

Не менее значимы в наш век депрессии, как его уже называли психологи, психо-профилактика и психогигиена. В 16-м отделении ГОКПБ организована «Школа здоровья», в которой проводятся занятия по следующим темам:

1. Что такое психопрофилактика, психогигиена и психотерапия?
2. Расстройства сна и их профилактика.
3. Стресс без дистресса.
4. Земное эхо солнечных бурь.
5. Оптимизм и здоровье.
6. Общение и его оптимизация.
7. Условия здоровья.
8. Мудрость Будды и царя Соломона.

Занятия проводятся совместно врачами и психологами 16-го отделения и ассистентом кафедры.

Сотрудниками кафедры психиатрии совместно с коллегами кафедры общественного здоровья и здравоохранения на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» 10 ноября 2011 года проведен научно-практический образовательный семинар для специалистов районных медицинских организаций «Психосоматическая патология в работе врача терапевта. Особенности ведения пациентов». Тем же коллективом на базе РНПЦРМиЭЧ 22 марта 2012 года проведен аналогичный семинар «Конфликтология в медицинской среде».

Сотрудничество практических врачей и сотрудников кафедр медицинских университетов повышает терапевтический эффект, улучшает качество жизни пациентов, способствует расширению кругозора специалистов.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Авдей Г.М., Сви́динская М.В., Савко Н.Г., Авдей С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост числа больных с цереброваскулярными заболеваниями, сопровождающимися тревожно-депрессивными расстройствами [2]. С наибольшей частотой депрессия после перенесенного инсульта встречается у больных через 3 – 6 месяцев [1]. В настоящее время известно, что коморбидность депрессии и тревоги увеличивает риск летального исхода в восстановительном периоде, значительно ограничивает активность в повседневной жизни, усиливает выраженность когнитивных нарушений, утяжеляет течение сопутствующей соматической патологии. Поэтому своевременное выявление и лечение постинсультной депрессии и тревоги будет способствовать повышению качества жизни и снижению смертности у больных с тревожно-депрессивными расстройствами после мозгового инсульта [1].

Важна и совокупность представлений пациента о болезни, т.е. «внутренняя картина болезни (ВКБ) [3, 5]. Такие представления существенным образом влияют на медицинские, профессиональные, семейные и иные последствия соматического страдания. Изучение внутренней картины болезни, по мнению некоторых авторов [А.В. Добровольского, 2006], весьма актуально, особенно в аспекте разработки дифференцированных подходов к коррекции отношения больного к собственному заболеванию и проводимой терапии [3].

Цель исследования: оценить гендерные особенности психоэмоционального состояния и внутренней картины болезни у пациентов в раннем восстановительном периоде инфаркта мозга (ИМ) с последующей коррекцией лечения этих нарушений.

Материал и методы исследования. Обследованы 28 больных трудоспособного возраста (средний возраст $49,8 \pm 2,0$): 18 мужчин в возрасте от 42 до 57 лет (средний возраст $49,5 \pm 2,51$) и 10 женщин в возрасте от 46 до 52 лет (средний возраст составил $49,0 \pm 1,34$ лет) с диагнозом: ИМ в левом каротидном бассейне (14 человек), в вертебробазилярном бассейне (14 человек), атеротромботический тип. У всех больных имели место артериальная гипертензия III, риск 4, ишемическая болезнь сердца. Больные обследованы в ранний восстановительный период (до 3 месяцев после инсульта). Всем больным были проведено клиническое обследование с оценкой степени неврологического дефицита по шкале объективизации состояния пациента при инсульте (шкале Национального института инсульта (NIHSS)) и индекса активности повседневной жизни Бартела [4]. Для подтверждения локализации очага и характера инсульта использовались нейровизуализационные методы: компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография. Психоэмоциональное состояние больных оценивали по шкале Бека (депрессию) и опроснику Спилберга-Ханина (ситуативную и личностную тревожность) [4]. Для определения типов отношения к болезни (внутренней картины болезни) использован личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [3]. Исследование проводилось через месяц после острого сосудистого эпизода на фоне лечения больных сосудорасширяющими (винпоцетин, кавинтон), метаболическими (пирацетам) препаратами, антиагрегантами (аспирин, кардиомагнил), гипотензивными и диуретическими препаратами в сочетании с лечебной физкультурой и физиотерапевтическими методами лечения. Полученные результаты фиксировали как в общей группе больных, так и в зависимости от пола у мужчин и женщин. Результаты обрабатывали статистически, с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Оценка шкалы объективизации состояния больных при ИМ в раннем восстановительном периоде выявила больше неврологических симптомов у лиц женского пола, чем у мужчин ($p < 0,01$) (табл.). У женщин имели место более выраженные двигательные, чувствительные и координаторные нарушения, расстройства речи в виде афазии ($p < 0,05$), а у мужчин в виде дизартрии ($p < 0,05$). Соответственно, реабилитационный потенциал женщин, перенесших ИМ, был низким ($p < 0,05$). Высокие значения этого показателя по шкале Бартеля у мужчин позволяли считать возможным практически полное восстановление физического статуса больных с ИМ в раннем восстановительном периоде.

Отмечено различие психоэмоционального состояния пациентов, перенесших ИМ, в зависимости от пола. У мужчин с ИМ не установлено депрессивных расстройств, в то время как у женщин выявлена депрессия средней тяжести ($p < 0,01$) (табл. 1). Они были обеспокоены своим состоянием, с тревогой отзывались о своей внешности, были расстроены, что не могут выполнять никакую работу.

У всех пациентов выявлена ситуативная и личностная тревожность. Больные были беспокойны, чувствовали напряженность, скованность. При этом ожидаемые трудности их очень тревожили, они легко могли заплакать, быстро уставали. У мужчин отмечалась низкая ситуативная и умеренная личностная тревожность. Уровень тревоги у женщин был выше ($p < 0,05$, $p < 0,05$) (см. табл.). У них зафиксированы высокие показатели личностной тревожности и умеренный уровень ситуативной тревожности. Женщины в большей мере переживали за свое состояние, были беспокойны, испытывали субъективный дискомфорт и вегетативное возбуждение. Высокие значения их личностной тревожности указывали на то, что заболевание для них – это стрессовая ситуация, которая вызывает выраженную тревогу.

Таблица – Показатели клинических проявлений и психоэмоционального состояния больных с инфарктом мозга в раннем восстановительном периоде (в баллах)

Показатели		Больные, М ± m			p
		Общая группа, n = 28	Мужчины, n = 18	Женщины, n = 10	
		1	2	3	
Шкала объективизации состояния пациента при инсульте	Уровень бодрствования	0,1 ± 0,01	0,1 ± 0,01	0	
	Ответы на вопросы	0,2 ± 0,01	0,2 ± 0,02	0	
	Выполнение инструкций	0,7 ± 0,01	0,6 ± 0,02	1,0 ± 0,03	p < 0,05
	Агнозия	0,2 ± 0,01	0,1 ± 0,01	0,2 ± 0,01	p < 0,05
	Парез зрения	0,1 ± 0,01	0	0,2 ± 0,01	
	Поля зрения	0,2 ± 0,01	0	0,4 ± 0,01	
	Парез лицевой мускулатуры	0,4 ± 0,02	0,5 ± 0,01	0,4 ± 0,01	p < 0,05
	Движения в руке	0,4 ± 0,01	0,2 ± 0,01	0,8 ± 0,03	p < 0,05
	Движения в ноге	0,3 ± 0,01	0	0,8 ± 0,02	
	Подожвенные рефлексy	0,4 ± 0,02	0	1,0 ± 0,01	
	Атаксия конечностей	0,3 ± 0,01	0,2 ± 0,01	0,4 ± 0,01	p < 0,05
	Чувствительность	0,4 ± 0,01	0,3 ± 0,01	0,6 ± 0,02	p < 0,05
	Дизартрия	0,5 ± 0,02	0,6 ± 0,02	0,4 ± 0,02	p < 0,05
	Афазия	0,3 ± 0,01	0,2 ± 0,01	0,4 ± 0,01	p < 0,05
	Изменения в сравнении с предыдущим осмотром	0,4 ± 0,01	0,1 ± 0,01	0,8 ± 0,01	p < 0,01
	Изменения в сравнении с первым осмотром	0,5 ± 0,02	0,2 ± 0,01	1,0 ± 0,02	p < 0,01
Итого:	4,9 ± 1,0	2,9 ± 0,02	8,4 ± 0,05	p < 0,01	
Шкала Бартеля		79,3 ± 6,09	88,9 ± 6,06	62,0 ± 5,24	p < 0,05
Шкала Бека		14,2 ± 3,13	9,3 ± 0,16	23,0 ± 0,97	p < 0,01
Опросник Спилберга-Ханина	Ситуативная тревожность	34,4 ± 3,40	30,9 ± 3,83	40,6 ± 3,39	p < 0,05
	Личностная тревожность	48,9 ± 3,0	44,8 ± 3,34	56,4 ± 4,26	p < 0,05

Примечание: p – критерий достоверности показателей граф 2 и 3

При исследовании внутренней картины болезни у большинства мужчин обнаружены тревожный и эргопатический типы отношений к болезни. Их беспокоила мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. В отличие от ипохондриков, этих пациентов более интересовали объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому они предпочитали больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Для некоторых больных мужского пола был характерен «уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях они во что бы то ни стало хотели выполнять и продолжать работу. У женщин выявлены эгоцентрический, сенситивный, обсессивно-фобический типы отношений к болезни. Чаще у женщин встречался эгоцентрический тип – «уход в болезнь». Они выставляли напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью полностью завладеть их вниманием. Все должны были забыть и бросить все и заботиться только о больном. Не исключалась чрезмерная озабоченность у женщин о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни, опасения, что окружающие станут избегать, считать их неполноценными, пренебрежительно или с опаской к ним относиться. У некоторых женщин встречалась тревожная мнительность, которая касалась опасений не реальных,

а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, возможных неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью.

Таким образом, у больных с ИМ в раннем восстановительном периоде имели место тревожно-депрессивные расстройства и изменения типов отношения к болезни.

Выводы:

1. У всех пациентов с ИМ в раннем восстановительном периоде выявлены неврологические симптомы, но более выраженные двигательные, чувствительные, координаторные нарушения и речевые расстройства наблюдались у женщин.

2. Депрессивных расстройств у мужчин с ИМ в раннем восстановительном периоде не выявлено, а у женщин наблюдалась депрессия средней степени тяжести.

3. У мужчин обнаружены низкая ситуативная и умеренная личностная тревожность, у женщин – высокие показатели личностной тревожности и умеренный уровень ситуативной тревожности.

4. Установлены типы отношения к болезни: у мужчин – тревожный и эргопатический, у женщин – эгоцентрический, сенситивный, обсессивно-фобический.

5. Выявленные гендерные особенности психоэмоционального состояния и внутренней картины болезни пациентов с ИМ в раннем восстановительном периоде являются ориентиром в коррекции лечебных и реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Байстаева Ж.Ю. Тревожно-депрессивные расстройства в восстановительном периоде ишемического инсульта / Ж.Ю. Байстаева, Г.Б. Абасова. – www.rusnauka.com

2. Дамулин И.В. Постинсультные двигательные расстройства / И.В. Дамулин // Consilium Medicum. – 2003. – N 2. – С. 64.

3. Добровольский, А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни / А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – N 1. – С. 23 – 27.

4. Кушнир Г.М. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике / Г.М. Кушнир, В.В. Могильников, Л.Л. Корсунская. – Симферополь, 2010. – 34 с.

5. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия – М., 1977. – 213 с.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ У СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ

Авдей Г.М., Михалкович Н.В., Леменовская П.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

По современным представлениям, психосоматические заболевания являются одним из наиболее характерных проявлений так называемых «болезней цивилизации» [5]. Именно развитие цивилизации непрерывно стимулирует появление все большего количества качественно новых патогенных факторов, с одной стороны, и резкое изменение условий воздействия традиционных их разновидностей – с другой.

Соматический симптомокомплекс, типичный для той или иной нозологии, обязательно сочетается с характерным психогенным синдромом различной степени выраженности (когнитивные нарушения, депрессия, тревога и др.) [9]. Поэтому психосоматическая ориентация в медицине, предполагая существенную роль биологических, психических и социальных факторов в возникновении, течении и исходе патологических