

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Сурмач Е.М., Квачук В.С., Сурмач Е.И., Синкевич И.А.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

*УЗ «Городская клиническая больница №3», г. Гродно, Беларусь**

Понятие стресса было введено в медицинскую практику канадским биологом и врачом Гансом Селье в 1936 г. Селье выделил два типа стресса: оказывающий на человека позитивное влияние эустресс, и дистресс, влияющий негативно. В настоящее время ведется изучение влияния стресса на формирование заболеваний, ряд авторов предполагает, что умеренный стресс улучшает адаптацию человека, другие утверждают, что стрессоры (в том числе и «положительные») снижают уровень адаптации, приводят к развитию эмоциональных расстройств, а затем и соматической патологии [1,2]. Длительный стресс требует высокого напряжения функциональных систем организма, приводит к развитию постстрессорных патологических процессов (соматизация стрессовых расстройств) [3]. Американские психологи Р. Холмс и Д. Рей разработали шкалу, разместив важные жизненные события в зависимости от степени вызываемого ими эмоционального напряжения. Так, например, смерть близких отмечена в шкале 100 баллами, свадьба – 50, смена места жительства – 20, отпуск – 13. Считается, что накопление в течение одного года напряжения, в сумме превышающего 300 баллов, может привести к развитию соматической патологии. Изучение данных вопросов позволяет заниматься профилактикой «стрессиндуцированных» заболеваний [4,5].

Цель исследования: оценить частоту встречаемости психосоциальных стрессорных событий, тревоги, депрессии у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ), а также у лиц без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы:

Обследованы 158 пациентов (мужчины), средний возраст 53 [49-57] года, с перенесенным ИМ давностью от 2 до 12 месяцев. Контрольная группа состояла из 43 добровольцев - мужчин, средний возраст 45 лет [42-48], без ИБС. Для опроса использовались шкала стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Рэя, оценивалось количество стрессовых событий в течение 1 года до перенесенного ИМ, а также госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [6].

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы Statistica 6.0 (методы описательной статистики, тест Манна-Уитни), результаты представлены в таблице 1 в виде медианы и интерквартильного размаха.

Таблица 1: Показатели шкалы Холмса –Рэя у пациентов с ИБС и группы контроля.

Изучаемый показатель	Группа с ИБС (n=158)	Контрольная группа (n=43)
Значение по шкале Холмса -Рэя	186 [127,0-253,0]*	85 [60,0-120,0]

Примечание: *- достоверные различия по сравнению с контрольной группой, $p=0,02$

Как видно из таблицы, значения по шкале в обеих группах ниже 300, однако уровень значений в группе с ИБС значительно выше, чем у здоровых добровольцев. Согласно результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии показатели уровня тревоги в группе ИБС составили 8,00 [6,00-9,00], депрессии – 8,00 [6,00-9,00], в группе контроля депрессии – 4,00 [4,00-5,00], тревоги – 5,00 [4,00-7,00]. При сравнении групп с ИБС и контроля, выявлены достоверные различия в показателях шкалы тревоги и депрессии по обеим подшкалам ($p<0,001$ для тревоги, депрессии). Субклинический уровень депрессии (шкала HADS) диагностирован у 43% пациентов с ИБС, клинический – у 10%, субклинический уровень тревоги – у 54%, клинический – у 7%; субклинический уровень депрессии выявлен у 3% здоровых, тревоги – у 16%, клинических проявлений тревоги, депрессии не было выявлено. Выполнена оценка различий в группе с перенесенным ИМ в зависимости от уровня тревоги – депрессии по шкале HADS. Найдено, что уровень значений по шкале стрессоустойчивости и социальной адаптации в группе ИБС с клиническими проявлениями депрессии был выше (210 [127,0-293,0]), чем в группе без расстройств настроения (153 [120,0-230,0], $p<0,01$), различий с группой, имевшей клинические проявления тревоги (165 [121,0-210,0], $p>0,05$), не найдено.

Выводы:

1. Пациенты – мужчины с ИБС имеют более высокий уровень стрессовых событий в жизни в течение 1 года до ИМ в сравнении со здоровыми добровольцами.
2. Пациенты с перенесенным ИМ имеют более высокий уровень тревоги, депрессии в сравнении с группой контроля.
3. Выявлена стрессовая отягощенность у пациентов с ИБС и депрессией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства / Ю.А. Александровский // Русский медицинский журнал. – 1996. – т. 3, № 11 – С.689-694.
2. Акарачкова Е.С. Применение Магне В6 в терапевтической практике / Е.С. Акарачкова // Трудный пациент. – 2007. – № 5. – С.48-54.
3. Воробьева О.В. Стресс-индуцированные психовегетативные реакции / О. В. Воробьева // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13, № 12. – С.798-801.
4. Frequency of anxiety and psychosocial stressful events in patients with acute myocardial infarction / M.A. Khan [et al.] // J. of Epidemiology and Community Health. – 2005. – Vol. 59. – P.23-30.
5. Holmes, T., Rahe R. The Social Readjustment Rating Scale / T. Holmes, R. Rahe // J. of Psychosomatic Research. – 1967. – Vol.11. – P.213-218.

6. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review / Ingvar Bjelland [et al.] // J. of Psychosomatic Reseach. -2002. – Vol. 52(2). – P.69-77.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТЬ КАК ПРИНЦИП ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ НА ПРИМЕРЕ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

Сурмач М.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Развитие современной науки всё более отдаляется от сепарации на отдельные, непересекающиеся дисциплины, переходя к пути синтеза. Открытия возникают на «стыке» специальностей одной и разных отраслей научного знания, получая научное обоснование в русле кросс-, мульти-, интер- и трансдисциплинарного взаимодействия [1; 5].

Понятие междисциплинарности охватывает типологию всех вышеуказанных научно-практических взаимодействий. Междисциплинарность – это «осмысление, осуществляемое за рамками конкретной определенной научной дисциплины,... в постановке проблем, в подходах к их решению, в развитии теорий, выявлении связей между ними, формировании новых дисциплин» [4]. Возможно следующее практическое решение междисциплинарного взаимодействия. Во-первых, когда исследователь использует язык описания одной области для описания другой области. Во-вторых, когда используются различные языки для описания различных сегментов сложного комплекса. В-третьих, когда исследователь создает новый синтез, открывающий новую реальность. И тогда он пользуется новым языком. Этот случай есть случай создания новой дисциплины.

Большинство стратегий междисциплинарности объединены принципом, согласно которому в обеих (во всех) взаимодействующих дисциплинах формируются новое знание и новые результаты. Но результаты различаются кардинально на два типа. При первом они принадлежат каждой отдельной из объединившихся «механически» для решения конкретной задачи наук, и каждая наука продолжает использовать свои собственные теории и методы и строить свои собственные теории и модели. При втором типе взаимодействие более продуктивно: в каждой из взаимодействующих дисциплин образуется новое знание, причём это знание является для них общим, интегрирующим [6]. Творческий научный подход реализуется с наибольшей степенью инновативности при таком взаимодействии, когда создаётся новый синтез, формирующий новую дисциплину, а получаемые при этом новые научные результаты являются интегрирующими для взаимодействующих научных сфер, и одновременно привносят новизну в каждую из них. Примером именно такого взаимодействия явилось создание новой для Беларуси научной специальности – социология медицины (шифр по номенклатуре ВАК РБ 14.02.05, медицинские, социологические науки) [2].

Социология медицины – область медицинской науки, предметом изучения которой являются функционирование и развитие социальных