Висновки

1. Результатами дослідження доведено, що особи з інвалідністю значною мірою зацікавлені у впровадженні засад інклюзивного туризму або його складників у життя людей з обмеженими можливостями, вбачаючи в цьому один із різновидів реабілітації.

2. Інклюзивний туризм є процесом, який зменшує ізоляцію особи з інвалідністю в суспільстві за рахунок збільшення участі кожного окремого інваліда в усіх процесах життєдіяльності сучасного суспільства. Туризм без бар'єрів створює умови до реструктуризації культури суспільства, його правил і норм поведінки, умови для прийняття всіх сторін життя й особистих відмінностей та потреб осіб з інвалідністю за рахунок розвинення тісних, плідних відносин між здоровими особами та інвалідами в сучасному суспільстві.

Література

1. Баязитова А. Инвалидность в России и Европе // Маркер. Деловая газета 30 августа 2010 года. – http://www.marker.ru/news/1770.

2. Всемирная Туристическая Организация (1999). Глобальный этический кодекс туризма. Резолюция A/RES/406(XIII) Генеральной Ассамблеи, 1 октября 1999 г. – Сантьяго, Чили. [ЮНВТО].

3. Всемирная Туристическая Организация. Декларация по упрощению туристских путешествий (2009 г.) (Declaration on the facilitation of tourist travel. 4 Pers ons with disabilities) Резолюция A/RES/578 (XVIII)/20, принятая Генеральной Ассамблеей на 18 сессии 5–8 октября 2009 г. – Астана, Казахстан (ЮНВТО).

4. Национальный доклад о принятых мерах, направленных на осуществление Украиной обязательств в рамках Конвенции о правах инвалидов. – К., – 2012.

5. Основи медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів /Л. Ю. Науменко. – Дніпропетровськ, 2013. – 327 с.

6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних комісій України за 2013 рік: Аналітико-інформаційний довідник / С. І. Черняк, А. В. Іпатов, О. М. Мороз та ін. // За ред. М. К. Хозбея. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2014. – 175 с.

7. Leidner R. Tourism accessible for all in Europe // Tourism Review. Ethical: Barrier Free Tourism, April 2008.

8. World Tourism Organization. (1991). Creating Tourism Opportunities for Handicapped People in the Nineties (Создание возможностей для туризма людям с ограниченными возможностями в девяностые годы). (Resolution A/res/284(IX) of the General Assembly held at Buenos Aires, Argentina) Madrid, Spain: World Tourism Organization.

9. World Tourism Organization. (2005). Accessible Tourism for All (Туризм, доступный для всех) A/RES/492(XVI). Madrid, Spain: World Tourism Organization.

УДК 616.118:159.923.3-003.9

АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЇХ РОЛЬ У ФОРМУВАННІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ

І. В. Дроздова[1], О. М. Мацуга[2], С. Я. Яновська[1], Л. Г. Степанова[1], Н. О. Яковенко[1], М. М. Ємець[1], Л. В .Омельницька[1]

[1]ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпропетровськ

[2] Дніпропетровський національний університет імені О. Гончара, Дніпропетровськ

Резюме: *Обследовано 46 больных с артериальной гипертензией (АГ) II и III стадий (в позднем восстановительном периоде после перенесенного инсульта). Акцентуации характера больных были изучены при помощи опросника Шмишека, типы реагирования на заболевание – с использованием Личностного опросника института Бехтерева. Результаты исследования показали, что распространенность и выраженность возбудимой циклотимической и экзальтированной акцентуаций присущи больным АГ обоих стадий. Они часто комбинировались между собой, но при АГ III стадии частота их встречаемости была большей. Это приводило к формированию тревожного и апатического типов отношения к болезни (ТОБ) у лиц с АГ II стадии и тревожного, ипохондрического, неврастенического и эгоцентрического – при АГ III стадии. Данные сочетания комбинаций акцентуаций характера формировали преимущественно смешанные ТОБ (в 81,9 и 80,0 % случаев). Влияние*

наиболее распространенных акцентуаций характера, а именно эмотивной, экзальтированной и возбудимой на формирование паранойяльного, апатического и сенситивного ТОБ у лиц с АГ II, а также возбудимой, циклотимической и экзальтированной – на выраженность тревожного, ипохондрического, неврастенического и эгоцентрического ТОБ при АГ III стадии, свидетельствует о нарушениях психологической и социальной адаптации у 98,7 и 91,0 % обследованных соответственно.

Ключевые слова: *акцентуации характера, внутренняя картина болезни, артериальная гипертензия*

Summary*: 46 is inspected patients with the hyperpiesis (AH) of II and III stages (in the late period of rehabilitation after the carried stroke). Accentuations of character of patients were studied through the questionnaire of Shmishek, types of reacting on a disease - with the use of the Personality questionnaire of institute of Behterev. Research results showed that prevalence and expressed of excitable tsiclotimic and ecstatic accentuations inherent to the patients of AH of both stages. They were often combined inter se, but at AH of the III stage frequency of their met was greater. It resulted in forming anxious and apathetical types of attitude toward illness (TAI) at persons from AG of the II stage and anxious, hypochondria, neurasthenic and egocentric - at AH of the III stage. These combinations of combinations of character accentuations formed mainly mixed TAI (in 81,9 and 80,0 % cases). Influence of the most widespread accentuations of character, namely emotion, ecstatic and excitable on forming paranoia, apathetical and sensitive TAI at persons from AH of II, and also excitable, tsiclotimic and ecstatic - on expressed anxious, hypochondria, neurasthenic and egocentric TAI at AH of the III stage, testifies to violations to psychological and social adaptation at 98,7 and 91,0 % inspected accordingly.*

Keywords: character accentuations, internal picture of illness, arterial hypertension

Аналіз проблеми специфічних преморбідних психологічних особливостей у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) визначає декілька напрямків: темпераменту й характеру, особистості, а також окремих психічних функцій [1–4]. Патогенетичну значущість особливостей вищої нервової діяльності відзначав ще І. П. Павлов [Цит. по 3]. Провідними постачальниками невротичних і психічних порушень є межові варіанти норми, насамперед «слабкий тип», проте не виключена можливість їх виникнення й у осіб «сильного типу» за умов значного психотравмуючого впливу. Як вважали раніше, неврастенія виникає у осіб із слабким чи сильним (неврівноваженим) й підвищено-гальмівним типом; істерія – у представників слабкого художнього типу із переважанням підкоркової діяльності над корковою; психастенія – у осіб розумового типу із хворобливим переважанням кортикальної діяльності над субкортикальною [3, 5, 6].

У сучасній літературі значну популярність отримало вчення V. Magnan про зворотньопропорційну залежність між вразливістю нервової системи і масивністю психічної травми: чим більш вразливою, більш «невротизованою чи психопатизованою» є нервова система, тим меншої інтенсивності психічна травма необхідна для її ураження [3].

Б. Д. Карвасарський, порівнюючи взаємовідносини особливостей характеру (в нормі й при патології) і неврозів, вважав, що «постачальниками» неврозів, як правило, є психопати, а провідні форми неврозів являють собою декомпенсації відповідних їм типів психопатій (істерія – істероїдна психопатія, невроз нав'язливих станів – психопатія психастенічного кола). В сьогоденній психіатрії існує загальноприйняте твердження, що неврози можуть виникати й у осіб, в яких немає психопатії, а також без будь-яких виразних психопатичних рис характеру [5].

Ю. О. Олександровський вважає, що існуюче розмежування неврозів і психопатій на основі притаманних для неврозів «психогенності» й «функціональності», а для психопатій – «біологічності» й «органічності», носить досить відносний характер. Таке розмежування має значення лише для зображення клінічних форм і варіантів межових станів, визначення прогнозу їхнього перебігу, а водночас не є принциповим для розуміння їхніх патофізіологічних механізмів [3, 4, 7, 8].

Якщо існують різні погляди на значущість патологічно характерологічного «ґрунту» на неврозогенез, то роль акцентуацій характеру визначається всіма вченими. Теоретичною основою діагностичного типу акцентуацій особистості є концепція К. Леонгарда «акцентуйованих особистостей», згідно з якою характерні для особистості риси можна розділити на провідні та додаткові [2]. Провідні риси становлять «ядро» особистості. У випадку яскравої виразності провідні риси стають акцентуаціями характеру. Відповідно, особистості, в яких провідні риси визначені яскраво, названі К. Леонгардом «акцентуйованими». Акцентуйовані особистості не можна розглядати як патологічні, але у випадку впливу несприятливих факторів акцентуації можуть зруйнувати структуру особистості й набути патологічний характер [4, 10]. Визначені К. Леонгардом 10 типів акцентуйованих особистостей ще інколи розділяють на 2 групи: акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий) і акцентуації темпераменту (гіпертимний, дистимічний, тривожно-боязкий, циклотимічний, афективний, емотивний) [2, 9].

Окремим типам акцентуацій характеру притаманні певні форми невротичних розладів. Астено-невротичний та лабільний типи акцентуацій є факторами, що сприяють виникненню за певних умов неврастенії; сенситивний, психастенічний і астено-невротичний є сприятливим ґрунтом для розвитку обсесивно-фобічного неврозу [4, 8]. Істеричний невроз виникає на фоні істероїдного або деяких змішаних із істероїдним типом: лабільно-істероїдному, істероїдно-епілептоїдному, шизоїдно-істероїдному. Оцінюючи значення виділення поняття «акцентуації характеру», О. Є. Личко зазначає, що від типу акцентуацій залежать не тільки

особливості клінічної картини неврозу, а й вибіркова чутливість до певних психогенних факторів, тому що невротична декомпенсація може бути викликана психотравматизацією, яка висуває надмірні вимоги до «місця найменшого опору» даного типу акцентуацій [6].

У психологічних дослідженнях аналізом особливостей темпераменту й характеру обмежуються дослідження факторів ризику виникнення невротичних порушень [3, 6, 8]. Тому вивчення акцентуацій характеру хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) вкрай необхідне для розуміння причин формування внутрішньої картини хвороби й зростання бажання до лікування у пацієнтів [1, 10].

Мета роботи – виявити провідні акцентуації характеру хворих на артеріальну гіпертензію та їхню роль у формуванні внутрішньої картини хвороби.

Матеріали та методи дослідження

Відкрите контрольоване дослідження, що проводилося на базі Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», після отримання інформованої згоди, охоплювало 46 хворих із АГ II та III ст. Критерієм включення до дослідження була ессенціальна АГ у хворих віком 30 – 59 років. Критерії виключення: вторинні форми АГ; стеноз ниркових артерій; постійна форма фібриляції передсердь; значні порушення функції нирок і печінки; інфаркт міокарда, кардіохірургічні втручання; некомпенсований цукровий діабет; наявність супутнього захворювання, що може упродовж 3 міс. вплинути на виживання та якість життя хворих; наявність виражених когнітивних розладів та психіатричної патології, відмова від лікування. Усі хворі отримували інформацію для пацієнтів і підписували інформовану згоду на участь у дослідженні.

Кодування захворювання проводилось відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм та причин смерті (МКХ-Х) [11]. АГ діагностована відповідно до вимог діючих нормативних документів: «Настанови та клінічного протоколу надання медичної допомоги: Артеріальна гіпертензія», рекомендацій Української асоціації кардіологів (2011 р.) і рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2007 р.) [12], адаптованої клінічної настанови «Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА» [13], уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Ішемічний інсульт» [14].

Усі обстежені пацієнти були розподілені на 2 групи спостережень: 1-а група – хворі на АГ II стадії (9 осіб) та 2-га група – хворі на АГ III стадії (39 осіб). Серед пацієнтів 2-ї групи було 22 особи (47,8 %) з віддаленими наслідками інфаркту мозку (I.69.3); 3 (6,6 %) – з віддаленими наслідками внутрішньомозкового крововиливу (I.69.1); 2 (4,3 %) – з віддаленими наслідками субарахноїдального крововиливу (I.69.0); 2 (4,3 %) – з віддаленими наслідками мозкового інсульту, неуточненого як крововилив чи інфаркт (I.69.4); 2 (4,3 %) – з гіпертензивною ангіоенцефалопатією (ОПМК) внаслідок ГХ III ст. (J 69.7); 2 (4,3 %) – з іншими уточненими цереброваскулярними хворобами (I.67.8); 2 (4,3 %) – з гіпертензивною ангіоенцефалопатією (ОПМК) унаслідок вертеброгенної компресії хребтової артерії та ГХ III ст. (J 64.7); 1 (2,2 %) – з інсультом, неуточненим як крововилив чи інфаркт (I.64.); 1 (2,2 %) – з іншими уточненими ураженнями центральної нервової системи (G 96.8). Середній вік пацієнтів склав 46,7±3,1 року.

Тривалість АГ на момент обстеження в середньому сягала 4,6±1,7 року, та становила менше 5 років у 25 пацієнтів (59,5 %), від 5 до 10 років – у 12 (28,6 %), від 11 до 20 років – у 5 (11,9 %) відповідно. У обстежених хворих після перенесеного інсульту минуло в середньому 3,3±1,8 року; у 26 осіб (76,5 %) давність перенесеного інсульту складала менше 5 років, у 6 (17,6 %) – 5 – 10 років, у 2 (5,9 %) – 11 – 20 років відповідно. У10,9 % хворих був повторний інсульт, давність після повторного інсульту складала 1,0±0,3року.

Для визначення акцентуацій характеру використовували «Опитувальник Шмішека». Тест складається із 10 шкал і 88 запитань відповідно до 10 виділених К. Леонгардом типів акцентуйованих особистостей. Використання певних ключів дає можливість знайти суму «сирих балів» за кожною шкалою. Добуток «сирого» бала і коефіцієнта дає показник типу акцентуацій. Показник можна вважати виразним, а акцентуйовані риси вірогідними, якщо він >19 балів, хоча за деякими авторами – > 12 балів. Максимальна сума балів після множення – 24. Сума балів від 14 до 19 свідчить лише про тенденцію до того чи іншого типу акцентуацій, а лише коли сума балів > 19, можна з певною вірогідністю говорити про акцентуацію особистості певного типу [2, 9].

Методика ООБІ (Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту) діагностує сформовані під впливом хвороби патерни ставлень до самої хвороби, до її лікування, до лікарів та медперсоналу, рідних та близьких, оточуючих, роботи (навчання), самотності та майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрою, сну, апетиту) [3, 6, 15]. За допомогою ООБІ були продіагностовані такі типи ставлення до хвороби (ТСХ): гармонічний, тривожний, іпохондричний, меланхолічний, апатичний, неврастенічний, обсесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ейфоричний, анозогнозичний, ергопатичний та парануальний.

Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel у програмному продукті IBM SPSS Statistics version 19 [16] за допомогою персональної ЕОМ. Застосовували t-критерій Стьюдента для порівняння середніх величин та критерій на основі u-статистики для порівняння відносних величин [17]. Використовували ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена, який вважали значущим, і відповідно робили висновок про наявність кореляційного зв'язку між показниками, якщо відповідне p-значення було менше 0,05 [17].

Результати та їх обговорення

Серед хворих на АГ II стадії явні акцентуації характеру були встановлені у 76,1 % обстежених і не визначались у 23,9 %. У осіб, які перенесли мозковий інсульт, акцентуації характеру були виявлені у 96,8 % і не визначались відповідно у 3,2 %.

У хворих на II стадію АГ частіше зустрічалися чисті акцентуації – у 42,9 %, у осіб з АГ III стадії – чисті акцентуації спостерігалися у 13,4 %, змішані – у 83,4 % обстежених.

Слід зазначити, що про акцентуації характеру, які являють собою, як відомо, верхню межу норми, можна було говорити тільки у хворих на АГ з невротичними розладами, у хворих з розладом особистості ми спостерігали патологічне загострення характерологічних рис відповідних типів. Усього нами було визначено десять типів акцентуацій характеру: демонстративна, застрягаюча, педантична, збудлива, гіпертимна, дистимічна, тривожна, емотивна, циклотимічна, екзальтована (табл. 1).

Таблиця 1

Акцентуації характеру хворих на артеріальну гіпертензію

Акцентуації характеру	Обстежені хворі на АГ	
	II стадії	III стадії
Демонстративна	14,8±1,3	11,3±0,8*
Педантична	11,5±1,7	11,8±0,8
Збудлива	13,9±1,7	11,8±1,0
Застрягаюча	15,0±0,8	14,1±0,7
Гіпертимна	14,3±1,2	12,2±1,0
Тривожна	7,9±2,3	10,5±1,0
Емотивна	16,1±2,0	17,6±0,7
Циклотимічна	13,5±1,6	13,0±0,9
Екзальтована	12,3±0,9	12,0±1,0
Дистимічна	6,0±0,8	6,0±0,8

Примітка. Статистично значущі відмінності * –$p<0,05$ за критерієм Стьюдента

У хворих на АГ II стадії спостерігалася тенденція до емотивної та демонстративної, застрягаючої, педантичної, гіпертимної, тривожної, циклотимічної та екзальтованої акцентуацій.

У структурі чистих акцентуацій демонстративна відзначалась у 7,2 %, застрягаюча – у 23,7 %, педантична – у 2,1 %, збудлива – у 4,1 %, гіпертимна – у 13,4 %, тривожна – у 3,1 %, емотивна – у 35,1 %, циклотимічна – у 2,1 %, екзальтована – у 9,2 % пацієнтів. Таким чином, найчастіше у цих хворих були емотивна й застрягаюча акцентуації, найрідше зустрічалися педантична та циклотимічна.

Серед усіх акцентуацій характеру у пацієнтів демонстративна спостерігалася в 10,2 % випадках, застрягаюча – в 15,9 %, педантична – в 2,2 %, збудлива – в 16,8 %, гіпертимна – в 8,9 %, тривожна – в 10,2 %, емотивна – в 43,4 %, циклотимічна – в 10,2 %, екзальтована – в 18,1 % випадків.

Особи з демонстративною акцентуацією не витримували байдужого ставлення до себе, любили бути в центрі уваги, вимагаючи подяки та захоплення. Були балакучими, причому розмовляли тим охочіше, чим з більшим інтересом їх слухали. Вважали, що в них є артистичний талант, любили фантазувати, уявляючи собі, що досягли становища, яке викликає заздрість у оточуючих, в дружбі цінували тільки постійну увагу до себе і вважали, що не можуть знайти гідних себе друзів.

Хворі з застрягаючою акцентуацією відрізнялись значною стабільністю афекту. Якщо в нормі афект через деякий час проходить, у застрягаючої особистості він зменшувався набагато повільніше, і навіть через тривалий час легко проявлялися супроводжуючі стрес емоції. Афект у таких осіб тримався дуже довго, хоча ніякі нові переживання його не активізували. Застрягання афекту найбільш яскраво проявлялось у тих випадках, коли порушувались власні інтереси акцентуйованої особистості. Афект був відповіддю на уражену гідність, на зачеплене самолюбство, а також на різні форми пригнічення, хоча об'єктивно негативний вплив міг бути мінімальним. Образи своїх інтересів ніколи не забувалися застрягаючими особистостями, вони були злопам'ятні та мстиві.

За педантичної акцентуації основними рисами характеру були крайня нерішучість, постійні сумніви, страхи за прийняти будь-якого рішення. Сумніви робили роботу для таких осіб повільною та болісною. Вони завжди шукали підтримки, хвилювались за своє здоров'я, за долю близьких; побоювання та занепокоєння були їхніми постійними супутниками. Такі особи були збентеженими, коли на них звертали увагу, не любили фізичної праці, вважаючи себе незграбними та недолугими, були схильні до самоаналізу, та ні до чого не зобов'язуючими міркуваннями на загальні теми.

Хворі зі збудливою акцентуацією характеру були запальні, схильні впадати в нестримну лють, образливі та злопам'ятні, не упускали жодного випадку «розрахуватися» за образу. Водночас вони були надзвичайно вимогливі до інших, вважали своїм обов'язком давати поради, але не терпіли їх стосовно себе. Іноді у таких осіб був безпричинно пригнічений настрій, вони ставали особливо драті-

вливими; проте в роботі проявляли ретельність й акуратність.

Особи з гіпертимною акцентуацією були привітні, добрі, відкриті, балакучі, мали багато друзів, були готові допомагати людям, але далеко не завжди дотримувалися своїх обіцянок, не витримували кропіткої роботи, що вимагає посидючості та терпіння, були необов'язковими. Часто їхні оригінальні ідеї, як правило, не втілювалися в життя.

Гіпертимні особистості були глузливі, любили копіювати людей; вважали себе вище за інших, не виносили, коли їм суперечили, й могли грубо та образливо поводити себе в цих випадках; легко ставились до життєвих негараздів і до грошей.

Тривожні особистості в дитинстві переживали почуття страху, що нерідко сягало значної міри (боялися темряви, грози, тварин, інших дітей). У дорослих ці страхи нівелювались, але боязкість залишалась у вигляді елементів покірності, приниження, іноді з компенсацією з самовпевненою або навіть зухвалою поведінкою, проте її неприродність кидалася в очі. Часом у тривожних особистостей до боязкості приєднувалася лякливість, яка мала чисто рефлекторний характер, але могла бути й проявом раптового страху. Страх нерідко супроводжувався соматичною реакцією, яка, в свою чергу, посилювала інші страхи.

Для хворих із емотивним типом акцентуацій притаманні чутливість і глибокі реакції в області «тонких» емоцій, уразливість, чуйність, щирість. Вони любили природу, захоплювались витворами мистецтва, легко плакали від засмучення й від радощів; душевні потрясіння мали патологічно глибокий вплив на таких людей, викликали реактивну депресію. Оскільки на емотивну особистість впливають тільки переживання, викликаючи безпосередню реакцію без зміни настрою, особи цього типу нездатні відчувати безпричинні веселощі, щастя та сприймають будь-яку життєву подію серйозніше, ніж інші люди.

Особи з циклотимічною акцентуацією характеризувалися змінами гіпертимічних і дистимічних станів. У пацієнтів з цією акцентуацією на перший план виступали то один, то інший з цих двох полюсів, іноді без видимих зовнішніх мотивів, а іноді у зв'язку з конкретними подіями. Радісні враження не тільки викликали у них позитивні емоції, але й супроводжувалися загальною картиною гіпертимії: жагою діяльності, підвищеною балакучістю, пропонуванням ідей, в той час як сумні події викликали пригніченість, сповільнення реакцій та мислення. Причиною зміни полюсів не завжди були зовнішні подразники, іноді достатньо було невловимого повороту в загальному настрої. Якщо збиралося веселе товариство, то афективно-лабільні особистості могли опинитися в центрі уваги, бути заводіями, веселити всіх присутніх; і навпаки, в серйозному, стриманому оточенні вони могли бути найбільш замкнутими, мовчазними.

Екзальтована акцентуація виражалася в бурхливих емоційних реакціях на життєві ситуації та більшою інтенсивністю їхніх зовнішніх проявів. Ці пацієнти однаково перебільшено переймалися радісними подіями та впадали у відчай – від сумних. Екзальтація мотивувалася тонкими, альтруїстичними спонуканнями; прихильністю до близьких, друзів, радістю за них, за їхні досягнення. Цим особам були властиві захоплені пориви, не пов'язані з суто особистими відносинами, їх захоплювали любов до музики, мистецтва, природи, спорту, переживання релігійного порядку. Інший полюс реакцій таких хворих – крайня вразливість з приводу сумних фактів. Жалість, співчуття до нещасних людей, до хворих тварин доводила їх до відчаю. З приводу легкої невдачі або розчарування, яке назавтра іншими вже було б забуте, екзальтовані люди відчували щире й глибоке горе. Характерно було також різке наростання страху, навіть незначного, що проявлялося посиленням вегетативних і психічних реакцій.

Сполучення акцентуацій характеру у хворих на АГ II стадії вірогідно підтвердило, що демонстративна акцентуація у цих хворих корелювала з гіпертимною (r=0,60), екзальтованою (r=0,42), збудливою (r=–0,32), дистимічною (r = –0,31); застрягаюча – з гіпертимною (r= 0,23); педантична – з емотивною (r=0,35) і циклотимічною (r=0,27); збудлива – з дистимічною (r=0,31), тривожною (r=0,30), циклотимічною (r=0,26); гіпертимна – з демонстративною (r=0,60), застрягаючою (r=0,23), екзальтованою (r=0,26), дистимічною (r=0,28), тривожною (r=0,31); дистимічна – зі збудливою (r=0,31), тривожною (r=0,31), демонстративною (r=0,26), гіпертимною (r=0,32); тривожна – з збудливою (r=0,30), дистимічною (r=0,28), емотивною (r=0,32), циклотимічною (r=0,26), гіпертимною (r=0,31); емотивна – з педантичною (r=0,35), циклотимічною (r=0,53), екзальтованою (r=0,40); циклотимічна – з педантичною (r=0,27), збудливою (r=0,26), тривожною (r=0,41), емотивною (r=0,53), екзальтованою (r=0,61); екзальтована – з демонстративною (r=0,42), гіпертимною (r=0,31), емотивною (r=0,40) та циклотимічною (r=0,61) акцентуаціями.

Таким чином, пацієнти з АГ II стадії відрізнялися меншою виразністю збудливої, циклотимічної та екзальтованої акцентуацій характеру. Найбільш поширеними були емотивна, екзальтована й збудлива акцентуації, з частими комбінаціями гіпертимної, тривожної, циклотимічної, збудливої, емотивної та екзальтованої акцентуацій характеру.

У хворих на АГ II стадії зростала частота тривожного та апатичного ТСХ. При цьому переважали змішані ТСХ (81,9 %). У структурі чистих типів найбільш поширеними були сенситивний, ейфоричний та неврастенічний, у структурі всіх діагностованих типів – сенситивний, ергопатичний, неврастенічний, паранойяльний та ейфоричний. Найбільш частими комбінаціями були поєднання тривожного, іпохондричного, апатичного, неврастенічного, обсесивно-фобічного, сенситивного, егоцентричного та ейфоричного ТСХ.

Патопсихологічним чинником формування внутрішньої картини хвороби у пацієнтів є вплив акцентуацій характеру на типи реагування на захворювання.

У хворих на АГ II стадії застрягаюча акцентуація корелювала з гармонічним ТСХ (r=-0,785); педантична – із тривожним (r=0,76) та паранойяльним (r=0,709); збудлива – з паранойяльним (r= -0,744); гіпертимна й дистимічна відповідно – з гармонічним (r=-0,806 та r=-0,993); як тривожна, так й емотивна – з апатичним (r=-0,77 та r=-0,779); циклотимічна – з ергопатичним (r=-0,73); екзальтована – з сенситивним (r=-0,722). Вже вплив поширених акцентуацій у осіб з АГ II стадії, а саме емотивної, екзальтованої та збудливої, на формування паранойяльного, апатичного й сенситивного ТСХ, може свідчити про порушення їхньої психологічної та соціальної адаптації, що спостерігалось у 98,7% обстежених.

Порівняно з особами з АГ II стадії у хворих на АГ III стадії збудлива, циклотимічна та екзальтована акцентуації характеру були менш виражені.

У структурі чистих акцентуацій емотивна відзначалась у 50,0 %, застрягаюча, гіпертимна та тривожна – по 16,6%обстежених. Найчастішою, таким чином, у цих хворих була емотивна акцентуація, рідше зустрічалися застрягаюча, гіпертимна та тривожна.

Серед усіх акцентуацій характеру у цих осіб демонстративна спостерігалась у 10,0 %, застрягаюча – в 30,0 %, педантична, збудлива, гіпертимна – по 26,7 %, тривожна – в 20,0 %,емотивна – в 70,0 %, циклотимічна – в 30,0 %, екзальтована – в 36,7 % випадків.

Часто у хворих з АГ III стадії акцентуації характеру поєднувалися між собою. Демонстративна акцентуація у цих осіб корелювала з гіпертимною (r=0,768), дистимічною (r=-0,375); застрягаюча – з педантичною (r=0,416), збудливою (r=0,347), циклотимічною (r=0,396). Педантична акцентуація поєднувалася з застрягаючою (r=0,416), тривожною (r=0,581) та циклотимічною (r=0,366); збудлива – із застрягаючою (r=0,347), дистимічною (r=0,594), тривожною (r=0,6), емотивною (r=0,326), циклотимічною (r=0,765) та екзальтованою (r=0,366). Гіпертимна акцентуація сполучена з демонстративною (r=0,768); дистимічна – з демонстративною (r=-0,375), збудливою (r=0,594), тривожною (r=0,362), циклотимічною (r=0,641); тривожна – з педантичною (r=0,581), збудливою (r=0,6), дистимічною (r=0,362), емотивною (r=0,347), циклотимічною (r=0,543). Емотивна акцентуація асоційована зі збудливою (r=0,326), тривожною (r=0,347), циклотимічною (r=0,497); циклотимічна – із застрягаючою (r=0,396), педантичною (r=0,366), збудливою (r=0,765), дистимічною (r=0,641), тривожною (r=0,543), емотивною (r=0,497) та екзальтованою (r=0,41); екзальтована – зі збудливою (r=0,366) та циклотимічною (r=0,41).

Тобто, хворі на АГ III стадії відрізнялись меншою виразністю збудливої, циклотимічної та екзальтованої акцентуацій характеру. Найбільш поширеними були емотивна, екзальтована, циклотимічна й застрягаюча акцентуації, з частими комбінаціями тривожної, циклотимічної, збудливої та дистимічної акцентуацій характеру, що значно впливає на особистісні та характерологічні особливості, а також формування внутрішньої картини хвороби. При III стадії АГ вірогідно зростала виразність тривожного, іпохондричного, неврастенічного та егоцентричного, при одночасному зниженні гармонічного, ейфоричного та анозогнозичного видів реагування на захворювання. При цьому у пацієнтів переважали змішані ТСХ (80,0 %). У структурі чистих типів найбільш поширеним був анозогнозичний, у структурі всіх діагностованих типів – сенситивний, неврастенічний, тривожний та анозогнозичний. Найчастішими комбінаціями були поєднання тривожного, іпохондричного, апатичного, неврастенічного, обсесивно-фобічного, сенситивного, егоцентричного та ейфоричного ТСХ.

У хворих на АГ III стадії застрягаюча акцентуація асоційована з неврастенічним видом реагування на захворювання (r=0,452); педантична – із обсесивно-фобічним (r=0,547); збудлива – з сенситивним (r=0,346); гіпертимна – з іпохондричним (r=-0,361) та меланхолічним (r=-0,45); дистимічна – з тривожним (r=0,387), іпохондричним (r=0,352), апатичним (r=0,43), обсесивно-фобічним (r=0,437), егоцентричним (r=0,348), ейфоричним (r=-0,517); тривожна – з меланхолічним (r=0,4), апатичним (r=0,382), обсесивно-фобічним (r=0,488), ейфоричним (r=-0,355), анозогнозичним (r=-0,355); циклотимічна – з тривожним (r=0,382), неврастенічним (r=0,449), обсесивно-фобічним (r=0,436), ейфоричним (r=-0,375) ТСХ відповідно.

Вже вплив поширених акцентуацій у осіб з АГ III стадії, а саме: збудливої, циклотимічної та екзальтованої на формування тривожного, іпохондричного, неврастенічного та егоцентричного ТСХ, може свідчити про порушення їхньої психологічної та соціальної адаптації, що спостерігалось у 91,0 % обстежених.

Узагальнюючи результати дослідження, можна вважати, що особливості виразності та поширення збудливої, циклотимічної та екзальтованої акцентуацій характеру притаманні усім хворим на АГ, як при II, так і при III стадіях. Вони часто комбінувались між собою, проте у осіб після перенесеного інсульту частота таких комбінацій була більшою. Це призводило до зростання частоти тривожного й апатичного ТСХ при АГ II стадії та тривожного, іпохондричного, неврастенічного та егоцентричного – при АГ III стадії. Значне поширення комбінацій акцентуацій характеру призводило до формування змішаних ТСХ (у 81,9 і 80,0 % відповідно). Вплив поширених акцентуацій характеру, а саме емотивної, екзальтованої й збудливої, на формування паранойяльного, апатичного й сенситивного ТСХ у осіб з АГ II та збудливої, циклотимічної й екзальтованої – на виразність тривожного, іпохондричного, неврастенічного та егоцентричного ТСХ при АГ III стадії, може свідчити про порушення їхньої психологічної та соціальної адаптації, що спостерігалось у 98,7 і 91,0 % обстежених відповідно.

Література

1. Банников Г. С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реак-

ций дезадаптации. – Автореф. дисс. ... к.м.н. 14.00.18. – М., 1998. – 22 с.

2. Леонгард К. Акцентуированная личность / Пер. с нем. В. М. Лещинской. – К.: Вища школа, 1981. – 389 с.

3. Менделевич В. Д., Соловьева С. М. Неврозология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.

4. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во Лен. ун-та, 1960. – 426 с.

5. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

6. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л., 1985. – 416 с.

7. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М., 2000. – 496 с.

8. Тополянская В. Д., Струновская М. В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

9. Leonhard K. Akzetuieric Personlichkeiten. – Berlin: Volk.u. Cresundheit, 2-e Auflage, 1976. – 328 p.

10. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А. М. Беловой, О. Н. Щепетова. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.

11. Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ-10): короткий адаптований варіант для використання в Україні (у трьох розділах). – К., – 2004. – 307 с.

12. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка. – К.: Морион, 2011. – 407 с.

13. 2013ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [Електронний ресурс] // Eur. Heart. J. – 2013. – Режим доступу: DOI: 10.1093/eurheartj/eht.151.

14. Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою [Електронний ресурс]. – Офіц. вид. – К.: Міністерство охорони здоров'я України, 2012. (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 602 від 03.08.2012 р.). – Режим доступу: http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246.

15. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.

16. Наследов А. SPSS 19: профессиональный статистический анализ данных / А. Наследов. – СПб.: Питер, 2011. – 400 с.

17. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

УДК: 616.248:616-036.86

ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНОГО ГОМЕОСТАЗУ ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова, Г. О. Хижняк, Л. В. Зеркаль

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Резюме

В статье приведены данные об особенностях нарушения биохимической картины у больных и инвалидов вследствие цирроза печени различной этиологии. Показано наличие значительных сдвигов биохимического гомеостаза, несмотря на клиническую компенсацию заболевания. С помощью современных прогностических методик выделены группы пациентов с неблагоприятным прогнозом течения заболевания, быстро прогрессирующим цирротическим процессом и возможным возникновением его осложнений.

Ключевые слова*: цирроз печени, биохимический гомеостаз, прогноз заболевания.*

Summary

The article presents data on the characteristics of biochemical disturbances in patients disabled due to liver cirrhosis of different etiologies. Significant shifts of biochemical homeostasis are present despite of the clinical compensa-