

Важно отметить, что 2 ребенка из второй группы, которые в первый час обезболивались промедолом, через 3 часа после первого осмотра указали по мимической шкале на 0 личико, что означает, что боль отсутствует.

Выводы

1. Применение каудальной анестезии у детей надежно купирует болевой синдром в раннем послеоперационном периоде.

2. При использовании общей анестезии дети в раннем послеоперационном периоде нуждаются в дополнительном введении анальгетических препаратов.

3. Послеоперационное обезболивание с применением анальгина и димедрола нельзя признать адекватным.

4. У детей в возрасте до четырех лет клиническая картина не всегда позволяет адекватно определить степень выраженности болевого синдрома, поэтому в данной возрастной группе следует прибегать как к анальгезии, так и к седации ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Осипова, Н. А. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и послеоперационной аналгезии / Н. А. Осипова // Анестезиол. и реаниматол. — 1998. — № 5. — Р. 11–15.
2. Кукушкин, М. Л. Общая патология боли / М. Л. Кукушкин, Н. К. Хитров. — М.: Медицина, 2004.
3. Hill RG. Peripheral analgesic pharmacology «Pain 1999 – an Updated Review». — IASP Press, Seattle, 1999. — P. 391–395.

УДК 616.517-036.8

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

Кулюгова Е. И., Полин И. В., Зозуля А.

Научный руководитель: преподаватель кафедры поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом дерматовенерологии Л. А. Порошина

Учреждение образования»

Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориаз — одно из распространенных хронических заболеваний кожи. Удельный вес лиц, страдающих псориазом, в общей структуре заболеваемости кожными болезнями постоянно растет. Это полиэтиологическое заболевание, развивается в любом возрасте, ему подвержены как мужчины, так и женщины. Протекает заболевание годами, сопровождается чередованием рецидивов и ремиссий. Характеризуется наличием мономорфной сыпи в виде узелков (папул) розово-красного или красного цвета, покрытых плотными серебристыми чешуйками. Папулы могут увеличиваться и сливаться друг с другом с образованием бляшек. Чаще всего псориазные высыпания появляются на локтевых и коленных суставах, на волосистой части головы, на нижней части спины и ягодицах, но могут возникать и на любом участке кожи. Патогенез псориаза до настоящего времени окончательно не раскрыт. Известно, что заболевание представляет собой системный процесс, формирующийся у больных не только с иммунными нарушениями, но и выраженными функциональными и морфологическими изменениями ряда органов и систем. Факторами риска так же являются наследственная предрасположенность, острый и хронический стресс, инфекции [1, 2].

Разнообразие морфологических и функциональных изменений, побочные эффекты терапии оказывают прямое влияние на физическое и психическое состояние больного, утяжеляя его состояние, что приводит к снижению работоспособности больных, вплоть до инвалидизации. В зависимости от тяжести и локализации псориазных поражений, пациенты с псориазом могут испытывать значительный физический и психологи-

ческий дискомфорт, трудности с социальной и профессиональной адаптации. Кожный зуд и боль могут мешать выполнять основные жизненные функции, такие, как уход за собой, прогулки, сон. Псориазные бляшки на открытых частях конечностей могут препятствовать больному работать, заниматься некоторыми видами спорта, ухаживать за членами семьи или домом. Все это говорит о том, что псориаз способен значительно ухудшать качество жизни пациентов, как и другие тяжелые хронические заболевания, например, перенесенный инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность или сахарный диабет. В результате поражения кожи пациенты могут также быть чрезмерно озабочены своим внешним видом, придают этому слишком большое значение (иногда до степени навязчивой фиксации на этом, почти дисморфофобии), страдают от пониженной самооценки, которая связана со страхом общественного неприятия и отторжения или с опасениями не найти сексуального партнера вследствие проблем внешнего вида. Психологический дистресс в сочетании с иммунопатологическими нарушениями (повышенной продукцией воспалительных цитокинов) может привести к развитию депрессии, тревожного состояния или социофобии, к значительной социальной изоляции и дезадаптации пациента. Следует также отметить, что сочетание псориаза и депрессии встречается с повышенной частотой даже у тех пациентов, которые не испытывают субъективного психологического дискомфорта от наличия псориаза [3].

Цель исследования

Исследовать психологические особенности пациентов страдающих псориазом на современном этапе, определить их уровень депрессии и выявить изменения в психологической сфере в зависимости от топик и площади поражения.

Материал и методы исследования

Нами было проведено анкетирование по шкале Цунга и определение уровня депрессии у пациентов с псориазом, находившихся на стационарном лечении в ГОКВД. У пациентов определялась площадь поражения кожного покрова, наличие высыпаний на открытых участках кожи (лице и кистях). Было опрошено 50 пациентов, страдающих распространенной формой псориаза, из них 25 мужчин в возрасте от 18 до 69 лет и 25 женщин в возрасте от 16 до 65 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

С площадью поражения кожи более 30, но менее 50 % было 8 женщин и 6 мужчин. Площадь поражения 30–50 % отмечалась у 9 женщин и 10 мужчин. Более половины кожного покрова были заняты псориазной сыпью у 10 женщин и 5 мужчин. Поражение хотя бы одного из открытых участков кожи (лицо, кисти рук, ладони) отмечалось у всех обследуемых, причем, на лице сыпь была у 15 женщин и 7 мужчин (таблица 1).

Таблица 1 — Уровень депрессии у пациентов, страдающих псориазом

Показатели	Муж	%	Жен	%	Всего	%
Умеренная депрессия	0	0	3	$6 \pm 3,36$	3	$6 \pm 3,36$
Легкая депрессия	17	$68 \pm 9,52$	20	$80 \pm 8,16$	37	$72 \pm 6,35$
Депрессия всего	17	$68 \pm 9,52$	23	$92 \pm 5,54$	40	$80 \pm 6,35$
Норма	8	$32 \pm 9,52$	2	$8 \pm 5,54$	10	$20 \pm 5,66$

У пациентов с псориазом умеренная депрессия выявлена у 6 % исследуемых, легкая депрессии у 37 ($72 \pm 6,35$ %) человек. Не наблюдалось депрессии у 10 ($20 \pm 5,66$ %) пациентов, 8 из них — мужчины. У женщин депрессия наблюдалась чаще, она составила 92 против 68 % у мужчин. Причем, умеренная депрессия наблюдалась только у женщин, тогда как у пациентов мужского пола была лишь легкая депрессия. Депрессия при поражении лица была выявлена у 14 из 15 женщин ($93,3 \pm 6,67$ %) и достоверно ($\chi^2 = 5,43$) превышала показатели у мужчин ($71,4 \pm 8,44$ %).

Нам показались интересными ответы пациентов на некоторые вопросы из шкалы Цунга. Так, например, на утверждение «Я живу достаточно полной жизнью» (таблица 2) более половины женщин ответили «никогда» или «иногда».

Таблица 2 — Ответы пациентов на вопросы из шкалы Цунга

Вариант ответа	Мужчины, n = 25	Женщины, n = 25	Всего, n = 50
Никогда	3	5	8
Иногда	7	8	15
Часто	8	7	15
Всегда	7	5	12

На утверждение «Я чувствую подавленность и тоску» (таблица 3) в 44 % случаев женщины выбирали ответ часто или постоянно.

Таблица 3 — Ответы пациентов на утверждение «Я чувствую подавленность и тоску»

Вариант ответа	Мужчины, n = 25	Женщины, n = 25	Всего, n = 50
Никогда	6	2	8
Иногда	17	12	29
Часто	2	5	7
Всегда	0	6	6

Выводы

У 80 % пациентов, страдающих псориазом, наблюдается состояние депрессии, причем частота и уровень депрессии более выражен у женщин, особенно при локализации высыпаний на лице.

Необходима оптимизация помощи больным псориазом, а именно психотерапевтическая помощь, в рамках которой важно проводить коррекцию психоэмоционального состояния, что может существенно повысить эффективность оказываемой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич, В. П. Инфекции, передаваемые половым путем: рук-во для врачей / В.П.Адашкевич. — М., 2002. — 416 с.
2. Козин, В. М. Дерматология: учеб. пособие / В. М. Козин. — Мн.: Выш. школа, 1999. — 304с.
3. Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами./ Довжанский С. И. // Вестник дерматологии и венерологии // 2001. - № 3.- С 12–3.

УДК: 340.6:617.51-001:616.28-008.14

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ И СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Куприянова Л. С., Губин Н. В.

**Научные руководители: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии Харьковского национального медицинского университета В. Д. Марковский;
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины, медицинского правоведения им. засл. проф. М.С. Бокариуса Харьковского национального медицинского университета В. А. Ольховский**

Учреждения образования

**«Харьковский национальный университет внутренних дел МВД Украины»
«Харьковский национальный медицинский университет»
г. Харьков, Украина**

Экспертизы по поводу посттравматической сенсоневральной тугоухости (ПСТ) составляют 0,3 % от общего ежегодного количества экспертиз отдела судебно-медицинской экспер-