

АКЦЕПТОР-ІНДИКАТОРИ ПОВЕДІНКОВО – КОГНІТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У МОЛОДОМУ ВІЦІ

М.С. Панченко

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Вступ

Зростання термінів тимчасової непрацездатності та показників первинної інвалідності унаслідок хронічних хвороб, зокрема кардіоваскулярних (КВР), наносить значні економічні збитки і посилює соціальну значущість наукових досліджень, спрямованих на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію когнітивно-поведінкової корекції (модифікації) кардіоваскулярного ризику (КВР) [1, 2, 4, 5, 9]. У попередніх публікаціях [6-8], викладено результати щодо прогностичного значення медико-психологічних факторів в оцінці підвищеного КВР (пКВР), психологічних особливостей пацієнтів з соматичною патологією, а також методологію та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому. При цьому, медико-психологічна модифікація факторів КВР, як процес поведінкового когнітивної терапії, потребує визначення інформативних індикаторів ефективності процесу.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано у межах основного плану науково-дослідних робіт Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України та є фрагментом теми «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки ефективності комплексного лікування» (2009-2013 р.).

Мета дослідження полягала у визначенні найбільш значимих медико-психологічних індикаторів для подальшої оцінки ефективності когнітивно-поведінкової корекції серед осіб молодого віку з пКВР.

Матеріали та методи дослідження

Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко - анамнестичного обстеження 450 пацієнтів молодого віку, які попередньо були стратифіковані за рівнем КВР, визначеним за методикою «SCORE» [1, 4, 9]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, на-

явності паління, рівня артеріального тиску та інших і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1, 4]. До групи мінімального (низького) КВР віднесено 125 пацієнта ($n_{MP}=125$), середнього - 19 пацієнтів ($n_{CP}=119$), високого КВР - 102 пацієнта ($n_{BP}=102$) та до групи з реалізованим КВР віднесено 104 особи ($n_{X}=104$) з діагностованими серцево-судинними захворюваннями (зокрема гіперонічною хворобою I-II ст.), відповідно до загальноприйнятих клінічних протоколів. Групи істотно не відрізнялись розподілом за віком та статтю. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2, 3, 10], варіаційна статистика [10], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [10]. Застосовано основні показники інформаційно-ентропійного аналізу для оцінки інформативності ($I_{ПЗ}$, біт) акцептор-індикаторів [11].

Отримані результати та їхнє обговорення

З метою визначення впливу пКВР на рівень тривожності, як властивість психіки та психологічного стану хворих - застосовано шкалу особистісної та реактивної тривожності по Spielberger С. у модифікації Ю.Л. Ханіна. При аналізі рівнів особистісної тривожності з'ясовано, що у цілому пацієнти обох клінічних груп (з МКВР та пКВР) характеризуються надмірною (в середньому на 35,5% вища ніж референтні значення) тривожністю, рівень якої залежить ($p<0,05$) від наявності КВР. Серед пацієнтів з МКВР - частка осіб з помірно (у межах 31-45 б.) підвищеним рівнем особистісної тривожності - $(60,8\pm 4,4)\%$, тоді як за наявності пКВР - більшість пацієнтів мали високий (понад 45 б.) рівень особистісної тривожності - діагностовано у $(50,8\pm 3,6)\%$. Аналіз показників реактивної тривожності виявив, що в середньому її рівень на 25,8% перевищує референтні значення, а у межах цих значень - лише $(5,6\pm 1,3)$ пацієнтів, тоді як помірний рівень (31-45 б.) реактивної тривожності у групах відповідно становить $(70,4\pm 4,3)\%$ та $(55,6\pm 3,6)\%$ обстежених; більш як третина осіб молодого віку, незалежно від наявності КВР має високий рівень реактивної тривожності - $(33,2\pm 2,7)\%$. Наведе свідчить про особливості реагування пацієнтів, що проявляється у формуванні психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності незалежно від наяв-

ності КВР, тоді як при пКВР - особистісна тривожність додатково та достовірно ($p < 0,001$) зростає, що може бути підґрунтям формування неспсихотичних порушень психічної сфери. Підтвердженням цього є достовірно ($p < 0,001$) більш висока частота високих рівнів особистісної тривожності (відповідно, при мКВР - у (30,4±4,1)% пацієнтів, при пКВР - у (50,8±3,6)% пацієнтів, $p < 0,01$) та достовірно ($p < 0,05$) більша її виразність (рис.6.2) у разі наявності підвищеного КВР (при мКВР - (40,1±1,1) б., при пКВР - (43,5±0,8)б., $p < 0,01$).

Аналіз характерологічних особливостей пацієнтів досліджуваних груп, зокрема показників екстро- / інтроверсії та рівня нейротизму, виявив, що у цілому (14,6±2,0)% пацієнтів мають виразний, а (12,4±1,9)% - високий рівень нейротизму; залежно від рівня КВР виявлені достовірні ($p < 0,05$) відмінності у рівні нейротизму. Так, в групі пацієнтів з мКВР понад 12,0% осіб мали високий та дуже високий рівень нейротизму (відповідно - (5,6±2,1)% та (6,4±2,2)% пацієнтів). Невротизація при пКВР теж достовірно ($p < 0,001$) зростає та сягає 40,0% осіб: з високим рівнем - (20,6±2,9)%, а з дуже високим - (16,4±2,7)% пацієнтів. Середні значення рівня нейротизму за наявності пКВР зростають з (10,3±1,1) б. до (15,4±1,6) б. ($p < 0,05$).

У разі підвищеного КВР частота високих рівнів нейротизму достовірно ($p < 0,01$) більша (практично втричі), а його рівень - вищий (в 1,5-1,6 разів, ($p < 0,01$)); частота високих рівнів інтроверсії - більша (в 1,8-1,9 разів), тоді як частота діагностованих рівнів екстроверсії - однакова ($p > 0,05$) при достовірно вищих рівнях її виразності ($p < 0,05$). Отже, у пацієнтів з пКВР на тлі формування психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявів реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та неврівноваженість нервово - психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та збудливість. За умов пКВР, це впливає на зміну характерологічних рис пацієнта та призводить до «фіксації» у внутрішній картині здоров'я стійких психосоматичних розладів.

Застосування медико-психологічного діагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей пацієнтів КВР, дозволило охарактеризувати вплив рівня ризику на психосоматичний стан пацієнтів. При мКВР гармонійність взаємовідношень пацієнтів з оточуючими достовірно ($p < 0,05$) менша, ніж при пКВР (3,7±0,2) б. та (5,1±0,4) б., відповідно) та характеризується достовір-

но ($p < 0,05$) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (перша група - (93,6±2,2)% пацієнтів; друга - (79,9±2,9)% пацієнтів). Загалом, (85,4±2,0)% обстежених характеризуються як психологічно дисгармонійні особи.

Також, рівень тривожності зростає при підвищенні рівня КВР; так, якщо при мКВР високі рівні тривожності зареєстровані у (12,8±3,0)% пацієнтів, то при пКВР, достовірно ($p < 0,001$) частіше - у (48,1±3,6)% пацієнтів. При цьому, виразність (інтенсивність) тривожності зростає з (2,8±0,2) б. до (3,6±0,3) б., що демонструє, принаймні, взаємозалежність рівня КВР та рівня тривожності. Отримані дані дозволяють дійти висновку, що в разі пКВР має місце більша частота проявів іпохондричності: при мКВР - (8,8±2,5)% пацієнтів, при пКВР - у (14,3±2,5)%. Виразність проявів іпохондричності пацієнтів збільшується практично в 1,5 рази (з (1,7±0,2) б. до (2,5±0,3) б.).

За наявності підвищеного КВР частота дисгармонійних осіб достовірно ($p < 0,01$) більша (практично втричі), а її виразність - більша (в 1,3-1,4 рази, ($p < 0,01$)); частота високих рівнів тривожності - більша в 4-ри рази при достовірно більшій її виразності, тоді як частота діагностованих рівнів іпохондричності - достовірно вища ($p < 0,05$) при достовірно вищих рівнях її виразності ($p < 0,01$). Водночас, частота діагностованих рівнів апатичності, як властивості особистості не залежала від рівня КВР та коливалась від (1,6±1,1)% - при мінімальному КВР до (3,7±1,4)% - при підвищеному КВР; при цьому зазначаємо, що виразність проявів апатичності серед осіб з підвищеним КВР - достовірно вища (відповідно, (1,1±0,1) б. та (1,9±0,2) б., $p < 0,05$).

Слід зазначити, що рівень неврастенічності обстежених пацієнтів обох клінічних груп - відрізнявся та, сягаючи в середньому (36,0±2,7)%, достовірно меншим був серед пацієнтів з мКВР, ніж при пКВР (відповідно, (27,2±4,0)% та (41,8±3,6)%, $p < 0,05$). Виразність цих проявів, також діагностовано більш високою (на 50%) серед осіб з пКВР у порівнянні з мКВР (відповідно (1,8±0,1)% б. та (2,7±0,3) б., $p < 0,05$). Частота obsesивності в порівнюваних клінічних групах - також відрізнялася та, сягаючи в середньому (48,7±2,8)%, достовірно частіше реєструвалася серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж при мінімальному (відповідно, (59,8±2,8)% та (31,2±4,1)%, $p < 0,05$). Виразність obsesивності, також діагностовано більш високою серед пацієнтів з підвищеним, ніж з мКВР (відповідно, (2,3±0,2)% б. та (3,9±0,3) б., $p < 0,05$).

За наявності пКВР частота апатичних осіб достовірно не відрізняється, однак має місце зростання виразності апатичності

($p < 0,05$)); частота проявів неврастенічності – більша в 1,5-1,7 разів при достовірно більшій її виразності ($p < 0,01$), тоді як частота діагностованих рівнів обесивності – достовірно вища ($p < 0,01$) при достовірно вищих рівнях її виразності ($p < 0,01$). Частота сенситивності серед пацієнтів становила ($50,0 \pm 2,0$)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності / відсутності КВР; так, серед осіб з мКВр вона становила ($60,0 \pm 4,4$)%, тоді як при підвищеному КВР - ($42,9 \pm 3,6$)%. При цьому, виразність проявів сенситивності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж у разі мінімального КВР (відповідно - ($2,8 \pm 0,2$) б. та ($1,9 \pm 0,2$) б.). Частота егоцентричності серед пацієнтів становила ($47,3 \pm 2,8$)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності / відсутності КВР; так, серед осіб з мКВр вона становила ($65,5 \pm 4,2$)%, тоді як при пКВР - ($36,0 \pm 3,5$)%. При цьому, і виразність проявів егоцентричності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з мКВР, ніж у разі пКВР (відповідно - ($2,7 \pm 0,3$) б. та ($1,8 \pm 0,2$) б.).

Ейфорічність діагностовано у ($13,1 \pm 1,9$)% обстежених пацієнтів; серед пацієнтів з підвищеним КВР достовірно ($p < 0,05$) частіше, ніж при мінімальному КВР виявлено діагностично значимі рівні ейфорічності (відповідно, у ($15,3 \pm 2,6$)% та у ($9,6 \pm 2,6$)% осіб). При цьому, виразність проявів ейфорічності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з пКВР, ніж у разі мКВР (відповідно - ($3,8 \pm 0,3$) б. та ($2,6 \pm 0,2$) б.). Отже, за наявності пКВР частота сенситивних осіб достовірно менша, однак має місце зростання виразності сенситивності ($p < 0,05$)); частота проявів егоцентричності – менша в 1,6-1,8 разів при достовірно меншій її виразності ($p < 0,01$), тоді як частота діагностованих рівнів ейфорічності – достовірно вища ($p < 0,05$), а її виразність також достовірно вища ($p < 0,01$).

Частота анозогнозичності серед пацієнтів становила ($8,0 \pm 1,5$)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності / відсутності КВР; так, серед осіб з мКВр вона становила ($19,2 \pm 3,5$)%, тоді як при підвищеному КВР - лише ($5,8 \pm 1,7$)%. При цьому, виразність проявів анозогнозичності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж у разі мінімального КВР (відповідно - ($4,2 \pm 0,2$) б. та ($3,4 \pm 0,2$) б.). Частота випадків ергопатичності серед усіх обстежених пацієнтів становила ($16,2 \pm 2,1$)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності / відсутності КВР; так, серед осіб з мКВр вона становила ($5,6 \pm 2,1$)%, тоді як при підвищеному КВР - ($22,1 \pm 2,9$)%.

Ранговий розподіл акцептор-індикаторів когнітивно-поведінкової корекції кардіоваскулярного ризику у молодому віці за показниками диференційованої інформативності

Частота (у частках одиниці) та виразність (стандартизовані індекси) окремих медико-психологічних показників		Рівень кардіоваскулярного ризику					
		мінімальний			підвищений		
		СП	$I_{пз}$	ранг	СП	$I_{пз}$	ранг
особистісна тривожність	частота	0,304	0,392	3	0,508	0,711	1
	виразність	1,290			1,400		
реактивна тривожність	частота	0,191	0,216	5	0,418	0,552	3
	виразність	1,130			1,320		
нейротизм	частота	0,120	0,077	10	0,370	0,355	7
	виразність	0,640			0,960		
екстраверсія	частота	0,270	0,186	6	0,445	0,303	8
	виразність	0,690			0,680		
інтроверсія	частота	0,160	0,096	9	0,101	0,074	13
	виразність	0,600			0,730		
гармонійність	частота	0,064	0,322	4	0,201	0,147	10
	виразність	0,503			0,730		
неврастенічність	частота	0,272	0,163	8	0,418	0,376	6
	виразність	0,600			0,900		
обесивність	частота	0,312	0,181	7	0,598	0,586	2
	виразність	0,580			0,980		
сенситивність	частота	0,608	0,383	2	0,429	0,399	5
	виразність	0,630			0,930		
егоцентричність	частота	0,655	0,589	1	0,360	0,216	9
	виразність	0,900			0,600		

Примітка: СП – стандартизований індекс відповідних показників (частоти, виразності), $I_{пз}$ – інформативність відповідного фактора для відповідної стратифікаційної групи пацієнтів, ρ – ранг фактора, F_n – відповідний фактор.

При цьому, виразність проявів ергопатичності достовірно ($p < 0,05$) була більшою серед пацієнтів з підвищеним КВР, ніж у разі мінімального КВР (відповідно – ($5,7 \pm 0,5$) б. та ($4,1 \pm 0,3$) б.). Частота проявів паранояльності серед усіх обстежених пацієнтів становила ($22,3 \pm 2,3$)% та достовірно ($p < 0,05$) відрізнялась залежно від наявності / відсутності КВР; так, серед осіб з мКВр вона становила ($34,4 \pm 4,2$)%,

тоді як при підвищеному КВР - (14,3±2,5)%. Слід зазначити, що виразність проявів паранояльності достовірно ($p>0,05$) не відрізнялась. Отже, за наявності підвищеного КВР частота анозогнозичних осіб достовірно менша, однак має місце зростання виразності анозогнозичності ($p<0,05$); частота проявів ергопатичності – більша в 4,0 рази при достовірно більшій її виразності ($p<0,01$), тоді як частота діагностованих рівнів паранояльності – достовірно менша ($p<0,05$), а її виразність така ж, як і при мінімальному КВР ($p>0,05$).

Висновки

1. За результатами порівняльного аналізу частоти та виразності окремих особистісно-психологічних факторів в групах пацієнтів з низьким та високим кардіоваскулярним ризиком визначені ті із них, які є найбільш інформативними

2. Виконано ранговий розподіл інформативних особистісно-психологічних факторів, сформульовано поняття «акцептор-індикатора», як показника за яким в подальшому оцінюється ефективність поведінково-когнітивної корекції.

3. Доведена клінічна гетерогенність ризикометричних груп з точки зору індивідуалізації поведінково-когнітивної корекції кардіоваскулярного ризику.

4. Напрямки подальших досліджень пов'язані зі стратифікацією осіб з підвищеним КВР на групи диференційованої когнітивно-біхевіоральної терапії (корекції) із урахуванням наявних непсихотичних порушень психічної сфери.

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. 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.
3. Лищук В.А. Информатизация клинической медицине / В.А. Лищук // *Клин. информатика и телемедицина*. - 2004. - № 1. - С. 7-13.
4. Нетяженко В.З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В.З. Нетяженко, О.Г. Пузанова // *Внутрішня медицина*. - 2008. - № 5-6. - С. 123-129.
5. Панченко М.С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хроніч-

ними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / М.С. Панченко // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наукових праць*. - Київ; Луганськ, 2013. - Вип. 4 (118). - С. 280-287.

6. 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. - С. 193-197.

7. 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. - С. 149-153.

8. Панченко М.С. 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: зб. наукових праць*. - Київ; Луганськ, 2011. - Вип. 6 (108). - С. 457-467.

9. Приходько В.Ю. Пациент высокого риска - кто он ? / В.Ю. Приходько // *Здоров'я України*. - 2010. - № 3. - С. 18-19.

10. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / Заг. ред. В.М. Москаленко, Ю.В. Вороненко. - Тернопіль, 2002. - С. 50-75.

11. 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.

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.

Резюме

Панченко М.С. Акцептор-індикатори поведінково – когнітивної корекції кардіоваскулярного ризику у молодому віці.

За результатами порівняльного клініко-статистичного аналізу частоти та виразності окремих особистісно-психологічних факторів в групах пацієнтів з низьким та високим кардіоваскулярним ризиком визначені ті із них, які є найбільш інформативними. Виконано ранговий розподіл інформативних особистісно - психологічних факторів, сформульовано поняття «акцептор-індикатора», як показника за яким в подальшому оцінюється ефективність поведінково-когнітивної корекції. Доведена клінічна гетерогенність ризикометричних груп з точки зору індивідуалізації поведінково-когнітивної корекції кардіоваскулярного ризику.

Ключові слова: кардіоваскулярний ризик, поведінково-когнітивна корекція, медико – психологічний супровід.

Панченко Н.С. Акцептор-индикаторы поведенческо-когнитивной коррекции кардиоваскулярного риска в молодом возрасте.

По результатам сравнительного клинико-статистического анализа частоты и степени выраженности личностно-психологических факторов в группах пациентов с низким и повышенным кардиоваскулярным риском, определены наиболее информативные. Выполнено ранговое распределение информативных личностно-психологических факторов, сформульовано понятие «акцептор-индикатора», как показателя по которому в последующем оценивается эффективность поведенческо-когнитивной коррекции. Доказана клиническая гетерогенность рискометрических групп с позиции индивидуализации поведенческо-когнитивной коррекции кардиоваскулярного риска.

Ключевые слова: кардиоваскулярный риск, поведенчески – когнитивная коррекция, медико – психологическое сопровождения.

Summary

Panchenko N.S. Acceptor-indicators of behavioural-cognitive correction of cardiovascular risk in the young age.

According to the results of comparative clinical and statistical analysis of frequency and degree of personal and psychological factors intensity in the groups of patients with low and increased cardiovascular risk are determined the most informative. It is made rank distribution of informative personal and psychological factors, formulated concept of "acceptor-indicator" as an index according to that efficiency of behavioural-cognitive correction is estimated. It is proved clinical heterogeneity of risk-metrical groups from the position of individualization of behavioural-cognitive correction of cardiovascular risk.

Key words: cardiovascular risk, behavioural-cognitive correction, medical psychological follow-up.

Рецензент: д.мед.н., проф. Я.А. Соцька

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ГОМЕОПАТІЇ В СТРУКТУРІ ОСВІТНІХ ПРОГРАМ НА ПІСЛЯДИПЛОМНОМУ ЕТАПІ

О.Ю. Сергєєва

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Вступ

На сьогодні актуальним питанням є необхідність широкого впровадження в повсякденну медичну практику методів, що поєднують у собі високу ефективність, безпеку і доступність. Гомеопатія – це вид регулюючої терапії, який відповідає всім вказаним вимогам. Мета гомеопатії – вплив на процеси саморегуляції організму людини. Саме у наш час – у епоху безмежних можливостей фармації, хімії, фармакології у створенні нових лікарських засобів, гомеопатія може стати основним ключем до порозуміння людини як єдиного цілого. Гомеопатія поважає мудрість організму, індивідуалізує лікування згідно особливостям фізичних, емоційних та психічних симптомів окремої людини.

Відмінність гомеопатії від інших фармакологічних напрямів, в основному, полягає у наявності єдиного метода індивідуалізованого підбору лікарських препаратів (принцип подібності) і унікальної технології виготовлення лікарських засобів (динамізація). Характерною рисою гомеопатії є безпечність лікування, на відміну від традиційних препаратів, які мають безліч побічних ефектів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано у межах науково-дослідних робіт Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України та є фрагментом теми «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки клінічної ефективності застосування традиційних методів» (держреєстрація № 0108U004265).

Мета дослідження полягала у проведенні проблемно-цільового аналізу структури сучасної гомеопатії та визначенні перспективних напрямків застосування прикладних методів гомеопатії у роботі лікарів загальної практики.