

ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

Науковий журнал

5 (05) ЖОВТЕНЬ 2013

Одеса
2013

Лихота К. М. КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ АПАРАТІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ	84
Маліков О. В., Черкасов В. Г., Ковальчук О. І., Дзевульська І. В. РОЗВИТОК ЧЕРЕПА ЛЮДИНИ В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ	88
Міський А. Л. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	91
Озерова Т. Л., Максим Г. Г., Жданов В. Е. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ НАГРУЗКИ НА ОПОРНЫЕ ЗУБЫ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	93
Приймак С. Г., Андриць О. А., Гресько М. Д. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	95
Рассохина О. А. ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА	98
Редька О. Г., Рожков І. М. ОСОБЛИВОСТІ УЛЬТРАСТРУКТУРНИХ ЗМІН ТИРЕОТРОФІВ АДЕНОГІПОФІЗА В УМОВАХ ТРИВАЛОЇ ДІЇ ПЕСТИЦИДУ 2,4Д	103
Роцуцкин А. А. ПЕРСПЕКТИВЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕРОПРОТЕКЦИИ	106
Руєнак І. Т., Ташук В. К., Шкварковская Н. В., Кулиш Н. Н., Ібрагімова Л. С., Пучковський С. АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОЇ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	108
Руєнак І. Т., Ташук В. К., Шкварковская Н. В., Самойленко С. В., Пасько Т. В. СКРЫТОЕ ОБЕЗВОЖИВАНИЕ ОРГАНИЗМА: ПАРАДИГМА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	111
Свердан Я. П. ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ З КАРДІОЛОГІЧНИМИ СИМПТОМАМИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	114
Семеняк А. В., Білик І. С., Бахматюк Л. С., Глуха М. О. ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЦИНОЗУ ПІХВИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК	118
Тимофійчук І. Р. ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПШЕМІЧНОГО ТА ПШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	121
Черкасов В. Г., Дзевульська І. В., Титаренко В. М., Маліков О. В. УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ МОЗКОВОЇ РЕЧОВИНИ НАДНИРКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРІВ ПІСЛЯ ЛОКАЛЬНОГО ТЕРМІЧНОГО ОПІКУ	124
Хмельницкая А. Н. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИСТЕМНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПЕРСОМАТОТРОПИЗМА	128
Худорошков Ю. Г., Земляккіна М. С., Карагозян Я. С. ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ СМЕНЫ ТЕРМОФОРМИРУЕМЫХ КАПЛ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ОРТОДОНТА И ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	134
Чайковський Ю. Б., Герашенко С. Б., Дельцова О. І. СТВОБУРОВІ КЛІТИНИ ХРЯЩОВОЇ ТКАНИНИ	136
Юрєнюк О. С., Деркач В. Г., Руєна С. М. ВЗАСМОВ'ЯЗОК РІВНЯ АЛЕКСИТИМІЇ ТА ТРИВОЖНОСТІ З ТИПОМ ПРОФЕСІЇ У ОСІБ З ГОСТРОЮ КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	140

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ АЛЕКСИТИМІЇ ТА ТРИВОЖНОСТІ З ТИПОМ ПРОФЕСІЇ У ОСІБ З ГОСТРОЮ КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Анотація: Стаття присвячена вивченню взаємозв'язку типу професії та рівня алекситимії, тривожності у хворих на інфаркт міокарда. Встановлено, що вербалізація переживань та почуттів дає можливість знизити рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності.

Аннотация: Статья посвящена изучению взаимосвязи типа профессии и уровня алекситимии, тревожности у больных инфарктом миокарда. Установлено, что вербализация переживаний и чувств дает возможность снизить уровень как ситуативной, так и личностной тревожности.

Summary: The work is dedicated to researching the study of intercommunication as a profession and level of alexitimii, to the anxiety for patients with the heart attack of myocardium. It is set that verbalization of experiencing and senses enables to reduce the level of both situation and personality, anxiety.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є одним із найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи і, незважаючи на досягнуті успіхи в її діагностиці та лікуванні, дотепер залишається основною причиною інвалідизації та смертності населення розвинутих країн [2, 4]. За етіологією та патогенезом ІХС належить до багатофакторних захворювань. Однак «традиційні» фактори ризику (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, паління, надлишкова маса тіла, гіподинамія) не можуть пояснити всіх випадків виникнення ІХС у популяції. Тому в теперішній час ряд вітчизняних і зарубіжних дослідників прийшли до необхідності виділення особистісних, психологічних, поведінкових та соціальних факторів ризику розвитку ІХС [9, 11].

У зв'язку з цим стає очевидною не тільки необхідність подальшого вивчення відомих, але і пошук нових психологічних факторів, роль яких у патогенезі ІХС ще належить визначити. З цієї точки зору значну цікавість викликає така психологічна характеристика особистості хворого, як алекситимія [12]. Відомо, що алекситимія присутня в структурі особистості пацієнтів при таких психосоматичних захворюваннях, як гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунку, бронхіальна астма [2, 4, 10]. Роль алекситимії в розвитку ІХС донині залишається невизначеною і потребує подальшого вивчення.

Термін «алекситимія» означає «немає слів для назви почуттів». Вперше концепція алекситимічної особистості була сформульована в 1973 році J.Nemiah та P.Sifnios. Ними висунута гіпотеза, згідно якої обмеженість усвідомлення емоцій призводить до фокусування емоційного збудження на соматичній компоненті [8, 10, 13]. У відповідності до сучасних уявлень, алекситимія є психологічною характеристикою індивіда, що визначається наступними когнітивно-афективними особливостями:

1) важкість у визначенні афекту, ідентифікації власних почуттів та у розмежуванні почуттів і тілесних відчуттів;

2) знижена здатність до символізації, про що свідчить відсутність схильності до мрій та фантазій;

3) фокусування значною мірою на зовнішніх подіях, а не на внутрішніх переживаннях [7, 11].

Вивчення психологічних особливостей хворих на гострі форми ІХС (нестабільна стенокардія, гострий інфаркт міокарда), що мають в структурі особистості алекситимію і визначення рівня тривожності (особистісної та ситуативної).

Робота базується на обстеженні 80 хворих (40 чоловіків та 40 жінок), що знаходились 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, враховувались такі скарги, як головний біль, серцебиття, запаморочення, похитування при ході, втомлюваність, пітливість, зниження апетиту, закрепи, порушення сну та пам'яті. Поряд з основними факторами ризику розвитку інфаркту міокарда (паління, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, надмірне вживання алкоголю, надмірна вага) фіксувались дані про наявність короткочасних та тривалих психотравмуючих ситуацій, умови праці та тип професії (робота без відпочинку, поєднання роботи та навчання, робота вночі), стосунки в сім'ї, матеріальні та побутові умови.

Алекситимію визначали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали, адаптованої в Інституті ім. В.М. Бехтерева. Результат 74 бали та вище свідчить про «алекситимічний» тип особистості. «Неалекситимічний» тип особистості характеризується результатами 62 бали й нижче, проміжний результат може розглядатися як тенденція

[6]. Рівень особистісної та ситуативної тривожності встановлювався за методикою Ч. Спилбергера в адаптації Ю.Л. Ханіна (Ханін Ю.Л., 1976; Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene K.E., 1970) [6]. Низьким рівнем тривожності вважався результат в межах до 30 балів, середнім – від 30 до 45 балів, високим – більше 45 балів. Надали пацієнти з високим рівнем особистісної тривожності (ВРОТ) склали I групу, з середнім рівнем особистісної тривожності (СРОТ) – II групу.

Встановлено, що серед хворих на інфаркт міокарда більшість складають особи з ВРОТ – 61,53%, пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності зустрічались у 38,47% випадків, низький рівень тривожності серед обстежених хворих не представлений взагалі. В статевому розподілі у чоловіків частки пацієнтів з високим та середнім рівнем тривожності були практично однаковими (47,37% пацієнтів з високим рівнем та 52,63% з середнім), на відміну від жінок, в групі яких переважали особи з високим рівнем тривожності (71,43% проти 28,57%). Прикметно, що в підгрупах з високим та середнім рівнем тривожності абсолютні значення також були вищими у жінок, ніж у чоловіків -56,73+4,38 проти 49,33+3,74 балів ($p < 0,05$) для високого рівня тривожності, та 38,66+4,15 проти 38,0+3,54 ($p < 0,05$) для середнього рівня.

Ситуативна тривожність у жінок I групи складала 38,6±14,9 балів в той час, як у чоловіків цієї ж групи –45,18±10,77 балів, а у пацієнтів II групи суттєвих відмінностей рівня ситуативної тривожності (РСТ) не виявлено-40,83±6,41 балів у жінок, та – 39,5±7,34 бали у чоловіків.

Серед чоловіків I групи переважали особи з високим РСТ –55,5% на відміну від II групи де високі РСТ мали 25% чоловіків; у жінок результати були відповідно –33,3% проти 16,6%.

В статевому розподілі серед осіб I групи частки чоловіків та жінок з високим РСТ були відповідно –55,5% проти 33,3%. Серед II групи частки чоловіків з високим РСТ були теж значно вищими ніж у жінок відповідно –25% проти 16,6%. Отже, рівень ситуативної тривожності більше виражений у чоловіків (55,5% проти 33,3%) на відміну від жінок у яких високою була особистісна тривожність (71,42% проти 47,37%). Очевидно, це може бути пояснено вищим рівнем розвитку адаптивних здатностей у жінок, який виявляється, зокрема, в тому, що навіть при вищому рівні особистісної тривожності їм вдається ефективніше і за коротший термін пристосовуватись до психотравмуючої ситуації.

Встановлена залежність між типом професії хворих та рівнем тривожності. Найбільше хворих з високим рівнем тривожності виявилися представниками професій соціономічного типу (людина – людина) – 47,83+10,41 %. в групі осіб з середнім рівнем особистісної тривожності – 13,33+8,77 % ($p < 0,02$). Професії, в яких провідним видом діяльності є спілкування, становлять «зону ризику» для психологічного комфорту особистості через значні психо-емоційні навантаження, насиченість стресами й конфліктами [1. 11]. З цієї ж причини для

носіїв таких професій існує ризик розвитку різноманітних соматичних захворювань психогенного походження, або ж ускладненого перебігу вже наявного захворювання. В межах інших класів професій (людина-машина, людина-знакова система, людина-природа) розподіл за рівнем тривожності виявився рівномірним. В II групі дещо переважали професії типу людина – машина: 53,33+12,90 проти 39,13+9,58 ($p > 0,5$). Однаково часто зустрічались професії людина-природа, людина-знакова система: 21,73+8,59 проти 26,66+11,42 та 8,69+5,87 проти 6,66+6,42 для I та II групи, відповідно.

При аналізі проблеми алекситимії у осіб з високим рівнем особистісної тривожності в 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% чоловіків. Серед осіб II групи спостерігаються подібні результати: алекситимія у жінок 16,6%, у чоловіків 50%.

Серед пацієнтів I групи виявлено алекситимічних 61,5% (77,43±7,16); неалекситимічних – 38,46% (57,8±7,15). Прикметно, що високий рівень ситуативної тривожності був притаманний 32,5% (54,85±4,88) всіх пацієнтів, з них 78,57% (78,0±7,51) алекситимічних та 21,42% (61,0±1,14) неалекситимічних хворих. Вербалізація переживань та почуттів дає можливість знизити рівень як ситуативної тривожності (за рахунок «проговорювання» психотравмуючої ситуації), так і особистісної тривожності (за рахунок самопсихокорекції, тобто зняття надлишкового психічного напруження за допомогою слів) [3]. Крім того, легкість встановлення вербальних контактів суб'єктивно позбавляє особистість почуття самотності і сприяє покращенню настрою та самопочуття. Певний інтерес в даному напрямку становить праця В.М. Провоторова «Традиційні фактори ризику ІХС в контексті проблеми алекситимії». Вчений дійшов висновку, що алекситимічні пацієнти в результаті високої особистісної та ситуативної тривожності в більшій мірі, ніж неалекситимічні, підлягають дії різних стресорів, що вимагає включення в систему профілактичних заходів при ІХС різних методів купування стресу[5].

Висновки:

1. Обмежена здатність чоловіків сприймати й інтерпретувати почуття та труднощі у вербалізації внутрішніх переживань відрізняють їх від жінок, які здатні вільно говорити про своє чуттєве життя.
2. Визначення рівня тривожності та алекситимії дозволяє правильно оцінити стан хворого та повинно враховуватись при здійсненні лікувально-го процесу.
3. Професії, в яких провідним видом діяльності є спілкування, становлять «зону ризику» для психологічного комфорту особистості через значні психо-емоційні навантаження, насиченість стресами й конфліктами.
4. Результати дослідження свідчать про нагальність проблеми та необхідність проведення подальшої роботи в даному напрямку.

Література:

1. Вітенко І.С. Загальна та медична психологія. –К., 1994. – 294с.
2. Вітенко І.С. Психологічні основи професійної підготовки сімейного лікаря. – К., Основа, 2000.
3. Ахметов Т.І., Вітенко І.С. Гіпноугестивна психотерапія, - Х., 2000.
4. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства.// Рос. психиатр. журнал – 2001. - № 3. - С. 61 - 69.
5. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии //Российский медицинский журнал. – 1998. -№6. – С.45-48.
6. Семиченко В.А. Психические состояния.- К., 1998.-208 с.
7. Шлак Л.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца //Клиническая медицина. – 1997. - №11. - С. 32-34.
8. Coelho R, Ramos E, Prata J, Maciel MJ, Barros H. Acute myocardial infarction: psychocial and carsiovascular risk factors in men // J Carsiovasc Risk. – 1999. –Vol. 9, №3. – P.157-162.
- 6.Failde I; Ramos I Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease // J Clin Epidemiol. – 2000. - Vol.53, №4. -P. 359-365.
10. Fukunishi I, Numata Y, Hattori M. Alexithymia and defense mechanisms in myocardial infarction//: Psychol Rep. – 2000.–Vol. 75, №1. – P.219-223.
11. Kojima M, Frasure-Smith N, Lesperance F.Alexithymia following myocardial infarction. Psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale. //: J Psychosom Res. – 2001. – Vol.51, №3. – P.487-495.
12. Haines A, Cooper J, Meade TW. Psychological characteristics and fatal ischaemic heart disease// Heart.- 2001.- Vol. 85, №4. - P.385-389.
13. Kim KA, Moser DK, Garvin BJ et al. Differences between men and women in anxiety early after acute myocardial infarction// Am J Crit Care. – 2000. -Vol. 9, №4. - P. 245-253.