

## Біліарна дисфункція та кардіоваскулярний ризик у профілактичній діяльності сімейного лікаря

Г.І. ЛИСЕНКО, Н.В. КІЧА, С.В. ДАНИЛЮК

/Інститут сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ/

**Вступ.** Серед пріоритетних стратегій, запропонованих ВООЗ, є підготовка та безперервне удосконалення кваліфікації медичного персоналу, скринінг та усунення факторів ризику, розробка нових методів та методологічних підходів до популяційних технологій оцінки ризику. Повною мірою це стосується і моніторингу кардіоваскулярного ризику (КВР) у пацієнтів з біліарною дисфункцією (БД), що має велике значення для удосконалення роботи сімейного лікаря.

**Мета** дослідження полягає у вивченні психосоматичних особливостей реалізації кардіоваскулярного ризику у хворих з біліарною дисфункцією.

**Матеріали та методи дослідження.** Аналіз закономірностей формування психосоматичних особливостей пацієнтів з БД виконано шляхом комплексного клінічного та психологічного обстеження хворих. Для визначення оцінки хворими самопочуття, активності та настрою застосовано тест диференційованої самооцінки функціонального стану (САН). Визначення рівня тривожності оцінювали за шкалою С.Д. Spielberger. Рівень нейротизму, екстраінтроверсії – за допомогою опитувальника Н.І. Eysenck, а особливості реагування на хворобу – опитувальника ЛОБІ. До першої клінічної групи (КГ) віднесені пацієнти ( $n_1=37$ ), у яких згідно з діагностичними стандартами було верифіковано наявність клінічних варіантів БД за умови відсутності КВР. До другої КГ віднесені пацієнти ( $n_2=58$ ), у яких було верифіковано наявність клінічних варіантів БД у поєднанні з КВР, визначеним за адаптованою методикою.

**Отримані результати.** У пацієнтів з БД на фоні формування психосоматичного стану, який характеризується високим рівнем особистісної та реактивної тривожності, зростає емоційна напруженість та невірноваженість нервово-психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та її збудливість. За умов наявності КВР це впливає на зміну характерологічних рис пацієнта та призводить до «фіксації» у внутрішній картині хвороби психосоматичних розладів. За наявності КВР серед пацієнтів з БД має місце більша частота проявів іпохондричності. Вираженість проявів іпохондричності хворих збільшується за наявності КВР. Рівень нейротизму взаємопов'язаний зі станом емоційної напруженості. Характерологічні особливості залежно від наявності КВР достовірно відрізняються ( $p<0,01$ ) та можуть бути використані у системі скринінгової та диференційної діагностики. Ранговий розподіл факторної структури особистості у разі наявності КВР відрізняється та виповнюється такими особистісними факторами (перші 5 рангів): зниженням настрою – у (94,8±2,9)% хворих, зниженням їх активності – у (86,2±4,5)% та рівня ейфоричності – у (94,8±2,9)%, а також обмеженням сили та енергії – у (87,9±6,3)% та зростанням рівня нейротизму – у (44,1±6,0)% хворих. Це свідчить на користь поглиблення психосоматичних порушень у разі наявності КВР.

**Висновки.** Для удосконалення моніторингу КВР у хворих з БД та індивідуалізації профілактичних, діагностичних засобів та лікувальної тактики на рівні сімейного лікаря слід враховувати визначені психосоматичні закономірності.

## Возможности реабилитации женщин с сахарным диабетом в пре- и постменопаузе

Е.В. КОЛОДЕНКО, В.В. БЕСПОЯСНАЯ, Т.А. ЕРМОЛЕНКО

/Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины», Одесса/

**Целью** работы было разработать комплексы санаторно-курортной реабилитации женщин с сахарным диабетом в период пре- и постменопаузы.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением в санатории «Белая акация» (г. Одесса) находилось 55 женщин. Средний возраст женщин – 51,9±5,6 года. Длительность сахарного диабета – 8±2,6 года. Все пациентки были разделены на 3 группы. Первую группу составили 14 женщин, которые получали стандартный комплекс санаторно-курортного лечения: диета №9, бальнеотерапия, электротерапия, ЛФК. Во 2-ю группу вошло 20 пациенток, которые дополнительно получали заместительную гормональную терапию (ЗГТ). 3-я группа (21 женщина) дополнительно к стандартному комплексу получала ЗГТ и процедуры высокочастотной терапии (аппарат HiTop, пр-во Германия).

Всем пациентам до и после лечения проводили комплексное антропометрическое, клиническое, биохимическое обследование, оценку качества жизни. Курс лечения составил 21 день.

**Результаты исследования.** Уровень гликемии натощак 7,9±1,5 ммоль/л, через 2 часа после еды – 8,1±1,9 ммоль/л.  $HbA_{1c}$  >8,7+1,6. Уровень N-телопептид коллагена I типа более чем у 50% пациентов был выше нормы. У 70% было выявлено ожирение. У каждой 3-й женщины были выраженные симптомы климатерического периода (30,7%). К концу лечения пациентки 3-й группы отмечали достоверное улучшение качества жизни, стойкую компенсацию сахарного диабета ( $p<0,05$ ).

**Выводы.** Комплексное санаторно-курортное лечение женщин с сахарным диабетом в период пре- и постменопаузы способствует компенсации сахарного диабета и повышению качества жизни.