

## SEGREGATIVE AND GENETIC-CORRELATIVE GENEALOGICAL ANALYSIS OF PATIENTS WITH CANCER OF THE UTERINE BODY

*O.P.Peresunko, S.A.Cyntar, A.V.Kuritsyn*

**Abstract.** A complex clinico-genealogical and genetical-mathematical study of 482 patients with cancer of the uterine body, inhabitants of the Chernivtsi region was carried out. The multifactorial origin of cancer of the uterine body was proved to be predominant in the population under study. The part of the genetic component in general predisposition to disease made up  $11,40 \pm 9,40\%$ . A risk of the origin of malignant tumors in progeny was calculated. The results of the study is the basis for elaborating and implementing prophylactic measures of cancer of the uterine body and its segregated oncopathology in relatives of the probands.

**Key words:** cancer of the uterine body, heredity, risk of development.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Надійшла до редакції 16.10.2000 року*

УДК 616.127-005.0:616.8

*О.Ю.Поліщук, О.С.Юрценюк, І.А.Ташук, О.М.Пендеретька*

### ТРИВОЖНІСТЬ ТА АЛЕКСИТИМІЯ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Кафедра госпітальної терапії, ЛФК та спортивної медицини (зав. – проф. В.К.Ташук)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** З метою визначення психосоматичних співвідношень у хворих на інфаркт міокарда обстежено 78 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом Q-інфаркт міокарда. Використовувались методики оцінки рівня тривожності (Ч.Спілбергера), алекситимії (Торонтська алекситимічна шкала). Встановлено, що в осіб із високим рівнем особистісної тривожності провідним чинником ризику виникнення інфаркту міокарда виступає емоційне перенапруження. Жінки характеризуються вищим рівнем особистісної тривожності на відміну від чоловіків, у яких при меншому рівні особистісної тривожності значно переважає тривожність ситуативна.

**Ключові слова:** інфаркт міокарда, тривожність, алекситимія.

**Вступ.** Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інфаркт міокарда (ІМ) належать до психосоматичної патології, соматичне захворювання розвивається за постійної та безпосередньої участі психічного фактора [1]. Одним із найбільш яскравих проявів означеної проблеми є страх, тривога або тривожність (якщо мова йде про характеристику особистості) [7]. Тривога – центральний елемент в механізмі формування психічного стресу. Роль тривоги, як сигналу неблагополуччя та небезпеки, криється в тому, що вона активізує процеси психічної адаптації. Якщо емоційний стрес призводить до стійких порушень психічної адаптації, вони проявляються клінічно вираженими соматичними розладами [8]. Одним із психологічних факторів, що сприяють розвитку ІХС, є алекситимія. Недостатнє усвідомлення емоцій веде до фокусування емоційного збудження на соматичній компоненті та розвитку психосоматичних розладів [2]. Проте на сьогоднішній день існують лише поодинокі праці, присвячені вивченню особливостей взаємозалежності психічного статусу та ризику розвитку ІМ [1,4]. При проведенні первинної та вторинної профілактики ІХС врахувати психічний фактор надзвичайно важливо [6].

**Мета дослідження.** Визначити рівень особистісної та ситуативної тривожності, алекситимії у хворих на ІМ.

**Матеріал і методи.** Робота базується на обстеженні 78 хворих (39 чоловіків та 39 жінок), що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом “гострий інфаркт міокарда”.

Ретельно проводився збір анамнезу. При цьому, крім наявності в минулому кардіологічних захворювань, враховувалися такі скарги, як головний біль, серцебиття, запаморочення, похитування при ходьбі, стомлюваність, пітливість, зниження апетиту, запори, порушення сну та пам'яті. Поряд з основними факторами ризику розвитку ІМ (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, підвищення рівня холестерину та триацилгліцеролів, куріння, надмірна вага) фіксувалися дані про наявність короткочасних та тривалих психотравмуючих ситуацій, характер роботи (робота без відпочинку, поєднання роботи та навчання, робота вночі), стосунки в сім'ї, матеріальні та побутові умови. Рівень особистісної (ОТ) та ситуативної тривожності (СТ) встановлювався за методикою Чарльза Спілбергера [3]. Низьким рівнем тривожності вважався результат у межах до 30 балів, середнім – від 30 до 45 балів, високим – більше 45 балів. Надалі пацієнти з високим рівнем ОТ склали I групу, із середнім рівнем ОТ – II групу. Алекситимію визначали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали, адаптованої в Інституті ім. В.М.Бехтерева [3]. Про "алекситимічний" тип особистості свідчить результат – 74 бали та вище, "неалекситимічний" тип особистості характеризується 62 балами та нижче. Проміжний результат може розглядатися як тенденція.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що серед хворих на ІМ більшість становлять особи з високим рівнем ОТ – 61,5% (I група), пацієнти із середнім рівнем ОТ траплялися у 38,4% випадків (II група), низький рівень тривожності серед обстежених хворих не поданий взагалі.

У статевому розподілі в чоловіків частини пацієнтів I та II груп були практично однаковими: 47,3% пацієнтів із високим рівнем ОТ та 52,6% із середнім рівнем ОТ, на відміну від жінок, серед яких переважали особи з високим рівнем ОТ (71,4% проти 28,5% із середнім рівнем ОТ). Примітно, що в підгрупах із високим та середнім рівнем ОТ абсолютні значення також були вищими в жінок, у порівнянні з чоловіками – 56,73±2,11 бала проти 49,33±1,84 бала ( $p<0,05$ ) для осіб з високим рівнем ОТ та 38,66±1,48 проти 35,11±1,36, ( $p<0,05$ ) для осіб із середнім рівнем ОТ.

Серед осіб I групи частини чоловіків та жінок з високим рівнем СТ були 55,5% чоловіків проти 33,3% жінок. Серед II групи високий рівень СТ реєструвався також частіше в чоловіків, ніж у жінок (25,0 проти 16,6% відповідно). Отже, рівень ситуативної тривожності більш виражений у чоловіків, на відміну від жінок, у яких високою була особистісна тривожність.

Безпосередніми причинами розвитку ІМ в I групі були фізичне навантаження (3,84% випадків), емоційне перенапруження (84,6%); 11,5% хворих не можуть пов'язати виникнення інфаркту з конкретним чинником. В осіб II групи фізичне навантаження призвело до розвитку інфаркту міокарда в 57,14% випадків, в 21,42% випадків причиною інфаркту було емоційне перенапруження, видимої причини інфаркту не можуть вказати 21,42% пацієнтів. Основні фактори ризику серцево-судинних захворювань в обстежених хворих наведені у таблиці.

Таблиця

Фактори ризику	I група (високий рівень тривожності)	II група (середній рівень тривожності)	p
Куріння	21,74±8,60	53,33±12,88	$p<0,05$
Надмірна вага	8,69±5,87	13,33±8,77	$p>0,5$
Цукровий діабет	8,69±5,87	13,33±8,77	$p>0,5$
Порушення харчування	47,83±10,41	46,66±12,88	$p>0,5$
Психічна травма	88,46±6,25	57,14±13,22	$p<0,05$
Психотравмуюча ситуація	65,38±9,33	14,28±9,35	$p<0,001$
Психічне перенапруження	61,54±9,54	14,28±9,35	$p<0,01$
Стосунки у сім'ї	53,85±9,77	92,85±6,88	$p<0,01$
Умови роботи	42,31±9,60	57,14±13,22	$p>0,5$

Оскільки об'єктивні фактори ризику наявні в більшості пацієнтів як із середнім рівнем ОТ, так і з високим її рівнем, можна дійти висновку про правомірність оцінки особистісної тривожності як підсилюючої компоненти для інших факторів ризику. У нашому випадку – психічної травми, психотравмуючої ситуації та психічного перенапруження, які значно важче переносяться і швидше призводять до психічної і соматичної дезадаптації на тлі підвищеної особистісної тривожності. Очевидно, що наявність високого рівня ОТ певним чином компенсує відсутність деяких інших факторів ризику (наприклад, куріння) [5].

При аналізі проблеми алекситимії в осіб із високим рівнем ОТ у статевому розподілі виявлено, що жінки легше знаходять слова для вираження своїх почуттів, ніж чоловіки, відповідно алекситимія виявлена у 26,6% жінок та у 65,6% чо-

ловіків. Серед осіб II групи спостерігаються подібні результати: алекситимія у жінок трапляється в 16,6%, у чоловіків – в 50,0%. Серед пацієнтів I групи виявлено алекситимічних 61,5% ( $77,43 \pm 7,16$ ), неалекситимічних – 38,4% ( $57,8 \pm 7,15$ ). Цікаво, що високий рівень ситуативної тривожності був притаманний 32,5% ( $54,85 \pm 4,88$ ) всіх пацієнтів, з них 78,5% ( $78,0 \pm 7,51$  бала) алекситимічних та 21,4% ( $61,0 \pm 1,14$  бала) неалекситимічних хворих. Як відомо, алекситимічні пацієнти в результаті високої особистісної та ситуативної тривожності більшою мірою зазнають дії різних стресорів, ніж неалекситимічні [1], що вимагає включення в систему профілактичних заходів при ІХС різних методів попередження стресу [2].

#### **Висновки.**

1. Рівень особистісної тривожності є впливовим чинником розвитку інфаркту міокарда і може розцінюватись як підсилювальна компонента традиційних факторів ризику. Провідним чинником ризику виникнення інфаркту в осіб із високим рівнем особистісної тривожності виступає емоційне перенапруження (в 61,5% випадків).

2. Високий рівень особистісної тривожності є більш характерним для жінок (71,4%) на відміну від чоловіків, у яких при меншому рівні особистісної тривожності (47,3%) переважає тривожність ситуативна (55,5%). Алекситимія серед осіб із високим рівнем особистісної та ситуативної тривожності більш характерна для чоловіків (65,6%), ніж для жінок (26,6%).

**Література.** 1. *Войков В.С., Шпак Л.В.* Особенности психовегетативной регуляции у больных инфарктом миокарда с недостаточностью кровообращения // Кардиология. – 1990. – Т. 30, № 4. – С. 76-80. 2. *Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В.* Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии // Рос. мед. ж. – 1998. – №6. – С. 45-48. 3. *Семиченко В.А.* Психические состояния. К., 1998. – 208 с. 4. *Шпак Л.В.* Нервно-психическое состояние и его роль в формировании адаптационно-компенсаторных реакций у больных инфарктом миокарда // Кардиология. – 1990. – Т. 30, № 7. – С. 63-69. 5. *Coelho R., Ramos E., Prata J. et al.* Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men // J. Cardiovasc. Risk. – 1999. – Vol. 6, N 3. – P. 157-162. 6. *Failde L., Ramos J.* Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease // J. Clin. Epidemiol. – 2000. – Vol. 53, N 4. – P. 359-365. 7. *O'Brien J.L., Moser D.K., Riegel B. et al.* Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units // Am. J. Crit. Care. – 2001. – Vol. 10, N 2. – P. 97-103. 8. *Westin L., Carlsson R., Erhardt I. et al.* Differences in quality of life in men and woman with the ischemic heart disease. A prospective controlled study // Scand. Cardiovasc. J. – 1999. – Vol. 33(3). – P. 160-165.

## **ANXIETY AND ALEXITHYMY OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION**

*O.Y. Polishchuk., O.S. Yurtseniuk, I.A. Tashchuk, O.M. Penderetska*

**Abstract.** In order to determine psychosomatic ratios in patients with myocardial infarction the authors examined 78 patients, undergoing a course of inpatient treatment with the diagnosis of Q-wave myocardial infarction. Spilberger's self-control method along with the alexithymy method (Toronto alexithymy scale), were used for this purpose. It was established, that the main risk factor that leads to the onset of myocardial infarction in people with a high level of personality anxiety is emotional overstrain. In the female group of patients the level of personality anxiety is bound to be higher than it is in the male group of patients, in which a low level of personality anxiety is exceeded by situational anxiety.

**Key words:** myocardial infarction, anxiety, alexithymy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 24.12.2001 року