

rehabilitation respiration training «PARI PEP 2». Children who received the standard course of spa treatment don't have same results. Improvement intervals in PQ and QT_c were demonstrated. It indicates a decrease in the risk of life-threatening arrhythmias. The simulator «PARI PEP 2» should be included in complex rehabilitation of children with asthma.

Key words: children, asthma, breathing simulator «PARI PEP 2», spiogram, ECG.

УДК 616.831–005.1–08:616.4

Надійшла 18.12.2012

О. Є. КОВАЛЕНКО^{1,2}, О. В. ЛИТВИН² (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ТА СУПУТНІМ ГІПОТИРЕОЗОМ

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС <okrefl@ukr.net>

Розглядаються особливості тривожно-депресивних розладів у хворих з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією та супутнім гіпотиреозом.

Ключові слова: гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія, гіпотиреоз, емоційні розлади, тривожно-депресивний стан, шкала депресії Бека, шкали тривожності Спіл-бергера – Ханіна.

Психоемоційні порушення, особливо тривога та депресія, є як причиною, так і наслідком порушень функції неспецифічних систем мозку. Депресивні порушення характеризуються зниженням настрою, загальною слабкістю, втратою інтересів, бездіяльністю, безініціативністю. Іноді депресія може бути атиповою та проявлятися у вигляді тривожності, порушення пам'яті. Тривожно-депресивні порушення впливають на соціальні функції, працездатність, якість життя пацієнта. Майже 15 % усіх пацієнтів, які звертаються до лікаря, мають скарги, пов'язані з проявами тривоги та депресії [1, 2, 4].

Найчастіше порушення виникають при цереброваскулярних захворюваннях. Тривожно-депресивні розлади, на думку багатьох авторів, при хронічній цереброваскулярній патології зумовлені анатомо-фізіологічними особливостями розвитку церебральної дисциркуляції в глибоких відділах мозку, особливо при артеріальній гіпертензії, що призводить до розвитку феномена роз'єднання [6, 9].

Важливими проблемами є тривожні та депресивні розлади у хворих із соматичними та ендокринними захворюваннями. Частіше у хворих, крім гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії (ГДЕ), спостерігається супутня патологія щитоподібної залози з порушенням її функції у вигляді гіпотиреозу. Гіпотиреоз – стан, пов'язаний з недостатністю тиреоїдних гормонів в органах і тканинах, що призводить до порушення функції органів та систем, в тому числі й центральної нервової системи. Кількість випадків гіпотиреозу у популяції, за даними літератури, становить від 3 до 8 %, при цьому останніми роками відмічається поширення патології серед осіб молодого та середнього віку [3, 5, 7, 8]. На початку ХХ ст. накопичилось багато даних, що свідчать про розвиток депресивних та тривожних станів при гіпотиреозі. Однак, незважаючи на багаторічне дослідження взаємозв'язку тиреоїдної та церебральної патології, вивчення особливостей клінічного перебігу ГДЕ при гіпотиреозі й на сучасному етапі залишається актуальною медичною проблемою.

Мета дослідження – визначити особливості тривожних та депресивних розладів у хворих з ГДЕ і супутнім гіпотиреозом.

Матеріали і методи. Проведено клініко-неврологічне обстеження, що включало оцінку тривожно-депресивних показників у 97 хворих з ГДЕ, з них у 60 була верифікована супутня патологія у вигляді гіпотиреозу. Вік хворих становив від 42 до 66 років, середній вік – $(58,90 \pm 0,08)$ року. Жінок було 88 (90,7 %), чоловіків – 9 (9,3 %). Всіх хворих з ГДЕ було розподілено на дві групи. До I групи увійшло 60 хворих із супутнім гіпотиреозом, до II – 37 осіб з ГДЕ без гіпотиреозу. У 9 (15 %) обстежених I групи була ГДЕ I ступеня, у решти (51; 85 %) – II ступеня. У 50 (83,3 %) осіб I групи була гіпертонічна хвороба (ГХ) II стадії, у решти (16,7 %) – I стадії. У 5 (13,5 %) обстежених II групи виявлено ГДЕ I ступеня, у решти (32; 86,4 %) – II ступеня. У 30 (81,1 %) осіб I групи констатовано ГХ II стадії, у решти (7; 18,9 %) – I стадії. Крім того, у хворих I групи була супутня патологія щитоподібної залози: у 39 – аутоімунний тиреоїдит з порушенням функції у вигляді гіпотиреозу, у 12 – спонтанний гіпотиреоз, у 9 – післяопераційний гіпотиреоз.

Емоційні порушення досліджували за шкалою депресії Бека та шкалою тривожності Спілбергера – Ханіна [2].

Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна призначена для оцінки реактивної та особистісної тривожності, яку вважають відносно стійкою індивідуальною якістю особистості, що характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційного напруження внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність – стан особистості, який характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційного напруження та розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності (РТ) може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості. Оцінка рівня реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється в таких межах: до 30 балів – низький рівень тривожності, 31–45 балів – середній, більше 45 балів – високий рівень тривожності [1, 2].

Шкала депресії Бека складається з 21 групи тверджень. Відмічається твердження, яке найбільш точно відображає самопочуття за останній тиждень, враховуючи сьогоднішній день. Оцінка результатів: 0–9 – відсутність депресивних симптомів, 10–15 – легка депресія, 16–19 – помірна депресія, 20–29 – виражена депресія (середньої тяжкості), 30–63 – тяжка депресія [2].

Таблиця 1. Показники тривожності за шкалою Спілбергера – Ханіна

Тривожність	Група			
	I (n = 60)		II (n = 37)	
	абс. од.	%	абс. од.	%
Реактивна				
низька	7 **	11,67	19	51,35
помірна	42 *	70	17	45,95
висока	11 *	18,33	1	1,67
Особистісна				
низька	0*	0	6	16,22
помірна	38	63,33	29	78,38
висока	22 **	36,67	2	5,41

* Достовірна різниця ($P < 0,05$) між показниками обох груп. ** Достовірна різниця ($P < 0,001$) між показниками обох груп.

Результати та їх обговорення. Вираженість емоційних порушень та тяжкість тривожно-депресивної симптоматики визначали за особистістю пацієнта та його реакцією на захворювання. За шкалою тривожності Спілбергера – Ханіна в I групі низька РТ спостерігалась у 7 (11,67 %) обстежених, помірна РТ – у 42 (70 %), висока РТ – у 11 (18,33 %). У II групі низька РТ спостерігалась у 19 (51,35 %) обстежених хворих, помірна РТ – у 17 (45,95 %), висока РТ – в 1 (1,67 %). Осо-

бистісна тривожність (ОТ) низького рівня у І групі не спостерігалась, помірна ОТ виявлена у 38 (63,33 %) хворих, висока ОТ – у 22 (36,67 %). У ІІ групі ОТ низького рівня відмічена у 6 (16,22 %) хворих, помірна ОТ – у 29 (78,38 %), висока ОТ – у 2 (5,41 %). Висока ОТ у хворих І групи ($P = 0,0006$), на відміну від контрольної, вказує на імовірно генетичну передумову до сприйняття стресових ситуацій у хворих, у яких має місце лише гіпотиреоз (табл. 1).

Згідно з дослідженням, середній бал РТ за шкалою Спілбергера – Ханіна становив у І групі $38,08 \pm 1,22$, ОТ – $46,88 \pm 1,11$; у ІІ групі – відповідно $31,27 \pm 0,69$ і – $35,22 \pm 0,90$ (достовірна різниця $P < 0,001$), що свідчить про достовірно більш виражені РТ та ОТ у хворих І групи порівняно з ІІ (табл. 2)

Таблиця 2. Тривожність за шкалою Спілбергера – Ханіна ($M \pm m$)

Показник, бал	Група	
	I ($n = 60$)	II ($n = 37$)
Реактивна тривожність за шкалою Спілберга	$38,08 \pm 1,22^*$	$31,27 \pm 0,69$
Особистісна тривожність за шкалою Спілберга	$44,88 \pm 1,11^*$	$35,22 \pm 0,90$

* Достовірна різниця ($P < 0,001$) між показниками обох груп.

Таким чином, у хворих з ГДЕ та супутнім гіпотиреозом тривожні розлади реєстрували частіше і вони були більш вираженими, що підтверджує критерій однорідності χ^2 (табл. 3, 4).

Таблиця 3. Реактивна тривожність за шкалою Спілбергера

Реактивна тривожність, L	Група		$\frac{n_i}{N}$	$\frac{m_i}{M}$	$(\frac{n_i}{N} - \frac{m_i}{M})^2$	$\frac{(\frac{n_i}{N} - \frac{m_i}{M})^2}{n_i + m_i}$
	I, n_i	II, m_i				
Низька	7	19	0,1167	0,514	0,1574874	0,0060572
Помірна	42	17	0,7	0,459	0,0578598	0,0009807
Висока	11	1	0,1833	0,027	0,0244317	0,0020360
Сума	60	37				0,0090739

$$\chi^2_{\text{дп}} = 20,14396.$$

Таблиця 4. Особистісна тривожність за шкалою Спілбергера

Особистісна тривожність, L	Група		$\frac{n_i}{N}$	$\frac{m_i}{M}$	$(\frac{n_i}{N} - \frac{m_i}{M})^2$	$\frac{(\frac{n_i}{N} - \frac{m_i}{M})^2}{n_i + m_i}$
	I, n_i	II, m_i				
Низька	0	6	0	0,162	0,0262966	0,0043828
Помірна	38	29	0,6333	0,784	0,0226353	0,0003378
Висока	22	2	0,3667	0,054	0,0977266	0,0040719
Сума	60	37				0,0087925

$$\chi^2_{\text{дп}} = 19,51945.$$

За таблицею критичних точок розподілу χ^2 за визначеним рівнем значущості 0,05 і числом свободи $k = L - 1 = 3 - 1 = 2$ знаходимо критичну точку $\chi^2_{\text{крит}}(0,05; 2) = 5,99$.

Оскільки для РТ $\chi^2_{\text{дп}} = 20,144 > 5,99 = \chi^2_{\text{крит}}$, а для ОТ $\chi^2_{\text{дп}} = 19,519 > 5,99 = \chi^2_{\text{крит}}$, то підтверджується гіпотеза про те, що у хворих з ГДЕ та супутнім гіпотиреозом реактивна й особистісна тривожність зустрічається частіше і більш виражена, ніж у хворих з ГДЕ без супутньої патології щитоподібної залози.

За шкалою депресії Бека у I групі легкий ступінь депресії спостерігався у 8 (13,33 %) осіб, помірний – у 3 (5 %), прояви депресії були відсутні у 49 (81,67 %). У II групі легкий ступінь депресії відмічено лише у 3 (8,11 %), у решти проявів депресії не відмічали. Таким чином, у хворих з ГДЕ та супутнім гіпотиреозом депресивні розлади реєстрували частіше, при цьому їх вираженість була більш значущою, ніж у хворих без супутньої патології щитоподібної залози (табл. 5).

Таблиця 5. Ступінь депресії обстежених хворих

Ступінь депресії	Група				P
	I (n = 60)		II (n = 37)		
	абс. од.	%	абс. од.	%	
Депресія відсутня	49	81,67	34	91,89	= 0,17
Легкий	8	13,33	3	8,11	= 0,45
Помірний	3	5	0	0	= 0,17
Виражений	0	0	0	0	
Тяжкий	0	0	0	0	

Висновки. Доведено, що у хворих з ГДЕ та супутнім гіпотиреозом рівень реактивної та особистісної тривожності за шкалою тривожності Спілбергера – Ханіна достовірно вищий ($P < 0,001$), ніж у хворих з ГДЕ без гіпотиреозу. Тому осіб з високою особистісною тривожністю слід вважати групою ризику розвитку функціональної недостатності щитоподібної залози, контингентом з низькою стресорезистентністю. Крім того, депресивні розлади у хворих з ГДЕ та супутнім гіпотиреозом реєструють частіше та їх вираженість більш значуща, ніж у хворих без супутньої функціональної недостатності щитоподібної залози. Отримані результати дослідження свідчать про необхідність оптимізації профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів із залученням психолога.

Список літератури

1. Акарочкова Г. С., Шварков С. Б. Тревога в неврологической и общесоматической практике. Современные аспекты терапии // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15, № 5. – С. 440–445.
2. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. – СПб: Питер, 2001. – 596 с.
3. Гайдаєв Ю. О., Мойсєєнко Р. О. Стан ендокринологічної служби України в 2006 р. та підходи до розв'язання проблемних питань // Міжнар. ендокринолог. журн. – 2007. – № 2. – С. 13–17.
4. Довженко М. Н. Психокardiология: применение анксиолитиков в лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Терапия. – 2007. – № 10. – С. 35–40.
5. Макар Р. Д., Сандурська М. В. Гіпотиреоз: концептуальні аспекти крізь призму часу // Міжнар. ендокринолог. журн. – 2009. – Вип. 19, № 1. – С. 124–131.
6. Міщенко Т. С. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії / За ред. Т. С. Міщенко, В. С. Підкоритова. – К.: Доктор-Медіа, 2008. – 624 с.
7. Паньків В. І. Особливості перебігу гіпотиреозу у поєднанні з ішемічною хворобою серця // Прак. ангіологія. – 2009. – Вип. 28–29, № 9–10. – С. 52–56.
8. Товаржнянська О. Л., Григорова І. А., Тихонова Л. В. Клінічні особливості та патогенетичні механізми формування неврологічних синдромів при первинному гіпотиреозі // Міжнар. неврол. журн. – 2010. – Вип. 36, № 6. – С. 19–22.
9. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврол. журн. – 2006. – Т. 11 (прилож. 1). – С. 4–12.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ
С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ
И СОПУТСТВУЮЩИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

О. Е. Коваленко, Е. В. Литвин (Киев)

Рассмотрены вопросы особенностей тревожно-депрессивных расстройств у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом.

Ключевые слова: гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, гипотиреоз, эмоциональные расстройства, тревожно-депрессивное состояние, шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилберга – Ханина.

FEATURES OF ANXIOUS-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS
WITH HYPERTENSIVE ENCEPHALOPATHY AND RELATED DYSIRCULATORY
HYPOTHYROIDISM

O. E. Kovalenko^{1,2}, O. V. Lytvyn² (Kiev, Ukraine)

¹The National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupik,

²State Scientific Institution «Scientific-Practical Centre of Preventive and Clinical Medicine» PAD

The questions about features of anxious-depressive disorders in patients with hypertensive encephalopathy and related dyscirculatory hypothyroidism are examined.

Key words: hypertensive encephalopathy dyscirculatory hypothyroidism, mood disorders, anxious-depressive states Beck Depression Scale, Spielberg – Hanin anxiety scale.

УДК 615.3–05.19002.47

Поступила 30.11.2012

И. С. РЫТКИС (Киев)

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ВЕРОЯТНОСТИ ОТКАЗА ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ
(на примере студенческой молодёжи)**

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии
Минздрава Украины <Hanna9421@yandex.ua>

В статье приведены данные апробации разработанной компьютерной многофакторной нелинейной нейросетевой модели прогнозирования вероятности отказа от курения на примере студенческой молодёжи.

Ключевые слова: молодёжь, студенты, табакокурение, прогнозирование отказа от курения, эффективность.

Курение является одной из распространённых вредных привычек среди молодёжи, возраст курильщиков становится более молодым, регистрируется больше курящих девушек, что угрожает здоровью будущего поколения [2]. По данным ВОЗ, Украина входит в группу стран, в которых ситуация с распространением табакокурения является катастрофической, ведь к курению ежегодно приобщаются 500 тыс. лиц молодого возраста [2, 9].

Проблемы отказа от курения обусловлены аддиктивными свойствами никотина, однако не у всех, кто пробовал курить, формируется эта пагубная привычка [5]. Нами совместно с сотрудниками кафедры медицинской биофизики, медицинской аппаратуры и клинической информатики Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (ДонНМУ) разработана компьютерная многофакторная нелинейная нейросетевая модель прогнозирования вероятности отказа от табакокурения у лиц молодого возраста, основанная на данных, полученных при комплексном обследовании студентов ДонНМУ и Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова (НПУ), положительно ответивших на вопрос о курении.

Цель исследования – изучение эффективности разработанной модели прогнозирования вероятности отказа от курения на примере студенческой молодёжи.

Материалы и методы. Комплексно обследовано 1449 курящих студентов медицинских и педагогических специальностей в аспекте формирования у них при-