

SUMMARY

EXPERIENCE OF THE PRIMARY MEDICAL AND SANITARY HELP RENDER TO PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES, WHO WERE SUFFERED FROM ECOLOGICAL DISASTER – FLOOD

Rohach I.M., Lemko I.S., Bihori P.P., Kuzmik V. M., Melega-Zajats K.P., Melega O.O., Lemko O.I., Brych W.D., Ljach W.W., Kirey K.J., Gabor M.I., Kazankewitch W.P., Pulyk O.P.

The peculiarities of chronic obstructive pulmonary diseases in patients who were suffered from flood were studied in dependence of the influence ecological disaster factors. The ways and means of medical and sanitary help efficiency increase were shown in account of nosology, disease severity, nature of flood factors influence, period, which has passed after flood.

Key words: flood, asthma bronchial, chronic obstructive bronchitis, chronic obstructive pulmonary diseases, microclimatotherapy, family medicine

УДК 616.366

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСУ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ТОВСТОЇ КИШКИ

Русин І.С., Плоскіна В.Ю., Немеш І.І.

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: неспецифічні запальні захворювання товстої кишки, психовегетативні порушення, психологічні тести

Вступ. Стрімкий ріст науково-технічного прогресу, інтенсифікація праці постійно прискорюють напружений темп сучасної людини, примушують її працювати в умовах дефіциту часу, інформаційного перевантаження. З іншого боку, резерви людської психіки не безмежні. Соціальне положення, виховання часто не дозволяють людині відкрито проявляти невротичну симптоматику (агресивність, дратівливість), що збільшує ризик психічних порушень, а це призводить до соматизації не тільки невротичних симптомів, а й захворювань внутрішніх органів та систем, особливо в умовах стресу [1]. Однак, на сьогоднішній день роль психогенного фактору у виникненні патологічних змін в організмі не визначена і широко дискутується.

Матеріали та методи. Серед анкетних методів дослідження психологічних особливостей людини найбільшу розповсюдженість дістав Міннесотський анкетний тест, який за звичаєм зветься MMPI - Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Цей тест був запропонований Hathaway та McKinley у 1941 році і з тих пір значно вдосконалений.

Методика включає в себе набір тверджень, які пропонуються досліджуваному признати "вірними" або "невірними". Твердження, в кількості 377, подаються на дисплей комп'ютера почергово. Після закінчення тестування комп'ютер автоматично проводить обробку для кожного опитуваного окремо.

Але слід зауважити, хоча MMPI, можливо, й більш точний тест та він потребує досить значних затрат часу (1,5-2 год на кожного пацієнта) і певних розумових критеріїв людини, що тестується, тобто, на наш погляд, він більш придатний для психіатричної практики.

Ми рекомендуємо значно простіший і доступніший, особливо для експрес-використання, кольоровий тест Люшера [3]. Він дозволить

зеконормувати час, але при цьому дає можливість оцінити майже всі психологічні зміни які відбуваються в організмі: гетерономність (схильність до залежності, пасивність до опору), концентричність (концентрування уваги на особистих переживаннях, своїх відчуттях), вегетативний баланс, особистий баланс, працездатність, стресовий стан. Добре відомо, що вплив кольору може викликати у людини як фізіологічний, так і психологічний ефекти. Ця обставина давно вже використовується в медицині. Позаяк емоціональне відношення до кольору може характеризуватися або вибором його, або відказом від нього (негативна оцінка), то воно враховується в психодіагностиці. Тест Люшера оснований на тому факті, що вибір кольору відображає нерідко направленість досліджуваного на певну діяльність, настрій, функціональний стан і на найбільш важливі риси особистості. Це так називається "глибинний" тест. Перевага того чи іншого кольору підсвідома. Значення кольорів в їх психологічній інтерпретації визначалися в ході різностороннього обстеження багаточисленного контингенту досліджуваних. Інтерпретації, на жаль, не завжди однозначні. Вони конкретизуються і уточнюються в ході особистої бесіди лікаря з пацієнтом, а також за допомогою додаткових контрольних тестів. Адекватну і повну характеристику особистості досліджуваного на основі результатів тестування може дати тільки спеціаліст – психолог. Тому, в даному положенні, при обробці результатів розглядаються тільки найбільш ярко виражені особливості індивідуума, а формулювання даються в самій загальній формі. Основні кольора тесту символізують основні психологічні потреби, які Люшер визначив як необхідність в задоволенні і визнанні (синій), в самовираженні (зелений), необхідність діяти і добиватися успіху (жовтий). В нормі вони знаходяться на перших позиціях.

Символіка кожного кольору бере свій початок в джерелах загальнолюдської історії. Ніч, символом якої являється синій колір, несе людині спокій, розслаблення, сон; сонце - яркість нового дня (жовтий колір), зароджує надію, спонукає до активності. Червоний це забарвлення крові – відображає інстинкт полювання, стрімління до володіння благами навколишнього світу. Виходячи із символіки кольорів та багаторічного досвіду, структурне значення кожного кольору за Люшером має своє інтерпретаційне значення.

Мета і завдання дослідження. З метою вивчення особливостей психо вегетативного стану у хворих на неспецифічні запальні захворювання кишківника (НЗЗК) нами обстежено 93 пацієнти з патологією товстої кишки (63 – НЗЗК, 30 – функціональні захворювання товстого кишківника (ТК)), контрольну групу склали 50 обстежених у яких на момент дослідження не виявлено будь-яких скарг з боку шлунково-кишкового тракту.

Результати та їх обговорення. Порушення психо вегетативного стану спостерігалось у всіх хворих. Найбільш частими скаргами (окрім скарг з боку кишківника) були головний біль, запаморочення, швидка стомлюваність, лабільність настрою, порушення апетиту, пітливість [2, 4].

Після обчислення середніх показників інтерпретаційних коефіцієнтів тесту Люшера у хворих з запальними ураженнями товстої кишки виявлено, що їх значення вірогідно відрізняються

від аналогічних у контрольної групи пацієнтів (див табл. 1).

Для показника гетерономності спостерігалась тенденція до підвищення, що свідчило про схильність до спонтанної поведінки, залежності від симптомів захворювання, пасивність до боротьби з нею. Підвищеними були також показники концентричності, що вказувало на зосередженості хворих на своїх переживаннях, проблемах, які виникали на початку загоєння захворювання. Низькими були показники працездатності та особистого балансу. Високий середній бал стресового показника вказував на неадекватний стан в системі адаптації та мобілізації організму.

На суттєве парасимпатичне перенавантаження при дослідженні вегетативного балансу вказували низькі бали цього коефіцієнту. Проте, у окремих пацієнтів показник вегетативного балансу був різноспрямованим, тобто у 86 хворих вони були від'ємними, що свідчило про перевагу тону парасимпатичної ланки нервової системи, спостерігались ознаки ваготонії – мармурність шкіри, гіпергідроз, зниження артеріального тиску, червоний дермографізм тощо. Позитивні зміни вегетативного коефіцієнту відмічено у 7 обстежених, що свідчить на перевагу симпатичного відділу нервової системи (вони збігались із клінічними проявами – блідість та сухість шкіри, білий дермографізм, тахікардія, підвищення АТ). Отримані результати обстеження викладено у Таблиці 1 (див нажче).

Таблиця 1

Психо вегетативні показники кольорового тесту Люшера у хворих з патологією товстої кишки та контрольної групи

Показники	Контрольна група (n=50) M±m	Група з НЗЗК (n=63) M±m	Група хворих функціональними захв. ТК (n=30) M±m
Гетерономність	0,32±0,29	2,21±0,48 p<0,001	1,96±0,57 p<0,05
Концентричність	-0,38±0,42	1,83±0,38 p<0,05	1,62±0,54 p<0,001
Вегетативний баланс	-1,18±0,34	-3,24±0,45 p<0,05	-3,59±0,54 p<0,001
Особистий баланс	0,55±0,36	-2,11±0,52 p<0,01	-0,48±0,68 p<0,05
Працездатність	9,87±0,33	8,82±0,11 p<0,05	7,91±0,41 p<0,01
Стресовий стан	1,48±0,41	11,41±1,19 p<0,001	10,75±1,28 p<0,001

Висновки. Згідно отриманих результатів можна з впевненістю сказати, що у хворих з НЗЗК та контрольної групи існують суттєві зміни у всіх шести ланках психо вегетативних показників, які визначались. В той же час, при порівнянні середніх показників інтерпретаційних коефіцієнтів кольорового тесту Люшера між хворими на НЗЗК і функціональні захворювання товстої кишки суттєвих відмінностей не виявлено. Тобто,

психо вегетативні розлади виявляються у обох групах хворих і не є специфічними для пацієнтів з запальними захворюваннями товстого кишківника. Хочеться звернути увагу ще на один важливий момент: тест Люшера розрахований на індивідуальне тестування, отже, для оцінки середньогрупових показників слід підходити обережно при його інтерпретації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.—М.: Изд-во Московского ун-та. 1987.-47 с.
2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб. – К.: 1998. Т 2.
3. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Метод цветových выборов, модифицированный тест Люшера. – М.: Медицина, 1990.-145 с.
4. Чопей И.В. Гидролиз и всасывание пищевых веществ в толстой кишке человека. – Ужгород, 1995. – 256 с.

SUMMARY

THE RESULTS OF STUDYH OF PSYCHOVEGETATIVE BALANCE IN PATIENTS WITH PATHOLOGY OF LARGE INTESTINE

Rusin I.S., Ploskina V.Yu., Nemesh I.I.

In the article the authors consider the opportunity to estimate psychological changes in patients with bowel diseases.

Key words: non-specific inflammatory disseses of large intestine, psycho-vegetative disorders, psychological tests

УДК 616.831-005.1:616.12-008.333.1 (477.87)

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА МАТЕРІАЛАМИ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ СУДИННОЇ НЕВРОЛОГІЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ М.УЖГОРОДА

Сочка Т.В., Булеца Б.А., Тимченко Н.Д., Корабельщикова М.О.

Ужгородська центральна міська клінічна лікарня; Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, м.Ужгород

Ключові слова: реабілітація, сімейна медицина

Вступ. В структурі захворюваності населення України в останнє десятиріччя спостерігається зростання церебральної судинної патології (ЦСП). В окремих регіонах співвідношення ЦСП та серцево-судинної патології становить 1:2, зростає захворюваність ЦСП осіб віком до 40 років, летальність від геморагічного інсульту в сільській місцевості сягає 70-80%.

Великий практичний досвід світової та вітчизняної медицини, аналітичні наукові дані по вивченню даної проблеми вказують на те, що після перенесеного інсульту лише 15-20% хворих повертаються до попередньої трудової діяльності [7], кожен четвертий хворий після ГПМК потребує стороннього догляду, збільшився процент виходу на інвалідність хворих працездатного віку. Це лише деякі болючі точки проблеми ЦСП, які свідчать про її медичну та соціальну значущість.

В Україні вкрай негативну роль відіграють наслідки Чорнобильської катастрофи та виключно напружена екологічна ситуація: їх вплив на здоров'я та смертність людей дедалі збільшується. Зокрема, останні роботи Українського центру радіаційної медицини [2] свідчать про досить істотний радіаційний вплив на формування та розвиток атеросклерозу. Сьогодні багато досліджень спрямовані на визначення особливостей церебральних інсультів в молодому віці (від 15 до 45 років) [2, 4]. За даними клінічних спостережень характерними рисами для них є: різноманітність причин, пов'язаних зі статтю, в половині випадків настання геморагій на фоні аномалій судин головного мозку, висока частота симптоматичної артеріальної гіпертензії, формування чоловічої "надсмертності" на фоні

хронічного соціального стресу [2]. І що зовсім постає загрозовим – це оцінка вагітності як фактору ризику розвитку всіх видів інсультів [4] (властиво для багатьох країн бувшого Союзу), частіше в післяродовому періоді, що, вірогідно, пов'язане зі зміною гормонального фону, гемодинаміки та факторів згортання крові.

На частку хвороб системи кровообігу припадає більше половини всіх випадків смерті (60%). Найбільше зростання за останні 10 років характерне для ЦСП, яка збільшилась у 3,7 рази [2, 3].

На цьому фоні цікавим є комплексне медико-біологічне та соціально-гігієнічне обстеження сільського населення за період 1988-1996 років [5]. Обстежено 3800 громадян у віці від 30 до 85 років на прикладі Південного (Крим) та Західного (Закарпатська, Чернівецька обл.) регіонів, на території трьох районів. Встановлено, що населення Південного регіону внаслідок кумуляції несприятливих факторів (кліматичних-інсоляція, соціальних, екологічних, генетичних) має більш високу частоту ЦСП – артеріальна гіпертензія, атеросклеротична енцефалопатія, ГПМК, а вікові зміни ЦНС наступають на 5-7 років раніше, ніж в осіб Західного регіону. Це до певної міри позитивний фактор, хоча інсульти в Карпатському регіоні зберігають майже таку ж пропорцію, що й по Україні. За даними дослідження частоти виникнення мозкового інсульту в нашій області [1] її автори дійшли висновку, що на фоні росту загального числа інсультів, кількість їх у гірських районах краю менша, ніж у низинних. ГПМК у гірських районах становить 0,7%, у низинних 2,1%. Цьому немало сприяють фактори