

РАЗДЕЛ 3

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ИНФАРКТОМ МОЗГА В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Авдей Г.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Сосудистые заболевания головного мозга выделяются среди прочих болезней системы кровообращения тяжелыми социальными, медицинскими и экономическими последствиями [2]. Основной задачей реабилитации пациентов с цереброваскулярной патологией является восстановление нарушенных функций и социальная адаптация больных, включая восстановление навыков самообслуживания, социальной активности, межперсональных отношений, когда это возможно – трудоспособности [4]. Немаловажную роль в реабилитации играет совокупность представлений пациента о болезни, т.е. «внутренняя картина болезни» (ВКБ) [3, 5, 6]. Такие представления существенным образом влияют на медицинские, профессиональные, семейные и иные последствия соматического страдания. Уверенность в излечимости и контролируемости заболевания ассоциируется с благоприятным течением восстановительного периода заболевания, соблюдением врачебных рекомендаций и быстрым возвращением трудоспособности. Напротив, восприятие заболевания как неконтролируемого и угрожающего жизни связано с последующей физической, профессиональной и социальной дезадаптацией, а также с высокой частотой повторных госпитализаций. Изучение ВКБ, по мнению Добровольского А.В., весьма актуально, особенно в аспекте разработки дифференцированных подходов к коррекции отношения больного к собственному заболеванию и проводимой терапии [3].

Цель исследования: определить гендерные особенности внутренней картины болезни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) и инфарктом мозга (ИМ) в раннем восстановительном периоде.

Материал и методы исследования: обследовано 40 больных трудоспособного возраста (средний возраст $49,8 \pm 2,0$): 28 пациентов (18 мужчин и 10 женщин) с диагнозом: ИМ в левом каротидном бассейне (14 человек), в вертебробазилярном бассейне (14 человек), атеротромботический тип, ранний восстановительный период (до 3 месяцев после инсульта) и 12 пациентов (6 мужчин и 6 женщин) с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ). Для определения типов отношения к болезни (ВКБ) использован личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [1].

Результаты исследования: среди множества типов отношения к болезни у женщин с ДЭ преобладали неврастенический с чертами тревожности и обсессивно-фобический типы. У лиц женского пола отмечались нетерпеливость, неспособность ждать облегчения, беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Вышеуказанное сопровождалось вспышками раздражения с последующим раскаянием за несдержанность. У мужчин с ДЭ имели место анозогнозический и гармоничный типы отношений к болезни. Такие мужчины отрицали очевидное в проявлениях болезни, приписывали их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Они высказывали желание «обойтись своими средствами» и отказывались от лечения и обследования. Хотя некоторые лица мужского пола трезво оценивали свое состояние и стремились во всем активно содействовать успеху лечения. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации, они не хотели обременять других тяготами ухода за собой и переключали интересы на те области жизни, которые были доступны больному.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ИМ) меняло представления больных о своей болезни. У большинства мужчин обнаружены тревожный и эргопатический типы отношений к

болезни. Их беспокоила мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, неэффективности 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 чтобы то ни стало хотели выполнять и продолжать работу. У женщин выявлены эгоцентрический, сенситивный, обсессивно-фобический типы отношений к болезни. Чаще у лиц женского пола 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 женщин возможны неблагоприятны впечатлением, 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.

Выводы:

1. Установлены гендерные особенности типов отношения к болезни у пациентов как с ДЭ, так и с ИМ в ранний восстановительный период.
2. Для женщин с ДЭ и ИМ присущ обсессивно-фобический тип. При острой сосудистой патологии (ИМ) формировались дополнительно эгоцентрический и сенситивный типы.
3. Для мужчин с ДЭ характерны анозогностический и гармоничный типы отношений к болезни и повышение тревожности при острой сосудистой патологии (ИМ) с установлением тревожного и эргопатического типов отношения к болезни.

Список литературы:

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова – Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 456 с.
2. Гусев Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации. Качество жизни. /Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская - М.: Медицина, 2006. – N 2. – С. 10 – 14.
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. Кадыков А.С. Продолжительность двигательной и речевой реабилитации после инсульта / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова, А.А. Черникова, Е.М. Некрасова // [www. infamed.com](http://www.infamed.com).
5. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания /А.Р. Лурия – М., 1977. – 213 с.
6. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику /В.В. Николаева – М., 1987. – 156 с.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Власова-Розанская Е.В.

РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации, Минск

Ревматические болезни занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения Республики Беларусь, в значительной мере определяя уровень временной и стойкой утраты трудоспособности. В результате в структуре инвалидности в 2011 г. в Республике Беларусь болезни костно-мышечной системы занимали 3-е место после новообразований и болезней сердечно-сосудистой системы; 3-е место среди заболеваний по случаям временной нетрудоспособности после болезней органов дыхания и кровообращения.

Достаточно невысокая длительность случая при большой частоте случаев временной нетрудоспособности больных