

$p < 0,05$ по сравнению с ТИА). При этом выявлена тенденция к отличию СОЭ у пациентов с ТИА от таковой при ИМ ($9,44 \pm 4,39$ мм/ч и $7,9 \pm 0,66$ мм/ч; $p < 0,1$, соответственно).

Заключение

В процессе исследования нами было показано наличие воспалительного ответа у пациентов с ТИА, которое обуславливает прокоагуляционную направленность гомеостаза. Данное направление является перспективным в плане разработки дополнительных диагностических возможностей и коррекции лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Транзиторные ишемические атаки в клинической практике: диагностика и неотложная помощь в XXI веке / В. А. Яворская [и др.] // Практическая ангиология. — 2006. — № 1(2). — С. 3–9.
2. Клинические и патогенетические особенности транзиторных ишемических атак в каротидном бассейне у больных молодого и среднего возраста / Н. Н. Белявский [и др.] // Неврол. журн. — 2008. — Т. 13, № 4. — С. 9–14.
3. Суханов, В. А. Воспалительно-коагуляционный ответ как часть синдрома системной воспалительной реакции / В. А. Суханов // Интенсивная терапия. — 2006. — № 1. — С. 59–62.
4. Кашаева, Л. Н. Иммунологические нарушения при церебральных инсультах и их коррекция: метод. рекомендации / Л. Н. Кашаева, Л. М. Карзакова, В. Н. Саперов. — Чебоксары, 2005. — 27 с.

УДК 616.12-005.4-053.8-055.1:616.8

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Гатальская Г. В., Шаршакова Т. М., Калинина Н. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Психосоматический подход в психологии рассматривает взаимосвязь телесного и психического, их взаимодействие и взаимовлияние [1]. Ишемическая болезнь сердца входит в так называемую «святую семерку» психосоматических заболеваний. Исследованиями в рамках психосоматического подхода занимались: Ф. Александер, Ф. Данбар, П. Сифнеос, У. Кэннон, Г. Селье, Г. Ф. Никифоров и другие [2].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — хроническое заболевание, обусловленное недостаточностью кровоснабжения сердечной мышцы [3].

В мире ИБС занимает первое место среди причин смерти. По данным ВОЗ, представленным в книге «Атлас здоровья в Европе» за 2008 г. Россия, Украина и Беларусь указаны первыми в статистике смертности от ИБС за 2004–2006 гг. Мужчины во всем мире более подвержены данному сердечно-сосудистому заболеванию, чем женщины (рисунок 1) [3].

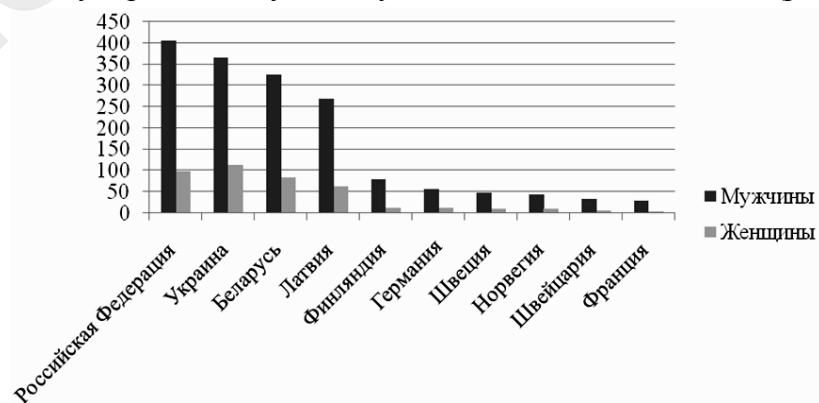


Рисунок 1 — Смертность от ИБС в странах Европы за 2004–2006 гг. на 100 тыс. населения

В 2007 г. удельный вес смертности от ИБС в структуре смертности от болезней системы кровообращения составил 69 % [4].

Выделяют внутренние (личностные) и внешние (информационные) факторы. К внутренним относят: особенности организации нервно-психических процессов и личностные особенности в целом. К внешним — стрессовые неблагоприятные воздействия на человека условий окружающей среды, особенностей семейных и производственных отношений [4].

Ведущими психологическими факторами ИБС, являются депрессия, тревога, стресс, связанный с работой, а также личностные особенности [6, 7].

Материалы и методы

Исследование психологических факторов, способствующих возникновению и развитию ИБС проводилось на двух выборочных совокупностях: мужчины трудоспособного возраста с диагнозом ИБС (30 человек), мужчины трудоспособного возраста без заболевания (30 человек). Группа пациентов с ИБС набиралась в Гомельском областном клиническом кардиологическом диспансере в 1, 2 и 3 кардиологических отделениях.

Для диагностики психологических факторов были использованы следующие методики: опросник «Уровень депрессии Бека», тест на профессиональный стресс (Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников), опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ), методика «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (Мини-СМИЛ).

Для выявления различий в уровне признака по факторам между двумя группами испытуемых выбран критерий Стьюдента для независимых выборок.

Гипотезы. Н0 — нельзя утверждать, что уровень проявления отдельных психологических факторов у больных ИБС существенно выше, чем у лиц без данного заболевания.

Н1 — уровень проявления отдельных психологических факторов у больных ИБС существенно выше, чем у лиц без данного заболевания.

Результаты исследования

Получены следующие результаты (рисунки 2 и 3).



Рисунок 2 — Различия в уровнях профессионального стресса, депрессии и семейной тревоги по средним показателям с учетом стандартного отклонения (M ± σ)

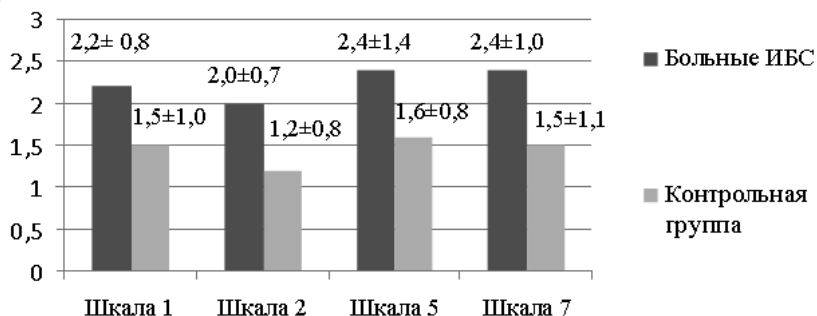


Рисунок 3 — Достоверные различия (p < 0,01) в уровнях признака по шкалам 1, 2, 5, 7 методики Мини-СМИЛ по средним показателям с учетом стандартного отклонения (M ± σ)

Рисунок 2 отображает в сравнении достоверно значимые различия в уровне признака по фактору «депрессия», а также отсутствие различий по данным исследования по факторам «профессиональный стресс» и «семейная тревога». Уровень проявления депрессии у больных ИБС по сравнению с контрольной группой достоверно выше ($p < 0,01$). Методики на выявление профессионального стресса и семейной тревоги не дали ожидаемого результата, что могло быть связано с недостаточным объемом выборки для чувствительности этих методик.

У больных ИБС (рисунок 3) по сравнению с контрольной группой наблюдается более высокий уровень проявления следующих личностных особенностей: сосредоточенность на плохом самочувствии и ипохондричность, сниженный фон настроения (шкала 2); трудности межличностного общения и сексуальной адаптации (шкала 5), повышенный уровень тревожности и состояние тревоги (шкала 7).

Выводы

Для больных ИБС характерно влияние на состояние здоровья следующих психологических факторов: депрессия, тревога и личностные особенности, свидетельствующие о проявлении соматической невротизации и нарушении социальной адаптации больных.

Изучение психологических факторов, участвующих в возникновении и развитии ИБС, является важным моментом в психологическом сопровождении больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психология здоровья: учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 607 с.
2. Кокс, Т. Стресс / Т. Кокс; пер. с англ. — М.: Медицина, 1981. — 216 с.
3. Атлас здоровья в Европе. — 2-е изд. — М.: Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2008. — 128 с.
4. Шаршакова, Т. М. Социально-психологические факторы риска ишемической болезни сердца у трудоспособного населения Гомельской области / Т. М. Шаршакова, Г. В. Гатальская, А. Л. Лопатина // Проблемы здоровья и экологии. — 2009. — № 4 (22). — С. 135–145.
5. Погосова, Г. В. Депрессивные расстройства и сердечно-сосудистые заболевания / Г. В. Погосова, Л. А. Тихомирова // Профилактика заболеваний. — 2004. — № 3. — С. 10–13.
6. Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг. — 7-е изд. — СПб.: Питер, 2002. — 496 с.
7. Никитина, Ю. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ю. Никитина, Ф. Копылов // Врач. — 2008. — № 4. — С. 2–5.

УДК 612.55.014.43:576.8.097.29

О РОЛИ КЛЕТОК КУПФЕРА В ФОРМИРОВАНИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА И В ПРОЦЕССАХ ТЕПЛООБМЕНА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ

Глебов М. А., Висмонт А. Ф.

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Общеизвестно, что ведущим звеном в патогенезе нарушений жизнедеятельности организма является интоксикация, выраженность которой во многом определяется активностью детоксикационной и эндотоксинэлиминирующей функцией печени, а именно гепатоцитов и клеток Купфера. Показано, что от функционального состояния печени зависит активность процессов теплообмена [1] и дейодирования йодсодержащих гормонов щитовидной железы [5], участвующих в регуляции температуры тела [4]. Однако участие клеток Купфера в формировании тиреоидного статуса и терморегуляции не было предметом специального исследования.

Цель исследования

Выяснение роли функционального состояния клеток Купфера в формировании тиреоидного статуса и терморегуляторных реакций организма на действие бактериального эндотоксина.