

РАННЯЯ СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Мануйлов С.Н.

Научный руководитель: доц., д.мед.н. Подлубный В.Л.

Запорожский государственный медицинский университет

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

Актуальность. Согласно данным ВОЗ в 2015 году в Украине от депрессивных состояний страдало почти 7% населения. Отсутствие социальной поддержки у этих лиц способствует росту таких состояний, а также является фактором отягощающим течение самого процесса. Поэтому восстановление социальной адаптации, именно на ранних стадиях, является важным терапевтическим компонентом при оказании помощи больным с депрессивным синдромом. Цель исследования – изучение влияния состояния социальной адаптации на течение депрессивного расстройства. Материалы и методы исследования: на базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС обследовано 20 больных с депрессивным синдромом различного генеза. Также были опрошены 10 условно здоровых людей, у которых, в силу различных причин, было отмечено значительное снижение фона настроения в течение последних 2 недель. В исследовании использованы клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический и психометрический методы. Результаты исследования: установлено, что среди пациентов, которые получали социальную поддержку, в период наблюдения, произошло значительное улучшение состояния. Так из 20 пациентов у 8 улучшение фона настроения возникло после обсуждения проблем с близкими людьми, у 6 после обсуждения проблемы в кругу пациентов психотерапевтической группы. У 4 после непосредственного общения с лечащим врачом. Только 2-е пациентов предпочли фармакотерапию, однако после 2 недель данной терапии существенного улучшения состояния у них не отмечено. В группе условно здоровых, обсуждения проблемы вызвавшей депрессивное состояние, через 7 дней (по результатам теста Бека) показал отсутствие депрессивного синдрома у 4 человек, а также регресс клинических проявлений депрессии 3-х обследованных. Среди людей отказавшихся от данной помощи (3 человека) через 2 недели имелись начальные симптомы депрессии – сниженное настроение на протяжении 2 недель. Таким образом, ранняя социальная адаптация (поддержка родственников, друзей, пациентов с подобным заболеванием) способствует наступления скорейшего терапевтического эффекта. Выводы: ранняя социальная адаптация направленная, в первую очередь, на преодоление этиологического фактора возникновения депрессивного расстройства, обеспечивает скорейшее выздоровление, а также выступает в роли профилактирующего фактора у лиц с начальными проявлениями депрессивного расстройства.

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1

Марусик А.Н., Князева А.О.

Научный руководитель: к.мед.н. доц. Соловьяк А.О.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней 1

Цель исследования – определение основных факторов риска и особенностей клинического течения диабетической автономной кардиальной нейропатии (ДАКН) у пациентов с сахарным диабетом (СД) типа 1. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 58 пациентов с СД типа 1, средний возраст – $29,69 \pm 2,91$ лет, длительность заболевания – $10,53 \pm 0,80$ лет. 1-ю группу составили 28 лиц с диагностированной ДАКН, 2-ю - 30 пациентов без признаков ДАКН, контрольную – лица без нарушений углеводного обмена (15 пациентов). Для подтверждения диагноза ДАКН использовали 5 стандартных функциональных тесты (по D.Ewing, 1986), анализировали длительность заболевания, данные ЭКГ (длительность интервалов PQ, QRS, QT), лабораторные показатели, наличие хронических осложнений СД. Сравнение параметров проводили с использованием t-критерия, параметры, выраженных в качественной шкале,

оценивали при помощи критерия χ^2 . Прогностическую значимость предикторов оценивали путем построения модели пропорциональных рисков согласно регрессии Cox. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Результаты. У пациентов 1й группы выявлены достоверные изменения на ЭКГ в виде увеличения длительности интервала QT на 8,24% ($p < 0,05$), ЧСС - на 9,31% ($p < 0,05$) в сравнении с данными 2-й группы. Частота тахикардии в 1й группе составила 39,29% (11 случаев), во второй группе – 23,33% (7 случаев). Суправентрикулярная экстрасистолия зарегистрирована у 4 пациентов 1й группы. В 1й группе уровень гликозилированного гемоглобина был достоверно выше в сравнении со 2-й группой – на 16,89% ($p < 0,05$). Отмечено появление значимых различий в развитии аритмии зависимости от наличия или отсутствия ДАКН: в 1й группе вероятность наличия осложнений была достоверно выше, чем во 2й ($\chi^2=12,1$ при $p=0,001$). Регрессионный анализ независимых предикторов формирования нейропатии методом пропорциональных рисков по Cox показал, что на развитие ДАКН у больных СД типа 1 наибольшее влияние оказывали уровень гликозилированного гемоглобина более 10,0% (95% ДИ 1,47–3,66) и длительность СД более 5 лет (95% ДИ 1,83–4,59), что ассоциируется с высоким риском развития ДАКН и подтверждает важную патогенетическую роль выраженности и продолжительности метаболических нарушений в механизмах развития ДАКН. Выводы. У больных сахарным диабетом типа 1 развитие диабетической автономной кардиальной нейропатии характеризовалось изменениями на ЭКГ в виде увеличения частоты сердечных сокращений, удлинения интервала QT и появления суправентрикулярной экстрасистолии. Ведущим фактором, оказывающим влияние на развитие диабетической автономной кардиальной нейропатии у данной категории пациентов, оказался уровень гликозилированного гемоглобина.

ЗАСТОСУВАННЯ БЕТАРГІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Матковська Н.Р., Скрипник Л.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра терапії та СМ ПО

Мета. Вивчити ефективність використання бетаргіну у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП). Матеріал і методи. Обстежено 32 хворих на НАЖХП віком від 21 до 48 років. В динаміці проводили лабораторні обстеження, ультрасонографію органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС). Хворі були розподілені на дві групи. Першу групу становили 15 хворих, які отримували базове лікування відповідно до чинних стандартів. Друга – 17 пацієнтів, яким додатково призначали бетаргін, по одному саше всередину (попередньо розчинити в пів склянки води) 3 рази на добу, упродовж 20 днів. Результати. Клінічно у всіх хворих виявили астеновегетативний синдром, який проявлявся загальною слабкістю та підвищеною втомою. Біль в правому підребр'ї (ниючий, не постійний) виявлено у 71,9% хворих. Диспепсичний синдром у вигляді гіркоти в роті, здуття живота наявний у 59,4% хворих, і був зумовлений супутньою патологією (гастроезофагеальна рефлюксна хвороба виявлена у 59,3 % хворих, хронічний некалькульозний холецистит виявлений у 43,7 % хворих). Після проведеного курсу лікування у всіх хворих другої групи відмітили зникнення проявів астеновегетативного синдрому і значного зменшення важкості в правому підребр'ї. Ступінь активності амінотрансфераз АЛТ та АСТ знизився в 2,3 та 2,8 разів відповідно. Нормалізація проявів синдрому цитолізу чітко корелювала з проявами мезенхімально-запального синдрому, а саме показником тимолової проби та рівнем гамаглобулінів. За даними УЗД відмічена нормалізація розмірів печінки та відновлення її ехоструктури. В хворих першої групи мала місце лише тенденція до зниження рівня трансаміназ, показників білкової функції печінки на фоні нормалізації проявів астеновегетативного і диспепсичного синдромів. У 9 хворих наприкінці курсу лікування утримувався больовий синдром та відчуття важкості в правому підребр'ї. Висновки. Таким чином, зменшення мезенхімально-запальної активності печінки, а також вираженості цитолітичного синдрому дозволяє рекомендувати призначення бетаргіну в комплексному лікуванні хворих на НАЖХП.