

слоях раны, по-видимому, связанные с нарушениями кровообращения (разрывы кровеносных сосудов, примыкающих к этим зонам). Ткань печени отвечает выраженной пролиферацией молодой фиброзной ткани (грануляционная ткань) в ране. Грануляционная ткань покрывая рану на 7-ой день проникает в наложенный клей, что проявляется реакцией характерной для инородного тела. Гистологически: материал фрагментирован, вокруг фрагментов наблюдается выраженная гистиоцитарная реакция с образованием гигантских клеток инородных тел. К 7-му дню большая часть клея резорбируется. На всех этапах эксперимента не выявлено существенных различий в общем состоянии и структуре использованных клеев, а также в их взаимодействии с печеночной тканью.

Опыты с наложением Тахокомба и фибринового клея на раневую поверхность нормальный (нецирротической) печени выявляют гистологическую картину, схожую с вышеописанной. Клеи останавливают кровотечения, прилипают к поверхности раны, сохраняются до 7-й дня после операции.

Литература:

1. Брехов, Е.И., Аксенов, И.В., Брыков, В.И. и др. Функциональное состояние печени в ранние сроки после эндоскопической холецистэктомии. *Эндоскопическая хирургия*. 2000. №2, с.14.
2. Дадвани, С., Ветшев, П., Шулутко, А., Прудков, М. *Желчнокаменная болезнь*. М.: Видар-М, 2000. 144 с.
3. Johnston, ДюЕ., Kaplan, МюМ. Pathogenesis and treatment of gallstones. *N Engl J Med* 1993;328(6) p.412-21.
4. Lang, H. Zentrale Gallengangskarzinome. *Der Chirurg* 2006;77, p.325-35.
5. Robert, Service. *The liver and biliary system*. 2000, p.13-68
6. Vlad, M., Niculescu C., Hârtovescu T. Şi Al. Microirigația vezicii biliare. Substrat al tulburărilor ischemice ale rezervorului biliar. *Zilele medicale prahovene*. Sinaia, 1994. p. 83-84.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Попеня И.С.

УО “Гродненский государственный медицинский университет”

Рассеянный склероз (РС) – хроническое заболевание центральной нервной системы, связанное с возникновением очагов демиелинизации, сопровождающееся нарушениями в двигательной и чувствительной сфере и часто приводящее к инвалидности. Неблагоприятный прогноз, непредсказуемое течение, множественные неврологические последствия РС являются факторами, ухудшающими течение самого заболевания и негативно влияющими на качество жизни пациентов. Исследование эмоционально-

личностной сферы пациентов с РС, оценка их отношения к своему заболеванию являются важными этапам процесса медико-психологической реабилитации. Отношение к болезни тесно сопряжено с осознанием ее личностью, пониманием влияния заболевания на жизненно важные функции, а также на эмоциональные и поведенческие реакции.

Целью работы явилось оценка отношения к болезни среди пациентов, страдающих РС, а также анализ взаимосвязи типа отношения к болезни с выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики при РС.

В исследовании приняли участие 59 пациентов с подтвержденным диагнозом РС - 17 мужчин и 42 женщины. Средний возраст пациентов составил 40,3 ($\pm 12,11$) года – от 17 до 63 лет. Для диагностики типа отношения к болезни использовалась «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ)» - личностный опросник Бехтеревского института, предназначенный для диагностики вариантов личностного реагирования на заболевание, а также для определения типа отношения к болезни у индивидов с различными заболеваниями. Выраженность тревоги и депрессии определялись с помощью полуструктурированного клинического интервью с заполнением Шкал депрессии и тревоги Гамильтона.

В результате анализа полученных данных было выявлено, что у пациентов с РС в чистом виде диагностируются следующие типы отношения к болезни: эргопатический (15,3% обследованных пациентов), гармоничный (13,6%), сензитивный (10,2%), тревожный (3,4%) и анозогностический (1,7%). У 44,1% пациентов был диагностирован смешанный тип отношения к болезни, преобладали эргопатически-сензитивный (10,2% от числа всех пациентов) и тревожно-сензитивный (6,8%). Среди составных частей смешанного типа отношения к болезни наиболее часто встречающимися были сензитивный (у 34% пациентов), эргопатический (15,3%), тревожный (13,6%) и неврастенический (10,2%). Кроме того, у 11,9% от числа всех пациентов диагностирован диффузный тип отношения к болезни, когда ведущими являются 4 и более составляющих.

При оценке выраженности депрессивных симптомов у данной группы пациентов средние значения по шкале Гамильтона составили 15,9 ($\pm 10,3$) баллов. При этом по итогам клинического интервью у 17 (28,8%) пациентов не было выявлено депрессии, у 8 (13,6%) наблюдались признаки легкой депрессии, у 11 (18,6%) пациентов диагностированы депрессивные симптомы средней тяжести, еще у 23 (39,0%) – выраженная депрессия. Таким образом, клинически выраженная депрессия наблюдалась у 57,6% обследованных пациентов с РС.

При диагностики тревожных симптомов средний балл в исследуемой группе пациентов составил 14,6 ($\pm 10,2$), при этом у 38 (64,4%) пациентов степень выраженности тревоги не достигала клинического уровня, у 11 (18,6%) обследуемых была диагностирована средняя выраженность тревоги, у 10 (16,9%) – тревога тяжелой степени.

В результате анализа корреляций между выраженностью депрессивных симптомов и выраженностью отдельных составляющих отношения к болезни была выявлена статистически значимая взаимосвязь (во всех случаях $p < 0,01$) между уровнем депрессии и тревожным (+0,34), ипохондрическим (+0,4), неврастеническим (+0,36), меланхолическим (+0,46), апатическим (+0,4) и эгоцентрическим (+0,43) отношением к заболеванию, а также отрицательная корреляция с эргопатическим типом реагирования на болезнь (-0,33). Выраженность симптомов тревоги имела положительную корреляцию с теми же составляющими отношения к болезни: тревожным (+0,33), ипохондрическим (0,33), неврастеническим (+0,39), меланхолическим (+0,34), апатическим (+0,32) и эгоцентрическим (+0,34), однако была обнаружена отрицательная корреляция между уровнем тревоги и анозогнозической реакцией (-0,33).

При сравнении пациентов с клинически выраженной депрессией и отсутствием таковой (по критерию U Манна-Уитни) было обнаружено, что пациенты с депрессией чаще проявляют ипохондрические, неврастенические, меланхолические, апатические и эгоцентрические реакции. В аналогичном сравнении пациентов с наличием клинической тревоги и без нее также отмечено, что испытуемые с наличием тревоги чаще демонстрируют ипохондрические, неврастенические, меланхолические, апатические, эгоцентрические, а также тревожные реакции на болезнь. В то же время, пациенты без тревоги более склонны к гармоничному отношению к болезни.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что у большинства пациентов с рассеянным склерозом преобладает смешанный тип отношения к болезни с преобладанием сензитивных и эргопатических реакций, а в чистом виде чаще встречается эргопатический, гармоничный и сензитивный тип. Более чем у половины пациентов (57,6%), принявших участие в исследовании, наблюдались симптомы клинически выраженной депрессии, а 35,5% обследуемых выявлены признаки клинически выраженной тревоги. Корреляционный анализ выявил, что у пациентов с выраженными ипохондрическим и апатическим отношением к болезни более выражена депрессия, а при неврастеническом – тревога; меланхолическое и эгоцентрическое реагирование на болезнь коррелирует как с выраженностью, депрессии, так и тревоги.

Полученные результаты требуют дополнительного осмысления. Например, можно предположить, что в общесоматической практике за ипохондрическими, эгоцентрическими, сензитивными реакциями пациента могут стоять тревожно-депрессивные расстройства, которые, несмотря на высокую распространенность, не всегда вовремя диагностируются и, соответственно, остаются без коррекции. Внимание врачей-неврологов к личностным реакциям пациентов с рассеянным склерозом на болезнь может повысить выявляемость эмоциональных нарушений у данной категории пациентов.