

ники ЯЖ, однак не нормалізує їх.

Перспектива даного дослідження полягає в розробці й аналізі ефективності фармакогенетично обґрунтованого лікування хворих на ЕГ із подальшою оцінкою якості життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосова К. М. Новые возможности снижения кардиоваскулярного риска у больных с артериальной гипертензией // Укр. кардіол. журнал. — 2006. — № 1. — С. 19-25.

2. Артеріальна гіпертензія — медико-соціальна проблема: Метод. посібник. — К.: Ін-т кардіології ім. М. Д. Стражеска АМН України, 2002. — 101 с.

3. Сіренко Ю. М., Горбась І. М., Смирнова І. П. Динаміка статистико-епідеміологічних показників реалізації Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. кардіол. журнал. — 2006. — № 1. — С. 9-13.

4. Guidelines Committee, 2003 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. — 2003. — Vol. 21. — P. 1011-1053.

5. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни / А. В. Буршиков, С. Е. Ушакова, И. Е. Мишина и др. // Клиническая медицина. — 2004. — № 7. — С. 20-22.

6. Исследование качества жизни больных с артериальной гипертензией на фоне лечения эналаприлом / И. М. Фуштей, Л. Л. Подсева-

хина, А. И. Паламарчук и др. // Укр. мед. альманах. — 2005. — Т. 8, № 1. — С. 183-185.

7. The WHO QOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHO QOL): Position Paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. — 1995. — Vol. 41. — P. 1403-1409.

8. Guidelines Subcommittee of the World Health Organization — International Society of Hypertension (WHO-ISH). 1999 World Health Organization — International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension // J. Hypertension. — 1999. — Vol. 17. — P. 151-183.

9. Спилбергер Ч. Д. Коцептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте: Междунар. сб. науч. статей; Сост. Ю. Л. Ханнин. — М.: ФиС, 1983. — С. 12-24.

УДК 572:155.9:314:575

О. В. Філіпцова¹, О. Л. Луценко², Л. О. Атраментова²

СТАТЕВА СПЕЦИФІКА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

¹Національний фармацевтичний університет, Харків,

²Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна

Тривожність є однією з центральних властивостей особистості. Вона являє собою адаптовану ознаку, тому що необхідна для попередження про потенційну небезпеку і включення захисних психологічних і фізіологічних реакцій. Останнім часом люди стали настільки більш стривожені, чим у минулому, що вчені називають ХХ століття «століттям тривожності». До джерел небезпеки належать безробіття, зростання злочинності, стурбованість із приводу війн, страх перед хворобами — СНІДом і раком, а також перед такими явищами, як клонування, генетично модифіковані організми тощо. У сучасну епоху економічні умови визначають можливість успішної репродукції, і таким чином, можуть викликати тривожність як у дорослих, так і у дітей. У низці досліджень встановлено, що рівень осо-

бистісної тривожності вищий серед людей більш низького соціального статусу. Тривожність посилюється при виключенні із соціальних груп або при розриві соціальних зв'язків, а статистичні дані в багатьох популяціях свідчать саме про збільшення розлучень, більш пізні шлюби та все більшу частку самотніх людей [1].

Тривожність має біологічні основи і зв'язок з ГАМКергічною, норадренергічною і серотонінергічною системами мозку, лімбічною системою та гіпокампом [2]. Виявлено спадковий компонент тривожності [3]. Підвищена тривожність є фактором ризику хвороб тривожності — генералізованої тривожної хвороби, панічних атак, специфічних фобій, соціофобії, посттравматичного стресового синдрому, обсессивно-компульсивного синдрому [4]. Тривожність сприяє розвитку

уніполярного депресивного синдрому, суїцидальних спроб, астми, коронарної хвороби серця, анорексії, диспепсії, виразки шлунка, гіпертензії тощо [5; 6]. Людям із підвищеною тривожністю властиве відкладання візитів до лікарів, медичних обстежень, які можуть дати загрозливу інформацію. Високий рівень особистісної тривожності погіршує пізнавальні здібності, призводить до проблем у шлюбі й іноді призводить до алкоголізму та наркоманії [7; 8]. Таким чином, підвищення тривожності в цілому веде до ослаблення психічного та соматичного здоров'я людини. Проте зв'язок між особистісною тривожністю і станом здоров'я більш складний, ніж здається на перший погляд, оскільки дана особистісна властивість може бути як причиною, так і наслідком захворювання. Так, іпохондрія та ін-



фаркт міокарда можуть посилювати особистісну тривожність [8]. Крім цього, соціальні, культурні, генетико-демографічні особливості різних популяцій по-різному впливають на середньопопуляційний рівень тривожності.

Вивчення розподілу тривожності у населення, а також її зумовленості генетичними причинами та факторами середовища має величезне значення, оскільки дає уявлення про загальну схильність певного контингенту населення до вищевказаних розладів. Психогенетичні дослідження на популяційному рівні багатьох важливих психічних характеристик людини, у тому числі особистісної тривожності, в Україні відсутні.

Метою даної роботи є оцінка генерального параметра особистісної тривожності, а також вивчення зв'язку цієї ознаки з особливостями структури сім'ї серед академічної молоді східноукраїнських популяцій.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженнях взяли участь 900 жителів України. Збір інформації проведено з урахуванням біоетичних вимог при роботі з людиною. Про досліджуваних отримана біологічно значуща та соціодемографічна інформація. Для оцінки особистісної тривожності використано тест Спілберґера [9]. Знайдено характеристики розподілів (\bar{x} , s). Зв'язок між ознаками оцінювали за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Статистичний аналіз проведений з використанням критерію t [10]. База даних сформована в програмі Microsoft Excel. Розрахунки виконано в програмах Microsoft Excel і Biostat.

Результати дослідження та їх обговорення

Для розрахунку середньопопуляційних характеристик

особистісної тривожності були використані дані про індивідів, які не перебувають у спорідненні, не утворюють шлюбних пар, а також входять до групи академічної молоді (студенти вищих навчальних закладів, надалі позначені як «студенти»; учні випускних класів, орієнтовані на отримання вищої освіти; абітурієнти, надалі позначені як «школярі»). До зазначеної категорії було зараховано 341 особу. У вибірці чоловіки становили 19,4 %, жінки — 80,6 %. Обстежені були українцями (77,8 %), росіянами (16,1 %), а також представниками інших національностей (6,1 %).

З метою можливості подальшого об'єднання школярів і студентів у єдину групу ми установили серед них зв'язок віку в осіб різної статі з рівнем особистісної тривожності. В усіх підгрупах академічної молоді (4 підгрупи — школярі та студенти різної статі) кореляція між віком (у певному вузькому діапазоні) та рівнем тривожності відсутня. Водночас за цим показником простежена вірогідна статева різниця серед студентів ($P < 0,05$). Подібні попередні розрахунки дали нам підставу об'єднати школярів і студентів однієї статі в більші категорії. Середній вік обстежених чоловіків — 17,9 ($s = 1,8$), жінок — 17,5 ($s = 1,7$) років, а середній рівень особистісної тривожності 38,4 ($s = 9,4$) і 41,5 ($s = 9,2$) балів у чоловіків і жінок відповідно ($P < 0,05$).

У зв'язку з тенденцією до зростання в Україні так званого європейського типу шлюбності (підвищення віку вступу до шлюбу та віку батьків на момент народження дитини), а також загальновідомого негативного впливу репродуктивного віку, який виходить за межі оптимального, нами були розраховані коефіцієнти кореляції між віком батьків і тривожністю потомства. В обстеженому контингенті не визначено впливу віку батьків на

можливість підвищення тривожності нащадків, що також було простежено нами раніше щодо IQ, тобто зростання середнього віку батьків не є фактором ризику розвитку тривожних розладів у нормальній частині популяції, а саме серед академічної молоді. Безумовно, пізній дітородний вік не знижує ризику різних аномалій, у тому числі психічних, серед нащадків, що не ввійшли в досліджену вибірку.

Цікаво було провести аналіз зв'язків між порядковим номером народження та тривожністю. Особливо це актуально для українського населення в зв'язку з підвищенням народжуваності в останні роки та збільшенням кількості дітей в сім'ї. Відомо, що єдині та перші діти, як правило, більш тривожні порівняно зі своїми сибсами (якщо вони є), що пояснюється більш високими очікуваннями батьків по відношенню до них, втратою статусу єдиного тощо. У нашому дослідженні не знайдено вірогідної різниці між тривожністю єдиних і перших дітей і дітей не з першим порядковим номером народження.

Досі немає однозначних даних щодо генетичних ефектів шлюбної структури у прояві особистісних і когнітивних ознак нащадків. Оскільки етнічна належність асоційована з певним генофондом (хоча в нашій популяції ця ознака певною мірою номінальна), нами було проведено порівняння особистісної тривожності у нащадків різного ступеня екзогамії з етнічної належності. До нащадків з помірним ступенем екзогамії ми зарахували осіб, які походять від шлюбів, де мати і батько були представниками однієї етнічної групи. До нащадків із підвищеним ступенем екзогамії включили осіб, які походять від шлюбів, де батьки були представниками різних етнічних груп. У першій групі нащадків очікується прояв ефектів інбридингу, в другій — аутбридингу.



Виявлено суттєве зменшення рівня тривожності у чоловіків із підвищеним ступенем екзогамії та відсутність подібного ефекту серед жінок. Так, середня тривожність у чоловіків із помірним ступенем екзогамії становила 41,7 бала, а з підвищеним — 34,2 бала ($P < 0,01$). Цей результат повністю узгоджується з теорією генетичного гомеостазу. Згідно з цією теорією особи жіночої статі незалежно від генетичних факторів і факторів середовища «утримують» фенотип, тобто фенотипова дисперсія серед них менша, ніж у чоловіків. Застосовуючи цю теорію відповідно до нашого дослідження, можна припустити, що представники чоловічої статі більш лабільно відреагували на зміну генетичних факторів (поєднання генетично більш різномірної інформації). Можливо, отриманий результат можна пояснити впливом культурних особливостей сім'ї, в якій батьки належать до різних етнічних груп, а саме більш широким сприйняттям світу і зменшенням тривожності. Відомо також, що гетерозиготні організми мають більш стійкий гомеостаз та менше реагують на умови середовища. Однак слід зауважити, що зниження тривожності має бути оптимальним, оскільки дуже низька (саме як і дуже висока) тривожність не адаптивна, і, зокрема, спостерігається у психопатів. Отримана тенденція потребує подальшого аналізу та відтвореності при повторних дослідженнях.

Щодо впливу освітнього статусу батьків на прояв тривожності, то ми не отримали вірогідної різниці у вираженості цього показника в нащадків батьків із будь-якими комбінаціями рівня освіти, тобто освіта батьків сама по собі не пояснюється з тривожністю. Можливо, це пояснюється тим, що серед нашого населення рівень освіти не визначає соціоекономічного

статусу, який вже може корелювати з тривожністю, що характерно і для західних популяцій.

У нашому дослідженні відсутня також різниця між рівнями тривожності в осіб, батьки яких розлучені та нерозлучені. Можна припустити, що обстежений контингент все ж таки належить до тієї частини популяції, яка характеризується відносним матеріальним благополуччям (адже отримання вищої освіти потребує зараз певних витрат), що не сприяє підвищенню тривожності. Можливо, існують інші пояснення відсутності негативного впливу на розвиток високої тривожності виховання дітей без біологічного батька або матері, а саме, посилене піклування про дитину, яка виховується в неповних сім'ях батька, який залишається з нею, або інших родичів.

Нами була також проведена оцінка рівня особистісної тривожності серед родичів першого ступеня спорідненості з групою академічної молоді та шлюбних партнерів (якщо такі були). Показовими є отримані результати: старшому поколінню (середній вік чоловіків 35,1 року; $s = 12,8$; жінок — 38,1 року, $s = 11,6$) притаманна така ж сама статеві специфіка рівня особистісної тривожності. Так, середній рівень тривожності серед чоловіків менший (39,3 бала, $s = 9,5$), ніж серед жінок (44,2 бала, $s = 9,3$, $P < 0,001$). Тим же часом кореляція між віком і тривожністю у цьому віковому інтервалі, так само як і в молодому, відсутня. Однак якщо серед чоловіків молодого та більш старшого покоління рівень тривожності досить стабільний та практично однаковий, то між жінками різних поколінь існує вірогідна різниця цього показника, а саме у жінок старшого покоління тривожність вища, ніж у жінок молодшого покоління ($P < 0,01$). На перший погляд, незвичайна тенденція у жіночій

частині населення (з віком теоретично тривожність повинна зменшуватися) стає зрозумілою, якщо взяти до уваги середній вік обстежених жінок старшого покоління. Очевидно, у цьому віці жінкам притаманне зростання тривожності у зв'язку з невизначеністю майбутнього своїх дітей, все більшого прояву зовнішніх вікових змін, розладів власного здоров'я та хвороб старіючих батьків. Також люди цього покоління, можливо, знаходяться в стані динамічної адаптації до політичних і соціоекономічних змін, які відбулися за їх життя в колишньому СРСР і незалежній Україні, проявом чого є підвищення рівня тривожності.

Проведене дослідження є фрагментом великомасштабного психогенетичного проекту з вивчення особистісних і когнітивних ознак у населення України. Результати даної роботи явно свідчать про необхідність попередньої оцінки генерального параметра будь-якої ознаки у людини. У подальшому ми плануємо провести генетичний аналіз тривожності. Для коректної реалізації цих задумів, безумовно, слід враховувати статеві та вікові характеристики цієї ознаки в українського населення.

Висновки

1. Рівень особистісної тривожності серед жінок вищий, ніж серед чоловіків, що вказує на зарахування осіб жіночої статі до групи ризику розвитку розладів, пов'язаних із підвищеною тривожністю.

2. Особистісна тривожність нижча серед чоловіків із підвищеною екзогамією з етнічної ознаки; серед жінок подібної тенденції не виявлено.

3. Не визначено впливу порядкового номера народження, віку батьків та їх освітнього статусу, наявності розлучення на підвищення тривожності.

4. Для чоловіків показана відносна вікова стабільність



особистісної тривожності в різних поколіннях; для жінок менший рівень цієї ознаки спостерігається в молодому віці, більший — у зрілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Genome-Wide Linkage Scan for Loci Predisposing to Social Phobia: Evidence for a Chromosome 16 Risk Locus* / J. Gelernter, G. P. Page, M. B. Stein, S. W. Woods // *Am. J. Psychiatry.* — 2004. — Vol. 161. — P. 59-66.
2. *Personality Traits and Striatal Dopamine Synthesis Capacity in Healthy Subjects* / A. Laakso, E. Wallius, J. Kajander et al. // *Am. J. Psychiatry.* — 2003. — Vol. 160. — P. 904-910.
3. *Gordon J. A., Hen R.* Genetic approaches to the study of anxiety

// *Ann. Rev. Neurosci.* — 2004. — Vol. 27. — P. 193-222.

4. *Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder* / S. Hofmann, A. Meuret, J. Smits et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 63. — P. 298-304.

5. *Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study* / J. D. Maser, H. S. Akiskal, P. Schettler et al. // *Suicide Life Threat Behav.* — 2002. — Vol. 32. — P. 10-32.

6. *Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa* / C. M. Bulik, P. F. Sullivan, F. Tozzi et al. // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 63. — P. 305-312.

7. *Luo S., Klohnen E.* Assortative mating and marital quality in newlyweds: A couple-centered approach

// *Journal of Personality and Social Psychology.* — 2005. — Vol. 88, N 2. — P. 304-326.

8. *Newbury B. D., Lowry R. J., Kamali F.* The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety, and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study // *Br. Dent. J.* — 2002. — Vol. 192. — P. 646-649.

9. *Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие* / В. Д. Балин, В. К. Гайда, В. К. Гербачевский и др.; Под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. — СПб.: Изд-во «Питер», 2000. — 560 с.

10. *Лакин Г. Ф.* Биометрия: Учеб. пособие для биол. спец. вузов. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Высш. шк., 1990. — 352 с.

УДК 616.381-007.274+616.381-089.853(043.3)

М. В. Чехлов, В. І. Гирля, М. А. Каштальян,
Р. М. Міщенко, С. Г. Четверіков

ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОЇ ФОРМИ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Больова форма спайкової хвороби (БФСХ) черевної порожнини має різноманітну клінічну симптоматику, у зв'язку з чим виникають труднощі у діагностиці та визначенні тактики лікування [1; 3].

У деяких випадках за БФСХ черевної порожнини помилково приймають спастичний коліт, дисбактеріоз кишечника, гастродуоденіт, остеохондроз грудного та поперекового відділів хребта, в'яло перебігаючі запальні процеси у придатках матки та ін. Це часто призводить до необгрунтованої та патогенетично невиправданої опе-

рації, яка погіршує подальший перебіг захворювання [2; 3].

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебували 37 хворих із верифікованою БФСХ віком від 19 до 77 років. Чоловіків було 10, жінок 27. У 35 хворих БФСХ черевної порожнини ми спостерігали після перенесених раніше лапаротомій: у 8 — після екстирпації матки, у 7 — після апендектомії, у 3 — після резекції яєчника, у 2 — після холецистектомії, у 2 — після резекції шлунка, у 1 — після спленектомії. Дванадцять хворих перенесли від 2 до 5 ла-

паротомій. Ми також спостерігали одного хворого після лапароскопічної апендектомії та одну хвору після тупої травми живота, не оперовану раніше.

Усіх 37 пацієнтів із БФСХ поділили на 2 групи: 1) без порушення функції травлення (група 1) — 16 спостережень; 2) з порушенням функції травлення (група 2) — 21 спостереження (табл. 1).

Стан пацієнтів обох груп розцінювався як задовільний, без ознак кишкової непрохідності, гемодинамічних чи водноелектролітних порушень. Пальпація живота була чутливою або болісною на місці післяопераційного рубця. Усім хво-

