

лечение не ведет к снижению СОЭ. Низкая концентрация эритроцитов в комплексе с пониженным уровнем гемоглобина свидетельствует о легкой степени анемии.

При сравнении лейкоцитарной формулы пациенток со 2 стадией заболевания значительно выше количество сегментоядерных лейкоцитов, чем у обследованных женщин с 1 стадией, увеличение показателя на 14 %, $p = 0,001$. Во 2 стадии заболевания снижение количество лимфоцитов на 25 % в сравнение с 1 стадией обследованных соответственно, $p = 0,01$. Лейкоцитарная формула крови сдвигается незначительно, но повышается уровень нейтрофилов, а концентрация лимфоцитов, наоборот, уменьшается.

В ходе исследования установлено, что показатель аланинаминотрансферазы (АлАТ) у больных с 3 стадией заболевания составил $Me = 32,50 (24,50 \div 46,50)$ Ед/л статистически значительно выше, чем в 1 и 2 стадии против $Me = 24,00 (20,00 \div 27,00)$ Ед/л и $23,00 (20,50 \div 27,00)$ Ед/л соответственно, $p = 0,01$. Аминотрансферазы: аланинаминотрансфераза (АлАТ) и аспаргатаминотрансфераза (АсАТ) находятся в пределах нормы. Данные ферменты обнаруживаются в крови в большом количестве только при повышении проницаемости мембран клеток.

Выводы

1. Полученные нами данные указывают на активацию клеточного звена противоопухолевого иммунитета, проявляющегося увеличением сегментоядерных лейкоцитов и общего количества лимфоцитов в периферической крови.

2. Повышение на 3 стадии заболевания АлАТ и АсАт, выявленное в нашем исследовании, возможно, является проявлением токсического действия продуктов метаболизма опухоли на организм пациенток.

3. Выявленные изменения так же могут являться подтверждением стадийности развития опухоли в процессе своей прогрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. О демографической ситуации в 2014–2015 году [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. — Режим доступа: <http://ktzszmoik.gov.by/adresnaya-socialnaya-pomoshh/demograficheskaya-situaciya>. — Дата доступа: 27.02.2016.

УДК 616.517:616.891

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

Скребец Ю. В., Свентицкая А. Л., Горбачева А. С.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориаз представляет собой хронический дерматоз неясной этиологии с весьма сложным патогенезом и рецидивирующим течением. Является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний кожи, на его долю приходится 5–10 % от общего числа дерматозов [1]. Среди населения развитых стран заболеваемость им в настоящее время достигает 2–3 % [1, 2]. Установлено, что провоцирующее влияние на развитие дерматоза и его осложнений оказывают нервно-психические факторы. Психическая травма, умственное переутомление могут вызвать либо возникновение псориаза, либо его обострение. Описаны случаи появления этого заболевания или его рецидива у детей после смерти родителей, родственников, друзей, у солдат впервые попавших под артобстрел, после контузий и ранений, у студентов после сдачи экзаменов, у лиц после механического повреждения, атеросклеротических изменений головного мозга.

Однако существуют взгляды, согласно которым функциональные нарушения со стороны нервной системы у больных псориазом трактуются как вторичные, являющиеся следст-

вием дерматоза. Как стресс может провоцировать обострения псориаза, так в свою очередь распространенный кожный процесс формирует нозогенные психические расстройства, преимущественно тревожного и депрессивного ряда. А. Б. Рахматов и Р. Г. Школьник (1991), изучая психоэмоциональный статус больных псориазом, выявили различной выраженности невротические расстройства: раздражительность, мнительность, нарушение сна, быстрая утомляемость. Кроме того, авторы указывают, что при стабильном течении псориазического процесса (с ежегодными обострениями кожного процесса с вовлечением новых участков кожи) у больных, чаще, чем при лабильном течении (нерегулярные обострения, длительные ремиссии), встречаются ипохондрические и истерические состояния наряду с шизоидными и паранойальными нарушениями, а также увеличение выраженности конфликтности [3].

Оценить психическое состояние пациента, страдающего псориазом, возможно с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R), созданной Дерогатис (Derogatis et al., 1974). Методика SCL-90-R — инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент психологического симптоматического статуса широкого спектра индивидов, начиная от лиц из группы «нормы» и различных типов пациентов: от больных общего профиля до инвалидов с психиатрическими расстройствами [4]. Диагностические результаты важны в случаях решения различных психологических проблем, при нарушениях поведения и выявлении расстройств. В последнем случае результаты данной шкалы вместе с другими психодиагностическими методиками могут служить основой для понимания психогенеза заболевания а, следовательно «мишенями» для психологической коррекции, включая семейную психотерапию.

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

Цель

Оценить особенности психического статуса у пациентов, страдающих псориазом.

Материал и методы исследования

В процессе исследования была составлена программа сбора статистического материала, включающая в себя определенные группы: по полу, возрасту, продолжительности заболевания, по выставленному диагнозу. Для оценки психического состояния был использован метод структурированного интервью с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R).

Было проведено обследование 32 пациента в возрасте от 18 до 75 лет, с псориазом (из них 10 — женщины и 22 — мужчины). По возрасту, пациенты распределились следующим образом: до 20 лет — 1 пациент, 20–29 лет — 8 пациентов, 30–39 лет — 6, 40–49 лет — 4, 50–59 лет — 4, 60–69 лет — 6, 70–75 лет — 3 пациента.

Длительность заболевания была различной. Встречался и впервые выявленный псориаз (около 2 месяцев), а также псориаз с длительностью болезни 33 года. В среднем длительность заболевания составила 13 лет. У 7 (21,9 %) пациентов был диагностирован экссудативный псориаз, у 25 (78,1 %) пациентов — вульгарный псориаз. Распространенный характер заболевания был у 28 (87,5 %) пациентов, ограниченный — у 4 (12,5 %) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

В 12 случаях была выявлена наследственная отягощенность по псориазу, что составило 37,5 %, у половины из них в семье псориазом страдал лишь отец. 24 пациента отмечают появление псориаза после перенесенного стресса, что составляет 75 % всех обследуемых.

В структуре психопатологии пациентов, страдающих псориазом, было выявлено преобладание смешанных расстройств (50 %), таких как невротические, личностные, когнитивные, аффективные, а также расстройства привычек и влечений. Более подробные данные представлены в таблице 1.

При помощи опроса пациентов, также, было выявлено, что на момент исследования 12 (37,5 %) пациентов страдали «малым депрессивным эпизодом», у 20 (62,5 %) пациентов депрессии не было выявлено.

Таблица 1 — Структура психопатологии пациентов, страдающих псориазом

Тип расстройства	Абсолютное число пациентов	Удельный вес, %
1. Смешанные расстройства	16	50
2. Невротические расстройства	8	25
3. Личностные расстройства	4	12,5
4. Легкие когнитивные расстройства	2	6,3
5. Аффективные нарушения	1	3,1
6. Расстройства привычек и влечений	1	3,1

Заключение

В основе возникновения и развития псориаза лежит явный психоэмоциональный компонент. Более того, косметический дефект, хроническое течение, формируют в общей клинической картине псориаза, выраженные психические расстройства, влияющие на качество жизни больного, дезадаптируя его в социальном плане. Согласно результатам данного исследования, у 50 % обследованных пациентов выявлены смешанные психопатологические расстройства (неврологические, личностные, когнитивные, аффективные, расстройства привычек и влечений); 37,5 % пациентов с псориазом страдали малым депрессивным эпизодом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Chrissopoulos, A.* Psoriasis: experiencing a chronic skin disease / A. Chrissopoulos, G. Cleaver // *Curationis*. — 1996. — Vol. 19 (1). — P. 39–42.
2. *Владимиров, В. В.* Современные представления о псориазе и методы его лечения / В. В. Владимиров, Л. В. Меньшикова // *Русский медицинский журнал*. — 1998. — С. 1318–1323.
3. *Рахматов, А. Б.* Психоэмоциональный статус больных псориазом / А. Б. Рахматов, Р. Г. Школьник // *Вестн. дерматол.* — 1991. — № 4. — С. 66–68.
4. *Жуковский, И. В.* Психологическая диагностика: вопросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Дерогатис) / И. В. Жуковский // *Ридеро*. — 2015. — 23 с.

УДК 616.711.6-007.271-089

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ПРИ СТЕНОЗАХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Слепцова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дистрофическим стенозом называют сужение размеров позвоночного канала, при котором происходит сдавление спинномозговых корешков [1]. Выделяют центральный стеноз, при котором уменьшается расстояние от задней поверхности тела позвонка до ближайшей противоположной точки на дуге у основания остистого отростка. Отдельной формой данной патологии является стеноз корешкового канала (латеральный) — сужение корешкового канала и межпозвонкового отверстия до 4 мм и менее [2].

Все виды стенозов позвоночного канала являются показаниями к хирургическому лечению, при наличии соответствующей неврологической картины. При этом существует большое число видов хирургического вмешательства по декомпрессии нервных структур [3].

Изучение разновидности доступов при стенозе поясничного отдела позвоночника будет способствовать улучшению результатов лечения данной патологии.

Цель

Анализ вариантов хирургического лечения при дистрофических стенозах поясничного отдела позвоночника.