

качества жизни, клинические проявления и перенесенное лечение лейкемии, демографические показатели оценивали с помощью линейной регрессии для идентификации факторов, влияющих на качество жизни.

Результаты. На протяжении 1 года у 45 исследуемых пациента (40,2%) выявлено 103 кардиоваскулярных события. Пациенты с кардиоваскулярными событиями отмечали значительно худшее психологическое функционирование, ухудшение общего здоровья и жизнеспособности, снижение качества жизни. Перенесенная химиотерапия также была связана с ухудшением качества жизни. Пациенты без кардиоваскулярных событий отмечали лучшее социальное функционирование по сравнению с пациентами с кардиоваскулярными событиями. Статистическая значимость данных различий была достигнута при использовании опросника QOL-CS.

Вывод: Общее состояние здоровья, жизнеспособности у пациентов с регрессией хронической лимфоцитарной лейкемии существенно ухудшается после возникновении кардиоваскулярных событий.

ИНСТРУМЕНТАРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЭНДОГЕННОЙ КАТАТОНИИ И ФАРМАКОГЕННЫХ КАТАТОНОМИМИКРИЧЕСКИХ ПСИХОМОРФНЫХ РАССТРОЙСТВ

Сафонов Д.Н.

Научный руководитель: проф. Чугунов В.В.

Запорожский государственный медицинский университет

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

Актуальность. В актуальных условиях дифференциация генеза дискинезий разрешается путём использования дополнительного диагностического инструментария, в частности: F-MRS, UDRS, BADS, BFMS, GDS, AIMS, MSAS. Использование сочетаний данных диагностических инструментов чревато рядом методологических проблем, среди которых: отсутствие адаптированного в клинко-дискурсивном ключе перевода и методической регламентации использования, отсутствие данных литературы, описывающих диагностическую компетентность и риск аберраций при сочетанной эксплуатации указанных инструментов, и пр.

В связи с этим разработка единого диагностического инструмента, имеющего компетентность в отношении дифференциации кататонического синдрома эндогенного генеза и поздних нейротропных эффектов нейролептической терапии, является актуальной задачей клинической психиатрии.

Целью исследования является разработка критериев и клинического инструментария в виде шкалы дифференциальной диагностики кататонического синдрома эндогенного генеза и поздних нейротропных эффектов нейролептической терапии (ПНЭНТ).

Дизайн исследования. Контингент исследования представлен 101 пациентом КУ «Запорожская областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС, сформировано 2 группы: 32 пациента с кататоническим синдромом эндогенного генеза и 69 пациентов с вторичной кататонией в структуре ПНЭНТ. Методы исследования: клинко-анамнестический, клинко-психопатологический, клинко-статистический.

Результаты исследования. Проведен компаративный анализ частоты встречаемости выделенных в ходе контент-анализа существующих диагностических алгоритмов признаков кататонии, а также некоторых нозо- и синдромоспецифических феноменов в группах исследования, в частности: манерности, гримасничанья, фиксации взгляда, ажитации, паратимической и парабулической активности, персевераций и вербигераций, инкогеренции мышления и пр. Проведён сравнительный клинко-психопатологический анализ пациентов с первичной кататонией и ПНЭНТ, при этом выявлены признаки с достоверными различиями частоты встречаемости в группах сравнения, и для каждого из них рассчитаны величины мер информативности Кульбака (МИ) и диагностические коэффициенты (ДК). Анализ достоверности различий (пороговое значение p -критерия $\leq 0,05$) и мер информативности (МИ $\geq 0,5$) признаков позволил сепарировать из общего массива, признаки, являющиеся валидными для дифференциации первичной и вторичной кататонии. На основании полученных данных была построена дифференциально-диагностическая таблица, в которой маркеры дифференциации с присвоенными в ходе статистического анализа диагностическими коэффициентами (ДК) были расположены в порядке убывания $\sum_{\text{МИ}}$.

Выводы. 1. Проведена сепарация признаков, являющихся валидными, в курсе их клинко-дискурсивной нативности, для использования в качестве критериев дифференциации указанных состояний, на основании пороговых значений уровня достоверности различий ($p \leq 0,05$) и МИ ($\geq 0,5$). 2. Введены понятия дисквалифицирующих состояний и исключаемых феноменов, под которыми понимается наличие состояний, исключающих возможность корректной идентификации признаков кататонии *per se*. 3. На основании данных ДК и МИ валидных признаков разработана клинко-диагностическая шкала, позволяющая вынести диагностическое заключение о принадлежности психопатологических нарушений к первичной (эндогенной) кататонии или ПНЭНТ, с любым из трех необходимых уровней достоверности: 95% ($p=0,05$), 99% ($p=0,01$) или 99,9% ($p=0,001$).

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ СОМНОГРАФІЇ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА ОЖИРІННЯМ

Світлицька О.А.

Науковий керівник: проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО, навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка».

Мета роботи: оцінити вплив ожиріння на сомнографічні показники при синдромі обструктивного апное сну (СОАС).

Матеріали та методи: об'єктивна діагностика СОАС проводилась за допомогою набору SOMNOcheck micro cardio (Weinmann 94500), оцінка важкості СОАС визначалась за показниками: індекс обструктивного апное/гіпопное (оАНІ), середня, мінімальна сатурація (Sa med та Sa min відповідно), індекс десатурації, середня, мінімальна та максимальна частота серцевих скорочень (ЧСС). Для зважування хворих використовувались ваги-аналізатор жиру Omron BF-511, за допомогою яких підраховувався вміст жиру в організмі. Всім хворим проводилось стандартне клінічне обстеження, вимірювання окружності талії, окружність стегна, шиї, розраховувався індекс WHR (waist-hip ratio) – співвідношення окружність талії/окружність стегна. Проводилось визначення індексу маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле. Ожиріння відмічалось при $ІМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$.

Результати: на базі університетської клініки було обстежено 64 пацієнта з СОАС, серед яких було 27 жінок та 37 чоловіків. Хворі були поділені на 2 групи: 1 група – пацієнти з поєднаним перебігом СОАС та ожиріння - 39 осіб (16 жінок, 23 – чоловіків); пацієнти з СОАС - 25 осіб (11 жінок, 14 чоловіків). Групи були порівнянні за віком – пацієнтів 1-ї групи він склав $59,8 \pm 9,5$ років, 2-ї групи – $60,7 \pm 7,9$ років ($p < 0,05$). У хворих 1-ї групи оАНІ склав $25 \pm 1,9$ подій на годину, в 2-й групі - $21 \pm 2,8$ подій на годину, що свідчить про погіршення порушень дихання уві сні при поєднаному перебігу СОАС та ОЖ ($p < 0,05$). Sa med у хворих з ОЖ та СОАС склала $91 \pm 5,8\%$, Sa min - $72 \pm 3,6\%$, показники сатурації крові у пацієнтів з СОАС були відзначені на рівні $94 \pm 2,2\%$ та $82 \pm 3,9\%$ відповідно ($p < 0,05$). Індекс десатурації в 1-й групі хворих склав $18,6 \pm 2,8$ /годину ($p < 0,05$), що на 14% вище, ніж у пацієнтів з ізольованим перебігом апное ($p < 0,05$). Цікаво, що значення середньої та максимальної ЧСС були вищими в 1-й групі хворих, але мінімальна ЧСС була найменшою в групі з поєднаним перебігом СОАС та ОЖ на 8,5% у порівнянні з 2-ою групою ($p < 0,05$).

При кореляційному аналізі отриманих даних була виявлена помірна позитивна взаємодія між мінімальною ЧСС та оАНІ ($r = 0,31$, $p < 0,05$), помірно негативна - між мінімальною ЧСС та окружністю шиї ($r = -0,58$), вмістом жиру ($r = -0,54$) та індексом WHO ($r = -0,60$), всі взаємодії були достовірними ($p < 0,05$). Визначена помітна позитивна кореляція між індексом десатурації та індексом WHO ($r = 0,67$), $p < 0,05$), що свідчить про взаємний вплив СОАС та абдомінального ожиріння. Кореляція між оАНІ та показниками абдомінального ожиріння були помірно позитивними - з окружністю шиї ($r = 0,31$, $p < 0,05$), вмістом жиру ($r = 0,31$, $p < 0,05$), окружністю талії ($r = 0,35$, $p < 0,05$), позитивно слабким – між оАНІ та індексом WHO ($r = 0,21$, $p < 0,05$). Однак, звертає на себе увагу сильна позитивна взаємодія між індексом десатурації та окружністю талії, стегна та шиї ($r = 0,72$, $p < 0,05$), помірна позитивна взаємодія – з ІМТ ($r = 0,67$, $p < 0,05$), вмістом жиру ($r = 0,60$, $p < 0,05$) та індексом WHO ($r = 0,67$, $p < 0,05$), що потребує подальшого вивчення.

Висновки: поєднаний перебіг синдрому обструктивного апное сну та ожиріння сприяє посиленню респіраторних порушень у хворих, погіршує показники сатурації крові, призводить до прискорення середньої та максимальної ЧСС при зниженні мінімальної ЧСС, що свідчить про дисбаланс вегетативної нервової системи. Виявлений синдром взаємного обтяження між ожирінням та ступенем респіраторних порушень уві сні.

Потребує подальшого вивчення: кореляція Пірсона між оАНІ та мінімальною сатурацією -0,79; оАНІ та середньою сатурацією -0,62; оАНІ та середня ЧСС 0,73; оАНІ та ЧСС максимальна 0,31; оАНІ та ЧСС мінімальна -0,30; оАНІ та віком -0,32; оАНІ та ІМТ 0,24; індекс десатурації та ЧСС середня 0,84; ЧСС мінімальна -0,45; ЧСС середня 0,51; індекс десатурації та вік -0,68; ЧСС мінімальна та оАНІ 0,30; окружність шиї та індекс десатурації 0,71; середня ЧСС 0,73; мінімальна ЧСС -0,58; індексом 0,83.