

альної реабілітації дітей-інвалідів».

7. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України № 372 від 09.10.2006 р. «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів».

8. Наказ Міністерства праці та соціальної по-

літики України № 155 від 12.04.2007 р. «Про затвердження Соціальних нормативів у сфері професійної реабілітації інвалідів для центрів професійної реабілітації інвалідів системи Міністерства праці та соціальної політики України».



УДК 616-036.86:616.12-008.331.1:159.923:371.214.114

НОЗОГЕНІЇ ТА ЇХ МІСЦЕ В ОБМЕЖЕННІ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

І. В. Дроздова

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

На основе системного междисциплинарного подхода к исследованию феномена нозогений при артериальной гипертензии теоретически обосновано и предложено решение этой проблемы. Определены причины формирования нозогений при артериальной гипертензии, предложены критерии оценки динамики и прогрессирования этой сочетанной патологии, показано их влияние на ограничения жизнедеятельности больных. Разработана новая информационная технология диагностики нозогений при артериальной гипертензии, которая включает модель типологии нозогений, комплекс усовершенствованных клинических, психодиагностических и социологических методов, структурно-диагностический и прогностический алгоритмы.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, нозогении, причины, механизмы развития, психотерапия, комплексная коррекция.

Summary

On the basis of interdisciplinary approach to an arterial hypertension with nosogenies phenomena study the practical solution of the problem is theoretically proved and proposed. The nosogenies forming causes are determined, the criteria of patients current states and progress of the pathology are proposed, their influence is shown on limitations of vital functions of patients. A new nosogeny diagnostic information technology at an arterial hypertension including the model of nosogenies typology is developed, methods of clinical, psychopathological, psychodiagnostic and sociological diagnostic, structural-diagnostic and forecasting algorithms are improved.

Keywords: Arterial hypertension, nosogenies, causes, development mechanisms, psychotherapy, complex correction.

Артеріальна гіпертензія (АГ) є важливою медико-соціальною проблемою внаслідок значної поширеності, частих серцево-судинних ускладнень, що визначає високу захворюваність, інвалідність і смертність серед населення. АГ призводить до передчасної смерті та інвалідизації, збіль-

шує ймовірність розвитку ІХС у 2,7–3,8 разу, а інфаркту міокарда у 3–4 рази. Ризик смертності від ІХС, залежний від систолічного артеріального тиску, становить 41,0% у чоловіків (40–59 років) і 34,0% у жінок (30–69 років) [11].

На 1 січня 2011 року в Україні зареєс-

тровано 12 122 512 хворих на АГ (32 154,0 на 100 тис. нас.), тобто близько третини дорослого населення, а про це знали лише 77,0% обстежених. Поширеність АГ серед дорослих протягом 2000–2010 років зросла на 4 477 206 осіб, тобто на 70,9%. Захворюваність на АГ також зросла (на 8,5%), досягнувши значення 956 134, тобто щорічно виявляється близько мільйона нових захворювань [11].

До того ж, АГ нерідко провокує розвиток нозогеній, які суттєво ускладнюють перебіг і погіршують прогноз основного захворювання, зменшують бажання до лікування і знижують якість життя хворих та, у свою чергу, сприяють інвалідності й смертності внаслідок цереброваскулярної патології [5]. Нозогенії – діагностична категорія Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), що позначає стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, які зазвичай виникають у період адаптації до значних змін у способі життя або стресової життєвої події (включаючи наявність або можливість серйозної соматичної хвороби), а відтак перешкоджають соціальному функціонуванню й продуктивності особистості [6].

Хоча окремі аспекти психічних реакцій у хворих на АГ вже були досліджені багатьма науковцями, однак проблема нозогеній при цьому захворюванні ще далека від остаточного розв'язання. Не вивчено поширеність, характер і причини виникнення нозогеній при АГ, не досліджено співвідношення між психічними і соматичними ланками їхнього патогенезу, не виділено основні фактори, що впливають на перебіг і прогресування нозогеній у хворих, не визначено диференційно-діагностичні, зокрема психодіагностичні критерії, а також не розроблено сучасну інформаційну технологію діагностики нозогеній, принципи й терапевтичні підходи до корекції досліджуваних захворювань. У зв'язку з цим клінічна практика ще й дотепер не має у своєму розпорядженні достатньо ефективної системи лікувальних заходів для такої складної соматопсихічної патології.

Розв'язання проблеми нозогеній при АГ вимагає міждисциплінарного підходу,

на основі якого можна розробити стратегію їх комплексної психотерапевтичної та медикаментозної корекції. Необхідність вирішення цього складного завдання, що має велику медичну, медико-психологічну й соціальну значущість, стала передумовою для проведення даного дослідження.

Мета роботи: визначити поширеність, характер і причини виникнення нозогеній при артеріальній гіпертензії та їх місце в обмеженні життєдіяльності хворих.

Матеріали та методи дослідження.

Під час дослідження, яке проводилося у трьох центрах – Кримській республіканській установі «НДІ фізичних методів лікування і медичної кліматології імені І. М. Сеченова», санаторії «Ай-Петрі» та санаторії «Україна» (м. Ялта), – було обстежено 427 хворих на АГ.

Дизайн дослідження: 24-денне рандомізоване порівняльне дослідження. Критерієм включення до дослідження була есенціальна АГ у хворих віком 28–59 років.

Критерії виключення: вторинні форми АГ; стеноз ниркових артерій; постійна форма фібриляції передсердь; виражені порушення функції нирок і печінки; інфаркт міокарда, гострі й хронічні порушення мозкового кровообігу; кардіохірургічні втручання; некомпенсований цукровий діабет; наявність ендогенних психічних розладів і супутніх захворювань, які впливають на виживання та якість життя хворих; наявність протипоказань до призначення тiazидоподібних діуретиків, інгібіторів ангіотензинперетворюючого фермента та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну; відмова від лікування. Усі хворі отримували інформацію для пацієнтів і підписували інформовану згоду на участь у дослідженні.

Серед обстежених було виокремлено хворих із нозогеніями – 341 особу і без нозогеній – 86 осіб. Серед обстежених було 263 жінки і 164 чоловіки. Більшість хворих були службовцями (54,1%) та одружені (59,8%). Хворих із 1-ю стадією АГ було 201 особа (46,7%), середній вік $46,7 \pm 0,6$ року; із 2-ю стадією АГ – 226 осіб (52,3%), середній вік $52,3 \pm 0,5$ року. Тривалість захворювання на АГ становила від 2 до 15 років, тривалість нозогеній – від декількох

місяців до 5 років. Серед усіх пацієнтів було виділено сім груп: шість груп із різними формами нозогеній і одна – без нозогеній. Неврастенію діагностовано у 164, іпохондричний розлад – у 67, легкий депресивний епізод – у 38, дистимію – у 36, змішаний тривожно-депресивний розлад – у 36, а у 9 осіб діагностовано стійкі зміни особистості. Не виявлено нозогеній, як зазначалося, у 86 хворих на АГ.

Усім хворим проводили психотерапевтичну корекцію й медикаментозне лікування, супроводжуване потенціюючою психотерапією. За видом отриманого медикаментозного лікування пацієнтів також було поділено на групи. Індапамід (арифон ретард) у дозі 0,75–1,5 мг один раз на добу отримували 16 хворих на АГ без нозогеній, що увійшли до першої групи, та 32 хворі із нозогеніями, які склали другу групу. Індапамід (арифон ретард) у тій самій дозі й серталін (золот) 25–50 мг один раз на добу призначали 17 хворим із нозогеніями третьої групи. Квінапріл (аккупро) у дозі 10–20 мг один раз на добу отримували 16 хворих без нозогеній четвертої групи та 28 пацієнтів із нозогеніями – п'ятої групи; квінапріл (аккупро) й серталін (золот) у зазначених дозах були призначені 13 хворим на АГ з нозогеніями, котрі увійшли до шостої групи.

Первинним параметром ефективності лікування вважали відсоток зниження артеріального тиску (АТ) від вихідного рівня за 24 дні; вторинними – позитивну динаміку показників ехокардіографії й добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), емоційного реагування на захворювання, якості життя, нівелювання когнітивних розладів. Значним поліпшенням у процесі лікування вважалася зміна критеріїв оцінки у бік норми, частковим поліпшенням – деякі позитивні зміни критеріїв оцінки за первісно нормальних їх величин (межа «норма-патологія»), без поліпшення – відсутність змін за первісно нормальними показниками.

Під час дослідження були використані методи функціональної діагностики, клінічні, психопатологічні, психодіагностичні, соціологічні та статистичні методи.

Клінічні дослідження відповідали про-

токолам надання медичної допомоги хворим на есенціальну артеріальну гіпертензію 1-ї й 2-ї стадій, хворим на дисциркуляторну енцефалопатію [8]. Проводили добове моніторування артеріального тиску на апараті АВРМ-04 фірми «Meditech» (Угорщина). Ехокардіографічне дослідження виконували за загальноприйнятими методиками на апараті «Ultrasound Scanner ТИ 628-А» [2].

Психопатологічна діагностика, згідно з МКХ-10, базувалася на принципі відповідності психічних розладів критеріям об'єктивності, репрезентативності та верифікованості, на субстратному і структурному аналізі, діахронічній структурі психічних розладів. Фактори ризику розвитку АГ і нозогеній визначали за допомогою спеціально розроблених анкет відповідно до чинних рекомендацій [6].

Для визначення особливостей характеру хворих використовували опитувальник Г. Шмішека, особистісних відмінностей – методику багатостороннього дослідження особистості, характерологічних рис хворих – методику Р. Кеттела. Типи реагування на хворобу вивчали за допомогою методики психологічної діагностики типів ставлення до хвороби [10]. Особистісну та ситуативну тривожність пацієнтів визначали за опитувальником Спілбергера–Ханіна; невротизацію – за методикою діагностики рівня невротизації Л. І. Вассермана. Для визначення депресії застосовували опитувальник депресії Бека та шкалу депресії Центру епідеміологічних досліджень США [4].

Якість життя хворих вивчали за допомогою розробленого нами «Способу оцінки якості життя, переважно в осіб з артеріальною гіпертензією», рівень стресу – за списком стресових ситуацій. Для оцінки когнітивно-мнестичних функцій у пацієнтів використовували такі тести: коректурну пробу, тест мовно-слухової пам'яті Рея, тести малювання годинників, послідовності дій [3, 4, 10].

Для обробки результатів дослідження застосовували методи математичної статистики. Порівняння проводилося між отриманими даними у хворих на АГ 1-ї й 2-ї стадій та між результатами обстеження

хворих на АГ з нозогеніями й без нозогеній. Статистична обробка вибірки містила первинний статистичний аналіз: оцінку середнього арифметичного (M), середнього квадратичного відхилення (S), помилку середньої арифметичної (m). Для оцінки різниць між вибірками використовували критерій однорідності. Рівень довірчої імовірності (p) був $> 0,95$ [1].

Проводили регресійний і кореляційний аналізи, завдання класифікації вирішували за допомогою кластерного, дискримінантного аналізів і штучних нейронних мереж [1]. Під час розв'язання задачі класифікації використовували метод, заснований на двовимірному сплайннормальному розподілі. Статистична обробка даних обстеження містила побудову моделей розподілу досліджуваних показників у вигляді функцій розподілу. На основі одновимірних моделей визначали межі «нормопатології» показників Нs-іпохондрії, D-депресії та Ну-істерії; на основі двовимірних моделей розподілу проводили оцінку імовірностей знаходження показників Нs-іпохондрії, D-депресії та систолічного артеріального тиску у зонах контролю та дослідження їх взаємовпливу. З метою урахування неоднорідності результатів обстеження використовували методи параметричного оцінювання функції розподілу у вигляді суміші нормального і сплайннормального розподілів та непараметричного оцінювання на основі поліноміальних сплайнів із вибором найбільш вірогідних [7].

Статистична обробка та аналіз даних ДМАТ базувалися на марківській моделі процесу зміни АТ з кусково-сталими інтенсивностями. З метою підвищення вірогідності оцінок інтенсивностей при побудові моделі процесу зміни АТ використовували локальні поліноміальні сплайни на основі В-сплайнів [9].

Статистична обробка результатів дослідження виконувалася з використанням програмного забезпечення VerMed, NeuroModelDBPM, Моніторинг й ViStAMed. Зазначені вище моделі, методи й програмне забезпечення дозволили створити інформаційну технологію підтримки прийняття рішень для діагностики нозогенії

і вибору тактики лікування у хворих на АГ [7].

Результати та їх обговорення

У результаті вивчення психічного стану хворих на АГ було визначено таку типологію наявних у них нозогеній.

I. Афективні розлади (розлади настрою) – 74 особи (17,3%):

1. Легкий депресивний епізод, F32.0 (51,4%);

2. Дистимія, F34.1 (48,6%).

II. Невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади – 267 осіб (62,5%):

1. Змішаний тривожно-депресивний розлад, F41.2 (13,5%);

2. Неврастенія, F48.0 (61,4%);

3. Іпохондричний розлад, F45.2 (25,1%).

III. Стійкі зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням або захворюванням головного мозку – 9 осіб (2,1%):

1. Стійкі зміни особистості, F62.8 (100%).

Таким чином, нозогенії формуються у переважної більшості хворих на АГ (81,9%). При цьому найпоширенішою нозогенією у хворих на АГ є неврастенія, від якої потерпають 38,4% пацієнтів (37,3% хворих на АГ 1-ї стадії й 39,4% хворих на АГ 2-ї стадії); значно рідше відзначаються стійкі зміни особистості – в 2,1% (3,0% хворих на АГ 1 стадії та 1,3% хворих на АГ 2-ї стадії).

Визначення залежностей між особистісними відмінностями і формуванням нозогеній – складна й маловивчена проблема. Аналіз їх ускладнюється у зв'язку з різними методологічними підходами: психологічними (психоаналітичними), з одного боку, і клінічними – з іншого. Під час психодіагностичного обстеження хворих нами було встановлено, що розвиткові АГ сприяє загострення збудливих, циклотимічних та екзальтованих рис характеру, у міру прогресування АГ роль акцентуацій зменшується. Виникнення нозогеній спостерігається у хворих на АГ зі значною поширеністю тривожної та застрягаючої акцентуацій характеру. Формуванню дистимії та неврастенії сприяє тривожна акцентуація; легкого депресивного епізоду – педантич-

на, збудлива й тривожна; іпохондричного розладу – збудлива, тривожна, емотивна та циклотимічна; змішаного тривожно-депресивного розладу – збудлива, педантична й тривожна; стійких змін особистості – збудлива, тривожна та циклотимічна акцентуації характеру. Отже, у хворих на АГ тривожна й збудлива акцентуації сприяють розвиткові афективних, невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, стійких змін особистості, не пов'язаних з ушкодженням або захворюванням головного мозку; педантична – формуванню афективних, невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів; циклотимічна – розвиткові невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, стійких змін особистості, не пов'язаних з ушкодженням або захворюванням головного мозку; емотивна – невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів. Гіпертимна й емотивна акцентуації характеру перешкоджають розвиткові нозогеній у хворих на АГ. Таким чином, преморбідні риси особистості можуть суттєво впливати на формування нозогеній при АГ.

Відмінності особистості хворих на АГ досить добре вивчено, проте результати цих досліджень досить суперечливі. У хворих на АГ відзначають емоційну збудливість, в'язкість і ригідність, активність, енергійність і впевненість у собі, імпресивність, тривожність, помисливість, схильність до тривалих переживань, образливість, домінантність, авторитарність у сполученні з підвищеною сенситивністю до різних стресів, інтерперсональну напруженість, зумовлену суперечністю між агресивними імпульсами та почуттям залежності.

Результати проведеного нами дослідження свідчать, що особистісними відмінностями хворих на АГ є іпохондрична фіксація, емоційна лабільність, домінування активності у чоловіків і пасивності у жінок, афективна ригідність, обачність і боязкість. При цьому, характерними особистісними відмінностями пацієнтів з дистимією були невпевненість, помисливість і труднощі в міжособистісних контактах; хворих на АГ зі змішаним тривожно-

депресивним розладом – песимізм, скептицизм, імпульсивна поведінка, тривожність і помисливість, утруднення міжособистісних контактів; хворих з неврастенією – прагнення справляти враження на оточення, егоцентризм, емоційна незрілість, утруднення міжособистісних контактів; хворих із іпохондричним розладом – песимізм, індивідуалізм, утруднення міжособистісного спілкування; хворих з легким депресивним епізодом – песимізм, егоцентризм, індивідуалізм, утруднення міжособистісних контактів; хворих із стійкими змінами особистості – песимізм, скептицизм, незадоволеність життям, імпульсивність, індивідуалізм, зниження життєлюбних тенденцій. Хворим на АГ без нозогеній були притаманні тривожність, егоцентризм, активна життєва позиція та соціальна залученість.

Типологічні риси особистості хворих на АГ також досить добре висвітлені в літературі, проте вплив характерологічних особливостей цих хворих на формування в них нозогеній вивчено недостатньо. Наші спостереження дали змогу визначити, що основними характерологічними рисами хворих на АГ були достатня нормативність поведінки та консерватизм. Їхніми провідними характерологічними особливостями були стриманість, підпорядкованість, розвинена уява та високий самоконтроль. При цьому, характерними рисами хворих на АГ були при дистимії – розслабленість; при змішаному тривожно-депресивному розладі – тривожність, гнучкість, боязкість; при неврастенії – товарицькість; при іпохондричному розладі – тривожність й емоційна нестійкість; при легкому депресивному епізоді – тривожність; при стійких змінах особистості – підозрілість, тривожність, напруженість, гнучкість та емоційна нестійкість. Хворим на АГ без нозогеній була притаманна самовпевненість.

Широке коло нозогеній розглядається в межах внутрішньої картини хвороби, коли нозогенії підрозділяються на такі, що виникають за свідомими та підсвідомими механізмами, а диференціація їх проводиться за двома категоріями – поведінка, що затверджує хворобу, та поведінка, що заперечує хворобу. Перша категорія вклю-

чає два типи симптомокомплексів – з усвідомленою мотивацією вчинків і з неусвідомленою поведінкою; друга категорія містить три симптомокомплекси – з усвідомленою мотивацією вчинків, неусвідомленою поведінкою і з недостатнім усвідомленням хвороби.

Результати проведеного дослідження свідчать, що неадекватне ставлення до хвороби, яке спостерігається у 92,1% хворих на АГ з нозогеніями та у 90,1% хворих без нозогеній, значно погіршує їхню соціальну і психологічну адаптацію та ускладнює реабілітацію. Прогресування АГ посилює соціальну та психологічну дезадаптацію хворих, особливо при формуванні неврастенічного, паранояльного та тривожного типів ставлення до хвороби. Порушення адаптації є суттєвим уже на ранній стадії АГ, але ще має інтрапсихічну спрямованість, тоді як при прогресуванні АГ порушення адаптації поглиблюються, переважно внаслідок інтерпсихічної спрямованості реакції на хворобу. Формуванню дистимії сприяють неврастенічний, тривожний, obsесивно-фобічний і паранояльний типи ставлення до хвороби; легкого депресивного епізоду – неврастенічний, obsесивно-фобічний і паранояльний; неврастенічний й змішаного тривожно-депресивного розладу – неврастенічний і паранояльний; іпохондричного розладу – неврастенічний і тривожний; стійких змін особистості – неврастенічний та паранояльний типи реагування на захворювання. Таким чином, тривожний і паранояльний типи ставлення до хвороби сприяють формуванню у хворих на АГ афективних, невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, стійких змін особистості, не пов'язаних з ушкодженням або захворюванням головного мозку; тривожний та obsесивно-фобічний типи ставлення до хвороби провокують виникнення афективних розладів. Ейфоричний та ергопатичний типи ставлення до хвороби перешкоджають розвиткові нозогеній.

Надзвичайно важливим у формуванні нозогеній є значення особливостей соматопсихічної сфери хворих, які поділяють на соматотонію, сполучену з гіпнозогностичними реакціями, соматопатію та невropa-

тію, сполучені з гіпернозогностичними реакціями. Внутрішня картина хвороби містить чотири рівні психічного відбиття хвороби у психіці хворого (почуттєвий, емоційний, інтелектуальний, мотиваційний) та адекватне або неадекватне ставлення хворого до свого захворювання, зумовлене особистісними відмінностями.

Проведене дослідження свідчить про те, що акцентуації характеру у хворих на АГ суттєво впливають на формування внутрішньої картини хвороби. На ранній стадії АГ загострення збудливих рис характеру асоційовано з невротичним та ергопатичними типами ставлення до хвороби, циклотимічними рис – з obsесивно-фобічним і гармонійним. Із прогресуванням АГ спостерігається сполученість акцентуацій характеру зі значно більшою кількістю типів реагування на захворювання: збудлива акцентуація корелює з ергопатичним, тривожним, апатичним, неврастенічним, obsесивно-фобічним та егоцентричним його типами; циклотимічна – із тривожним, неврастенічним, obsесивно-фобічним, сенситивним та егоцентричним; екзальтована – із сенситивним типом реагування на захворювання.

У разі розвитку у хворих на АГ дистимії тривожна акцентуація характеру сполучена з obsесивно-фобічним і анозогностичними типами ставлення до хвороби; у разі формування легкого депресивного епізоду – педантична акцентуація асоційована з гармонійним та obsесивно-фобічним; збудлива – з obsесивно-фобічним, тривожна – з obsесивно-фобічним і ейфоричними типами; у разі розвитку неврастенічного – тривожна акцентуація корелює з ергопатичним та obsесивно-фобічним; у разі формування іпохондричного розладу збудлива акцентуація асоційована з тривожним, апатичним й obsесивно-фобічним, тривожна – із тривожним та апатичним; у разі розвитку змішаного тривожно-депресивного розладу збудлива акцентуація сполучена з гармонійним та паранояльним; при розвитку стійких змін особистості збудлива акцентуація асоційована із тривожним, апатичним, obsесивно-фобічними типами ставлення до хвороби. За відсутності нозогеній гіпертимна акцентуація корелює з

ейфоричним, а емотивна – з гармонійним типом реагування на захворювання.

Таким чином, у процесі формування афективних розладів у хворих на АГ збудлива й тривожна акцентуації характеру асоційовані з obsесивно-фобічним типом ставлення до хвороби, у разі розвитку невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів збудлива й тривожна акцентуації сполучені з obsесивно-фобічним, тривожним й апатичним типами реагування на захворювання; у випадку прогресування стійких змін особистості, не пов'язаних з ушкодженням або захворюванням головного мозку збудлива акцентуація корелює з obsесивно-фобічним, тривожним й апатичним типами ставлення до хвороби. Відсутності нозогеній сприяють асоціації гіпертимної акцентуації з ейфоричним, а емотивної – з гармонійним типом реагування на захворювання.

У клінічних дослідженнях хворих на АГ беруть до уваги стадію АГ, ступінь і характер підвищення артеріального тиску, порушення процесів ремоделювання, наявність систолічної або діастолічної дисфункції. Проте в літературі відсутні подібні дані за наявності чи відсутності у хворих нозогеній [5]. Результати наших досліджень свідчать, що для оцінки перебігу АГ найважливішими є особистісні відмінності, навантаження тиском, ураження органів-мішеней і наявність факторів ризику прогресування захворювання та розвитку його ускладнень. Розвиткові АГ сприяють невротизація і фактори ризику, тоді як прогресування АГ сполучене з ураженням органів-мішеней та соціальною ізоляцією хворих.

Формуванню дистимії у хворих на АГ сприяють невротизація та соціальна ізоляція, підвищення денного й нічного АТ, діастолічна дисфункція і гіпертрофія лівого шлуночка; формуванню легкого депресивного епізоду – невротизація, зменшення діастолічного АТ та його варіабельності, діастолічна дисфункція; неврастенії та іпохондричного розладу – соціальна ізоляція, діастолічна дисфункція і гіпертрофія лівого шлуночка; формуванню змішаного тривожно-депресивного розладу – соціальна ізоляція, діастолічна дисфункція й нічне

підвищення АТ; стійких змін особистості – невротизація, соціальна ізоляція, діастолічна дисфункція та гіпертрофія лівого шлуночка. Відсутність нозогеній при АГ корелює з мінімальними особистісними змінами у разі підвищення АТ. Порушення циркадного ритму у хворих на АГ є мінімальними за відсутності нозогеній, становлять 40% при стійких змінах особистості, не пов'язаних з ушкодженням або захворюванням головного мозку; 50% – при афективних розладах та 60% – при невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах.

У директивах з діагностики й лікування артеріальної гіпертензії 2007 року до факторів ризику належать: рівні систолічного й діастолічного АТ, рівень пульсового АТ, вік, паління, дисліпідемія, рівень глюкози натще, порушена толерантність до глюкози, патологічне ожиріння, обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинних захворювань у молодому віці. Усі наявні на сьогоднішній день моделі оцінки серцево-судинного ризику мають обмеження: вони не враховують різноманітності, сполучення та тривалості впливу факторів ризику й такі фактори, як особистісні відмінності, стреси та фізична активність хворих.

Отримані нами дані свідчать, що найпоширенішими факторами ризику у хворих на АГ є стрес, спадкоємна обтяженість серцево-судинними захворюваннями, низька фізична активність, зловживання вуглеводами, вища освіта та високий соціально-економічний статус, які підвищують невротизацію й посилюють депресію, погіршують якість їхнього життя. На ранній стадії АГ найсуттєвішим є вплив високого соціального статусу й порушень здорового способу життя, тоді як прогресування АГ сполучене з обтяженою спадковістю та зниженням соціального статусу.

Формуванню дистимії у хворих на АГ сприяють збільшення маси тіла та Нs-іпохондрія; легкого депресивного епізоду – високий соціальний статус і D-депресія; неврастенії – Нs-іпохондрія, Ну-істерія й порушення здорового способу життя; іпохондричного розладу – Нs-іпохондрія, D-депресія та Ну-істерія;

змішаного тривожно-депресивного розладу та стійких змін особистості – Hs-іпохондрія, D-депресія, обтяжена спадковість і порушення здорового способу життя. Запобігають формуванню нозогеній дотримання здорового способу життя і відсутність дисгармонійних рис особистості.

Такі фактори, як невротизація («тенденція виглядати у сприятливому світлі»), гіпертрофія лівого шлуночка (маса міокарда, товщина міжшлуночкової перегородки), діастолічна дисфункція (індекс скорочувальної здатності міокарда, швидкість раннього прикриття мітрального клапана, фракція викиду), фактори ризику (вік, стать, обтяжена спадковість, паління, окружність талії, зловживання сіллю), соціальна ізоляція (Sc-шизоїдність, Si-інтроверсія) суттєво погіршують прогноз при АГ.

В аспекті прогнозування вивчення особистісних факторів (структури особистості та психічних функцій) надає важливу інформацію при стратифікації загального серцево-судинного ризику. Для оцінки можливості прогресування АГ, визначення психологічного реабілітаційного потенціалу, виділення полегшуючих факторів і бар'єрів було використано методи математичної статистики [1, 5, 7]. Взаємозв'язок систолічного артеріального тиску (САТ) з особистісними факторами, діастолічним артеріальним тиском (ДАТ) та факторами оточуючого середовища (факторами ризику) представлено у вигляді показника перебігу АГ (ПП):

$$\text{ПП} = 1/(1+e^{-y}),$$

$$\text{де } e = 2,718;$$

$$y = -1,445 + 2,151 \cdot \text{вік} + 1,216 \cdot \text{стать} + 0,532 \cdot \text{соціальне становище} - 0,119 \cdot \text{спадковість} - 0,828 \cdot \text{зміни маси тіла} - 0,766 \cdot \text{фізична активність} + 0,510 \cdot \text{паління} + 0,565 \cdot \text{сіль} - 0,029 \cdot \text{жири} - 0,161 \cdot \text{вуглеводи} - 0,733 \cdot \text{кава} - 0,155 \cdot \text{алкоголь} + 0,651 \cdot \text{стрес афективних зв'язків} - 0,377 \cdot \text{стрес навчання} + 0,361 \cdot \text{стрес професійної діяльності} - 0,071 \cdot \text{особистісний стрес} + 1,045 \cdot \text{стрес здоров'я} - 0,290 \cdot \text{стрес буденного життя} - 0,988 \cdot \text{стрес дозвілля} + 0,757 \cdot \text{індекс маси тіла} - 2,901 \cdot \text{окружність талії} - 0,073 \cdot \text{окружність талії/окружність стегон} + 3,368 \cdot \text{ДАТ} - 0,419 \cdot \text{L-брехливість} - 0,027 \cdot \text{F-достовір-$$

$$\begin{aligned} & \text{ність} + 1,413 \cdot \text{K-корекція} - 0,612 \cdot \\ & \text{Hs-іпохондрія} - 0,132 \cdot \text{D-депресія} \\ & + 0,596 \cdot \text{Hu-істерія} - 0,421 \cdot \text{Pd-психопатія} \\ & + 0,17 \cdot \text{Mt-чоловічість-жіночість} - 0,398 \cdot \\ & \text{Pa-параноя} - 1,234 \cdot \text{Pt-психастенія} \\ & + 1,872 \cdot \text{Sc-шизоїдність} - 2,398 \cdot \text{Ma-гіпоманія} \\ & - 0,640 \cdot \text{Si-інтроверсія}. \end{aligned}$$

Низький психологічний реабілітаційний потенціал та прогресування АГ можна передбачити при ПП від 0,46 до 1,0; а високий потенціал та відсутність прогресування АГ – при його значенні від 0 до 0,45. Із збільшенням коефіцієнта та із знаком «+» біля фактора зростає його вплив на психологічний реабілітаційний потенціал та прогресування АГ.

Суттєвими для оцінки психологічного реабілітаційного потенціалу хворих на АГ є такі фактори, як вік, Sc-шизоїдність, Pt-психастенія, стрес здоров'я, соціальний статус, індекс маси тіла, стрес афективних зв'язків, Hu-істерія, вживання значної кількості солі, паління, стрес професійної діяльності, Mt-чоловічість-жіночість.

До бар'єрів можна віднести такі фактори, як вік старше 55 років, жіночу стать, високий соціальний статус, паління, зловживання сіллю, стрес афективних зв'язків, професійної діяльності та здоров'я, збільшення маси тіла. Якщо розглядати особистісні фактори як бар'єри, то високий рівень Sc-шизоїдності та Hu-істерії у хворих на АГ – найсуттєвіші проблеми, які необхідно враховувати при реалізації програми реабілітації.

До полегшуючих факторів можна віднести необтяжену спадковість, відсутність змін маси тіла, значну фізичну активність, відсутність зловживання насиченими жирами, легко засвоюваними вуглеводами, кавою, алкоголем, стрес навчання, буденного життя та дозвілля, відсутність змін окружності талії та стегон.

Нами вперше визначено місце нозогеній у стратифікації загального серцево-судинного ризику і показано, що нозогенії при АГ необхідно розглядати як фактор ризику виникнення серцево-судинних ускладнень, а тому вони вимагають корекції навіть за нормального рівня АТ у хворих.

Якість життя хворих на АГ можна

вважати достатньо вивченою: у літературі висвітлено вплив на якість життя гіпотензивної терапії, прогресування АГ, серцевої недостатності, коморбідної депресії, розглянуто вікові аспекти зниження якості життя хворих, але зовсім недостатньо досліджено якість життя хворих за наявності нозогеній та фактори, що впливають на неї.

Результати проведеного дослідження переконливо свідчать, що формування нозогеній у хворих на АГ супроводжується істотним зниженням таких показників якості життя, як психічний, фізичний і загальний статус, що зумовлено дисгармонійними відмінностями особистості, значною кількістю факторів ризику, порушеннями хронобіологічної структури АТ, гіпертрофією лівого шлуночка та його діастолічною дисфункцією.

За відсутності нозогеній у хворих на АГ відзначаються незначні порушення фізичного, психічного й загального статусу, що пов'язано із притаманними їм гармонійними відмінностями особистості та відсутності багатьох факторів ризику. При цьому, формування у хворих на АГ дистимії, легкого депресивного епізоду, іпохондричного розладу супроводжувалося зниженням фізичного, психічного та загального статусу; розвиток неврастенії – фізичного і психічного статусу; змішаного тривожно-депресивного розладу, а також стійких змін особистості – зниженням психічного та загального статусу. Зазначені показники, а також фізична активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, біль, життєздатність і загальне здоров'я погіршувалися із прогресуванням АГ.

Отже, вивчення якості життя хворих на АГ дало можливість визначити важливі обставини: захворювання негативно впливає не тільки на гемодинамічні параметри, але й на фізичне, психічне, емоційне та соціальне функціонування пацієнтів, про що можна судити лише за показниками якості життя. Розділ «психосоматика» у сучасній медицині представляють клінічні, психологічні, епідеміологічні, лабораторні дослідження, які висвітлюють різні аспекти біологічних та психосоціальних співвід-

ношень, чому сприяє розвиток системного підходу в біології та медицині. На основі такого підходу нами було розроблено модель типології нозогеній при АГ, що охоплює чотири рівні: фізіологічний, соціальний, психологічний та психічний.

Критеріями оцінки фізіологічного рівня є фактори ризику, гіпертрофія лівого шлуночка та його діастолічна дисфункція, хронобіологічна структура АТ; соціального рівня – якість життя; психологічного рівня – особистісні, характерологічні відмінності хворих, внутрішня картина хвороби і їхній взаємовплив, когнітивні порушення; психічного рівня – афективні розлади, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, стійкі зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням або захворюванням головного мозку.

На формування психосоматичних співвідношень у хворих на АГ впливали шість основних факторів: невротизація (Ns-іпохондрія, Nu-істерія, D-депресія); стрес (загальний рівень стресу, стрес афективних зв'язків, професійного життя, дозвілля, особистісних настанов, здоров'я); навантаження тиском (систоличний і діастолічний АТ); гіпертрофія лівого шлуночка (розмір основи аорти, маса міокарда лівого шлуночка, індекс маси міокарда); діастолічна дисфункція (кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка, індекс скорочувальної здатності міокарда, кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка, швидкість укорочення м'язового волокна, ударний об'єм та серцевий індекс); соціальна ізоляція (Sc-шизоїдність, Si-інтроверсія, Pt-психастенія).

Інтегративне значення емоційного стану у формуванні поведінки хворих на АГ відоме давно, але конкретно уявити всі взаємозв'язки між психологічними детермінантами й фізіологічними корелятами емоцій досить складно. В існуючих клінічних і психологічних дослідженнях із цією метою недостатньо використано методи математичної статистики.

Нами було проведено оцінку ймовірностей знаходження показників систолічного АТ, Ns-іпохондрії і D-депресії у зонах контролю, що дозволило отримати ймовірнісну модель з новими можливостями ви-

явлення психосоматичних взаємозв'язків. Модель взаємовпливу Hs-іпохондрії, D-депресії й систолічного АТ підтверджує суттєву роль іпохондрії й депресії на початковій стадії АГ, і дозволяє виділити чотири варіанти психосоматичних співвідношень у хворих на АГ: органні й системні соматичні ураження психосоматичного характеру, соматизовані психічні реакції, психогенно-особистісні реакції, реакції екзогенного характеру.

Диференціальна діагностика власне АГ і нозогенії при цьому захворюванні надзвичайно важлива в щоденній лікарській практиці. Сучасна клініка має у своєму розпорядженні величезні можливості та чітко визначені стандарти для діагностики АГ і нозогенії, стрімко розвиваються медичні системи діагностики, прогресивні інформаційні технології. Проте практично немає праць, які поєднують клінічну, функціональну, психологічну діагностику нозогенії при АГ з розробкою інформаційних технологій, спрямованих на підвищення якості діагностичного та лікувального процесу.

Типологія нозогенії при АГ здійснювалася на основі клінічної, функціональної, психологічної діагностики та із застосуванням сучасних інформаційних технологій [1]. Автоматизована система VerMed обробки неоднорідних медичних даних для підтримки прийняття рішень під час діагностики захворювань дала змогу визначити межі «норми – патології» показників, установити імовірності знаходження двох показників у зонах контролю, провести первинний статистичний аналіз, параметричне й непараметричне відтворення одномірних і багатомірних розподілів із класу нормальних та їх класифікацію [5, 7].

Використання інформаційної технології NeuroModelDBPM для підтримки прийняття рішень у системі моніторингу в діагностиці захворювань дозволило оцінити зміни АТ і пульсу пацієнтів на основі моделі, що поєднує ланцюги Маркова й штучні нейронні мережі [1, 5]. Як нові показники добового моніторингу використовувалися оцінки функцій інтенсивності переходу між станами й коефіцієнти аналіти-

чних функцій ризику знаходження АТ в певних зонах контролю. За допомогою методу, що поєднує ланцюги Маркова й штучні нейронні мережі, на основі результатів математичного моделювання було проведено класифікацію хворих щодо визначеного набору діагнозів та кластеризацію їх з метою формування уточнених діагнозів.

Програмний продукт Моніторинг, створений на базі програми ViStAMed, реалізував обчислювальні схеми обробки даних ДМАТ з метою діагностики нозогенії при АГ [5, 9]. Методами дослідження при цьому були методи наближення обчислень, марковські ланцюги й локальні поліноміальні B-сплайни [1]. Розроблені обчислювальні схеми поповнення функцій зміни АТ в часі, оцінки функцій інтенсивностей переходу АТ між станами дали змогу розробити метод діагностики нозогенії при АГ, що дозволив набагато точніше встановлювати клінічні діагнози, забезпечивши 90,6% збігу. Короткостроковий прогноз із використанням експонентного згладжування дозволив дати емпіричну оцінку ризику знаходження первинних показників ДМАТ у кожному з можливих станів, а також розробити модель поведінки первинних показників ДМАТ і визначення аналітичного виду функцій ризику знаходження цих показників у зонах контролю найближчим часом [5, 9].

Таким чином, розроблена інформаційна технологія полягає у створенні моделі типології нозогенії при АГ, удосконаленні існуючих методів клінічної, психологічної та соціологічної діагностики, розробці програмного забезпечення для підтримки прийняття рішень у процесі діагностики й виборі тактики лікування. Запропонована нами інформаційна технологія діагностики й лікування нозогенії при АГ дає змогу підвищити точність діагностики на 20,6% та оптимізувати вибір тактики лікування.

У сучасних рекомендаціях з лікування АГ надані чіткі критерії для призначення комбінованої антигіпертензивної терапії, що дозволяє одразу впливати на різні ланки патогенезу АГ. З огляду на те, що лікування антидепресантами дає змогу впливати й на особистість хворого, а це відповідає багатофакторному патогенезу АГ з но-

зогеніями, нами було розроблено систему комплексної терапії хворих на АГ з нозогеніями, яка включає стратегію психотерапевтичної та комбінованої медикаментозної корекції.

Відповідно до виявлених причин і механізмів розвитку нозогеній у хворих на АГ запропонована система передбачає, з одного боку, комбіноване медикаментозне лікування основного захворювання, а з іншого – психотерапію пов'язаних із ним нозогеній. Система ґрунтується на прийнятих у сучасній психотерапії та медичній психології принципах диференційованості, індивідуальності, комплексності, етапності, послідовності й включає три компоненти, що відповідають трикомпонентній структурі міжособистісної взаємодії: інформаційний (когнітивний), емоційний (афективний), поведінковий (конативний). Використані методи й конкретний зміст проведених психотерапевтичних заходів визначалися стадією АГ, формою нозогенії та особистісними відмінностями кожного хворого.

Когнітивний компонент впливу здійснювався в три етапи, на яких використовувалися роз'яснювальна та раціональна психотерапія. Афективний компонент впливу було реалізовано також у три етапи, де проводили сугестивно-релаксаційну терапію, навчання наяву та ландшафтотерапію. Конативний компонент впливу було розділено на шість етапів, на яких проводили: групові дискусії, рольовий поведінковий тренінг, конструктивну суперечку, спеціальні коригуючі формули самонавіювання на тлі аутотренінгу. Також використовували бібліотерапію.

Хворих було розподілено на групи за видом отримуваного медикаментозного лікування. Індапамід (арифон ретард) приймали пацієнти першої групи (без нозогеній) і другої групи (хворі з нозогеніями); індапамід (арифон ретард) і серталін (золофт) призначали хворим третьої групи (з нозогеніями); квінапріл (аккупро) одержували пацієнти четвертої (без нозогеній) і п'ятої (з нозогеніями) груп; квінапріл (аккупро) й серталін (золофт) – хворі з нозогеніями, які входили до шостої групи.

Ефективність проведеної терапії оці-

нювали безпосередньо після закінчення лікувального процесу та у частини пацієнтів – за рік після лікування. Критеріями ефективності були відсоток зниження АТ від вихідного рівня, позитивна динаміка показників ехокардіографії й ДМАТ, сприятливі зміни характеристик емоційного реагування на захворювання, поліпшення показників якості життя та нівелювання когнітивних порушень.

Оцінка короткострокової ефективності лікування з використанням індапаміду та квінапрілу на тлі потенціюючої психотерапії свідчить, що значне поліпшення відбулося у 87,5 та 93,8% хворих на АГ без нозогеній; у 81,3 і 82,1% хворих на АГ з нозогеніями; у 88,2 і 92,3% хворих на АГ з нозогеніями при застосуванні серталіну; часткове поліпшення – у 12,5 й 6,2% хворих на АГ без нозогеній; у 18,7 й 17,9% хворих на АГ з нозогеніями, у 11,8 й 7,7% хворих на АГ з нозогеніями у разі призначення серталіну.

Оцінка віддаленої ефективності лікування з використанням індапаміду й квінапрілу на тлі потенціюючої психотерапії свідчить, що значне поліпшення спостерігалось у 57,1 та 57,1% хворих на АГ без нозогеній, у 50,0 й 50,0% хворих на АГ з нозогеніями, у 62,5 та 66,8% хворих на АГ з нозогеніями при застосуванні серталіну; часткове поліпшення – у 28,6 й 28,6% хворих на АГ без нозогеній, у 30,0 й 25,0% хворих на АГ з нозогеніями, у 25,0 й 16,6% хворих з нозогеніями при застосуванні серталіну; без поліпшення (особи, що припинили приймати індапамід та квінапріл) – у 14,3 й 14,3% хворих на АГ без нозогеній, у 20,0 і 25,0% хворих з нозогеніями, у 12,5 й 16,6% хворих на АГ з нозогеніями при застосуванні серталіну. Таким чином, найвищий терапевтичний ефект у хворих на АГ з нозогеніями спостерігався у разі використання в комплексному лікуванні одночасно із проведенням курсу психотерапії інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту квінапрілу й селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну серталіну.

Запропонована комплексна система психотерапевтичної і комбінованої медикаментозної корекції дає змогу підвищити

ефективність лікування хворих на АГ на 24,5% (на 22,3% – у хворих без нозогенії і на 25,8% – у хворих із нозогеніями).

Розроблена інформаційна технологія дала змогу не тільки діагностувати фізіологічний, соціальний, психологічний, психічний рівні типології нозогенії при АГ вибирати оптимальну тактику лікування, але й прогнозувати його результати.

За терапії індапамідом й квінапрілом у хворих на АГ без нозогенії короткостроковий прогноз був сприятливим у 75,0% і сумнівним у 25,0% випадків, віддалений прогноз був сприятливим і сумнівним порівну у 50,0% випадків. У хворих на АГ з нозогеніями прогноз був сприятливим у 71,4% і сумнівним – у 28,6% випадку, віддалений прогноз був сприятливим у 57,1% і сумнівним – у 42,9% випадку. За терапії індапамідом і серталіном, квінапрілом та серталіном короткостроковий прогноз у хворих на АГ з нозогеніями був сприятливим у 100,0% випадків, віддалений прогноз був сприятливим у 75,0% і сумнівним – у 25,0% випадків. Загалом результати дослідження свідчать про необхідність проведення, окрім клінічного, також психодіагностичного обстеження хворих на артеріальну гіпертензію та їх комплексного лікування – психотерапії й застосування комбінації тiazидоподібного діуретика або інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту і селективного інгібітора зворотного захоплення серотоніну.

Таким чином, у роботі представлено теоретичне обґрунтування й практичне розв'язання проблеми патогенезу, клініки та лікування нозогенії у хворих на артеріальну гіпертензію. Проблему розв'язано на основі системного міждисциплінарного підходу до дослідження феномена нозогенії при артеріальній гіпертензії й принципів доказової медицини, що дало змогу розробити високоефективну стратегію комплексної медикаментозної та психотерапевтичної корекції вивченої сукупної патології.

У хворих на артеріальну гіпертензію виявлено такі нозогенії: афективні розлади (розлади настрою) (17,3%): легкий депресивний епізод (51,4%), дистимія (48,6%); невротичні розлади, пов'язані зі стресом та

соматоформні розлади (62,5%): змішаний тривожно-депресивний розлад (13,5%), неврастенія (61,4%), іпохондричний розлад (25,1%); стійкі зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням або захворюванням головного мозку (2,1%): стійкі зміни особистості (100%).

Причинами досить поширених нозогеній при артеріальній гіпертензії (76,4% серед хворих на артеріальну гіпертензію 1-ї стадії й 87,2% – 2-ї стадії) є дисгармонійні й характерологічні відмінності пацієнтів (іпохондрична фіксація на порушеннях здоров'я, емоційна лабільність, афективна ригідність, тривожна та збудлива акцентуація характеру), стрес і тяжкість артеріальної гіпертензії.

Розроблена модель типології нозогенії при артеріальній гіпертензії включає чотири рівні: фізіологічний, соціальний, психологічний та психічний. Критеріями оцінки фізіологічного рівня є – фактори ризику, гіпертрофія лівого шлуночка та його діастолічна дисфункція, хронобіологічна структура артеріального тиску; соціального рівня – якість життя; психологічного – особистісні та характерологічні відмінності, внутрішня картина хвороби та їхній взаємовплив, когнітивні порушення; психічного рівня – афективні розлади, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, стійкі зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням або захворюванням головного мозку.

Найбільш інформативними для оцінки перебігу артеріальної гіпертензії є особистісні відмінності (невротизація, психастенія та алекситимія), навантаження тиском (систоличний та діастолічний артеріальний тиск), гіпертрофія лівого шлуночка, показники діастолічної дисфункції (індекс маси міюкарда, товщина міжшлуночкової перегородки, діастолічне розслаблення стінок лівого шлуночка) та фактори серцево-судинного ризику (обтяжена спадковість, низький рівень фізичної активності). Наявність нозогенії при артеріальній гіпертензії суттєво підвищує вплив внутрішньої картини хвороби на перебіг артеріальної гіпертензії.

Статистично значущими факторами прогресування артеріальної гіпертензії є

невротизація (тенденція виглядати «у сприятливому світлі»), гіпертрофія лівого шлуночка (маса міокарда, товщина міжшлуночкової перегородки), діастолічна дисфункція (індекс скорочувальної здатності міокарда, швидкість раннього прикриття мітрального клапана, фракція викиду), фактори ризику (вік, стать, обтяжена спадковість, паління, окружність талії, зловживання сіллю), соціальна ізоляція (шизоїдність, інтроверсія).

Нозогенії посідають суттєве місце в стратифікації загального серцево-судинного ризику при артеріальній гіпертензії й тому вимагають корекції навіть за нормального рівня артеріального тиску у хворих. Наявність нозогеній, асоційованих із дисгармонійними особистісними відмінностями, з обтяженою спадковістю за серцево-судинними захворюваннями та з вищою освітою, призводить до страху втрати високого соціально-економічного статусу, підвищеної вразливості до стресу, зниження фізичної активності та зловживання вуглеводами, що суттєво погіршує прогноз при артеріальній гіпертензії.

Основними факторами, що впливають на психосоматичні співвідношення у хворих на артеріальну гіпертензію, є невротизація (депресія, іпохондрія, істерія), стрес (загальний рівень стресу, стрес афективних зв'язків, професійного життя, дозвілля, здоров'я, особистісних настанов); навантаження тиском (систоличний і діастолічний артеріальний тиск), гіпертрофія лівого шлуночка (розмір основи аорти, маса міокарда лівого шлуночка, індекс маси міокарда); діастолічна дисфункція (кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка, індекс скорочувальної здатності міокарда, швидкість скорочення м'язового волокна, ударний об'єм, серцевий індекс); соціальна ізоляція (шизоїдність, інтроверсія, психастенія).

Створена модель взаємовпливу іпохондрії, депресії та систолічного артеріального тиску підтверджує суттєву роль іпохондрії й депресії на початковій стадії артеріальної гіпертензії та дозволяє виділити чотири варіанти психосоматичних співвідношень у хворих на артеріальну гіпертензію:

- 1) органні й системні соматичні ураження психосоматичного характеру;
- 2) соматизовані психічні реакції;
- 3) психогенно-особистісні реакції;
- 4) реакції екзогенного характеру.

Розроблена інформаційна технологія діагностики й лікування нозогеній при артеріальній гіпертензії містить модель типології нозогеній при артеріальній гіпертензії, комплекс удосконалених методів клінічної, психологічної та соціологічної діагностики, структурно-діагностичний і прогностичний алгоритми, що допомагає підвищити точність діагностики на 20,6% й оптимізувати вибір тактики лікування хворих на артеріальну гіпертензію з нозогеніями.

Медикаментозна терапія артеріальної гіпертензії, асоційованої з нозогеніями в 81,9% хворих, повинна включати основні класи антигіпертензивних препаратів (тіазидоподібні діуретики або інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту) в комбінації з антидепресантами (селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну). Паралельно з медикаментозним лікуванням усім хворим на артеріальну гіпертензію необхідно проводити курс психотерапії.

Психотерапевтична корекція при артеріальній гіпертензії має становити систему, яка складається з інформаційного, емоційного, поведінкового компонентів та базується на принципах диференційованості, індивідуальності, комплексності, етапності, послідовності. При цьому слід використовувати: роз'яснювальну та раціональну психотерапію, сугестивно-релаксаційну терапію, навчання наяву, ландшафтотерапію, групові дискусії, рольовий поведінковий тренінг, конструктивну суперечку, спеціальні коригуючі формули самонавіювання на тлі аутотренінгу. Також можна використовувати бібліотерапію.

Розроблена комплексна система психотерапевтичної і комбінованої медикаментозної корекції дає змогу підвищити ефективність лікування хворих на артеріальну гіпертензію на 24,5% (на 22,3% – у хворих без нозогеній і на 25,8% – у хворих із нозогеніями).

Література

1. Айвазян С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов. – М.: Статистика, 1974. – 240 с.
2. Дзяк Г. В. Суточное мониторирование артериального давления: [монография] / Г. В. Дзяк, Г. В. Колесник, Ю. Н. Погорецкий. – Днепропетровск, 2005. – 200 с.
3. Декларацийний патент на винахід UA 65491 А А61 В 5/00, А 61 В 10/00 Спосіб оцінки якості життя, переважно у осіб з артеріальною гіпертензією: Пат. UA 65491 А Г. В. Дзяк, І. В. Дроздова (Україна) Дніпропетровська державна медична академія. – № 2003 121 1381; заявл. 11.12.2003; опуб. 15.03.2004, Бюл. «Пром. власність України» № 3, 2004 р. – 10 с.
4. Елисеєв О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеєв – [2-изд.]. – СПб.: Питер, 2005. – 509 с.
5. Кришталь В. В. Нозогенни при артеріальній гіпертензії // В. В. Кришталь, І. В. Дроздова, Г. В. Дзяк. – Днепропетровск: Пороги, 2008. – 288 с.
6. Купер Д. Э. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Д. Э. Купер; пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
7. Мацуга О. М. Інформаційна технологія обробки неоднорідних медичних даних для підтримки прийняття рішень під час діагностики. автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. техн. наук: спец. 05.13.06 «Автоматизовані системи управління та інформаційні технології» / О. М. Мацуга. – Дніпропетровськ, 2007. – 18 с.
8. Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» – 55 с. [WWW-документ]. URL <http://www.ifp.kiev.ua>
9. Приставка П. О. Інформаційно-діагностична система «ViStA Med» обробки сигналів артеріального тиску добового моніторингу / П. О. Приставка, А. Ю. Дереза // Електроніка та системи управління. – 2006. – № 2 (8). – С. 13–18.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.
11. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналітично-статистичний посібник – рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / Під ред. Коваленка В. М., Корнацького В. М. – К., 2011. – 164 с.



УДК-615.825

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
КАК МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ
РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НА БАЗЕ КЛИНИКИ ГУ «УКРАИНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ»**

С. А. Пиндичев, Е. В. Канюка

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности Министерства здравоохранения Украины», г. Днепропетровск

Резюме

У статті розглянуто застосування лікувальної фізкультури та масажу як додаткового методу лікування хворих та інвалідів із захворюванням на розсіяний склероз у клініці ДУ «УкрДержНДІМСПІ МОЗ України». Проаналізовано динаміку показників за 2010 – 2011 рр. Рекомендовано долучати комплекси лікувальної фізкультури у формування індивідуальних програм реабілітації при цій патології. Визначена доцільність роботи в цьому напрямку.

Ключові слова: лікувальна фізкультура, розсіяний склероз, реабілітація.