

Таблица 1 — Лабораторное подтверждение диагноза при различных клинических формах менингококковой инфекции за 1991–2012 гг. по г. Барановичи

Нозоформа	Всего случаев	Из них лабораторно подтверждено		В том числе выделено из:							
		А	%	кро- ви	лик- вора	носогло- точной слизи	крови и носогло- точной слизи	крови и ликвора	ликвора и носогло- точной слизи	крови, ликвора и носогло- точной слизи	секцион- ного материала
Менингококкцемия	47	21	44,7	10	1	6	3		1		
Менингит	9	8	88,9	1	1	3			1	1	1
Смешанная форма	19	12	63,2	1	3	6		1			1
Назофарингит	28	28	100,0			28					
Всего	103	69	67,0	12	5	43	3	1	2	1	2

Частота встречаемости нетипируемых менингококков выше в 6–9 раз при генерализованных формах, чем при назофарингите. При менингококкцемии нетипируемые менингококки встречались в 48,3 % случаев, при менингите и смешанной форме соответственно в 50,0 и 92,0 % случаев, при назофарингите — в 12,7 % случаев. За анализируемый период нетипируемые менингококки выделены в 43,9 % случаев.

Выводы

1. На территории г. Барановичи на протяжении 31 года наблюдается тенденция к снижению заболеваемости менингококковой инфекцией;
2. Группой риска являются дети 0–2 лет, не посещающие организованные коллективы.
3. Заболеваемость не имеет четко выраженной сезонности, но в течение года отмечаются 2 подъема заболеваемости, наиболее выраженный в марте–апреле, наименее — в августе–октябре.
4. При менингококковой инфекции отмечается высокий удельный вес летальных исходов.
5. При менингококкцемии диагноз подтверждается лабораторно реже, чем при других формах менингококковой инфекции.
6. В эпиднеблагополучные годы на территории города чаще встречаются менингококки серогрупп А, В, С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В. И. [и др.] Инфекционные болезни и эпидемиология. — ГЭОТАР-Медиа 2007. — 813 с.
2. Беляков, В. Д. Эпидемиология: учебная литература для студентов медицинских институтов / В. Д. Беляков, Р. Х. Яфаев. — М., 1989. — 415 с.
3. Королева И. С. [и др.] Эпидемиологические особенности гнойных менингитов, 2004.

УДК 616.12:616.89-008.485

РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТИПОМ ЛИЧНОСТИ D (обзор литературы)

Саливончик Д. П., Барбарович А. С.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В центре внимания исследователей продолжают оставаться психосоматические механизмы, соучаствующие в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (ИБС). Наряду с центральным, психологическим направлением, включающим изучение внутренней картины болезни, патологического поведения в бо-

лезни, типов психологической защиты и др., актуальными являются поиски специфических характерологических девиаций, предрасполагающих к развитию ИБС. Разработанные лично-стно-ориентированные психосоматические модели рассматривают совокупность тех или иных личностных черт в качестве предикторов соматического заболевания. Особого внимания заслуживает концепция личностного предрасположения к формированию ИБС.

Цель работы

Проведение анализа литературных данных, опубликованных в зарубежных источниках, посвященных проблеме личностного предрасположения к формированию ИБС.

Изучение личности больного ИБС, основанный на выделении более гомогенных подгрупп личностных черт, влияющих на аффективный стиль и степень реактивности на стресс, реализуется описанием личностного типа D («distressedpersonality», «кризисная», «дистресс-личность») [1]. Структура личности типа D характеризуется противоречивостью тенденций испытывать негативные эмоции и сдерживать, не выражать эти эмоции в социальных взаимодействиях, подавляя эмоции из-за боязни вызвать конфликт с другими людьми [2].

Релевантными базисными чертами личности типа D считаются негативная аффективность (НА) и социальное ингибирование (СоИ) [3].

Негативный аффект определяется как преходящее состояние либо как постоянное изменение общего уровня аффекта. Эта черта отражает тенденцию к возникновению отрицательных эмоций в разных ситуациях и/или сохранению их на протяжении определенного времени (на протяжении жизни) [1, 2]. Негативная аффективность перекрывается невротизмом и тревожностью и включает субъективное чувство напряженности, волнения, тревоги, гнева, грусти. Пациенты с высоким уровнем НА чаще испытывают дисфорию, тревогу и раздражительность, обладают пессимистическим видением себя, имеют больше жалоб на соматические симптомы, постоянно изучают окружающую ситуацию в поисках признаков надвигающихся неминуемых проблем [1, 2].

Негативные эмоции, включая депрессию, тревогу и гнев, могут быть предикторами развития и прогрессирования ИБС и повышать уровень потребности в медицинской помощи среди кардиологических больных. То, каким образом люди справляются с этими эмоциями при социальных взаимодействиях, может быть еще одной детерминантой связанного со стрессом заболевания [2].

Социальное ингибирование означает тенденцию к подавлению проявлений эмоций или поведения в межличностных взаимодействиях с целью избегания осуждения окружающих. «Ингибированные» личности в окружении других людей чувствуют себя в опасности, они менее разговорчивы, им часто недостает самоуверенности, напористости; они могут использовать такие «копинг»-стратегии, как избегание [1].

Если НА связана с повышенной склонностью к тревоге и депрессии, то СоИ — с повышенной чувствительностью к межличностному стрессу и с нарушением адаптации. По мнению авторов, эти личностные черты как таковые не являются патологическими: многие личности типа D демонстрируют субклинический уровень эмоционального дистресса на протяжении всей жизни. При этом у некоторых личностей типа D отмечается персистирование психопатологических расстройств, в то время как у других — симптоматика психической патологии выявляется лишь в периоды повышенного стресса. Так, в исследовании S. S. Pedersen и соавт. из 167 больных с симптомами тревоги через 6 мес после чрескожного коронарного вмешательства у 108 (65 %) тревога сохранялась спустя 12 мес. Статистически значимым прогностическим фактором хронизации тревоги являлся тип личности D [3].

В другом исследовании у 416 больных со стабильной или нестабильной стенокардией влияние личности типа D на уровень тревоги оказалось значимым. Кроме того, личности типа D продемонстрировали гораздо более высокий уровень тревожности, чем другие личностные типы. В работе также подтвердились данные о том, что тип личности D поддерживает длительное персистирование тревоги [4].

В публикациях также приводятся наблюдения взаимосвязи типа D личности с депрессивными симптомами и тревогой, с посттравматическим стрессовым расстройством. Высказываются предположения, что тип личности D может быть связан с социофобией и паническим расстройством, потому что его клинические и биологические корреляты являются характерными признаками данных состояний [2].

У пациентов с типом личности D выявляется большее количество кардиальных осложнений [1]. В исследовании J. Denollet и соавт., включающем 322 больных ИБС, которые перенесли инфаркт миокарда (n = 162) либо коронарную ангиопластику (n = 160), установлено, что пациенты с типом личности D имеют больший (5,6 против 1,3 %) риск развития как фатальных, так и нефатальных неблагоприятных исходов по сравнению с личностями, не относящимися к данному типу [1].

В исследовании A. A. Schiffer и соавт. 178 амбулаторных больных с хронической сердечной недостаточностью, заполнивших шкалы для определения типа личности D выявлено, что больные с типом личности D менее охотно обращаются к своему лечащему врачу [5]. При этом из 61 пациента с хронической сердечной недостаточностью, отказавшегося обследоваться при явных симптомах, у 43 % диагностируется тип личности D. Из оставшихся 108 пациентов только у 14 % выявляется тип личности D. Полученные данные указывают на то, что пациенты с хронической сердечной недостаточностью и типом личности D демонстрируют плохое самонаблюдение. Отказ от обследования при выраженной симптоматике отчасти объясняет неблагоприятное влияние типа личности D на кардиологический прогноз.

Выводы

Таким образом личность типа D связана с повышенным риском ИБС, кардиальных осложнений и ухудшением качества жизни. Поведение, предрасполагающее к заболеваниям коронарных сосудов, включает физиологическую и эмоциональную реактивность к сложным жизненным ситуациям. Эта реактивность включает гнев, цинизм (скептицизм), недоверчивость и враждебность, подавляемую личностями типа D. Такие поведенческие характеристики в настоящее время могут считаться потенциальными психосоциальными факторами риска развития ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Adverse Effects of type D Personality and Younger Age on 5-Year Prognosis and Quality of Life / J. Denollet [et al.] // *Circulation*. — 2000. — Vol. 102. — P. 630–635.
2. Sher, L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol / L. Sher // *Q J Med*. — 2005. — Vol. 98. — P. 323–329.
3. Clustering of psychosocial risk factors enhances the risk of depressive symptoms 12-months post-PCI / S. S. Pedersen [et al.] // *Eur J Cardiovasc Preven Rehabil*. — 2008. — Vol. 15. — P. 203–209.
4. Type-D personality predicts chronic anxiety following percutaneous intervention in the drug-eluting stent era / H. Spindler [et al.] // *J Affect Disord*. — 2007. — Vol. 99. — P. 173–179.
5. Failure to consult for symptoms of heart failure in patients with a type-D personality / A. A. Schiffer [et al.] // *Heart*. — 2007. — Vol. 93. — P. 814–818.

УДК 615.814.1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ (обзор литературы)

Саливончик Д. П., Барбарович А. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Китайская медицина рассматривает человека в качестве органического целого, центральное место в котором занимают накопительные и полые органы (Цзян-фу), а внутренние коммуникации обеспечиваются каналами (меридианами) и соседними со-