

опухолевых узлов и разрыва глиссоновой капсулы печени - у 43%, кахексия - у 21%, острые сердечно-сосудистая недостаточность (отёк лёгких, отёк головного мозга, гидроперикард, гидроторакс, острое общее венозное полнокровие) - у 43%, перитонит - у 7%, сепсис (септикопиемия) - у 7% пациентов.

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что первичный рак печени у жителей Гродненской области встречается относительно редко. Чаще всего ПРП возникает у городских жителей мужского пола старше 60 лет. Пик заболеваемости у женщин составляет 70-79 лет. Как правило, больные с ПРП ставились на диспансерный учет с диагнозом «злокачественное новообразование печени неуточненное». На момент наступления летального исхода распространенность ПРП в 92,0% наблюдений соответствовала 3 или 4 клинической стадии заболевания. Наибольшая средняя продолжительность жизни с момента выставления диагноза ПРП регистрировалась в случае применения хирургического лечения в комбинации с химиотерапией и составила 277 дней. При использовании только симптоматической терапии средняя продолжительность жизни составила 89 дней. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов было установлено в 30,7% случаев, что свидетельствует о трудностях прижизненной диагностики ПРП, особенно ХЦРП и Г-ХЦРП, и связано как с объективными, так и субъективными факторами. Наиболее часто в качестве ошибочного заключительного клинического диагноза выставлялся цирроз печени в стадии декомпенсации.

Список литературы:

1. Блюм, Х.Е. Новое в диагностике и лечении гепатоцеллюлярной карциномы / Х.Е.Блюм // РЖГХ. - 2007. - № 5. - С. 11-15.
2. Войнова, Л.В. Этиологическая и нозологическая структура заболеваний печени (по данным прозектуры клиник ММА им. И.М.Сеченова за 1988-1997 гг.) / Л.В.Войнова // Архив патологии. – 2000. - № 2. - С. 45–47.
3. Жаворонок, С.В. Эпидемиология первичного рака печени в Республике Беларусь / С.В.Жаворонок [и др.] // Вопросы онкологии.- 1998. - № 3. – С. 280–285.

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИБС

**Пронько Т.П., Пыжевская О.И., Френкель Т.В.,
Петюкович Е.В., Полудень Н.Л.**

**УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «Городская клиническая больница № 1», Гродно**

Последнее время актуальность приобретает проблема сопряженности ишемической болезни сердца (ИБС) и депрессии.

Больные депрессией имеют повышенный риск развития ИБС, коронарной смерти [1]. В свою очередь, депрессия является мощным независимым предиктором смертности у больных с установленной ИБС [4].

Одним из наиболее известных среди субъективных психометрических шкал для скрининга депрессии является опросник депрессии Бека [3]. Преимущества этого опросника заключаются в возможности прицельной оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов, его составляющих. Его валидность (надежность) подтверждена многочисленными испытаниями. Опросник обладает хорошей различительной способностью в отношении различной степени тяжести депрессивных состояний, также чувствителен к изменениям тяжести депрессии во времени и поэтому может использоваться для оценки динамики депрессивного состояния и эффективности терапии. Оценка результатов по шкале депрессии Бека производится балльно: - 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; - 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия); - 16-19 – умеренная депрессия; - 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); - 30-63 – тяжелая депрессия [3].

Цель настоящего исследования – изучить уровень депрессии у больных разными формами ИБС при помощи опросника депрессии Бека.

Нами проведено исследование на базе отделения кардиологии УЗ «ГКБ № 1 г. Гродно» и на базе терапевтического отделения ГУ «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» г. Гродно. Всего было обследовано 107 больных различными формами ИБС. Из них было 47 больных ИБС ССН функциональный класс (ФК) II-III (31 мужчины и 16 женщин, средний возраст 70,1 лет), 43 больных с прогрессирующей стенокардией напряжения (ПСН) (23 мужчины и 20 женщин, средний возраст 65,1 лет) и 38 больных инфарктом миокарда (ИМ) (18 мужчин и 20 женщин, средний возраст 68,3 года). В группу контроля вошел 21 практически здоровый человек без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе (13 мужчин и 8 женщин, средний возраст 60,3 года).

Анкетирование пациентов проводилось перед выпиской из стационара.

Обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA 6.0. с применением параметрического и непараметрического методов анализа.

По шкале депрессии Бека здоровые лица набрали $9,9 \pm 1,17$ баллов, больные со ССН – $12,9 \pm 1,05$ баллов, что соответствует легкой депрессии, больные с ПСН – $13,61 \pm 1,53$ баллов, что соответствует легкой депрессии, а больные ИМ – $12,19 \pm 1,07$, что также соответствует легкой депрессии. Данные между группами достоверно не различались между собой.

При глубоком анализе результатов выявлено, что в группе здоровых депрессия была у 48% лиц, причем у всех встречалась только легкая депрессия. В группе ССН депрессия встречалась в 72% случаев, из них легкая депрессия была в 55,9% случаев, умеренная депрессия в 26,5% случаев, выраженная депрессия в 11,8% случаев, тяжелая депрессия – 5,8%. В группе ПСН депрессия встречалась у 65% больных, из них легкая депрессия была в 34,8% случаев, умеренная и выраженная депрессия в 21% случаев, тяжелая депрессия в 6,9% случаев. В группе ИМ депрессия встречалась у 68% больных, из них легкая депрессия была в 52% случаев, умеренная и выраженная депрессия в 16% случаев, тяжелой депрессии не было выявлено.

При проведении корреляционного анализа выявлена положительная корреляция между баллами по шкале депрессии Бека и возрастом ($r=0,55$, $p<0,01$), а также полом ($r=0,46$, $p<0,05$). У женщин депрессия встречалась чаще по сравнению с мужчинами ($p<0,05$), чем старше были пациенты, тем чаще встречалась депрессия. Этим можно объяснить достаточно высокую частоту встречаемости депрессии в группе больных ССН. В данной группе больше было женщин, и больные были старше, по сравнению с другими группами.

Сегодня становится очевидным, что депрессию и сердечно-сосудистые заболевания не следует рассматривать как независящие друг от друга, параллельно существующие патологические состояния, между ними имеется взаимосвязь и взаимовлияние [1, 4]. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента. Исследования свидетельствуют о том, что у больных с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой значительно снижена приверженность к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций: больные нерегулярно принимают рекомендованное лечение, реже придерживаются здорового образа жизни, хуже выполняют врачебные рекомендации по соблюдению диеты, отказу от курения, увеличению физической активности, необходимости ограничения алкоголя; они редко участвуют в мероприятиях по реабилитации и вторичной профилактике [1]. Так как негативное влияние на прогноз оказывает не только так называемая большая депрессия, но и депрессия легкой степени тяжести, необходимо своевременно распознавать и лечить депрессию у данной категории больных. К сожалению, в огромном большинстве случаев депрессия у больных ИБС своевременно не диагностируется и не лечится. Причина такой ситуации заключается в том, что, как правило, у больных ИБС наблюдаются скрытые, маскированные депрессии [1, 2].

Следует отметить, что без тесного контакта с психотерапевтом или психиатром возможно выявление только наиболее ясных случаев депрессивных расстройств. Однако выявление пациентов из группы

повышенного риска и настороженность в отношении возможного наличия депрессивных расстройств может с успехом выполняться кардиологом или терапевтом. На данном этапе возможно использование специальных опросников или шкал, одним из которых является шкала депрессии Бека [3]. При выявлении выраженной и тяжелой депрессии больных необходимо направлять на консультацию к психотерапевту для подбора индивидуальной терапии с целью коррекции выявленных нарушений.

Выводы:

1. Согласно шкале депрессии Бека у больных ИБС выявляется легкая депрессия.
2. Необходимо включать опросник Бека в план обследования пациентов с ИБС с целью раннего выявления психологических нарушений тревожно-депрессивного спектра.
3. При выявлении выраженной и тяжелой депрессии больных необходимо направлять на консультацию к психотерапевту для подбора индивидуальной терапии с целью коррекции выявленных нарушений.

Список литературы:

1. Васюк, Ю.А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.А. Васюк, Т.В. Довженко, Е.Л. Школьник // Псих. расстройства в общей медицине. – 2007. - № 1. – Том 02. – С. 45-48
2. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2011. – №2. – С. 59-66.
3. Методы диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных острым инфарктом миокарда / В.А. Люсов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2010. - № 1. – С. 77-81.
4. Birkhofer, A. Relationships between mental and cardiac diseases / A. Birkhofer, G. Schmidt, H. Forstl // MMW Fortschr Med. – 2005. – V. 147(42). – P. 40-43.

СТРУКТУРА ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОВ МИНСКОГО ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Пучинская М.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Опухоли надпочечников (ОН) являются достаточно частой патологией и встречаются примерно у 9% людей по данным аутопсий [1]. В большинстве случаев они являются доброкачественными и гормонально неактивными, в результате чего протекают бессимптомно и выявляются случайно при проведении исследований по поводу других заболеваний. Первичные злокачественные ОН (наиболее часто –