

какую можно себе представить». Использовалась картонная линейка длиной 10 см. С обратной стороны линейки нанесены сантиметровые деления, по которым отмечали полученное значение.

Вторая шкала ЦРШ, которую использовали для оценки боли, была построена по изложенному выше принципу, но отличалась от ВАШ тем, что десятисантиметровый отрезок разбит метками, соответствующими сантиметрам с отображением цифр.

У всех пациентов было получено информированное согласие. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Совокупный балл по шкале ВАШ в основной группе пациентов с ЗНО в момент обследования (до анальгезии) составил 6,0 (4,0; 7,0). После проведения анальгезии указанные показатели интенсивности боли в данной группе значительно уменьшились: ВАШ — 2,0 (1,0; 3,0), $p < 0,005$ согласно Wilcoxon test. Совокупный балл по шкале ЦРШ в той же группе в первой точке обследования не отличался от результатов по шкале ВАШ и составил 6,0 (4,0; 7,0). После проведения анальгезии интенсивности боли уменьшились гораздо менее значительно, до 5,0 (3,0; 6,0), $p < 0,005$.

В контрольной группе по обеим шкалам совокупный балл интенсивности болевого синдрома совпадал и составил до анальгезии 2,0 (2,0; 3,0). Оценивая статистическую значимость различий значений обеих шкал после анальгезии в контрольной группе, мы получили: χ^2 Пирсона = 2,01; степень свободы = 3; $p = 0,57$, что свидетельствует об отсутствии статистической разницы. Интенсивность же боли после анальгезии в этой группе значительно снизилась — 1,0 (1,0; 2,0), ($p < 0,005$ согласно Wilcoxon test).

Заключение

Следовательно, из проведенного пилотного исследования вытекает различие в эффективности оценки боли применяемых диагностических инструментов (ВАШ и ЦРШ) у пациентов со ЗНО. Полученные данные указывают особенности формирования паранеопластического болевого синдрома и направление дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эффективность паллиативной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями II и IV клинических групп / Г. Е. Литвинов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2020. — № 1 (63). — С. 50–58.
2. Применение электромагнитного излучения крайне высокой частоты в реабилитации пациентов с онкологической патологией в условиях отделения паллиативной помощи / В. Б. Смычек [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2019. — № 2 (60). — С. 27–31.
3. Нейропатический компонент боли при онкологической патологии [Электронный ресурс] / Н. Н. Усова [и др.] // Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению коморбидной патологии : сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 29–30 нояб. 2018 г. / Гомел. гос. мед. ун-т; А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2018. — С. 487–489. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

УДК 156.942.56:577.125.8]-056.22

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Старовойтова А. С.¹, Цырульникова А. Н.², Малаева Е. Г.², Грекова З. В.²

¹Учреждение здравоохранения

«Могилевская областная детская клиническая больница»

г. Могилев, Республика Беларусь

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день в массовом масштабе люди все чаще сталкиваются с различного рода стрессовыми, субэкстремальными и экстремальными факторами. Основа

биохимического механизма метаболических нарушений в организме при стрессе различной природы имеет универсальный характер [1, 2].

При хроническом воздействии стресса наступает предел прочности системы антиоксидантной защиты и запускается механизм перекисного окисления липидов, истощается резерв адаптации и формируется оксидативный стресс, который обуславливает развитие таких стрессорных заболеваний как артериальная гипертензия и/или ишемическая болезнь сердца. [3].

Цель

Оценить взаимосвязь показателей липидного обмена с психоэмоциональными факторами у практически здоровых лиц, выявить факторы, способствующие повышению психоэмоционального фона.

Материал и методы исследования

В данном исследовании приняли участие 90 пациентов, проходящих плановый медицинский осмотр в УЗ «Гомельская городская поликлиника № 1» в период с декабря 2018 по март 2019 г. Материалом исследования явилось анкетирование всех пациентов, заполнение ими формализованных клинических шкал, биохимическое исследование липидного спектра крови с определением уровня общего холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности и их составляющих, а также определение индекса массы тела (ИМТ). Изучаемую выборку составили 50 практически здоровых лиц трудоспособного возраста (35 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 25 до 55 лет, средний возраст которых составил $39,5 \pm 9,3$ года. Это пациенты, которые откликнулись на приглашение принять участие в исследовании, подписали информированное согласие и отвечали критериям включения - исключения.

В процессе анализа все опрошенные были разделены на возрастные группы с периодом десять лет: 25–35 лет — 13 чел., 36–45 лет — 27 чел., 46–55 лет—10 чел.

Данные анкетирования включали в себя вопросы, по образу жизни, состоянию здоровья, наличию у них каких либо хронических заболеваний. Клинико-психологическую диагностику проводили с помощью формализованных клинических шкал: шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; шкалы оценки депрессии Центра эпидемиологических исследований США (CES-D), теста адаптации М. Ю. Дробижева.

Диагностику депрессии и верификацию степени ее тяжести выполнял психиатр, основываясь на анализе шкалы депрессии и теста адаптации согласно диагностическим критериям Руководства по диагностике и статистике психических расстройств 4-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition-DSM-IV) и Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Шкала CES-D позволила разграничить легкие депрессивные состояния от среднетяжелых и тяжелых. При этом оптимальной точкой разделения, обеспечивающей четкое отграничение пациентов с клинически значимым депрессивным состоянием от остальных, стала сумма баллов > 18 .

Липидограмму оценивали согласно общепринятых норм в системе СИ.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica» 10.0. Так как распределение изучаемых количественных показателей отличалось от нормального (критерии Шапиро — Уилка), анализ различий в двух независимых группах проводили с использованием критерия Манна — Уитни (U, Z). Данные описательной статистики приведены в виде медианы и квартилей- Me, Q_(25 %), Q_(75 %). Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе аффективных расстройств у пациентов в 1-й группе было выявлено $14,8 \pm 0,6$ баллов, во 2-й группе — $25,5 \pm 1,01$ баллов, в 3-й группе — $21,3 \pm 0,8$ баллов. Достоверные отличия имелись у пациентов 2-й и 3-й групп, в сравнении с пациентами

1-й группы ($p < 0,05$). Тревожно-депрессивные расстройства в каждой из исследуемых групп были выявлены различной степени выраженности: в 1-й группе — у 46,4 % пациентов были отмечены признаки клинически выраженной тревоги и депрессии, во 2-й — у 48 %, в 3-й — у 52 %. Не имели признаков тревоги и депрессии в 1-й группе — 17,9 %, во 2-й — 10,2 %, в 3-й — 8 %.

Было проведено сравнение ИМТ и степени выраженности аффективных расстройств и установлено, что с увеличением ИМТ нарастает степень выраженности аффективных расстройств.

При анализе уровня липидов в крови в группе женщин с депрессией среднее значение ХС-ЛПВП оказалось значимо выше по сравнению с женщинами, не имеющими депрессию ($4,16 \pm 0,92$ и $3,46 \pm 1,69$; $p < 0,05$). Средние уровни ОХС, ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП были достоверно выше у женщин, имеющих клинически значимый уровень накопленного стресса по шкале Холмса — Рея ($p < 0,05$). В группе мужчин с клинически значимыми уровнями депрессии, личностной тревожности и низким уровнем стрессоустойчивости соотношение Апо-В100/Апо-А1 было значимо выше и превысило единицу ($p < 0,05$).

Таблица 1 — Средние характеристики показателей липидного обмена в сравниваемых группах, М [95 % ДИ]

Показатель, единицы измерения	Мужчины (n = 35)	Женщины (n = 15)	P
ОХС, ммоль/л	6,1 [5,06–6,12]	4,99 [4,31–5,34]	0,008
ТГ, ммоль/л	2,4 [1,30–2,84]	1,20 [0,96–1,31]	0,001
ХС-ЛПНП, ммоль/л	3,9 [2,98–4,14]	3,10 [2,43–3,45]	0,025
ХС-ЛПВП, ммоль/л	1,23 [1,11–1,27]	1,40 [1,30–1,45]	0,002
Апо-А1, г/л	1,12 [1,03–1,16]	1,08 [1,07–1,16]	0,678
Апо-В100, г/л	1,17 [1,08–1,26]	1,10 [1,00–1,12]	0,006

Установлены статистически значимые гендерные различия в частоте гиперглицидемии и повышенного содержания Апо-В100. Наиболее частыми видами дислипидопротеидемий среди обследованной популяции являлись повышенный уровень Апо-В100, ХС-ЛПВП, индекса Апо-В100/Апо-А1.

Кроме того, у мужчин на долю изолированной гиперхолестеринемии и гиперглицидемии приходилось порядка 55 %.

Исходя из данных, представленных в таблице 2, средние показатели уровня депрессии, личностной тревожности и накопленного стресса по шкале Холмса — Рея были значимо выше в группе женщин.

При сравнении психологических факторов, выраженных в количественных характеристиках (абсолютное число и %) оказалось, что в женской группе, по сравнению с мужчинами, достоверно чаще наблюдались лица, имеющие клинически значимый уровень личностной тревожности (соответственно 14 (93 %) человек и 10 (28,6 %) человек) и накопленного стресса по шкале Холмса — Рея (соответственно 12 (80 %) человек и 15 (42,9 %) человек) ($p < 0,05$).

Таблица 2 — Средние параметры псих. тестирования в сравниваемых группах, М [95 % ДИ]

Показатели, баллы	Мужчины (n = 35)	Женщины (n = 15)	P
Самооценка здоровья	70,6 [63,8–79,5]	65,7 [58,3–69,2]	0,287
Самооценка стресса	40,3 [29,7–48,3]	43,2 [39,5–55,8]	0,298
Самооценка жизнестойкости	64,2 [52,3–69,8]	62,5 [55,9–69,7]	0,338
Уровень соц. фрустрированности	1,8 [1,11–2,5]	1,9 [1,30–2,1]	0,727
Уровень депрессии	12,5 [11,8–15,7]	15 [13,2–18,5]	0,017
Уровень реактивной тревожности	38,5 [36,2–40,3]	39,5 [37,3–42,8]	0,131
Уровень личностной тревожности	40,5 [35,5–42,4]	43,8 [40,2–45,7]	0,004
Уровень накопления стресса	123,7 [98,5–156,7]	162,8 [145,7–179,8]	0,023

При корреляционном анализе в группе обследованных мужчин выявлена обратная зависимость личностной тревожности и уровня Апо-А1 ($r = -0,61$; $p = 0,021$), уровня социальной фрустрированности и соотношения Апо-В100/Апо-А1 ($r = -0,75$; $p = 0,0005$), а также ВАШ (самооценка здоровья) и уровня ХС-ЛПВП ($r = -0,43$; $p = 0,048$). Кроме того, обнаружены положительные связи соотношения Апо-В100/Апо-А1 с личностной тревожностью ($r = 0,58$; $p = 0,012$) и депрессией ($r = 0,47$; $p = 0,028$). В группе обследованных женщин обнаружены статистически значимые корреляционные связи ВАШ (самооценка здоровья) с ХС-ЛПВП ($r = -0,32$; $p = 0,034$), индексом атерогенности ($r = -0,33$; $p = 0,035$), а также уровнем ХС-ЛПВП ($r = -0,39$; $p = 0,027$). Выявлена отрицательная связь между ВАШ (самооценка стресса) и уровнем Апо-А1 ($r = -0,35$; $p = 0,016$). Множественный регрессионный анализ в группе мужчин показал независимое влияние личностной тревожности на показатель Апо-А1, суммарный вклад указанного предиктора составил 25 % ($p = 0,011$). Кроме того, 20 % дисперсии переменной «Апо-В100» обусловлено влиянием предиктора «уровень социальной фрустрированности» ($p = 0,018$). Совокупный вклад двух предикторов (уровень социальной фрустрированности и депрессии) в дисперсию переменной «соотношение Апо-В100/Апо-А1» составил 28 % ($p < 0,05$). Также отмечено независимое влияние накопленного стресса, измеренного по шкале Холмса-Рея на уровень ХС-ЛПВП ($R^2 = 0,17$, $\beta = 0,41$, $p = 0,004$). У женщин отмечено независимое влияние накопленного стресса по шкале Холмса-Рея на индекс атерогенности ($R^2 = 0,14$, $\beta = 0,37$, $p = 0,014$), уровень ХС-ЛПВП и ОХС, в равной степени ($R^2 = 0,20$, $\beta = 0,44$, $p = 0,002$).

Заключение

1. У женщин уровень личностной тревожности и накопления стресса выше, чем у мужчин.
2. Гиперлипидемия распространена чаще у женщин, имеющих клинически значимый уровень накопления стресса.
3. У мужчин с высоким уровнем Апо-А1 и ХС-ЛПВП диагностируется более высокий уровень личностной тревожности.
4. С увеличением ИМТ нарастает степень выраженности аффективных расстройств, как у женщин, так и у мужчин.
5. Отмечена корреляционная связь ВАШ (самооценка здоровья) с ХС-ЛПВП, индексом атерогенности и ХС-ЛПВП у представителей обоих полов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хроменкова, Ю. Ю. Психофизиологические предпосылки и склонности к депрессии у мужчин и женщин / Ю. Ю. Хроменкова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2016. — № 5. — С. 741.
2. Коротыш, А. И. Проблемы маскированной депрессии в современном социуме / А. И. Коротыш, Н. Ф. Терещенко // Современные научные исследования и инновации. Электронный ресурс. — 2015. — № 4, Ч. 5.
3. Уткина, Е. А. Гетерогенность липопротеидов и их роль в развитии сердечно — сосудистых заболеваний / Е. А. Уткина, О. И. Афанасьева, С. Н. Покровский // Российский кардиологический журнал. — 2019. — № 24 (5). — С. 84–85.

УДК 616.124.2-2-005.8-036.82

ТРУДНОСТИ В ПРОВЕДЕНИИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ПЕРИОД РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Степанец Е. А.¹, Кобылко Л. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день среди причин смертности и инвалидизации населения ведущее место занимают болезни системы кровообращения, из которых наибольший вклад