

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой: <https://stuservis.ru/glava-diploma/9666>

Тип работы: Глава диплома

Предмет: Медицина

Оглавление

2.1. Распространенность депрессивного синдрома в Воронежской области 3

2.2. Результаты оценки эффективности антидепрессантов 5

Выводы 15

Приложение 16

2.1. Распространенность депрессивного синдрома в Воронежской области

По данным психиатрической службы Воронежской области мы познакомились с данными по распространенности депрессивного синдрома (2003-2016). По этим данным ясно, что произошло изменение численности контингента больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения по области, районам и г. Воронежу, которые заключались в следующем: по районам области показатель распространенности увеличился более, чем на 9 %, в то время как на областном уровне – снизился более чем на 14 %, а по г. Воронежу уменьшение было значительным - на 36 %, что говорит о повышении эффективности работы психиатрической службы Воронежской области.

В целом охват диспансерным наблюдением больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения ежегодно снижается на всех уровнях, что отчетливее проявляется в районах области (на 15%).

При рассмотрении районов Воронежской области по уровню первичной заболеваемости населения психическими расстройствами и расстройствами поведения, выявлено, что за последнее десятилетие высокий уровень заболеваемости наблюдается в Кантемировском, Борисоглебском, Россошанском, Семилукском и Воробьевском районах, низкий уровень заболеваемости в Поворинском, Репьевском, Эртильском и Каменском районах.

По уровню первичной заболеваемости за последние 10 лет значительное увеличение показателя наблюдалось в Павловском, Лискинском, Кантемировском, Петропавловском и Эртильском районах; снижение показателя отмечено только в Поворинском и Таловском районах. Кантемировский район относится к группе «неблагоприятных» районов и по среднегодовому значению первичной заболеваемости, так и по динамике данного показателя. Классификация районов Воронежской области по уровню первичной заболеваемости психическими расстройствами показано на рисунке 1.

Рис.1. Классификация районов Воронежской области по уровню первичной заболеваемости психическими расстройствами (А.С.Самсонов, 2014)

То есть депрессивные нарушения в Воронежской области весьма распространены и тенденции к снижению не отмечается.

В Борисоглебском районе отмечается высокий уровень заболеваемости психическими заболеваниями и расстройствами поведения.

2.2. Результаты оценки эффективности антидепрессантов

Нами обследовано 20 пациентов, которые получали лечение по поводу депрессии. Среди них было 10 (50%) мужчин и 10 (50%) женщин в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 37,4±12,4 года).

Критерием включения пациента в исследование являлись признаки депрессивного расстройства, с преобладанием в его структуре тревожного аффекта, возраст от 20 до 55 лет.

Критерием исключения были депрессии с соматическими расстройствами (галлюцинаторно-бредовой), хронический алкоголизм, наркомания, психические расстройства, связанные с органическим поражением ЦНС.

По классификации МКБ-10 пациенты относились к группам:

F.32.1 – умеренный депрессивный эпизод (10 пациентов -5 мужчин, 5 женщин);

F.33.1 -рекуррентное депрессивное расстройство с эпизодом умеренной тяжести) - 7 человек (5 мужчин, 2 женщины);

F.34.1 -дистимия - 3 женщины.

Длительность психических нарушений на момент обследования пот 2 недель до 15 лет.

Длительность депрессии - от 2 нед. до 10 л., средняя длительность текущей депрессии (эпизод) до 5,5 мес.

Демографическая характеристика больных была следующей: работают 14 (70%) человек из 20, не работают 5 (25%), учится 1 (5%). Инвалиды – 2 человека (10%). Лечились ранее психотропными препаратами: антидепрессантами 11 человек (55%), нейролептиками 9 человек (45%). Средний балл по шкале Гамильтона для оценки депрессии 25 и выше (приложение).

Отбор пациентов в группы проводили с помощью открытого рандомизированного метода. Согласно целям и задачам работы проводили психофармакотерапию длительностью 4 нед.п препаратами коаксил (тианептин) и золофт (сертралин).

Проводилась монотерапия: доза коаксила достигала 37,5 мг в сутки, доза золофта - 50 мг в сутки.

До нашего обследования больные 2 недели не получали антидепрессанты. .

Методы исследования -клинико-психопатологический, психометрический, статистический.

Проведен анализ результатов тестирования с помощью психометрической шкалы оценки депрессии Гамильтона (17 пунктов) (HAM-D). Обследование пациентов осуществляли при поступлении и на 4 неделе лечения.

Ряд пациентов со снижением т на 50%п и более суммарного балла по шкале оценки депрессии Гамильтона, считались респондерами, со снижением менее чем на 50% нонреспондерами.

Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 20,0. Для статистической обработки использовались непараметрические методы. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

В результате психопатологического анализа особенностей структуры депрессии у наших пациентов определено, что в основном преобладает выраженный тревожный аффект.

При оценке данных до начала лечения по шкале Гамильтона было выявлено, что депрессивное настроение наблюдалось в виде невербальных выражений (8 человек) и в спонтанных высказываниях (12 человек).

Чувство вины проявлялось: бредовыми идеями виновности (8 человек) и вербальными галлюцинациями (12 человек).

Суицидальные намерения – чувством, что не стоит жить (4), желанием смерти (14), суицидальными высказываниями (2).

Нарушения сна: в виде ранних - эпизодических затруднений при засыпании (8), невозможности заснуть каждую ночь (12); средних нарушений

-

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой: <https://stuservis.ru/glava-diploma/9666>