

— анатомічні (тип будови монохоріальний і біхоріальний);

— морфологічні (стан компенсаторно-присосовних процесів, інволютивно-дистрофічні й циркуляторні розлади, варіант незрілості плаценти).

ЛІТЕРАТУРА

1. *Степел І. В.* Динаміка та прогнозування народжуваності близнюків в Україні і медико-соціальні проблеми їх здоров'я: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.10 / Націон. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. — К., 1996. — 18 с.

2. *Новокрещенов Л. Б.* Соединенные близнецы // Хирургия. — 1992. — № 11-12. — С. 98-100.

3. *Случай* общего варибельного иммунодефицита однояйцовых близнецов / В. Г. Ивашкин, А. В. Калинин, И. Б. Лапаев и др. // Терапевт. архив. — 1994. — № 2. — С. 56-57.

4. *Виноградов К. А.* Двойные уродства // Мед. консультация. — 2001. — № 1. — С. 11-14.

5. *Зарубина Е. Н., Смирнов М. А., Галина Т. В.* Роды при коллизии близнецов // Акушерство и гинекология. — 1995. — № 2. — С. 45-46.

6. *Милованов А. П.* Патология системы мать-плацента-плод. — М.: Медицина, 1999. — 448 с.

7. *Benirschke K., Kaufmann P.* Pathology of the Human Placenta. — Berlin: Springer-Verlag, 1995. — 720 p.

8. *Захарова О. Ю.* Клинико-морфологические критерии фетоплацентарной недостаточности при многоплодной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.15 / Ин-т морфологии человека АМН СССР. — М., 1989. — 22 с.

9. *Даниленко А. И.* Плод и послед при многоплодной беременности: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.15 / Ленингр. гос. ин-т усовершенствования врачей. — Л., 1984. — 38 с.

УДК 616-083.98(082)

В. М. Загуровський

СИНДРОМ СТРАХУ ВТРАТИ КОНТРОЛЮ В КЛІНІЦІ КРИТИЧНИХ СТАНІВ

Харківська академія післядипломної освіти

Незаперечним є той факт, що при гіпертонічній хворобі, ішемічній хворобі серця, вегетосудинній дистонії одним із провідних патогенетичних механізмів у розвитку клінічної картини є психо вегетативний синдром [1–3]. Його успішне лікування є визначальним чинником ефективності терапії. Нашими дослідженнями раніше доведено, що механізми цього синдрому мають безпосередній стосунок до виникнення і реалізації клініки невідкладних станів при цих захворюваннях [4–6]. Важливими факторами при цьому є преморбідні особливості психіки хворого, його установки, емоційні, когнітивні процеси [6–8]. При невідкладних станах лікування психо вегетативного синдрому полягає у застосуванні різних психотропних препаратів заспокійливої та вегетотропної дії [8; 9]. Однак роль психічного статусу пацієнта в клініці й успішному лікуванні

критичних станів досліджена вкрай мало.

Метою дослідження стало вивчення впливу психологічних установок особистості хворих з відмовою від використання психотропних медикаментів на розвиток, перебіг і лікування стійких до стандартної медикаментозної терапії гіпертонічних та вегетосудинних кризів, нападів стенокардії в умовах швидкої медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктами дослідження були пацієнти, що звернулися по швидку медичну допомогу. Серед них 28 осіб з діагнозом гіпертонічна хвороба, криз; 17 — з діагнозом ІХС, стабільна стенокардія; 33 — з діагнозом вегетосудинна дистонія, панічні атаки. Зазначені діагнози в усіх хворих встановлено в медичних закладах, що підтверджується відповідними доку-

ментами. Усі пацієнти характеризувалися вираженою стійкістю і категорично відмовлялися від застосування будь-яких заспокійливих препаратів при лікуванні невідкладного стану, в їхньому анамнезі були відсутні дані про наявність психічної патології. Психоемоційний статус вивчали за допомогою клініко-патологічних досліджень та експериментально-психологічних методів: це кольоровий тест Люшера, тест рівня особистісної і реактивної тривожності Спілбергера, тест (УСК) Роттера. Вік хворих — від 31 до 70 років.

Результати дослідження та їх обговорення

В аналізованих клінічних групах жінок було: 74 % хворих на гіпертонічну хворобу, 79 % — на ІХС, 68 % — на ВСД. Клінічні характеристики соматичного стану хворих виявляли відповідні зміни частоти пульсу, дихання, величини ар-



теріального тиску, даних електрокардіограми відповідно з клінічним діагнозом, які відомі з публікацій і не становлять особливого наукового інтересу.

Результати клініко-патологічного та експериментально-психологічного досліджень психоемоційної сфери мали постійний характер і не відрізнялися між собою в різних клінічних групах, що дає можливість описати виявлені зміни як універсальні для аналізованих груп хворих з виявленими типовими відхиленнями в типовому перебігу невідкладних станів.

Усі пацієнти не пред'являли скарг щодо психоемоційної сфери, акцентували увагу на соматичних відчуттях. При детальному розпитуванні в 97 % хворих виявлено інтенсивне відчуття внутрішнього напруження, тривоги, занепокоєння, загрози без локалізації її джерела, тривалі дисомнічні порушення, з віком — безсоння через страх погіршення здоров'я або смерті під час сну. У хворих відсутня внутрішня згода на відпочинок, розслаблення.

Ці переживання були постійними, що погіршувало соматичний стан і психоемоційний статус хворих, 88 % із них почували себе так завжди або досить тривалий час. Проте пацієнти не вважали за потрібне звертати увагу на існуючі відхилення, ігнорували їх, вважаючи, що вони не загрожують здоров'ю, або не усвідомлювали їх: «Я не знаю, що таке спокій; я не вмію розслаблюватися; я не знаю, як зробити себе розслабленим». У більшості спостерігається психологічна дисоціація особистості, власного «Я» від тіла: «Моє тіло, воно мене підвело; воно відмовляється підкорятися; я не впевнений у ньому, воно мені набридло; я не можу його контролювати; я не справляюся з ним». Оточуючі характеризують хворих як сильні, владні, домінуючі у родині й

суспільстві особистості, що тримають під своїм контролем оточуючих, з підвищеними вимогами до себе і них, з постійною відповідальністю за все, що відбувається. При цьому покладаються тільки на свої сили, вважаючи себе основою благополуччя родичів, успішної роботи колективу.

При психологічному обстеженні хворих виявляється висока психоемоційна стеничність, напруження, як при стресі, середні та високі рівні реактивної й особистісної тривожності. У 27 % пацієнтів відзначалися ознаки ажитації. Рівень суб'єктивного контролю в 93 % випадків демонструє належність пацієнтів до інтернального (все, що відбувається, залежить від його особистісних якостей і є закономірним наслідком його власної діяльності) типу з високими показниками за всіма шкалами.

При медикаментозному лікуванні невідкладного стану хворі категорично відмовляються від вживання препаратів із седативною або гіпнотичною дією, мотивуючи це страхом погіршення свого стану або смерті під час сну, втратою контролю над тілом, безпорадністю під час дії препарату. При введенні седативних препаратів виникають занепокоєння, страх, паніка, що супроводжуються тимчасовим погіршенням соматичного стану. В анамнезі відзначається непереносність препаратів різних груп, об'єднаних седативною або гіпнотичною дією. Якщо не застосовувалися седативні препарати, то напад блокувався частково, без повної нормалізації самопочуття. Тривалість поліпшення короткочасна, швидко медичну допомогу викликали повторно, і здебільшого хворого госпіталізували.

Виявлено такі особливості особистості в групі хворих: домінуючий, інтернальний тип, що намагається тримати під контролем себе і своє оточення, з розширенням особистіс-

них границь на навколишній світ, із загостреним почуттям відповідальності. Він поступово входить у стан хронічного стресу, переходить межу психологічних способів адаптації і входить у стадію психосоматичного реагування.

Виходом із даної ситуації є відмова від контролю і відповідальності за себе, контролю за своїм тілом і оточуючими, можливість відпочити, відновити тіло і психоемоційний потенціал, вийти зі стресу. Однак такий вихід неприйнятний для особистості хворого, він загрожує ще більше погіршити ситуацію через можливу втрату контролю над нею. Патологічні зміни з боку тіла, вихід тіла з-під контролю розцінюються особистістю як зрада, що збільшує стрес. Це наочно демонструється непереносністю седативної і гіпнотичної дії медичних препаратів. Крайнім проявом цього є відмова від сну через страх смерті. Таким чином, формується замкнене патогенетичне коло психосоматичного процесу, який ґрунтується на комплексі преморбідних особистісних особливостей пацієнтів, що нами умовно об'єднано терміном «синдром страху втрати контролю».

При медикаментозному лікуванні нападів стенокардії та вегетосудинної дистонії, гіпертонічних кризів у хворих із даними особливостями особистості доцільно, поряд із препаратами, орієнтованими на соматичні прояви, використовувати препарати із седативним ефектом, які мають блокуючу страх (анксиолітичну) дію, що знижує критику особистості до того, що відбувається. Найбільш розповсюдженими, доступними і відносно відповідними до таких вимог є діазепам (сибазон, реланіум і т. ін.), оксибутират натрію. При тяжких нападах можна застосовувати наркотичні анагетіки разом із діазепамом.



Висновки

На підставі аналізу преморбідних особистісних характеристик і клінічної картини невідкладних станів у хворих із гіпертонічною хворобою, вегетосудинною дистонією та ішемічною хворобою серця виділено синдром страху втрати контролю, який включає в себе комплекс психоемоційних особливостей, що беруть участь у розвитку і реалізації патогенетичних механізмів, клінічних проявів даної психосоматичної патології. Наявність даного синдрому потребує диференційованого підходу при меди-

каментозному лікуванні невідкладних станів у даної категорії пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вейн А. М. и др. Панические атаки. — СПб., 1999. — 324 с.
2. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. — СПб.: А. В. К., 2002. — 201 с.
3. Аксельрод Б. А. Вегетативная составляющая периоперационного гипертензионного синдрома у больных ИБС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 16 с.
4. Загуровский В. М. Возможности психотерапии в комплексном лечении неотложных состояний // Неотложная медпомощь: Сб. ст.

Харьков. город. клин. больницы быстрой неотложной медпомощи. — Харьков: Основа, 2000. — Вып. 3. — С. 206-209.

5. Загуровский В. М. Роль психо-вегетативного синдрома в реализации неотложных состояний // Там же. — Харьков: Основа, 2001. — Вып. 4. — С. 175-177.

6. Загуровский В. М., Никонов В. В. Болезнь как острый или хронический стрессор // Там же. — Вып. 5. — С. 170-173.

7. Изард К. Э. Психология эмоций. — СПб., 1999. — 400 с.

8. Римап Ф. Основные формы страха. — М.: Алетейа, 1998. — 336 с.

9. Фомина И. Г. Неотложная терапия в кардиологии. — М.: Медицина, 1997. — 194 с.

УДК 615.5:616-057:613.72

В. В. Пилипчук

МЕТАБОЛІЧНЕ ОБМЕЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ НА ФОНІ СЕЗОННОЇ ГІПЕРКІНЕЗІЇ

Волинський державний університет ім. Лесі Українки

Довготривалі фізичні навантаження, які практикуються у сучасному спорті високих досягнень, створюють стани функціонального перенапруження і перетренованості, що в цілому характеризують як хронічну втому на фоні гіперкінезії [1–3].

Хронічна втома може стати причиною значних морфофункціональних порушень в організмі спортсмена і як наслідок — виникнення преморбідних і патологічних розладів. Типові патогенетичні механізми перетренованості полягають в неадекватному надходженні та утилізації ергогенних сполук внаслідок гіпоксичних, ішемічних, метаболічно-функціональних впливів. До зазначених механізмів належать пору-

шення балансу між продукуванням і знешкодженням активних форм кисню — так званих вільних радикалів. Гіперактивація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) із одночасним виснаженням системи антиоксидантного захисту — пусковий момент каскадних ланцюгових реакцій, спрямованих на сповільнення енергетичного забезпечення інтенсивно працюючих тканин, що знижує їхню адаптацію до відповідного рівня функціонування. Окрім того, активація ПОЛ утруднює трансмембранний транспорт речовин, знижує ферментативну активність тканин, призводить до виникнення цитолітичного синдрому, що в цілому негативно позначається на фізичній пра-

цездатності, медичній реабілітації, стабільності і результативності виступів спортсменів [4–6].

З метою обмеження посиленої ліпопероксидації останнім часом усе більшого поширення у професійному спорті набувають препарати антиоксидантно-антигіпоксиксантичного ряду, здатні оптимізувати паритетну рівновагу між утворенням і зв'язуванням вільних радикалів ПОЛ. Проблема у даній сфері полягає у тому, що добір таких засобів має здійснюватися з урахуванням їхнього хімічного складу з метою припинення доступу на спортивний фармацевтичний ринок анаболічно-стимулювальних речовин, тобто тих, що зараховано до класу допінго-

