

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З СОМАТИЧНОЮ
ПАТОЛОГІЄЮ ТА КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК****Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України (м. Харків)**

Дослідження виконано згідно з планом НДР кафедри сімейної медицини, народної та нетрадиційної медицини, санології ХМАПО (зав. каф. – д-р мед. наук, проф. С. П. Шкляр): «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки клінічної ефективності застосування традиційних методів» (держреєстрація № 0108U004265; 2008-2013 р.) та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи автора.

Вступ. Серед пріоритетних стратегій, запропонованих ВООЗ є підготовка та безперервне удосконалення кваліфікації медичного персоналу, скринінг та усунення впливу факторів ризику [18], розробка нових методів та методологічних підходів до клініко-популяційних технологій оцінки ризику, що уповній мірі відноситься і до медико-психологічного моніторингу кардіоваскулярного ризику (КВР) у пацієнтів з соматичною патологією (СП) [5, 14].

Проблемні питання лікування пацієнтів з СП можна вважати частково вивченими, 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 [11, 13, 17]. Це вимагає й удосконалення концепції діяльності сімейного лікаря, задля підвищення ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу в пацієнтів з КВР. Окремою стратегією, здатною ефективно застосовуватися у системі інтегрованої профілактики на рівні первинної медико-санітарної допомоги є реалізація скринінгових технологій у практичній діяльності лікарів загальної практики / сімейної медицини [1,6,20].

Мета дослідження полягала у вивченні психосоматичних особливостей пацієнтів з СП за умов наявності кардіоваскулярного ризику.

Об'єкт і методи дослідження. Аналіз закономірностей формування психосоматичних особливостей пацієнтів з СП виконано шляхом комплексного клінічного та психологічного обстеження. Для вивчення оцінки хворими самопочуття, активності і настрою застосовано тест диференційної самооцінки функціонального стану, збудований на принципі полярних профілів Ч. Осгуда-СДФ [3]. Для визначення рівня тривожності, як властивості психіки і

стану хворих, використано шкалу особистісної і реактивної тривожності С. D. Spielberger, адаптовану Ю. Л. Ханіним [16]. Рівень нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н. І. Eysenck [19]. Для вивчення особливостей реагування на захворювання застосовано особистісний опитувальник Санкт-Петербурзького психоневрологічного інституту ім. В. М. Бехтерева [7, 8]. Це дозволило з позицій доказової медицини та за рахунок порівняльного вивчення в двох клінічних групах (КГ) вивчити показники диференційної самооцінки, особистісної та реактивної тривожності та соціального функціонування пацієнтів. До першої КГ віднесені пацієнти ($n_1 = 37$), у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність клінічних варіантів хронічного безкам'яного холецистититу (ХБХ) за умов відсутності КВР. До другої КГ віднесені пацієнти ($n_2 = 58$), у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність клінічних варіантів ХБХ у поєднанні з КВР, визначеним за адаптованою методикою [12].

При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2], варіаційна статистика [9,15], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [4].

Результати досліджень та їх обговорення. Залежно від наявності КВР з'ясовано, що хворі першої та другої клінічних груп не відрізнялись за показниками оцінки самопочуття (відповідно 100,0% та $98,3 \pm 1,7$)% мали низькі значення самооцінки). В середньому, при референтному рівні самооцінки, який становить 5,4 бали, практично абсолютна більшість обстежених хворих – $(98,3 \pm 1,7)$ % мали зниження самооцінки, що у цілому характеризувалось 28,0% зниженням рівня задоволеності самопочуттям.

При аналізі рівнів особистісної тривожності з'ясовано, що у цілому пацієнти обох клінічних груп характеризуються надмірною (в середньому на 49,3% вища ніж референтні значення) тривожністю, рівень якої залежить ($p < 0,05$) від наявності КВР. Серед хворих з «ізолюваними» клінічними варіантами БД найбільша частка мала помірно (у межах 31-45 б.) підвищений рівень особистісної тривожності – $(62,2 \pm 8,0)$ % хворих, тоді як за наявності КВР – більшість пацієнтів мали високий (понад 45 б.)

рівень особистісної тривожності – у $(56,9 \pm 6,5)$ хворих. Аналіз показників реактивної тривожності виявив, що в середньому її рівень на 45,5% перевищує референтні значення, а у межах цих значень – лише $(2,1 \pm 1,5)$ хворих, тоді як помірний рівень (31445 б.) реактивної тривожності у групах відповідно становить $(62,2 \pm 8,0)\%$ та $(65,5 \pm 6,2)\%$ хворих; більш як третина осіб молодого віку, незалежно від наявності КВР має високий рівень реактивної тривожності. Наведе свідчить про особливості реагування пацієнтів з біліарною дисфункцією, що проявляється у формуванні психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності незалежно від наявності КВР, тоді як при поєднанні КВР – особистісна тривожність додатково та достовірно ($p < 0,001$) зростає, що може бути підґрунтям формування соматогенного астенічного симптомокомплексу.

Аналіз характерологічних особливостей пацієнтів з ХБХ зокрема показників екстра / інтроверсії та рівня нейротизму виявив, що у цілому $(24,2 \pm 4,4)\%$ хворих мають виразний, а $(28,4 \pm 4,6)\%$ – високий рівень нейротизму, що характеризує не урівноваженість нервово-психічних, лабільність вегетативних процесів та емоційну нестійкість. Залежно від наявності КВР виявлені достовірні ($p < 0,05$) відмінності у рівні нейротизму. Так, в другій групі хворих понад 20,0% осіб мали високий та дуже високий рівень нейротизму (відповідно – $(2,7 \pm 2,7)\%$ та $(18,3 \pm 6,4)\%$ хворих); невротизація хворих теж достовірно ($p < 0,001$) зростає та сягає 80,0% осіб: з високим рівнем – $(32,4 \pm 5,7)\%$ хворих з дуже високим – $(44,1 \pm 6,0)\%$ хворих; середні значення рівня нейротизму у разі наявності КВР зростає з 10,0 до 14,8 балів. Зважаючи на те, що показники екстра / інтравертованості хворих є достатньо стабільними характеристиками, а показник нейротизму корелює зі станом емоційної напруженості, можна дійти висновку, що у разі наявності КВР має місце зміна характерологічних рис особистості на тлі зростання рівня емоційної напруженості хворих. Це свідчить з одного боку – про достовірне ($p < 0,05$) зростання рівня нейротизму (з одночасним зростанням питомої ваги хворих, які мають його високі та дуже високі рівні), з іншого – про зростання (у разі наявності КВР) питомої ваги хворих інтровертів за рахунок зменшення питомої ваги екстравертів (КГ-I – $(35,1 \pm 7,8)\%$; КГ-II $(3,4 \pm 2,4)\%$ хворих).

Застосування психологічного діагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей пацієнтів з ХБХ дозволило охарактеризувати вплив КВР на психосоматичний стан хворих. При ХБХ гармонійність взаємовідношень хворих з оточуючими достовірно ($p < 0,05$) менша ніж у віддаленому $(3,94 \text{ та } 5,22 \text{ б.}, \text{ відповідно})$ та характеризується достовірно ($p < 0,05$) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (перша група – $(94,6 \pm 3,7)\%$ хворих; друга – $(73,9 \pm 5,3)\%$ хворих). Загалом, $(85,3 \pm 3,6)\%$ хворих на ХБХ характеризуються як психологічно дисгармонійні особи. Наведене свідчить про наростання активності процесів порушення

гармонійності особистості хворого у наявності КВР; соматогенно зумовлений рівень тривожності зростає за наявності КВР. Так, якщо в КГ-I висока тривожність зареєстрована у $(10,8 \pm 5,1)\%$ хворих, то КГ-II – достовірно ($p < 0,001$) частіше – у $(44,8 \pm 6,5)\%$ хворих. При цьому рівень тривожності зростає майже в два рази: з 1,77 б до 3,98 б., що свідчить і про зростання ризику.

Слід зазначити, що рівень неврастенічності обстежених пацієнтів обох клінічних груп не сягає діагностичних порогів та, при цьому, зростає у разі наявності КВР (відповідно 1,77 б. та 2,64 б.), водночас, збільшується і питома вага хворих, особистості яких властива неврастенічність (відповідно $(43,2 \pm 8,1)\%$ та $(59,6 \pm 6,5)\%$ хворих). Досить цікавим є трансформація показників обесивності, сенситивності та егоцентричності, залежно від наявності у пацієнтів з ХБХ кардіоваскулярного ризику. Так, якщо при ХБХ у особистісних властивостях хворих переважає егоцентричність та сенситивність, то за умов поєднання ХБХ з КВР – обесивність.

Характерологічні особливості особистості хворих достовірно різняться ($p < 0,001$) залежно від наявності КВР та можуть бути використані у системі скринінгової і диференційної діагностики психосоматичних розладів. При аналізі результатів дослідження виявлено «розшарування» контингенту хворих на осіб з низьким та високим рівнем ейфоричності (високий рівень у КГ-I діагностовано у $(21,6 \pm 6,8)\%$ хворих, тоді як в КГ-II – у $(5,2 \pm 2,9)\%$ хворих), що може свідчити на користь різних психогенних механізмів реагування на хворобу та недооцінку хворими наслідків існуючого у них КВР. Визначення впливу ХБХ на соціальне функціонування пацієнтів складалося із використання результатів самооцінки пацієнтами за факторами «сила та енергія», відношення до хворого у сім'ї та у колективі, а також у спілкуванні, ступеня обмеженості у отриманні задоволень, обмеження у вільному часі, професійному зростанні та інших значимих у повсякденному житті факторів.

Значне зниження «сили та енергії» зазначили $(47,4 \pm 5,1)\%$ з 95 хворих на ХБХ; достовірно ($p < 0,05$) більше таких осіб серед хворих з «ізолюваним» ХБХ – $(73,0 \pm 7,2)\%$, тоді як за наявності КВР – у $(31,0 \pm 6,1)\%$ хворих. Середня виразність цього фактору теж менша: КГ-I – 2,7 б., КГ-II – 3,6 б., що свідчить про психологічно більш виразний дискомфорт та дезадаптацію пацієнтів з «ізолюваними» варіантами ХБХ. За самооцінкою хворих, виразно змінилось відношення до них в сім'ї. Так $(90,5 \pm 3,0)\%$ осіб зазначили зміну взаємин з близькими та рідними; дещо менша, але досить значима частка хворих зазначили погіршення взаємин у колективі за місцем навчання чи роботи (КГ-I – $(86,5 \pm 5,6)\%$, КГ-II – $(95,6 \pm 2,4)\%$ хворих), що безперечно здатне впливати на психосоматичний стан пацієнтів. Як з'ясовано, наявність ХБХ обмежує повсякденне життя хворих, зокрема у отриманні різних проявів задоволення (фізичного, естетичного, інтелектуального та ін.), що зазначили $(69,5 \pm 4,7)\%$ осіб; залежно від наявності КВР, збільшується ($p < 0,05$) і частка

осіб з такими скаргами (КГ-I – (62,2±8,0)% осіб; КГ-II – (86,5±5,6)% осіб). Аналогічною тенденцією характеризується і обмеження у вільному часі.

Слід зазначити, що практично всі із 95 хворих на ХБХ – (96,8±1,8)% мають проблемні стосунки або обмеження у спілкуванні з друзями, колегами, співробітниками. Рівень цього обмеження, практично, не залежить від наявності КВР; окрім того, значні матеріальні збитки, пов'язані зі станом здоров'я мають (29,5±4,7)% хворих та ще (41,1±5,0)% хворих зазначають помірний рівень збитків, що теж не залежить ($p > 0,05$) від наявності КВР.

Інтегральний показник особистісної соціалізації психосоматичного стану 95 пацієнтів з ХБХ знаходиться на рівні (2,34±2,42) б., що у перерахунок на відсотки інтегрального показника якості життя, зв'язаного з хворобливим станом відповідає (46,84±9,4)% , тобто майже на 50,0% рольове соціальне функціонування пацієнтів знижено під впливом захворювання. Серед хворих з «ізолюваними» варіантами ХБХ (96,4±3,7)% мають інтегральну оцінку на рівні 3,0 б. і нижче, тоді як за наявності поєднаного з БД КВР таких хворих достовірно ($p < 0,05$) менше – (65,9±6,0)%, що свідчить про більшу соціально – рольову обмеженість пацієнтів КГ-I та є індикатором потреби таких хворих, принаймні, у психогігієнічних заходах на рівні лікаря загальної практики / сімейним лікарем.

Із урахуванням отриманих даних клінічного психологічного вивчення, які свідчать про клінічну гетерогенність хворих щодо їх психосоматичного стану. При «ізолюваних» клінічних варіантах ХБХ найбільш актуальними є (перші 5 рангів у послідовності зменшуваної частоти): зниження настрою – у (94,6±3,7)% хворих, наявність високого рівня чутливості – (83,8±6,1)%, низького рівня реактивної тривожності – (62,2±8,0)%, зниження активності – (64,9±7,8)% та зниження рівня ейфоричності – (78,4±6,8)% хворих.

Висновки.

1. У пацієнтів з ХБХ на тлі формування психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, зростає емоційна напруженість та невірноваженість нервовопсихічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та її збудливість, що за умов наявності КВР призводить до «фіксації» у внутрішній картині хвороби психосоматичних розладів.

2. За наявності КВР та ХБХ серед пацієнтів має місце більша частота проявів іпохондричності: КГ-I – у (5,4±3,7)% хворих, КГ-II – (13,8±4,5)% хворих. Виразність проявів іпохондричності хворих збільшується (від 1,18 б. до 2,64 б.) за наявності КВР. Водночас, апатичність, як властивість особистості незалежно від наявності КВР, пацієнтам з ХБХ не властива та не входить до структури «внутрішньої картини» перебігу захворювання.

3. Особистісні особливості хворих на ХБХ характеризуються стабільними показниками екстра / інтравертованості хворих, а рівень нейротизму взаємозв'язаний зі станом емоційної напруженості; характерологічні особливості, залежно від наявності КВР, достовірно різняться ($p < 0,01$) та можуть бути використані у системі скринінгової і диференційної діагностики.

4. Ранговий розподіл факторної структури особистості у разі наявності КВР, відрізняється та вповнюється наступними особистісними факторами (перші 5 рангів): зниженням настрою – у (94,8±2,9)% хворих, зниженням активності – (86,2±4,5)% та рівня ейфоричності – (94,8±2,9)% хворих, а також обмеженням сили та енергії – у (87,9±6,3)% хворих та зростанням рівня нейротизму – у (44,1±6,0)% хворих, що свідчить на користь поглиблення психосоматичних порушень у разі наявності КВР.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням медико-психологічної складової моніторингу КВР у хворих на ХБХ з індивідуалізацією профілактичних, діагностичних засобів та лікувальної тактики стосовно цих хворих на рівні сімейного лікаря.

Література

1. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – № 11(1). – С. 40-41.
2. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процесов / Е. В. Гублер. – Ленинград: Медицина, 1978. – С. 274.
3. Доскин В. А., Лаврентьева Н. А., Стронгина О. М. Психологический тест «САН» применительно к исследованиям в области физиологии труда / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, О. М. Стронгина // Гигиена труда и проф. заболевания. – 1975. – № 5. – С. 28-32.
4. Ледошук Б. О. Проблеми систематичних і випадкових помилок під час планування та виконання наукових досліджень / Б. О. Ледошук, Н. К. Троцюк // Демографічна та медична статистика у XXI столітті: Мат. конф. – К., 2004. – С. 121-124.
5. Лисенко Г. І. Конституційно – біологічні та генеалогічні фактори кардіоваскулярного ризику / Г. І. Лисенко, Н. В. Кіча, С. В. Данилюк // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – № 4. – С. 192-196.
6. Лисенко Г. І. Концепція та логіка вирішення задач сімейної медицини / Г. І. Лисенко, В. О. Мінцер // Сімейна медицина. – 2006. – № 4. – С. 9-10.
7. Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А. Е. Личко // Методы психол. диагностики. – Л.: Медицина, 1983. – С. 102-115.
8. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. -1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195-1198.
9. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / В. А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.

10. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. – 2008. – № 5-6. – С. 123-129.
11. 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.
12. Пат. 52370 У. Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб оцінки тяжкості порушень моторно – евакуаційної функції шлунково-кишкового тракту / Лисенко Г. І., Кіча Н. В. (UA). – Заявл. 16. 04. 2002; заявка № u 2002043076; опубл. 16. 12. 2002 // Промислова власність, 2002. – № 12.
13. Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он ? / В. Ю. Приходько // Здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 18-19.
14. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево – судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52-60.
15. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. / Підручник. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.
16. Ханин Ю. Л. Исследование тревоги в спорте // Вопр. психологии. – 1978. – № 5. – С. 94-106.
17. 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.
18. 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.
19. Eysenck H. J. Neurosen-Ursachen und Heilmethoden / H. J. Eysenck, S. Rachman. – Berlin : Deutsch. Verlag d. Wissenschaften, 1968. – 290 p.
20. 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

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК

Панченко М. С.

Резюме. Досліджено психосоматичний стан хворих на хронічний безкам'яний холецистит та визначені особистісні і характерологічні відмінності пацієнтів, а також факторна структура особистості у разі наявності кардіоваскулярного ризику. Доведено необхідність урахування психосоматичного стану хворих на ХБХ на етапах психологічного моніторингу кардіоваскулярного ризику на первинному рівні надання медичної допомоги.

Ключові слова: хронічний безкам'яний холецистит, кардіоваскулярний ризик, сімейна медицина, психосоматика.

УДК 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ АВТОЛОГИЕЙ И КАРДИО-ВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК

Панченко Н. С.

Резюме. Исследовано психосоматическое состояние больных на хронический безкаменный холецистит (ХБХ) и определены личностные и характерологические отличия, а также факторная структура личности пациентов с повышенным кардиоваскулярным риском. Доказана необходимость учёта психосоматического состояния больных с ХБХ на этапах медико-психологического мониторинга кардиоваскулярного риска на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: хронический безкаменный холецистит, кардиоваскулярный риск, семейная медицина, психосоматика.

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

Psychological Features of Patients with Somatic Diseases and Cardiovascular Risk

Panchenko M. S.

Abstract. Introduction. Priority strategies proposed by the WHO is training and continuous improvement of the training of medical personnel, screening and eliminating the influence of risk factors, the development of new methods and methodological approaches to clinical and population-based risk assessment technology that fully applies to the extent of monitoring of cardiovascular risk (CVR) in patients with somatic pathology (SP).

The aim of the study was to examine the characteristics of psychosomatic patients with SP subject to cardiovascular risk.

Materials and methods. Analysis of patterns of psychosomatic features of patients with SP is made through a comprehensive clinical and psychological examination. The first clinical group included patients who, according to the diagnostic standards were verified by the presence of clinical variants of chronic acalculous cholecystitis (CAC) in the absence of CVR. The second – patients who, according to the diagnostic standards were verified by the presence of clinical variants CAC combined with CVR defined by the adapted method.

Results and discussion. Depending on the availability of CVR found that patients of first and second clinical groups did not differ on indicators of health assessment (respectively 100.0% and $(98,3 \pm 1,7)$ % had low values of self-esteem). On average, during the reference level of self-esteem, which is 5.4 points, almost absolute majority of the patients – $(98,3 \pm 1,7)$ % had a decrease in self-esteem, which in general characterized by 28.0% decrease in the level of satisfaction of feeling. Exploring levels of mood revealed no significant differences, depending on the availability of CVR. It should be noted that the decline in sentiment was similar in the study group and averaged $(3,72 \text{ ч } 3,75)$, which in 17.0% lower than the reference values and identified in $(94,6 \pm 2,3)$ % patients. The above indicates a significant ($p < 0.05$) difference in performance and, consequently, a significant self patients database combined with CVR their activity, which can be explained by the formation of psychosomatic condition which is in the form of psychological maladjustment reactions with subsequent psychological adjustment to life in new conditions the presence of high CVR.

It was found in analyzing of the levels of trait anxiety that patients in whole both clinical groups characterized by excessive (on average 49.3% higher than the reference value) anxiety level which depends on ($p < 0.05$) on the presence of CVR. The largest share was moderate (range 31-45 points) among patients with “isolated” clinical variants of biliary dysfunction. Elevated levels of trait anxiety – $(62,2 \pm 8,0)$ % of patients, whereas the presence of CVR – most patients had high (over 45 d.) level of personal anxiety – in $(56,9 \pm 6,5)$ patients. Analysis of reactive anxiety found that the average level of 45.5% over the reference value, and within these values – only $(2,1 \pm 1,5)$ patients, whereas moderate (31 ч 45 points) Reactive anxiety in the groups is $(62,2 \pm 8,0)$ % and $(65,5 \pm 6,2)$ % of patients, more than a third of young people, regardless of CVR has a high level of reactive anxiety. However demonstrates the features of responding patients with biliary dysfunction, which is manifested in the formation of psychosomatic condition characterized by high levels of both personal and reactive anxiety irrespective of CVR, whereas the combination of CVR – personal anxiety and additionally significantly ($p < 0.001$) increases, which could be the basis of forming somatogenic asthenic syndrome.

Taking into consideration the data of clinical psychological study that indicates the clinical heterogeneity of patients about their psychosomatic condition. In the “isolated” clinical variants of CAC most relevant are (first 5 ranks in sequence decreasing frequency): depressed mood – in $(94,6 \pm 3,7)$ % of patients, the presence of high levels of sensitivity – $(83,8 \pm 6,1)$ %, the low level of reactive anxiety – $(62,2 \pm 8,0)$ %, decrease in activity – $(64,9 \pm 7,8)$ % and reduce euphoria – $(78,4 \pm 6,8)$ % in patients.

Conclusions. Patients with CAC on the background of the formation of psychosomatic condition which is characterized by high levels of personal and reactive anxiety, increased emotional tension and imbalance nervous processes lability of the autonomic nervous system and its excitability that under the presence of CVR leads to “fix” in the inner film diseases of psychosomatic disorders.

In case of CVR and CAC among patients is a greater frequency of hypochondria expressions: CG (clinical group) -I – in $(5,4 \pm 3,7)$ % of patients, CG -II – $(13,8 \pm 4,5)$ % of patients. Severity of manifestations hypochondria in patients increased (from 1.18 to 2.64 to points) in the presence of CVR. However, lethargy as a property of the individual irrespective of CVR, is not typical for the patients with CAC nor is part of the “inner picture” of the disease.

Personal features of patients with CVC are characterized by stable performance of extra/introversion peculiarities of patients, and the level of neurotism interconnected to the state of emotional tension, characterological features, depending on the availability of CVR was significantly different ($p < 0.01$) and can be used in the screening system and differential diagnosis.

Ranked distribution factor personality structure in the case of CVR different turns and following personal factors (first 5 ranks): depressed mood – in $(94,8 \pm 2,9)$ % of patients, decreased activity – $(86,2 \pm 4,5)$ % and the level of euphoria – $(94,8 \pm 2,9)$ % of patients, and limiting power and energy – in $(87,9 \pm 6,3)$ % of patients and increasing level of neurotism – in $(44,1 \pm 6,0)$ % of patients, indicating that for increasing psychosomatic disorders in case of CVR.

Key words: chronic acalculous cholecystitis, cardiovascular risk, family medicine, psychosomatics.

Рецензент – проф. Скрипников А. М.

Стаття надійшла 20. 12. 2013 р.