

НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ І ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

УДК: 616.8–009.17–08:616.98–055.1

ОСОБЛИВОСТІ АСТЕНІЧНИХ ПРОЯВІВ У СТРУКТУРІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЧОЛОВІКІВ ТА НАПРЯМКИ ЇХ ПСИХОГІГІЄНИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

Сергета І.В., Дударенко О.Б., Теклюк Р.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

Вступ. У структурі психічних станів як невід'ємного компоненту структури особливостей особистості людини важливе місце займають показники, що визначають рівень поширення астеничних проявів. У зв'язку з цим необхідно відзначити, що астенія являє собою аномальну, спонтанну слабкість, яка виникає без фізичного або інтелектуального навантаження, продовжується тривалий час і не зникає після відпочинку. Розрізняють астенію, яка зумовлена наявністю соматичної патології, і так звану функціональну астенію, яка чітко пов'язана з фізичним і психічним напруженням [1,3,5].

Водночас необхідно відзначити, що на початкових стадіях ВІЛ-інфікування у структурі факторів, які впливають на психічний стан хворого, одним із найсуттєвіших є переживання факту скорочення життя внаслідок розвитку невиліковної хвороби. Отже, наявність хронічної стресогенної ситуації, зумовленої органічною патологією, може призводити до появи астеничних розладів. Як наслідок, у ВІЛ-інфікованих осіб створюються передумови до формування своєрідної психогенно-реактивної астенії як відповіді на психічну травму, при якій в найбільшій мірі проявляються реакції особистості на стрес і безпосередньо виникають астеничні розлади [1,2,4].

Мета роботи. Метою наукового дослідження є визначення рівня вираження астеничних проявів у психічному стані ВІЛ-інфікованих чоловіків та обґрунтування провідних напрямків їх психогігієнічної корекції.

Матеріали та методи досліджень. В ході виконання наукової роботи дослідженню підлягали 100 чоловіків з діагнозом “ВІЛ-інфекція”, що підтверджувалось наявністю антитіл до ВІЛ, на різних стадіях захворювання. Досліджувані особи перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні міської клінічної лікарні №1 м. Вінниці та у Вінницькому обласному клінічному протитуберкульозному диспансері. Вік осіб, які підлягали обстеженню, коливався у межах від 21 до 60 років. Групу порівняння складали 100 практично здорових чоловіків, що належали до зазначеного вікового діапазону.

Для діагностики і оцінки особистісних проявів астеничного стану ВІЛ-інфікованих та практично-здорових осіб використовувався особистісний опитувальник Л.Д. Малкової, адаптований Т.Г. Черновою. Ступінь вираження астеничних проявів оцінювався наступним чином: результат у межах від 30 до 50 балів засвідчував відсутність астенії, результат у межах від 51 до 75 балів свідчив про слабку астенію, результат у межах від 76 до 100 балів визначав наявність помірної астенії, результат у межах від 101 до 120 балів відзначав наявність вираженої астенії. Анкетування або інтерв'ювання проводилось з урахуванням вимог біоетики та за інформованою згодою ВІЛ-інфікованих та практично здорових чоловіків.

Отримані результати було статистично оброблено на підставі використання стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу “Statistica

5.5 for Windows” (ліцензійний номер АХХ910А374605FA).

Результати досліджень. Результати, отримані в ході проведених досліджень, вказували той факт, що за даними використання особистісного опитувальника Малкової узагальнений рівень вираження астеничних проявів серед практично здорових чоловіків складав $58,81 \pm 1,15$ балів, серед ВІЛ-інфікованих чоловіків – був значно більш високим, досягаючи $93,09 \pm 1,90$ балів ($p_{зд-хв} < 0,001$).

Поряд з цим необхідно відзначити, що серед осіб у віці 21-30 років рівень астеничних проявів становив $48,37 \pm 1,79$ балів, у віці 31-40 років – $50,36 \pm 2,18$ балів (4,1%; $p_{21-30/31-40} > 0,05$), у віці 41-60 років – $54,50 \pm 1,98$ балів (12,6%; $p_{21-30/41-60} < 0,05$), серед осіб, інфікованих ВІЛ, також був більш високим, складаючи відповідно $93,87 \pm 2,79$ балів, $96,00 \pm 3,23$ балів (2,2%; $p_{21-30/31-40} > 0,05$) та $89,13 \pm 3,96$ балів (5,1%; $p_{21-30/41-60} > 0,05$), тобто у віковому аспекті, в першому випадку реєструвалось поступове, проте неухильне зростання ступеня вираження досліджуваних показників, в другому – характеристики астеничних проявів спочатку зростали, досягаючи максимальних значень у віці 31-40 років, згодом знижуючись до найнижчого рівня, який проте в 1,6 разів перевищував дані, властиві для практично здорових осіб. Суттєві розбіжності показників щодо рівня розвитку астеничних проявів серед представників груп порівняння спостерігались впродовж усіх вікових діапазонів ($p_{зд-хв} < 0,001$).

Під час проведення аналізу структурного розподілу досліджуваних показників серед практично здорових осіб було з'ясовано, що серед чоловіків у віці 21-30 років і у віці 31-40 років суттєво переважала частка показників, властивих для відсутності астеничних проявів – її значення серед перших становили 62,5%, серед других були ще більшими, складаючи 56,7%. Достатньо вагомою слід було вважати і частку показників, характерних для слабкої астенії – серед чоловіків у віці 21-30 років її питома вага становила 35,0%, серед чоловіків у віці 31-40 років – 33,3%. Частка показників, властивих для помірно вираженої астенії, складала відповідно 2,5% і 3,3%. Яких-небудь проявів вираженої

астенії серед досліджуваних осіб не спостерігалось.

Деяко інший характер, імовірно пов'язаний з віково-зумовленими змінами у загальному стані здоров'я та психологічному сприйнятті різноманітних подій у повсякденному житті, які мають місце, мала картина структурних показників щодо астеничних проявів серед чоловіків у віці 41-60 років – у цьому випадку переважала частка показників, характерних для слабкої астенії, що складала 63,4%. Практично в двічі меншою (33,3%) була частка показників, які засвідчували відсутність будь-яких особистісних проявів астеничного змісту. Натомість питома вага показників, властивих для помірно вираженої астенії, була цілком порівняною з двома попередніми віковими групами, складаючи 3,3%. Яких-небудь проявів вираженої астенії серед досліджуваних осіб не спостерігалось.

Водночас, розглядаючи результати узагальненого аналізу величин щодо ступеня розвитку астеничних проявів у практично здорових чоловіків, слід було відзначити, що найбільш поширеними були показники, характерні для їх відсутності (54,0%), дещо меншою була частка даних, властивих для слабкої астенії (43,0%), питома вага показників, характерних для помірно вираженої астенії складала 3,0%, проявів вираженої астенії серед досліджуваних осіб не спостерігалось зовсім.

Разом з тим під час аналізу структурного розподілу досліджуваних показників серед ВІЛ-інфікованих осіб слід було звернути увагу на суттєву перевагу показників, властивих для помірно вираженої та вираженої астенії – серед чоловіків у віці 21-30 років їх питома вага складала відповідно 47,5% і 37,5%, серед чоловіків у віці 31-40 років – відповідно 40,0% і 50,0%, серед чоловіків у віці 41-60 років – відповідно 26,7 і 40,0%. Значно меншою у чоловіків, що перебували у віці від 21 до 30 років та у віці від 31 до 40 років, була частка величин, характерних для слабкої астенії, яка становила відповідно 15,0% і 10,0%. Натомість у чоловіків, що перебували у віці від 41 до 60 років, питома вага аналогічних показників була відповідно в 2 і 3 рази більшою, складаючи 33,3%. Показники, які засвідчували

відсутність будь-яких проявів астенії, протягом періоду досліджень не реєструвались.

Зрештою, розглядаючи результати узагальненого аналізу величин щодо ступеня розвитку астеничних проявів серед чоловіків, інфікованих ВІЛ, слід було відзначити, що найбільш поширеними були показники, характерні для вираженої (42,0%) та помірно вираженої астенії (39,0%), значно меншою була частка даних, властивих для слабкої

астенії (19,0%), показників, властивих для відсутності яких-небудь проявів астенії, протягом періоду досліджень не реєструвалось.

Отже, отримані результати засвідчують нагальну потребу у розробці заходів психогігієнічної корекції особистісних розладів, властивих для ВІЛ-інфікованих осіб, важливим компонентом яких є засоби, спрямовані на подолання астеничних явищ і проявів.

Висновки

Результати узагальненого аналізу величин щодо ступеня розвитку астеничних проявів серед ВІЛ-інфікованих чоловіків, засвідчують надзвичайно високий ступінь поширення показників, характерних для вираженої та помірно вираженої астенії. і, отже, формування психогено-реактивної астенії як відповідь на психічну травму, з цілим комплексом особистісно-зумовлених проявів у відповідь на дію стресових явищ.

Отримані дані щодо формування астенії є важливою передумовою розроблення та наукового обґрунтування комплексу заходів психогігієнічної корекції, невід'ємним компонентом якого є засоби, спрямовані на подолання астеничних явищ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лобанов С.О. Патопсихологічні порушення у ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях хвороби /С.О. Лобанов, І.П. Лисенко //Вісник Вінницького державного медичного університету. –1998. –Т.2, –№2. –С. 429-433.
2. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование /В.В. Николаева. –М.: Изд-во МГУ, –1987. –168 с.
3. Перре М. Клиническая психология /М. Перре, У. Бауманн. –СПб: –Питер, –2003. –1312 с.
4. Ручкина Е.В. Астенические расстройства у лиц, инфицированных ВИЧ, на начальных стадиях заболевания /Е.В. Ручкина, В.В. Беляева, В.В.Покровский //Терапевтический архив. –1993. –Т.65, –№11. –С. 26-27.
5. Чуприков А.П. Психопатологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі /А.П. Чуприков, С.О. Лобанов //Спецвипуск по проблемах ВІЧ/СНІДу. –2003. – №1. –20 с.
6. Сергета І.В. Рівень поширення різних форм агресивних особистісних проявів серед ВІЛ-інфікованих чоловіків різного віку /І.В. Сергета, О.Б. Дударенко, Т.В. Шевчук //Biomedical and biosocial anthropology. – 2012. – №1. – С. 120-123.
7. Дударенко О.Б. Рівень ситуативної та особистісної тривожності у ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях хвороби /О.Б. Дударенко, І.В.Сергета, Л.В. Столярчук, О.Ю. Браткова //Biomedical and biosocial anthropology. – 2011. – №2. – С. 116-118.

ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МУЖЧИН И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ

Сергета И.В., Дударенко О.Б., Теклюк Р.В.

В статье представлены данные, отображающие особенности астенических проявлений в структуре личностных особенностей ВИЧ-инфицированных мужчин различного возраста и определены основные направления их коррекции.

**FEATURES ASTHENIC MANIFESTATIONS IN THE STRUCTURE OF PERSONALITY
CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED MEN AND DIRECTIONS OF THEIR
CORRECTION**

I.V. Serheta, O.B. Dudarenko, R.V. Teklyuk

The article presents data showing the features of asthenic manifestations in HIV-infected men of various ages and determined the main directions for their correction.

УДК 614.7:613.291

**ПРОФІЛАКТИКА ДІЇ ЧИННИКІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА
НА ЗДОРОВ'Я ЗА ДОПОМОГОЮ КОНЦЕНТРАТУ ПОЛІФЕНОЛІВ
ВИНОГРАДУ «ЕНОАНТ»**

Тимченко О.І., Брезіцька Н.В., Процюк О.В.

ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України», м. Київ

Актуальність. Середовище існування людини все більше насичується мутагенами фізичного, хімічного та біологічного походження. Можливі негативні наслідки індукованого мутагенезу вимагають використання усіх шляхів його профілактики. Найбільш ефективним є попередження вивільнення мутагенів у середовище, яке оточує людину, і підтримання в ньому безпечних для здоров'я рівнів і концентрацій шкідливого чинника, що забезпечується дотриманням державних санітарно-гігієнічних нормативів. Але існують і такі фактори, мутагенний вплив яких цим шляхом попередити неможливо. До них, наприклад, відносяться неіонізуюча радіація, застосування деяких лікарських препаратів та ін. [1]. Також значна частина населення внаслідок різних причин підпадає під вплив хронічного стресу, який викликає гормональний дисбаланс, і, як наслідок, може пошкоджувати хромосоми [2-5].

В разі підвищення мутагенного навантаження ендогенні механізми захисту не можуть повністю забезпечити знешкодження мутацій і попередити їх негативний вплив. Між тим, в останні десятиліття стала ясною важливість насичення організму антиоксидантами у розвитку спонтанного та індукованого мутагенезу. З'явилася можливість за рахунок антимутагенних властивостей деяких речовин, в т.ч. і складових харчових продуктів, ліквідувати віддалені наслідки мутагенного впливу чинників середовища.

Нині профілактика індукованого мутагенезу (канцерогенезу та тератогенезу) може здійснюватися не тільки регламентуванням у середовищі концентрацій і рівнів речовин і чинників з вираженим генотоксичним впливом, а й насиченням харчових раціонів антиоксидантами природного походження [6-9].

Антиоксидантні риси притаманні багатьом природним і синтезованим речовинам, в т.ч. поліфенолам винограду, що надає їм антимутагенних властивостей. До того ж відомо, що пошук засобів, які би сприяли відновленню генетичних структур, пошкоджених різними чинниками внутрішнього та зовнішнього середовища, рекомендується здійснювати серед природних речовин, здатних підвищувати загальний опір організму до несприятливих впливів, в зв'язку з практичною відсутністю у них токсичності і протипоказань до перорального застосування [9,10]. В той же час застосування у людини речовин із антимутагенними властивостями вимагає попередньої оцінки їх ефективності.

Метою даної роботи було вивчення можливості харчового концентрату «Еноант» модифікувати цитогенетичні зміни, викликані спонтанним (при старінні) та індукованим (гормоном щитоподібної залози тироксином – Т₄ або іонізуючим опромінюванням) мутагенезом та характеристиці цитогенетичного ефекту «Еноанту» в залежності від дози, тривалості застосування, віку та статі.