

рих, а у пацієнтів з ХНН I та III-IV ступенями він був суттєво нижчим порівняно з контрольною групою. Наведені дані свідчать про недостатність імунної відповіді, а саме її клітинної ланки, у пацієнтів з ХГН, що більш виражена при ХНН III-IV ст.

Визначення стану гуморальної ланки імунітету вказало на підвищення всіх його параметрів. Відносна кількість В-лімфоцитів (CD72+) зростала в усіх групах і була значно вищою у хворих без порушення азотовидільної функції. Концентрація рівнів сироваткових імуноглобулінів (Ig) класів A, G, M теж підвищувалась в цих групах. Концентрація IgG суттєво не різнилась від такої в контролі, проте рівні IgA та IgM були достовірно вищими в усіх пацієнтів, підвищуючись із зростанням стадії ХНН. Рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у крові обстежених хворих на ХГН значно перевищував показники контролю, і теж прямо залежав від ступеня порушення азотовидільної функції.

Отримані нами дані підтверджують уявлення про ГН як аутоімунний процес, що розвивається на фоні порушення імунорегуляції і характеризується дисбалансом функціонально різних субпопуляцій імунокомпетентних клітин, поліклональною або автоантигенспецифічною В-клітинною стимуляцією з гіперсекрецією імуноглобулінів та формуванням ЦІК [8].

Таким чином, проведені нами дослідження дозволили отримати важливі дані про наявність у пацієнтів з ХГН імунорегуляторних порушень на фоні зростання рівня ендогенної інтоксикації.

ВИСНОВКИ 1. Клінічний перебіг хронічного гломерулонофриту супроводжується розвитком синдрому ендогенної інтоксикації, маркерами якої є рівень СМ та EIEI, а до-

поміжними критеріями – зміна рівнів інтегративних формалізованих показників крові, ЦІК. **2.** Ступінь вираження вказаного синдрому знаходився в прямому кореляційному зв'язку зі стадією хронічної ниркової недостатності. **3.** У пацієнтів з хронічним гломерулонофритом спостерігався дисбаланс в клітинній та гуморальній ланках імунітету, що можна вважати проявом вторинного імунного дефіциту. **4.** Глибина імунодефіциту прямо залежала від стадії хронічної ниркової недостатності.

1. Сміян І.С., Білозецька-Сміян С.І. Ендогенна інтоксикація – основний патогенетичний фактор при гострій та хронічній патології // Актуальні питання клінічної та експериментальної медицини: Матеріали наукової конференції. – Тернопіль, 1994. – С. 210-214.

2. Громашевская Л.Л. „Средние молекулы“ как один из показателей метаболической интоксикации в организме // Лабораторная диагностика. – 1997. – №1. – С.11-16.

3. Шейман Б.С., Трещинский А.И. Взгляд на проблему токсикоза и интоксикации // Современные проблемы токсикологии. – 2001. – №1. – С.3-10.

4. Методи дослідження ендогенної інтоксикації організму (методичні рекомендації) / Андрейчин М.А., Бех М.Д., Дем'яненко В.В. та ін. – Київ. – 1998. – 31 с.

5. Mancini G., Carbonare D., Hehemans S. Immunochemical quantitation of immunoglobulin or antigens by study radial diffusion. // Immunochem. – 1965. – №2. – P.235-237.

6. Колесник М.О., Лапчинська І.І., Касир Х.І. Сучасні уявлення про уремичні токсини та уремичну інтоксикацію // Урологія. – 2000. – №2. – С.70-75.

7. Румянцев И.Ш., Казначеева И.Г., Абдыдилова Л.В., Козлов В.В. Влияние патогенетической терапии на выраженность эндогенной интоксикации у больных хроническим гломерулонофритом // Тер. архив. – 1992. – №6. – С.35-39.

8. Буглова С.Е., Чиж К.А., Самусик Л.В. Иммунологические критерии активности гломерулонофрита // Тер. архив. – 1992. – №11. – С.75-79.

Вітенко І.С., Поліщук О.Ю., Юрченко О.С.

АЛЕКСИТИМИЯ ТА ТРИВОЖНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ФОРМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Медичний інститут Української асоціації народної медицини, Буковинська державна медична академія

ВСТУП Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи і, незважаючи на досягнуті успіхи в її діагностиці та лікуванні, дотепер залишаються основною причиною інвалідизації та смертності населення розвинутих країн [2]. За етіологією та патогенезом ІХС належить до багатofакторних захворювань. Однак "традиційні" фактори ризику (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, куріння, надлишкова маса тіла, гіподинамія) не можуть пояснити всіх випадків виникнення ІХС в популяції. Тому в теперішній час ряд вітчизняних і зарубіжних дослідників прийшли до висновку про необхідність виділення особистісних, психологічних, поведінкових та соціальних факторів ризику розвитку ІХС [6]. При цьому в процесі діагностики та лікування особливе значення мають не лише об'єктивні, а й суб'єктивні фактори [1].

В зв'язку з цим стає очевидною не тільки необхідність подальшого вивчення відомих, але і пошук нових психологічних факторів, роль яких в патогенезі ІХС ще належить визначити та вивчити їх. З цієї точки зору великий інтерес представляє така психологічна характеристика особистості хворого, як алекситимія. Відомо, що алекситимія присутня в структурі особистості пацієнтів при таких психосоматичних захворюваннях, як гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма [2]. Роль алекситимії в розвитку ІХС до сьогоднішнього дня залишається невизначеною і потребує подальшого вивчення.

Термін "алекситимія" означає "немає слів для назви почуттів". Вперше концепція алекситимічної особистості була сформульована в 1973 році J.Nemiah та P.Sifnios. Ними висунута гіпотеза, згідно якої обмеженість усвідомлення емоцій веде до фокусування емоційного збудження на соматичній компоненті [6]. Згідно з сучасними уявленнями, алекситимія є психологічною характеристикою індивіда, що визначається наступними когнітивно-афективними особливостями:

1. Тяжкість у визначенні ефекту, ідентифікації власних почуттів та в проведенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями.

2. Знижена здатність до символізації, про що свідчить відсутність схильності до мрій та фантазій.

3. Фокусування в більшій мірі на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях [5].

Мета дослідження вивчення психологічних особливостей хворих гострих форм ІХС (нестабільна стенокардія, гострий інфаркт міокарда), що мають в структурі особистості алекситимію та визначення рівня тривожності (особистісної та ситуативної).

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Дослідження базується на обстеженні 78 хворих (39 чоловіків та 39 жінок), що знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру з діагнозом "гострий інфаркт міокарда" та хво-

рих за цим діагнозом – 25 чоловік кардіологічного відділення Київської центральної басейнової клінічної лікарні МОЗ України.

Ретельно проводився збір анамнезу. При цьому, крім наявності в минулому кардіологічних захворювань, враховувались такі скарги, як головний біль, серцебиття, запаморочення, похитування при ходьбі, втомлюваність, пітливість, зниження апетиту, закрепи, порушення сну та пам'яті. Поряд з основними факторами ризику розвитку інфаркту міокарда (куріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, надмірне вживання алкоголю, надмірна вага) фіксувались дані про наявність короткочасних та тривалих психотравмуючих ситуацій, умови роботи (робота без відпочинку, поєднання роботи та навчання, робота вночі), стосунки в сім'ї, матеріальні та побутові умови.

Алекситимію визначали за допомогою торонтської алекситимічної шкали, адаптованої в інституті ім. В.М. Бехтерева. Результат 74 бали та вище свідчить про, "алекситимічний" тип особистості. "Неалекситимічний" тип особистості характеризується 62 балами та нижче, проміжний результат може розглядатися як тенденція [4]. Рівень особистісної та ситуативної тривожності встановлювався за методикою Чарльза Спілберґера [4]. Низьким рівнем тривожності вважався результат в межах до 30 балів, середнім – від 30 до 45 балів, високим – більше 45 балів. Надалі пацієнти з високим рівнем особистісної тривожності (ВРОТ) склали I групу, з середнім рівнем особистісної тривожності (СРОТ) – II групу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після ретельного збору анамнезу і визначення рівнів особистісної та ситуативної тривожності, алекситимії отримана можливість співставити клінічні ознаки з результатами тестів і на основі цього аналізу вирішити питання про вплив даних чинників на розвиток та перебіг інфаркту міокарда.

Встановлено, що серед хворих на інфаркт міокарда алекситимічних пацієнтів – 40%, з тенденцією до алекситимії – 40% та з відсутністю алекситимії – 20%. В статевому розподілі алекситимія була виявлена у 27,5% чоловіків та у 12,5% жінок. Тенденція до алекситимії була встановлена у 27,5% жінок та у 12,55 чоловіків. Відсутня алекситимія була у 12,5% жінок та у 7,5% чоловіків. Отже, для чоловіків більше характерна алекситимія, в той час як жінкам більше властива лише тенденція до алекситимії, тобто жінки легше знаходять слова для вираження своїх почуттів, ніж чоловіки.

Встановлена залежність між рівнем тривожності та алекситимією. Виявлено, що серед хворих на інфаркт міокарда більшість складають особи з високим рівнем особистісної тривожності – 61,25%, пацієнти з середнім рівнем особистісної тривожності зустрічались у 38,75% випадків, низький рівень тривожності серед обстежених хворих не представлений взагалі. В статевому розподілі у чоловіків частки пацієнтів з високим та середнім рівнем тривожності були практично однаковими (47,5% пацієнтів з високим рівнем та 52,5% з середнім), на відміну від жінок, в групі

яких переважали особи з високим рівнем тривожності (71,25% проти 28,75%). Ситуативна тривожність у жінок I групи склала (38,6±14,9) балів в той час як у чоловіків цієї ж групи – (45,18±10,77) балів, а у пацієнтів II групи суттєвих відмінностей рівня ситуативної тривожності (РСТ) не виявлено – (40,83±6,41) балів у жінок, та – (39,5±7,34) бали у чоловіків.

Серед чоловіків I групи переважали особи з високим РСТ – 55% на відміну від II групи де високий РСТ мали 25% чоловіків; у жінок результати були відповідно – 33,75% проти 16,25%.

Серед пацієнтів I групи виявлено алекситимічних 61,25% (77,43±7,16); неалекситимічних – 38,75% (57,8±7,15). Характерно, що високий рівень ситуативної тривожності був притаманний 32,5% (54,85±4,88) всіх пацієнтів, з них 78,75% (78,0±7,51) алекситимічних та 21,25% (61,0±1,14) неалекситимічних хворих. В.М. Провоторов дійшов висновку, що алекситимічні пацієнти в результаті високої особистісної та ситуативної тривожності в більшій мірі, ніж неалекситимічні підлягають дії різних стресорів, що вимагає включення в систему профілактичних заходів при ІХС різних методів купування стресу [2].

Вербалізація переживань та почуттів дає можливість знизити рівень як ситуативної тривожності (за рахунок "проговорювання" психотравмуючої ситуації), так і особистісної тривожності (за рахунок самопсихокорекції, тобто зняття надлишкового психічного напруження за допомогою слів). Крім того, легкість встановлення вербальних контактів суб'єктивно позбавляє особистість почуття самотності і сприяє покращенню настрою та самопочуття.

ВИСНОВКИ 1. Обмежена здатність чоловіків сприймати почуття та труднощі у вербалізації внутрішніх переживань відрізняють їх від жінок, які здатні постійно говорити про своє амбівалентне чуттєве життя. **2.** Визначення рівня тривожності та алекситимії дозволяє правильно оцінити стан хворого та повинно враховуватись при плануванні реабілітаційних заходів.

1. Вітенко І.С. Проблема об'єктивного і суб'єктивного в діагностичній діяльності лікарів загальної практики // Практична медицина - №1-2.- 1998.-С.107-110.

2. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства // Рос. психiatr. журнал. – 2001. - № 3. - С. 61 - 69.

3. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии // Российский медицинский журнал. – 1998. -№6. – С.45-48.

4. Семиченко В.А. Психические состояния. - К., 1998.-208 с.

5. Шпак Л.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца //Клиническая медицина - 1997. - №11. - С. 32-34.

6. Coelho R, Ramos E, Prata J, Maciel MJ, Barros H. Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. // J Cardiovasc Risk - 1999 -Vol. 6 (3) - P. 157-162

7. Failede I; Ramos I Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. // J Clin Epidemiol - 2000 - Apr, - Vol.53:4 -P. 359-365.