

8. Трубачева И.А. Изучение особенностей распространения уровней артериального давления и распространенности артериальной гипертензии среди взрослого населения Томска // Кардиология.- 2003. -№ 11.- с. 27-31.
9. Bellor W.A. Coronary heart disease in the first 30 years of the 21-st century. // Circulation.- 2001. -v. 103.- №20.- p. 2428-2435.

Рубрика

**АНАЛІЗ СТРУКТУРИ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ
ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ЖІНОЧОЇ
СТАТІ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ**

Мусаєва А.В.

Були обстежені 952 жінки 20-59 років з вимушених переселенців. Більшість осіб мали нормальний або оптимальний артеріальний тиск. Поширеність АГ в обстеженій нами популяції склала 30,5%. Аналіз показав, що переважала АГ III ступені. У осіб з АГ ця патологія була вперше виявлена у 1/3 обстежених. Гіпотензивну терапію приймали 2/3 осіб з АГ. Ізольована артеріальна гіпертензія систоли реєструвалася у 1/3 осіб жіночої статі. Таким чином, в обстеженій нами популяції має місце несприятлива епідеміологічна ситуація, обумовлена низьким рівнем тієї, що виявляється АГ і її адекватній корекції.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, структура артеріальної гіпертензії, епідеміологія.

Стаття надійшла 12.01.2011 р.

**THE ANALYSIS OF STRUCTURE OF AN
ARTERIAL HYPERTENSION AMONG THE
POPULATION OF THE ABLE-BODIED AGE
DISPLACED FEMALE PERSONS**

Musaeva A.V.

952 women of 20-59 years from the displaced person have been examined. The majority of persons had normal or optimal the blood pressure. Prevalence of arterial hypertension (AH) in the population examined by us has made 30,5 %. The analysis has shown, that prevailed AH III degrees. At persons with AH this pathology has been revealed for the first time at 1/3 examined. hypotensive therapy was accepted by 2/3 persons with AH. Isolated systolic the arterial hypertension was registered in 1/3 females. Thus, in the population examined by us the adverse epidemiological situation caused by low level of detectability AH and its adequate correction takes place.

Key words: arterial hypertension, structure of arterial hypertension, epidemiology.

УДК 616.89-06:616.1.7[-07-085.851+615.814.1

М.С. Палаченко

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківський базовий медичний коледж, м. Харків

**МЕДИКО - ПСИХОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ОЦІНКА
РІВНЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ЗНАЧИМОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ
У МОЛОДОМУ ВІЦІ**

За результатами власних досліджень опрацьовано спосіб диференційної діагностики та оцінки рівня психосоціальної значимості вегетативними соматоформними розладами для застосування у системі клінічного моніторингу, зокрема, на етапах психологічного консультування, визначення напрямків психопрофілактики і психокорекції, а також для обґрунтування психогігієнічних заходів на індивідуальному, сімейному та груповому рівнях у пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами. Наведені приклади клінічного застосування, переваги та можливі недоліки опрацьованих алгоритмів.

Ключові слова: вегетативні соматоформні розлади, диференційна діагностика, психосоціальна значимість.

Дослідження виконано згідно з планом Харківської медичної академії післядипломної освіти – НДР кафедри психотерапії «Непсихотичні психічні розлади у хворих серцево - судинними та судинно-мозковими захворюваннями» (держреєстрація №0109 У 002826).

Загальна розповсюдженість вегетативних соматоформних розладів (ВСФР) становить 433,0±6,0 %, коливаючись залежно від віку та статі у межах від 226,0±43,0 % до 556,0±74,0 %, при цьому поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами соматичних захворювань виявлено у 57,1±10,8 % осіб чоловічої статі та у 61,9±3,7% - жіночої; розроблені кількісні моделі для прогнозування поширеності ВСФР та отримано дані щодо структури розладів у різних вікових та статевих групах з визначенням індексів соматизації. Доведено, що розповсюдженість ВСФР та фактична структура їх ізольованих та поєднаних клінічних варіантів визначається віком та статтю, тоді як вплив інших факторів потребує проведення проспективного аналізу поширеності ВСФР у взаємозв'язку з аналізом факторів ризику. Серед осіб чоловічої статі у досліджуваних вікових групах має місце зростання поширеності ВСФР, найбільш виразне у віковому інтервалі 16-18 р.: у віці до 17 р. в структурі розладів переважають іВСФР, а в старших вікових групах осіб чоловічої статі – поєднані клінічні варіанти ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями. На відміну від осіб чоловічої статі, у жінок, на тлі достовірно більшої розповсюдженості ВСФР має місце формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з

хронічними соматичними захворюваннями (ефект «віддаленої соматизації»). Досліджені фактори ризику ВСФР та визначено, що найбільш інформативними та прогностично значимими в групі генеалогічних та конституційно – біологічних факторів ризику ВСФР є наявність у родині цереброваскулярних захворювань, аномалії соматотипу та сколіотичної постави у пацієнта. Зазначені конституційно – біологічні індикатори інтегративно відображають вплив особливостей постнатального розвитку на формування ризику. Найбільш інформативними та прогностично значимими в групі клініко – анамнестичних факторів є часті простудні захворювання, як прояв зниження неспецифічної резистентності, функціональні порушення органа зору та наявність розладів шлунково-кишкового тракту (насамперед, біліарних дисфункцій), які на етапах клініко-психологічного моніторингу слід розглядати як значимий індикатор соматизації ВСФР. Найбільш інформативними та прогностично значимими в групі поведінково - психологічних факторів є: незадовільна самооцінка стану здоров'я, наявність паління та його стаж. Опрацьовано скринінговий алгоритм для прогнозування високого ризику ВСФР у осіб молодого віку (студентів) за комплексом найбільш інформативних факторів та деяких діагностичних індикаторів, зокрема електрошкірної чутливості пацієнтів [8].

Метою роботи була розробка скринінгового інструментарію для диференційної діагностики та визначення індивідуального рівня психосоціальної значимості вегетативних соматоформних розладів у молодому віці

Матеріал та методи дослідження. В результаті порівняльного аналізу частоти окремих клінічних ознак у двох групах пацієнтів, визначення їх (клінічних ознак) прогностичного значення та інформативності, опрацьовано удосконалені алгоритми діагностики та оцінки психосоціального значення ВСФР. До першої групи пацієнтів (n_1) віднесені 65 осіб віком, у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність вегетативного соматоформного розладу (МКХ-10: F 40-48). До другої групи пацієнтів (n_2) віднесені 53 особи, у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність вегетативного соматоформного розладу (МКХ-10: F 40-48) на тлі хронічної соматичної патології (XI клас МКХ - хвороби органів травлення: рубрики K25 – виразка шлунку, K26 – виразка дванадцятипалої кишки, K29 – гастрит (K29.3-K29.5), X класу: рубрика J41 – хронічний бронхіт (J41.0, J41.1, J41.8). Для вивчення особливостей психоемоційного стану хворих, їх ставлення до хвороби, ступеня психосоціальної дезадаптації було використано психогігієнічні та клініко-психологічні методики, в тому числі модифіковані та спеціально розроблені для вирішення поставлених завдань [10, 11]. Для вивчення особливостей реагування на захворювання хворих на соматичні захворювання застосовано особистісний опитувальник ЛОБІ [5, 6], що дозволяє діагностувати типи відношення до хвороби, які Л.І.Вассерман [7] об'єднує в три блоки за ступенем та характером соціальної дезадаптації. З метою вивчення особливостей сприйняття хвороби і впливу її на соціальне функціонування хворих (рівня соціалізації хвороби) використано спеціальний [10, 11] опитувальник, який містить 10 тверджень, що відносяться до різних сфер функціонування хворих молодого віку з ВСФР. Аналіз закономірностей формування клініко-психологічного виконано шляхом комплексного клінічного та психологічного обстеження хворих за розробленою спеціальною програмою, що дозволило з позицій доказової медицини та за рахунок порівняльного вивчення в двох клінічних групах, визначити клінічну інформативність та прогностичну значимість досліджуваних індикаторів. Методологічною основою для удосконалення діагностики, а також розробки алгоритмів обґрунтовано обрано логіко – математичний апарат багатфакторного аналізу [2, 3] в основі якого – інформаційні властивості окремих показників (клініко-анамнестичних, інструментальних, лабораторних) при їх комплексному урахуванні; кількість діагностичної інформації визначали за формулою: $H_i = -p_i \log_2 p_i$, де H_i - показник інформативності, $i^{\text{го}}$ фактора; p_i – частота $i^{\text{го}}$ фактора (ознаки). У якості базових критеріїв оцінки прогностичної значимості окремих клінічних показників використані показники: сили впливу фактора (η^2 ; %) та його інформативності (I; біт), які обчислювалися за стандартною методикою [2, 3] з використанням адаптованої у середовищі “ExCel” комп'ютерної програми. При проведенні інформаційного аналізу використано дані попереднього (варіаційна статистика) клініко – статистичного аналізу [8] У дослідженні використовувалися ліцензовані програмні продукти (“STATISTICA”, “EXCEL” з додатковим набором програм [10-16]) на ПЕОМ, що дозволило забезпечити необхідну стандартизацію процесу та процедури клініко – статистичного аналізу отриманих даних.

Результати дослідження та їх обговорення. Результатом дослідження є розробка способу диференційної діагностики та способу визначення психосоціального значення ВСФР у молодому віці. Зокрема, спосіб диференційної діагностики ВСФР відноситься до медицини, зокрема до медичної психології, народної / нетрадиційної медицини, санології, клінічної інформатики та інших клінічних дисциплін. Спосіб може використовуватися у системі клінічного моніторингу на етапах психологічного консультування, визначення напрямків психопрофілактики та психокорекції, а також для обґрунтування психогігієнічних заходів на індивідуальному, сімейному та груповому рівнях.

Спосіб діагностики соматоформних розладів [15], який включає застосування опитувальників з наступним якісно - логічним узагальнення показників тривожності, психосоціальної значимості та клінічної оцінки важкості перебігу соматичного захворювання за умов відсутності патологічних та вогнищевих уражень мозку. Цей спосіб включає врахування вказаних показників та передбачає проведення якісної оцінки психометричних показників. Відомий спосіб [12], який дозволяє кількісно оцінювати наявні у пацієнта прояви, вимірювати їх виразність та отримувати узагальнену кількісну диференційно – діагностичну їх оцінку. Однак, цей спосіб, також, не урахує тип реагування пацієнта і його адаптаційні резерви. Недоліками вказаного способу є відсутність кількісної оцінки можливих типів адаптивного реагування та необхідність проведення стандартного загальноклінічного обстеження,

що обумовлює значну тривалість та ресурсозатратність способу – прототипу. Вищезгаданий спосіб є найбільш близьким по технічній суті і результату, що може бути досягнутим, тому його обрано за прототип. В основу корисної моделі покладено задачу ранньої діагностики соматизованих ВСФР шляхом виміру та урахування типу адаптивного реагування та психофізіологічних особливостей пацієнта. Задача, яку покладено в основу корисної моделі [13], вирішується тим, що у відомому способі діагностики розладів, який включає застосування опитувальників з наступним якісно-логічним узагальненням показників психофізіологічного стану пацієнта, згідно з корисною моделлю, виконують психометричне визначення типу адаптивного реагування, після чого у визначеній послідовності виконують кількісну оцінку цих вимірів з використанням узагальненого диференційно-діагностичного критерія (ДК_{СФР}), який розраховують за формулою $ДК_{СФР} = (D_1 + D_2 + D_3 + \dots + D_n) / Q_{\alpha-\beta}$, де D_n – діагностичний коефіцієнт по кожному із типів адаптивного реагування конкретного пацієнта, $Q_{\alpha-\beta}$ – показник рівня безпомилковості диференційної діагностики; і коли $ДК_{СФР} \leq -1,0$ констатують наявність недиференційованого ВСФР, при значенні $ДК_{СФР} \geq +1,0$ – соматизованого ВСФР, а у межах значень $ДК_{СФР}$ від -1,0 до +1,0 констатують діагностично невизначену ситуацію.

Діагностику соматизованих ВСФР досягають тим, що комплексно враховують виразність відомих типів адаптивного реагування пацієнта, що дозволяє у скрінінг – режимі визначитись стосовно діагностичної та психокорекційної тактики за рахунок використання найбільш інформативних критеріїв. Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад при плановому обстеженні пацієнта, із застосуванням опитувальника ЛОБІ вимірюють індивідуальні рівні (співставляючи з референтними показниками, які наведені у дужках) виразності типів відношення до здоров'я: обесивності (<4 або ≥4 балів), егоцентричності (<3 або ≥3 б.), сенситивності (<3 або ≥3 б.), тривожності (<4 або ≥4 б.), анозогнозичності (<5 або ≥5 б.), гармонійності (<7 або ≥7 б.), ергопатичності (<6 або ≥6 б.), неврастенічності (<3 або ≥3 б.), паранояльності (<3 або ≥3 б.); після чого у визначеній послідовності виконують кількісну оцінку цих вимірів з використанням узагальненого диференційно-діагностичного критерія (ДК_{СФР}), який розраховують за формулою $ДК_{СФР} = (D_1 + D_2 + D_3 + \dots + D_n) / Q_{\alpha-\beta}$, де D_n – діагностичний рівень по кожному із типів адаптивного реагування конкретного пацієнта (відповідність отриманого значення діагностичним коефіцієнтам), $Q_{\alpha-\beta}$ – показник рівня безпомилковості диференційної діагностики; і коли $ДК_{СФР} \leq -1,0$ констатують наявність недиференційованого ВСФР, при значенні $ДК_{СФР} \geq +1,0$ – соматизованого ВСФР, а у межах значень $ДК_{СФР}$ від -1,0 до +1,0 констатують діагностично невизначену ситуацію.

Приклад, який ілюструє спосіб. Олексій К., 1993 р.н., студент медичного коледжу. Заключний клінічний діагноз дисморфофобія, вегето-судинна дистонія за змішаним типом. На амбулаторному прийомі пацієнта, із застосуванням опитувальника ЛОБІ визначено, що рівень виразності окремих типів адаптивного реагування становить (в дужках подані діагностичні коефіцієнти - ДК): обесивності - 5 балів (ДК=+4,7), егоцентричності - 2 б. (ДК=+3,7), сенситивності - 2 б. (ДК=+5,1), тривожності - 3 б. (ДК=+1,8), анозогнозичності - 1 б. (ДК=+1,0), гармонійності - 6 б. (ДК=-0,9), ергопатичності - 6 б. (ДК=-0,8), неврастенічності - 3 б. (ДК=-1,7), паранояльності - 3 бали (ДК=+0,7). Для забезпечення точності на рівні ±5,0% диференційної діагностики ВСФР добираємо відповідне значення $Q_{\alpha-\beta}$, якому, як відомо із теорії послідовного аналізу, відповідає рівень діагностичного порогу 13,0, та виконуємо розрахунок узагальненого диференційно-діагностичного критерія (ДК_{СФР}) до досягнення діагностичного порогу: $ДК_{СФР} = (D_1 + D_2 + D_3 + \dots + D_n) / Q_{\alpha-\beta} = (+4,7 + 3,7 + 5,1) / 13 = +1,03$. Оскільки досягнуто діагностичного порогу, процедура діагностики призупинена та можна зробити висновок. Висновок: у Олексія К., 1993 р.н., студента медичного коледжу з дисморфофобією та вегето-судинна дистонією за змішаним типом має місце ВСФР з соматизацією. Визначення індивідуального рівня психосоціальної значимості вегетативного соматоформного розладу. Основними методами оцінки індивідуального рівня психосоціальної значимості ВСФР та, пов'язаної з цим, дезадаптації пацієнтів є методики диференційованої самооцінки по базових сферах їх діяльності [17] з використанням опитувальників [18]. Відомий, спосіб діагностики рівня дезадаптації [14], який передбачає використання тестів на фізичну витривалість та оцінку м'язово-станових характеристик (зріст, маса тіла, кистева та станова динамометрія, життєва ємність легенів ті інші). Застосовується, також, спосіб оцінки рівня якості здоров'я пацієнтів з хронічними захворюваннями, який передбачає вимір санологічних показників з подальшою їх узагальненою характеристикою по інтегральному критерію. Відомий також спосіб оцінки рівня психосоціальної значимості захворювання [9], який передбачає багатовимірне узагальнення впливу окремих факторів з урахуванням нозологічного виду захворювання з подальшим узагальненим якісним та кількісним аналізом і складається із п'яти послідовних етапів: формування переліку факторів, проведення скрінінгу факторів серед хворих, проведення оцінки ступеня виразності факторів із застосуванням спеціального опитувальника, кількісне оцінювання наявних у конкретного обстеженого факторів та визначення рівня дезадаптації з інтервальною оцінкою результату. Однак цей спосіб орієнтовано для застосування серед пацієнтів окремої нозологічної групи, тоді як ВСФР можуть мати функціональний чи недиференційований характер. Вищезгаданий спосіб є найбільш близьким по технічній суті та результату, який може бути досягнуто, тому його обрано за прототип. Вищевказаний спосіб орієнтовано на пацієнтів з попередньо діагностованим нозологічним видом патології та ним не враховуються функціональний характер несоматизованих ВСФР. У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення точності оцінки рівня психосоціальної значимості ВСФР шляхом врахування психофізіологічних властивостей пацієнта. Задача, яку покладено в основу нового способу [14], вирішується тим, що у відомому способі діагностики психосоціальної значимості, який включає оцінку рівня дезадаптації по комплексу факторів, попередньо додатково вимірюють обмеження по базових сферах діяльності пацієнта, після чого виконують якісну та кількісну оцінку індивідуального рівня психосоціальної значимості ВСФР з використанням формули: $PS_{ВСФР} = Q_{НР_{ВСФР}} / 5N$, де: $PS_{ВСФР}$ –

показник психо-соціальної значимості ВСФР конкретного пацієнта; QHP_{BCP} – сума вимірів по базових сферах діяльності пацієнта; N – кількість вимірів; 5 – постійний кваліметричний коефіцієнт; і коли значення $PS_{BCP} < 0,30$ визначають низький рівень психосоціальної значимості ВСФР; у межах $0,3 - 0,69$ – середній рівень, а у випадках коли $PS_{BCP} > 0,69$ – високий рівень індивідуальної психосоціальної значимості ВСФР. Підвищення точності оцінки індивідуального рівня психосоціальної значимості ВСФР досягається тим, що комплексно враховуються відповідні для цієї категорії хворих базові сфери діяльності. Диференціація показника психосоціальної значимості на три рівні дозволяє співставляти результати з традиційними для системи надання медичної допомоги населенню групами динамічного спостереження та клінічного моніторингу пацієнтів. Останнє відіграє важливу роль в оптимізації технологій психологічної корекції, психопрофілактики та психологічного консультування на первинному і вторинному організаційних рівнях медичної допомоги пацієнтам з ВСФР. Тобто, використання корисної моделі дозволяє надавати допомогу лікарям різного профілю у визначенні та індивідуалізації тактики ведення пацієнта. Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад при проведенні медичних оглядів, при амбулаторному прийомі пацієнтів, вимірюють обмеження по базових сферах їх діяльності для чого застосовують спеціальний опитувальник диференційованої самооцінки рівня психосоціальної значимості ВСФР, що містить десять вимірювань стосовно обмежень по базових сферах буденної діяльності пацієнта, оцінюваних за п'ятибальною шкалою кожна: рівня працездатності, стосунків у сім'ї, обмеження у задоволеннях, відношення зі співробітниками, обмеження у вільному часі, обмеження у професійному рості, самооцінка зовнішності, відчуття меншовартості, обмеження у спілкуванні з оточуючими, рівень матеріальних збитків, пов'язаних з наявністю у пацієнта ВСФР. Після самооцінки за п'ятибальною шкалою кожної із вищенаведених базових сфер діяльності пацієнта, визначають індивідуальний рівень, після чого виконують якісну та кількісну оцінку індивідуального рівня психосоціальної значимості ВСФР з використанням формули: $PS_{BCP} = QHP_{BCP} / 5N$, де: PS_{BCP} – показник психосоціальної значимості вегетативного соматоформного розладу конкретного пацієнта; QHP_{BCP} – сума вимірів по базових сферах діяльності пацієнта; N – кількість вимірів; 5 – постійний кваліметричний коефіцієнт; і коли значення $PS_{BCP} < 0,30$ визначають низький рівень психосоціальної значимості ВСФР; у межах $0,3 - 0,69$ – середній рівень, а у випадках коли $PS_{BCP} > 0,69$ – високий рівень індивідуальної психосоціальної значимості ВСФР. Приклад, який ілюструє спосіб. Олексій К., 1993 р.н., студент медичного коледжу. Заключний клінічний діагноз дисморфобія, вегето-судинна дистонія за змішаним типом. На амбулаторному прийомі пацієнта, із застосуванням опитувального диференційованої самооцінки психосоціальної значимості ВСФР визначено, що із-за стану здоров'я пацієнт відчуває зниження працездатності (3 б.), має місце ускладнення взаємин в сім'ї (4 б.) та значне обмеження у задоволеннях (4 бали), відношення до пацієнта серед колег змінилося (3 бали) та пацієнт зазначає наявність обмеження у вільному часі в зв'язку зі станом здоров'я (5 балів) і обмеження у професійному навчанні (5 балів); зменшення зовнішньої привабливості (5 б.), наявності відчуття меншовартості (4 б.) та обмеження у спілкуванні з оточуючими (4 б.), за оцінкою пацієнта наявність ВСФР призводить до незначних матеріальних витрат (1 б.). Виходячи із визначених у Олексія критеріїв та використовуючи формулу, одержуємо: $PS_{BCP} = QHP_{BCP} / 5 \cdot N = (3+4+4+3+5+5+5+4+4+1) / 5 \cdot 10 = 38/50 = 0,73$, що свідчить про високий індивідуальний рівень (оскільки $PS_{BCP} > 0,69$) психосоціальної значимості ВСФР.

Висновки

1. Із урахуванням отриманих даних доведена клініко-психологічна гетерогенність пацієнтів з ВСФР і, що характеризується узагальненим стандартизованим профілем особистості; залежно від рівня соматизації ВСФР, має місце різна рангова послідовність особистісних факторів. Так, при іВСФР актуальними є (перші 5 рангів у послідовності зменшуваної частоти): зниження настрою пацієнтів, наявність високого рівня сенситивності, низького рівня реактивної тривожності, зниження активності, та зниження рівня ейфоричності.
2. З метою удосконалення диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів опрацьовано спосіб оцінки індивідуального рівня психосоціальної значимості ВСФР, який може використовуватися у системі клінічного моніторингу та на етапах психологічного консультування, визначення напрямків психопрофілактики і психокорекції, а також для обґрунтування психогігієнічних заходів на індивідуальному, сімейному та груповому рівнях у пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами.
3. Значимою є розробка методики оцінки індивідуального рівня психосоціальної значимості ВСФР. Опрацьований спосіб дозволяє урахувати основні психологічні обмеження пацієнта за базовими сферами його діяльності..

Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконалення клінічних протоколів за рахунок застосування психодіагностичного інструментарію та Оцінки його ефективності на етапах медико – психологічного моніторингу.

Література

1. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. - С-Пб.: Мегapolis, 1992.-123 с.
2. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. - Л.: Медицина, 1978.- 294 с.
3. Гублер Е.В. Клиническая патоинформатика в педиатрии. – Л.: Медицина, 1992.- 211 с.
4. Лапач С.Н., Губенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXCEL.-К.: Моріон, 2001.- 408 с.

5. Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А.Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Ленинград: Медицина, 1983. - С. 102-115.
6. Личко А.Е. Медико - психологическое обследование соматических больных / А.Е.Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. -1980.-Т.80, №8.-С.1195 – 1198.
7. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации / Сост. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. - Ленинград, 1987. - 27 с.
8. Панченко Н.С. Вегетативные соматоформные расстройства: возможности оценки эффективности коррекции на этапах клинико – психологического мониторинга / М.С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології, 2010.-№2.-С.115-129.
9. Пат. 40546 U, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психосоціальної значимості дерматозу / Черкашина Л.В. (UA). – Заявлено 10.12.2008; Опубл. 10.04.2009, Бюлетень №7, 2009.
11. Пат. 63777 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб прогнозування непсихотичних розладів психіки / Сердюк О.І., Михайлов Б.В., Шкляр С.П. (UA). - Заявл. 24.06.2003; Опубл. 15.01.2004, Бюл.№1.
12. Пат. 65317 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб діагностики реакцій психічної дезадаптації / Сердюк О.І., Михайлов Б.В., Шкляр С.П. (UA). - Заявл. 08.07.2003; Опубл. 15.03.2004, Бюл.№3.
13. Пат. 67625 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб діагностики невротичних розладів у хворих на вегетативну дистонію / Григорова І.А., Циганенко А.Я., Шкляр С.П. (UA). – Заявл. 20.11.2003 р.; Опубл. 15.06.2004, Бюл. №6.
14. Пат. 55414 А, Україна, МКІ (2009) А61В10/00. Спосіб диференційної діагностики соматоформних розладів / Михайлов Б.В., Панченко М.С., Шкляр С.П. (UA). – Заявл. 18.08.2010 р.; Опубл. 10.12.2010, Бюл. №23.
15. Пат. 55000 А, Україна, МКІ (2009) А61В10/00. Спосіб диференційної діагностики соматоформних розладів / Михайлов Б.В., Панченко М.С., Черкашина Л.В. (UA). – Заявлено 18.08.2010 р.; Опубл. 10.12.2010, Бюл. №23.
16. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Медицина, 1996.- 464 с.
17. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных (применение пакета прикладных программ STATISTICA).- М.: МедиаСфера, 2003. - 312 с.

Реферат

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ:
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И
ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
ЗНАЧИМОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ
СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В
МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ**

Панченко Н.С.

По результатам собственных исследований освоено способ дифференциальной диагностики и оценки уровня психосоциальной значимости вегетативных соматоформных расстройств для использования в системе клинического мониторинга, в частности, на этапах психологического консультирования, определения направлений психопрофилактики и психокоррекции.

Ключевые слова: вегетативные соматоформные расстройства, дифференциальная диагностика, психосоциальная значимость.

Статья надійшла 22.01.2011 р.

**MEDICO-PHYSIOLOGICAL MONITORING:
DIFERENCIAL DIAGNOSTICS AND
ESTIMATION OF LEVEL OF PHSYHOSOCIAL
MEANINGFULNESS OF VEGETATIVE
SOMATOMORPHAL DISORDERS IN YOUNG
AGE**

Panchenko N.S.

On results own researches the method of differential diagnostics and estimation of level of phsyhosocial meaningfulness of vegetative somatomorphic disorders is mastered for the use in the system of the clinical monitoring, in particular, on the stages of the psychological advising, determinations of directions of phsyhoprofilactic and phsyhocorrection.

Keywords: vegetative somatomorphic disorders, differential diagnostics, phsyhosocial meaningfulness.

УДК 616.12-008.331.1-056.5-08

М.М. Нотьяженко, И.А. Дюльба, К.В. Шепитько, А.Л. Саволов, С.А. Гасевский, Д.В. Ярушина
ВНУЗ «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

**ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В
СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ**

Изучались циркадные изменения артериального давления у больных артериальной гипертензией. Оценивался антигипертензивный эффект амлодипина при лечении в режиме хронотерапии. Разработана схема назначения антигипертензивных препаратов с учетом индивидуального суточного профиля артериального давления.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ожирение, циркадные ритмы, хронотерапия.

Первичная артериальная гипертензия (АГ) наблюдается у 30-40 % взрослого населения во всем мире, а после 65 лет – у 50 % [1]. Повышение артериального давления (АД) является одним из основных факторов риска развития и прогрессирования атеросклеротических изменений стенок сосудов, приводит к возникновению и прогрессированию ИБС, мозгового инсульта и сердечной недостаточности [2, 3]. Следует подчеркнуть, что в основе