

5. Conde, J., Scotece, M., Gómez, R., López, V., Gómez-Reino, J. J., Lago, F., Gualillo, O. (2011). Adipokines: Biofactors from white adipose tissue. A complex hub among inflammation, metabolism, and immunity. *BioFactors*, 37 (6), 413–420. doi: 10.1002/biof.185
6. Beaton, M. D. (2012). Current treatment options for non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis. *Can J Gastroenterol.*, 26 (6), 353–357.
7. Teranishi, T., Ohara, T., Maeda, K., Zenibayashi, M., Kouyama, K., Hirota, Y. et. al (2007). Effects of pioglitazone and metformin on intracellular lipid content in liver and skeletal muscle of individuals with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism*, 56 (10), 1418–1424. doi: 10.1016/j.metabol.2007.06.005
8. Chapman, M. J., Ginsberg, H. N., Amarenco, P., Andreotti, F., Boren, J., Catapano, A. L. et. al (2011). Triglyceride-rich lipoproteins and high-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management. *European Heart Journal*, 32 (11), 1345–1361. doi: 10.1093/eurheartj/ehr112
9. Cabezas, G. R. (2004). Effect of ursodeoxycholic acid combined with statins in hypercholesterolemia treatment: a prospective clinical trial. *Rev Clin Esp.*, 204 (12), 632–635.
10. Mukherjee, S. (2011). Betaine and nonalcoholic steatohepatitis: Back to the future? *World Journal of Gastroenterology*, 17 (32), 3663. doi: 10.3748/wjg.v17.i32.3663
11. Paschos, P., Tziomalos, K. (2012). Nonalcoholic fatty liver disease and the renin-angiotensin system: Implications for treatment. *World J Hepatol.*, 4 (12), 327–331. doi: 10.4254/wjh.v4.i12.327
12. Huang, M., Li, X., Meng, Y., Xiao, B., Ma, Q., Ying, S. et. al (2010). Upregulation of angiotensin-converting enzyme (ACE) 2 in hepatic fibrosis by ACE inhibitors. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 37 (1), e1–e6. doi: 10.1111/j.1440-1681.2009.05302.x
13. Li, L., Luo, Z., Yu, H., Feng, X., Wang, P., Chen, J. et. al (2012). Telmisartan improves insulin resistance of skeletal muscle through peroxisome proliferator-activated receptor- δ activation. *Diabetes*, 62 (3), 762–774. doi: 10.2337/db12-0570
14. Bosch, J. (2010). Carvedilol for portal hypertension in patients with cirrhosis. *Hepatology*, 51 (6), 2214–2218. doi: 10.1002/hep.23689
15. Hobolth, L., Bendtsen, F., Hansen, E. F., Møller, S. (2014). Effects of carvedilol and propranolol on circulatory regulation and oxygenation in cirrhosis: A randomised study. *Digestive and Liver Disease*, 46 (3), 251–256. doi: 10.1016/j.dld.2013.10.013
16. Ko, S. Y., Kim, J. H., Choe, W. H., Kwon, S. Y., Lee, C. H. (2011). Pharmacotherapy alone vs endoscopic variceal ligation combination for secondary prevention of oesophageal variceal bleeding: meta-analysis. *Liver International*, 32 (5), 867–869. doi: 10.1111/j.1478-3231.2011.02681.x

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Ніколенко Є. Я.
Дата надходження рукопису 16.02.2016*

Козлов Олександр Петрович, доцент, кафедра загальної та клінічної імунології та алергології, кандидат медичних наук, Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, пл. Свободи, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: kozlov@karazin.ua

УДК 616.006.:301.085:15.:651:658.56.:658.6
DOI: 10.15587/2313-8416.2016.63601

ВПЛИВ ПРАЦІ НА ДЕПРЕСИВНИЙ СТАН ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ/ІНВАЛІДІВ ПІД ЧАС ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

© С. А. Місяк

В статті вивчався вплив праці на зменшення вираженості депресивного стану у осіб з раком. Дослідження проводилось серед інвалідів, які працювали, та серед інвалідів, що не працювали, а тільки отримували фінансову допомогу. Аналіз тестування показав, що надання фінансової допомоги не має позитивного впливу на депресивний стан. Праця інвалідів зменшує у них рівень депресії

Ключові слова: онкологія, інвалід, тестування, депресія, праця, майстерня, допомога, комплекс, реабілітація, центр

Aim of research. To study psychological condition of persons with oncological diseases and the labor effect on neutralization of their depressive state.

Methods. The work was carried out on the base of ““Argus” association of disabled persons rehabilitation” attached to the Social policy ministry where disabled persons with oncological diseases underwent vocational rehabilitation. One group included disabled persons who worked on the base of economic accountability production workshops attached to the association of disabled persons rehabilitation and the other one included disabled persons who did not work and only received material or financial help. Jmurov tests for detecting depression in disabled persons were used for assessment of psychological condition.

Results. Among working disabled persons with oncology an improvement of psychological condition was observed in 19 patients with oncological disease (12 disabled persons of III group, 7 disabled persons of II group) – the decrease of depression level in 8 weeks at working in conditions of rehabilitation center. The depressive state was not changed in 5 disabled persons (3 disabled persons of III group and 2 disabled persons of II group). The program of social welfare was carried out for disabled persons with oncological diseases who did not work. They received material and financial help. Psychological testing demonstrated the absence of changes in depressive state of 23 disabled persons with oncological diseases who did not work (11 disabled persons of III group, 12 disabled persons of II group). Positive changes in decrease of depression were detected in 5 disabled persons (2 disabled persons of III group and 3 disabled persons of II group).

Conclusions. The analysis of received results demonstrated that giving material or financial help to disabled patients with oncology does not have any positive effect on correction of their depressive state. At the same time the work of disabled persons in the conditions of economic accountability production workshops attached to the rehabilitation center under constant control of medical workers and on the conditions of piecework payment decreases their level of depression

Keywords: oncology, disabled person, testing, depression, labor, workshop, help, complex, rehabilitation, center

1. Вступ

Праця є самовираженням людини. Суспільно корисна праця є проявом вищої форми соціалізації особистості. Соціалізація інваліда – процес набуття інвалідом соціальних цінностей, адаптованої поведінки та її коригування при різних формах взаємодії з суспільним оточенням на тлі духовного зростання. Чим менше бажання трудитися, тим більше духовно спустошений чоловік. Душевна рівновага може відновлюватися за рахунок в'язання, плетіння, ткацтва, живопису, ліплення, теслярських робіт, домоводства та інших вправ. Незалежно від віку кінетичні відчуття, що йдуть від пальців рук, при виконанні дрібної моторики, несуть в кору головного мозку додаткову енергію. Маніпулятивні творчі дії починають формувати у людини почуття задоволення і радості від виконаної роботи та її результату [1].

Роботи вчених-фізіологів І. М. Сеченова, І. П. Павлова, Н. Є. Введенського, А. Д. Ухтомського сформуливали концепцію трудової терапії як нервово-рефлекторного процесу, де трудові завдання підбиралися для кожного хворого відповідно локалізації і характеру дефекту з метою відновлення постраждалих функцій [1].

Такий підхід призвів до формування лікувально-тренувальної функції трудової терапії. Головне завдання – відновити порушену функцію пошкодженого сегмента тіла. Трудова терапія спрямована на тренування м'язової сили, нормалізації рухів, однак вона не може бути перетворена в ізолювані трудові вправи, подібно лікувальної фізкультури. Трудова діяльність зберігає свій смисловий, цілеспрямований, стимулюючий та емоційно насичений характер. Працездатність людини залежить не тільки від стану здоров'я і повноцінності окремих органів, а й від соціальної установки, особистих прагнень і інтересів.

Особливе місце серед хворих та інвалідів займають пацієнти з онкологічними захворюваннями. Онкологічне захворювання супроводжується для багатьох хворих зміною звичного способу життя, розривом звичних зв'язків, звуженням одних можливостей і виявленям інших. Вихід на пенсію за інвалідністю одночасно з погіршенням стану здоров'я

може призвести до порушення сформованого стереотипу особистості. Людина, будучи інвалідом, прагне ухилитися, відійти від рішення життєвих питань, і як наслідок цього – перенапруга нервової системи, що призводить до виникнення не тільки супутніх захворювань, але й до пролонгації онкологічної патології.

2. Обґрунтування дослідження

У більшості онкологічних хворих спостерігаються складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання [2–5].

Утрата працездатності пригнічує онкологічного хворого/інваліда, розвиває в нього відчуття соціальної неповноцінності. Інвалід, який довго не працює, зосереджує усю увагу на своїй хворобі, переоцінюючи її тяжкість, зневіряється у власних силах [6–8]. Незважаючи на невелику кількість наукових робіт [9–12], в яких автори розглядали дію фізичних навичок у повсякденному житті онкологічного хворого «Праця в умовах невеликих робітничих бригад», з невеликим (4-х годинним) робочим днем, під наглядом медичних працівників та відрядною оплатою праці може створити умови не тільки для атмосфери позитивного колективного спілкування реабілітантів, але й ослаблення депресивного синдрому.

3. Мета дослідження

Визначити вплив праці на психологічний стан осіб з онкологічним захворюванням в аспекті її впливу на вираженість депресивних проявів.

4. Матеріали і методи

У реабілітаційному центрі «Об'єднання реабілітації інвалідів «Аргус» Міністерства соціальної політики інваліди проходили професійну реабілітацію. Вони працювали в умовах госпрозрахункових виробничих майстернях об'єднання реабілітації інвалідів. Інваліди займалися збіркою пілососних шлангів та пластмасових масажних накидок для автомобільних сидінь. інваліди працювали у бригадах, які склалися із 4–5 осіб та 4-годинної робочої зміни. Медичний супровід забезпечували лікар-терапевт, психотерапевт та медичні сестри

на виробничих ділянках. Для кожної бригади було своє приміщення, кожний реабілітант мав постійне робоче місце. Оплата праці інвалідів здійснювалася за відрядною схемою кожні 2 тижня. Група працюючих інвалідів складалася із 24 осіб (15 інвалідів III групи та 9 інвалідів II групи), віком від 25 до 68 років.

При реабілітаційному центрі був створений клуб інвалідів, які перенесли стандартне лікування пухлинної хвороби. Категорія непрацюючих інвалідів створила контрольну групу по відношенню до тих, хто працював у майстернях об'єднання. Їм надавалась матеріальна допомога у вигляді забезпечення пральними машинками, холодильниками, телевізорами, пирососами за потребами. Крім цього інвалідам надавалась фінансова допомога для закупівлі ліків, ремонту квартир, закупівлі будматеріалів. Вона складалася із 28 осіб (13 інвалідів III групи та 15 інвалідів II групи), віком від 36 до 71 років.

Для оцінки психологічного стану використовувався тест Жмурова [13] на наявність депресії у інвалідів. За результатами діагностики, за допомогою тесту Жмурова, дані інтерпретують кілька депресивних станів: відсутність депресії, мінімальна, легка, помірна, виражена і глибока депресії. Тестування проводилося на початку дослідження, через 4 тижня і через 8 тижнів.

Гіпотеза дослідження перевірялася на рівність дисперсій за допомогою F-критерію Фішера та на рівність середніх величин за допомогою t-критерію Стьюдента.

5. Результати дослідження

Порівнюючи стан пацієнтів як в групі працюючих інвалідів ($n=24_{\text{факт}}$), так і в контрольній групі ($n=28_{\text{кр}}$) на початку експерименту і через 8 тижнів, спочатку була перевірена гіпотеза H_0 про рівність дисперсій за допомогою F-критерію Фішера проти альтернативної гіпотези H_1 :

H_0 : дисперсії – однакові ($\sigma_1^2 = \sigma_2^2$).

H_1 : дисперсії – різні ($\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$).

Для перевірки гіпотези обчислюється фактичне значення критерію ($F_{\text{факт}}$)

$$F_{\text{факт}} = \frac{\max(\sigma_1^2; \sigma_2^2)}{\min(\sigma_1^2; \sigma_2^2)}$$

$$F_{\text{факт}} = \frac{246,5}{235,9} = 1,045.$$

Далі визначається критичне значення $F_{\text{кр}}$

$$F_{\text{кр}} = F_{\text{РАСПОБР}}(0,05; 23; 23) = 2,01.$$

При порівнянні обох значень одержимо:

$$F_{\text{факт}} < F_{\text{кр}}$$

що підтверджує нульову гіпотезу H_0 про рівність дисперсій обох сукупностей.

Далі була перевірена гіпотеза про рівність середніх за допомогою t-критерію Стьюдента. Для обчислення фактичного значення ($t_{\text{факт}}$) спочатку визначається середні значення:

$$\bar{x}_1 = 53,04, \quad \bar{x}_2 = 43,92.$$

Після цього за допомогою підстановки одержаних значень дисперсій (σ_1^2, σ_2^2), середніх значень (\bar{x}_1, \bar{x}_2) і розміру вибірок (n_1, n_2) визначаємо фактичне значення критерію:

$$t_{\text{факт}} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right) \cdot (\sigma_1^2 \cdot (n_1 - 1) + \sigma_2^2 \cdot (n_2 - 1))}} = 2,035.$$

Критичне значення t-критерію Стьюдента ($t_{\text{кр}}$) одержується за допомогою функції MS Excel СТЬЮДРАСПОБР, аргументами якої є рівень помилки (5 %) та ступінь вільності ($n_1 + n_2 - 2$):

$$t_{\text{кр}} = \text{СТЬЮДРАСПОБР}(0,05; n_1 + n_2 - 2) = 2,01.$$

Після порівняння фактичного і критичного значення отримаємо: $t_{\text{факт}} > t_{\text{кр}}$, що підтверджує альтернативну гіпотезу H_1 : середні – різні (тобто відбулося поліпшення стану пацієнтів).

Таким чином, ми можемо розраховувати на те, що трудова діяльність з якісною оплатою праці ефективно протидіє депресивному стану інвалідів.

Психологічне тестування за допомогою тесту Жмурова серед працюючих осіб з онкологічними захворюваннями дало наступний результат (табл. 1).

Таблиця 1
Зміна депресивного стану у працюючих інвалідів

Пацієнти	Покращення стану	Депресивний стан без змін	Обсяг вибірки
Інваліди III групи	12	3	15
Інваліди II групи	7	2	9
Разом	19	5	24

Серед 24 інвалідів з онкологічними захворюваннями за допомогою психологічного тестування було відмічено поліпшення психологічного стану у 19 осіб з онкологічними захворюваннями (12 інвалідів III групи, 7 інвалідів II групи) – зменшення рівня депресії через 8 тижнів, при праці в умовах реабілітаційного центру під контролем медичних працівників та організації виробництва. Депресивний стан не змінився у 5 інвалідів (3 інвалідів III групи і 2 інвалідів II групи).

Серед членів клубу, осіб з онкологічними захворюваннями, яким проводилася програма з соціального забезпечення, психологічне тестування продемонструвало відсутність змін у депресивному ста-

ні у 23 непрацюючих інвалідів (11 інвалідів III групи, 12 інвалідів II групи). Позитивні зміни у зменшенні депресії були виявлені у 5 інвалідів (2 інвалідів III групи і 3 інвалідів II групи) (табл. 2).

Таблиця 2
Таблиця реакції інвалідів з онкологічними захворюваннями на соціальну допомогу

Пацієнти	Покращення стану	Депресивний стан без змін	Обсяг вибірки
Інваліди III групи	2	11	13
Інваліди II групи	3	12	15
Разом	5	23	28

6. Обговорення результатів

Аналіз отриманих результатів показав, що надання онкологічним хворим матеріальної чи фінансової допомоги не має позитивного впливу на корекцію у них депресивного стану. В той же час праця інвалідів з онкологічними захворюваннями в умовах госпрозрахункових виробничих майстерень реабілітаційного центру, під постійним контролем медичних працівників та на умовах відрядної оплати труда, зменшує у них рівень депресії. Таким чином, одним із елементів комплексної реабілітації онкологічних хворих має бути трудова або професійна реабілітація. При наданні індивідуальної програми реабілітації для онкологічного хворого/інваліда потрібно вказувати серед рекомендованих відновлювальних послуг не тільки набуття тої чи іншої професії, що відповідають можливостям чи здібностям пацієнта, але і забезпечувати останнього працею в умовах спеціалізованого реабілітаційного центру або соціального підприємства з адаптованим робочим місцем. Забезпечення онкологічних хворих/інвалідів трудовою реабілітацією потребує щільною взаємодії спеціалізованих онкологічних установ Міністерства охорони здоров'я, центрів професійної реабілітації Міністерства соціальної політики та підприємств, в яких створені спеціалізовані робочі місця у відповідності до ч. 5 ст. 19 Закону України № 875-XII «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991 з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії. Надання умов для праці онкологічного хворого/інваліда можливо тільки при його мотивації на трудову діяльність та соціально-побутових умовах, в яких перебуває його родина, а також від клінічних умов протікання пухлинної хвороби (типу злякисного новоутворення, стадії та супутніх захворювань).

7. Висновки

Для отримання позитивного результату від відновлювальних послуг у пацієнта/інваліда з онкологічними захворюваннями може використовуватися праця.

1. Трудова реабілітація онкологічних хворих в умовах реабілітаційного центру при відрядній оплаті праці, під контролем медичних працівників центру, зменшує рівень депресивного стану у останніх.

2. При пасивній соціальній позиції, коли онкологічний хворий/інвалід згоден лише на отримання матеріальної чи фінансової допомоги, покращення стану пацієнта з депресивним синдромом не відбувається.

Література

- Осадчих, А. И. Социально-гигиенические, организационно-методические, теоретические проблемы социально-трудоустройственной реабилитации инвалидов [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. И. Осадчих. – М., 1991. – 30 с.
- Strong, J. Occupational Therapy and Cancer Rehabilitation [Text] / J. Strong // The British Journal of Occupational Therapy. – 1987. – Vol. 50, Issue 1. – P. 4–6. doi: 10.1177/030802268705000103
- Romsaas, E. P. Occupational therapy intervention for cancer patients with metastatic disease [Text] / E. P. Romsaas, S. A. Rosa // American Journal of Occupational Therapy. – 1985. – Vol. 39, Issue 2. – P. 79–83. doi: 10.5014/ajot.39.2.79
- Korfage, I. J. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up [Text] / I. J. Korfage, M.-L. Essink-Bot, A. C. J. W. Janssens, F. H. Schröder, H. J. de Koning // British Journal of Cancer. – 2006. – Vol. 94, Issue 8. – P. 1093–1098. doi: 10.1038/sj.bjc.6603057
- Okamura, M. Psychiatric Disorders Following First Breast Cancer Recurrence: Prevalence, Associated Factors and Relationship to Quality of Life [Text] / M. Okamura // Japanese Journal of Clinical Oncology. – 2005. – Vol. 35, Issue 6. – P. 302–309. doi: 10.1093/jjco/hyi097
- Armitage, K. The role of the occupational therapist in palliative care [Text] / K. Armitage, L. Crowther // European Journal of Palliative Care. – 1999. – Vol. 6, Issue 5. – P. 154–157.
- Spiegel, D. Depression and cancer: Mechanism and disease progression [Text] / D. Spiegel, J. Giese-Davis // Biological Psychiatry. – 2003. – Vol. 54, Issue 3. – P. 269–282. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00566-3
- Ell, K. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer [Text] / K. Ell // Journal of Clinical Oncology. – 2005. – Vol. 23, Issue 13. – P. 3052–3060. doi: 10.1200/jco.2005.08.041
- Johnsson, A. Factors associated with return to work after breast cancer treatment [Text] / A. Johnsson, T. Fornander, M. Olsson, M. Nystedt, H. Johansson, L. E. Rutqvist // Acta Oncologica. – 2007. – Vol. 46, Issue 1. – P. 90–96. doi: 10.1080/02841860600857318
- Kennedy, F. Returning to work following cancer: A qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer [Text] / F. Kennedy, C. Haslam, F. Munir, J. Pryce // European Journal of Cancer Care. – 2007. – Vol. 16, Issue 1. – P. 17–25. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x
- Maunsell, E. Work situation after breast cancer: Results from a population-based study [Text] / E. Maunsell, M. Drolet, J. Brisson, C. Brisson, B. Masse, L. Deschenes // JNCI Journal of the National Cancer Institute. – 2004. – Vol. 96, Issue 24. – P. 1818–1822. doi: 10.1093/jnci/djh335

12. Nachreiner, N. M. Successful return to work for cancer survivors [Text] / N. M. Nachreiner, R. K. Dagher, P. M. McGovern, B. A. Baker, B. H. Alexander, S. G. Gerberich // *Workplace Health & Safety*. – 2007. – Vol. 55, Issue 7. – P. 290–295. doi: 10.1177/216507990705500705

13. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст]. – Самара: «БАХРАХ-М», 2001. – 664 с.

References

1. Osadchikh, A. I. (1991). Socialno-gigienicheskie, organizatsionno-metodicheskie, teoreticheskie problem socialno-trudovoj reabilitatsii invalidov [Socio-sanitary, organizational, methodological, theoretical problems of social and labor rehabilitation of disabled persons]. Moscow, 30.

2. Strong, J. (1987). Occupational Therapy and Cancer Rehabilitation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 50 (1), 4–6. doi: 10.1177/030802268705000103

3. Romsaas, E. P., Rosa, S. A. (1985). Occupational Therapy Intervention for Cancer Patients With Metastatic Disease. *American Journal of Occupational Therapy*, 39 (2), 79–83. doi: 10.5014/ajot.39.2.79

4. Korfage, I. J., Essink-Bot, M.-L., Janssens, A. C. J. W., Schröder, F. H., de Koning, H. J. (2006). Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *British Journal of Cancer*, 94 (8), 1093–1098. doi: 10.1038/sj.bjc.6603057

5. Okamura, M. (2005). Psychiatric Disorders Following First Breast Cancer Recurrence: Prevalence, Associated Factors and Relationship to Quality of Life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35 (6), 302–309. doi: 10.1093/jjco/hyi097

6. Armitage, K., Crowther, L. (1999). The role of the occupational therapist in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 6 (5), 154–157.

7. Spiegel, D., Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54 (3), 269–282. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00566-3

8. Ell, K. (2005). Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among Low-Income Women With Breast or Gynecologic Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (13), 3052–3060. doi: 10.1200/jco.2005.08.041

9. Johnsson, A., Fornander, T., Olsson, M., Nystedt, M., Johansson, H., Erik Rutqvist, L. (2007). Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncologica*, 46 (1), 90–96. doi: 10.1080/02841860600857318

10. Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16 (1), 17–25. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x

11. Maunsell, E., Drolet, M., Brisson, J., Brisson, C., Masse, B., Deschenes, L. (2004). Work Situation After Breast Cancer: Results From a Population-Based Study. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 96 (24), 1813–1822. doi: 10.1093/jnci/djh335

12. Nachreiner, N. M., Dagher, R. K., McGovern, P. M., Baker, B. A., Alexander, B. H., Gerberich, S. G. (2007). Successful Return to Work for Cancer Survivors. *Workplace Health & Safety*, 55 (7), 290–295. doi: 10.1177/216507990705500705

13. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Procedures and tests] (2001). Samara: «Bachrach-M», 664.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Мосієнко В. С.
Дата надходження рукопису 19.02.2016*

Місяк Сергій Анатолійович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, відділ механізмів протипухлинної терапії, Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р. С. Кавецького НАН України, вул. Васильківська, 45, м. Київ, Україна, 03022
E-mail: misyak@gmail.com

УДК 616.895.87

DOI: 10.15587/2313-8416.2016.63738

ЗМІНИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ЛЮДИНИ ПІД ВПЛИВОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ)

© О. М. Дзюба, О. А. Толмачов

Відомо, що артеріальна гіпертензія є не тільки ознакою серцево-судинної патології, але й суттєвим фактором впливу на когнітивну сферу людини, погіршуючим якість її життя. Насьогодні ця проблема вийшла за медико-соціальну площину, ставши мультидисциплінарною, оскільки охоплює не тільки осіб старших вікових груп, а й людей молодого трудоактивного віку, що погіршує економічну безпеку держави

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, когнітивні порушення, працездатний вік, якість життя, міждисциплінарна проблема

Aim is to elucidate the problems of human intellectual sphere at arterial hypertension.

Methods. Biblisemantic method, structural-logical analysis.

Biblisemantic one – is for revelation of the base of last period scientific publications on studied problem.

Structural-logical analysis – is for structuring scientific data on certain logic.