

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Ильина Н.С., Лесняк О.М., Волкова Л.И. и др. *Borrelia burgdorferi* у больных с неврологическими заболеваниями в эндемичном районе России. // *Клин. мед.* – 1996. – № 4. – С. 39–42.
2. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Антонов В.С. и др. Клиника и лабораторная диагностика Лайм-боррелиоза // *Учен. зап. Санкт-Петербург. гос. мед. ун-та им. Павлова.* – 2000. – Т. 7, № 1. – С. 15–22.
3. Наумов Р.Л., Васильева И.С. Пораженность населения боррелиями и заболеваемость болезнью Лайма // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни.* – 2005. – № 2. – С. 40–42.
4. Alban P.S., Johnson P.W., Nelson D.R. Serum-starvation-induced changes in protein synthesis and morphology of *Borrelia burgdorferi* // *Microbiology.* – 2000. – Vol. 146, Pt 1. – P. 119–127.
5. Chmielewska-Badora J. Seroepidemiologic study on Lyme borreliosis in the Lublin region // *Ann. Agric. Environ. Med.* – 1998. – Vol. 5. – P. 183–186.
6. Gruntar I., Malovrh T., Murgia R., Cinco M. Conversion of *Borrelia garinii* cystic forms to motile spirochetes in vivo // *APMIS.* – 2001. – Vol. 109, № 5. – P. 383–388.
7. Machurot P.Y., Fumal A., Sadzot B. Neuroborreliosis // *Rev. Med. Liege.* – 2001. – Vol. 56, № 1. – P. 11–16.
8. Wormser G.P., Dattwyler R.J., Shapiro E.D. et al The Clinical Assessment, Treatment, and Prevention of Lyme Disease, Human Granulocytic Anaplasmosis, and Babesiosis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America // *Clin. Infect. Dis.* – 2006. – Vol. 43. – P. 1089–1134.

**SUMMARY****NONERYTHEMATOUS FORMS OF LYME-BORRELIOSIS: IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS****Zinchuk A.N.**

The aim of research was investigation of the role of misdiagnosed forms of Lyme-borreliosis in neurologic syndromes formation. Confirmative titers of antiborrelia antibodies were revealed in 16,4 % of the patients of neurological departments ( $P < 0,05$ ). It is recommended to order specific laboratory tests to exclude neuroborreliosis in patients with neurologic disorders and tick-bite in anamnesis.

**Key words:** Lyme disease, borreliosis, neuroborreliosis, ELISA, tickborne

УДК 616.233-002:616.248:159.9.072

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ПОВЕДІНКОЮ ТИПУ А****Когутич А.А., Товт-Коршинська М.І., Чопей І.В.***Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, м. Ужгород*

**РЕЗЮМЕ:** при обстеженні 48 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та бронхіальну астму поведінка типу А визначалася у 33% випадків, частіше у хворих на бронхіальну астму, особливо чоловіків. Виявлений зв'язок клінічних проявів бронхо-легеневої патології з поведінкою типу А, а саме частота виявлення у хворих даного типу поведінки обернено пропорційна до тяжкості захворювання; особи з поведінкою типу А більш схильні до алергічних реакцій, рідше хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції та менш стійкі до стресів, порівняно з особами інших типів поведінки.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма, поведінка типу А.

**Вступ.** Умови, в яких проходить життєдіяльність сучасної людини, часто можна назвати екстремальними і такими, що стимулюють розвиток стресу. Стресорна реакція, поряд з життєвою необхідністю, може бути джерелом хвороботворних процесів. В умовах дистресу виникає стійкий спазм судин, підвищується артеріальний тиск, погіршується мікроциркуляція [4]. Як наслідок, можуть виникнути такі захворювання, як гіпертонія, хвороби серця, хвороби шлунково-кишкового тракту, хвороби центральної нервової системи, в тому числі вегетативної нервової системи, автоімунні захворювання (системний червоний вовчок, ревматоїдний артрит) [2,7].

В залежності від реакції на стрес, всіх людей можна умовно віднести до трьох типів:

– тип А – агресивні, ворожі, діяльні, егоїстичні особи;

– тип В – розслаблені, пасивні, важкі на підйом особи. Повна протилежність типу А;

– тип С (D) – невпевнені, терплячі, замкнені люди, що пригнічують свої емоції.

У людей з різними типами особистості, можуть виникати ті чи інші захворювання. Так, для осіб з поведінкою типу С існує більша ймовірність захворювати на рак, ніж для осіб з поведінкою А і В, а особи з типом поведінки А більш схильні до серцево-судинних захворювань, ніж особи з поведінкою В і С [3].

Тип особистості А (або поведінка типу А) – це система ознак, які отримані на основі тестів, що характеризують осіб, які належать до групи ризику розвитку серцево-судинної патології [3, 11].

Для осіб з поведінкою типу А характерні такі ознаки, як агресивність, нетерплячість, прагнення до домінування, надмірне захоплення своєю роботою, схильність до суперництва, відчуття нестачі

часу, кваплива мова. Дана поведінка збільшує ризик загальної смертності і сприяє розвитку нових випадків інфарктів міокарда, прогресування гіпертонічної та ішемічної хвороб серця в 7 разів частіше, в порівнянні з поведінкою типу В. У цих осіб спостерігається збільшення рівня холестерину в крові, гіпертригліцеридемія, підвищення рівня ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності, порушення метаболізму жирів, підвищення вмісту норадреналіну, адренкортикотропного гормону та зниження в крові вмісту соматотропіну. Особи з поведінкою типу А більше курять, мають обтяжену спадковість до серцево-судинних захворювань і мають в 3 рази частіше серцеві напади, ніж інші особи. До 50 р. загальна смертність серед осіб з поведінкою типу А складає 15%, в той час, як з поведінкою типу В – 3,5% [5,11].

В літературних даних описані особливості впливу поведінки типу А тільки на серцево-судинні захворювання. Оскільки поведінка типу А – це прояв відповіді цілого організму на стрес, то в ньому беруть участь всі органи і системи організму. У даній роботі ми намагалися встановити зв'язок поведінки типу А із захворюваннями бронхолегеневої системи, зокрема з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та бронхіальною астмою (БА). Це пов'язано з важливим значенням психо-емоційних розладів у патогенезі даних захворювань, з широким їх розповсюдженням, раннім розвитком ускладнень, погіршенням якості життя хворих, високою смертністю [1,6]. Прогнозується, що до 2020 року ХОЗЛ буде третьою за частотою причиною смерті у світі [8]. Зростаючі витрати ресурсів охорони здоров'я на лікування ускладнень від даних захворювань, стимулюють наукові дослідження з вивчення особливостей патогенезу ХОЗЛ та БА, пошук нових лікува-

льних підходів з метою первинної та вторинної профілактики цих патологій [9,10].

**Мета дослідження.** Виявлення зв'язку клінічних проявів у хворих на ХОЗЛ та БА з поведінкою типу А.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 48 пацієнтів на базі НПО "Реабілітація" МОЗ України з діагнозами: ХОЗЛ та БА віком від 40 до 60 років, з них 19 чоловіків та 29 жінок. Для обстеження хворих, встановлення діагнозу використовувалися загальноклінічні методи дослідження, а також лабораторно-інструментальні дані: рентгенографічне обстеження органів грудної клітини, функціональні методи. Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) визначали шляхом аналізу кривої потік – об'єм на апараті «Пульмовент». Для визначення типу поведінки досліджуваних хворих нами використовувався модифікований тест Дженкінса, який складався з 24 запитань. Для виявлення зв'язку психологічних параметрів з деякими клініко-соціальними даними, нами додатково була складена анкета, яка включала в себе запитання про стать, вік, сімейний стан, освіту, паління, алергічні реакції, заняття спортом, рівень достатку, частоту стресів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** В результаті дослідження було виявлено, що поведінка типу А зустрічалася у 33,3%. Схильність до поведінки типу А частіше зустрічалася у чоловіків 42,1%, ніж у жінок 27,6%. При БА поведінка типу А зустрічалася частіше (43,3%), ніж при ХОЗЛ (16,7%,  $p < 0,01$ ), частіше серед чоловіків (63,6%), у порівнянні з жінками (31,6%).

Як при ХОЗЛ, так і при БА, спостерігався обернено пропорційний зв'язок між тяжкістю захворювання та частотою виявлення поведінки типу А (рис.1).

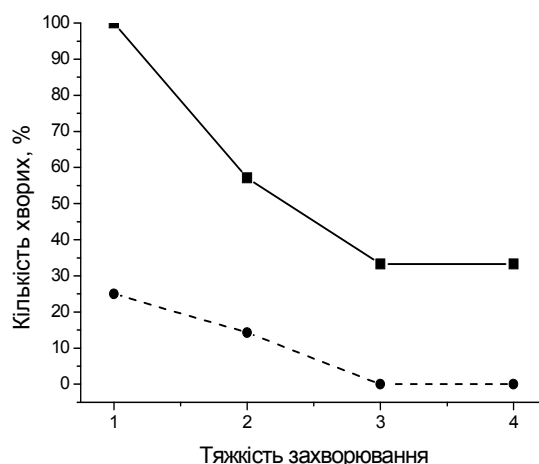


Рис.1. Частота виявлення поведінки типу А при ХОЗЛ (—●—) I, II, III, IV ступенях тяжкості та інтермітуючій, персистуючій БА (—■—) легкого, середнього, важкого ступенях тяжкості перебігу.

Так, частота виявлення поведінки типу А при інтермітуючій БА складала 100%, при персистуючій БА легкого ступеня тяжкості – 57,1%, при БА

середнього ступеня тяжкості – 33,3%, при БА важкого ступеня – 33,3%; при ХОЗЛ I ступеня тяжкості – 25%, при ХОЗЛ II ступеня тяжкості – 14,3%,

при ХОЗЛ III та IV ступенях тяжкості – 0. Тобто, частота виявлення у хворих поведінки типу А при ХОЗЛ та БА обернено пропорційна до тяжкості захворювання.

Алергічні реакції у осіб з поведінкою типу А зустрічалися частіше (87,5%), ніж у людей не схильних до поведінки типу А (56,3%), з однаковою частотою як у чоловіків, так і в жінок (87,5%), але частіше при БА (92,3%), ніж при ХОЗЛ (66,7%), особливо у жінок (100%). При порівнянні частоти виникнення алергічних реакцій у хворих з різними типами поведінки прослідковувалася наступна тенденція: в 3 рази частіше зустрічалася алергія у осіб з поведінкою типу А при ХОЗЛ (66,7%), ніж у осіб не схильних до поведінки типу А (20%,  $p < 0,01$ ), особливо у чоловіків (при поведінці типу А – 87,5%, у не схильних до поведінки типу А – 27,3%,  $p < 0,01$ ) та в чоловіків з БА (при поведінці типу А – 85,7%, у не схильних до поведінки типу А – 50%), що може свідчити про більшу схильність осіб з даним типом поведінки до алергічних реакцій.

Часті гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) вказують на зниження реактивності організму. Особи з поведінкою типу А на ГРВІ хворіли рідше 18,8%, у порівнянні з особами не схильними

до поведінки типу А 28,1%, особливо при БА (схильні до поведінки типу А – 7,8%, не схильні до поведінки типу А – 41,2%,  $p < 0,01$ ). Разом з тим, при ХОЗЛ частіше хворіли на ГРВІ особи типу А (66,7%), ніж особи не схильні до поведінки типу А (13,3%,  $p < 0,01$ ).

Ступінь сприйняття стресу (рівень стресованості) індивіда залежить від порогу його чутливості до стресу: чим вищий поріг чутливості, тим буде нижчим ступінь сприйняття стресу. Особи з поведінкою типу А ретроспективно частіше відмічали більшу кількість стресів (87,5%), ніж особи не схильні до поведінки типу А (37,5%), особливо серед чоловіків (схильні до поведінки типу А – 100%, не схильні до поведінки типу А – 18,2%,  $p < 0,01$ ) хворих на БА (схильні до поведінки типу А – 100%, не схильні до поведінки типу А – 25%,  $p < 0,01$ ) та жінок з ХОЗЛ (схильні до поведінки типу А – 100%, не схильні до поведінки типу А – 50%).

При аналізі анкети для виявлення поведінки типу А були виділені запитання, на які частіше позитивно відповідали чоловіки і жінки, що дало змогу визначити статеві особливості психологічної реактивності хворих з даним типом поведінки при ХОЗЛ та БА.

Таблиця 1  
Особливості психологічної реактивності у хворих на ХОЗЛ та БА з поведінкою типу А

| Чоловіки                                  | Жінки                                    |
|---|--|
| - нетерплячість при очікуванні 100%       | - завжди поспішають 83,3%                |
| - пунктуальність 87,5%                    | - нестача часу 66,7%                     |
| - незадоволеність виконаною роботою 87,5% | - виконують кілька справ одночасно 66,7% |

**Висновки.** Таким чином, виявлений зв'язок клінічних проявів при ХОЗЛ та БА з поведінкою типу А. Так, поведінка типу А серед хворих на ХОЗЛ та БА виявлена у 33%, при цьому у осіб хворих на БА поведінка типу А зустрічалася частіше, ніж при ХОЗЛ, частіше у чоловіків, ніж у жінок. Спостерігався зв'язок між тяжкістю захворювання і поведінкою типу А. Так, частота виявлення у хворих даного типу поведінки при ХОЗЛ та БА була обернено пропорційною до тяжкості захворювання. Виявлена більша схильність хворих на БА та ХОЗЛ з поведінкою типу А до алергій. Разом з тим, у хворих на БА захворюваність на ГРВІ при поведінці типу А була нижчою, ніж у осіб не схильних до поведінки типу А, чого ми не спостерігали при ХОЗЛ.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Айсанов З.Р., Кокосов А.Н. Овчаренко С.И. Хмелькова Н.Г., Цой А.Н. Чучалин А.Г., Шмелев Е.И. Хронические обструктивные болезни легких. Федеральная программа// Русский медицинский журнал.-2001.- Т.9, №1.-С.1-47.
2. Кришталь В.В. Психосоматическая патология: генез и подходы к лечению. // Международный медицинский журнал.-2001.-№1.-С.37-40.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.–М.: МЕДпресс,1999.–С.334-344.
4. Обливач А.В. Основы патологии. – Ужгород: Ліра, 2003. – 614 с.
5. Савченко Н. А., Сташкевич В.П. и др. Частота поведенческого типа А среди больных инфарктом миокарда молодого возраста и их личностные особенности. // Лікарська справа.-1995.-№5-6.-С.147-149.
6. Чучалин А., Овчаренко С. Современный взгляд на ХОБЛ//Врачебное дело.-2004.-№5.-С.4-10.
7. Alexander F. Psychosomatic Medicine It's Principles and Applications. New York, 2002.-352 p.

8. Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B., Vermeire P.A., Buist A.S., Thun M.J., Connel C., Jemal A., Lee T.A., Miravittles M., Aldington S., Beasley R. Epidemiology and cost of chronic obstructive pulmonary disease // *Eur.Respir.J.* – 2006.- Vol.27.- P. 188-207.
9. Halpin D. M. G. Health Economics of Chronic Obstructive Pulmonary Disease// *The Proceedings of the American Thoracic Society.*-2006.-№3.-P.227-233.
10. Lopez A. D., Shibuya K., Rao C., Mathers C. D., Hansell A. L., Held L. S., Schmid V., Buist S. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections// *Eur. Respir. J.*-2006.-Vol.27.-P.397-412.
11. Smith D. F., Sterndorff B., Ropcke G., Gustavsen E. M., Hansen J. K. Prevalence and severity of anxiety, depression and Type A behaviors in angina pectoris // *Scand. J. Psychol.* — 1996. — Vol. 37, № 3. — P. 249–258.

## SUMMARY

### CONNECTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND BRONCHIAL ASTHMA CLINICAL MANIFESTATIONS WITH TYPE A BEHAVIOR

**Kohutych A.A., Tovt-Korshynska M.I., Chopej I.V.**

In 48 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and bronchial asthma (BA) type A behavior was determined in 33%, more frequently in patients with BA, especially in men. We revealed inverse correlation between severity and type A behavior frequency in patients with COPD and BA. Patients with type A behavior, in comparison with other types behavior, more frequently had allergies, but they had lower morbidity of upper respiratory virus infections; additionally the stress perception level was also lower in type A behaviour patients with COPD and BA.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, type A behavior

УДК: 617.764.1-006-036-079.4

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН СЛЬОЗОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДАНИМИ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

**Полякова С.І.**

*Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова АМН України, м. Одеса*

**РЕЗЮМЕ:** на основі аналізу даних клінічної симптоматики 234 хворих епітеліальними пухлинами слюзової залози (ЕПСЗ) розроблений алгоритм клінічного дослідження хворого з новоутворенням СЗ, який повинен складатися з послідовного і ретельного дослідження стану повік, кон'юнктиви, пальпаторного дослідження пухлини (консистенція, форма росту, її рухливість, стан поверхні, наявність болю), визначення зміщення очного яблука, обмеження його рухливості і репозиції.

Встановлено, що для диференціації ступеня злоякісності ЕПСЗ на ранньому етапі клінічного обстеження з певним ступенем достовірності мають значення такі клінічні ознаки, як набряк ( $p = 0.03$ ) і гіперемія ( $p = 0.0001$ ) кон'юнктиви, консистенція ( $p = 0.02$ ) і рухливість ( $p = 0.002$ ) пухлини, форма ( $p = 0.0002$ ) росту пухлини, наявність болю при пальпації пухлини ( $p = 0.00001$ ), рухливість ( $p = 0.04$ ) і репозиція ( $p = 0.00003$ ) очного яблука.

**Ключові слова:** епітеліальні пухлини слюзової залози, клінічна симптоматика, диференційна діагностика

**Вступ.** Епітеліальні пухлини слюзової залози (ЕПСЗ), за даними літератури, зустрічаються від 5 до 11 % випадків новоутворень орбіти [1, 2, 3]. Серед ЕПСЗ в 50 % випадків зустрічається доброякісна пухлина – плеоморфна аденома, яку раніше більшість авторів називали «змішаною пухлиною» за особливостями її генеза, рідкісними доброякісними пухлинами слюзової залози (СЗ) називають також міксому, мукоепідермоїдну аденому, онкоцитому. До злоякісних ЕПСЗ відносять рак у плеоморфній аденомі, аденокарциному, аденокістозну карциному, мукоепідермоїдний рак [1].

Головний симптомокомплекс, який характеризує ураження СЗ, визначається її розміщенням у верхньо-бічному відділі очниці у ділянці СЗ, у зв'язку з чим пухлина, яка розвивається в СЗ, доступна пальпації і можливо визначити характерні ознаки пухлинної тканини.

Крім того, розвиток пухлини у СЗ супроводжується змінами з боку повік у вигляді набряка і птоза, або комбінації того чи іншого. В більшості випадків локалізація цих змін характерна для зовнішньої третини верхньої повіки, рідко всієї повіки.

Розвиток пухлини у СЗ супроводжується також зміщенням очного яблука (частіше донизу і в бік носу) з випинанням ока з очниці. Ступінь екзофтальма, як правило, невелика. Репозиція ока в очниці може бути вільна, або затруднена, що залежить від напрямку росту пухлини. Має також значення обмеженість рухливості очного яблука в той чи інший бік, частіше відмічається обмеженість рухливості очного яблука доверху і назовні. Тиск пухлини на око може призводити до збільшення довжини передньозадньої вісі та посиленню рефракції [2].

У зв'язку з тим, що публікації відносно пухлин слюзової залози у більшості складуються з опису поодиноких випадків або невеликої кількості спостережень, практично неможливо скласти уяву про те, які клінічні ознаки мають диференційне значення для діагностики ЕПСЗ різного ступеня злоякісності.

Накопичення власних спостережень за хворими ЕПСЗ протягом майже 30 років і розвиток інформаційних технологій дозволили нам створити велику інформаційну електронну базу даних хворих на новоутворення СЗ (500 хворих), серед яких