

4. У переважній більшості випадків джерелом апоплексії яєчника були кісти жовтого тіла. Найбільший об'єм гемоперитонеума відмічався при апоплексії кіст жовтого тіла яєчника. Друге місце за об'ємом гемоперитонеума та частотою виникнення апоплексії посідали фолікулярні кісти яєчника.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Айлмазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айлмазян, И. Т. Рябцева. — М. : Медицинская книга, 2003. — 183 с.

2. Оперативна лапароскопія та штучне запліднення в лікуванні хворих з неплідністю трубного походження / О. М. Юзько, Т. А. Юзько, С. П. Польова, С. Г. Приймак // Педіатрія,

акушерство та гінекологія. — 2003. — № 6. — С. 111-114.

3. Гладчук І. З. Апоплексія яєчника в сучасній гінекології / І. З. Гладчук, В. Л. Кожаків, О. В. Якименко // Репродуктивное здоровье женщины. — 2005. — № 4. — С. 56-58.

4. Коколина В. Ф. Острый живот в детской гинекологии / В. Ф. Коколина // Медицинская помощь. — 1994. — № 3. — С. 25-27.

5. Носенко О. М. Сучасні методи діагностики та лікування функціональних ретенційних кістозних пухлиноподібних утворень яєчників у жінок репродуктивного віку / О. М. Носенко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — 2002. — № 7. — С. 15-20.

6. Краснополский В. И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В. И. Краснополский, С. Н. Буянов, Н. А. Щукина. — М. : МЕДпресс, 1999. — 317 с.

7. Диагностика и лечение апоплексии яичника / О. Ю. Панкова, А. А. Евсеева, В. Г. Бреусенко [и др.] // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 2. — С. 110-114.

8. Серов В. Н. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования яичников / В. Н. Серов, Л. И. Кудрявцева. — М. : Триада-Х, 1999. — 152 с.

9. Кудрявцева Л. И. Современные методы диагностики и лечения жидкостных образований малого таза / Л. И. Кудрявцева, Л. К. Рязанова, Н. А. Якимова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2001. — № 2. — С. 50-54.

10. Диагностика и лечение острых гинекологических заболеваний. Современные тенденции / О. С. Элибекова, А. С. Гаспаров, А. С. Косаченко, Е. Л. Стрекалова // Журнал российского общества акушеров-гинекологов. — 2005. — № 2. — С. 3-6.

УДК [616.12.-005.4-008.331.1]:612.176

І. П. Кудря

## СТРЕС ЯК ТРИГЕР КОГНІТИВНИХ ЗРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Вищий державний навчальний заклад України  
«Українська медична стоматологічна академія», Полтава

### Вступ

Відомо, що стрес є важливою життєвою реакцією, що супроводжує людину в процесі її діяльності [1–3]. Постійно діючий стрес, когнітивні порушення є факторами росту захворюваності та смертності населення розвинутих країн від серцево-судинних захворювань, що супроводжуються змінами активності вегетативної та нейроендокринної систем, можуть призвести до раптової смерті [3–7]. Патогенез запобігання стресових, ішемічних ушкоджень серця та когнітивних порушень відіграють важливу роль у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) і становлять одну з актуальних проблем кардіології.

**Метою** дослідження було визначення впливу стресу на когнітивні зрушення у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з гіпертонічною хворобою.

### Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 52 хворих на ІХС у поєднанні з ГХ. Клінічна характеристика цих хворих: 40 (76,9 %) хворих із 52 мали стабільну стенокардію напруження, у тому числі 14 (26,9 %) — II функціонального класу (ФК), 26 (50 %) — III ФК, 12 (23,1 %) — ІХС у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю, у тому числі 7 (13,5 %) у поєднанні з порушенням ритму. Супровідним захворюванням ГХ II ст. була у 26 (50 %) із

52 пацієнтів, ГХ III ст., постінфарктний кардіосклероз — у 26 (50 %). Пароксизмальну фібриляцію передсердь мали 5 (31,25 %) із 52 хворих, постійну фібриляцію передсердь — 2 (12,5 %), надшлуночкову екстрасистолію — 3 (18,75 %), шлуночкову екстрасистолію — 1 (6,25 %), шлуночкову бігемінію — 1 (6,25 %), поєднання політопної шлуночкової та надшлуночкової екстрасистолії — 4 (25 %). Серцева недостатність I ст. за М. Д. Стражеском, В. Х. Василенком, II ФК за класифікацією Нью-Йоркської асоціації кардіологів (НУНА, 1964) була у 27 (51,9 %) хворих із 52; СН II А, III ФК — у 20 (38,5 %); СН II Б, III ФК — у 2 (3,8 %); СН III, IV ФК — у 3 (5,8 %). Вік досліджуваних 44–81 рік (61,25±1,15; 8,3; (58,94–63,56)). За статтю хво-



рі на ІХС у поєднанні з ГХ розподілилися так: 33 (63,5 %) — чоловіки, 19 (36,5 %) — жінок.

Обстеження досліджуваних проводилося згідно зі стандартами України, у тому числі класичний словесно-кольоровий стрес-тест Струпа. Цілодобове моніторування електрокардіограми й артеріального тиску здійснювали за допомогою амбулаторного моніторування за системою «Кардіотехніка 4000АТ» і «Кардіотехніка 04 АД-3» («ИНКАРТ», Росія) з реєстрацією трьох модифікованих відведень, близьких до V4, V6 і III стандартного, що дозволяв визначати клас стенокардії напруження стабільної за змінами сегмента ST: кількість епізодів його депресії за добу, тривалість одного епізоду та їхню сумарну тривалість, амплітуду депресії, порогову частоту серцевих скорочень (ЧСС) на початку цього епізоду. Патологічними змінами сегмента ST вважали його горизонтальне або косонизхідне зниження на 1,5 мм і більше, віддалене не менш ніж на 80 мс від точки J, тривалістю не менше 1 хв.

Стан когнітивності, стресової чутливості досліджуваних визначали за класичним психоемоційним Струп-тестом, що в своєму варіанті включав три стимульні картки:

1) картку слів, надрукованих чорним шрифтом;

2) карту кольорів (представлених у формі квадратів);

3) карту слів, надрукованих шрифтом невідповідних значень кольорів. Використовували п'ять кольорів і слів: «червоний», «синій», «зелений», «коричневий» і «фіолетовий».

Досліджуваним пропонували такі завдання:

1) читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом (ЧНКч);

2) називання кольорів (НЦ);

3) читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слів (ЧНКо);

4) називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється

від значення слів (НКСо) [8–10].

Для оцінки хронотропно-інотропних, пресорних змін використовували такі показники: ЧСС і артеріальний тиск (АТ) до та після читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом; після називання кольорів; після читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова; після називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова. Визначали час читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом; час і помилки при називанні кольорів; при читанні назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова; називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова. Розраховували такі показники: ригідність ( $t$  (НКСо) –  $t$  (НК)) і «вербальність» (НК/ЧНКч) [8; 9].

Стрес визначали за результатами змін ЧСС, рівня АТ, наявності «ішемічних» змін електрокардіограми, гіпертензивних і гіпотензивних реакцій під час і після проведення психоемоційного стрес-тесту Струпа [9].

Статистичний аналіз отриманих результатів включав дисперсійний аналіз (ANOVA/MANOVA — analysis of variance — аналіз відхилень, варіацій за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989–2004) за лінійним характером залежності варіабельностей. Нормальність розподілу варіацій перевіряли за значенням результатів однофакторного W-тесту Shapiro–Wilk (SW) при кількості досліджуваних менше 50, якщо  $P_{SW} > 0,05$ , то дані є параметричними,  $P_{SW} < 0,05$  — непараметричними (за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989–2004). Якщо варіабельності не мали нормального розподілу, то використовували непараметричні методи статистики, зокрема Mann–Whitney U (MW), Kruskal–Wallis аналіз рангів (за програмою SPSS for Windows

Release 13.00, SPSS Inc., 1989–2004).

### Результати дослідження та їх обговорення

У хворих на стенокардію напруження стабільну, III ФК у поєднанні з ГХ на відміну від стенокардії напруження стабільної, II ФК, кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та/або порушенням ритму спостерігається збільшення часу читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом; називання кольорів; читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слів, і називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів (табл. 1).

Відмічається зменшення помилок під час називання кольорів; читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова; називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів у хворих на ІХС у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та/або порушенням ритму порівняно зі стенокардією напруження стабільною, II та III ФК (табл. 2).

Зниження швидкості та збільшення кількості помилок у хворих на стенокардію напруження стабільну, III ФК вказує на невисокий рівень здатності концентрації уваги в умовах інформаційного навантаження, тобто погіршення ігнорування частини інформації та мобілізації уваги в режимі «самоконтролю» [9].

Тест Струпа надає можливість оцінити рівень емоційного інформаційного навантаження, ефективність відповідної реакції. Дезінтеграція діяльності нервової системи при стресі призводить до зниження ефективності інформаційної переробки, при цьому сповільнюється швидкість реакції переробки інформації, збільшується кількість помилок [9; 10].

Відмічається висока інтерференція, знижена частка від поділу різниці часу ЧНКч від



**Час виконання стимульних карт класичного тесту Струпа у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою (M±SEM; SD; 95 % CI; Med; q)**

Показники	Хворі на ІХС у поєднанні з ГХ у вигляді		
	кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та порушенням ритму (група 1, n = 12)	стенокардії напруження стабільної	
		II ФК (група 2, n = 14)	III ФК (група 3, n = 26)
Читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом, с	82,91±2,38; 8,23; (77,69–88,15); 83; (75–91); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,058; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,0001; P <sub>MW</sub> 1~2=0,011; P <sub>MW</sub> 1~3=0,0001	97,5±4,39; 16,46; (87,99–107,00); 94,5; (86,0–107,5); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,246; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	127,77±4,49; 22,87; (118,56–137,00); 126; (113,25–145,25); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,51
Називання кольорів, с	113,67±9,76; 33,79; (92,19–135,14); 95,5; (95,00–130,25); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,01; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,0001; P <sub>MW</sub> 1~3=0,001	115,79±5,37; 20,09; (104,19–127,38); 110; (99,75–135,00); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,224; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	152,19±4,84; 24,69; (142,22–162,17); 151; (135–170); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,332
Читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слова, с	99,42±4,77; 16,53; (88,92–109,92); 96; (87,0–108,5); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,198	115,36±5,31; 19,85; (103,89–126,82); 112,5; (96,5–131,5); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,550; P <sub>ANOVA</sub> =0,001	150,35±6,36; 32,44; (137,24–163,45); 144; (131,5–181,0); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,074
Називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова, с	188,84±20,29; 70,3; (144,16–233,50); 163,5; (136,75–211,75); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,007; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,001; P <sub>MW</sub> 1~2=0,016	240,86±15,10; 56,51; (208,23–273,49); 225,5; (192,75–286,25); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,109; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	355,04±8,39; 42,83; (337,74–372,34); 354,5; (321,0–381,5); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,586

*Примітка.* У табл. 1–3: M — середня похибка, SEM — стандартна похибка, SD — стандартне відхилення; 95 % CI — 95 % довірчі інтервали для середньої; Med — медіана; Q — нижні та верхні квартилі; P<sub>sw</sub> — визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro–Wilk; P<sub>KW</sub> 1~2~3 — різниця між групами за даними непараметричних еквівалентів ANOVA/MANOVA тестів, зокрема Kruskal–Wallis (KW) аналіз рангів (за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989–2004); P<sub>MW</sub> — різниця між групами за даними непараметричного еквівалента до двовибіркового t-тесту Стьюдента для двох незалежних виборок варіабельностей за тестом Mann–Whitney (MW).

Таблиця 2

**Помилки під час виконання стимульних карт психоемоційного тесту Струпа у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою (M±SEM; SD; 95 % CI; Med; Q)**

Показники	Хворі на ІХС у поєднанні з ГХ у вигляді		
	кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та порушенням ритму (група 1, n = 12)	стенокардії напруження стабільної	
		II ФК (група 2, n = 14)	III ФК (група 3, n = 26)
Називання кольорів	5,0±1,0; 3,49; (2,78–7,22); 4,5; (3,0–6,5); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,072; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	7,29±0,89; 3,36; (5,35–9,23); 6,5; (4,75–10,00); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,544	13,81±0,99; 5,08; (11,76–15,86); 14; (9,75–15,50); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,198
Читання назв кольорів, де колір шрифту відрізняється від значення слів	3,25±0,62; 2,14; (1,89–4,60); 3; (0,090–0,026); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,098; P <sub>ANOVA</sub> =0,001	4,43±0,51; 1,91; (3,33–5,53); 4; (0,080–0,028); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,115	9,15±0,96; 4,9; (7,17–11,13); 9; (0,090–0,023); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>sw</sub> =0,062



Показники	Хворі на ІХС у поєднанні з ГХ у вигляді		
	кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та порушенням ритму (група 1, n = 12)	стенокардії напруження стабільної	
		II ФК (група 2, n = 14)	III ФК (група 3, n = 26)
Називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слів	7,75±1,71; 5,91; (3,99–11,50); 5,5; (4,25–9,50); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,0001; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,001; P <sub>MW</sub> 1~2=0,019	10,86±1,17; 4,27; (8,39–13,33); 11; (7,75–15,00); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,911; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	19,85±1,33; 6,78; (17,11–22,59); 17,5; (15–24); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,009; P <sub>MW</sub> 2~3=0,0001

Таблиця 3

**Показники ригідності при проведенні психоемоційного тесту Струпа у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою (M±SEM; SD; 95 % CI; Med; Q)**

Показники	Хворі на ІХС в поєднанні з ГХ у вигляді		
	кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та порушенням ритму (група 1, n = 12)	стенокардії напруження стабільної	
		II ФК (група 2, n = 14)	III ФК (група 3, n = 26)
Частка від поділу різниці часу ЧНКч від НКСо по відношенню до ЧНКч	-1,26±2,22; 0,76; (-1,74–(-0,78)); -1,1; (-1,22–(-0,81)); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,001; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,02; P <sub>MW</sub> 1~3=0,001; P <sub>MW</sub> 1~2=0,04	-1,47±0,11; 0,39; (-1,7–(-1,25)); -1,49; (-1,82–(-1,17)); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,724; P <sub>ANOVA</sub> =0,019	-1,87±0,13; 0,68; (-2,15–(-1,59)); -1,63; (-2,17–(-1,44)); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,01
Частка від поділу різниці часу НК від НКСо по відношенню до НК	-0,66±0,09; 0,32; (-0,86–(-0,46)); -0,61; (-0,98–(-0,41)); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,026; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,0001; P <sub>MW</sub> 1~2=0,02; P <sub>MW</sub> 1~3=0,0001	-1,08±0,09; 0,34; (-1,28–(-0,89)); -1,02; (-1,32–(-0,87)); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,797; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	-1,39±0,09; 0,45; (-1,57–(-1,2)); -1,22; (-1,71–(-0,99)); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,016; P <sub>MW</sub> 2~3=0,025
Інтерференція (різниця між НКСо — НК)	75,17±12,84; 44,47; (46,91–103,42); 62,5; (41,75–92,50); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,006; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,0001; P <sub>MW</sub> 1~2=0,04; P <sub>MW</sub> 1~3=0,0001	125,07±12,39; 46,34; (98,31–151,93); 107,5; (86,75–156,75); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,086; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	202,85±9,16; 41,59; (186,05–219,64); 204,5; (169,00–237,75); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,347
Інтерференція (різниця між НКСо — ЧНКч)	105,92±19,29; 66,84; (63,45–148,38); 84; (61,00–116,25); непараметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,002; P <sub>KW</sub> 1~2~3=0,0001; P <sub>MW</sub> 1~2=0,016; P <sub>MW</sub> 1~3=0,0001	143,36±12,58; 47,08; (116,17–170,54); 124,5; (103,75–185,50); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,181; P <sub>ANOVA</sub> =0,0001	227,27±9,02; 45,99; (208,69–245,84); 232,5; (195,00–252,75); параметричний за Shapiro–Wilk; P <sub>SW</sub> =0,944

НКСо по відношенню до ЧНКч і частка від поділу різниці часу НК від НКСо по відношенню до НК у хворих на ІХС у вигляді стенокардії напруження стабільної, III ФК у поєднанні з ГХ

порівняно зі стенокардією напруження стабільною, II ФК і кардіосклерозом атеросклеротичним з серцевою недостатністю та/або порушенням ритму (табл. 3).

Отримані результати свідчать про зниження уваги, когнітивної функції, толерантності до стресових ситуацій у хворих на ІХС у вигляді стенокардії напруження стабільної, III ФК по



рівняно зі стенокардією напруження стабільною, II ФК і кардіосклерозом атеросклеротичним із серцевою недостатністю та/або порушенням ритму. Більш виражений ефект інтерференції у хворих зі стенокардією напруження стабільною, III ФК, що вказує на більш виражену ригідність (вузькість, жорсткість) пізнавального контролю. Інтерференція у таких хворих є результатом конфлікту вербальних і сенсорно-перцептивних функцій, тобто характерна більша «сила» вербальних функцій і «слабкість» сенсорно-перцептивних [8–10]. Низька інтерференція, що спостерігається у хворих з ІХС у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю та/або порушенням ритму, свідчить про здатність гальмувати вербальні функції за рахунок сприйняття кольору.

Отже, визначення індивідуального стресового й ішемічного профілів у хворих на ІХС у поєднанні з ГХ дозволило уточнити механізми патогенезу та бути передумовою до корекції лікування.

#### Висновки

1. Знижений когнітивний стиль (зниження швидкості, ува-

ги, толерантність до стресових ситуацій і збільшення кількості помилок) у хворих на стенокардію напруження стабільну, III ФК вказує на невисокий рівень здатності концентрації уваги в умовах інформаційного навантаження.

2. Виражена ригідність пізнавального процесу у хворих на стенокардію напруження стабільну, III ФК порівняно з хворими на стенокардію, II ФК і кардіосклероз атеросклеротичний з серцевою недостатністю та/або порушенням ритму є результатом конфлікту вербальних і сенсорно-перцептивних функцій.

**Перспективи подальших досліджень.** Отримані результати мають свій подальший розвиток для визначення співвідношення психосоматичних компонентів у індивідуальних механізмах ішемічної хвороби серця у поєднанні з гіпертонічною хворобою як передумова до корекції лікування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Панченко Л. Л. Диагностика стресса : учеб. пособие / Л. Л. Панченко. — Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2005. — 35 с.
2. Щербатых Ю. В. Психология стресса / Ю. В. Щербатых. — М. : Эксмо, 2006. — 304 с.

3. Соколова Е. Д. Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия / Е. Д. Соколова, Ф. Б. Березин, Т. В. Барлас // *MateriaMedica*. — 1996. — № 1 (9). — С. 5-25.

4. Белялов Ф. И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф. И. Белялов // *Кардиология*. — 2002. — № 8. — С. 63-67.

5. Левин О. С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы / О. С. Левин // *Consilium medicum*. — 2009. — Т. 11, № 2. — С. 55-61.

6. Никитина Ю. М. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ю. М. Никитина, Ф. Ю. Копылов // *Врач*. — 2008. — № 4. — С. 2-5.

7. Ушенин С. Г. Психические расстройства при ишемической болезни сердца / С. Г. Ушенин // *Український вісник психоневрології*. — 2000. — Т. 8, № 3 (25). — С. 72-74.

8. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума / М. А. Холодная. — М.: Пер Сэ, 2002. — 480 с.

9. Koch C. Self-monitoring, need for cognition, and the Stroop effect: a preliminary study / C. Koch // *Percept Mot Skills*. — 2003. — Vol. 96. — P. 212-214.

10. MacLeod C. M. The Stroop task: The "gold standard" of attentional measures / C. M. MacLeod // *J. Exper. Psych. General*. — 1992. — Vol. 121. — P. 12-14.

УДК 616.314-089-06:616.314-007.1]-053.2

О. М. Ославський

## ВПЛИВ ПЕРЕДЧАСНОГО ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ НА РОЗВИТОК ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

#### Вступ

Загальновідомо, що зубощелепні аномалії (ЗЩА), у тому числі скупчене положення зубів — хвороби поліетіологічні й пояснюються в більшості випадків взаємодією спадкових і

ендогенних факторів [1; 6; 7]. Якщо усунення перших мало ймовірно, то на набуті фактори ми можемо впливати цілком реально [1; 3; 4; 8]. Перед плануванням усунення ЗЩА, насамперед, необхідно визначитись із діагнозом, етіологією,

патогенезом розвитку аномалії. Допомогти у розв'язанні цих питань може комплекс методів діагностики, що включає клінічні, функціональні, біометричні та рентгенологічні дослідження [5]. У даній статті проведено оцінку ортопантомограми як

