

ще наблюдался весной — 32 % (зимой — 18,4 %, летом — 24,8 %, осенью — 24,8 %), а у детей 2-й группы чаще летом — 34,2 % (весной — 32,6 %, зимой — 13,9 %, осенью — 18,6 %).

Возможными этиологическими факторами возникновения ИТП являются: острая вирусная инфекция, недавняя вакцинация, патология щитовидной железы (ЩЖ), наличие аллергии в анамнезе. Среди пациентов с хроническим течением ИТП у 19 (44,2 %) был диагностирован острый инфекционный процесс, у 12 (27,9 %) — отягощенный аллергический анамнез, 20,9 % детей имели патологию ЩЖ. Предшествовавшей заболеванию вакцинации не было ни у одного ребенка в исследуемой группе. Для детей с острым течением заболевания также наиболее частым триггером являлось острое инфекционное заболевание, которое встречалось в 33,6 % случаев ($n = 42$). У 19 (15,2 %) детей было указание на наличие аллергии в анамнезе, 20 (16 %) пациентов имели патологию ЩЖ, также 1 (0,8 %) пациент был вакцинирован за 1 месяц до появления первых симптомов ИТП.

Влажная форма заболевания была диагностирована значительно чаще у детей 2-й группы (с хроническим течением), чем у детей 1-й группы (с острым течением): 37,2 и 22,4 % соответственно. Сухая форма, соответственно, преобладала при остром течении — 77,6 % случаев, при хроническом — 62,8 %. Среднее содержание тромбоцитов в периферической крови у детей с острым и хроническим течением составило соответственно $19,7 \times 10^9/\text{л}$ и $26,7 \times 10^9/\text{л}$. При сопоставлении числа тромбоцитов ПК и длительностью заболевания более 6 месяцев получена непрямая корреляционная связь ($r = -0,08585$, $p < 0,001$).

Выводы

Острое течение ИТП у детей наблюдалось в 74,4 % случаев. Характерна сезонность заболевания (чаще весной — 32 % случаев), наличие предшествующей острой инфекционной патологии (44,2 %), сухая форма (77,6 %) при среднем количестве тромбоцитов — $19,7 \times 10^9/\text{л}$. Хроническое течение ИТП у детей развивалось в 25,6 % случаев. Диагностировалось чаще летом — 34,2 %. У 33,6 % пациентов триггером заболевания являлся инфекционный процесс. Влажная форма встречалась чаще, чем у детей с острым течением ИТП (37,2 % случаев). Уровень тромбоцитов был незначительно выше, чем при остром течении и составил $26,7 \times 10^9/\text{л}$. Знание инициальных характеристик различных вариантов течения ИТП позволит улучшить прогнозирование заболевания и поможет внести коррективы при назначении стартовой терапии.

УДК 616.12-009.72:159.923

ТИП ЛИЧНОСТИ D КАК МАРКЕР РИСКА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Железнякова Д. А.

Научный руководитель: старший преподаватель З. В. Грекова;

к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из главных факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы является психосоциальный стресс. Хронически воздействующие неблагоприятные психологические факторы могут способствовать возникновению и прогрессированию патологии сердца, в том числе и нестабильной стенокардии. Ишемическая болезнь сердца является основной причиной не только смерти, но и инвалидизации населения, из этого следует, что оценка психического статуса и факторов риска на прогноз и эффективность лечебных мероприятий продолжают оставаться актуальными задачами

медицины. Нестабильная стенокардия может предшествовать инфаркту миокарда и внезапной смерти, поэтому важна ее своевременная диагностика, которая основывается прежде на анамнезе и субъективных ощущениях пациента.

Тип личности D (дистрессорный) включает в себя комплекс следующих черт личности: «негативная возбудимость» (NA) и «социальная подавленность» (SI). Негативную возбудимость следует рассматривать как повышенную восприимчивость к переживанию отрицательных эмоций, таких как тревога, тоска, безосновательное беспокойство и др. Под социальной подавленностью понимают ассоциацию с низкой самооценкой, склонностью к сдерживанию выражения эмоций и скрытностью. Сочетание этих двух характеристик и приводит к повышению числа сердечно-сосудистых осложнений у кардиологических пациентов. Зная эти особенности психологического статуса кардиологических пациентов, до настоящего времени остается неясным патогенез возможного отрицательного влияния дистрессорного типа личности на состояние здоровья пациентов. Одним из патофизиологических механизмов развития данного неблагоприятного влияния может быть повышенная стресс-реактивность, приводящая к активации симпатической нервной системы, эндотелиальной дисфункции и воспалительным реакциям. Данная теория не получила большого распространения, так как не всегда удается выявить компоненты данных реакций у лиц с типом личности D, в том числе, повышения уровня маркеров субклинического воспаления и стресс-реактивности. Другой механизм берет за основу поведенческие факторы, которые могут способствовать реализации воздействия других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение, гиподинамия, ожирение), одновременно проявляясь и низкой комплаентностью таких пациентов к выполнению врачебных рекомендаций в целом. Необходимо учитывать, что распространенность типа личности D у здоровых лиц в популяции представлена следующими значениями: от 13 до 24 % [1], что меньше, чем у пациентов с сердечно-сосудистой патологией — 27–31 % [2].

Цель

Изучить особенности психологического статуса у пациентов с нестабильной стенокардией путем анализа распространенности типа личности D и роли стрессовых воздействий как фактора риска среди пациентов данной патологии.

Материал и методы исследования

Обследование проводилось на базе кардиологического отделения ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3», где было проведено анкетирование 37 пациентов с диагнозом нестабильная стенокардия. В исследование включены 21 женщина и 16 мужчин, средний возраст которых составила $70,5 \pm 6,97$ (от 61 до 89 лет).

В данной работе для выявления типа личности D использовался опросник DS-14. Структура данного опросника представлена 14 вопросами, включающие две подшкалы: негативную возбудимость и социальную подавленность. Тип личности D был диагностирован при условии наличия 10 баллов и более по каждой из подшкал. В соответствии с полученными результатами теста все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — пациенты с типом личности D ($n = 24$) и 2-я группа — без типа D ($n = 13$). В выделенных группах оценивали распространенность такого фактора риска как стресс. Кроме того, учитывали время возникновения приступов ИС. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы «Statistica» 10.0. Нормальность распределения оценивалась с помощью критерия Шапиро — Уилка. Проверка межгрупповых различий проводилась с помощью критерия Манна — Уитни. Уровень p (критической значимости) $\leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным опросника DS-14, наличие типа личности D было выявлено у 24 обследованных, что составило 64,9 % от общего числа включенных в исследование (таблица 1).

Таблица 1 — Результаты психологического анкетирования пациентов с НС

Показатели	1-я группа «тип D» (n = 24)	2-я группа «не тип D» (n = 13)	p
NA, Me[25 %; 75 %]	2,0 [1,0; 3,0]	1,0 [0; 1,5]	0,225
SI, Me[25 %; 75 %]	2,0 [1,0; 3,0]	1,0 [0; 3,0]	0,044

Среди пациентов первой группы отмечены несколько большие значения по шкале негативной возбудимости (Me = 2,0), чем у пациентов второй группы (Me = 1,0), но эти различия не достигали статистической достоверности (p = 0,225). Медиана значений группы пациентов с типом D по шкале социальной подавленности в два раза больше в сравнении с такими же значениями второй группы (Me = 2,0 и Me = 1,0 соответственно), при чем эти значения статистически значимы (p = 0,044). Психо-эмоциональную напряженность перед возникновением приступа стенокардии испытывали 63,9 % всех опрошенных пациентов. Можно выделить следующие категории психосоциальных факторов у данных пациентов: семейное положение (вдовство, развод) и стресс дома (заболевание родственников, неудовлетворение семейной жизнью) — 40,5 %, низкая социальная поддержка (эмоциональная, материальная поддержка) — 18,9 %. Следует отметить, что статистически достоверно чаще описанные факторы встречались у первой группы пациентов с типом личности D (p < 0,05). Жалобы на неудовлетворенность сном предъявляли 70,3 % пациентов двух групп. Время возникновения нестабильной стенокардии в более трети случаев (34,22 %) не носила какой-либо закономерности, почти у еще одной трети опрошенных приступы возникали ночью (28,96 % случаев), в другое время суток (утро, день и ночь составили 10,5; 13,6 и 13,6 % соответственно).

Выводы

Тип личности D установлен у 64,9 % пациентов с нестабильной стенокардией. Причем у данных пациентов достоверно выше значения по подшкале социальной подавленности, чем у пациентов с «не типом D», что говорит о большей вовлеченности низкой самооценки, склонности к сдерживанию выражения эмоций по отношению к формированию типа личности D. Наличие психосоциального стресса было выявлено у пациентов обеих групп, но достоверно чаще у первой с дистрессорным типом личности, поэтому данный тип следует рассматривать как один из факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии, а именно нестабильной стенокардии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Denollet, J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality / J. Denollet // Psychosom Med. — 2005. — Vol. 67. — P. 89–97.
2. Denollet, J. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile / J. Denollet, A. A. Schiffer, V. Spek // Circ Cardiovasc Qual Outcomes. — 2010. — Vol. 3(5). — P. 546–557.

УДК 616.151.5-097-076

ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Железнякова Д. А., Авдейчик И. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Термин «Антифосфолипидный синдром» (АФС) представляет собой группу аутоиммунных нарушений, которые характеризуются значительным количеством антител к содержащимся в плазме крови фосфолипидам и гликопротеинам. В настоящее время