

тонус и вегетативная реактивность методом кардиоинтервалографии, периферическое кровообращение – методом реовазографии.

Выделено три группы лечения: 1-я – 30 чел., которым применялись адаптивная физкультура и спорт в комплексе с лазеротерапией, во 2-й группе – 34 чел. – использовалась только коррекционный двигательный режим, пациенты 3-й группы – 26 чел. – получали медикаментозное лечение, контрольную группу составили 20 здоровых сверстников. Результаты исследования показали, что у пациентов 1-й группы показатели восстановления были наиболее высокими.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: детский церебральный паралич, спорт инвалидов, физкультура, дети.

THE INFLUENCE OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND SPORT WITH LASERTHERAPY TO PSYCHOMOTORIC VEGETATIVE FUNCTION AND PERIPHERAL GEMODINAMIC IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALCY

N.Y. Grishunina, V.V. Abramov

State Medical Academy, Dnepropetrovsk, Ukraine

SUMMARY

Neuropsychological functions and peripheral hemodynamics, vegetative provision of activity and motor activity in 110 patients with three forms of cerebral palcy (CP) has been studied.

Somatic and neurologic status, vegetative provision of activity by cadiointervalography method has been performed. Depended on form of CP, structural characteristics of intellect, motors and vegetative desordes patients were divided into 3 groups.

1-st group (30 children) underwent adaptive physical culture-sport correction in combination with laserotherapy. 2-nd group (34 children) underwent physical cultural-sport measures only. 3-d group - (26 children) received conventional treatment. Healthy children (20 persons) were in a control group. The results achieved testly that the use of an individual adaptive physical culture and adaptive sport complex in combination with laserotherapy favours the development of compensatory mechanisms.

KEW WORDS: children cerebral palcy, sport of disabled, physical culture, psychology, children

УДК: 612.821.1:616.12-005.4+616.12-008.331.1

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

А.Л. Кулик¹, О.И. Серикова², Н.И. Яблучанский¹

¹Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,

²НИИ неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

РЕЗЮМЕ

На основании результатов обследования 62 пациентов с болевой формой ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии был проведен анализ корреляции между показателями психического и клинического статуса. Установлено, что наибольший уровень корреляции с основными клиническими параметрами отмечается при использовании шкалы депрессии Гамильтона и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, что позволяет рекомендовать именно эти шкалы для оценки психоэмоционального статуса пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, депрессия, психометрические шкалы

Постановка проблемы в общем виде. Нарушения психоэмоциональной сферы у кардиологических пациентов достаточно распространенные состояния и составляют по данным различных авторов от 18,3 до 31,5% [2, 7, 4]. Они определяют клиническое течение и прогноз заболеваний, существенным образом влияют на результаты терапии и потому все чаще становятся объектом при-

стального внимания специалистов [9].

Для решения задач, связанных с оценкой психического статуса кардиологических пациентов, используются объективные и субъективные шкалы [1]. Объективные шкалы требуют привлечения специалиста, субъективные заполняются самим пациентом.

При возрастающем интересе к психическому статусу кардиологических пациентов

разные исследователи используют разные психометрические шкалы, что создает трудности сопоставления полученных на их основе данных и, как результат, объективизации установленных при этом психоэмоциональных нарушений [3].

Связь проблемы с важными научными и практическими заданиями. Работа выполнена в рамках НИР «Функциональные пробы и интерпретация исследований variability сердечного ритма» МОН Украины, № госрегистрации 010U003327.

Анализ последних исследований и публикаций. До настоящего времени изучение влияния психоэмоциональной сферы проводилось только среди пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) вне ее связи с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ). Так, по результатам скрининга психологического стресса при помощи шкалы HADS у 335 пациентов, перенесших ИМ, была показана высокая коморбидность тревожных и депрессивных расстройств в постинфарктном периоде [12].

На основании изучения 275 пациентов, перенесших первый ИМ, было показано, что факторами, повышающими риск коронарной смерти, являются не только признаки левожелудочковой недостаточности, приступы аритмии на протяжении 3 месяцев после перенесенного ИМ, но и высокие баллы депрессии (шкала Цунга) и недостаток социальной поддержки (Interview Schedule for Social Interaction). Общая смертность была тесно связана с левожелудочковой недостаточностью, аритмиями и депрессией [10].

При исследовании 12-месячной выживаемости на основании наблюдения 896 пациентов (613 мужчин и 283 женщины), перенесших ИМ, депрессивное состояние оценивалось с помощью шкалы Бека. Депрессия (балл по шкале Бека ≥ 10) была обнаружена в 32,3% случаев. В последующие 12 месяцев в группе депрессии смертность составила 7,0% мужчин и 8,3% женщин, в контрольной группе – 2,4% и 2,7% соответственно. Депрессия на госпитальном этапе ИМ является значительным независимым предиктором сердечной смертности на протяжении 1 года [8].

Выделение нерешенных ранее частей общей проблемы. Нами не найдено публикаций, в которых бы проводилось сравнение эффективности разных психометрических шкал у больных с ИБС и сопутствующей АГ.

Целью настоящей работы явилось сравнительное изучение эффективности различных психометрических шкал в их связи с клиническими, функциональными и лабораторными показателями для выбора наиболее

полно отражающих состояние психоэмоциональной сферы пациентов с ИБС и сопутствующей АГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В стационарных условиях обследовано 62 пациента (33 мужчины и 29 женщин) с болевой формой ИБС и артериальной гипертензией в возрасте $48,7 \pm 7,3$ года ($M \pm sd$) (от 39 до 60 лет). У всех обследованных диагностирована ХСН I-III ФК по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA).

У каждого пациента проводились велоэргометрия (ВЭМ), эхокардиография (эхоКГ), измерялись АД и ЧСС, оценивались КЖ и состояние психической сферы, исследовались показатели липидного спектра.

ВЭМ проводилась на велоэргометре «Tunturi» (Финляндия) для определения толерантности к физической нагрузке методом субмаксимального теста с использованием прерывистого ступенчатовозрастающего протокола.

ЭхоКГ исследование проводилось на ультразвуковых сканнерах «SIM 5000 plus» (Italia) с определением фракции выброса (ФВ, %), толщины задней стенки левого желудочка (мм), и нарушений сократимости.

КЖ оценивали по общему индексу КЖ (ОИКЖ, баллы) с помощью шкалы Ferrans & Powers, включающего оценку психологического, социального, экономического статуса и ощущения удовлетворенности семьей и близкими.

Оценка психоэмоциональной сферы проводилась при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, баллы), шкалы депрессии Гамильтона (HDRS, баллы) и Монтомери-Асберга (MARDS, баллы). Восприятие болевых ощущений исследовалось при помощи шкалы оценки боли McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ, баллы), общее самочувствие – по Шкале визуальных аналогов (VAS, баллы).

Измерение АД производили по методу Короткова. ЧСС оценивалось хронометрическим методом.

Из показателей липидного спектра исследовался общий холестерин крови (ммоль/л) и уровень ЛПНП (ммоль/л) колориметрическим методом.

Статистический анализ производился при помощи программных пакетов Excel 2002 и Statistica 6.0. Для характеристики распределения баллов ОИКЖ и психометрических шкал (HADS, HDRS, MADRS, MPI, VAS), двойного произведения, ФВ, индекса массы тела, уровней общего холестерина и ЛПНП применялись параметрические критерии с определением среднего значения (M) и его

стандартного отклонения (sd)). С целью исследования степени корреляции между результатами психометрических тестов и показателями клинического статуса пациентов использовался метод корреляции по Пирсону.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходные данные о пациентах представлены в табл. 1 и результаты корреляционного анализа зависимостей между клинически-

ми, функциональными и лабораторными показателями с баллами психометрических шкал – в табл. 2.

Средние значения всех показателей (возраст, ФВЛЖ, двойное произведение, индекс массы тела, уровень общего холестерина и ЛПНП, ОИКЖ, результаты психометрических шкал) характеризуются малой дисперсией, что говорит об однородности сформированной группы пациентов.

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов с болевой формой ИБС и сопутствующей АГ, (M±sd)

| Показатели | | | |
|---|-------------------------------|------|------------|
| Пол | Мужской | | 33 |
| | Женский | | 29 |
| Возраст, годы (M±sd) | | | 48,7±7,3 |
| ИБС | Стенокардия, ФК | I | 31 |
| | | II | 23 |
| | | III | 8 |
| ХСН, | ФК | I | 21 |
| | | II | 12 |
| | | III | 2 |
| | стадия | I | 17 |
| | | II А | 13 |
| | | II Б | 5 |
| Степень АГ | Мягкая | | 36 |
| | Умеренная | | 21 |
| | Тяжелая | | 5 |
| ОИКЖ, баллы(M±sd) | | | 22,5±4,0 |
| Двойное произведение (АД сист×ЧСС/100) (M±sd) | | | 139,7±18,3 |
| ФВЛЖ, % (M±sd) | | | 60±10 |
| Индекс массы тела (M±sd) | | | 27±4,2 |
| Общий холестерин, ммоль/л (M±sd) | | | 6,2±0,7 |
| ЛПНП, ммоль/л (M±sd) | | | 3,9±1,1 |
| Психометрические шкалы | HADS, депрессия, баллы (M±sd) | | 7,9±3,4 |
| | HADS, тревога, баллы (M±sd) | | 5,1±2,1 |
| | HDRS, баллы(M±sd) | | 6,3±2,9 |
| | MADRS, баллы(M±sd) | | 12,2±6,8 |
| | MPI, баллы(M±sd) | | 6,9±3,5 |
| | VAS, баллы(M±sd) | | 4,5±2,1 |

Таблица 2

Матрица коэффициентов корреляции между показателями психического и клинического статуса

| | Качество жизни, баллы | Индекс массы тела | Общий холестерин | ЛПНП | ФК СН | ФК СТ | Двойное произв. | ФВЛЖ | Толерантность к ФН |
|------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|-------|-------|-------|-----------------|-------|--------------------|
| HADS, депрессия, баллы | -0,82 | -0,12 | -0,03 | -0,02 | +0,61 | +0,67 | +0,3 | -0,07 | -0,68 |
| HADS, тревога, баллы | -0,39 | -0,09 | -0,01 | 0 | +0,46 | +0,51 | +0,18 | -0,02 | -0,61 |
| HDRS, баллы | -0,87 | -0,16 | -0,07 | -0,04 | +0,69 | +0,73 | +0,31 | -0,13 | -0,71 |
| MADRS, баллы | -0,79 | -0,08 | 0 | 0 | +0,58 | +0,67 | +0,27 | -0,08 | -0,62 |
| MPQ, баллы | -0,33 | +0,09 | +0,12 | +0,14 | +0,43 | +0,49 | +0,20 | -0,24 | -0,63 |
| VAS, баллы | +0,78 | -0,19 | -0,23 | -0,17 | -0,64 | -0,73 | -0,21 | +0,3 | +0,72 |

Частота депрессии в изученной нами группе пациентов соответствовала результатам исследований [5, 6], что отражает общие тенденции психоэмоциональных расстройств при ИБС и АГ, с одной стороны, и дает основания рассчитывать на объективность формируемых ниже выводов – с другой. То,

что использование различных психометрических шкал привело к примерно одинаковым результатам, дает основание рекомендации каждой из них в оценке психического статуса пациентов ИБС и АГ. Более высокие коэффициенты корреляции при использовании HDRS и HADS следует объяснить боль-

шей специфичностью этих шкал [11] и являются основанием для их предпочтения в задаче оценки психического статуса пациентов ИБС и АГ. Высокую корреляцию между уровнем депрессии и ОИКЖ мы склонны объяснять как психологической составляющей индекса качества жизни, так и принципиальной значимостью психоэмоционального статуса в оценке пациентами своего уровня здоровья. Уровень тревоги, оцениваемый по субшкале HADS, демонстрирует слабую степень связи с клиническими показателями, что свидетельствует о ее меньшем влиянии на состояние пациентов, которую, однако, нельзя полностью игнорировать. Связь степени выраженности болевых ощущений с качеством жизни и показателями клинического статуса пациентов вытекает из вызываемого болью дискомфорта, который прямо сказывается на ОИКЖ, толерантности к физической нагрузке и повышении функциональных классов СН и СТ. То же самое относится и к результатам оценки пациентами своего самочувствия, которое показало тесную связь с ОИКЖ и клиническими показателями. Отсутствие четкой связи между показателями психометрических шкал и результатами определения ФВЛЖ, общего холестерина и ЛПНП требует дополнительных исследований.

Максимально высокий уровень корреляции для психометрических шкал HDRS и HADS дает основания рекомендовать их для совместного применения, когда сплошное тестирование пациентов со шкалой HADS позволяет выявить пациентов с пограничными или повышенными баллами по субшкале депрессии, а тестирование выделенных пациентов со шкалой HDRS дает возможность более детально формализовать их психоэмоциональный статус.

ВЫВОДЫ

1. Разные психометрические шкалы одина-

ково качественно отражают связь показателей психоэмоционального и клинического статуса пациентов с ишемической болезнью сердца с сопутствующей артериальной гипертензией.

2. Степень корреляции показателей депрессии в разных шкалах примерно одинакова. Корреляция уровня тревоги с клиническими показателями ниже по сравнению с депрессией из-за меньшей значимости тревоги в психоэмоциональном статусе пациента.
3. Корреляция изученных показателей психоэмоционального и клинического статуса пациентов с ишемической болезнью сердца с сопутствующей артериальной гипертензией более сильная при использовании шкал HDRS и HADS и менее сильная при использовании шкал MADRS и VAS.
4. Наиболее целесообразной комбинацией психометрических шкал в группах пациентов с ишемической болезнью сердца и сопутствующей артериальной гипертензией следует считать HDRS и HADS.
5. Сплошное тестирование пациентов по шкале HADS с выявлением пациентов с пограничными или повышенными баллами по субшкале депрессии и последующее тестирование выделенных пациентов по шкале HDRS позволяет упростить и объективизировать исследование.

Перспектива дальнейших исследований в данном направлении. Дальнейшее изучение депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией при помощи психометрических шкал позволит в значительной степени повысить эффективность терапии за счет коррекции психоэмоциональной сферы кардиологических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. -М.:Медицинское информационное агентство. - 2001. - 256 с.
2. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. // Am. J. Cardiol. - 2001. - № 88. - P. 337-341.
3. Brown C., Schulberg H.C., Madonia M.J. // Psychological Assessment. - 1995. - №7 (1). - P. 59 - 65.
4. Pitzalis M.V., Iacoviello M., Todarello O. // Am Heart J. - 2001. - № 141. - P. 765-771.
5. Ruo B., Rumsfeld J.S., Hlatky M.A., et al. // JAMA. - 2003. - № 290. - P. 215-221.
6. Bush DE., Ziegelstein RC., Taybach M. et al. // Am. J. Cardiol. - 2001. - № 88. - P. 337-341.
7. Ferkeitich A.K., Frid D.J. // Clin Geriatrics. - 2001. - № 9. - P. -50-56.
8. Frasure-Smith N., Lespérance F., Juneau M., et al. // Psychosomatic Medicine. - 1999. - № 61. - P. 26-37.
9. Johnston M., Foulkes F., Johnston DW. et al. // Psychosomatic Medicine. - 1999. - № 6. - P. 225-233.
10. Martin CR., Lewin RJ., Thompson DR. // Psychiatry Res. - 2003. - № 120(1). - P. 85-94.
11. Strik J., Honig A., Lousberg R. et al. // Psychosomatics. - 2001. - № 42. - P. 423-428.
12. Welin C., Lappas G., Wilhelmsen L. // Journal of Internal Medicine. - 2000. - № 247. - P. 629-639.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОМЕТРИЧНИХ ШКАЛ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

О.Л. Кулик¹, О.І. Серікова², М.І. Яблущанський¹

¹Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна,

²НДІ неврології, психіатрії і наркології АМН України

РЕЗЮМЕ

На підставі результатів обстеження 62 пацієнтів з больовою формою ішемічної хвороби серця і артеріальної гіпертензії був проведений аналіз кореляції між показниками психічного і клінічного статусу. Установлено, що найбільший рівень кореляції з основними клінічними параметрами відзначається при використанні шкали депресії Гамільтона і Госпітальної шкали тривоги та депресії, що дозволяє рекомендувати саме ці шкали для оцінки психоемоційного статусу пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, депресія, психометричні шкали

COMPARATIVE EFFICIENCY ESTIMATION OF PSYCHOMETRIC SCALES IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION

A.L. Kulik¹, O.I. Serikova², N.I. Yabluchanskiy¹

¹V. N. Karazin Kharkov National University,

²Scientific research institute of neurology, psychiatry and narcology of Ukraine MSA

SUMMARY

Based on results of 62 patients' checkup with the pain form of ischemic heart disease and arterial hypertension the correlation analysis between the indexes of psychical and clinical status was taken. Maximum correlation level with basic clinical parameters was determined by using the Hamilton depression scale and Hospital anxiety and depression scale that allows to recommend exactly these scales for patients' psychoemotional status estimation.

KEY WORDS: ischemic heart disease, arterial hypertension, depression, psychometric scales

УДК: 616.72-002-071-053.6

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТЕОАРТРОЗУ У ПІДЛІТКІВ

І.С. Лебець¹, Н.О. Костюріна¹, О.В. Матвієнко¹, Г.В. Лєтяго²

¹Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України, Харків;

²Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна

РЕЗЮМЕ

Остеоартроз у більшості підлітків розвивається на тлі системної дисплазії сполучної тканини, гіпомобільності суглобів, характеризується малосимптомністю клінічних проявів, які переважно включають артралгії, метеозалежність, грубе хрускотіння у суглобах. На розвиток деструктивних процесів у сполучнотканинних структурах при даному захворюванні вказують значні порушення в метаболізмі протеогліканів та колагену, які стимулюються активацією лізосомальних ферментів. Напруження патологічно-деструктивного процесу у дівчат більш виражене, ніж у хлопців.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: остеоартроз, клініка, метаболізм сполучної тканини, підлітки

Постановка проблеми у загальному вигляді. Остеоартроз (ОА) відноситься до найбільш поширених ревматичних захворювань (РЗ) і є однією з головних причин непрацездатності. Ця хвороба суттєво впливає на економіку суспільства, здоров'я та якість життя великої кількості людей. В індустріально розвинених країнах біля 40% осіб

похилого віку хворіє на ОА, серед яких 25% не в змозі себе обслуговувати. Значно збільшується захворюваність на ОА й в Україні. Ефективність лікування хворих на ОА в значній мірі залежить від проведення своєчасної та адекватної терапії. Важливу роль у цьому відіграє діагностика захворювання на ранніх етапах розвитку процесу [1].