

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Правительство Ивановской области



*XV ОБЛАСТНОЙ ФЕСТИВАЛЬ
«МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ – РАЗВИТИЮ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ»*

*V Всероссийская научная конференция студентов
и молодых ученых с международным участием*

**«МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ,
КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ЗДОРОВЬЯ И ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

9–11 апреля 2019 г.

МАТЕРИАЛЫ

Иваново 2019

Ответственные редакторы:
проректор по научной работе и международному сотрудничеству
д-р мед. наук, доц. **И. К. Томилова**
научный руководитель НОСМУ, профессор кафедры поликлинической педиатрии
д-р мед. наук, доц. **А. В. Шишова**
председатель совета НОСМУ студент **Е. С. Тихонова**

Научные редакторы:
д-р мед. наук, проф. **Е. К. Баклушина**; д-р мед. наук, проф. **О. И. Вотякова**;
д-р мед. наук, доц. **А. М. Герасимов**; д-р мед. наук, доц. **Ш. Ф. Джураева**;
д-р мед. наук, доц. **С. В. Диндяев**; д-р мед. наук, проф. **Л. А. Жданова**;
д-р мед. наук, проф. **Е. Е. Краснова**; д-р биол. наук, проф. **О. Ю. Кузнецов**;
д-р мед. наук, проф. **О. В. Кулигин**; д-р биол. наук, доц. **Н. А. Куликова**;
д-р мед. наук, доц. **Н. П. Лапочкина**; канд. фил. наук, доц. **М. Н. Милеева**;
д-р мед. наук, проф. **И. Е. Мишина**; д-р мед. наук, проф. **С. Е. Мясоедова**;
д-р мед. наук, проф. **О. А. Назарова**; д-р мед. наук, проф. **С. Н. Орлова**;
д-р мед. наук, проф. **Л. И. Полянская**; д-р биол. наук, доц. **И. С. Сесорова**;
д-р мед. наук, доц. **В. Л. Стародумов**; д-р мед. наук, проф. **А. И. Стрельников**;
д-р мед. наук, проф. **В. В. Чемоданов**; д-р мед. наук, доц. **И. П. Ястребцева**

Представлены результаты научных исследований студентов и молодых ученых Ивановской области, других субъектов Российской Федерации (Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Курска, Твери, Кирова, Иркутска, Ростова-на-Дону, Читы, Саратова, Оренбурга, Тюмени, Смоленска, Ставрополя, Воронежа, Ижевска, Махачкалы, Уфы, Самары, Архангельска, Калининграда, Владимира, Нижнего Новгорода, Белгорода, Казани, Перми, Орла, Кемерово), республики Мордовия, Чувашия, а также Украины, Беларуси, Узбекистана и Казахстана.

Освещаются проблемы медицины, биологических наук, охраны здоровья человека и экологии. Сборник составлен по итогам V Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека», состоявшейся 9–11 апреля 2019 г.

Адресован научным работникам, врачам, ординаторам и студентам.

Материалы публикуются в авторской редакции.

цией после колостомии и энтеростомии (10,5), свищевой болезнью прямой кишки (10,94), а также доброкачественными новообразованиями соединительной и других мягких тканей (10,87). В среднем менее 10 дней в стационаре проводили пациенты с пилонидальными кистами без абсцессов (8,61), анальными трещинами (8,35), функциональными кишечными нарушениями, полипами прямой кишки и функциональными кишечными нарушениями (8), острым парапроктитом (7,73), ректальным кровотечением (7,58), стенозом заднего прохода (7,5), а также герпетическими инфекциями периаанальных кожных покровов (7,14). Пациенты с прочими нозологиями находились в стационаре в среднем менее 7 койко-дней.

Выводы: 1. Наиболее распространенными поводами к госпитализации больных колопроктологического профиля являются анальные трещины, геморрой и доброкачественные новообразования толстого кишечника, прямой кишки и заднего прохода. 2. Наибольшая нагрузка на отделение была связана с лечением пациентов с анальными трещинами, геморроем, злокачественными новообразованиями толстого кишечника и прямой кишки. 3. Максимально длительного стационарного лечения требуют травмы ободочной и прямой кишки, дивертикулярная болезнь толстого кишечника, а также онкопатология.

Литература

1. Воробьев Г. И., Зайцев В. Г. Заболеваемость (по обращаемости) при болезнях толстой кишки и анокопчиковой области // Колопроктология. 2005. № 1(11). С. 3–7.
2. Воробьев Г. И., Зайцев В. Г. Современные тенденции в организации колопроктологической помощи населению Российской Федерации // Колопроктология. 2009. № 4(30). С. 4–9.
3. Анатомические особенности трещины анального сфинктера человека в возрастных аспектах / Р. Ф. Адиев [и др.] // Муждународный научно-исследовательский журн. 2017. № 1-1(55). С. 80–83.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И ОТНОШЕНИЯ К ЮМОРУ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д. А. Шуненков¹, А. С. Морозова¹, А. А. Попович¹, А. В. Худяков¹

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России

В лечении пограничных психических расстройств важны методы психологического воздействия, эффективность и направленность которых зависит от ряда параметров, в том числе отношения к болезни. Внутренняя картина болезни (ВКБ) – возникающий у больного целостный образ заболевания, его отражение в психике заболевшего, часть самосознания, по-

знание человеком самого себя в болезни [1]. Психические заболевания проявляются, в частности, изменением отношения к юмору и смеху. В последние годы был выявлен ряд феноменов, характеризующих это отношение – гелотофобия, гелотофилия и катагеластический синдром. Гелотофобией был назван патологический страх казаться смешным, гелотофилией – склонность выставлять себя объектом юмора и смеха, а катагеластическим синдромом – склонность к высмеиванию окружающих [2]. Изучение связи отношения к болезни и к юмору может представлять интерес для совершенствования психокоррекционных программ, использующих юмор в качестве средства воздействия и психотерапевтической мишени.

Цель – изучить взаимосвязь и особенности типов отношения к болезни с показателями, характеризующими отношение к юмору и смеху (гелотофобии, гелотофилии и катагеластического синдрома, стилей юмора) и социальной тревожности у пациентов с пограничными психическими расстройствами.

На базе ОБУЗ ОКПБ «Богородское» было обследовано 57 пациентов (50 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 17 до 75 лет (М_е – 53) с пограничными психическими расстройствами органического и функционального генеза. Проводилась предварительная беседа, а также использовался ряд методик: ТОБОЛ, позволяющая диагностировать 12 типов отношения к болезни (НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005), опросник PhoPhiKat <30>; опросник социальной тревоги и социофобии; опросник стилей юмора Мартина. Для статистической обработки использовалась программа Statistica 6, MS Excel 2013. Различия и корреляции считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Были использованы непараметрические методы (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Краскела – Уоллиса и U-критерий Манна – Уитни).

В обследованной группе у пациентов чаще определялся смешанный тип отношения к болезни (52,64%). В большинстве случаев в его состав входили сенситивный (35,03%), тревожный (19,26%), эргопатический (17,53%), ипохондрический (15,75%) и неврастенический (15,75%) типы. При функциональных расстройствах гелотофобия отрицательно коррелировала с анозогнозическим типом ($r = -0,36$), т. е. чем менее человек критичен к болезни, тем больше боится насмешки, и положительно – с тревожным, меланхолическим, апатическим, сенситивным и эгоцентрическим типами ($r =$ от 0,32 до 0,42). При органических расстройствах гелотофилия положительно связана с меланхолическим и апатическим типами ($r = 0,73$; 0,56). В целом по выборке катагеластический синдром отрицательно связан с гармоничным и анозогнозическим типами ($r = -0,35$; $-0,41$) и положительно – с ипохондрическим, неврастеническим и дисфорическим типами ($r = 0,37$; 0,32; 0,4). У пациентов с органическими расстройствами определяется

лишь связь катагеластизма с анозогнозическим типом ($r = -0,58$). При функциональных расстройствах взаимосвязи типов отношения и социальной тревожности напоминают таковые для гелотофобии. При функциональных расстройствах affiliативный стиль юмора отрицательно связан с эгоцентрическим типом ($r = -0,32$), а при органических – отрицательно с анозогнозическим ($r = -0,64$) и положительно – с тревожным, ипохондрическим, меланхолическим и апатическим типами ($r =$ от 0,56 до 0,8). При функциональных расстройствах самоподдерживающий стиль положительно связан с анозогнозическим типом ($r = 0,48$) и отрицательно – с тревожным, меланхолическим, апатическим, эгоцентрическим и дисфорическим типами ($r =$ от $-0,32$ до $-0,45$). Агрессивный стиль отрицательно связан с анозогнозическим типом отношения при органических заболеваниях ($r = -0,56$), а при функциональных – отрицательно с гармоничным и эргопатическим ($r = -0,43$ и $-0,37$) и положительно – с неврастеническим и дисфорическим ($r = 0,33$ и $0,38$). При функциональных расстройствах обнаруживается отрицательная связь самоуничижительного стиля с гармоничным типом ($r = -0,37$).

Таким образом, при пограничных психических расстройствах наиболее часто выявляется смешанный тип отношения к болезни с преимущественно сенситивным и тревожным компонентами. Обнаружены значимые связи типов отношения к болезни и показателей, характеризующих отношение к юмору и смеху, различающиеся при расстройствах органического и функционального генеза. Это указывает на необходимость дифференцированного отношения к данным подгруппам пациентов с позиции использования юмора в общении с ними. При функциональных расстройствах необходимо использовать юмор осторожно, учитывая большую склонность таких пациентов к его неверной интерпретации и боязнь насмешек, а при органических заболеваниях можно использовать ресурсные возможности юмора в коммуникативных методиках, учитывая тесную связь affiliативного стиля со многими типами отношения к болезни.

Литература

1. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М. : Городец, 2016.
2. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat / Е. М. Иванова [и др.] // Вопр. психологии. 2016. № 2. С. 162–171.