

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОДА
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ "АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ
ІМ. АКАДЕМІКА В.Х.ВАСИЛЕНКА"

Науково-практична конференція
з міжнародною участю

ПРЕВЕНТИВНА МЕДИЦИНА: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВА
(22-23 жовтня 2015 року)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

м. Чернівці, Україна

Депресивні стани характеризуються широким набором від'ємних нервово-психічних проявів: пригнічений настрій, відчуття страху, безпричинні больові або інші неприємні відчуття з боку різних органів, порушення сну, непевність у своїх силах, загальна слабкість, порушення пам'яті, зниження уваги до ближніх, розлади внутрішньосімейних відносин, очікування близької смерті тощо. Проявами когнітивних розладів є ослаблене сприйняття інформації про зовнішній світ, зниження оперативної й довготривалої пам'яті, утруднення в осмисленні різних життєвих ситуацій та в орієнтації; погіршення кмітливості, ослаблення психомоторної координації, контролю за вищою психічною діяльністю та здатності до засвоєння і збереження рухових навичок, зниження вербальної пам'яті, втрата здатності до виконання службових та побутових обов'язків тощо.

У Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі знаходиться на обліку 35575 хворих на ЦД-2, із них вперше виявлено у 2014 р. – 2610 осіб. На інсулінотерапії знаходиться 3720 пацієнтів. Ускладнення діабету верифіковано у 90% хворих, найчастіше трапляються ангіопатії нижніх кінцівок і невропатія (до 43% обстежених), ретинопатія – у 27%, рідше – нефропатія (у 10%) та катаракта, діабетична стопа і гангрена (разом до 10%). У 65% пацієнтів з тривалістю захворювання більше 5 років виявлені депресивні стани та когнітивні розлади.

Своєчасна діагностика, попередження та адекватне лікування психосоматичних порушень у хворих на ЦД-2 в ряді випадків дозволяють досягти їх часткової або повної регресії (П.А.Калинин, С.В.Котов, 2001). Медикаментозні засоби на ранніх стадіях направлені на покращання стану пам'яті й уваги, профілактику розладів в емоційній сфері, підвищення загального життєвого тону, нормалізацію поведінки в побуті, відновлення навичок професійної діяльності. З цією метою широке застосування знаходять нейропротективні препарати, необхідні для нормалізації взаємодії нервових клітин – інгібітори ацетилхолінестерази (галантамін, ривастигмін, донепезил та ін.).

Основними загальними задачами спілкування та догляду за хворими на ЦД-2 з виразними психічно – соматичними розладами є: а) забезпечення їх особистої фізичної безпечності; б) раціональне харчування; в) додержання правил особистої гігієни; г) сприяння гідному образу життя та соціальним контактом хворого. Важливо мати на увазі, що такі пацієнти знаходяться ніби у своєму ізольованому світі і зазвичай невдоволено, іноді навіть агресивно, сприймають «вторгнення» в цей світ інших людей, нерідко й близьких родичів.

У зв'язку з віковими та іншими розладами пам'яті самому хворому або доглядаючим за ним особам рекомендується вести щоденник самопостереження (форма може бути довільною), в якому вказуються по датах: результати визначень рівня глюкози в крові та сечі, ацетону сечі,

доза та час прийому цукрознижувальних та інших препаратів, зокрема доза і час введення інсуліну, можливі прояви гіпоглікемічних реакцій, консультації відповідних фахівців тощо.

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ: РЕАЛЬНА ПСИХОСОМАТИЧНА ПРОБЛЕМА, ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ

Ляшук Р.П., Марчук Ю.Ф.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Клінічними критеріями синдрому хронічної втоми (СХВ), згідно дефініції Центру контролю та профілактики захворювань США, є (L.A.Lasonetal., 2013):

- виразне відчуття втоми (виснаження) протягом останніх 6 міс;
- нездужання або відчуття розбитості, що триває від кількох днів до кількох тижнів навіть після помірних фізичних чи розумових навантажень (G.Niyisetal., 2014);
- неосвіжаючий сон;
- когнітивна дисфункція.

У МКХ – 10 СХВ розглядається лише в низці неврологічних захворювань (G93.3) як синдром втоми після перенесеної вірусної інфекції.

СХВ – гетерогенний синдром, в основі якого лежать різні патофізіологічні аномалії. Найбільш переконливою в теперішній час є інфекційна (вірусна) теорія патогенезу (S.N.Pantryetal., 2013; E.Lumetal., 2014). Багаточисленні дослідження вказують на те, що при СХВ спостерігаються як кількісні так і функціональні імунологічні розлади (N.HKlimasetal., 2012). Існують також дані, що симптоматика недуги може бути наслідком порушення клітинного метаболізму (C.R.Snelletal., 2013).

Явні клінічні ознаки СХВ: патологічна втома навіть при виконанні елементарних навантажень і щоденних обов'язків, порушення сну, болі різної локалізації (м'язи, суглоби, голова, живіт, горло, лімфатичні вузли тощо), грипоподібні симптоми, надмірна сенситивність до харчових продуктів і/або медикаментів, котрі раніше переносились нормально. Можливі також ортостатична гіпотензія, тахікардія, пітливість, відчуття нестачі повітря, порушення терморегуляції, зниження пам'яті та концентрації уваги. Часто захворювання перебігає хвилеподібно (О.Г.Морозова, 2015).

Заслуговує уваги застосування для діагностики біомаркерів (D.V.Fischeretal., 2014). Діагноз СХВ може бути верифікований тільки після виключення альтернативних соматичних і психічних захворювань.

Не дивлячись на те, що специфічне лікування СХВ не розроблено, існує низка підходів, котрі дозволяють полегшити стан пацієнтів. Так, обнадійливі результати отримані на специфічну антивірусну терапію, а