

М. С. Панченко

ДОСВІД ВИВЧЕННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ
У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

pretchnick@gmail.com

Актуальність. Необхідність розробки засобів діагностики кардіоваскулярного ризику (КВР) з урахуванням психологічного портрета особистості є актуальним питанням сучасної науки.

Мета – узагальнення даних щодо частоти непсихотичних розладів психічної сфери у осіб з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

Матеріали та методи. Комплексне медико-психологічне дослідження пацієнтів (n=450) з різним рівнем КВР.

Результати. Частота реакцій психічної дезадаптації в різних ризикометричних групах була вищою серед пацієнтів з реалізованим КВР.

Соматогенно-астенічний симптомокомплекс у різних ризикометричних групах пацієнтів частіше було діагностовано у пацієнтів з реалізованим КВР. Гострі невротичні розлади виявляли частіше серед пацієнтів з високим КВР. У пацієнтів з високим КВР невротичні розлади з затяжним перебігом розвивалися частіше, ніж у хворих на серцево-судинні захворювання.

Висновки. Заходи в системі медико-психологічного моніторингу осіб з різним рівнем КВР та клініко-психологічного супроводу не тільки хворих на серцево-судинні захворювання, а й осіб з високим рівнем КВР, потребують розробки диференційованих принципів та індивідуального підходу до даної категорії пацієнтів.

Ключові слова:

кардіоваскулярний ризик, медична психологія, непсихотичні психічні порушення.

Актуальність. Дослідження, спрямовані на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію ризикометричних підходів на сьогодні є актуальними [6–9, 13, 16], оскільки, згідно з існуючими уявленнями, шкала оцінки ризику «SCORE» призначена для прогнозування смертельного (коронарного чи некоронарного) захворювання в найближчі 10 років, тоді як у молодому віці технологія оцінки кардіоваскулярного ризику (КВР) має 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 [6–10].

Серед способів діагностики та моніторингу КВР є способи, спрямовані на використання як результатів лабораторних досліджень, так і дихотомічних індикаторів ризику [1, 4, 14, 16]. Недоліком існуючих підходів є лабораторно-інструментальна формалізація в оцінках КВР, яка не враховує ні психологічного портрета особистості, ні наявності у нього непсихотичних розладів психічної сфери, що актуалізує удосконалення концепції діяльності на первинному рівні надання допомоги задля підвищення ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу пацієнтів з високим КВР [11, 13, 14].

Мета дослідження – узагальнення даних щодо частоти непсихотичних розладів психічної сфери у осіб з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

Матеріали та методи дослідження

Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного обстеження пацієнтів молодого віку (n=450), частина яких мали непсихотичні порушення психічної сфери (НППС) та які попередньо були стратифіковані за рівнем КВР, визначеним за методикою «SCORE» [1, 16]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, куріння, рівня артеріального тиску тощо і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1, 4]. Дослідження виконане за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. До групи мінімального (низького) КВР віднесено 125 пацієнтів ($n_{MP}=125$), середнього – 19 пацієнтів ($n_{CP}=119$), високого – 102 пацієнти ($n_{BP}=102$); до групи з реалізованим КВР – 104 особи ($n_{X}=104$) з діагностованими серцево-судинними захворюваннями (зокрема з гіпертонічною хворобою I–II ст.). При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2, 3, 12], варіаційна статистика [12], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності результатів [12].

Результати та їх обговорення

Клініко-патопсихологічне дослідження дозволило визначити структуру реакцій психічної дезадаптації і загальні закономірності їх розподілу залежно від рівня КВР. Разом з тим, ми виявили і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої певні кількісні та якісні особливості клінічної структури реакцій психічної дезадаптації. Результати дослідження частоти різних форм НППС за ризикометричними групами та в групі хворих з маніфестованою патологією (хворі на гіпертонічну хворобу I–II ст.) розподілились наступним чином (табл. 1).

Серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР реакції психічної дезадаптації (РПД) мали місце у (59,6±4,9) % обстежених: найпоширенішою була астенична форма РПД, найменш поширеною – афективна (відповідно (27,3±4,5) % та (6,1±2,4) %, $p \leq 0,05$). На другому ранговому місці за частотою була дистимічна форма РПД – (17,2±3,8) %, а соматоформна та афективна за частотою діагностування достовірно не відрізнялися. Серед 119 пацієнтів з середнім КВР РПД мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (44,1±4,9) % обстежених: найпоширенішою ($p \leq 0,05$) була дистимічна форма РПД, найменш поширеною – афективна форма РПД (відповідно (22,5±4,1) % та (4,9±2,1) %, $p \leq 0,05$). При цьому астенична, соматоформна та афективна форми РПД діагностувалися практично з однаковою частотою.

Серед 102 пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком реакції психічної дезадаптації мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (48,5±5,1) % обстежених: найпоширенішою була афективна форма РПД, тоді як інші варіанти РПД діагностували практично з однаковою частотою (у межах від (5,2±2,2) % – астеничний варіант, до (8,2±2,8) % – дистимічний варіант РПД, $p > 0,05$). Серед 104 пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на серцево-судинні захворювання) реакції психічної дезадаптації мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж при кардіоваскулярному ризику – у (68,3±4,6) % обстежених: найпоширенішою була астенична форма РПД ($p \leq 0,05$), а найрідше діагностували соматоформний варіант РПД – у (3,9±1,9) %.

Клініко-патопсихологічне дослідження дозволило визначити структуру соматогенного астеничного симпто-

мокомплексу (САСК) і загальні закономірності розподілу його клінічних варіантів залежно від рівня КВР. Разом з тим, нами виявлені і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої кількісні та якісні особливості клінічної структури САСК. Так, серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР САСК виявлено у (21,2±4,1) % обстежених: однаково поширеними були всі клінічні варіанти САСК (їх частота коливалась у межах від (3,0±1,7) % – астеничний, до (7,1±2,6) % – астено-тривожний та астено-субдепресивний). При цьому проміжне положення за частотою займав дисомнічний варіант САСК – (4,0±2,0) %.

Серед 119 пацієнтів з середнім КВР частота САСК достовірно не відрізнялася від аналогічного показника групи з мінімальним КВР та становила (21,6±4,1) %, однак в структурі САСК групи з середнім КВР достовірно ($p \leq 0,05$) більше клінічних варіантів астеничного типу, частота якого становила (11,8±3,2) %, тоді як інші клінічні варіанти в цій групі діагностовано з однаковою частотою (у межах від (2,0±1,4) % – дисомнічний варіант, до (4,9±2,1) % – астено-субдепресивний варіант ($p > 0,05$)).

Серед 102 пацієнтів з високим КВР САСК мав місце достовірно ($p \leq 0,05$) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (10,1±3,2) % обстежених, а за частотою діагностування клінічні варіанти САСК виявлялися однаково часто (від (1,0±1,0) % – дисомнічний, до (3,0±1,7) % – астено-тривожний та астено-субдепресивний, $p > 0,05$). Серед 104 пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на ССЗ) САСК мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж при високому рівні КВР – у (20,6±4,0) % обстежених: найпоширенішою була астенична форма САСК ($p \leq 0,05$), а найрідше діагностували дисомнічний варіант САСК – у (2,0±1,4) % хворих.

Клініко-психопатологічне дослідження дозволило визначити структуру гострих невротичних реакцій (ГНР) і загальні закономірності розподілу їх клінічних варіантів залежно від рівня КВР. Так, серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР ГНР мали місце у (6,1±2,4) % обстежених: однаково поширеними були всі клінічні варіанти ГНР (їх частота коливалась у межах від (3,0±1,7) % – неврастенія, до (1,0±1,0) % – обсесивно-компульсивний розлад). Серед 119 пацієнтів з середнім КВР частота гострих невротичних реакцій не відрізнялася від аналогічного показ-

Таблиця 1. Частота та характер різних форм неспихотичних порушень психіки залежно від рівня кардіоваскулярного ризику

Форми неспихотичних порушень психічної сфери		Рівень кардіоваскулярного ризику			
		мінімальний ($n_{MP}=125$)	середній ($n_{CP}=119$)	високий ($n_{BP}=102$)	хворі з ССЗ ($n_X=104$)
Реакції психічної дезадаптації	абс., осіб	59	45	47	71
	$P \pm m$, %	47,2±4,5 ^б	37,8±4,4 ^а	46,1±4,9	68,3±4,6 ^{а,б,с}
Соматогенний астеничний симптомокомплекс	абс., осіб	21	22	9	21
	$P \pm m$, %	16,8±3,3	18,5±3,6 ^с	8,8±2,8 ^{а,б}	20,2±3,9 ^{а,с}
Гострі невротичні реакції	абс., осіб	6	6	23	8
	$P \pm m$, %	4,8±1,9 ^с	5,0±2,0 ^с	22,5±4,1 ^{а,б}	7,7±2,6 ^с
Невротичні розлади з затяжним перебігом	абс., осіб	13	29	18	2
	$P \pm m$, %	10,4±2,7 ^с	24,4±3,9 ^а	17,6±3,8 ^а	1,9±1,3 ^{а,б,с}
Без неспихотичних порушень психіки	абс., осіб	26	17	5	2
	$P \pm m$, %	20,8±3,6 ^с	14,3±3,2 ^а	4,9±2,1 ^а	1,9±1,3 ^{а,с}

Примітка: ^а – достовірна відмінність у порівнянні з мінімальним КВР при $p \leq 0,05$; ^б – достовірна відмінність у порівнянні з середнім рівнем КВР при $p \leq 0,05$; ^с – достовірна відмінність у порівнянні з високим рівнем КВР при $p \leq 0,05$.

ника групи з мінімальним КВР та становила (5,9±2,3) %, а в структурі ГНР групи з середнім КВР достовірного переважання одного із клінічних варіантів гострих невротичних реакцій не виявлено – клінічні варіанти в цій групі діагностовано з однаковою частотою (у межах від (2,0±1,4) % – дисоціативно-конверсійний варіант, до (2,9±1,7) % – неврастенічний варіант, $p>0,05$). Серед пацієнтів з високим КВР ГНР мали місце достовірно ($p\leq 0,05$) частіше, ніж при мініальному чи середньому рівнях КВР – у (23,7±4,0) % обстежених, а за частотою діагностування клінічні варіанти гострих невротичних розладів виявлялися однаково часто (від (4,1±2,0) % – обсессивно-компульсивні розлади, до (5,2±2,2) % – дисоціативно-конверсійні, $p>0,05$), окрім частоти неврастенії, що становила (14,4±3,6) %. Серед пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на серцево-судинні захворювання) ГНР мали місце достовірно ($p\leq 0,05$) частіше, ніж при високому КВР – у (7,8±2,7) % обстежених: дещо більш поширеною була неврастенія ($p>0,05$), а найрідше діагностували дисоціативно-конверсійні розлади – у (1,0±1,0) % хворих.

Клініко-патопсихологічне дослідження дозволило визначити структуру невротичних розладів із затяжним перебігом (НРЗП) і загальні закономірності розподілу їх клінічних варіантів залежно від рівня КВР. Разом з тим, нами виявлені і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої кількісні та якісні особливості клінічної структури НРЗП. Так, серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР невротичні розлади з затяжним перебігом були у (13,1±3,4) % обстежених: однаково поширеними виявилися астено-іпохондричний варіант – (3,0±1,7) %, іпохондричний – (2,0±1,4) % та сенесто-іпохондричний – (1,0±1,0) %, тоді як гіпотимічний варіант НРЗП виявлялися достовірно частіше – у (7,1±2,6) %. Серед пацієнтів з середнім КВР частота НРЗП була достовірно ($p\leq 0,05$) більшою та становила (28,4±4,5) %, а в структурі НРЗП групи з середнім КВР достовірно ($p\leq 0,05$) переважали іпохондричний та гіпотимічний клінічні варіанти (відповідно (9,8±2,9) % та (11,8±3,2) %), тоді як астено- та сенесто-іпохондричні варіанти реєструвалися на рівні 2–4 %.

У пацієнтів з високим КВР НРЗП мали місце достовірно ($p\leq 0,05$) частіше, ніж у хворих на серцево-судинні захворювання (відповідно (18,6±3,9) % та (2,0±1,4) %), а в структурі НРЗП групи високого КВР переважали астено-іпохондричний та гіпотимічний клінічні варіанти невротичних розладів з затяжним перебігом (див. табл. 1)

Висновки

1. Частота реакцій психічної дезадаптації в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від (37,8±4,4) % до (68,3±4,6) % та була достовірно ($p\leq 0,05$) вищою серед пацієнтів з реалізованим кардіоваскулярним ризиком, ніж у групах з різним його рівнем; при цьому достовірних відмінностей частоти реакцій психічної дезадаптації залежно від рівня КВР не виявлено, що свідчить про відносно однаковий рівень психічної дезадаптації на донологічному етапі реалізації кардіоваскулярного ризику.

2. Частота соматогенного астеничного соматокомплексу в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від (10,1±3,2) % до (21,6±4,1) % та була

достовірно ($p\leq 0,05$) вищою у пацієнтів з реалізованим кардіоваскулярним ризиком, ніж у групі з високим КВР. При цьому виявлені достовірні відмінності у частоті САСК залежно від рівня КВР, що може бути використано в системі індивідуалізації психокорекційного впливу.

3. Частота гострих невротичних реакцій в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від (6,1±2,4) % до (23,7±4,01) % та була достовірно ($p\leq 0,05$) вищою у пацієнтів з високим КВР, ніж в інших групах порівняння.

4. Серед пацієнтів з високим КВР невротичні розлади з затяжним перебігом мали місце достовірно ($p\leq 0,05$) частіше, ніж у хворих на серцево-судинні захворювання (відповідно (18,6±3,9) % та (2,0±1,4) %), а в структурі невротичних розладів з затяжним перебігом групи високого кардіоваскулярного ризику переважали астено-іпохондричний та гіпотимічний клінічні варіанти невротичних розладів з затяжним перебігом.

5. Існує необхідність розробки диференційованих заходів у системі медико-психологічного моніторингу осіб з різним рівнем КВР та індивідуалізованого клініко-психологічного супроводу не тільки хворих на серцево-судинні захворювання, а й осіб з високим рівнем КВР.

Список використаної літератури

- Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // *Здоров'я України*. – 2008. – № 11 (1). – С. 40–41.
- 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.
- Лишук В. А. Информатизация в клинической медицине / В. А. Лишук // *Клин. информатика и телемедицина*. – 2004. – Т. 1, № 1. – С. 17–27.
- Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // *Внутрішня медицина*. – 2008. – № 5–6 (11–12). – С. 123–129.
- Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина [и др.] // *Кардиология*. – 2008. – Т. 48, № 5. – С. 87–91.
- Панченко М. С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / М. С. Панченко // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць*. – 2013. – Вип. 4 (118). – С. 300–307.
- Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М. С. Панченко // *Вісник проблем медицини та біології*. – 2013. – Вип. 4, Т. 1 (104). – С. 193–197.
- Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М. С. Панченко // *Вісник проблем медицини та біології*. – 2013. – Вип. 4, Т. 2 (105). – С. 149–153.
- Санология та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М. С. Панченко, С. П. Шкляр, Д. П. Перцев [та ін.] // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць*. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 457–466.
- Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он? / В. Ю. Приходько // *Здоров'я України*. – 2010. – № 3. – С. 18–19.
- Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // *Сімейна медицина*. – 2006. – № 1. – С. 52–60.
- Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2002. – С. 50–75.
- Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини: методичні рекомендації МОЗ України; укладачі: С. П. Шкляр, І. М. Кравченко, Л. В. Черкашина, О. І. Сердюк, М. С. Панченко (Затверджено ЦМК МОЗ України). – Київ, 2013. – 20 с.
- Шальнова С. А. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. – 2005. – Т. 1, № 3. – С. 54–56. – DOI:10.20996/1819-6446-2005-1-3-54-56.
- Санология та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев,

Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 495–505.

16. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman [et al.] // JAMA. – 2006. – Vol. 295, issue 2. – P. 180–189. – DOI:10.1001/jama.295.2.180.

References

17. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / Здоров'я України. – 2008. – № 11 (1). – С. 40–41. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / Здоров'я України.
18. Медико-психологічне обстеження соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Медико-психологическое обследование соматических больных / Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195–1198.
19. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / Клини. информатика и телемедицина. Информатизация клинической медицине / Клини. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7–13.
20. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / Внутрішня медицина. – 2008. – № 5–6. – С. 123–129.
21. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина // Кардиология. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Кардиология. 2008. – № 5. – С. 85–89.
22. Панченко М. С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : збірник наукових праць. – Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : збірник наукових праць 2013. – Вип. 4, (118). – С. 280–287.
23. Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику Вісник проблем медицини та біології. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 1. – С. 193–197.
24. Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик Вісник проблем медицини та біології. – Психологічні

ні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / Вісник проблем медицини та біології 2013. – Вип. 4, Т. 2. – С. 149–153.

25. Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : збірник наукових праць Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М. С. Панченко, С. П. Шкляр, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 6, (108). – С. 457–467.
26. Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он? / Здоров'я України. Пациент высокого риска – кто он? / ВЗдоров'я України – 2010. – № 3. – С. 18–19.
27. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань Сімейна медицина. Сімейна медицина. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52–60.
28. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. – Тернопіль : ТДМУ «Укрмедкнига», 2002. – С. 50–75.
29. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини : методичні рекомендації МОЗ України ; укладачі: С. П. Шкляр, І. М. Кравченко, Л. В. Черкашина, О. І. Сердюк, М. С. Панченко (Затверджено ЦМК МОЗ України). – Київ, 2013. – 20 с. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини : методичні рекомендації МОЗ України
30. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний : комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний : комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Рациональная фармакотерапия – 2005. – № 3. – С. 54–56.
31. Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наукових праць Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 495–505.
32. 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.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Н. С. Панченко

Актуальность. Необходимость разработки средств диагностики кардиоваскулярного риска (КВР) с учетом психологического портрета личности является актуальным вопросом современной науки.

Цель. Обобщение данных о частоте непсихотических нарушений психической сферы у лиц с разным уровнем кардиоваскулярного риска.

Материалы и методы. Комплексное медико-психологическое обследование пациентов (n=450) с различным уровнем КВР.

Результаты. Частота реакций психической дезадаптации в разных рискометрических группах была выше среди пациентов с реализованным КВР. Соматогенно-астенический симптомокомплекс в разных рискометрических группах пациентов чаще был диагностирован у пациентов с реализованным КВР. Острые невротические расстройства проявлялись чаще среди пациентов с высоким КВР. У пациентов с высоким КВР невротические расстройства с затяжным течением развивались чаще, чем у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Выводы. Мероприятия в системе медико-психологического мониторинга лиц с разным уровнем КВР и клинико-психологического сопровождения не только больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и лиц с высоким уровнем КВР, требуют разработки дифференцированных принципов и индивидуального подхода для данной категории пациентов.

Ключевые слова: кардиоваскулярный риск, медицинская психология, непсихотические психические нарушения.

EXPERIENCE OF STUDY OF NON-PSYCHOTIC DISORDERS OF THE MENTAL SPHERE IN PERSONS WITH DIFFERENT LEVEL OF CARDIOVASCULAR RISK

М. S. Panchenko

Background. The development of diagnostic criteria for assessing cardiovascular risk (CVR), taking into account the psychological portrait of an individual, is an urgent issue in modern science.

Objective – generalization of data on the frequency of non-psychotic disorders of the mental sphere in persons with different levels of cardiovascular risk.

Materials and methods. We conducted a comprehensive medical and psychological examination of patients (n=450) with different levels of CVR.

Results. The frequency of reactions of mental disadaptation in groups with different risk was higher among patients with realized CVR. Somatogenic asthenic symptom complex in patients groups with different risk of was more often diagnosed in patients with realized CVR. Acute neurotic disorders were manifested more often among patients with high CVR. Neurotic disorders with protracted course developed more often in patients with high CVR than in patients with cardiovascular diseases.

Conclusions. Measures in the system of medical and psychological monitoring of people with different levels of CVR and clinical and psychological support not only for patients with cardiovascular diseases, but also for people with a high level of CVR, require the development of differentiated principles and an individual approach for this category of patients.

Keywords: cardiovascular risk, medical psychology, non-psychotic mental disorders.

Стаття надійшла до редакції 14.10.2016 р.

ПАНЧЕНКО Микола Сергійович, к. мед. н., доцент, доцент кафедри сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: pretchnick@gmail.com

ПАНЧЕНКО Николай Сергеевич, к. мед. н., доцент, доцент кафедры семейной медицины, народной и нетрадиционной медицины и санологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: pretchnick@gmail.com

PANCHENKO Mykola Serhiiiovych, MD, PhD, docent, Associate Professor of Department of Family Medicine, Traditional and Alternative Medicine and Sanology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: pretchnick@gmail.com