

УДК 616.831-005.8-053.81:613.86

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Усова Н. Н., Галиновская Н. В.

Учреждение образования

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

Введение

Актуальность проблемы цереброваскулярных заболеваний в настоящее время не вызывает сомнения. В подавляющем большинстве стран мира мозговые инсульты вышли на 2-е место среди причин смерти и лидируют среди патологий, вызывающих первичный выход на инвалидность [1, 2].

За период с 1995 по 2006 гг. смертность от цереброваскулярных заболеваний в Республике Беларусь возросла с 170,9 до 204,2 на 100 тыс. населения. Первичная инвалидность после перенесенного инсульта составляет 3,4 случая на 10 тыс. населения [3].

Среди пациентов, перенесших инсульт, по литературным данным, от 2 до 10 % составляют лица молодого возраста, и с каждым годом этот процент увеличивается [1, 4].

Особый интерес представляют психологические нарушения у пациентов с инфарктом мозга (ИМ), так как наличие в клинике депрессивного и тревожного синдрома затрудняет оценку неврологического статуса, значительно ухудшает качество жизни и снижает эффективность реабилитационных мероприятий у данного круга лиц [2].

Изучению постинсультной депрессии посвящено большое количество работ, и, по данным разных авторов, частота ее развития колеблется от 25 до 79 %. Причем, важно отметить, что ее формирование возможно как в ранние, так и в поздние сроки после ИМ [5].

Возникновение тревожного синдрома более актуально именно в остром периоде ИМ и его изучению посвящены единичные исследования.

Цель

Определить особенности психологического статуса у пациентов молодого возраста в остром периоде ИМ.

Материалы и методы исследования

Обследовано 25 пациентов молодого возраста (до 45 лет) в остром периоде ИМ, проходивших лечение на базе инсультного отделения У «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ» и 9 практически здоровых лиц. С ИМ было 14 мужчин и 11 женщин в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст — $38,4 \pm 6,9$ лет). Группу сравнения составили 3 мужчин и 6 женщин в возрасте от 23 до 32 лет (средний возраст — $29,3 \pm 5,3$ года).

Обращало на себя внимание, что у подавляющего большинства обследованных с ИМ основным выявленным фактором риска возникновения заболевания являлась артериальная гипертензия (84 %), имевшая длительный анамнез.

Динамика клинической картины ИМ была объективизирована с использованием «Шкалы инсульта Американского национального института здоровья» (NIHSS) и шкалы Бартела. При этом тяжесть неврологических нарушений у пациентов с ИМ составила на 1-е сутки $8,08 \pm 4,03$ балла по шкале NIHSS, на 7-е — $4,64 \pm 2,96$ баллов и на 14-е сутки — $2,6 \pm 2,7$ баллов.

Восстановление нарушений самообслуживания происходило следующим образом: на 1-е сутки средний балл по шкале Бартела составил $59,6 \pm 28,02$, на 7-е сутки острого периода ИМ — $80,4 \pm 23,71$ и на 14-е сутки он был равен $91,6 \pm 15,9$ балла.

Для диагностики депрессии применялась шкала депрессии Бека, с помощью которой пациенты самостоятельно оценивали свое состояние. При результате менее 10 баллов выявлялось отсутствие депрессии; 14–19 баллов — определялась легкая депрессия;

20–28 балла — средней тяжести; 29–63 балла — тяжелой. Набор пациентом более 24 баллов свидетельствовал о необходимости лечения антидепрессантами.

Уровень тревожности изучался с помощью шкалы личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, которая также заполнялась самим обследуемым. Показатель ниже 30 баллов свидетельствовал о слабой тревожности, от 31 до 45 — умеренной, свыше 45 баллов — высокой степени. Высокий показатель личностной тревожности (ЛТ) указывал на то, что данный пациент требует повышенного внимания со стороны врача, а высокий показатель реактивной тревожности (РТ) косвенно свидетельствовал о выраженном психоэмоциональном напряжении пациента в настоящее время.

Полученные результаты заносились в электронную базу данных и проходили статистическую обработку с помощью программного пакета «Statistica» 6.0 на базе персонального компьютера. Для обработки данных были использованы методы описательной и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение

По данным опросника Спилбергера-Ханина уровень РТ у пациентов с ИМ составил $46,2 \pm 4,89$ балла, что имеет тенденцию к отличию от такового у практически здоровых лиц ($41,7 \pm 4,06$ балла; $p < 0,1$), и соответствует высокому уровню тревожности. При этом среди перенесших ИМ такое состояние психо-эмоционального статуса наблюдалось у 44 % случаев, а умеренный уровень — у 56 %. У лиц группы сравнения такое соотношение носило совершенно иной характер: высокий уровень РТ был выявлен в 11 % случаев, умеренный — в 89 %. Можно полагать, что этот разброс указывает на то, что высокий уровень РТ связан с реакцией пациентов на болезнь.

При этом достоверной разницы в уровне ЛТ между сравниваемыми группами не выявлено. У пациентов с ИМ уровень этого параметра в среднем составил $45,6 \pm 6,45$ балла (в 40 % случаев — высокая ЛТ, в 60 % — умеренная), а у здоровых лиц — $42,4 \pm 6,44$ балла (в 44% случаев — высокая тревожность, 66% — умеренная). Однородность изучаемых групп указывает на высокие значения ЛТ у всех лиц популяции, что, вероятно, может отражать особенности адаптивного поведения в данной возрастной категории. Поскольку ЛТ является базисной характеристикой личностного потенциала, ее значение не в меньшей степени зависит от наличия или отсутствия серьезной патологии у данного индивида.

Представляет интерес тот факт, что уровень депрессии у пациентов ИМ молодого возраста достоверно не отличался от такового у практически здоровых лиц. Так, у первых средний балл по шкале Бека составил $4,2 \pm 3,76$ балла, у здоровых лиц $2,1 \pm 1,76$ балла и не вышел за пределы нормы. Однако, обращает на себя внимание вдвое более высокий показатель у исследуемой основной группы. При этом у лиц с ИМ в 8 % случаев была выявлена депрессия легкой степени, а 92 % случаев — депрессии не определялось, у здоровых лиц случаев депрессии не зарегистрировано.

Заключение

Пациенты молодого возраста в остром периоде ИМ испытывают выраженную ситуационно обусловленную тревожность, что соответствует тяжести и серьезности развившегося у них заболевания и свидетельствует о достаточно адекватной оценке сложившейся ситуации данным контингентом лиц.

ЛТ молодых пациентов с ИМ соответствует таковой в популяции здоровых лиц и означает, что данный параметр отражает устойчивые характеристики личности, на которые не влияют внезапно возникшие экстремальные обстоятельства.

Для формирования клинически значимого депрессивного синдрома необходим промежуток времени от начала воздействия психотравмирующей ситуации. Наличие в основной группе 8 % пациентов с выявленной депрессией легкой степени может свидетельствовать о ее наличии до начала заболевания и предполагает участие этого психологического фактора в развитии ИМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных / Ч. П. Варлоу [и др.]; под общ. ред. Ч. П. Варлоу. — СПб.: Политехника, 1998. — 629 с.
2. Гусев, Е. И. Ишемия головного мозга / Е. И. Гусев, В. И. Скворцова. — М.: Медицина, 2001. — 328 с.
3. Семак, А. Е. Проблема мозговых инсультов и пути ее решения / А. Е. Семак, Ю. С. Карнаевич, А. В. Борисов // Мед. новости. — 2002. — № 1. — С. 3–7.
4. Лурье, Т. В. Анализ некоторых факторов риска мозгового инсульта у лиц молодого возраста / Т. В. Лурье // Мед. новости. — 2007. — № 3. — С. 84–87.
5. Гехт, А. Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших инсульт / А. Б. Гехт, А. Н. Боголепова, И. Б. Сорокина // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова. Инсульт: прилож. к журн. — 2001. — № 1. — С. 35–39.

УДК 616-002-053.31-07

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Устинович Ю. А., Сапотницкий А. В., Крастелева И. М.,
Артюшевская М. В., Шишко Г. А.

Государственное учреждение образования
«Белорусская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

За последние годы в Республике Беларусь достигнуты значительные успехи по снижению младенческой смертности, показатель которой за 2009 г. составил 4,5 на 1000 детей. Однако, неуклонный рост заболеваемости новорожденных детей предопределяет высокий риск раннего развития тяжелых инвалидизирующих осложнений. Решение данной проблемы должно вестись с позиций междисциплинарного подхода и с использованием новейших достижений фундаментальной и практической науки. Важно изучать как факторы, вызывающие патологические процессы, так и те, которые препятствуют этому, а также их взаимосвязи. Исследования последних лет убедительно доказывают значительную патогенетическую роль системного воспаления и оксидативного стресса в развитии заболеваний новорожденных детей.

Развитие патологических состояний у новорожденных детей очень часто ассоциируется с синдромом системного воспалительного ответа (ССВО) или systemic inflammatory response syndrome (SIRS). Роль инфекции в данном процессе очевидна, поскольку на фоне полиорганной дисфункции организм новорожденного не в состоянии проявить необходимую резистентность по отношению к микробному окружению внешней среды на фоне активной контаминации кожи, слизистых оболочек, желудочно-кишечного тракта. ССВО используется для описания комплекса 2-х или более симптомов из перечисленных: лихорадка или гипотермия; тахикардия; тахипное или гипервентиляция; ненормальное количество лейкоцитов или увеличение юных форм. Для новорожденных детей, особенно недоношенных, вышеперечисленные признаки ССВО имеют ограниченные диагностические возможности. Они не всегда достоверно отражают реальное состояние организма, характерное именно для инфекции. Поэтому изучение ССВО у этой группы пациентов представляет особый интерес.

Наибольший практический интерес представляет поиск взаимосвязей гипоксии, гестационного возраста, внутриутробной и постнатальной инфекции и сывороточных уровней цитокинов как показателей, доступных для мониторинга в клинических условиях.

В реализации системного воспаления участвуют различные цитокины. Из более чем 20 различных цитокинов интерлейкин-1 (IL-1), интерлейкин-6 (IL-6), интерлейкин-8 (IL-8) и фактор некроза опухолей-альфа (ФНО- α) особенно важны в запуске реакции острой фазы воспалительного ответа.