

© М. С. Панченко

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

М. С. Панченко

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ В ОЦІНЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України (м. Харків)

Дослідження виконано у межах науково-дослідних робіт кафедри психотерапії (зав. кафедрою – проф. Михайлов Б. В.), кафедри сімейної медицини, народної та нетрадиційної медицини, санології (зав. кафедрою – проф. Шкляр С. П.) «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки ефективності комплексного лікування» (2009-2013 р.) та є фрагментом наукової кваліфікаційної роботи автора.

Вступ. За даними Комітету Експертів ВООЗ та European Society of Hypertension and European Society of Cardiology Guidelines Committee майже у 20,0% дорослого населення виявлений підвищений артеріальний тиск, а в літньому віці – у 40 – 60%. Смертність від хвороб системи кровообігу зростає більше ніж на 60,0%. За даними World Health Report, з третиною смертей від серцево – судинних подій асоційовані 10 основних факторів ризику (ФР), з яких на високий рівень холестерину припадає 4,4 млн. випадків, тютюнопаління – 4,9 млн., артеріальну гіпертензію – 7,1 млн. Ураховуючи, що 30% населення страждає на ожиріння, ймовірність артеріальної гіпертензії в цьому випадку збільшується на 50%, за наявності кожних 4,5 кг надлишкової маси тіла систолічний АТ підвищується на 4,4 мм рт. ст. у чоловіків і на 4,2 мм рт. ст. – у жінок. При індексі маси тіла (ІМТ) у межах 25 – 28,9 кг/м² кардіоваскулярний ризик (КВР) збільшується вдвічі, при ІМТ >29 кг/м² – утричі. КВР – прогностичний показник настання смерті від серцево-судинних причин, який в медичній практиці оцінюється за комплексом показників, насамперед, за рівнем вмісту загального холестерину чи тригліцеридів в сироватці крові, за рівнем систолічного артеріального тиску при врахуванні віку, статі пацієнта та факту паління. Саме з цих позицій Європейським товариством кардіологів рекомендовано застосовувати спеціальні стандартизовані карти оцінки КВР [13, 15].

Проблемні питання лікування пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ХЗШКТ) можна вважати частково вивченими [4, 11], а питання зменшення сумарного КВР у таких пацієнтів знаходиться в стадії розробки. В молодому віці технологія оцінки КВР носить проспективний характер. Не дивлячись на меншу точність, ніж у старших вікових групах, технологія дозволяє на рівні первинної ланки надання медичної допомоги індивідуалізувати засоби цільової профілактики кардіоваскулярних подій [13]. Це вимагає й удосконалення концепції діяльності на первинному рівні надання допомоги, задля підвищення

ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу в пацієнтів з КВР [5, 6, 10].

Серед способів визначення КВР, відомі способи, що спрямовані на використання як результатів лабораторних досліджень, так і дихотомічних індикаторів ризику. Так, згідно до існуючих уявлень, шкала оцінки ризику «SCORE» (Systematic Coronary Risk Evaluation) призначена для прогнозування смертельного (коронарного чи некоронарного) захворювання в найближчі 10 років. Основою для шкали стали результати спеціальних репрезентативних когортних досліджень населення [2, 8, 9, 14]. Окрім того, відома так звана Фрамінгемська шкала, застосування якої дозволяє у десятирічній перспективі визначати ризик смерті лише від коронарних подій [12].

Існує відомий спосіб оцінки кардіоваскулярного ризику [1], який базується на виконанні електрофізіологічного дослідження морфофункціонального стану міокарду та магістральних судин. Спосіб передбачає виконання ультразвукового дослідження міокарду та центральних і периферичних судин з наступною кількісною оцінкою отриманих результатів. У разі наявності ознак ремоделювання міокарду чи порушення гемодинамічних процесів, визначають високий кардіоваскулярний ризик. Цей спосіб дозволяє отримувати індивідуалізовану оцінку кардіоваскулярного ризику за показниками неінвазивного дослідження, а також дозволяє забезпечувати індикативний аналіз динамічних змін на клінічній стації реалізації кардіоваскулярного ризику. Недоліком способу є використання вартісного обладнання, обмеженість його застосування у скринінгових технологіях на рівні первинної ланки надання медичної допомоги, що і обмежує його широке впровадження. Окрім того, недоліками способу є те, що ним не враховується такі значимі індикатори ризику, як тілобудова та структура компонентного складу тіла пацієнта, а також деякі фактори ризику (гіподинамія, паління, обтяжена спадковість). Спосіб орієнтовано для застосування серед хворих на серцево-судинні захворювання без урахування супутньої та поєднаної патології.

Мета дослідження полягала у визначенні прогностичної цінності клініко – анамнестичних та поведінкових факторів для оцінки кардіоваскулярного ризику у хворих на біліарні дисфункції в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу.

Об'єкт і методи дослідження. Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного

клініко-анамнестичного обстеження пацієнтів молодого віку з ХЗШКТ. Основні характеристики (частота, діагностичне та прогностичне значення) клініко-синдромологічних проявів досліджено при порівняльному аналізі двох груп пацієнтів: перша група – хворі на ХЗШКТ з КВР ($n_1=142$ особи), друга – контрольна (хворі з ХЗШКТ без КВР ($n_2=108$ осіб). Аналіз розподілу окремих факторів у порівнюваних групах пацієнтів дозволив з позицій доказової медицини та із застосуванням сучасних методів клініко – статистичного аналізу (дисперсійний, кореляційний аналіз) та методів прогнозування (послідовний аналіз Вальда у модифікації Е. В. Гублера) [3], визначити діагностичну цінність (I_2 , біт), прогностичне значення, силу впливу факторів на розбіжність показників двох порівнюваних груп (η^2 , %) та прогностичні коефіцієнти (ПК, пат). Для обґрунтування індикаторів КВР у пацієнтів з ХЗШКТ застосовано вищезазначені кількісні характеристики клініко – анамнестичних та поведінкових факторів, а також факторів, що характеризують психосоматичний стан пацієнта (методика диференційованої самооцінки – САН). Наведені дані, щодо інформативності факторів ризику, дозволили опрацювати інформаційну модель процесу формування КВР та табличний алгоритм його оцінки у пацієнтів з ХЗШКТ.

Результати досліджень та їх обговорення.

Частоту та виразність скарг астеноневротичного реєстру досліджено у порівнюваних клінічних групах. Для стандартизації отриманих даних застосовано психологічний опитувальник САН (оцінка: самопочуття, активність, настрій) та результати клініко – анамнестичного обстеження пацієнтів, з використанням спеціально опрацьованої «Історії хвороби тематичного пацієнта». В групі пацієнтів з КВР виявлено достовірне зниження рівня активності – у (66,4±3,9)%, тоді як в групі контролю – у (20,7±3,8)%, ($p<0,001$). До клініко – психологічних особливостей пацієнтів з КВР слід також віднести зниження настрою, оціненого за шкалою САН. Так, уразі наявності КВР ці прояви зареєстровано у (83,2±3,1)%, тоді як в контролі – у (47,7±4,7)% хворих на ХЗШКТ, ($p<0,001$). Оцінка самопочуття за шкалою САН, також є інформативною клінічною ознакою психологічних особливостей хворих на ХЗШКТ з КВР. Виявлено, що у цієї категорії хворих достовірно більше скарг на незадовільне самопочуття (при КВР – у (51,0±4,2)%, без КВР – у (33,3±4,5)% пацієнтів), ($p<0,001$). Для кожного із клініко-психологічних критеріїв, отриманих за шкалою САН, визначена клінічна інформативність та прогностичне значення. Серед інших скарг астеноневротичного реєстру найбільш значимими виявилися скарги на порушення нічного сну (лише (12,6±2,8)% пацієнтів з КВР не відмічали порушення сну; в групі контролю – (48,2±4,7)% пацієнтів), підвищену збудливість (86,7%) та пітливість (73,0%).

У цілому, пацієнти з КВР за частотою астено-вегетативних проявів відрізнялися від групи порівняння (наведено у ранговій послідовності): зменшенням буденної активності, частими порушеннями нічного

сну, виразним зниженням настрою, більш частими проявами підвищеної пітливості, виразною збудливістю та частими проявами незадовільного загального самопочуття. Перелічене свідчить на користь більш тяжкого психосоматичного стану пацієнтів з КВР, що повинно враховуватися в системі клінічного моніторингу пацієнтів з БД (шляхом застосування опитувальника САН).

Вивчення диспепсичного синдрому серед пацієнтів з ХЗШКТ виявило, що найбільш частим його проявом є наявність нудоти – у 53,2% хворих, діареї – у 62,5%, відрижки – у 25,0% та закрепку – у 3,0%. Однак, хворі на ХЗШКТ у поєднанні з КВР відрізнялися тим, що серед них достовірно рідше реєструвалися прояви нудоти та частіше мали місце прояви буркотіння (при КВР – у (18,9±3,3)%, без КВР – у (9,9±2,8)% хворих на ХЗШКТ, ($p<0,05$). Як відомо з опублікованих результатів, наведене може бути проявом більш частого порушення моторно-евакуаційної функції шлунково-кишкового тракту [7].

Аналіз больового синдрому у хворих на ХЗШКТ виявив, що хворі з КВР не відрізнялися від пацієнтів контрольної групи за частотою/виразністю та тривалістю проявів больового синдрому. Однак, слід зазначити, що відмінністю між групами порівняння є частота ірадіації болю, яка була більшою в групі хворих на ХЗШКТ, які мають КВР. Отже, больовий синдром, уразі наявності КВР, має «класичні прояви» за виключенням більш часті ірадіації болю. Водночас, зазначаємо, що проведений кореляційний аналіз наявності синдромів у хворих на ХЗШКТ з КВР (диспепсичний→астеноневротичний; абдомінально-больовий → диспепсичний; абдомінально-больовий → нейровегетативний) виявив середньої сили позитивний кореляційний зв'язок ($r=+0,41$, $p<0,01$; $r=+0,52$, $p<0,001$; $r=+0,62$, $p<0,001$ відповідно).

У хворих на ХЗШКТ з КВР відмічено характерне поєднання кількох синдромів у різних варіаціях, що вимагає виконання діагностики не лише на ретельно зібраному анамнезі, а й на встановленні специфічного симптомокомплексу, як відображення загальних закономірностей патологічного процесу. Перебіг ХЗШКТ з КВР та з наявністю різних синдромів, зумовлений дискоординацією нервових і гормональних механізмів регуляції функцій біліарної системи, а саме: моторно-тонічними у поєднанні з психосоматичними порушеннями. Ендогенними тригерами клінічного перебігу цих порушень можуть виступати соціально – поведінкові фактори, зокрема наявність паління цигарок (**табл. 1**)

Стаж та інтенсивність паління, як виявилось у проведеному дослідженні, є значимими факторами. З'ясовано, що пацієнти з КВР мають достовірно більший стаж паління, ніж – без КВР ((8,2±0,9) р. та (5,6±1,4) р., відповідно ($p<0,05$), та в середньому випалюють достовірно більшу кількість цигарок на добу – (8,4±1,4) та (5,1±1,3) шт. відповідно (**табл. 1**).

Низька фізична активність, як фактор КВР у хворих на ХЗШКТ. Виявлено достовірно більшу частку пацієнтів саме серед осіб з КВР, ніж у групі контролю (відповідно (84,5±3,0)% та (58,6±4,7)%, що

Таблиця 1

Стаж та інтенсивність паління як фактор кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з ХЗШКТ

Узагальнені показники тривалості та інтенсивності паління цигарок	Клінічні групи хворих					
	разом		з КВР n ₁ =143		без КВР n ₂ =111	
	абс.	(M±m)%	абс.	(M±m)%	абс.	(M±m)%
стаж паління, роки	214	7,2±1,5	135	8,2±0,9	79	5,6±1,4 ^a
кількість за день, штук	214	7,6±1,0	135	8,4±1,4	79	5,1±1,3 ^b
індекс курця, пачки/роки	214	54,7±2,3	135	69,2±1,6	79	30,1±1,9 ^a

Примітка: ^a – достовірна відмінність за показником стажу паління на рівні p≤0,05; ^b – достовірна відмінність за показником інтенсивності паління на рівні p≤0,05; ^a – достовірна відмінність за узагальненим «індексом курця» на рівні p≤0,001.

Таблиця 2

Алгоритм оцінки кардіоваскулярного ризику за комплексом клініко-анамнестичних та поведінкових факторів

Індикатори оцінки кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з біліарною дисфункцією	Патометричні коефіцієнти	
	критерій	ПК
1. Зниження буденної активності	так	+5,0
	ні	-3,7
2. Наявність та стаж паління	не палить	-7,0
	палить менше року	-3,0
	1ч5 р.	+1,6
	5ч10 р.	+6,7
3. Порушення нічного сну	не поруш	-5,8
	інколи	+1,6
	часто	+2,9
4. Самооцінка: зниження настрою	так	+2,4
	ні	-4,9
5. Кратність харчування (3 та більше добу)	так	-2,1
	ні	+3,2
6. Низька фізична активність (<10 год / тиж.)	так	-4,3
	ні	+1,6
7. Алкоголь: частота вживання	інколи	-5,3
	помірно	+1,0
	часто	0,0

Шкала оцінки кардіоваскулярного ризику за клініко – анамнестичними та поведінковими факторами		
ПК _{min} ≤ -13,0	невизначений ризик	ПК _{max} ≥ +13,0
відсутній ризик		високий ризик

мають фізичну активність менше 10 год на тиждень, (p<0,001). Серед пацієнтів з КВР достовірно більше осіб, які помірно вживають алкогольні напої – (83,9±3,1)%, на відміну від групи контролю – (65,8±4,5)% осіб, (p<0,001). Не дивлячись на наявність ХЗШКТ, пацієнти з КВР достовірно відрізняються від групи контролю за показником «кратність харчування», (p<0,001). Так, переважно двократний прийом їжі мають (33,6±3,9)% пацієнтів з КВР та (23,4±4,0)% пацієнтів контрольної групи. При цьому, режим триразового харчування практично половиною пацієнтами з КВР не виконується. Наведене, поряд з більшою частотою та інтенсивністю паління, а також помірним вживанням алкоголю, свідчить на користь незадовільної профілактичної активності хворих з КВР.

За даними вивчення клініко-анамнестичних та поведінкових факторів, застосовуючи стандартизовану процедуру визначення діагностичної цінності та прогностичного значення кожного із факторів, опрацьовано алгоритм прогнозування КВР у пацієнтів з ХЗШКТ. Структурно, алгоритм

має вигляд таблиці, яка включає індикатори оцінки, прогностичні коефіцієнти (ПК) і шкалу оцінки результату прогнозування (табл. 2). Принципи прогнозування базуються на послідовній процедурі розпізнавання з використанням табличного алгоритму, критеріями прогнозу в якій є найбільш інформативні та значущі з них.

По кожному індикатору визначають його наявність або відсутність, а відповідні патометричні коефіцієнти додають. По досягненню порогової суми коефіцієнтів (-13 або +13), з використанням шкали визначають ризик.

Верифікація розробленого нами алгоритму, виконана у обстежених групах пацієнтів, показала, що частота помилок першого роду становить 9,8% (у 14 пацієнтів зі 143 визначено наявність низького ризику); помилок другого роду – 7,2% (у 8 пацієнтів зі 111 визначено наявність високого ризику). Отже, специфічність прогностичного алгоритму – 86,0%, а його чутливість – 85,8%.

Висновки.

1. Досліджено частоту та визначено прогностичне значення клініко-анамнестичних та поведінкових факторів формування кардіоваскулярного ризику у хворих на ХЗШКТ.

2. Найбільш впливовими з факторів виявилися (подані у ранговій послідовності): зниження буденної активності (оцінюється за методикою САН), стаж та інтенсивність паління цигарок, порушення нічного сну, зниження настрою, нерегулярне харчування, низька фізична активність та вживання алкоголю.

3. Для раннього виявлення факторів ризику розвитку серцево-судинної патології, опрацьовано алгоритм, що враховує виявлені в дослідженні інформативні індикатори у хворих на ХЗШКТ.

4. Застосування опрацьованого алгоритму орієнтовано на рівень лікаря загальної практики (сімейного лікаря), як попередній етап поглибленого

обстеження. Верифікація розробленого нами алгоритму підтвердила специфічність прогностичного алгоритму (86,0%) та його чутливість (85,8%), при застосуванні в умовах амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Перспективи подальших досліджень з цієї проблеми пов'язані з необхідністю подальшого вивчення взаємозв'язків між патогенетичними механізмами ХЗШКТ та рівнем КВР у молодому віці.

Література

1. Біловол О. М. Особливості формування порушень системної гемодинаміки та ремоделювання серця у хворих на хронічний холецистит в поєднанні з гіпертонічною хворобою / О. М. Біловол, В. М. Хворостінка, Л. Р. Боброннікова // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: тем. збірник наукових праць. – 2009. – Вип. 1-2. – С. 503-512.
2. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – №11(1). – С. 40-41.
3. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов / Е. В. Гублер. – Ленинград: Медицина, 1978. – С. 274.
4. Журавльова Л. В. Вплив метаболічних порушень на показники центральної гемодинаміки у хворих на хронічний холецистит у поєднанні з гіпертонічною хворобою / Л. В. Журавльова, Л. Р. Боброннікова // Медицина Сьогодні та завтра. – 2010. – №1. – С. 39-44.
5. Лисенко Г. І. Концепція та логіка вирішення задач сімейної медицини / Г. І. Лисенко, В. О. Мінцер // Сімейна медицина. – 2006. – №4. – С. 9-10.
6. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. – 2008. – № 5-6. – С. 123-129.
7. Пат. 52370 У. Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб оцінки тяжкості порушень моторно – евакуаційної функції шлунково-кишкового тракту / Шкляр С. П., Просоленко К. О., Опарін А. Г., Шутова О. В. (UA). – Заявл. 16. 04. 2002; заявка № 2002043076; опубл. 16. 12. 2002 // Промислова власність, 2002. – №12.
8. Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он? / В. Ю. Приходько // Здоров'я України. – 2010. – №3. – С. 18-19.
9. Органов Р. Г. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина // Кардиология. – 2008. – №5. – С. 85-89.
10. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2006. – №1. – С. 52-60.
11. Харченко Н. В. Підходи до лікування хворих з дисфункцією сфінктера Одді / Н. В. Харченко, Г. А. Дорогавцева // Сучас. гастроентерологія. – 2009. – № 3. – С. 75-80.
12. Шальнова С. А. Оценка суммарного риска сердечно – сосудистых заболеваний. Комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно – сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия. – 2005. – №3. – С. 54-56.
13. Bhatt D. L. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman // JAMA. – 2006. – №295. – P. 180-189.
14. Conroy R. M. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project / R. M. Conroy, K. Pyörälä, A. P. Fitzgerald [et al.] // Eur. Heart Journal. – 2003. – № 24. – P. 987-1003.
15. Rantanen P. Promoting Women's Heart Health by Screening for Vascular Risk Factors Among Middle-Aged Women: Methods and Baseline Results from a Preventive Trial / P. Rantanen, J. Julkunen, H. Vanhanen // Vascular Disease Prevention. – 2009. – № 6. – P. 17-24.

УДК 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ В ОЦІНЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ

Панченко М. С.

Резюме. Досліджено частоту та визначено прогностичну цінність клініко-анамнестичних та поведінкових факторів стосовно формування кардіоваскулярного ризику в хворих на хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту. Обґрунтовано скринінговий алгоритм для впровадження на рівні сімейного лікаря.

Ключові слова: медична психологія, кардіоваскулярний ризик.

УДК 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Панченко Н. С.

Резюме. Изучена частота и определено прогностическое значение клинико-анамнестических и поведенческих факторов относительно формирования кардиоваскулярного риска у больных хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Обоснован скрининговый алгоритм для внедрения на уровне семейного врача.

Ключевые слова: медицинская психология, кардиоваскулярный риск.

UDC 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

Prognostic Significance of Medical and Psychological Factors in the Assessment of Cardiovascular Risk **Panchenko M. S.**

Abstract. *The aim of the study* was to determine the predictive value of medical and psychological factors for assessing cardiovascular risk in patients with chronic gastrointestinal disease.

Materials and methods. The primary information base for the implementation of the research was the result of complex clinical-anamnestic examination of young patients with CGD (chronic gastrointestinal diseases). Main characteristics (frequency, diagnostic and prognostic values) clinic – syndrome manifestations studied in comparative analysis two groups of patients: one group were the patients with CGD CVR ($n_1 = 142$ persons), the second – control (patients with no CGD CVR ($n_2 = 108$ people). analysis of the distribution of individual factors in two groups patients allowed from the standpoint of evidence-based medicine and the use of modern methods of clinical – statistical analysis (variance, correlation analysis) and prognosis methods (serial analysis of Wald modifying E. V. Hublera), determining the diagnostic value (I_2 , bit), predictive value and impact factors performing the differences between two compared groups (η^2) and prognostic factors (PF). Justification of CVR indicators in patients with CGD applied above quantitative Clinical characteristics – anamnestic and behavioral factors as well as factors that characterize the psychosomatic patient's condition (differentiated self-assessment methodology – DSAM). The data regarding the information content factors of risk to allow studying the information model and the process formation of CVR and tabular algorithm for its evaluation in patients with CGD.

Results and discussion. Frequency and severity of claims asthenoneurotic registry investigated in comparable clinical groups. For standardization getting results used questionnaire DSAM (Score: health, activity, mood) and the results of clinical – anamnestic examining patients using specially processed 'medical history patients'. In patients group with CVR revealed reality low level of activity – in ($66,4 \pm 3,9$) %, at that time in control group only ($20,7 \pm 3,8$) %, ($p < 0.001$). The clinic – psychological characteristics of patients with CVR including mood depressed, measured on a scale DSAM. If we have the case with CVR these symptoms register ($83,2 \pm 3,1$) %, but in control group we have only ($47,7 \pm 4,7$) % patients with CGD, ($p < 0,001$). Appreciation the health condition of the patient on the scale DSAM is also informative clinical sign of psychological characteristics of patients CGD with CVR. It was found that these patients had more complaints of health (CVR – ($51,0 \pm 4,2$) %, without CVR – ($33,3 \pm 4,5$) %) ($p < 0.001$).

In general the patients with CVR on the frequency of asthenic-autonomic manifestations differed from the comparison group (listed in rank order): a decrease of everyday activities, frequent sleep at night, a clear decrease in mood, more frequent manifestation of excessive sweating, irritability and frequent expressive manifestations of general health.

Studying dyspeptic syndrome in patients with CGD found that the most frequent symptoms nausea – in 53.2 %, diarrhea – in 62.5 %, burping – in 25.0 % and constipation – 3.0 %. From published results it can be a symptom of motor – evacuation disorders of the gastrointestinal tract.

Analysis the pain syndrome in patients with CGD found that patients with CVR didn't differ from the control group. However it should be noted that the difference between comparison groups is frequency irradiation of pain, which was higher in patients on CGD having CVR. The patients CGD with CVR seen syndromes characterized by a combination of several different variations, which requires diagnosing not only in case history, establishing the specific symptom, as a reflection of the pathological process.

The prolong smoking in this investigation was significant factors. It has been shown that patients with CVR have significantly greater experience of smoking than – without CVR ($8,2 \pm 0,9$) and ($5,6 \pm 1,4$) according ($p \leq 0,05$), and probably smoke the greater number of cigarettes per day – ($8,4 \pm 1,4$) and ($5,1 \pm 1,3$).

Low physical activity is a factor patient's CGD with CVR. We found significantly greater number the patients are among with CVR than in the control group (respectively, ($84,5 \pm 3,0$) % and ($58,6 \pm 4,7$) %), with physical activity less than 10 hours a week ($p < 0.001$). Among patients with CVR more patients who take alcohol moderately – ($83,9 \pm 3,1$) %, unlike in the control group – ($65,8 \pm 4,5$) % ($p < 0.001$).

According to the study clinic – anamnestic and behavioral factors using a standardized procedure for determining the diagnostic value and prognostic significance every of these factors elaborated algorithm for predicting CVR in patients with CGD. Verification algorithm made by us in the examined groups of patients showed that the frequency of errors of the first kind 9.8 % (14 patients with 143 identified the presence of low-risk); the errors of the second kind – 7.2 % (8 patients with 111 identified the presence of high risk). Thus, the specificity of the predictive algorithm – 86.0 %, and its sensitivity – 85.8 %.

Conclusions. Investigated the frequency and prognostic value of defined clinical – anamnestic and behavioral factors of forming cardiovascular risk in patients with CGD. The most important factors were (listed in rank order): reduction of daily activity (measured by the method DSAM), prolong and intensity of smoking, sleepless, depressed mood, irregular diet, physical inactivity and alcohol abuse. For early detection of risk factors for cardiovascular disease, made algorithm that takes into account identified in the study are informative indicators in patients with CGD. Application elaborated algorithm focuses on the physician's level category (family doctor) as the first stage in-depth examination. The verification of algorithm was confirmed the specificity a predictive algorithm (86.0 %), and its sensitive in outpatient – polyclinic care (85.8 %).

Key words: medical psychology, cardiovascular risk.

Рецензент – проф. Катеренчук І. П.

Стаття надійшла 21. 11. 2013 р.