

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ПАТОМОРФОЗА ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Мосейко А.В.

Научный руководитель: проф. Чугунов В.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології

Актуальность. Вопросы патоморфоза психической патологии представляют собой один из наиболее актуальных комплексов проблематики в сфере компетенции психиатрии. Учитывая хронологическое соотношение нозодескриптивного периода психиатрии и этапности становления психиатрической клиники, вопросы теправтического патоморфоза психических заболеваний приобретают все большую актуальность в силу прогрессивного расширения спектра активно эксплуатируемых фармакологических агентов. Данная проблема становится особенно остро в клинике простой формы шизофрении, учитывая известную гетерогенность дискурсивных воззрений и трудности в ее дифференциальной диагностике.

Целью исследования является анализ клинических характеристик дебюта простой формы шизофрении в актуальной психиатрической клинике.

Дизайн исследования. Контингент исследования представлен 48 пациентом КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС, страдающих простой формой шизофрении. Методы исследования: клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-статистический.

Результаты исследования. На основании клиничко-психопатологического анализа психоанамнестических данных пациентов с простой формой шизофрении выделены следующие характеристики её дебюта: хронопсихопатологические (стратификация возраста дебюта и его соотношение с возрастом наступления стойкой дезадаптации), триггерные (пусковой фактор эндогенного процесса) структурные (типология инициальной симптоматики) и динамические (типология вектора прогрессивности).

Выводы. 1) Средний возраст дебюта составил 21,2 года, средняя продолжительности периода адаптации – 7,1 года. Проведена систематизация характерных стереотипов возраста дебюта и продолжительности периода адаптации; 2) Проведен анализ встречаемости факторов провокации эндогенного процесса (17% в общем контингенте); 3) Сформирована типология инициального комплекса симптоматики, выделены следующие типы: патоидеаторный (16%); аутизационный (18%); псевдоневротический (8%); гипонергический (11%); апатический (24%); парабулический (23%); 4) Сформирована типология векторов прогрессивности, Проведен анализ их конгруэнтности типам инициальной симптоматики.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ПЕРЕБУДОВА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУЖЕННЯ, АСОЦІЙОВАНУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Міняйленко Л.Є.

Науковий керівник: проф. Михайловська Н.С.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра загальної практики – сімейної медицини

Мета роботи: визначити вплив неалкогольної жирової хвороби печінки (НЖХП) на стан кардіального ремоделювання у хворих на стабільну стенокардію напруження.

Матеріали та методи: до поперечного аналітичного дослідження увійшли 33 пацієнта: основна група – 18 хворих (середній вік $60 \pm 2,34$ років) з документально підтвердженою ІХС: стабільною стенокардією напруження II-III ФК у поєднанні з НЖХП; група порівняння – 15 хворих (середній вік $61,11 \pm 2,22$ років) з ІХС без НЖХП. Всі пацієнти пройшли загальноклінічне та лабораторне обстеження, антропометричні вимірювання. Двовірну ехокардіографію та імпульсно-хвильову доплерографію проводили з використанням сканера "SonoAce" 8000SE Компанія «Medison» (Корея) відповідно до рекомендацій ASE/EAE.

Результати дослідження: У хворих на ІХС з НЖХП, порівняно з хворими на ІХС без супутньої патології печінки, спостерігалась достовірне збільшення товщини задньої стінки ЛШ на 13% ($p < 0,05$), відносної товщини стінки ЛШ на 22% ($p < 0,05$) та індексу маси міокарда ЛШ на 9,5% ($p < 0,05$), зменшення ФВ ЛШ на 9%. У хворих з поєднаним перебігом ІХС та НЖХП встановлено

зниження швидкості раннього діастолічного наповнення ЛШ (V_e) на 10%, зменшення співвідношення V_e/V_a на 17,5%, збільшення періоду ізовольомічного розслаблення ЛШ (IVRT) на 11,34% у порівнянні з пацієнтами без структурно-функціональних змін печінки ($p < 0,05$). В групі хворих на ІХС з НАЖХП виявлено значно більшу кількість хворих, які мали систолічну ($\chi^2=4,95$; $df=1$; $p < 0,05$), діастолічну дисфункцію ЛШ ($\chi^2=4,991$; $df=1$; $p < 0,05$) та концентричну гіпертрофією міокарда ЛШ ($\chi^2=5,241$; $df=1$; $p < 0,05$) порівняно з хворими без НАЖХП.

Висновки: Хворим на ІХС, поєднану з неалкогольною жировою хворобою печінки, притаманні структурно-функціональні зміни серця у вигляді концентричної гіпертрофії міокарда ЛШ, діастолічної дисфункції за типом порушення релаксації та зменшення фракції викиду.

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В СПОЛУЧЕННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ: МОДИФІКОВАНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПРОГРЕСУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ.

Мітасова Н.Ю.

Науковий керівник: проф. Мацегора Н.А.

Одеський національний медичний університет

Кафедра професійної патології, клінічної лабораторної та функціональної діагностики

Серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності та інвалідності населення у більшості країн світу. Хоча рівні передчасної смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) у сполученні з артеріальною гіпертензією (АГ) в цілому у Європі знижуються, в деяких східних країнах регіону темпи зниження нижчі, спостерігається стагнація їх або навіть зростання. До останніх відноситься і Україна. Загально відомо, що хронічна серцева недостатність (ХСН) поширюється пропорційно до віку – від 1-3% серед 50-річних осіб до 8-14% у людей, старіших за 70 років. Отже ситуацію можна поліпшити, оцінивши модифіковані фактори ризику та їх вплив на прогресування ХСН у даної категорії хворих.

Мета роботи: оцінити вплив модифікованих факторів ризику на прогресування ХСН у пацієнтів, хворих на ішемічну хворобу серця у сполученні з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи: Проведено дослідження 120 хворих на ІХС у сполученні з АГ та наявністю ХСН, що лікувалися в кардіологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру Південного регіону. Більшість склали чоловіки – 104 (86,7%), жінки – 16 (13,3%) у віці від 50 до 90 років. За віком хворі розподілилися таким чином: середня вікова група – 11,7%, частина осіб похилого та старечого віку складала 88,3%. Всі пацієнти належали за ступенем серцевої недостатності до ПА та ПБ, що складало 54 і 66 чоловік, відповідно.

Для досягнення поставленої мети були використані дані анамнезу, фізикального обстеження, функціональних проб (навантажувальні, тест з 6 хвилинною ходьбою), лабораторні та інструментальні показники (ЕКГ, ЕхоКГ) дослідження в динаміці.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених хворих найчастіше зустрічалися такі фактори ризику як цукровий діабет, у тому числі порушення толерантності до глюкози (69,2%) та гіподинамія (55%), при чому, 64% пацієнтів мали ступінь серцевої недостатності ПБ. Анемію, прискорену частоту серцевих скорочень та перенапруження нервової системи мали 43,3%, 41,7%, 35,8% відповідно. Серед пацієнтів з СН ПА стрес мали 21(17,5%) чоловік, а серед СН ПБ – 22 (18,3%). Гіперхолестеринемія зустрічалась лише у 21,6% хворих, що пояснюється значною прихильністю до лікування даної групи пацієнтів та систематичним прийомом антихолестеринової терапії. Куріння зафіксоване лише у 3,3% пацієнтів.

На підставі отриманих даних можна зробити такі **висновки:** 1) Значна доля у факторах ризику розвитку ХСН у хворих на ІХС у сполученні з АГ належить порушенням вуглеводного обміну (69,2%). 2) Гіподинамія обтяжує захворювання у 56% випадків з СН ПА, коли гіподинамія є вибором самих пацієнтів, а не стану їх організму. 3) Анемія, прискорена частота серцевих скорочень та перенапруження нервової системи мають місце в 43,3%, 41,7%, 35,8% відповідно. Стрес має однаковий вплив на усіх стадіях захворювання. 4) Модифіковані фактори ризику мають велике значення в прогресуванні захворювання. 5) Прихильність до лікування зменшує вплив найбільш агресивного фактору інволютивних змін і тим самим знижує виразність обтяжуючого перебігу захворювання – атеросклерозу. 6) Розуміння пацієнтом своєї відповідальності покращує прогноз захворювання.