

риод подготовки к сессии повышение показателей у студентов со слабой нервной системой обусловлено следующими факторами: недостаточным развитием и быстрой утомляемостью мускулатуры, хроническое недосыпание, переутомление и стресс.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Теплов, Б. М.* Изучение основных свойств нервной системы и их значение для психологии индивидуальных различий / Б. М. Теплов, В. Д. Небылицын // Хрестоматия по психологии : учебное пособие / сост. В. В. Мироненко; ред. А. В. Петровский. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Просвещение, 1987. — 232 с.
2. *Данилова, Н. Н.* Д 17 Физиология высшей нервной деятельности / Н. Н. Данилова, А. Л. Крылова. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 478 с.
3. *Мантрова, И. Н.* Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике / И. Н. Мантрова. — Иваново: Нейрософт, 2008. — 216 с.

УДК 616.22-008.54

КОНВЕРСИОННАЯ АФОНΙΑ. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Однокозов О. И.

Научный руководитель: к.п.н., доцент *Ж. И. Трафимчик*

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

Введение

Афония (arhonia, от греч. *phone* — звук) — отсутствие звучного голоса при наличии шепотной речи. По Международной классификации болезней (МКБ-10) может классифицироваться по классу XVIII: «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (R00 – R99); «Симптомы и признаки, относящиеся к речи и голосу (R47 – R49); «Нарушения голоса» (R49.1). Однако в данной работе нас интересует другой взгляд на афонию, как конверсионное (диссоциативное) расстройство движений и ощущений (F44.4, F44.7) [1]. Термин «конверсия» так же широко используется для этих расстройств и подразумевает неприятный аффект, порожденный проблемами и конфликтами, которые индивидуум не может разрешить, и транслированный в симптомы. Все типы диссоциативных расстройств имеют тенденцию к ремитированию спустя несколько недель или месяцев, особенно, если их возникновение было связано с травматическим жизненным событием. Пациенты с диссоциативными расстройствами обычно отрицают проблемы и трудности, которые очевидны для других и стараются привлечь к себе больше внимания. Снижение продуктивности, вытекающее из утраты функций, помогает такому пациенту избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить зависимость или негодование — получить, так называемую вторичную выгоду.

Для постановки диагноза конверсионного расстройства: должны отсутствовать сведения о физическом расстройстве; нужно располагать достаточной информацией о психологической и социальной ситуации, в которой находится пациент, и о его личностных взаимосвязях, чтобы можно было убедительно сформулировать причины возникновения расстройств [2]. Однако пациенты с афонией обычно обращаются к врачу-оториноларингологу/фониатру и лечатся, как правило, симптоматически. Это оправдано, если афония развивается как симптом при заболеваниях гортани, которые затрудняют правильное смыкание и хорошую вибрацию голосовых складок (поражение голосовых складок воспалительным или опухолевым процессом, рубцами, при парезах или параличах гортани). Такая афония называлась органической (истинной, гортанной, паралитической). Кашель при органической афонии, как правило, глухой и малозвучный. При этой форме афонии может наступить улучшение только в случае ликвидации причины ее вызвавшей [3].

Первые случаи диссоциации проявляются в подростковом возрасте, особенно у девочек [2]. Мы представляем случай конверсионной афонии у мальчика десяти лет.

Цель

Определить психологические компоненты как причины развития конверсионной афонии.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ литературы по проблеме исследования, конфиденциальный письменный опрос пациента, выявляющий положительные и отрицательные стороны повседневной жизни с афонией (F44.4).

Результаты исследования и их обсуждение

Школьник десяти лет обратился с мамой к врачу-фониатру с жалобами на отсутствие звучного голоса. Впервые потерял голос несколько лет назад в связи с «семейными неурядицами». Ежегодно неоднократно теряет голос, в основном, в учебное время. Продолжительность отсутствия звучного голоса постепенно увеличивалась от минут до недели. При фониатрическом осмотре патологии голосового аппарата не обнаружено. Кашель звучный. Напряжены мышцы шеи сзади.

Пациенту предложено соблюдать строгий голосовой режим в течении 3 суток и написать на двух листках все положительные и отрицательные стороны, связанные с отсутствием у него голоса (рисунок 1).

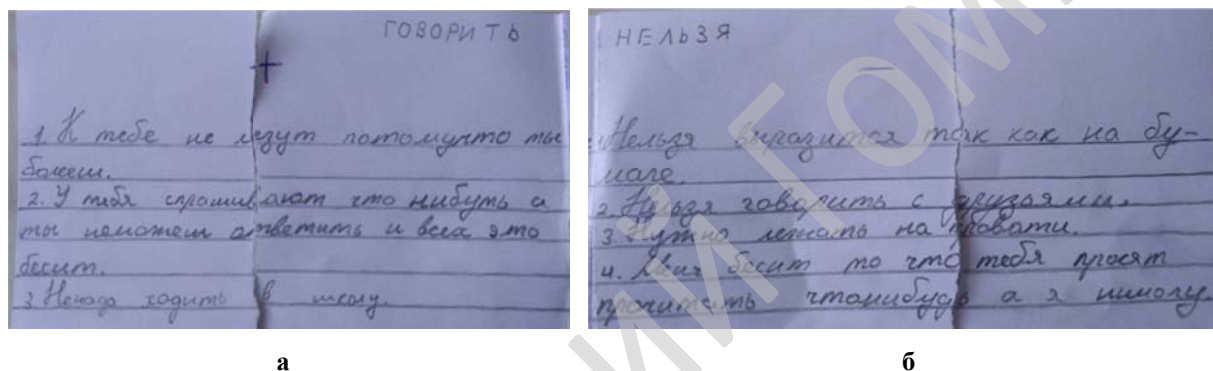


Рисунок 1 — Положительные (а) и отрицательные (б) стороны отсутствия голоса (самоанализ пациента)

На следующем приеме с пациентом проведен психологический тренинг. Мальчик поправил написанный отчет и «выбросил в урну». Голос восстановлен при помощи фониатрических методик на приеме.

Диагноз конверсионная афония подтвержден восстановлением звучного голоса методами фонopedической редукации, а также анализом психологического статуса:

- наличие у пациента вторичной выгоды в результате развития болезни (появляется возможность не посещать школу, появляется возможность дистанцирования от окружающих);
- доминирование отрицательных эмоциональных состояний вследствие появления ограничений, связанных с наличием заболевания: нельзя выразиться, нельзя говорить, нельзя двигаться, нужно лежать. Ребёнок попал в ситуацию ограничения, что вызывает беспомощность и как следствие гнев, злость, зависть, желание отомстить;
- проецирование отрицательного эмоционального фона на других, наличие скрытого психологического конфликта с окружающими: «у тебя спрашивают, а ты не можешь ответить и ВСЕХ это БЕСИТ», удовольствие от того, что «всех это бесит»;
- отсутствие навыков эффективной социальной коммуникации, и, как следствие возможность оправдать этот недостаток в собственных глазах наличием заболевания;
- необходимость применения психологических и психотерапевтических методов для обеспечения возможности пациента разрешить скрытые и неосознаваемые психологические проблемы и конфликты как детерминирующие факторы наличия заболевания.

Выводы

1. В практике врача-оториноларинголога необходимо проводить дифференциальный диагноз афоний.

2. Своевременная диагностика конверсионной афонии приведет к исключению необоснованной временной нетрудоспособности на оториноларингологическом приеме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10): Краткий вариант. — Минск: Асар, 2001. — 400 с.
2. *Самохвалов, В. П.* Психиатрия: учеб. пособие / В. П. Самохвалов. — Ростов н/Д: Феникс, 2002. — 576 с.
3. *Однокозов, И. А.* Афония в практике оториноларинголога и фониатра / И. А. Однокозов // Актуальные проблемы медицины Гомельской области: матер. науч.-практ. конф., 7 окт. 2011 г. / УГОКБ; под общ. ред. А. И. Касима, А. А. Литвина. — Гомель, 2011. — С. 78–81.

УДК 616.36-004.7

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Октысюк Т. Н., Молодой Е. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Г. Шебушев*

Учреждение образования

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

Введение

Билиарный цирроз печени (ЦП) — хроническое диффузное заболевание печени, характеризующееся нарушением ее нормального строения в результате некроза и уменьшения массы гепатоцитов, развития фиброза и узлов регенерации. ЦП приводит к возникновению клинически важных симптомов — печеночной недостаточности (нарушение дезинтоксикационной, белково-синтетической и других функций печени) и портальной гипертензии. Последняя обусловлена нарушением оттока крови из печени, поступающей в нее из органов брюшной полости через портальную систему [1].

Гемодинамические нарушения при ЦП, лежат в основе развития ряда его осложнений: синдрома гипонатриемии, спонтанного бактериального перитонита, гепатопульмонального синдрома, а также гепаторенального синдрома, влияющих на прогноз заболевания [2].

Цель

Анализ особенностей течения клинического случая декомпенсированного ЦП с портальной гипертензией, осложненного гепаторенальным синдромом.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе хирургического отделения областного гепатологического центра ГУЗ «ГОСКБ».

В качестве материалов для исследования послужили выписки из истории болезни, результаты лабораторных-инструментальных исследований, протоколы оперативных вмешательств и результаты консультаций смежных специалистов.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка М., 53 года, 05.09.2017 г. поступила в ХО ГУЗ «ГОСКБ» экстренно с кровотечением из ВРВ пищевода.

На момент осмотра предъявляла жалобы на слабость, одышку, тошноту, внезапную рвоту кровью со сгустками, острые боли в правом подреберье и увеличение живота в объеме.

Из анамнеза: болеет около 7 лет, когда впервые появились жалобы на кожный зуд, изменение цвета мочи, повышенную утомляемость, иктеричность склер и кожных покровов, а также чувство распираания в животе. В 2010 г. был выставлен диагноз: цирроз печени неуточненной этиологии в стадии субкомпенсации. Периодически госпитализировалась в связи с осложнениями основного заболевания в виде кровотечений из ВРВ пищевода. В мае 2017 г. с указанными жалобами была госпитализирована в хирургическое отделение, где проходила курс лечения по поводу цирроза печени, осложненного асцитом и портальной гипертензией. Проводимое лечение без значимого эффекта.