

### **Материалы и методы исследования**

Обследовано 80 пациентов: 60 мужчин и 20 женщин в возрасте 45–75 лет, госпитализированных в ОИТР для кардиологических больных УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска (Республика Беларусь) с острым крупноочаговым инфарктом миокарда. Группу исследования составили пациенты с острым крупноочаговым инфарктом миокарда и депрессивными расстройствами ( $n = 30$ ), средний возраст составил  $58,2 \pm 6$  лет, группу сравнения — пациенты с острым крупноочаговым инфарктом миокарда без депрессивных расстройств ( $n = 50$ ), средний возраст —  $54,1 \pm 3$  лет.

В первой группе тромболизис выполнен в 70 % случаев ( $n = 21$ ), во второй группе — в 76 % случаев ( $n = 38$ ). Первичное ЧКВ — 76,7 % пациентам ( $n = 23$ ) первой группы и 66 % пациентам ( $n = 33$ ) второй группы. Всем пациентам в первые сутки были определены сывороточные уровни ФНО- $\alpha$  и СРБ. Использовались клинические, лабораторные методы исследования, для выявления депрессии применялась анкета Цунга.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Показано, что в первые сутки инфаркта миокарда в первой группе пациентов концентрация ФНО- $\alpha$  составила  $414 \pm 57$  нг/мл, во второй —  $78,94$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). Сывороточные уровни СРБ так же продемонстрировали увеличение концентрации в первой группе  $13,22 \pm 1,69$  мг/л по отношению к группе сравнения  $6,58 \pm 1,06$  мг/л ( $p < 0,05$ ). Среди пациентов из группы исследования в первые сутки инфаркта миокарда наблюдались различные осложнения: кардиогенный шок с летальным исходом — 6,6 % ( $n = 2$ ), острая левожелудочковая недостаточность — 6,6 % ( $n = 2$ ), нарушение ритма и проводимости — 16,7 % ( $n = 5$ ). У пациентов второй группы наблюдались нарушения ритма и проводимости: преходящая АВ-блокада I степени — 6 % ( $n = 3$ ), фибрилляция предсердий — 4 % ( $n = 2$ ).

### **Заключение**

Группа пациентов с острым инфарктом миокарда и сопутствующими депрессивными расстройствами характеризовалась достоверным увеличением концентрации провоспалительных цитокинов, что подтверждается литературными данными и может, в последующем, ассоциироваться с развитием прогрессирования атеротромбоза коронарных, мозговых и периферических артерий, усугубляя прогноз выживаемости пациентов с инфарктом миокарда.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Чазов, Е. И. Инфаркт миокарда прошлое, настоящее и некоторые проблемы будущего / Е. И. Чазов // Сердце. — 2002. — 1. — № 1. — С. 6–8.
2. Реперфузионная терапия в лечении острой лево-желудочковой недостаточности при инфаркте миокарда / Р. С. Карпов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. — № 4. — С. 43–50.
3. Benyamini Y, Roziner I, Goldbourt U. Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction and Their Inverse Associations with Future Health Behaviors and Quality of Life. *Ann Behav Med.* 2013 May 4.
4. Nielsen T.J., Vestergaard M., Christensen B. Mental health status and risk of new cardiovascular events or death in patients with myocardial infarction: a population-based cohort study. *BMJ Open.* 2013 Aug 2; 3(8).
5. Sorensen C., Friis-Hasche E., Haghfelt T., Bech P. Postmyocardial infarction mortality in relation to depression: a systematic critical review. *Psychother Psychosom* 2005;74:69–80.

**УДК 616.831-005.1-036.82:301**

## **СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЙ ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Подольская Ю. И., Сидоренко Е. И.**

**Научные руководители: к.м.н., доцент Н. В. Галиновская, к.м.н., доцент Н. Н. Усова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Инсульт является одной из важных проблем современной неврологии и в большинстве случаев приводит к тяжелой, длительной инвалидизации и увеличению смертности

[1]. Поэтому реабилитация пациентов, перенесших мозговой инсульт, является одной из наиболее актуальных задач современной медицины и социальной помощи. Инсульт принято считать болезнью, которая чаще встречается в пожилом возрасте, однако в последнее время нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) возникает и до 45 лет [2].

Среди основных причин, приводящих к возникновению ОНМК, отмечают артериальную гипертензию, атеросклеротическое поражение сосудов, венозную дисциркуляцию, нарушение сердечного ритма и насосной функции сердца, внутрисосудистое тромбообразование, метаболический синдром, воспаление, гиподинамию, курение, диетарные погрешности и избыточную массу тела. Но на первое место все чаще выходят психосоматические причины, которые выражаются в постоянном напряжении и невротизации ритма жизни современного человека [2].

В оказании реабилитационных мероприятий нуждаются все пациенты с ОНМК [3].

Основные задачи реабилитации:

- восстановление нарушенных функций;
- психическая и социальная реабилитация;
- профилактика постинсультных осложнений.

В состав реабилитационной бригады обязательно включен специалист-психолог, в задачи которого входит формирование положительной мотивации на проведение реабилитационных мероприятий [3]. Если пациент не научится правильно реагировать на определенные события, то в скором времени инсульт может произойти повторно, но уже с более тяжелыми последствиями для выжившего и меньшей вероятностью вернуться к нормальному образу жизни [3].

Достаточно часто инсульты сопровождаются нарушением психоэмоционального статуса пациента. Основными видами нейропсихологических нарушений являются депрессивные состояния, повышенная эмоциональность и состояние скуки, которое ведет к снижению мотивации психологических потребностей пациента и отражается на восстановлении пациентов. Реабилитация постинсультных пациентов с когнитивными расстройствами имеет свою специфику, заключающуюся не только в адекватной нейрофармакологической коррекции, но и в хорошем нейропсихологическом обеспечении.

Непременным условием продуктивной реабилитации является активное участие самого больного и членов его семьи.

### ***Цель***

Установление влияния социальной сферы и общения пациентов между собой в постинсультный период реабилитации.

### ***Материалы и методы их исследования***

Для определения эффективности реабилитации мы наблюдали в стационарных, а затем в домашних условиях две группы пациентов (все женщины), перенесших мозговой инсульт, из двух палат реабилитационного отделения. Средний возраст наблюдаемых составил 62,2 года (от 55 до 66 лет). По возрастным особенностям, типам перенесенного инсульта, тяжести заболевания и проводимым не психотерапевтическим методам реабилитации существенных различий между группами не было.

Для определения нарушения и восстановления различных функций у пациенток мы пользовались шкалами инсульта Национального Института Здоровья (США), Глазго, Бартела. Для определения функционального статуса больных использовалась модифицированная шкала Рэнкина [2].

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В начале исследования пациенты были малообщительны и настроены настороженно, у них наблюдалась скука, отсутствие желания общаться с соседями по палате.

В процессе работы с реабилитантами мы приходили к пациенткам в палаты два раза.

Во время первого посещения и знакомства двое из шести пациенток были настроены на разговор и приветливы, у них отсутствовали проявления депрессии и других психоэмоциональных нарушений. У остальных наблюдались признаки сниженного настроения, нежелание общаться, раздражение и замкнутость. Но в процессе знакомства и проведения тестов, а также под уговоры их соседок по палате большинство пациенток постепенно становились более разговорчивыми и соглашались на участие в исследовании.

Во время второго визита к пациенткам все исследуемые были настроены на диалог и общались между собой. Явные признаки депрессии и скука не наблюдались.

При продолжении общения на дому у пациенток, которые находились в кругу семьи и ощущали их поддержку и помощь в реабилитации, наблюдались явные улучшения в восстановлении нарушенных функций. Психоэмоциональное состояние в данной группе оставалось без отклонений, наблюдалось дружелюбие, заинтересованность в общении.

У одиноких пациенток также наблюдалось улучшение в восстановлении нарушенных функций, они были очень рады общению и очень подробно рассказывали о своем самочувствии и изменениях в восстановлении нарушенных органов после выписки из стационара, но отмечали скуку, возникающую в результате одинокого пребывания дома. Также процесс восстановления был незначительно снижен, по сравнению с пациентками, которые ощущали поддержку близких людей.

#### **Выводы**

1. Реабилитацию пациентов, перенесших мозговой инсульт, следует начинать как можно раньше (в острый период заболевания). Она должна быть комплексной, этапной, патогенетически обоснованной, не только с учетом неврологического дефицита пациента, но и его соматического и нейропсихологического статуса. Непременным условием является активное участие самого пациента и членов его семьи.

2. Реабилитация постинсультных больных с когнитивными расстройствами заключается не только в адекватной нейрофармакологической коррекции, но и в хорошем нейропсихологическом обеспечении.

3. Эффективность психотерапевтической реабилитации зависит от учета особенностей психоэмоциональных нарушений, поэтому крайне необходимо отмечать малейшие успехи пациента и прилагать усилия к тому, чтобы он постоянно испытывал положительные эмоции.

4. Последнему будет способствовать постоянное амбулаторное сопровождение, осуществляемое волонтерами, с обязательным формированием тесного круга контактов между пациентами из одной палаты.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. <http://www.mirsomatiki.ru/page/insult-psihosomatika>
2. <http://www.health-ua.org/archives/angio/80.html>
3. <http://vsimshop.com/>

**УДК 616-002.5-08**

### **СТРУКТУРА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И УРОВНИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГРУППЕ РИСКА – КОНТИНГЕНТАХ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

*Пожидаева О.М., Юртаева А.В.*

**Научный руководитель: ассистент Н. В.Рачина  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
г. Курск, Российская Федерация**

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ оказанию медицинской помощи в группах населения с высокой частотой факторов риска развития