

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІ
НАУКИ: СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ
РОЗВИТКУ ТА ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ»**

6-7 грудня 2013 р.

**Дніпропетровськ
2013**

УЛЬТРАЗВУКОВА КАРТИНА РОЗВИТКУ ЕМБРІОНА У ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ Калинівська І. В., Кондра Д. О.....	60
АКТИВНІСТЬ ФАКТОРІВ ЗГОРТАННЯ КРОВІ У СВІЖОЗАМОРОЖЕНІЙ ПЛАЗМІ ПРИ Ї ОХОЛОДЖЕННІ ЗА СТАТИЧНИМИ РЕЖИМАМИ Малигон О. І.	65
ВИЯВЛЕННЯ ЗМІН СТУПЕНЮ ПОСТУРОЛОГІЧНИХ З ПОРУШЕНЬ В ПРОЦЕСІ СПІЛНТТЕРАПІЇ Мартиць Ю. М.....	70
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЕОЗИНОФІЛІВ КРОВІ У ВЕРИФІКАЦІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОЇ НАПРУГИ В ДІТЕЙ Марусик У. І., Белашова О. В., Григола О. Г.....	71
НОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕЛОНЕФРИТУ Митникова А. С., Пивоварчук Р. Я.....	74
МЕРЫ ЗАЩИТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ Сале Э. Р., Свирковская Н. А., Дубинская И. Я.	76
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РОТА Свирковская Н. А., Дубинская И. Я., Сале Э. Р.	79
ОЦЕНКА ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВЕТВИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ Сушая Е. М., Бычковский П. А., Петровская О. А.....	83
ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК АЛЬТЕРНАТИВА РАНЕМУ ЭНТЕРАЛЬНОМУ У ОНКОБОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) Фирсова А. В.	86
ПАРАМЕТРИ ЖОРСТКОСТІ АРТЕРІЙ ПРИ ШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА СУПУТНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ Чендей Т. В.	90
ПСИХОСОМАТИЧНІ СПІВВІДНОШЕННЯ В КАРДІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ Юрценюк О. С., Рудницький Р. І.	92

ПСИХОСОМАТИЧНІ СПІВВІДНОШЕННЯ В КАРДІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

ЮРЦЕНЮК О. С.

асистент

РУДНИЦЬКИЙ Р. І.

доцент

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

Проблема психосоматичних співвідношень, що стосується зв'язку між тілом та психікою, є предметом дискусії не тільки в області психіатрії, а і в загальній патології людини [5]. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інфаркт міокарда належать до психосоматичної патології. Це означає, що соматичне захворювання розвивається за постійної та безпосередньої участі психічного фактору [1]. Розлади, які відносяться до психосоматичних, включають не тільки психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміну, а більш широке коло порушень: соматизовані розлади, соматичні захворювання, патологічні психогенні реакції, такі як: тривожність, алекситимія, астенія, істерія, obsесивно-фобічні порушення, депресії. Тривога - центральний елемент в механізмі формування психічного стресу. Роль тривоги як сигналу неблагодолуччя та небезпеки криється в тому, що вона активізує процеси психічної адаптації [7,8]. Слід розрізнити індивідуальні психологічні особливості хворого та патологічне реагування на хворобу. Тому при оцінці результатів слід враховувати характерологічні особливості пацієнта та його психологічний стан до захворювання [9,12]. Астенічний стан - це різноманітні симптоми нервово-психічної слабкості, які включають розлади сну, дратівливість, підвищену втомлюваність, відзначається особистісна компонента астенії, пов'язана із усвідомленням хвороби, стурбованістю, очікуванням наступного нападу стенокардії чи повторного інфаркту [13]. Obsесивно-фобічний тип реагування проявляється хворобливим страхом, який зумовлений захворюванням, боязню померти та іншими побоюваннями, які пов'язані з захворюванням, гіпертрофованою оцінкою його наслідків, що загрожують життю [4]. Невротично-депресивний варіант визначається тривогою та відчуттям безнадійності, які часто поєднуються з астенією, зниженням фізичної активності, алергічними реакціями, песимістичним сприйняттям хвороби, тривожними побоюваннями і страхами, уявленнями про не-

безпеку хвороби, її невиліковність, негативні соціальні наслідки, зазвичай перебільшені [11, 14] істеричному типі реагування домінують ідеї «повного відновлення будь-якою ціною», хворі відчувають у собі потенційні можливості, силою волі «переломити» хід подій, позитивно вплинути на процес лікування [5, 6].

Одним з психологічних факторів, що сприяють розвитку ІХС є алекситимія. Алекситимія характеризується утрудненням або нездатністю людини точно описувати власні емоційні переживання і розуміти почуття іншої людини, труднощами визначення різниці між почуттями та фізичними відчуттями, фіксацією на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням. Недостатнє усвідомлення емоцій веде до фокусування емоційного збудження на соматичній компоненті та розвитку психосоматичних розладів [2].

Робота базується на обстеженні 130 хворих (70 чоловіків та 60 жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом «гострий інфаркт міокарда», стенокардія напруги II-IV ФК, після інфарктний кардіосклероз.

Ретельно проводився збір анамнезу. Рівень особистісної та ситуативної тривожності встановлювався за методикою Чарльза Спілберґера [3]. Алекситимію визначали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали, адаптованої в інституті ім. В.М.Бехтерева [3]. Для визначення типів реагування на хворобу використовували тест для виявлення невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) [2, 10].

Встановлено, що серед хворих на інфаркт міокарда більшість складають особи з високим рівнем особистісної тривожності (ВРОТ) - 61,53%, пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності (СРОТ) зустрічались у 38,47% випадків, низький рівень тривожності серед обстежених хворих не представлений взагалі. В статевому розподілі у чоловіків частки пацієнтів I та II груп були практично однаковими (47,37% пацієнтів з ВРОТ та 52,63% з СРОТ), на відміну від жінок, серед яких переважали особи з ВРОТ (71,43% проти 28,57% з СРОТ). Прикметно, що в підгрупах з високим та СРОТ абсолютні значення також були вищими у жінок, ніж у чоловіків -56,73±2,11 проти 49,33±1,84 балів ($p<0,05$) для осіб з ВРОТ, та 38,66±1,48 проти 38,0±1,36 ($p<0,05$) для осіб з СРОТ.

Серед чоловіків I групи переважали особи з високим рівнем ситуативної тривожності (ВРСТ) -55,5% на відміну від II групи де ВРСТ 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 ВРСТ були відповідно -55,5% проти 33,3%. Серед II групи частки чоловіків з ВРСТ 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%).

Безпосередніми причинами розвитку інфаркту міокарда в I групі були фізичне навантаження (3,84% випадків), емоційне перенапруження (84,61%); 11,53% хворих не можуть пов'язати виникнення інфаркту з конкретним чинником. У осіб II групи фізичне навантаження призвело до розвитку інфаркту міокарда в 57,14% випадків, в 21,42% причиною інфаркту стали емоційне перенапруження, видимої причини інфаркту не можуть вказати 21,42% пацієнтів.

При аналізі проблеми алекситимії у осіб з ВРОТ 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 зустрічається в 16,6%, у чоловіків - в 50%. Серед пацієнтів I групи виявлено алекситимічних 61,5% ($77,43 \pm 7,16$); неалекситимічних -38,46% ($57,8 \pm 7,15$). Прикметно, що високий рівень ситуативної тривожності був притаманний 32,5% ($54,85 \pm 4,88$) всіх пацієнтів, з них 78,57% ($78,0 \pm 7,51$ бали) алекситимічних та 21,42% ($61,0 \pm 1,14$ бали) неалекситимічних хворих.

Враховуючи типи реагування на хворобу встановлено, що пацієнти з тривожним типом реагування на хворобу (чол.+1,2 жін.-0,4) найчастіше скаргились на серцебиття, порушення сну підвищену втомлюваність та пітливість у відповідності 81,8%, 86,3%, 77,2%, 63,6%, в той час, як найбільша різниця між значенням здоров'я та нездоров'я відмічалася у таких скаргах як погіршення пам'яті, серцебиття, пітливість. Задишку відзначали у себе 70% опитаних.

При істеричному типі реагування на хворобу (яскраво у жінок-3,8 чол.+1,5) найбільш характерними скаргами були: підвищена втомлюваність (90%), зниження працездатності (90%), порушення сну (75%) та похитування при ходьбі (75%); запаморочення, погіршення пам'яті та підвищена пітливість відповідно-65%, 45%. 60%.

Для людей з невротично-депресивним типом реагування на хворобу (жінки-2,7 чол.+1,2) найбільш характерні такі скарги, як серцебиття(90,4%), зниження працездатності(90,4%), порушення сну(85,7%), виражений головний біль(80,9%), пітливість(61,9%), в той час, як зниження апетиту відмічали

у себе 38%- нездоров'я та 0- здоров'я. Запаморочення та порушення пам'яті відповідно-57,1%, 42,8%.

У пацієнтів з астеничним типом реагування на хворобу (жін.-3, чол.+2) зустрічаються такі скарги, як підвищена втомлюваність (90,9%), порушення сну (86,3%), зниження працездатності (81,8%), серцебиття (81,8%), похитування при ходьбі (71,2%). На зниження апетиту скаржаться 36,3% опитаних, в той час, як про нормальний апетит не говорив ніхто. Пітливість та погіршення пам'яті спостерігали у себе відповідно 63,6% та 36,3% хворих .

Всі типи реакцій на хворобу супроводжувались різноманітними вегетативними розладами, які були характерні як для жінок (-7,2), так і для чоловіків (-5,8). Більшість опитаних скаржились на підвищену втомлюваність та зниження працездатності (89,4%), задишку та серцебиття (84,2%), запаморочення (73,6%), порушення сну (68,4%), закрепи (36,8%), пронос (15,7%).

Висновки.

1. Високий рівень особистісної тривожності є більш характерним для жінок (71,43%) на відміну від чоловіків, у яких при меншому рівні особистісної тривожності (47,37%) значно переважає тривожність ситуативна (55,55%).

2. Найчастіше невротичні реакції виявляються у вигляді невротичної депресії, астенії, істерії, які супроводжуються вираженими вегетативними порушеннями.

3. У жінок, на відміну від чоловіків, перебіг ішемічної хвороби серця значно частіше супроводжується невротичними реакціями різних видів, що, очевидно, пояснюється більшою чутливістю, лабільністю жіночої психіки та схильністю жінок до більш емоційної оцінки власного стану.

4. Визначення типу реакції на хворобу у пацієнтів з ІХС дозволяє правильно оцінити суб'єктивні прояви основного захворювання та відмежувати скарги, які обумовлені психологічними чинниками та характерологічними особливостями пацієнта.

Список використаних джерел:

1. Волков В.С., Шпак Л.В. Особенности психовегетативной регуляция у больных инфарктом миокарда с недостаточностью кровообращения.// Кардиология - 1990 - Т. 30 № 4 - С. 76 - 80.
2. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Будневский А.В. Алекситимия. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова – 2000 -№6 – С.66-70.

3. Положенцев С.Д., Руднев Д.А., Чиж В.А., Маклаков А.В. Психологические особенности больных ишемической болезнью сердца с поведенческим фактором риска (тип А) // Кардиология. – 1990. -Т.30, №4. – С.73-75.
4. Семиченко В.А. Психические состояния.- К., 1998.-208 с.
5. Суксиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. Соматизированные психические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова – 2001 -№2 – С.57-61.
6. 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.
7. Шевырева Р.М. Психосоматические взаимоотношения у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией напряжения // Журнал невропатологии и психиатрии.- 1992.-Т. 92, №2. С.78-80.
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. 6 (3) – P.157-162.
9. Failde I; Ramos I Validity and reliability of the SF-36 Health Surgey Questionnaire in patients with coronary artery disease. // J Clin Epidemiol – 2000 – Apr, - Vol. 53:4 – P.359 – 365.
10. O'Brien JL, Moser DK, Riegel B, Frazier SK, Garvin BJ, Kim KA.
11. Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care units.//Am J Crit Care -2001- Mar;Vol 10(2) – P.:97-103
12. Plevier CM, Mooy JM, Marang-Van de Mheen PJ, Stouthard ME, Visser MC, Grobbee DE, Gunning-Schepers LJ. Persistent impaired emotional functioning in survivors of a myocardial infarction?// Qual Life Res 2001;10(2):123-32
13. Plevier CM, Mooy JM, Marang-Van de Mheen PJ et al. Persistent impaired emotional functioning in survivors of a myocardial infarction?//Qual Life Res.- 2001.- Vol.10, №2.- P.123-132.
14. Sheps DS, Kaufmann PG, Sheffield D et al. Sex differences in chest pain in patients with documented coronary artery disease and exercise-induced ischemia: Results from the PIMI study//Am Heart J.- 2001. – Vol.142, №5 - P.864-71.
15. Stiefelhagen P. The post-infarction patient. When anxiety handicaps daily life //MMW Fortschr Med.- 2001.- Vol. 11, №1-2. -P. 4-6.

НАПРЯМ 3. ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

ДИНАМИКА И СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

АДЕНИНСКАЯ Е. Е.

ассистент кафедры профпатологии

ГОРБЛЯНСКИЙ Ю. Ю.

заведующий кафедрой профпатологии

ХОРУЖАЯ О. Г.

ассистент кафедры профпатологии

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министрства здравоохранения Российской Федерации

г. Шахты, Российская Федерация

Ростовская область - субъект Российской Федерации на юге Европейской части России, входит в состав Южного федерального округа. На территории области развиты аграрная промышленность, пищевая-перерабатывающая промышленность, тяжёлое и сельскохозяйственное машиностроение, угольная промышленность, автомобилестроение. Население области - 4276,4 тыс. человек (данные переписи 2010 года). Трудоспособное население составляет около 70% от общей численности. Численность работающего населения в Ростовской области в 2011 году составила 960655 человек, из них в условиях, не отвечающих гигиеническим нормативам (во вредных условиях труда) – 139475 человек [1].

Машиностроение является одной из основных составляющих комплекса обрабатывающих производств, в которых на конец 2010 г. каждый пятый работник (21%) был занят во вредных условиях труда, и еще 6,1% - на тяжелых работах [2].

угольная промышленность до 1994 г. области была преобладающей отраслью в экономике. В дальнейшем, в процессе реструктуризации экономики количество действующих шахт Восточного Донбасса сократилось с 64 в 1995 году до 13 в 2011 году. Закрыты все угольные предприятия в городах