

Особенности личности, эмоциональных расстройств и адаптации мужчин и женщин пожилого возраста с хронической ишемией головного мозга



Ю. В. Абраменко
Yu. V. Abramenko



И. Н. Слюсарь
I. N. Slyusar



Т. А. Слюсарь
T. A. Slyusar

Ю. В. Абраменко, И. Н. Слюсарь, Т. А. Слюсарь

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тверь

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Провести сравнительный анализ особенностей личности, эмоциональных расстройств и адаптации мужчин и женщин пожилого возраста с хронической ишемией головного мозга (ХИГМ).

Материалы и методы. Обследованы 120 больных с ХИГМ – 48 мужчин и 72 женщины (средний возраст соответственно $64,3 \pm 0,5$ и $65,0 \pm 0,6$ года). Изучение особенностей личности проводили с помощью методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла. Эмоциональные расстройства выявляли по критериям МКБ-10, инсомнию – по критериям ICDS-2. Уровень общей астении оценивали по шкале MFI-20, тревожности – по шкале Спилбергера, депрессии – по опроснику Бека, качество сна – по анкете федерального сомнологического центра. Тип адаптационных реакций определяли в лейкоцитарной формуле крови по процентному соотношению лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов с учетом представленности других форменных элементов.

Результаты. Эмоциональные и инсомнические расстройства преобладали среди женщин с ХИГМ. Пациенты женского пола характеризовались более высокими уровнями возбуждения, напряжения и тревожности по сравнению с мужчинами, которые превосходили женщин по показателям эмоциональной уравновешенности. По данным анализа лейкограмм, неблагоприятные адаптационные реакции (переактивация и хронический стресс) достоверно чаще регистрировались у женщин и коррелировали с высоким уровнем тревожности и депрессии. Полученные данные могут иметь значение для индивидуализации терапевтических вмешательств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая ишемия головного мозга, пол, особенности личности, эмоциональные нарушения, астения, тревога, депрессия, нарушения сна, адаптационные реакции.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Personality traits, emotional disorders and adaptation of elderly men and women with chronic cerebral ischemia

Yu. V. Abramenko, I. N. Slyusar, T. A. Slyusar

Tver State Medical University, Tver, Russia

SUMMARY

Objective. To conduct a comparative analysis of personality traits, emotional disorders and adaptation of elderly men and women in the early stages of chronic cerebral ischemia (CCI).

Material and methods. We examined 120 patients with early manifestations of CBI – 48 men and 72 women (mean age is, respectively, 64.3 ± 0.5 and 65.0 ± 0.6 years). The study of personality traits was carried out using the method of multifactorial personality research of R. Kettell. Emotional disorders were identified according to ICD-X criteria, insomnia according to ICDS-2 criteria. The level of general asthenia was assessed according to the MFI-20 scale, anxiety according to the Spielberger scale, depression according to the Beck questionnaire, the quality of sleep according to the questionnaire of the Federal Somnological Centre. The type of adaptive reactions was determined in the leukocyte blood count by the percentage of lymphocytes and segmented neutrophils, taking into account the representation of other blood cells.

Results. Emotional and insomnia disorders predominated among women with CCI. Female patients were characterized by higher levels of excitation, tension and anxiety compared to men. Male patients were superior to women in terms of emotional balance. According to the analysis of leukograms, unfavorable adaptive reactions (overactivation and chronic stress) were significantly more frequent in women and correlated with a high level of anxiety and depression. The findings may have implications for the individualization of therapeutic interventions.

KEY WORDS: chronic cerebral ischemia, sex, personality traits, emotional disorders, asthenia, anxiety, depression, insomnia, adaptive reactions.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that they have no potential conflicts of interest.

Введение

Возрастающая распространенность, сложность патогенеза, трудности диагностики и лечения, а также прогрессивность течения хронической ишемии головного мозга (ХИГМ) с частой инвалидизацией больных определяют ее медико-социальную значимость [1–4]. Наряду с двигательными и когнитивными нарушениями, составляющими ядро клинической картины ХИГМ, у больных уже на ранних стадиях заболевания выявляются изменения в эмоциональной сфере, главным образом астенические и тревожно-депрессивные расстройства,

а также нарушения сна. Они коморбидны основным клиническим проявлениям ХИГМ, мультифакторны по генезу, разнообразны по клиническим проявлениям на разных этапах заболевания и могут существенно влиять на социальную и бытовую адаптацию пациентов [5–8]. Эмоциональные нарушения при ХИГМ интенсивно изучаются [9], однако половым и гендерным аспектам этих расстройств не всегда уделяется достаточное внимание.

Известно, что при воздействии на организм раздражителей разной интенсивности в нем развиваются адаптационные реакции, которые формируются в центральной нервной

системе и реализуются через лимбико-ретикулярный комплекс и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему: реакция тренировки (РТ), реакция активации (РА) и хронический стресс (ХС). Каждой из этих реакций соответствует определенный уровень неспецифической резистентности организма. Наибольшему уровню резистентности соответствует РА, наименьшему – ХС [10, 11].

Для совершенствования ранней диагностики ХИГМ и планирования дифференцированных подходов к лечению необходимо знать психологические особенности больных разного пола данного контингента и их адаптационные возможности.

Цель исследования

Провести сравнительное изучение особенностей личности, эмоциональных расстройств и адаптации мужчин и женщин пожилого возраста с хронической ишемией головного мозга.

Материалы и методы

Обследованы 120 пациентов в возрасте 55–74 лет: 48 мужчин и 72 женщины (средний возраст соответственно $64,3 \pm 0,5$ и $65,0 \pm 0,6$ года) с ХИГМ, обусловленной артериальной гипертензией и ее сочетанием с атеросклерозом. Пациенты были сопоставимы по уровню образования, социальному статусу и соматической отягощенности. Диагноз и стадии заболевания устанавливали на основании принятых в России критериев [2] и данных магнитно-резонансной томографии мозга. ХИГМ I стадии диагностировали у 41,7% женщин и 18,7% мужчин, ХИГМ II стадии – соответственно у 58,3 и 81,3%.

Все больные с ХИГМ обследованы по общепринятым клиническим методикам. Эмоциональные расстройства выявляли по критериям МКБ-10, инсомнию (нарушения сна) – по критериям ICDS-2. Уровень общей астении оценивали по шкале MFI-20 [5], тревожности – по шкале Спилберга [12], депрессии – по опроснику Бека [13], качество сна – по анкете федерального сомнологического центра [5]. Изучение особенностей личности пациентов с ХИГМ проводилось у 88 больных (36 мужчин и 52 женщины, средний возраст – соответственно $64,9 \pm 0,6$ и $62,9 \pm 0,7$ года) с помощью методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла [14, 15].

Тип адаптационных реакций определяли в лейкоцитарной формуле крови по процентному соотношению лимфоцитов (ЛФ) и сегментоядерных нейтрофилов (СН) с учетом представленности и других форменных элементов [11]. При дифференцировке адаптационных реакций выделяли следующие с учетом принятых количественных критериев [10, 11]: хронический стресс (ХС): ЛФ – менее 20%, СН – более 65%, ЛФ/СН – менее 0,3; реакция тренировки (РТ): ЛФ – 21–27%, СН – 56–65%, ЛФ/СН – 0,3–0,5; реакция спокойной активации (РСА): ЛФ – 28–33%, СН – 47–50%, ЛФ/СН – 0,5–0,7; реакция повышенной активации (РПА): ЛФ – 34–45%, СН – менее 47%, ЛФ/СН – более 0,7; «переактивация» (ПА): ЛФ – более 45%, СН – менее 47%, ЛФ/СН – более 0,7. К благоприятным адаптационным реакциям относили РТ и РА (РСА и РПА), к неблагоприятным – ПА и ХС.

Количественные данные обрабатывали с помощью стандартного пакета программ SPSS 13.0. При анализе материала рассчитывали средние величины (М) и их

средние стандартные ошибки ($\pm m$). Использовали непараметрические методы: критерий Манна–Уитни, χ^2 . Для сопоставления двух групп по частоте встречаемости определенного фактора применялся критерий Фишера (F). Взаимосвязь между количественными признаками выявлялась с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При проведении методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла установлено, что независимо от пола у большинства пациентов с ХИГМ, как у мужчин, так и у женщин, отмечались высокие (от 8 до 10 стенов) значения: фактора L (тревожная подозрительность), свидетельствующие о наличии у пациентов таких личностных характеристик, как осторожность, эгоцентричность, настороженное отношение к окружающим, внутренняя напряженность, упрямство; фактора О (склонность к чувству вины), свидетельствующего о ранимости больных, склонности их к ипохондричности и самообвинению, чувствительности к мнению окружающих людей, неуверенности в себе, трудности контакта с окружающими; а также фактора F1 (тревожность), подтверждающего наличие у обследованных пациентов выраженной тревожности и раздражительности.

Среди женщин достоверно чаще, чем у мужчин, встречались высокие значения фактора N (дипломатичности) (соответственно у 46,1 и у 11,1%; $p < 0,01$), свидетельствующие о высокой представленности у них таких черт, как расчетливость, осторожность, умение находить выход из сложных ситуаций, а также фактора Q4 (напряженность) (у 65,4 и 38,9%; $p < 0,05$), свидетельствующего об эмоциональной напряженности, энергичности, фрустрированности, иногда агрессивности. У женщин также чаще (61,5%), чем у мужчин (8,3%, $p < 0,001$), выявлялись низкие значения (от 1 до 3 стенов) фактора C (эмоциональная неуравновешенность), свидетельствующие о наличии у них эмоциональной неустойчивости, раздражительности, низкого порога в отношении фрустрации, утомляемости, нарушений сна, многочисленных фобий. У мужчин чаще (33,3%), чем у женщин (5,8%; $p < 0,001$), встречались низкие значения фактора N (прямолинейность), подтверждающего преобладание у них таких личностных характеристик, как прямолинейность, спонтанность, эмоциональность.

При анализе средних величин у женщин, по сравнению с мужчинами, выявлены более высокие показатели факторов N (дипломатичности) (соответственно $6,9 \pm 0,3$ и $4,3 \pm 0,4$; $p < 0,01$), Q4 (напряженности) ($7,7 \pm 0,2$ и $6,8 \pm 0,3$; $p < 0,01$) и F1 (тревожности) ($8,4 \pm 0,1$ и $7,9 \pm 0,2$; $p < 0,05$), но более низкие значения фактора C (эмоциональная неуравновешенность) ($3,4 \pm 0,2$ и $4,4 \pm 0,2$; $p < 0,05$).

При переходе I стадии ХИГМ во II у лиц обоего пола средние показатели факторов A (общительность) и B (интеллект) статистически значимо уменьшались, а показатели фактора F1 (тревожности) нарастали ($p < 0,05$ – $0,01$), что свидетельствовало о снижении общительности пациентов, уменьшении их приспособляемости к окружающей среде, развитии ригидности, отчужденности и эмоциональной дезорганизации мышления, а также повышении уровня тревожности при прогрессировании заболевания.

Во II стадии ХИГМ у мужчин, в отличие от женщин, достоверно снижались показатели фактора С (эмоциональная нестабильность), фактора Е (подчиненность) и фактора I (чувствительность) ($p < 0,05-0,01$), что могло указывать на нарастание у пациентов мужского пола эмоциональной неуровновешенности, раздражительности и утомляемости, переменчивости настроения, зависимости от окружающих людей, склонности к навязчивому соблюдению правил и инструкций.

У женщин при переходе I стадии ХИГМ во II статистически значимо повышались показатели фактора L (тревожная подозрительность) ($p < 0,05$), что свидетельствовало о нарастании у них подозрительности, завистливости, упрямства и раздражительности при прогрессировании заболевания.

Установлено, что эмоциональные расстройства по критериям МКБ-10 чаще выявлялись у женщин с ХИГМ: тревожные расстройства имели место у 45,8% женщин и 22,9% мужчин ($p < 0,05$), депрессивные нарушения – соответственно у 50,0 и 27,1% ($p < 0,01$). Уровни общей астении, личностной и реактивной тревожности, а также депрессии у женщин с ХИГМ достоверно превышали аналогичные показатели у мужчин ($p < 0,05-0,01$) (см. табл.). Инсомнию на фоне ХИГМ по критериям ICDS-2 выявляли чаще у женщин (62,5%), чем у мужчин (41,7%) ($p < 0,05$); по сравнению с мужчинами женщины характеризовались более низкими показателями качества сна (см. табл.), что может быть следствием преобладания у них аффективных расстройств – тревоги и депрессии [4, 15].

Большую, по сравнению с мужчинами, склонность женщин к эмоциональным расстройствам объясняют различиями в половых хромосомах [16], большей перцептуальной чувствительностью и более низкими болевыми порогами у женщин [17, 18], гормональными влияниями, повышенной стрессодоступностью и эмоциональной уязвимостью женщин [6, 19], различными требованиями общества к переносимости боли мужчинами и женщинами, которые побуждают мужчин отрицать наличие либо преуменьшать интенсивность и длительность болевых ощущений [20, 21], а также более охотным обращением женщин за медицинской помощью и готовностью сообщать о своих негативных эмоциях врачам [22].

При анализе лейкограмм установлено, что у женщин и мужчин пожилого возраста с ХИГМ I–II стадии преобладали благоприятные типы адаптационных реакций (соответственно у 68,1 и 75,0%). Представленность реакции активации (РА) была выше, чем реакции тренировки (РТ) в обеих группах обследованных (у 51,4% женщин и 68,8% мужчин). Неблагоприятные адаптационные реакции (ПА и ХС) чаще

регистрировались у женщин (31,9%), чем у мужчин (25,0%). Реакция ПА чаще выявлялась у женщин (18,1%), чем у мужчин (8,4%; $p < 0,05$). Реакция ХС наблюдалась с одинаковой частотой в обеих группах обследованных (у 13,8% женщин и 16,6% мужчин). Сопоставление величины соотношения ЛФ/СН, характеризующего тип адаптационных реакций, с клиническими особенностями ХИГМ выявило наиболее низкие значения этого показателя (характерные для хронического стресса) у больных с высоким уровнем тревоги ($r = -0,89$) и депрессии ($r = 0,78$) ($p < 0,05$).

Заключение

В результате исследований пациентов с ХИГМ установлено, что на ранних стадиях заболевания женщины отличаются от мужчин большей частотой и выраженностью эмоциональных и инсомнических расстройств. При анализе эмоционально-личностных особенностей у большинства пациентов с ХИГМ обоего пола выявлено сочетание высокой напряженности с тревожной подозрительностью и склонностью к чувству вины, что может быть следствием сходства проблем со здоровьем. Женщины с ХИГМ отличались от мужчин более низкими показателями эмоциональной уравниновешенности, но характеризовались более высокими уровнями возбуждения, напряжения и тревожности. При прогрессировании заболевания у пациентов женского пола наблюдалось нарастание подозрительности, завистливости и раздражительности, а у мужчин – эмоциональной неуровновешенности и зависимости от окружающих.

У больных с ХИГМ наблюдается формирование гомеостатических реакций крови, указывающих на снижение уровня адаптации и неспецифической резистентности организма. При этом преобладающим типом неблагоприятных адаптационных реакций у них является переактивация, реже – хронический стресс. Неудовлетворительная адаптация у женщин определялась чаще, чем у мужчин. Обнаружена определенная зависимость основного показателя адаптационных реакций (соотношения ЛФ/СН) от клинических особенностей ХИГМ. Формирование неблагоприятных адаптационных реакций у больных с ХИГМ, вероятно, связано с воздействием психогенных факторов, о чем свидетельствует наличие у них тесных корреляций между коэффициентом ЛФ/СН, с одной стороны, высоким уровнем тревоги и депрессии – с другой.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости учета врачами половых особенностей личности и адаптации больных с ХИГМ для ускорения достижения состояния взаимодоверия, а также оптимизации подходов к коррекции выявляемых у пациентов эмоционально-личностных расстройств.

Таблица
Уровни тревожности, депрессии и качества ночного сна у женщин и мужчин с ХИГМ (баллы, $M \pm m$)

Показатели	Группы обследованных			
	ХИГМ I стадии (n = 39)		ХИГМ II стадии (n = 81)	
	Женщины (n = 30)	Мужчины (n = 9)	Женщины (n = 42)	Мужчины (n = 39)
Реактивная тревожность	42,0 ± 1,9	35,7 ± 2,3*	49,3 ± 1,9 [°]	42,2 ± 0,9** [°]
Личностная тревожность	45,2 ± 1,8	37,6 ± 1,6**	53,8 ± 1,6 [°]	46,3 ± 1,1** [°]
Депрессия	12,1 ± 0,9	7,6 ± 0,8**	17,2 ± 0,9 [°]	12,3 ± 0,5** [°]
Ночной сон	20,9 ± 1,2	18,3 ± 0,5*	18,4 ± 0,3 [°]	16,0 ± 0,8** [°]

Примечание: * – различия мужчин и женщин (* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$); ° – различия ХИГМ I и II стадии (* – $p < 0,05$; ° – $p < 0,01$).

Список литературы / References

1. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. Ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штудман. М., 2001. Т. 1. С. 231–302.
2. Damulin I.V., Parfenov V.A., Skoromets A.A., Yakhno N.N. Circulatory disorders in the brain and spinal cord. Diseases of the nervous system: A guide for doctors. Ed. N.N. Yakhno, D.R. Shulman. M., 2001. Vol. 1. P. 231–302 (In Russ.)
3. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение: методические рекомендации. М.: Медиа Сфера, 2005. 48 с.
4. Damulin I.V. Dyscirculatory encephalopathy: pathogenesis, clinical picture, treatment: guidelines. M.: Media Sfera, 2005. 48 p. (In Russ.)
5. Кадыков А.С., Манвелов А.С., Шапаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга: дисциркуляторная энцефалопатия. Руководство для врачей. 3-е изд., пер. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
6. Kadjikov A.S., Manvelov L.S., Shahparonova N.I. Chronic vascular diseases of the brain encephalopathy. Guide for doctors. 3rd edition, revised and expanded. M.: GEOTAR-Media; 2014. (In Russ.)
7. Калинин М.Н., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Хроническая ишемия головного мозга в пожилом возрасте (патогенетические и клинические аспекты). Тверь: РИЦ ТГМУ, 2016. 226 с.
8. Kalinkin M.N., Yakovlev N.A., Slyusar T.A. Chronic cerebral ischemia in old age (pathogenetic and clinical aspects). Tver: RITS TSMU, 2016. 226 p. (In Russ.)
9. Вейн А.М. и др. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). М.: Мед. информ. агентство; 2002. 155 с.
10. Vein A.M. and others. Depression in neurological practice (clinical picture, diagnosis, treatment). M.: Med. inform. agency, 2002. 155 p. (In Russ.)
11. Дюкова Г.М. Депрессия у неврологических больных пожилого возраста: диагностика и лечение. Клиническая геронтология. 2008. № 3. С. 67–75.
12. Dyukova G.M. Depression in elderly neurological patients: diagnosis and treatment. Clinical Gerontology. 2008. No. 3. P. 67–75. (In Russ.)
13. Шумахер Г.И. и др. Депрессивные нарушения у больных дисциркуляторной энцефалопатией I–II стадии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова: приложение «Инсульт». 2007. С. 371–372.
14. Schumacher G.I. et al. Depressive disorders in patients with stage I–II discirculatory encephalopathy. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry: application "Stroke". 2007. P. 371–372. (In Russ.)
15. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. М.: ИПП, 2004. [Batarshv A.V. Diagnosis of borderline mental personality disorders. M.: IPP, 2004. (In Russ.)]
16. Вейн А.М., Данилов А.Б. Гендерная проблема в неврологии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. № 10. С. 4–14.
17. Vein A.M., Danilov A.B. Gender problem in neurology. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2003. No. 10. P. 4–14. (In Russ.)
18. Власова И.А. Реакции неспецифической адаптации и функциональное состояние организма пожилых лиц. Сибирский медицинский журнал. 2012. № 6. С. 46–48.
19. Vlasova I.A. Reactions of nonspecific adaptation and the functional condition of the organism of elderly persons. Sib. Med. J. 2012. No. 6. P. 46–48. (In Russ.)
20. Гаркави А.Х., Квакуина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов на Дону, 1977. 273 с.
21. Garkavi L.Kh., Kvakina E.B., Ukolova M.A. Adaptive reactions and body resistance. Rostov on Don, 1977. 273 p. (In Russ.)
22. Spilberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, 1970. 45 с.
23. Beck A.T., Ward C.H., Henderson H. et al. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatr. 1961. Vol. 5. P. 561–571.
24. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. СПб.: Речь, 2004. 32 с.
25. Kapustina A.N. R. Kettell's multifactorial personal methodology. Saint Petersburg: Rech, 2004. 32 p. (In Russ.)
26. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 704 с.
27. Stolyarenko L.D. Fundamentals of Psychology. Rostov-on-Don: Phoenix, 2002. 704 p. (In Russ.)
28. Бендас Т.В. Гендерная психология. СПб.: Питер, 2006. 431 с.
29. Bendas T.V. Gender Psychology. SPb.: Peter, 2006. 431 p. (In Russ.)
30. Голубев В.Л., Вейн А.М., Данилов А.Б. Гендер и боль. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. Т. 105, № 10. С. 72–74.
31. Golubev V.L., Vein A.M., Danilov A.B. Gender and pain. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2005. Vol. 105, No. 10. P. 72–74. (In Russ.)
32. Данилов А.Б. Новые подходы к лечению пациентов с хронической болью. Лечащий врач. 2009. № 4. С. 34–38.
33. Danilov A.B. New approaches to the treatment of patients with chronic pain // Attending physician. 2009. No. 4. P. 34–38. (In Russ.)
34. Воробьева П.А., Власова А.В. Депрессия в пожилом возрасте. Клиническая геронтология. 2007. Т. 13, № 3. С. 22–28.
35. Vorobyeva P.A., Vlasova A.V. Depression in old age. Clinical Gerontology. 2007. Vol. 13, No. 3. P. 22–28. (In Russ.)
36. Kanner R. Pain in the elderly. Pain management secrets. Pub. Hanley & Belfus, 2003. P. 195–199.
37. Sklarevskij V., Ramadan N.M. The nociceptive flexion reflex in humans. Pain. 2002. Vol. 96. P. 3–8.
38. Tassorelli C., Sandrini G. Changes in nociceptive flexion reflex threshold across the menstrual cycle in healthy woman. Psychosomat. Med. 2002. July–August, Vol. 64 (4). P. 621–626.

Статья поступила / Received 06.01.2

Получена после рецензирования / Revised 23.02.21

Принята к публикации / Accepted 24.02.21

Сведения об авторах

Абраменко Юлия Вячеславовна, к.м.н., доцент, ORCID 0000-0002-9753-2024

Слюсарь Ирина Николаевна, ассистент ORCID 0000-0003-4857-2182

Слюсарь Татьяна Александровна, д.м.н., проф., ORCID 0000-0002-4952-7669

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тверь

Автор для переписки:

Абраменко Юлия Вячеславовна. E-mail: abramenkojv@tvigma.ru

About authors

Abramenko Yulia V. ORCID 0000-0002-9753-2024

Slyusar Irina N. ORCID 0000-0003-4857-2182

Slyusar Tatiana A. ORCID 0000-0002-4952-7669

Tver State Medical University, Tver, Russia

Corresponding author: Abramenko Yulia V. E-mail: abramenkojv@tvigma.ru

Для цитирования: Абраменко Ю.В., Слюсарь И.Н., Слюсарь Т.А. Особенности личности, эмоциональных расстройств и адаптации мужчин и женщин пожилого возраста с хронической ишемией головного мозга. Медицинский алфавит. 2021; (3): 23–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-3-23-26>

For citation: Abramenko Yu. V., Slyusar I. N., Slyusar T. A. Personality traits, emotional disorders and adaptation of elderly men and women with chronic cerebral ischemia. Medical alphabet. 2021; (3): 23–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-3-23-26>



Онлайн-цикл «Сосудистые когнитивные расстройства»

В программе – вопросы современной диагностики, клиники, особенностей течения и терапии сосудистых когнитивных расстройств, их дифференциальной диагностики с нейродегенеративными когнитивными нарушениями (при болезни Альцгеймера, болезни с тельцами Леви, лобно-височной деменции, прогрессирующем надъядерном параличом и др.). Рассматриваются также когнитивные нарушения на фоне нейроинфекций (ВИЧ, нейросифилис и др.), аутоиммунных энцефалопатий, ЧМТ, рассеянного склероза, эпилепсии, невротических расстройств, метаболических нарушений, алкоголизма, дисвитаминоза и др. Будут подробно освещены нейровизуализационная диагностика, возможности лабораторных и инструментальных методов исследований.

Будут затронуты вопросы нарушений высших корковых функций как общемедицинской, социальной, этической проблемы и освещены особенности профилактики деменции, когнитивной эргономики, а также когнитивного тренинга.

К участию в цикле приглашаются неврологи, терапевты, психиатры, психотерапевты, наркологи, врачи общей практики, семейные врачи, кардиологи, реабилитологи и другие заинтересованные специалисты.

Организатор: ООО «Медзнания».

Цикл пройдет онлайн с 5 по 8 апреля 2021 года с 15:00 до 18:45.

Научный руководитель цикла –

Любовь Петровна Соколова, д.м.н., проф. кафедры неврологии ФДПО РНИМУ имени Н. И. Пирогова.

Информация для оформления заявки доступна по ссылке:

<https://tsmu.ru/structure/edu-dept/fdpo/cme-admission/odo/>

