

ВЕГЕТАТИВНА РЕГУЛЯЦІЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Крайдашенко О.О.

Науковий керівник: проф. Доценко С.Я.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра внутрішніх хвороб 3

Мета дослідження: вивчити особливості вегетативної регуляції серцевого ритму при поєднаному перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи дослідження. Першу групу склали 45 хворих на ішемічну хворобу серця та стенокардію напруги (СтН) ІІФК в поєднанні з ХОЗЛ ІІ-ІІІ ст. в стадії ремісії (35 чоловік та 10 жінок, середній вік $58,3 \pm 1,5$ роки). Друга група порівняння включала 28 хворих із ІХС та СтН ІІФК без супутнього ХОЗЛ. Групи були між собою співставленні за віком і статтю. Вегетативну регуляцію серцевого ритму досліджували за показниками варіабельності серцевого ритму (BCP), які реєструвались апаратом АВРМ-04 (Meditech, Угорщина). Статистичний аналіз проводився за допомогою пакета прикладних програм «Statistica» (version 6.0, StatSoftIns, США).

Результати дослідження. Коморбідний перебіг ІХС із СтН та ХОЗЛ супроводжувався більш суттєвим пригніченням BCP із зменшенням показника SDNN до $65,2 \pm 4,5$ мс та сумарної спектральної потужності (TP) на 61,4% ($p < 0,05$). Істотно зменшувались високочастотні та низькочастотні коливання - HF до 219 ± 40 мс² (на 68,3%, $p < 0,05$), LF до 566 ± 56 мс² (на 78,1%, $p < 0,05$), вірогідно зростало відношення LF/HF до $2,47 \pm 0,23$ ум.од. (на 51,8%, $p < 0,05$) в порівнянні з групою хворих на СтН без ХОЗЛ. Аналіз BCP в залежності від особливостей перебігу ХОЗЛ за класифікацією GOLD в першій групі довів, що більш вірогідні зміни показників знайдені в групах C та D (часті загострення та виражена клініка), на відміну від груп A і B, де загострення були рідкими, а клінічні прояви несуттєвими. Кореляційний аналіз між показниками спірограми та BCP виявив вірогідні позитивні зв'язки ОФВ1 з TP ($r = +0,35$, $p < 0,05$), з LF і HF ($r = +0,35$, $p < 0,05$ і $r = +0,30$, $p < 0,05$, відповідно), з SDNN і rMSSD ($r = +0,37$, $p < 0,05$ і $r = +0,32$, $p < 0,05$, відповідно).

Висновки. При коморбідному перебігу СтН атеросклеротичного генезу з ХОЗЛ з боку показників BCP спостерігається більш значуща загальна їх редукція із зниженням потужності, вегетативним дисбалансом з суттєвою активацією симпатичної ланки. Подібні зміни асоціюються із більшою частотою загострень ХОЗЛ та ступенем порушень функції зовнішнього дихання.

ФАКТОРЫ ДИСКОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Криванкова Н.В.

Научный руководитель: д.мед.н., доц. Курило В.О.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии

Актуальность. Дисконплаентность является одной из основных причин неэффективности терапии психических расстройств. Тревожно-фобические расстройства органического генеза являются высокорезистентными как к психотерапии, так и к воздействию медикаментозных препаратов, поэтому для результативного лечения данного спектра нозологий возможно только при установлении полного комплаенса, что диктует необходимость исключения всех возможных факторов дисконплаентности.

Цель исследования: индикация, анализ и систематизация причин нарушения комплаенса у пациентов с развившимся на фоне органических нарушений обсессивно-фобическим синдромом.

Материалы и методы: исследование проводилось на 40 пациентах, у которых были диагностированы тревожно-фобические расстройства органического генеза. В ходе исследования были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический и клинико-статистический методы.

Результаты исследования. Анализ полученных при обследовании пациентов с тревожно-фобическими расстройствами органического генеза данных позволил идентифицировать и типологизировать основные предикторы их дисконплаентности. Было установлено существование 3 основных групп факторов, ведущих к нарушению комплаенса. Первую группу составляют личностно-детерминированные факторы, обусловленные патохарактерологическими особенностями

пациентов, существовавшими еще до начала заболевания. К ним относится тревожность и недоверчивость, ранее свойственные индивиду, но приобретшие патологическое развитие вследствие вязкости и ригидности мышления, торпидности эмоций, что приводит к центрированию на фабуле собственных переживаний. Вторая группа представлена нозогенно-обусловленными факторами, возникшими как результат активности патологического процесса, среди которых страх перед применяемыми врачом психотерапевтическим методикам, опасение негативных побочных реакций от приема психотропных препаратов. В третью группу вошли фрустрационные факторы, обусловленные отсутствием быстрого ярко выраженного эффекта как от медикаментозной, так и от немедикаментозной терапии вследствие необратимости органических нарушений.

Выводы. 1) Выявлены и проанализированы факторы дисконформности у пациентов с развившимся на фоне органических нарушений обсессивно-фобическим синдромом;

2) определены 3 группы предикторов нарушения комплаенса (личностно-детерминированные, нозогенно-обусловленные и фрустрационные), а также поданы их денотации; 3) Разработано структурное наполнение каждой из групп факторов дисконформности.

АНАЛІЗ ВИПАДКІВ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ІЗ РОЗШИРЕНОЮ ЛІКАРСЬКОЮ СТІЙКІСТЮ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ЗАПОРІЗЬКОГО ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО КЛІНІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ

Кубенко М.П.

Науковий керівник: ас. Ясінський Р.М.
Запорізький державний медичний факультет
Кафедра фізіатрії і пульмонології

Мета дослідження. Визначити особливості перебігу туберкульозу у хворих на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною лікарською стійкістю та встановити фактори ризику невдачі лікування таких пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз «випадок-контроль» історій хвороб пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у Запорізькому обласному протитуберкульозному клінічному диспансері з 01.01.2015 до 01.09.2015 року. Статистичну оцінку факторів ризику проводили із застосуванням критерію χ^2 -квдратів з правкою Єтса, визначали відношення шансів (ВШ) і довірчий інтервал (ДІ) можливих факторів, якщо ДІ не містив одиницю, вважали, що фактор мав вплив на невдачу терапії.

Отримані результати. Проаналізовано 200 випадків хіміорезистентного туберкульозу. Чоловіків було 143 (71,5 %), жінок – 57 (28,5 %), середній вік пацієнтів складав $41,0 \pm 0,9$ років. За структурою випадків було 127 осіб із мультирезистентним туберкульозом (63,5 %), 40 із розширеною лікарською стійкістю (20 %), 27 (13,5 %) – РифТБ (із стійкістю до рифампіцину, виявленою методом полімеразної ланцюгової реакції), 6 хворих (3,5 %) мали ризик мультирезистентного туберкульозу. Бактеріовиділювачів було 198 (99,0 %), деструкції у легенях мали 173 пацієнта (86,5 %). У 34 хворих (17,0 %) діагностовано ВІЛ, у 13 (6,5 %) – цукровий діабет.

Легеневий туберкульоз мав місце у 197 випадків (98,5 %), поєднання легеневого і позалегеневого – у 50 хворих (25,0 %). Серед клінічних форм переважали пацієнти із інфільтрацією частки (26,0 %), обмеженим дисемінованим туберкульозом (12,0 %), інфільтрацією частки легені із засівом (11,0 %), фіброзно-кавернозним туберкульозом (10,0 %), інфільтрацією легені (7,0 %). Інші клінічні форми зустрічалися менш, ніж у 5 % випадків.

За цей період померло 20 осіб (10,0 %), знаходилися на паліативному лікуванні 19 чоловік (9,5 %), лікувалися менше 1 місяця – 22 особи (11,0 %), 139 пацієнтів (69,5 %) отримували повноцінну етіотропну терапію. Серед 139 хворих, які повноцінно лікувалися встановлено 13 випадків (9,4 %) невдачі терапії.

У якості факторів ризику аналізувалися дані анамнезу, вік пацієнтів, тип туберкульозного процесу, прихильність до лікування, об'єм ураження легень, наявність деструкцій і їх розміри, наявність позалегенових уражень, супутніх захворювань, бактеріовиділення. Встановлено, що статистично значимими факторами ризику невдачі терапії були наявність розширеної лікарської стійкості (ВШ=7,9, ДІ=2,3-27,1, $p<0,005$), повторні випадки туберкульозу (ВШ=4,7, ДІ=1,2-18,0, $p<0,05$), дисемінований туберкульоз легень, або інфільтративний частки із засівом, або наявність деструкцій $\geq 3,0$ см, або множинні деструкції $\geq 2,0$ см (ВШ=10,8, ДІ=1,4-85,4, $p<0,05$).

Висновки. У більшості випадків мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз із розширеною лікарською стійкістю характеризуються наявністю бактеріовиділення, поширеним