

ний анамнез виявлений у 35 (27,41±2,01%) дітей, у 11 (8,87±2,85%) - хронічні вогнища інфекції, ще у 27 (21,77±4,14%) пацієнтів спостерігалась гостра або хронічна герпетична інфекція.

3. Серед обстежених дітей, хворих на ПШГ, зустрічається переважно шкірна та шкірно - суглобова форми - 49 та 57 дітей відповідно, а в патологічний процес найчастіше залучаються один чи обидва гомілково-ступневі суглоби (75,95% дітей).

4. У обстежених дітей з ПШГ спостерігався найчастіше II ступінь активності процесу (>50%) в усіх вікових

групах, проте найчастіше від 8 до 12 років - 12 50,0±5,0% та від 13 до 18 років - 73,33±4,44%.

5. У понад 90% дітей з ПШГ відмічали гострий перебіг захворювання, у 96,61±6,21% хлопчиків та 93,75±2,55% дівчаток.

Перспективними залишаються подальші дослідження клінічних особливостей перебігу ПШГ у дітей, оскільки на основі уточнення отриманих даних можливим є удосконалення діагностичних заходів та пошук нових альтернативних програм лікування в складі базової терапії.

### Список літератури

- Борисова Е. В. К патогенезу геморрагического васкулита у детей / Е. В. Борисова // Педиатрия. - 2011. - №2. - С. 94 - 97.
- Козарезова Г. И. Геморрагический васкулит у детей / Козарезова Г. И. - Мн. : БелКМАПО, 2007. - С. 39.
- Лыскина Г. А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шенлейна - Геноха у детей / Г. А. Лыскина, Г. А. Зиновьева // Педиатрия. - 2010. - № 6. - С. 131 - 136.
- Новый подход к лечению пурпуры Шенлейна - Геноха / О. Кривошеев, С. Гуляев, А. Семеновых [и др.] // Врач. - 2007. - № 4. - С. 54 - 55.
- Сонина О. И. Роль инфекции в развитии и течения болезни Шенлейна - Геноха у детей / О. И. Сонина // Педиатрия. - 2008. - № 2. - С. 48 - 50.
- Третьякова О. С. Пурпура Шенлейна - Геноха у детей: клиничко - диагностические подходы / О. С. Третьякова // Дитячий лікар. - 2011. - № 5. - С. 8 - 15.
- Henoch - Schonlein purpura in adults: outcome and prognostic factors / E. Pillebout, E. Thervet, G. Hill [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. - 2002. - Vol. 13. - P. 1271 - 1278.
- Ozen S. The spectrum of vasculitis in children / S. Ozen // Best Pract. Clin. Reumatol. - 2012. - № 16. - P. 411 - 425.

**Король Т.Г.**

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПУРПУРЫ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА У ДЕТЕЙ

**Резюме.** В Украине и мире актуальной остается тема изучения клинических особенностей течения пурпуры Шенлейна-Геноха у детей. В течение последнего десятилетия регистрируется увеличение смешанных форм заболевания, имеющие рецидивирующее и хроническое течение. В процессе исследования нами было комплексно обследовано 123 ребенка, больных ПШГ. Полученные нами результаты позволили оценить роль анамнестических данных в развитии заболевания, особенности клинического течения и активности воспалительного процесса у обследованных детей в зависимости от возраста и пола.

**Ключевые слова:** пурпура Шенлейн-Геноха, клинические особенности течения, дети.

**Korol T.G.**

### CLINICAL PECULIARITIES OF THE SCHONLEIN-HENOCH PURPURA OF CHILDREN

**Summary.** Studying of clinical features of Schonlein-Henoch purpura of the children is still an important problem in Ukraine and all over the world. During the last decade we recorded an increase of mixed forms of the disease with recurrent and chronic course. We examined 123 children patients with Schonlein - Henoch purpura. Our results allow us to assess the role of anamnestic data in the development of the disease, clinical course and inflammatory activity of the sick children according to their age and sex.

**Key words:** purple Shenlen-Henoch, clinical peculiarities, children.

Стаття надійшла до редакції 10.06.2014

Король Тетяна Григорівна - лікар-гематолог Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні; +38 067 464-86-17; tanya.korol.75@mail.ru

© Распутін В.В., Распутіна Л.В.

УДК: 159.923.31:616.12-008:616.89

**Распутін В.В., Распутіна Л.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21029)

## ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ: СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ, ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ЛІКУВАННЯ

**Резюме.** Метою роботи було вивчити стан проблеми психосоматичних розладів, їх поширеність, методи діагностики, методи корекції у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Встановлено, що різні психогенні симптоми виявляються у 50% населення, при чому з ними стикаються 80-95 % пацієнтів з різними формами ІХС. На сучасному етапі лікування ІХС суттєве місце посідають інтервенційні методи діагностики та лікування, що часто зумовлюють формування різних психосоматичних розладів та суттєво впливають на прогноз та якість життя цих хворих. Таким чином, вивчення поширеності, симптомів психосоматичних розладів, різних форм цих розладів, а також їх своєчасне та ефективно лікування дозволяють покращити курацію та якість життя цих пацієнтів.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, психосоматичні розлади, якість життя, інтервенційна кардіологія.

Останніми роками визначається тенденція до більш поширеного розуміння патологічних станів у клініці внутрішніх хвороб у зв'язку з розвитком напрямку психосоматичної та соматопсихічної медицини. Термін "психосоматика" вперше запропонований J. Heinroth у 1818 році [Михайлов, 2002]. Через 10 років М. Якобі увів поняття "соматопсихічні" та "психосоматичні" хвороби. І лише через століття ці терміни тісно увійшли в лікарську лексику.

Сьогодні термін "психосоматика" об'єднує захворювання, в патогенезі яких важливу роль відіграють психологічні, психовегетативні фактори та характеристики особистості [Fava, Sonino, 2010]. Розлади, які належать до психосоматичних, включають не лише психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому розумінні цього терміна, но і значно ширше коло порушень - соматизовані розлади, патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання та інші, а також психічні розлади, які часто ускладнюються соматичною патологією [Смулевич, 2000; Hardt, Johnson, 2010].

В Україні психосоматична медицина як науковий напрямок стала активно розвиватись на початку 90-х років ХХ століття. Це, в основному, стосується лікарів та науковців, які працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології [Чабан та ін., 2009]. Об'єктом їхньої уваги постають саме психосоматичні розлади - психогенно або переважно психогенно зумовлені порушення функції внутрішніх органів та/або систем організму [Марута і др., 2004]. До класичних психосоматичних розладів відносять кардіалгії, психогенні розлади серцевого ритму, ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпо- та гіпертензію, психогенний ревматизм, психогенну задишку, психогенну дизурію, синдром подразнення товстої кишки та ін. [Bauer et al., 2010]. З іншого боку, практично поза увагою лікарів соматичних стаціонарів залишається велика група захворювань, об'єднана у "соматопсихічні захворювання", при яких виникають різного роду соматовегетативні, соматопсихічні функціональні порушення, а також відбувається зміна рис характеру особистості внаслідок гострих або хронічних захворювань внутрішніх органів [Pollack, 2005].

*Мета* - вивчити актуальність проблеми психосоматичних розладів в сучасній медицині, прослідкувати особливості формування психосоматичних розладів при ІХС на основі даних аналізу літературних джерел.

Загалом психогенні симптоми виявляються у 50% населення [Pollack, 2005]. Протягом же всього свого життя з ними стикаються 80-95% пацієнтів, тобто практично кожна доросла людина знайома з такими симптомами. За даними Б.В. Михайлова, показник поширеності межових патологічних психоемоційних станів в Україні коливається від 15 до 40% [Tak et al., 2010].

Поширеність психічних розладів дуже близька до частоти захворювань внутрішніх органів, таких як цукровий діабет, ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), бронхіальна астма [Baker, 2001;

Pollack, 2005]. Як показує практика, у хворих соматичних стаціонарів та поліклінік досить часто спостерігаються симптоми, які неможливо пояснити проявом лише соматичної патології. Такі хворі часто відвідують лікарів, довгий час обстежуються в поліклініках та стаціонарах, часто викликаючи тим самим роздратування у лікарів. З іншого боку, адекватна діагностика та лікування цієї категорії пацієнтів може значно покращити їх стан та зменшити частоту відвідувань дільничних лікарів та стаціонарів, а також тривалість госпіталізації.

Експерти ВООЗ визначили основні ознаки психічного розладу: наявність чіткого психологічного дискомфорту; порушення спроможності виконувати певну роботу або навчатися; підвищення ризику смерті, страждання або порушення діяльності.

Наявність будь-якого психічного розладу звичайно можна запідозрити за наступних опосередкованих ознак, коли [Tak, 2009]: клінічні симптоми захворювання не схожі на наявні описані соматичні синдроми та захворювання; у результаті прискіпливого обстеження не було виявлено патологію внутрішніх органів або вона дійсно не відповідає вираженості скарг, що висуває хворий; пацієнт тривало та без особливого ефекту лікувався у багатьох спеціалістів, часто різного фаху; пацієнт вимагає численних діагностичних обстежень; тимчасове полегшення стану хворого виникає внаслідок нетрадиційних методів лікування або інвазивних терапевтичних втручань; відповідь на симптоматичну терапію має суперечливий характер; спостерігається схильність до перебільшення тяжкості побічних реакцій на лікарські засоби; спостерігається підвищена залежність організму від психогенних впливів; з усього арсеналу фармацевтичних засобів найбільш ефективним є застосування психотропних засобів.

На сьогодні багато дослідників - як психіатрів [Смулевич, 2005], так і терапевтів [Замотаєв, 2003] - відзначають "невротизацію" хворих із соматичною, насамперед серцево-судинною патологією. Серед пацієнтів із хворобами системи кровообігу поширеність порушень психічної сфери та дезадаптивних форм реагування на захворювання досягає 70 - 100% [Tully, 2010].

У пацієнтів з АГ, наприклад, несприхотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектра (НПРТДС) зустрічаються, за різними даними, у 16 - 64,5% випадків, а серед хворих на інфаркт міокарда (ІМ) - у 25 - 80%. Така коморбідність утричі підвищує ризик смерті при нестабільній стенокардії в перший рік та в чотири рази - у перші 3 місяці після ІМ. Згідно з даними А.Б. Смулевича (2005), НПРТДС є основним діагнозом у 5 - 10% всіх випадків звернення за первинною медичною допомогою, а за наявності серцево-судинних захворювань (ССЗ) вищезазначена супутня клінічна картина фіксується у 12 - 25% хворих [Кирюхин і др., 2007].

У 33 - 80% хворих, що перенесли коронарну катастрофу - ІМ, зустрічаються патологічні психічні прояви [Strine et al., 2005]. За даними В.П. Зайцева [2006],

розлади психічної діяльності та негативні психологічні фактори є головною причиною тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів, які перенесли ІМ, у понад 50 % випадків. За даними Н.Р.В. van Hout та співав. [2004], у чоловіків віком понад 55 років, які перенесли ІМ, наявність тривожного розладу підвищувала летальність на 78%. Ю.Г. Ахмедовою [2003] доведено, що розлади адаптації складають третину психічної патології у хворих із гострим інфарктом міокарда, а поширеність психічних розладів варіює від 25 до 75 %.

Спираючись на сучасні дослідження в галузі психокордіології, можна стверджувати, що ССЗ, наприклад, ІХС - захворювання, пов'язане з погіршенням коронарного кровообігу внаслідок атеросклерозу коронарних артерій, є класичною психосоматичною хворобою [Albus, 2010]. Головними факторами ризику виникнення захворювання є літній вік, гіперліпідемія, ожиріння, АГ, недостатня фізична активність, паління, обтяжена спадковість і наявність розумова діяльність. Особливо несприятливим є сполучення декількох факторів ризику. Психосоматичні співвідношення при ІХС традиційно розглядаються в межах двох патогенетичних можливостей - зміни психічної сфери або виступають як один з факторів ризику, що підвищує схильність до ІХС, або відносяться до наслідків цього захворювання. Згідно з психосоматичною теорією Ф. Александера, визначені екзогенні впливи зустрічаються з психологічними дезадаптивними механізмами, що підвищують уразливість особистості для ІХС. При погіршенні як соматичної, так і психопатологічної симптоматики відбувається прогресуюче виснаження фізичних та особистісних ресурсів пацієнтів з ІХС, що вимагає від них пристосування до нових умов існування [Аведисова і др., 2006]. Ця необхідність є додатковим стресовим фактором. Отже, формується "порочне коло". З іншого боку, факт наявності захворювання й потенційна небезпека ускладнень (ІМ, порушення ритму) обумовлюють виникнення нозогенії. Існує ще один варіант співвідношення психічних порушень і ІХС - мультиморбідність, тобто виникнення психічного розладу в пацієнта з ІХС внаслідок інших причин. Прикладом може служити адаптаційний розлад у хворого з ІХС після важкого стресу (наприклад, втрати близької людини).

Вивчення матеріалів світової статистики дозволяє зробити висновок, що стан здоров'я населення більшості країн європейського регіону визначають хронічні неінфекційні хвороби. У 2009 р. їх внесок у сумарний тягар хвороб в Україні складав майже 72%, серед яких на частку серцево-судинної патології припадало майже 30 %, органів дихання - 20,6%, травлення - 9,5%, кістково-м'язової системи - 5,6%, сечостатевої - 5,3%. Статистика ВООЗ фіксує виражене зростання ІХС та небезпечного для життя ускладнення - ІМ, що є причиною високої смертності населення європейських країн. У той же час структура загальної смертності від основних причин з року в рік залишається стабільною: перше місце посідають ССЗ, друге - злоякісні но-

воутворення, третє - травми, отруєння та ін. наслідки дії зовнішніх причин. Аналіз смертності населення внаслідок ССЗ свідчить про те, що в останні роки вона збільшилася не тільки за рахунок осіб літнього, а й працездатного віку [Смулевич, 2005].

Психологічна природа так званих хвороб цивілізації, до яких відноситься ІХС, вимагає поряд із детальним вивченням фізіологічних факторів її генезу (атеросклеротичного ураження коронарних артерій, недостатності лівого шлуночка серця, порушення його ритму, скоротливої здатності міокарда, ангіоспастичних реакцій) також вивчення психологічних і психічних детермінант профілактики, лікування й корекції функцій під час її розвитку. На думку багатьох сучасних дослідників [Михайлов, 2002], АГ й ІМ - це не просто порушення в організмі, а подія, що змінює все майбутнє людини й ламає стереотипи існування, що створювалися протягом усього життя.

Стенокардія, аритмія, коронарний спазм виникають у них на тлі тривалих переживань, тривоги, гніву, фрустрації. Біль при стенокардії часто носить атипичний характер і локалізацію. Панічні реакції можуть супроводжуватись вираженою аритмією, тахікардією, відчуттям нехватки повітря. Можлива смерть внаслідок шлуночкової екстрасистолії при переживанні важкого стресу [Gallacher et al., 2003].

Найбільш інформативними для виявлення характеру і ступеня важкості психоемоційних порушень при соматичних захворюваннях згідно результатів багатьох досліджень є методика SCL-90, шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, для виявлення депресії - тест Бека [Strine et al., 2005].

У 33 - 80% хворих, що перенесли коронарну катастрофу (ІМ), зустрічаються патологічні психічні прояви [Кирюхин і др., 2007]. За даними В.П. Зайцева [2006], розлади психічної діяльності та негативні психологічні фактори є головною причиною тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів, які перенесли ІМ, у понад 50% випадків. За даними Н.Р.В. van Hout та співав. [2004], у чоловіків віком понад 55 років, які перенесли ІМ, наявність тривожного розладу підвищувала летальність на 78%. Ю.Г. Ахмедовою [2003] доведено, що розлади адаптації складають третину психічної патології у хворих із гострим інфарктом міокарда, а поширеність психічних розладів варіює від 25 до 75%. 59,8% пацієнтів з ІХС, які надійшли на планове аортокоронарне шунтування, мали психічні порушення (астеноіпохондричний, тривожно-депресивний і психоорганічні синдроми) [Jiang, Davidson, 2005].

Більше 50% кардіологічних пацієнтів мають виражені симптоми депресії. Вони спостерігаються приблизно в одному з п'яти випадків протягом тижня після гострого ІМ, що пов'язано зі збільшенням ризику смерті та безпорадності. 15% пацієнтів, які перенесли ІМ, відчувають протягом року симптоми депресії або тривожності. Наявність цих розладів істотно знижує якість жит-

тя пацієнтів, збільшує кількість їх звернень до лікарів первинної медичної ланки.

Ознаки стресу виявляються у 75 % пацієнтів на гострий коронарний синдром [Бирюкова и др., 2008], також відмітили підвищення річної летальності в 5,5 рази серед пацієнтів з підвищеним рівнем стресу та ІМ без зубця Q, в той час як у хворих на ІМ з зубцем Q негативний вплив стресу не виявлено [Кирюхин и др., 2007]. Щоденний стрес істотно знижує ефективність антиангінального лікування. Разом з тим, всупереч раннім роботам, в останніх дослідженнях не вдалося довести ефективність програм контролю стресу щодо впливу на перебіг і прогноз захворювання [Кирюхин и др., 2007].

Отже, прагнення врахувати всю сукупність психологічних і соматичних явищ у психосоматичній проблемі ІХС у кращому випадку призводить до песимістичного висновку про виняткову складність механізмів розвитку цього захворювання та його наслідків.

Таким чином, психо-соматичні розлади при ССЗ, зокрема при ІХС, є найбільш розповсюдженими стражданнями і потребують сучасного підходу в лікуванні. Тому важливим є використання сучасних психотропних препаратів, які не викликають побічних ефектів, добре переносяться хворими та адекватно і ефективно корегують зазначені розлади [Tully, 2010; Tak et al., 2010]. Стан психічного здоров'я пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями вагомо впливає на якість життя

цих хворих. Нагальність потреби в розробках адекватних психосоматичних методів лікування зумовлена не тільки значним поширенням серцево-судинних захворювань у державі, а й особливостями їх етіопатогенезу, соматопсихосоціальним погіршенням якості життя цих хворих.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Поширеність психосоматичних розладів у пацієнтів на ІХС коливається у значно широкіх межах від 13,5% до 76,4%.

2. Найбільш часто у хворих на ІХС діагностують три-можливі розлади та депресію. Основними тривожними рисами є: стримування почуттів, нагромадження і гальмування афекту, боязкість, необґрунтовані каяття совісті, відчуття зобов'язання, сумніви, страх перед можливими помилками, метушливість, недовіра до життєвого процесу, очікування небезпеки, втрата перспективи.

3. Стан психічного здоров'я пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями вагомо впливає на якість життя цих хворих.

Перспективним напрямком майбутніх досліджень є рання та своєчасна діагностика психосоматичних розладів, їх корекція у хворих на ІХС, особливо тих, що перенесли гостру коронарну катастрофу та інтервенційні методи лікування.

### Список літератури

- Аведисова А. С. Новый анксиолитик Афобазол при терапии ГТР (результаты сравнительного исследования с диазепамом) / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. Экстра-выпуск. - 2006. - С. 13 - 16.
- Бирюкова Л.А. Психоэмоциональные особенности личности, определяющие комплаентность больных с болевой и безболевогой формой ишемической болезни сердца / Л. А. Бирюкова, Т. Н. Панова, Л. П. Великанова // Российский кардиологический журнал - 2008. - № 6 (74). - С. 19 - 21.
- Замотаев Ю. М. Клінічні і психодинамічні аспекти реабілітації хворих після АКШ: автореф. дис. докт. мед. наук / Замотаев Ю. М. - М., 2000. - 36 с.
- Кирюхин О. Л. Комплексная оценка и коррекция психических нарушений у больных ишемической болезнью сердца / О. Л. Кирюхин, Н. А. Гасанов, Д. Р. Ракита // Клиническая медицина. - 2007. - № 8. - С. 29 - 33.
- Критерий качества жизни в психиатрической практике: монография / [Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А. и др.] ; под ред. И.А. Маруты. - Харьков : РИФ Арсис, 2004. - 240 с.
- Михайлов Б. В. Психосоматические расстройства как общесоматическая проблема / Б. В. Михайлов // DOCTOR. - 2002. - № 6. - С. 9 - 12.
- Смулевич А. Б. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич // Русский врач. - 2000. - № 26. С. 21.
- Смулевич А. Б. Терапия пограничных психических расстройств (исследование эффективности и переносимости Афобазола) / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. Экстравыпуск. - 2006. - С. 3 - 9.
- Чабан О. С. Психосоматичні розлади / Чабан О. С., Кутько І. І., Хаустова О. О. // Сімейна медицина. - 2009. - № 1. - С. 15 - 18.
- Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease / C. Albus // Ann. Med. - 2010. -Vol. 42 (7). -P. 487 - 494.
- Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors / T. W. Strine, D. P. Chapman, R. Kobau [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol. - 2005. - Vol. 40 (6). - P. 432 - 8.
- Fava G. A. Psychosomatic medicine / G. A. Fava, N. Sonino // Int. J. Clin. Pract. - 2010. - Vol. 64 (8). - P. 1155 - 1161.
- Hardt J. Suicidality, depression, major and minor negative life events: a mediator model / Hardt J., Johnson J. G. // Nord J. Psychiatry. - 2010. - Dec 9. [Epub ahead of print] PMID: 21142646 [PubMed - as supplied by publisher].
- Is Type A Behavior Really a Trigger for Coronary Heart Disease Events? / J. Gallacher, P. Sweetnam, J. Yarnell [et al.] // Psychosomatic Medicine. - 2003 - Vol. 65. - P. 339 - 346.
- Jiang W. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease / W. Jiang, J. R. Davidson // Am. Heart J. - 2005. - Vol. 150 (5). - P. 871 - 881.
- More than the sum of its parts: meta-analysis and its potential to discover sources of heterogeneity in psychosomatic medicine / L. M. Tak, A. Meijer, A. Manoharan // Psychosom. Med. - 2010. - Vol. 72 (3). - P. 253 - 265.
- Pollack M. H. Comorbid anxiety and depression / M. H. Pollack // J. Clin. Psychiat. - 2005. - Vol. 66 (Suppl. 8). - P. 22 - 29.
- Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings / R. A. Baker, M. J. Andrew, G. Schrader, J. L. Knight / ANZ J. Surg. - 2001. - Vol. 71 (3). - P. 139 - 142.
- The Role of Psychosomatic Medicine in Global Health Care / A. M. Bauer, P.

Bonilla, M. W. Grover [ et al.]/ Curr. Psychiatry Rep. - 2010 - Vol. 27. - P. 163 - 165.

Tully P. J. Theories of depression and anxiety and cardiovascular outcomes in psychosomatic medicine and

behavioral cardiology / P. J. Tully // Psychosom. Med. - 2010. - Vol. 72 (2). - P. 224 - 225.

**Распутин В.В., Распутина Л.В.**

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ, ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ

**Резюме.** Целью работы было изучить состояние проблемы психосоматических расстройств, их распространенность, методы диагностики, методы коррекции у больных ишемической болезнью сердца (ИХС). Установлено, что разные психогенные симптомы выявляются у 50% населения, при чем с ними сталкиваются 80 - 95% пациентов с разными формами ИХС. На современном этапе лечения ИХС существенное место занимают интервенционные методы диагностики и лечения, которые часто определяют формирование разных психосоматических расстройств и существенно влияют на прогноз и качество жизни этих больных. Таким образом, изучение распространенности, симптомов психосоматических расстройств, разных форм этих расстройств, а также их своевременное и эффективное лечение позволяют улучшить терапию и качество жизни этих пациентов.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, психосоматические расстройства, качество жизни, интервенционная кардиология.

**Rasputin V.V., Rasputina L.V.**

### PSYCHOSOMATIC DISORDERS AT ISCHEMIC HEART TROUBLE: MODERN LOOKS, FEATURES OF PATHOGENY AND TREATMENT

**Summary.** The purpose of work was to study the state of problem of psychosomatic disorders, their prevalence, methods of diagnostics, methods of correction for patients by ischemic heart trouble (IHT). It is set that different psychogenic symptoms come to light at a 50% population, and 80 - 95% patients with the different forms of IHT run into them. On the modern stage of the treatments of IHT a substantial place is occupied by the intervention methods of diagnostics and treatment, which often predetermine forming of different psychosomatic disorders and substantially influence on a prognosis and quality of life of these patients. Thus, study of prevalence, symptoms of psychomatic disorders, different forms of these disorders, and also it is allowed to improve their timely and effective treatment and quality of life of these patients.

**Key words:** ischemic heart trouble, psychosomatic disorders, quality of life, intervention cardiology.

Стаття надійшла до друку 09.06.2014

Распутин Владимир Васильевич - лікар серцево-судинний хірург рентген-операційного блоку кардіологічного відділення №1 МКЛ №1; +38 0432 46-01-13

Распутина Леся Вікторівна - д. мед. н., доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 0432 57-08-13

© Трохимович О.В., Бражук М.В.

УДК: 618.333:616-073.584

**Трохимович О.В., Бражук М.В.**

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АНМН України" (м. Київ, вул. П. Майбороди, 8, України, 04050)

### КЛІНІКО-ЕХОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАННІХ ВТРАТ ВАГІТНОСТІ

**Резюме.** В статті представлені результати клінічного та ехографічного обстеження 90 жінок з ранніми втратами вагітності: завмерлою вагітністю в термінах гестації 4 - 11 тижнів та ектопічною вагітністю. Встановлено, що безсимптомний перебіг захворювання має місце у 46,7% жінок із завмерлою вагітністю та у 31,1% пацієнток із трубною вагітністю. Аномалії розвитку матки, як етіологічний фактор завмерлої вагітності, має місце у 24,4% жінок. Застосування комплексної оцінки трьох обов'язкових компонентів діагностичного алгоритму - клінічної симптоматики, результатів УЗД органів малого таза та визначення рівнів ХГЛ - дає підстави для впевненого розпізнавання різновиду ранніх репродуктивних втрат з метою проведення своєчасних лікувальних заходів.

**Ключові слова:** ехографія, завмерла вагітність, ектопічна вагітність, ранні втрати вагітності.

#### Вступ

В умовах сьогодення, рання втрата вагітності визнається як інтегрована універсальна відповідь жіночого організму на будь-яке значиме неблагополуччя в стані здоров'я жінки, плода, оточуючого середовища та багатьох інших факторів. Відсутність зниження частоти ранніх втрат вагітності вказує на наявність труднощів, котрі виникають при веденні вагітності на ранніх термінах. З одного боку, це обумовлено багатофак-

торністю етіології та патогенетичних механізмів даної патології, з іншої - недосконалістю діагностичних методик, що застосовуються, та недосконалістю моніторингу ускладнень, що виникають під час вагітності [Стрижаків, Игнатко, 2007; Тетрашвили, 2008; Давидян, Давидян, 2011].

Серед різних форм ранніх втрат вагітності особливе місце займає завмерла вагітність, коли відбувається