

Выводы. Выраженность экзистенциальной исполненности у школьников имеет средний уровень проявления, что предположительно отражает тенденцию к росту способности концентрироваться не только на себе, но и на внешней ситуации, трезво оценивать и видеть её данности; эмоционально откликаться и чувствовать ценности, воспринимать глубокие внутренние отношения; принимать прочные, сформированные решения, доводить их до конца и нести за них ответственность, полагаясь на собственную иерархию ценностей.

По G-показателю (общая шкала экзистенции) респондентов с высоким уровнем проявления выявлено не было, что констатирует лишь вероятную тенденцию к достижению экзистенциальной осмысленности. Наиболее препятствующим фактором достижения исполненности выступает показатель самодистанцирования, так как практически половина школьников имеет низкий уровень проявления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кривцова, С. В. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер / С. В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. Бюллетень. – 2009. – № 1. – С. 141-170.
2. Лэнгле, А. Экзистенциальный анализ. Экзистенциальные подходы в психотерапии / А. Лэнгле. – М. : Когито-Центр, 2020. – 322 с.
3. Ниязбаева, Н. Н. Экзистенциальная исполненность человека в переживании ценностей / Н. Н. Ниязбаева // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. Т. 8. – 2019. – №5А. – С. 219-224.
4. Франкл, В. Доктор и душа: Логотерапия и экзистенциальный анализ / В. Франкл. – 2-е изд. – М.: Альпина нон-фикшн, 2018. – 338 с.
5. Шумский, В. Б. Онтологическое и персоналистическое направления в экзистенциальной психологии: сравнительный анализ / В. Б. Шумский // Экзистенциальный анализ. Бюллетень. – 2009. – № 1. – С. 181-198.

ПОСТШУНТОВАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЁНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (TIPS) (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Зычков Г. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ст. преподаватель Ассанович М. В.

Актуальность. Эффективной хирургической процедурой снижения повышенного давления в системе воротной вены при осложнённой портальной гипертензии является операция трансъюгулярного внутрипечёночного

портосистемного шунтирования ТИПС (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt – TIPS (англ.)) [2, 3, 4, 5]. Несмотря на то, что TIPS является миниинвазивным и достаточно эффективным вмешательством, у значительной части пациентов после выполнения процедуры развивается так называемая «постшунтовая (шунтовая) энцефалопатия» (ПШЭ). Согласно данным А. В. Бликяна, усугубление или развитие энцефалопатии после портосистемного шунтирования развивается у 25-45% оперированных пациентов [2, 4].

Патогенетической основой данных нарушений является воздействие на мозг токсических веществ (прежде всего, аммиака), попадающих через портосистемный шунт в системный кровоток [5]. ПШЭ включает широкий спектр психиатрических и неврологических проявлений. В начале развития энцефалопатии изменяется выполнение психометрических тестов, направленных на рабочую память, внимание и зрительно-пространственные способности. По мере прогрессирования нарастают нарушения моторики в виде гипомимии, ригидности мускулатуры, брадикинезии, монотонности речи, отмечаются эмоционально-волевые нарушения, эпизоды дезориентации во времени и пространстве, количественные нарушения сознания вплоть до комы [1]. Данные симптомы нередко расцениваются как проявление психиатрических расстройств, что служит причиной ошибочного направления пациентов в психиатрические стационары.

Цель. Проанализировать и описать клинический случай ПШЭ с пароксизмами выраженного угнетения сознания, когнитивным снижением и эпизодами помрачения сознания вследствие перенесённой операции TIPS.

Методы исследования. Проанализированы и описаны данные истории болезни пациента П., проходившего курс стационарного лечения в УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология».

Результаты и их обсуждение. Пациент П., 57 лет, работает дворником. Наследственность психопатологически отягощена: близкие родственники злоупотребляли алкоголем. Ранее в поле зрения психиатров-наркологов не попадал, но в течение всей жизни злоупотреблял алкоголем. Алкоголизация являлась причиной конфликтов в семье, разрыва трудовых отношений, значительных проблем с состоянием соматического здоровья. Наблюдался у врачей соматического профиля со следующими диагнозами: «ИБС: ССН ФК II. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. АГ3 Р4. Аневризма корня и восходящего отдела аорты. СД, 2 тип. Диабетическая нефропатия в сочетании с хроническим пиелонефритом. ХБП. ДГПЖ. Цирроз печени вирусной «С» этиологии. Внутривенная форма портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода 2-3 ст. Портальная гастропатия. Гепатомегалия». В течение последних 4 лет согласно объективным данным алкоголь не употребляет.

В 2015 г. было выполнено оперативное вмешательство TIPS ввиду кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода, внутривенной формы портальной гипертензии. Ввиду наличия показаний 29.01.19 г. было проведено повторное TIPS в УЗ «ГОКБ». Спустя 7 дней после операции

состояние пациента изменилось: отмечалась вялость, заторможенность, астения, нарушения сна, дома имел место эпизод дезориентировки. Был доставлен в неврологическое отделение УЗ «ГОКБ медреабилитации», где после исключения диагноза «острое нарушение мозгового кровообращения» (ОНМК) пациент находился на лечении с 07.02.19 по 05.03.19. с диагнозом: «Энцефалопатия сочетанного генеза (дисметаболическая, дисциркуляторная), грубые когнитивные нарушения с эпизодами помрачения сознания и пароксизмами выраженного угнетения сознания». После стабилизации состояния переведен в мужское отделение УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» для дальнейшего лечения.

Психическое состояние при поступлении: контакту доступен формально, сел спиной к врачу, взгляд в одну точку, в беседе не заинтересован, апатичен, ответы односложны. В собственной личности ориентирован правильно, но свой возраст называет с ошибкой «47», затем исправляется «57». Грубо дезориентирован в месте и времени, не называет возраст и имен детей, правильно называет имя жены, но в ее возрасте ошибается. Мышление торпидное, малопродуктивное. При демонстрации не может назвать «ключи», говоря, что это «автоматический карандаш», элементарные счётные операции не доступны. Отмечается фиксационная амнезия. Формально признает, что «есть проблемы с памятью», но соглашается, «можно и домой выписывать». Фон настроения с оттенком безразличия, не реагирует на попытки врача вызвать эмоциональные реакции. При вопросах об употреблении алкоголя однократно возникала лёгкая улыбка, злоупотребление отрицает. Вне острых продуктивных психических расстройств, суицидальных и агрессивных интенций. Критика к состоянию отсутствует.

За период нахождения в отделении (3 суток) наблюдалась отрицательная динамика: контакт малопродуктивный, пациент заторможен, бестолков, врача называл мужским именем, инструкции осмысливал и выполнял частично, пищу принимал при помощи медперсонала. Был осмотрен неврологом, терапевтом, исключена острая неврологическая и терапевтическая патология, коррекция терапии к улучшению не привела. На третьи сутки ввиду возникшего угнетения сознания и недоступности контакту был направлен в ГОКБ с подозрением на ОНМК, после обследования (РКТ, МРТ, консультация невролога), исключения диагноза ОНМК возвращён в УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология». В связи с сохраняющимся угнетением сознания и отсутствием положительной динамики решением консилиума был переведён в реанимационное отделение УЗ «ГКБ № 3», где проходил лечение с 07.03.21 по 20.03.21, отмечалась флюктуация уровня сознания вплоть до глубокого угнетения.

После восстановления сознания и стабилизации состояния был переведен в гастроэнтерологическое отделение УЗ «ГКБ № 4», где стал вести себя неадекватно: наблюдались вспышки агрессии, инструкции выполнял неправильно, был дезориентирован в месте и времени, не удерживался в отделении. 22.03.19 переведён в мужское отделение УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология».

Психическое состояние при поступлении: пациент пассивен, заторможен, на вопросы отвечает односложно, с персеверациями. В собственной личности ориентирован верно, правильно называет фамилию, имя, отчество, место работы, на вопрос о возрасте отвечает «55...56». В месте и времени дезориентирован, считает, что находится в УЗ «ГКБ № 4», на вопрос «Какой сейчас год? Какой сейчас месяц?» отвечает «50». При вопросах об анамнезе жизни – большое количество пауз, вопросы о злоупотреблении алкоголем вызывают раздражение. Мышление торпидное, тугоподвижное. Память на текущие и прошлые события резко снижена. Критика к состоянию отсутствует.

В течение первых 5 суток в отделении пациент был пассивно-подчиняем, беспомощен ввиду когнитивных и мнестических нарушений, нуждался в постороннем уходе и наблюдении. Эпизодов психомоторного возбуждения, угнетения сознания не отмечалось. На шестые сутки состояние резко ухудшилось в виде угнетения сознания до сопора, контакту не доступен, инструкции не выполняет, отвечает только на сильные болевые раздражители, переведен в ПИТ ГОКЦ «Психиатрия-Наркология». Ввиду отрицательной динамики 28.03.21 был переведен в реанимационное отделение «УЗ «ГОКБ медицинской реабилитации» с диагнозом: «Кома (Шкала комы Глазго 8 баллов). Энцефалопатия сочетанного генеза (дисметаболическая, дисциркуляторная) с грубыми когнитивными нарушениями, эпизодами помрачения сознания и пароксизмами выраженного угнетения сознания».

Выводы. Своевременная диагностика и лечение ПШЭ продолжает оставаться сложной медицинской проблемой как вследствие недостаточной информированности врачей об осложнениях TIPS, так и ввиду полиморфизма клинической картины, охватывающего диапазон от обратимых метаболических нарушений и лёгкой когнитивной недостаточности до синдромов угнетения сознания вплоть до комы. Меры профилактики и лечения ПШЭ до конца не нашли своего решения и нуждаются в более детальной разработке. Представляется целесообразным:

- предварительная оценка факторов риска развития ПШЭ;
- повышение осведомлённости врачей-специалистов (хирургов, гастроэнтерологов, неврологов, психиатров) о возможных осложнениях TIPS, особенностях клинической картины ПШЭ, принципах профилактики и терапии;
- информирование пациентов и их родственников о возможных осложнениях TIPS, необходимости соблюдения диеты, приема препаратов;
- составление «Памятки пациента», включающей описание профилактических мер, частоту мониторинга состояния и алгоритма действий при его ухудшении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаменко, Е. И. Печёночная энцефалопатия: практическое руководство / Е. И. Адаменко // Лечебное дело. Консенсусы, клинические рекомендации и алгоритмы оказания медицинской помощи. – 2015. – №2. – С. 17-24.

2. Бликян, А. В. Профилактика и лечение энцефалопатии после портосистемных шунтирующих вмешательств (операции TIPS/ТИПС) при осложненной портальной гипертензии цирротического генеза : дис. канд. мед. наук: 14.01.17 / А. В. Бликян. – Ростов-на-Дону, 2018. – 168 с.

3. Ефанов, М. Г. TIPS. Когда? Кому? Зачем? / М. Г. Ефанов [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – №43. – С. 76-82.

4. Затевахин, И. И. Печёночная энцефалопатия у больных циррозом печени до и после TIPS / И. И. Затевахин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии, том 20. Диагностика и лечение больных с портальной гипертензией. – 2015. – №2. – С. 40-45.

5. Хоронько, Ю. В. Усугубление энцефалопатии после портосистемных шунтирующих вмешательств (операция TIPS/ТИПС) при осложнённой портальной гипертензии / Ю. В. Хоронько [и др.] // Медицинский вестник Юга России. – 2018. – №9. – С. 86-92.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ COVID-19 ЗА 2020 И 2022 ГОДА

Клышейко В. В., Гришина А. Б.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: ассистент Кирей М. Г.

Актуальность. Пандемия коронавирусной инфекции преследует нас уже с начала 2019 года. Она изменила жизнь каждого человека и стала неотъемлемой её частью, которая прогрессирует с огромной скоростью и поражает всё большее количество людей [1]. Для проведения правильного лечения необходимо понимать этиологию вируса, патогенез заболевания, которое он вызывает, и как это отражается на показателях систем организма человека.

Проводя многочисленные исследования, ученые и врачи понимают, что вирус мутирует, появляются новые штаммы, которые становятся только агрессивнее и устойчивее к противовирусным препаратам. Для этого происходит постоянный мониторинг общего и биохимического анализа крови пациентов, величина сатурации крови, инструментальные методы обследования дыхательной системы, которая поражается в первую очередь. Именно это позволяет провести аналогию с лечением и его результатами [2]. Кроме того, есть закономерности, отслеживаемые у многих пациентов, что позволяет без ПЦР-теста выявить наличие вируса и предварительно поставить диагноз.

Цель. Провести сравнительный анализ клинико-лабораторных данных при Covid-19 за 2020 и 2022 года.

Методы исследования. Исследование проводилось на основе историй болезней пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, из архива Гродненской областной клинической больницы Медицинской реабилитации за 2020 и 2022 год с помощью программы Excel 2013.