

2. Частота нарушений ритма и проводимости у женщин в третьем триместре беременности / Е. А. Ермакова, Г. В. Матюшин, Н. Г. Гоголашвили [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 1. – С. 49–52.

3. Sundararaman, L. Complete heart block in pregnancy: case report, analysis, and review of anesthetic management / L. Sundararaman, J. H. Cohn, J. S. Rana-singhe // J. Clin. Anesth. – 2016. – Vol. 33. – P. 58–61.

4. Maternal complete heart block in pregnancy: analysis of four cases and review of management / V. Suri, A. Keepanasseril, N. Aggarwal [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2009. – Vol. 35, № 3. – P. 434–437.

5. Predicting postpartum cardiac events in pregnant women with complete atrioventricular block / A. Nakashima, T. Miyoshi, C. Aoki-Kamiya [et al.] // J Cardiol. – 2019. – Vol. 74, № 4. – P. 347–352.

6. Total atrioventricular block in pregnancy -Case report. / S. Irianti, K. D. Tjandraprawira, H. Sumawan [et al.] // Ann Med Surg (Lond). – 2022. – Vol. 75. – Art. ID 103441. – P. 1–4.

7. Atrioventricular block during pregnancy: report of a case and review of literature / A. Brahim, R. Briki, I. Bouhleb [et al.] // Tunis Med. – 2019. – Vol. 97, № 3. – P. 508–511.

COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK DURING PREGNANCY: CLINICAL CASE DESCRIPTION

Vitko K. V.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

vitkokarolina186@gmail.com

The purpose of the study was to analyze a rare clinical case of pregnancy management in a patient with third degree atrioventricular block. Thanks to the implantation of a pacemaker and timely specialized medical care, the patient with third degree atrioventricular block was able to successfully give birth to a child by natural delivery.

КОМОРБИДНОСТЬ КОГНИТИВНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Величко В. С., Гаманович А. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

vilenavelichko9736780@gmail.com

Введение. К актуальной и сложнейшей задаче, стоящей перед наукой 21-го века, относится изучение путей диагностики и профилактики цереброваскулярных заболеваний. Цереброваскулярная патология в значительной степени поражает лиц трудоспособного возраста, нанося

огромный ущерб экономике страны [1]. Ранняя и своевременная диагностика данных заболеваний, реабилитационная программа, направленная на восстановление не только соматических, но и когнитивных, психоэмоциональных патологий, позволит снизить уровень летальных исходов и инвалидизации населения [2]. На данный момент не существует общепринятой, единой методологии исследования когнитивных и психоэмоциональных нарушений при данных заболеваниях.

Цель исследования: установить особенности когнитивных и эмоционально-поведенческих нарушений у пациентов с цереброваскулярной патологией и болезнью Паркинсона.

Материалы и методы. Использование комбинированного опросника, включающего «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS), краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), блок вопросов, направленных на выявление факторов сосудистого риска, данные неврологического осмотра. Обследованы 85 пациентов, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении. Возраст пациентов от 49 до 85 лет, возрастная медиана (Me) 67,5 года. Из них 35 (41%) пациентов мужского пола и 50 (59%) женского. Диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭ) был выставлен 30 (35%) пациентам (Me 69 лет), болезнь Паркинсона (БП) – 25 (30%) (Me 66 лет) и 30 (35%) пациентов перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ПОНМК) (Me 66,8 года). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Statistica10».

Результаты исследования. У 27 (93%) пациентов с ПОНМК выраженность депрессии достигала клинического и субклинического уровня из них 13 женщин (48%) в группе ПОНМК (Me 63 года) и 14 (51%) мужчин (Me 69 лет). У 26 (90%) пациентов с ПОНМК выявлены признаки клинической тревоги. Из них 13 женщин (Me 63 года) и 13 мужчин (Me 68 лет). У 11 (44%) пациентов с ДЭ высокие значения по шкале "депрессия", из них 9 (82%) женщин (Me 67 лет) и двое (18%) мужчин (Me 71 год), по шкале "тревога" у 2 (18%) женщин (Me 68 лет). У 19 (95%) пациентов с БП установлена клиническая и субклиническая депрессия, в том числе 8 (42%) мужчин (Me 63 года) и 11 (58%) женщин (Me 68,5 года), изменений по шкале тревоги не выявлено. При сопоставлении шкал «депрессия» у пациентов с ПОНМК, с ДЭ и с БП установлено, что у пациентов с ПОНМК статистически чаще выявляются симптомы клинической депрессии ($p=0.001$). При сопоставлении шкал «тревога» у пациентов всех групп, у пациентов с ПОНМК статистически чаще выявляются симптомы клинической тревоги ($p=0,00001$).

По шкале MMSE у 24 пациентов (95%) с БП имелось снижение кратковременной памяти, из них 14 (58%) мужчин (Me 63 года) и 10 (42%) женщин (Me 68 лет), у пациентов с ДЭ в 13 (40%) случаях, из них 4 (30%) мужчины (Me 67 лет) и 9 (70%) женщин (Me 65 лет), у пациентов с ПОНМК в 22 (73%) случаях из них 12 (54%) мужчин (Me 67 лет) и 10 женщин (46%) (Me 66 лет). По результатам оценки кратковременной памяти у пациентов с ПОНМК и с

БП установлено, что у пациентов из группы с БП статистически чаще выявляются нарушения кратковременной памяти ($p=0.03$).

По шкале MMSE: в группе пациентов с БП Ме итоговых баллов равна 25,5 балла, в группе пациентов с ПОНМК Ме 21, в группе ДЭ Ме 23.

У 24 (96%) пациентов с ДЭ выявлены нарушения в сфере целенаправленных действий, из них 4 (16%) мужчины (Ме 69,5) и 20 (84%) женщин (Ме 67 лет), в других группах данных нарушений не было.

Изменение почерка диагностировано у 28 (96%) пациентов с ПОНМК, 14 мужчин (Ме 67 лет) и 14 женщин (Ме 68 лет), в группе пациентов с БП у 25 (100%) 9 (36%) мужчин (Ме 65 лет) и 11 (64%) женщин (Ме 67 лет), в группе с ДЭ у 2 (8%) пациентов, 1 мужчина (Ме 69 лет) и 1 женщина (Ме 67 лет). У пациентов с БП и ПОНМК статистически чаще выявляется признак изменения почерка, чем у пациентов с ДЭ ($p=0.00001$).

Факторы риска выявлены у 28 (95%) пациентов с ДЭ: сахарный диабет (СД), повышение индекса массы тела (ИМТ), гиперлипидемия. У пациентов с ПОНМК данные факторы риска не выявлены, однако у 28 (96%) пациентов диагностированы артериальная гипертензия и клинически подтвержденные гипертонические кризы – из них у 14 (50%) мужчин (Ме 65 лет) и 14 (50%) женщин (Ме 68 лет). У 23 (77%) пациентов с ПОНМК гипертонические кризы систематичны. У пациентов с БП данных факторов сосудистого риска не выявлено. У 28 (95%) пациентов с ПОНМК гипертонический криз возник накануне инсульта, из них 13 (46%) женщин (Ме 69,5 года) и 15 (54%) мужчин (Ме 63 года). На злоупотребление алкоголем и табаком в группе с ПОНМК указали 28 (95%) пациентов, 18 (64%) мужчин (Ме 65 лет) и 10 (36%) женщин (Ме 68 лет), в группе пациентов с ДЭ у 5 (17%) мужчин (Ме 69 лет). В группе пациентов с БП 12 (48%), из них 9 (75%) мужчин (Ме 64 года) и 3 (25%) женщины (Ме 67 лет). У пациентов из группы ПОНМК статистически чаще встречаются анамнестические данные о злоупотреблении алкоголем и табаком ($p=0,00001$).

В анамнезе пациентов с ПОНМК указана информация о тяжелом физическом труде у 28 (90%), из них 16 (57%) мужчин (Ме 67 лет) и 12 (43%) женщин (Ме 70 лет). В группе пациентов с ДЭ у 5 (17%), из них двое (40%) мужчин (Ме 70 лет) и 3 (60%) женщин (Ме 69 лет) и у 15 (60%) пациентов с БП, из них 10 (66%) мужчин (Ме 66 лет) и 5 женщин (34%) (Ме 69 лет). У пациентов с ПОНМК статистически чаще встречаются анамнестические данные о тяжелом физическом труде в течение всей жизни ($p=0.00001$).

На наличие сильных эмоциональных потрясений указали 24 (80%) пациента с ПОНМК, из них 5 (20%) мужчин (Ме 64 года) и 19 (80%) женщин (Ме 68 лет); 4 женщины (13%) с ДЭ (Ме 66 лет) и 23 (92%) пациента с БП (Ме 66 лет). В других группах таких жалоб не установлено. Одинаково высокая статическая значимость результатов о наличии эмоциональных потрясений в группах пациентов с БП и ПОНМК по сравнению с группой ДЭ ($p=0.00001$).

Выводы. У пациентов из группы ПОНМК статистически чаще выявлялись признаки клинической депрессии, клинической тревоги, изменение почерка, анамнестические данные о злоупотреблении алкоголем,

тяжелом физическом труде в сравнении с группами пациентов с ДЭ и БП. Пациенты с ПОНМК – единственная группа, где выявлены периодические гипертонические кризы. Факторы риска (СД, гиперлипидемия, повышение ИМТ) и нарушение целенаправленности действий выявлены исключительно в группе пациентов с ДЭ. У пациентов из группы БП статистически чаще выявлялось снижение кратковременной памяти в сравнении с группами ДЭ и ПОНМК.

Таким образом, раннее выявление когнитивных и психоэмоциональных нарушений с помощью разработанного нами опросника позволит проводить соответствующую терапевтическую коррекцию.

Литература

1. Сосудистые заболевания головного мозга как одна из причин смертности: сб. ст. / редкол.: С. И. Шоюнусов. – М.: Вестник магистратуры, 2019. – 4-7 с.

2. Личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона: сб. науч. ст. / редкол.: Р. Р. Богданов [и др.]. – Москва.: Альманах клинической медицины, 2016. – 329-335 с.

COMORBIDITY OF COGNITIVE AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AND PARKINSON'S DISEASE

Velichko V. S.,

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

vilenavelichko9736780@gmail.com

To study psychoemotional comorbidity and marked cognitive decline in patients with cerebrovascular diseases and Parkinson's disease using a combined questionnaire developed by us. Earlier detection of violations using the developed questionnaire and correction of risk factors will significantly expand the possibilities of preventive and therapeutic measures.

ОШИБКИ В КОММУНИКАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРИ ВЫСТРАИВАНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Воробей А. А

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

anna.vorobey.2001@mail.ru

Введение. Понимание оказания медицинской помощи претерпело значительные изменения и простирается далеко за пределы классического понятия – сохранение пациенту жизни и восстановление его трудоспособности.