

ваністю хламідійною, герпес-вірусною інфекцією, спричиненою HSV, VEB, CMV або їх комбінацією, і рівнем АТ у чоловіків молодого віку з факторами ризику ССЗ. Складається враження, що наявність інфекцій підвищує чутливість пацієнта до впливу ФР. Можливим поясненням цього може бути те, що персистуюча внутрішньоклітинна інфекція здатна стати причиною підвищення АТ шляхом зниження синтезу NO і переважання спастичного стану артерій над їх розслабленням [10].

Перспективним є вивчення особливостей стану функції ендотелію в осіб молодого віку з підвищенням АТ та інфікованих *Chlamydia pneumoniae*, цитомегаловірусом, вірусами простого герпесу, Епштейна — Барра порівняно з нормотензивними неінфікованими суб'єктами.

Висновки

1. Наявність високого рівня хронічної інфікованості *Chlamydia pneumoniae*, вірусами простого герпесу, Епштейна — Барра та цитомегаловірусом у нормо- та гіпертензивних чо-

ловіків асоційована з розвитком процесу неспецифічного запалення, яке є більш вираженим у пацієнтів з АГ за рахунок мікст-інфікування.

2. Існує взаємозв'язок між рівнями IgG антитіл до *Chlamydia pneumoniae* і рівнем АТ: у нормотензивних пацієнтів цей показник впливає на рівень пульсового АТ, а у гіпертензивних — на систолічний та діастолічний.

3. Встановлено кореляційний зв'язок між рівнем специфічних IgG антитіл і маркерами запалення у пацієнтів з АГ.

4. Наявність хронічної внутрішньоклітинної інфекції підвищує чутливість пацієнта до впливу факторів кардіоваскулярного ризику щодо становлення гіпертензивного фенотипу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Роль хламідійної, микоплазменної і цитомегаловірусної інфекції в розвитку ішемічної болізни серця / А. Б. Басинкевич, Р. М. Шахнович, В. Р. Мартынова и др. // Кардиология. — 2003. — № 11. — С. 4-9.
2. Кванталиани Т. Г., Циклаури П. А., Барнабишвили Н. О. Диагностическая значимость определения

активности липидного гидропероксида у больных ИБС с наличием и без наличия хронического герпесвирусного инфицирования // Кардиология СНГ. — 2005. — № 3. — С. 19-25.

3. Ишемическая болезнь сердца, хламидийная и хеликобактерная инфекции (популяционное исследование) / Ю. П. Никитин, О. В. Решетников, С. А. Курилович и др. // Кардиология. — 2000. — № 8. — С. 4-7.

4. Орехов А. Н., Писаржевский С. А. Инфекционно-аутоиммунная теория атеросклероза // Кардиолог. — 2005. — № 5. — С. 87-96.

5. *Chlamydia pneumoniae*: связь с атеросклерозом и ишемической болезнью сердца / Т. М. Попонина, В. С. Кавешников, В. А. Марков, Р. С. Карпов // Кардиология. — 2001. — № 9. — С. 65-69.

6. Тумов В. Н., Ощепкова Е. В., Дмитриев В. А. Воспаление и патогенез гипертонии // Кардиолог. — 2006. — № 1. — С. 16-26.

7. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. — К., 2004. — 84 с.

8. Караулов А. В. Клиническая иммунология: Учебник для студентов мед. вузов. — М., 1999. — 603 с.

9. Кулаичев А. П. Методы и средства анализа данных в среде Windows STADIA. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Информатика и компьютеры, 1999. — 341 с.

10. Bautista L. E. // J. Hum. Hypertens. — 2003. — Vol. 17. — P. 223-230.

УДК 616-083.98(082)

В. М. Загуровський

ВІДДАЛЕНІ КЛІНІКО-ПАТОЛОГІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОТЕРАПІЇ І ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ НАПАДІВ СТЕНОКАРДІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти,
Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги

Напади стенокардії (НС) при ішемічній хворобі серця (ІХС) розглядаються як гостре порушення коронарного кровотоку. Наші дослідження довели, що НС як гостра маніфестація патогенетичних меха-

нізмів захворювання вагомо впливають на розвиток і перебіг психоемоційних і соматичних порушень при ІХС [1; 2]. Напади можна вважати універсальним хворобливим способом реагування особистості

[1; 3]. На практиці їх терапія зводиться до застосування антиангінальних препаратів, рідко — заспокійливих [4]. Нами для корекції нападів як способу реагування, безпосередньо при їх купіруванні,



ефективно застосовувалися психофармакотерапія і трансова психотерапія [2; 3]. Саме тому вважається доцільним дослідження віддалених результатів цих методів терапії НС.

Мета дослідження — вивчення віддалених результатів застосування трансової психотерапії та психофармакотерапії при купіруванні НС, впливу лікування на подальший перебіг захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено через 8–10 тиж у 72 хворих на ІХС після застосування трансової психотерапії, у 31 — після психофармакотерапії при купіруванні в них НС. Паралельно контрольній групі (47 осіб) при лікуванні нападу здійснювалася стандартна антиангінальна терапія. Дослідження проводили за допомогою тесту Люшера, шкали реактивної й особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна, Гіссенського опитувальника соматичних скарг, клінічного опитувальника виявлення й оцінки невротичних станів.

Результати дослідження та їх обговорення

Психотерапевтичний вплив був спрямований на патогенетичні структури невідкладного стану (НС як спосіб реагування особистості) і всього захворювання в цілому. Друга мішень впливу — стресорна реакція, що виникає на психовеgetативний синдром власне вегетативної дисфункції НС. Третя мішень — це хворобливий спосіб поведінки як структура патологічної стратегії поведінки особистості. При аналізі динаміки симптомів після психотерапевтичного впливу встановлено таке.

У 28 % випадків НС зникали ($P < 0,05$) на фоні збереження окремих симптомів, харак-

терних для психофізичних навантажень і стресових ситуацій, що існували раніше в міжнападному періоді. У 32 % пацієнтів ($P < 0,05$) НС виникали значно рідше (на 61 %, $P < 0,05$) і мали абортивний характер. Їх клініка полягала в короточасній появі 1–2 симптомів, з яких раніше починався НС. На їхньому фоні спостерігався короточасний ангінальний напад. Його симптоми були слабо виражені і швидко зникали самостійно або при прийомі звичайних доз антиангінальних препаратів, після нетривалого відпочинку. На їхню появу зберігалася спокійна реакція, критична оцінка і раціональне поводження. У 23 % ($P < 0,05$) випадків спостерігалася зміна симптомів при збереженні частоти НС. Зменшувалися кількість й інтенсивність симптомів (як правило, не ангінального характеру).

Хворі відзначали спокійне і критичне ставлення до НС, очікували припинення нападу і розпочинали раціональні дії для його нейтралізації (припинення навантаження, фізичний спокій, прийом антиангінальних препаратів, заспокійливих, гіпотензивних, антиаритміків і т. ін.). У 17 % ($P < 0,05$) випадків клінічний перебіг нападів не змінювався. У контрольній групі змін перебігу НС не спостерігалось.

При порівнянні типу НС із результатами динамічного спостереження виявлено, що для групи з повним припиненням нападів характерний психосоматичний тип [1; 3] перебігу з вираженою сенсорно-вегетативною, вегето-вісцеральною та психоемоційною симптоматикою, виникнення якої супроводжується соматичними симптомами ангінального нападу. Для другої групи був притаманний соматопсихічний тип [1; 3] перебігу нападу з вираженою сенсорно-вегетативною, вегето-вісцеральною симптоматикою і психоемоційною

реакцією на виникнення соматичних симптомів ангінального нападу. Третя група характеризувалася соматопсихічним перебігом НС із помірними чи слабкими психоемоційними порушеннями. Четвертій групі був властивий соматопсихічний тип нападів із тривалістю захворювання більше 5 років, наявністю виражених коронарних змін і віком хворих 57–60 років.

При аналізі змін клініко-патологічних даних виявлено виражене зниження кількості та інтенсивності сенсорно-вегетативної симптоматики, звуження спектра вегето-вісцеральної симптоматики до однієї з систем або органа. У клініці переважали 1–3 симптоми психоемоційного або соматичного типу. Водночас з моносимптоматикою, характерною для психовеgetативного синдрому власне вегетативної дисфункції, слабшала за інтенсивністю і широтою стресорна реакція на первинні ангінальні чи вегето-вісцеральні симптоми нападу. У пацієнтів відновлювалося раціональне, критичне ставлення до свого стану та виниклих симптомів. Хворі були спокійними, впевненими у собі, вживали необхідних заходів для зняття симптомів, не порушуючи, як правило, свого звичайного режиму. У психічному статусі в міжнападному періоді провідне місце належало скаргам, що характеризували емоційні порушення — різного ступеня виразності почуття напруги, тривоги, страху. Хворі відзначали їхній зв'язок з подіями чи змінами в особистій і соціальній сфері, сімейними проблемами тощо. Часто ці переживання були необгрунтованими і тільки під час розвитку нападу знаходили свою причину. Страху і тривоги, пов'язані з загрозою розвитку НС і його наслідків, відходили на задній план або зникали.

Емоційні порушення супроводжувалися відновленням



критичного ставлення до свого стану і якості когнітивної діяльності, рідко — порушеннями логічного мислення і дії, звуженням поля свідомості до меж загрозливих хворобливих переживань при супровідних тривожно-фобічних й іпохондричних порушеннях у клініці ІХС. Напруга виникала і при раптовому поверненні спогадів про НС. Існуюча психічна напруга зберігала в клініці захворювання невротичну симптоматику, вона трохи згладжувалася, знижувалася її актуальність, але продовжувала виявлятися при детальному дослідженні, зберігаючи свою спрямованість і залежність від типу кризів. Це позначалося на розвитку невротичних синдромів у міжнападному періоді.

При експериментально-психологічному дослідженні визначався підвищений рівень тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна із залежністю від типу НС. При психосоматичному типі: реактивна — $(30,15 \pm 0,53)$, особистісна — $(32,52 \pm 0,51)$; при соматопсихічному — відповідно $(23,67 \pm 0,56)$ ($P < 0,01$) і $(25,41 \pm 0,58)$ ($P < 0,05$). При наявності невротичної симптоматики: реактивна — $(41,22 \pm 1,19)$, особистісна — $(40,13 \pm 1,27)$ ($P < 0,05$). Загальний бал за опитувальником соматичних скарг не перевищував 35 балів і був вірогідно вищим при психосоматичному типі НС: $(33,20 \pm 0,86)$ і $(28,21 \pm 0,66)$ ($P < 0,05$). Дані оцінки невротичних станів за шкалами дорівнювали: тривоги — $(2,88 \pm 0,30)$, депресії — $(2,83 \pm 0,25)$, астенії — $(1,35 \pm 0,23)$, істерії — $(1,89 \pm 0,23)$, obsесивно-фобічною — $(1,85 \pm 0,28)$, вегетативною — $(5,29 \pm 0,30)$ з вірогідно вищими показниками при психосоматичному типі НС за всіма шкалами, крім астенії. За результатами тесту Люшера в усіх пацієнтів визначався стрес від 2 до 5 балів. Компенсація його від 3 до 5 балів у 11 % випадків «нормаль-

на», у 89 % ($P < 0,05$) — «патологічна». Відзначено зменшення інтенсивності стресу при незмінному характері компенсаторних реакцій з тенденцією зсуву в бік «патологічної» компенсації.

Таким чином, при медикаментозному лікуванні та психотерапевтичній терапії НС клінічний перебіг міжнападного періоду ІХС і НС не змінювався. Застосування трансвової терапії як самостійно, так і з психотерапевтичною спричинювало значну зміну як міжнападного перебігу ІХС, так і НС. Це підтверджувалося результатами експериментально-психологічних досліджень. Таким чином, у групах з повним зникненням НС трансвової терапії спричинила блокування хворобливого способу реагування. З іншого боку, наявність «залишкових» явищ у міжнападному періоді свідчила про існування у фоновому режимі хворобливого поведіння [6] як другого рівня стратегії поведінки. Відсутність її маніфестації може бути пов'язана також і з тим, що хвороблива стратегія поведінки недостатньо трансформувала інші стратегії особистості й спосіб реагування у вигляді НС не почав використовуватися особистістю як універсальний [1; 2; 5].

При зменшенні частоти, тяжкості й структури НС із трансформацією в абортивні форми вони, можливо, починають маніфестувати при актуалізації хворобливої форми поведінки. Наштовхуючись на програму заборони, блокування НС як способу реагування, клінічні прояви набувають абортивної форми. Крім того, у цих пацієнтів, імовірно, НС трансформувалися в універсальний спосіб реагування, що використовують інші стратегії поведінки.

Висновки

Таким чином, медикаментозна терапія дозволяє блокувати клінічну картину НС і не

впливає на подальший перебіг захворювання. Трансвово психотерапія цілком усуває або значно зменшує їхню частоту і тяжкість у міжнападному періоді. Такий ефект при спрямованості психотерапевтичного втручання на блокування НС як способу реагування в момент їх маніфестації приводить до позитивних змін. Цей факт, як і наявність у міжнападному періоді нижчого рівня патологічних відхилень порівняно з групою без трансвової терапії, підтверджує дворівневу організацію патологічної стратегії поведінки особистості. Блокування одного рівня (НС як способу реагування) значно ослаблює патологічну стратегію поведінки особистості.

Перспективою подальших досліджень є розробка методів психокорекції особистості на етапах лікування як НС, так і в міжнападний період ІХС, як двох рівнів єдиної патологічної стратегії поведінки особистості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Загуровский В. М. Патогенетическая модель механизмов развития психосоматических нарушений // Медицина неотложных состояний. — 2006. — № 1 (2). — С. 106-110.
2. Загуровский В. М. Экспериментально-психологические и клинико-психопатологические характеристики гипертонических кризов // Клиника та експериментальна патологія. — 2005. — Т. 4, № 2. — С. 37-41.
3. Загуровский В. М. Место критических состояний в клинике психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы // Патология. — 2005. — Т. 2, № 3. — С. 39-40.
4. Сыропятов О. Г. Психотерапия в общей медицинской практике (пособие для врачей общей практики). — К., 1998. — 24 с.
5. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 447 с.
6. Функциональные системы организма: Руководство / Под ред. К. В. Судакова. — М.: Медицина, 1987. — 432 с.

