

12. Wolf P. Praxisbuch Epilepsien. Diagnostik. Dehandlung. Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer, 2003. S. 394.

НЕКОТОРЫЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ НА ЭТАПЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ

Бурковская О.Г., Хоружая Е.А.

Ставропольский Государственный Медицинский
Университет, Ставрополь, Россия, lory.lf69@gmail.com

Актуальность. Количество больных с онкопатологией имеет большую распространенность на территории популяции РФ. Помимо основного медикаментозного и хирургического лечения такие пациенты проходят длительный период реабилитации, течение которого во многом зависит от психоэмоционального состояния пациента во время основного курса лечения. У преобладающего числа пациентов имеются расстройства психоэмоциональной сферы. На этапе проведения повторных (4-7) курсов химиотерапии у онкологических больных необходимо оценивать степень тяжести неврологических осложнений для возможности прогнозирования дальнейшего течения основного процесса, лечения и реабилитации. Одним из частых осложнений, развивающихся у пациентов с онкологической патологией, является астенический синдром. Это патологическое состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью и истощаемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению.

Цель исследования. Провести оценку психоэмоционального статуса больных с онкопатологией на этапе получения химиотерапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Краевого Онкологического диспансера в отделении химиотерапии г.Ставрополя. Для оценки психоэмоционального статуса и степени астении пациентам химиотерапевтического отделения, участвующим в исследовании, были предложены следующие тесты: MMSE (Мини-исследование психического статуса), шкала оценки депрессии, субъективная шкала оценки астении MFI-20. В исследовании приняло участие 100 пациентов, получающих повторные курсы химиотерапии (4-6 циклы), в возрасте от 40 до 70 лет с патологией, не оказывающей прямого влияния на эмоционально-психическое состояние.

Результаты. По шкале психического статуса у 3% – выявлена деменция легкой степени выраженности, у 53% – легкие когнитивные нарушения, у 44% – нет нарушений когнитивных функций. У 27% обследуемых отсутствуют признаки депрессии, у 27% выявлена легкая степень депрессии, у 17% больных – умеренно легкая, у 20% – умеренно сильная депрессия, у 10% больных выявлена сильная депрессия. По результатам субъективного теста оценки астении у 100% пациентов наблюдается выраженная общая астения.

Заключение. В процессе исследования у всех онкологических пациентов, проходящих повторные курсы химиотерапии, выявлено наличие астенического синдрома. Лечение астении напрямую зависит от вызвавших ее причин. Прежде всего, это лечение основного заболевания и снятие его симптомов. Больному назначается режим, регулярное чередование сна и отдыха, освобождение от работы, изменение окружающей обстановки, занятия физическими упражнениями, рукоделием. Медикаментозное лечение включает в себя общеукрепляющие средства, витамины, транквилизаторы. Помогают психотерапия и методики рефлексотерапии.

Прогноз при астеническом синдроме зависит от характера основного заболевания, вызвавшего это состояние, своевременность начатого лечения и индивидуальный подход к пациенту.

Список литературы

1. Долгова И.Н. Высшие мозговые функции и церебральная гемодинамика при дисциркуляторной энцефалопатии // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2010. Т. 20. № 4. С. 7-10.
2. Долгова И.Н. Хронические цереброваскулярные расстройства, обусловленные эссенциальной артериальной гипотензией // Кубанский научный медицинский вестник. 2010. № 8. С. 62-64.
3. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Клинико-неврологическая характеристика пациентов с артериальной гипотензией // Врач. 2010. № 9. С. 40-41.
4. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы пациентов онкологической клиники Ярославская государственная медицинская академия (Ярославль, Россия). Bulletin of Medical Internet Conferences 92 2011. Volume 1. Issue 7.
5. Русина Н.А., Барабошин А.Т., Ларичев А.Б. Эмоциональный стресс хирургических и онкологических пациентов [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. журн. 2013. № 5 (22).
6. Beck A.T. и соавт. Шкала оценки депрессии. 1961.
7. Smets E.M. и соавт. Субъективная шкала оценки астении (MFI-20). 1994.
8. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). 1975.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Ганджа С.Н., Кульгишиева Ю.А.,
Медведева О.П., Долгова И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь, Россия, Svetlana.Gandzha@mail.ru

Актуальность проблемы. Нефрологическая патология становится довольно распространенной в развитых странах, частота встречаемости составляет 7-10% среди взрослого населения. Свыше 60% приходится на молодой контингент больных, трудоспособного возраста, это люди до 40 лет. Лечение таких пациентов характеризуется достаточными сложностями, связанными с резистентностью к терапии и длительным затяжным течением заболевания. Патология почек приводит к стойкой инвалидизации и нарушению качества жизни. Первичная инвалидность, как результат почечной патологии высока и достигает 3-5% суммарной первичной инвалидности. Длительно текущий патологический процесс в почках неумолимо приближает к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН). Если суммировать все врожденные и наследственные нефропатии, приводящие к ХПН, то они составят более 65%. Эта патология коварна, она долго остается в тени и не дает яркой клинической симптоматики. Пациенты предъявляют неспецифические жалобы: общая слабость, утомляемость, снижение памяти, головная боль, потеря аппетита. Почки долго компенсируют недостаточность своих функций, поэтому ранняя диагностика патологии затруднена. Одним из осложнений ХПН является энцефалопатия. Самым ранним признаком развития энцефалопатии является нарушение способности концентрировать внимание. По мере прогрессирования заболевания присоединяются новые симптомы, такие, как нарушение памяти, особенно кратковременной, трудности подбора необходимых слов при общении, нарушение восприятия окружающих предметов и людей, у некоторых развитие зрительных галлюцинаций. Возможность запоминать, помнить лица близких людей, видеть мир полноценным, общаться и быть приемлемым социумом, это потребности каждого человека. В данном случае болезнь пытается отнять у нас, казалось бы, само собой разумеющиеся вещи. Мы обратили внимание на эту проблему. Нас заинтересовал вопрос, какие проявления энцефалопатии мы можем зарегистрировать в нефрологическом отделении? Есть ли возможность на ранних этапах диагностировать снижение когнитивной сферы?

Материалы и методы: исследование проводилось в нефрологическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополь. Количество опрошенных составляет 49 человек с различной стадией ХПН. Для оценки когнитивной сферы были использованы следующие тесты: личностная шкала проявлений тревоги Тейлора, оценка психического статуса – MMSE, шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина. Был произведен литературный обзор проблемы.

Результаты исследования: по данным личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора получены следующие результаты: 5-15 баллов – соответствует среднему уровню тревоги (с тенденцией к низкому) – 15 (30%) человек. 16-25 баллов – средний уровень тревоги (с тенденцией к высокому) – 20 (41%) человек. 26-40 баллов – высокий уровень тревоги – 12 (24%) человек. 41-50 баллов – очень высокий уровень тревоги – 2 (5%) человек.

По данным шкалы психического статуса – MMSE выявлены следующие результаты. 28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций – у 19 (38%) пациентов. 24-27 баллов – легкое когнитивное нарушение – у 28 (57%) больных. 11-19 баллов – деменция умеренной степени выраженности 2 (5%) человек.

По данным шкалы самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л.Ханина) у обследованных выявлены следующие результаты. Показатель реактивной тревожности (РТ), рассчитанный по формуле $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35(50)$. До 30 баллов – низкая тревожность выявлена у 24 (49%) человек. От 31 до 45 баллов – умеренная тревожность у 16 (33%) человек. 46 и более баллов – высокая тревожность – у 9 (18%) человек. Показатель личностной тревожности (ЛТ), рассчитанный по формуле: $ЛТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$. До 30 баллов – низкая тревожность у 6 (12%) человек. 31-45 баллов – умеренная тревожность – 23 (47%) человека. 46 и более баллов – высокая тревожность – у 20 (41%) человек.

Выводы: Исходя из результатов личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора у 29% опрошенных имеет место высокий и очень высокий уровень тревожности, по данным исследований (Дж. Рейх и др., 1986; Дж. Хенсер, В. Майер, 1986), состояние тревоги связано с изменением когнитивной оценки окружающего и самого себя. При оценке когнитивных функций у 57% пациентов отмечаются легкие когнитивные изменения, у 5% отмечены проявления умеренной деменции.

По данным шкалы самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л.Ханина) установлено, что 41% имеют высокую личностную тревожность, а 18% – соответствуют высоким показателям реактивной тревожности. Этот тест является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Исходя из полученных данных, мы можем предположить, что у большого количества пациентов име-

ются расстройства когнитивной сферы. Пока на этом этапе исследования мы считаем, что такие изменения по данным тестов, могут служить сигналом для более детального обследования пациентов и принятия решения о добавлении в стандартную терапию новых препаратов для профилактики когнитивной недостаточности при ХПН.

Список литературы

1. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Когнитивные расстройства сосудистого генеза у пациентов молодого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. Т. 110. № 10. С. 14-16.
2. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. О влиянии артериальной гипертензии на развитие дисциркуляторной энцефалопатии // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2010. Т. XLII. № 3. С. 51-54.
3. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Коррекция хронических цереброваскулярных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. Т. 24. № 4. С. 34-36.
4. Клиническая нефрология. Руководство. Батюшин М.М., Повайлитте П.Е. Элиста: Джангар, 2009.
5. Нефрология. Руководство для врачей. В 2-х томах. Том 2: Почечная недостаточность. Рязов С.И. СПб.: Спец. Лит. 2013.
6. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Н.А. Мухина. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014.
7. Руководство по нефрологии. Под ред. Д.А. Витворт, Д.Р. Лоуренса. М.: Медицина. 2000.

СОВРЕМЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В СОЕДИНЁННЫХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

Горохова М.О.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, mari.gorokhova@mail.ru

С середины XX века и по сегодняшний день в мире обостряется ситуация соперничества среди двух ведущих стран: России и Америки. Но несомненным приоритетом всегда обладает главная ценность человечества – здоровье нации. Обращаясь к статистическим данным всемирной организации здравоохранения за 2013 год, мы видим, что на втором месте среди причин смертности находится цереброваскулярная патология. Поэтому актуальность в исследовании факторов риска развития ишемического инсульта, который приводит к высокому проценту инвалидизации и смертности граждан, не подлежит сомнению. Особенно интересным кажется сравнение факторов риска в двух странах, имеющих разные взгляды на систему здравоохранения.

Для более доступного восприятия анализированных данных условно разделим факторы риска на три категории: общие, российские, американские. Кроме того, все факторы риска разделяются на модифицируемые, влияние которых возможно снизить, и немодифицируемые, которые не поддаются изменению – «модификации».

К немодифицированным факторам относят: пол, возраст и наследственную предрасположенность по близкородственной линии (отец, мать). Пол и возраст являются взаимосвязанными факторами риска в обеих странах. Среди мужского населения пик заболеваемости инсультом приходится на возраст от 50 до 61 года, с тенденцией к снижению процентного показателя заболеваемости инсультом в более старших возрастных группах: от 20,5% до 3,9%. Что касается женского населения, частота встречаемости ишемического инсульта с возрастом увеличивается: от 7,7% до 34,8%. Существование этой тенденции во многом объясняется наступлением менопаузы, при котором снижается выработка эстрогенов яичниками. В репродуктивном возрасте эстрогены оказывают влияние на регуляцию липидного обмена, тонус артериальных сосудов, состояние свёртывающей и противосвёртывающей систем. При их отсутствии вырастает риск