

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева, Л. В. Региональные проблемы гигиенической безопасности питьевого водоснабжения населения Белгородской области / Л. В. Воробьева, Г. И. Чернова, Я. А. Вознесенская // Вестн. СПбГМА им. И. И. Мечникова. — 2009. — № 1. — С. 51–55.
2. Онищенко, Г. Г. Состояние питьевого водоснабжения в Российской Федерации: проблемы и пути решения / Г. Г. Онищенко // Гигиена и санитария. — 2007. — № 1. — С. 10–13.
3. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. — М.: Фед. Центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. — 143 с.
4. Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества: СанПиН 2.1.4.1074-01.

УДК 616.379-008.64:616.89-008.454-071

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Навменова Я. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Депрессивные расстройства являются одними из самых частых психических расстройств у больных сахарным диабетом (СД) [1]. По данным литературы распространенность депрессий у больных сахарным диабетом колеблется в широком диапазоне: от 3,8 до 60,7 % [1, 2, 3].

Известно, что основными клиническими проявлениями депрессии являются: сниженное (угнетенное, подавленное, тоскливое) настроение; утрата прежних интересов или способности испытывать удовольствие в привычных ситуациях; утрата энергии с гиперестезией внешних факторов, снижением активности, повышенной утомляемостью, слабостью и вялостью [3]. К другим типичным проявлениям депрессии относятся: снижение способности к сосредоточению, снижение самооценки и уверенности в себе, идеи виновности и самоунижения, мрачное видение своего будущего, суицидальные тенденции, нарушения сна, изменения аппетита и веса тела [3]. Клиническая диагностика депрессивных расстройств может быть затруднена наличием сходных с декомпенсацией СД соматических симптомов. Так слабость и утомляемость, нарушение сна, снижение или повышение аппетита, головные боли, сухость во рту и жажда могут свидетельствовать как о гипергликемии, так и о депрессии. Часто депрессия проявляется появлением или усилением уже имеющегося болевого синдрома. В связи с чем, например, боли в ногах депрессивного генеза могут ошибочно расцениваться как симптомы изолированной диабетической полинейропатии. В таких случаях значительную помощь эндокринологу в диагностике депрессии могут оказать опросники, использующиеся для оценки выраженности депрессии. Наиболее простой и удобной общепринято считать госпитальную шкалу тревоги и депрессии, а также шкалу Бека [4]. Наличие депрессии у больных СД может ухудшать контроль гликемии, как через нейроэндокринные и метаболические, так и через многочисленные поведенческие механизмы. К таким поведенческим механизмам относятся характерные для депрессии нарушения когнитивных процессов, питания (переедание или недостаточное питание, злоупотребление сладкой и жирной пищей), нерегулярный самоконтроль гликемии, отсутствие комплаентности в лечении (своевременности и кратности приема таблетированных сахароснижающих препаратов и инъекций инсулина). Все вышеперечисленное ведет к ухудшению компенсации сахарного диабета и повышению риска осложнений СД: уровень HbA_{1c} у больных СД и депрессией на 0,8–3,3 % выше, чем у больных без депрессии [4].

Целью исследования является определение частоты распространенности депрессивных состояний у больных СД типа 1 и 2.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели было обследовано 56 пациентов с СД 1 и 2 типа, находящихся на стационарном лечении в отделении эндокринологии ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» в 2009 году, в том числе 22 женщины и 6 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст обследованных больных составил $49,23 \pm 11,43$ лет. Длительность СД до момента включения пациентов в исследование составила $10,18 \pm 7,98$ лет (от 1 мес. до 20 лет). Контрольная группа представлена практически здоровыми лицами в количестве 36 человек из числа сотрудников промышленного предприятия. Из них 20 женщин и 16 мужчин. Средний возраст контрольной группы составил $48,06 \pm 8,04$ лет.

Психическое состояние исследуемых пациентов оценивалось с помощью оценочных шкал. Для выявления симптомов депрессии использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии и опросник Бека (шкала самооценки состояния). По шкале Бека субклиническая депрессия оценивалась при значениях от 11 до 20 баллов, выраженная депрессия оценивалась в 21–33 балла. По госпитальной шкале тревоги и депрессии субклиническая депрессия оценивалась в 8–11 баллов, выраженная депрессия оценивалась в 12–21 балл.

На основании выполненных исследований создана компьютерная база данных в электронных таблицах EXCEL-2007. Статистическая обработка материала, построение графиков и таблиц производились с использованием StatSoft Statistica 7,0 for Windows. Статистическую значимость результатов исследования оценивали методами непараметрической статистики. Учитывая непараметрическое распределение в выборке значимость различий оценивалась критериями Стьюдента и Манн-Уитни. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Как указывалось, для оценки психического состояния пациенты самостоятельно заполняли 2 различные оценочные анкеты. По результатам оценки Госпитальной Шкалы Депрессии и Тревоги (HADS), депрессия была верифицирована у 19 человек и составила 33,9 %, средний показатель шкалы HADS составил $11,00 \pm 2,32$ балла против 16,7 % и $4,03 \pm 3,26$ баллов в группе контроля ($p = 0,007$) (рисунок 1).



Рисунок 1 — Распространенность депрессий в основной и контрольной группе по результатам оценки шкалы HADS

По результатам оценки шкалы Бека депрессия выявлялась у 14 пациентов с СД (25 %), средний балл составил $14,21 \pm 3,84$ против 3 человек (10 %) и $4,12 \pm 4,51$ баллов в группе контроля ($p > 0,05$) (рисунок 2).

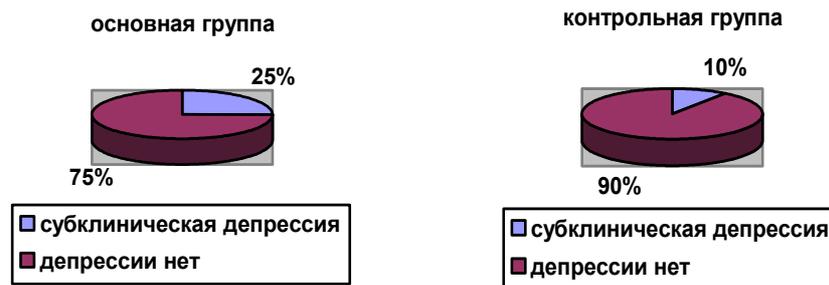


Рисунок 2 — Распространенность депрессии в основной и контрольной группе по результатам оценки шкалы Бека

Данные по распространенности депрессивных состояний у больных сахарным диабетом по результатам оценочных шкал не являются равноценными. Поэтому для окончательной верификации депрессивного состояния лица, с выявленными депрессивными состояниями, по результатам оценочных шкал были направлены на консультацию к психотерапевту.

Таким образом, результаты данной работы подтверждают высокую распространенность депрессивных состояний среди больных сахарным диабетом, с одной стороны, а с другой стороны, они свидетельствуют о достаточно редком своевременном распознавании депрессивной симптоматики. Исходя из этого, практикующим эндокринологом следует проявлять повышенную настороженность в отношении данного диагноза и своевременно направлять пациентов с сахарным диабетом на консультацию к психотерапевту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет и депрессивные расстройства / М. Б. Анциферов [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т. 11. — № 27. — С. 1480–1483.
2. Коркина, М. В. Сахарный диабет и депрессия / М. В. Коркина, Е. В. Елфимова // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2003. — № 12. — С. 66–70.
3. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. — М., 2001. — 256 с.
4. Gavard, J. A. Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation / J. A. Gavard, P. J. Lustman, R. E. Clouse // Diabetes Care. — 1993. — № 16. — P. 1167–78.

УДК 618.19-006.6-(476.2)-089-06:001.891.57-37

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Надыров Э. А., Богданович А. П., Никонович С. Н., Турченко С. Ю.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

Рак молочной железы (РМЖ) продолжает являться одной из ведущих нозологических форм в структуре женской онкологической патологии с общей тенденцией к возрастанию заболеваемости. По данным Белорусского канцер-регистра, заболеваемость РМЖ в целом по Беларуси за последние 15 лет возросла в 1,5 раза. В 1992 году она составляла 43,8 на 100 тыс. женского населения, в 1998 г. — 55,0, а в 2007 г. — 69,0 [4]. На протяжении всего периода заболевания большое влияние оказывает развитие локальных рецидивов. Локальные рецидивы РМЖ в 75 % случаев возникают в первые 5 лет после перенесенной операции и могут быть первым признаком прогрессирования заболевания [5]. На данный момент в литературе описано много попыток прогнозирования различных вариантов течения РМЖ с использованием тех или иных факторов. Показана прогностическая значимость таких факторов, как возраст, размер опухоли, гистологический тип карциномы,