

Изучение фармакоэкономических аспектов ревматоидного артрита.

Методы исследования

Возможность получать своевременную, адекватную терапию для больных РА крайне важна, но, к сожалению, в современных условиях не всегда выполнима. Ведь известно, что реальная стоимость лечения больных РА существенно превышает те средства, которые предоставляются в рамках программы бесплатной медицинской помощи. Одним из путей оптимизации затрат в системе здравоохранения является изучение фармакоэкономических аспектов терапии. Они включают исследование клинических и экономических преимуществ тех или иных лекарственных препаратов или схем лекарственной терапии, оказывающих воздействие на продолжительность и качество жизни больного. Приведенные в литературе фармакоэкономические исследования РА касаются в основном экономических аспектов осложненного течения болезни на фоне длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а также структуры затрат, связанных с потерей трудоспособности, консервативным и хирургическим лечением, выплатами по инвалидности и рядом других [3]. Значительные экономические затраты на лечение РА во многих случаях обусловлены так называемыми компенсационными издержками, связанными с необходимостью купирования отрицательных последствий применения того или иного метода лечения.

Рядом ученых рассматривались фармакоэкономические аспекты терапии РА, связанной с длительным применением больными глюкокортикостероидов (ГКС) и базисной противовоспалительной терапии. Следует отметить, что в литературе содержится мало сведений о проведении отечественных фармакоэкономических исследований лечения РА. Однако очевиден факт необходимости проведения отечественных фармакоэкономических исследований в системе льготного лекарственного обеспечения. Полученные сведения могут быть использованы с целью оптимизации схем лечения РА и, соответственно, расходов в системе здравоохранения.

Выводы

1. Рассмотрены фармакоэкономические аспекты ревматоидного артрита.
2. Рассмотрено значение рационального выбора противоревматических препаратов, что является основным направлением в лечении ревматоидного артрита и представляет множество потенциальных преимуществ в данном направлении, включая быстрый контроль над заболеванием, уменьшение нетрудоспособности и уменьшение в целом расходов для системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Response-driven combination therapy with conventional disease-modifying antirheumatic drugs can achieve high response rates in early rheumatoid arthritis with minimal glucocorticoid and nonsteroidal anti-inflammatory drug use / S. M. Proudman [et al.] // *Semin Arthritis Rheum.* — 2007. — № 37:— P. 99–111.
2. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide / P. Emery [et al.] // *Ann Rheum Dis.* — 2002. — № 61 (4). — P. 290–297.
3. Uhlig, T. Rheumatoid arthritis is milder in the new millennium: health status in patients with rheumatoid arthritis 1994–2004. / T. Uhlig, T. Heiberg, P. Mowinckel // *Ann Rheum Dis.* — 2008. — № 67(12). — P. 1710–1715.

УДК 618.39:159

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ И РОДИТЕЛЬСКОЙ ДОМИНАНТ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФОН РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Чигилейчик М. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Материнский дистресс — это обобщающее понятие, включающее в себя широкий спектр психологических проблем, возникающих во время беременности, родов и после родов, за исключением аспектов психиатрической патофизиологии. Проблемы психологического здоровья матери во время беременности и в послеродовом периоде являются распространенным явлением: уровень варьируется от 10 до 41 % [1]. Перинатальный период считается временем повышенного риска развития психических нарушений. Кроме того, существует предположение о том, что беременность и роды могут стать провоцирующими факторами в развитии уже имеющихся скрытых нарушений. Не вовремя диагностированные нарушения психического состояния способны привести к таким осложнениям как: переход заболевания в хроническую форму, неспособности матери к невербальному общению с младенцем и когнитивной дисфункции у ребенка в последующем, трансформации депрессии в послеродовой психоз [1, 2, 3].

Цель

Определить психическое состояние рожениц и родильниц в динамике, выявить преобладающий тип психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) во время беременности и в послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования

В научном поиске участвовало 35 пациенток, родоразрешенных на базе Гомельская городская клиническая больница № 2 и Гомельская городская клиническая больница № 3, не имеющих выраженной соматической патологии и осложнений беременности. Исследование проводилось методом анкетирования. Сбор материала осуществлялся незадолго до родоразрешения и непосредственно перед выпиской родильниц из стационара (4–5 сутки послеродового периода). Исследование самочувствия, активности и настроения проводилось с помощью опросника САН (самочувствие, активность, настроение). Эдинбургская шкала депрессии послужила ранним инструментом для выявления депрессивных расстройств. Для определения ПКГД использовался тест отношений беременной (ТОБ), с помощью которого стало возможным отследить изменение оценки родильницы к себе беременной, к формирующейся системе «мать-дитя», к суждению пациентки об отношении окружающих к ней в динамике. Шкала реактивной и личностной тревожности State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Med Calc 10.2.0.0» с использованием непараметрических критериев. Для количественных признаков вычислялась медиана (Me) и 95 % доверительный интервал, для качественных признаков — доля (p%) и стандартное отклонение доли ($\pm Sp\%$).

Результаты исследования и их обсуждение

На момент исследования 5 ($14,3 \pm 5,9\%$) беременных показали высокие значения реактивной тревожности до родов и 13 ($37,1 \pm 8,1\%$) женщин имели аналогично высокий показатель в послеродовом периоде, что свидетельствует о повышении тревожности в группе родильниц ($\chi^2 = 6,7$; $p = 0,001$). В группе беременных и родильниц выявлен умеренный показатель личностной и реактивной тревожности, что говорит в пользу стабильного психоэмоционального напряжения субъектов в момент обследования на конкретную ситуацию деятельности (таблица 1). Согласно данным Эдинбургской шкалы, у 4 ($11,2 \pm 5,4\%$) беременных выявлены депрессивные расстройства (значимый уровень по шкале депрессии более 12). В послеродовом периоде этот показатель составил 3 случая ($8,6 \pm 4,7\%$). Средние показатели самочувствия, активности, настроения также были выше в группе беременных.

Таблица 1 — Сравнение показателей тревожности, депрессии, самочувствия, настроения и активности беременных и родильниц, Ме (95 %ДИ).

Показатель	Показатели беременных N = 35	Показатели родильниц N = 35
Реактивная тревожность (шкала тревожности STAI)	40 (35–41)	40 (36–45)
Личностная тревожность(шкала тревожности STAI)	41 (37–44)	42 (38–49)
Уровень депрессии(Эдинбургская шкала депрессии)	4,0 (3,0–3,7)	7,0 (5,0–8,0)
Самочувствие (опросника САН)	5,5 (4,9–6,0)	4,9 (4,2–5,0)
Активность (опросника САН)	4,6 (4,0–5,1)	4,1(4,0–4,9)
Настроение (опросника САН)	5,8 (5,3–6,4)	5,2 (5,0–6,2)

Анализ теста отношений беременной выявил преобладание оптимального ПКГД у 18 (51,4 ± 8,44 %) женщин и эйфорического — у 8 (22,8 ± 7,9 %) женщин в группе. Для исследования динамики показателей были проанализированы аналогичные анкеты ТОБ в послеродовом периоде (таблица 2). Качественно значимым оказался сдвиг в сторону снижения эйфорического типа доминанты и увеличения гипогестогнозического, возрос процент неопределенного типа в послеродовой группе. Был проведен анализ ответов беременных и родильниц по рубрикам опросника.

Таблица 2 — Доминирующие психологические и родительские компоненты доминант

Доминирующий тип психологической доминанты	Доминанта гестации N = 35 (%)	Родительская доминанта N = 35 (%)	Уровень значимости, p, χ^2
Оптимальный	18 (51,4 ± 8,4 %)	16 (45,0 ± 8,4 %)	p = 0,2; $\chi^2 = 1,4$
Эйфорический	8 (22,8 ± 7,9 %)	1 (2,9 ± 2,8 %)	p = 0,03; $\chi^2 = 4,5$
Гипогестогнозический	2 (5,7 ± 3,9 %)	10 (28,6 ± 7,6 %)	p = 0,02; $\chi^2 = 4,9$
Тревожный	4 (11,4 ± 5,4 %)	4 (11,4 ± 5,4 %)	p = 0,7; $\chi^2 = 0,1$
Депрессивный	2 (5,7 ± 3,9 %)	5 (14,3 ± 5,9 %)	p = 0,4; $\chi^2 = 0,6$
Неопределенный	1 (2,9 ± 2,8 %)	8 (22,8 ± 7,9 %)	p = 0,03; $\chi^2 = 4,5$

Эйфорическое отношение к гестации выявлено в 19 (54,2 ± 8,4 %) случаях в группе беременных, в то время как после родов данная реакция сохраняется у значимо меньшего числа — 5 (14,2 ± 5,9 %) женщин ($\chi^2 = 10,7$; p = 0,001). Оптимальное отношение к беременности во время гестации выявлено среди 12 (34,2 ± 8,0 %) женщин, в послеродовом периоде этот показатель возрос до 23 (65,7 ± 8,0 %) случаев ($\chi^2 = 5,7$; p = 0,01). Оптимальное отношение к грудному вскармливанию выявлено в 24 (68,5 ± 7,8 %) случаях среди беременных против 11 (31,4 ± 7,8 %) в группе родильниц ($\chi^2 = 8,8$; p = 0,003). По этой же рубрике опросника был проведен анализ депрессивного показателя: 1 (2,8 ± 2,81 %) случай среди беременных и 11 (31,4 ± 7,8 %) среди родильниц ($\chi^2 = 8,1$; p = 0,004).

Выводы

1. Использование Эдинбургской шкалы депрессии, опросника САН, шкалы тревожности STAI и теста отношений беременной позволяют своевременно диагностировать материнский дистресс, а главное — оказать целенаправленную психологическую помощь.

2. Накануне родов 14 % беременных имеют высокие уровни тревоги и склонность к депрессивным состояниям, что усугубляется после родов, когда у каждой третьей родильницы наблюдается склонность к депрессии (p = 0,001), формируются патологические формы отношений к лактации.

3. Важным является своевременно диагностировать материнский дистресс накануне родов, при проведении родоподготовки, продолжать психопрофилактическую поддержку в родах с целью снижения числа депрессивных расстройств и негативного отношения к лактации в послеродовом периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билецкая, М. П. Семейная психология и семейная психотерапия. Ч. 1 / М. П. Билецкая, Т. В. Маликова // Перинатальный период развития: учеб.-метод. пособие. — СПб: СПбГПМА, 2008. — 368 с.
2. Вербицкая, М. С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоциальным статусом. URL: http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&task=view&id=738&Itemid=52&showall=1
3. Добряков, И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты / И. В. Добряков // Хрестоматия по перинатальной психологии. — М., 2005. — С. 93–102.

УДК 616-092.18/19:577.171.6

РОЛЬ ГЛУТАМАТНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Чубукова Т. Н.

научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. С. Угольник*

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

Введение

Хронический стресс является фактором риска цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), связанных с ишемией головного мозга. Данные клинических исследований показывают, что индивидуальная стрессоустойчивость пациентов взаимосвязана с прогнозом заболевания при хронической ишемии головного мозга [1]. Предрасположенность и устойчивость к стрессорным повреждениям определяется генетически и фенотипически обусловленными особенностями организма. Генотип оказывает существенное влияние на стресс-реакцию. Поэтому изучение стресс-индуцированной экспрессии генов имеет важное значение для фундаментальной науки и развития персонализированной медицины [2]. Представляет интерес изучение роли глутаматных рецепторов в патогенезе хронического стресса, что может внести свой вклад в профилактику и диагностику ЦВЗ.

Цель

Аналитический обзор данных литературы о роли глутаматных рецепторов в патогенезе хронического стресса.

Глутаматные рецепторы подразделяются на подгруппы ионотропных и метаботропных. К первой подгруппе относится комплекс белков N-метил-D-аспарагиновой кислоты (NMDA), представленный субъединицами NR1, NR2A, NR2B, NR2C, NR2D и NR3; комплекс α -амино-3-гидрокси-5-метил-4-изоксазол-пропионовой кислоты (AMPA), состоящий из белков GluR1, GluR2, GluR3 и GluR4; каинатные рецепторы (KAR), такие как GluR5, GluR6, GluR7, KA1, KA2. Связывание глутамата с рецепторами данного вида приводит к изменению проницаемости мембраны для катионов калия, натрия и кальция. Метаботропные рецепторы представлены семью разновидностями белковых комплексов mGluR, взаимодействие которых с глутаматом приводит к активации системы вторичных посредников, сопряженных с G-белками [3].

Американские исследователи Prasad K. N. и Bondy St. C. (2014) выдвинули концепцию о том, что посттравматические стрессорные расстройства и травматические повреждения мозга имеют общие биохимические механизмы, в том числе и механизм эксайтотоксичности. Под эксайтотоксичностью понимают патологический процесс, при котором в результате чрезмерной и продолжительной активации глутаматных рецепторов наблюдается повреждение и гибель нейронов. Гиперактивация ионотропных рецепторов приводит к входу катионов кальция в клетку, разобщению транспортной митохондриальной цепи, активации внутриклеточных ферментов, повышению синтеза оксида азота и развитию оксидативного стресса, экспрессии генов раннего реагирования и апоптозу [4]. Данные об эксайтотоксическом повреждении нервных клеток при хроническом стрессе