в выборке составил 10 [6,8; 14,0] баллов по шкале MADRS. Пациенты в целом соответствовали современным критериям ремиссии, но только 26 (50,0 %) пациентов соответствовали критериям полной ремиссии.

В целом MCS в выборке составил $39,1 \pm 12,2$ баллов, PCS – $49,6 \pm 8,8$ баллов. PCS при полной ремиссии превосходил нижнюю границу нормы ($p=0,002$), чего не наблюдалось при неполной ремиссии ($p=0,305$) (табл.). В то же время MCS при полной ремиссии не превышал границу нормы ($p=1,000$), при неполной ремиссии показатель был статистически значимо ниже установленной границы ($p<0,001$) (табл.).

Степень функциональных расстройств по всей выборке составила 26,4 [17,0; 38,7] %. В группе неполной ремиссии нарушения оказались не ниже умеренных ($p<0,001$), при полной ремиссии отмечаются лёгкие нарушения функционирования ($p=0,046$) (табл.).

Вне зависимости от типа ремиссии вербальная память, речевая беглость, эмоциональное и нейтральное научение, немедленное воспроизведение нейтральной информации были статистически значимо выше нижней границы нормы. Оперативная память и темп мышления выше нижней границы нормы только при полной ремиссии, что отражает большую функциональную сохранность данной группы (табл.).

Таблица

Клинико-функциональная характеристика пациентов при полной и неполной ремиссии рекуррентной депрессии

Показатель	Описательные статистики ($M \pm \sigma$)/($Md [Q1; Q3]$)		Сравнение граничным значением (p)		Межгрупповое сравнение	
	Неполная	Полная	Неполная	Полная	Тест	p
SF-36						
PCS	46,7±8,0	52,5±8,7	0,305	0,002	$\chi^2=5,3$	0,060
MCS	33,8±11,4	44,4±10,8	<0,001	1,000	F=10,4	0,006
WHODAS 2.0						
Функциональные нарушения, %	36,8 [25,5;52,8]	17,5 [7,3;26,7]	<0,001	0,046	$\chi^2=21,0$	<0,001
BAC-A						
Вербальная память	51,9±12,4	54,8±10,4	<0,001	<0,001	F=0,8	0,679
Оперативная память	45,5±12,6	47,8±10,3	0,095	0,004	F=0,5	0,876
Моторные навыки	42,1±12,0	42,6±11,5	1,000	1,000	F=0,0	1,000
Речевая беглость	51,7±8,1	52,8±8,2	<0,001	<0,001	F=0,2	1,000
Темп мышления	47,3±19,1	47,7±13,6	0,167	0,044	F=0,0	1,000
Планирование	42,3±21,6	40,6±10,4	0,439	1,000	$\chi^2=2,0$	0,439
Тест подавления эмоций						
Чтение слов	47,6±15,8	43,6±16,3	0,115	0,670	F=0,8	0,670
Цвета	42,2±13,9	41,3±12,9	1,000	1,000	F=0,1	1,000
Нейтральные слова	38,8±12,7	41,2±20,9	1,000	1,000	$\chi^2=0,2$	1,000
Эмоциональные слова	39,4±13,3	40,0±17,6	1,000	1,000	F=0,0	1,000
Тест аффективной интерференции (научение)						
Эмоциональное	51,4±13,1	51,7±11,2	<0,001	<0,001	F=0,0	1,000
Нейтральное	53,2±13,4	54,9±9,7	<0,001	<0,001	F=0,3	1,000
Тест аффективной интерференции (немедленное воспроизведение)						
Эмоциональное	42,2±14,1	46,5±11,8	0,809	0,054	F=1,4	0,655
Нейтральное	49,6±12,4	55,2±11,3	0,002	<0,001	F=2,9	0,171
Тест аффективной интерференции (отсроченное распознавание)						
Эмоциональное	39,4±20,2	40,6±18,1	1,000	1,000	$\chi^2=0,0$	1,000
Нейтральное	45,2±17,5	47,0±14,3	0,230	0,065	$\chi^2=0,1$	1,000

Результат текущего исследования демонстрирует социофункциональную дезадаптацию пациентов с рекуррентной депрессией в фазе ремиссии, которая более выражена в случае неполной ремиссии. Так как в последние годы в качестве цели терапии предлагают функциональное восстановление пациентов [3, 12–16], можно констатировать отсутствие оптимального результата лечения. Если принять во внимание сокращение времени обслуживания пациента и недостаточность преемственности оказания помощи [17–19], то обеспечение желаемого качества психиатрической помощи больным депрессией остаётся под вопросом.

По аналогии с действующими критериями качества специализированной медицинской помощи можно предложить аналогичные критерии качества оценки амбулаторной психиатрической помощи пациентам с расстройствами рубрик F32–33:

1. Выполнена оценка выраженности резидуальной симптоматики по шкалам MADRS или HDRS.

2. Выполнена оценка качества жизни (SF-36, опросник качества жизни ВОЗ) и оценка уровня инвалидности (WHODAS 2.0).

Литература/References

- Whiteford H. A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A. J., Ferrari A. J. [et al.]. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382(9904):1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Ferrari A. J., Charlson F. J., Norman R. E., Patten S. B., Freedman G. [et al.]. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*. 2013;10(11):e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Sheehan D. V., Nakagome K., Asami Y., Pappadopoulos E. A., Boucher M. Restoring function in major depressive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2017;215:299–313. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.029>
- IsHak W. W., Greenberg J. M., Cohen R. M. Predicting relapse in major depressive disorder using patient-reported outcomes of depressive symptom severity, functioning, and quality of life in the individual burden of illness index for depression (IBI-D). *Journal of Affective Disorders*. 2013;151(1):59–65. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2013.05.048>
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Режим доступа: <https://cdnimg.rg.ru/pril/140/46/90/46740.pdf>. Ссылка активна на 19.09.2018. [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 10.05.2017 No 203n «On the approval of criteria for assessing the quality of medical care». Available at: <https://cdnimg.rg.ru/pril/140/46/90/46740.pdf>. Accessed September 19, 2018. (In Russ.)].
- Montgomery S. A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. 1979;134(4):382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Zimmerman M., Posternak M. A., Chelminski I. Derivation of a definition of remission on the Montgomery – Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*. 2004;38(6):577–582. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.007>
- Maruish M. E. User's Manual for the SF-36v2 Health Survey (3rd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2011.
- Üstün T. B., Chatterji S., Kostanjsek N., Rehm J., Kennedy C. [et al.]. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(11):815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Янушко М. Г., Шаманина М. В., Аристова Т. А., Киф П., Иванов М. В., Толмачева М. Стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (BAC-A) на основе нормативных данных российской популяции. *Российский психиатрический журнал*. 2015;(2):68–75. [Yanushko M. G., Shamanina M. V., Aristova T. A., Keefe R., Ivanov M. V., Tolmacheva M. Standardization of the scale «Brief assessment of cognition in patients with affective disorders» (BAC-A) on the basis of normative data for Russian population. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. – Russian Journal of Psychiatry*. 2015;(2):68–75. (In Russ.)].
- Knigh M. J., Air T., Baune B. T. The role of cognitive impairment in psychosocial functioning in remitted depression. *Journal of Affective Disorders*. 2018;235:129–134. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.051>
- Woo Y. S., Rosenblat J. D., Kakar R., Bahk W. M., McIntyre R. S. Cognitive Deficits as a Mediator of Poor Occupational Function in Remitted Major Depressive Disorder Patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2016;14(1):1–16. <https://doi.org/10.9758/cpn.2016.14.1.1>
- Romera I., Perez V., Gilaberte I. Remission and functioning in major depressive disorder. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2013;41(5):263–268. Available at: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ENG/15-85-ENG-263-268-956516.pdf>. Accessed September 19, 2018.
- Voort T. Y. G. van der, Seldenrijk A., Meijel B. van, Goossens P. J. J., Beekman A. T. F. [et al.]. Functional Versus Syndromal Recovery in Patients With Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2015;76(6):809–814. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09548>
- IsHak W. W., Bonifay W., Collison K., Reid M., Youssef H. [et al.]. The recovery index: A novel approach to measuring recovery and predicting remission in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2017;208:369–374. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.081>
- Xiao L., Feng L., Zhu X. q., Feng Y., Wu W. [et al.]. Comparison of residual depressive symptoms and functional impairment between fully and partially remitted patients with major depressive disorder: a multicenter study. *Psychiatry Research*. 2018;261:547–553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.020>
- Светличная Т. Г., Смирнова Е. А., Мордовский Э. А. Сравнение ресурсов доступа к психиатрической помощи у групп психически здоровых и нездоровых лиц. *Социологический журнал*. 2014;(3):86–100. [Svetlichnaja T. G., Smirnova E. A., Mordovsky E. A. Comparison of access resources to psychiatric support for groups of mentally sane and abnormal people. *Sociological Journal*. 2014;(3):86–100. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.19181/socjour.2014.3.514>
- Валинуров Р. Г., Ахмерова И. Ю., Тулбаева Н. Р. Обзор состояния психиатрической службы Приволжского федерального округа и перспективы её развития. *Вестник Калужского университета*. 2015;(4):25–28. [Valinurov R. G., Ahmerova I. U., Tulbaeva N. R. Review

of mental health services status of Privolzhskiy Federal district and its development prospects. *Vestnik Kaluzhskogo universiteta*. – *Bulletin of the Kaluga University*. 2015;(4):25-28. (In Russ.).

19. Букреева Н. Д. Перспективы повышения качества оказания психиатрической помощи в Российской

Федерации. *Российский психиатрический журнал*. 2016;(1):4-9. [Bukreeva N. D. Outlook for improved quality of psychiatric care in the Russian Federation. *Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal*. – *Russian Journal of Psychiatry*. 2016;(1):4-9. (In Russ.).]

Сведения об авторах:

Гвоздецкий Антон Николаевич, аспирант; тел.: 89119370999; e-mail: st045829@student.spbu.ru, comisora@yandex.ru

Петрова Наталия Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии; тел.: 88123210683; e-mail: petrova_nn@mail.ru

Акулин Игорь Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права; тел.: 89062785992; e-mail: orgzdrav@spbu.ru

© Коллектив авторов, 2019

УДК 616.36-004+616.149-008.341.1]-089

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14149>

ISSN – 2073-8137

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЁННЫМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Н. Г. Сапронова, Э. В. Светова, Р. Н. Канцуров, Ю. В. Лукаш, М. Р. Канкурова

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону, Российская Федерация

RISK PREDICTION OF HYPERCOAGULATION COMPLICATIONS AFTER OPERATION OF PORTOSYSTEM BYPASS IN PATIENTS WITH HEPATIC CIRRHOSIS COMPLICATED BY PORTAL HYPERTENSION

Sapronova N. G., Svetova E. V., Kancurov R. N., Lukash Yu. V., Kancurova M. R.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

В последние годы появляется всё больше данных о наличии у пациентов с циррозом печени гиперкоагуляционного синдрома, диагностика которого имеет свои особенности. Необходимость углубленного изучения гемостаза у таких больных обусловлена имеющимся у них риском развития в послеоперационном периоде тромботических осложнений, имеющих жизнеугрожающий характер. Все известные методики и способы прогнозирования и оценки состояния тяжести пациентов с циррозом печени направлены на оценку степени печеночной недостаточности и риска кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Для улучшения послеоперационного прогноза нами был разработан способ прогнозирования риска гиперкоагуляционных осложнений (Патент РФ на изобретение № 2665118), основанный на анализе совокупности определенных данных. 31 пациенту с циррозом печени вирусной этиологии, осложнённым портальной гипертензией, была выполнена операция трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования. Предложенный способ позволил распределять пациентов по группам риска для определения показаний для своевременного назначения профилактического курса медикаментозной терапии.

Ключевые слова: трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование, цирроз печени, портальная гипертензия, тромбодинамика, гемостаз

In recent years, more and more data have appeared in the literature on the presence of hypercoagulable syndrome in patients with cirrhosis of the liver, the diagnosis of which has its own peculiarities. The need for in-depth study of hemostasis in such patients is due to their risk of developing post-operative thrombotic complications that are life-threatening in nature. All known methods and ways of predicting and assessing the severity of patients with cirrhosis are aimed at assessing the degree of hepatic insufficiency and the risk of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach. In order to improve the postoperative prognosis, we developed a method for predicting the risk of hypercoagulable complications (Patent of the Russian Federation for invention № 2665118), based on the analysis of a set of specific data. The clinical material includes 31 patients with cirrhosis of the liver of a viral etiology complicated by portal hypertension, who underwent the TIPS. The proposed method made it possible to distribute patients to risk groups in order to determine the indications for the timely prescription of a preventive course of drug therapy.

Keywords: transjugular intrahepatic portosystemic shunting, cirrhosis, portal hypertension, thrombodynamics, hemostasis