

11. Urvoy M. How visual fatigue and discomfort impact 3D-TV quality of experience: A comprehensive review of technological, psychophysical, and psychological factors / M. Urvoy, M. Barkowsky, P. L. Callet // Ann. Telecommun. -2013.-Vol. 68. -P. 641-655.

Реферати

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛЮДИНИ ПРИ ЗОРОВІЙ ПРАЦІ

Свтушенко А.С., Козак Л.М., Кочина М.Л., Яворський О.В.

Метою роботи є обґрунтування комплексного підходу до оцінки функціонального стану людини в динаміці зорової праці. У дослідженні взяли участь 88 осіб у віці (20±1,5) років, які навчалися у ВНЗ. В якості візуального навантаження випробовуваним були запропоновані тексти, реалізовані на паперовому і електронному носіях. В результаті аналізу результатів досліджень було виявлено три варіанти стану функціональних показників зорової системи після зорової праці з паперовим і електронним носіями інформації. Перший варіант відповідає стабільному функціонуванню зорової системи (50-55% випробовуваних), другої - відповідає розвитку транзиторної міопії (20-25% випробовуваних), третій - характерний для зорового стомлення (20-25% випробовуваних). Проведені дослідження показали, що оцінка функціонального стану людини при зоровій праці повинна включати аналіз зміни показників зорової системи, що характеризують зорове сприйняття на близькій відстані, центральної нервової системи, психофізіологічних показників і рівня внутрішньоклітинного гетерохроматину, як інтеграційного показника стану організму.

Ключові слова: функціональний стан, зорова праця, зорова система, психофізіологічні показники, внутрішньоклітинний гетерохроматин.

Стаття надійшла 3.02.2015 р.

RESULTS OF HUMAN FUNCTIONAL STATE'S ASSESSMENT DURING THE VISUAL WORK

Evtushenko A., Kozak L., Kochina M., Yavorsky A.

The aim is to study a comprehensive approach to the assessment of the functional state of the visual dynamics of human labor. The study involved 88 people aged (20 ± 1,5) years who graduated from the university. As visual load test subjects were proposed texts implemented in physical and electronic media. An analysis of the results of research it was found three variants of the functional state of the visual system indicators after visual works on paper and electronic media. The first option corresponds to the smooth functioning of the visual system (50-55 % subjects), the second - is responsible of transient myopia (20-25 % subjects), the third - the characteristic visual fatigue (20-25 % subjects). Provedeni studies have shown that the assessment of the functional state of the person at the visual work should include analysis of changes of the visual system, describing visual perception at close range, central nervous system, physiological performance and the intracellular level of heterochromatin as integration indicator health.

Key words: functional state, visual work, visual system, psychophysiological indexes, intracellular heterochromatin.

Рецензент Безкоровайна І.М.

УДК 616.89-008.442:616.895.8-055.2

Л. В. Животовська, А. С. Сонник
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

СЕКСУАЛЬНА ДИСГАРМОНІЯ СІМЕЙНОЇ ПАРИ, В ЯКІЙ ЖІНКА ХВОРІЄ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД

Досліджено 27 подружні пари з сексуальною дисгармонією, в яких жінка хворіє на шизотиповий розлад. Встановлено, що сексуальні розлади присутні серед інших психопатологічних синдромів, які сполучаються з ними. Визначені причини виникнення та особливості перебігу сексуальної дисгармонії в таких сім'ях. Встановлено, що в основі цих дисгармоній лежить багатофакторний етіопатогенез, який містить біологічні, психологічні та соціально-психологічні феномени.

Ключові слова: подружня пара, сексуальна дисгармонія, шизотиповий розлад.

Робота є фрагментом НДР «Сексуальна дезадаптація подружньої пари при епілепсії у чоловіка та її корекція з урахуванням індивідуального хронотипу», № державної реєстрації 0112U000939.

Проблема психосоматичних відносин за будь-якої патології є однією з найбільш актуальних проблем медицини, оскільки медичне спостереження і вплив спрямовані, з одного боку – на організм людини, а з другого – на його соціально-психологічну сферу – особистість [4, 7, 8]. Сексуальна дисгармонія подружжя може виникнути не лише внаслідок наявної патології, але і через дезадаптацію на тому чи іншому рівні їх взаємодії [2, 5, 9].

Пацієнтами, що звертаються за допомогою з приводу сексологічних проблем, нерідко є хворі на шизотиповий розлад. Найрізноманітніші відчуття, що виникають в ділянці статевих органів, підлягають іпохондричній інтерпретації, формуючи впевненість у захворюванні сексуальної сфери. Диморфобії, сенесто-іпохондрична симптоматика призводить до зникання або послаблення статевого потягу, зміні тривалості статевого акту зі зменшенням насиченості оргастичних відчуттів. Астенічна симптоматика, що повільно наростає, стає причиною зниження сексуального збудження, що призводить до зниження статевої активності [1, 3, 6]. Однак, всі ці порушення часто оцінюються як суто сексологічні, і до уваги не приймається головний патологічний ендogenous процес, що в значній кількості випадків не дає достатнього лікувального ефекту.

Метою роботи було вивчення сексуального здоров'я сімейних пар, де у сім'ї має місце сексуальна дисгармонія і жінка страждає на шизотиповий розлад, а також уточнити роль ендогенного процесу у жінки в розвитку дисгармонії.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 27 подружніх пар з сексуальною дисгармонією, в яких жінка хворіє на шизотиповий розлад за діагностичними критеріями МКХ-10 (F21). Проведено всебічне комплексне обстеження, що включало клініко-анамнестичне та спеціальне сексологічне дослідження з використанням системно-структурного аналізу сексуального здоров'я. Тривалість сексуальної дезадаптації в 27 подружжів складала 3-9 років і мала пряму залежність від тривалості хвороби. Тип перебігу шизотипового розладу у жінок характеризувався відносно повільним, поступовим розвитком змін особистості, які ніколи не досягали ступеню глибокого емоційного спустошення. Клінічна картина хвороби обумовлювалась синдромами порівняно неглибокого розладу діяльності мозку. Клінічні прояви обмежувались переважно колом неврозоподібних, психопатоподібних, іпохондричних розладів.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження жінок показало, що їх середній вік склав $39 \pm 7,6$ років, тривалість захворювання складала в межах $15 \pm 5,3$ років. Чоловіки входили в одну вікову групу з жінками.

У 10 (37,1%) жінок клінічна картина характеризувалася неврозоподібною симптоматикою, при якій протягом тривалого часу переважала психічна виснаженість, надцінне ставлення до свого здоров'я. Афективні розлади носили монотонний, одноманітний характер із дисфоричним забарвленням. Після ініціального періоду відзначалася астенизація, афективна нестійкість. Невротичні розлади виступали немов би фасадом, за яким виявлялася аутизація особистості, відчуженість, зниження психічної продуктивності, надцінні ідеї відношення. Після багаторічного перебігу наростала емоційна холодність та спустошеність. У 3 (11,1%) із них відмічалася тривога, недовірливість, невпевненість в собі, боязкість. Вони відрізнялися замкнутістю, скритністю, відірваністю від реальності. У сексуальному статусі відзначалася дисгармонія сексуального життя, знижувався інтерес до сексуального партнера, у 4 (14,8%) випадках - знижена чутливість в ділянці геніталій (гіпестезія). Іноді хворі займалися самолікуванням (вигадували особливі дієти, режим дня, гімнастичні вправи та інше).

В клінічній картині 9 (33,3%) обстежених на перший план виступала психопатоподібна симптоматика у вигляді бродяжництва, схильності до афективних спалахів, недостатньої пристосованості до оточуючого середовища. Такі хворі часто були вкрай дратівливими, з підвищеною вимогливістю до оточуючих, крайнім егоїзмом, підозрілістю. Часто відзначалася повна відсутність критики до своїх недоліків. Гіперестезія поєднувалася з емоційною холодністю, відчуженістю від людей. З роками більш чітко простежувалася відгородженість, емоційне збідніння, адаптація таких хворих різко порушувалася. У сексуальному плані відзначалися найрізноманітніші розлади: форми неправильної статевої поведінки, гіпер- або гіпосексуальність, розгальмованість статевого потягу та ретардація психосексуального розвитку, сексуальне фантазування, платонічні мрії та абстрактні фантазії. В усіх випадках хворі відзначали, що не одержують задоволення від статевого життя.

В клінічній картині у 8 (29,6%) обстежених домінувала іпохондрична симптоматика. Із них 2 (7,4%) були переконані, що вони страждають важким соматичним захворюванням, що виражалося в іпохондричних маячних ідеях. При цьому хворі стверджували, що у них туберкульоз, рак, сифіліс та інше. Вони знаходили у себе ознаки одного з цих захворювань, зверталися за медичною допомогою, вимагали, щоб їх лікували, не поклалися на лікарів, переходили з одного лікувального закладу в інший. В інших 6 (22,2%) випадках маячні ідеї були відсутні, але було переконання, що в них якесь важке захворювання, яке ґрунтувалося на численних, тяжких, хворобливих, неприємних відчуттях у всьому тілі. Ці відчуття хворі описували у вигляді вичурних, вигадливих, дивних відчуттів, скарг. Іноді мала місце деперсоналізація. Поступово хворі усе більше віддалялися від оточуючих, втрачали інтерес до всього, крім стану свого здоров'я і пошуку все нових методів лікування. Частина хворих поводитися пасивно, проводячи увесь час удома, головним чином, в ліжку. Інші - виявляли активну сутяжну діяльність. Зверталися в різноманітні інстанції зі скаргами на лікарів. Зазвичай, лише через багато років після початку захворювання хворі потрапляли в поле зору психіатрів. На цій стадії хвороби, поряд з іпохондричним синдромом, уже чітко проглядалася емоційна холодність та аутизація. У сексуальному статусі таких хворих відзначалася зміна міжособистісних стосунків, побоювання статевого зв'язку при збереженому лібіді, страх заразитися венеричним захворюванням, потрапити в матеріальну залежність від статевого партнера, знижувався інтерес до сексуального партнера.

Хворі вигадували різноманітні засоби боротьби зі низькою сексуальною активністю, займалися самолікуванням.

Проведений нами системно-структурний аналіз сексуального здоров'я дозволив виявити стан компонентів та складових сексуальної дисгармонії в подружніх парах і встановити її вираженість в жінок та їх чоловіків. У 11 (40,8%) сімейних пар дезадаптація виникла через сексуальну дисфункцію внаслідок хворобливих переживань у жінок, які хворіють на шизотиповий розлад. При цьому причиною сексуальної дезадаптації було стрижневе ураження психічної складової біологічного компоненту сексуального здоров'я. У 7 (25,9%) подружніх пар сексуальна дезадаптація відмічалася через недостатню обізнаність одного або обох в питаннях психогігієни статевого життя. Домінуючим в її виникненні було ураження соціального компонента у формі інформаційно-оціночної складової внаслідок низького рівня знань подружжів в питаннях психогігієни статевого життя, неправильних уявлень про норму, патологію і фізіологічні коливання сексуальної функції та/або неправильної оцінки подружжів своїх сексуальних проявів. Сексуальна дезадаптація 9 (33,3%) подружніх пар обумовлювалася низьким рівнем соціально-психологічної адаптації. Основною причиною в даному випадку було стрижневе ураження психологічного компоненту сексуальної гармонії в результаті наявності у одного з подружжів характерологічних рис, які не сприймалися іншою особою.

Висновок

Таким чином, шизотиповий розлад спричиняє сексуальні порушення у жінок та провокує розвиток подружньої дисгармонії, в основі якої лежить складний багатофакторний етіопатогенез, який включає біологічні, психологічні та соціально-психологічні феномени. Порушення сексуальної поведінки у хворих на шизотиповий розлад не можна завжди пов'язати із самим захворюванням. Поєднання несприятливих особистісних рис в подружній парі може бути дисгармонуючим фактором у взаємовідносинах та/або поглиблювати розвиток сексуальної дезадаптації. Отримані дані можуть бути враховані при проведенні комплексу лікувально-реабілітаційних та психопрофілактичних заходів даному контингенту хворих.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. Практична потреба оптимізації лікувально-профілактичних заходів при сексуальних розладах, які призводять до сексуальної дисгармонії в подружніх парах, визначає необхідність подальшого вивчення клініко-патогенетичних механізмів їх формування.

Список літератури

1. Алексеев Б. Е. Психосексуальная сфера больных с психическими заболеваниями в структуре многомерного диагноза больных / Б. Е. Алексеев // – М.: Медпрактика, - 2000. – С. 323.
2. Агарков С.Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков // – М.: УРСС, - 2004. - 256 с.
3. Герасимчук В. А. Якість життя дружин, чоловіки яких хворіють на шизофренію / В. А. Герасимчук // Таврический журнал. – 2013. – Т.17. – № 2 (63). – 21 с.
4. Кришталь В. В. Сексология: Руководство в 4-х частях / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян // – Харьков: «Академия сексологических исследований», - 1999. – 111 с.
5. Кришталь Т. В. Состояние сексуального здоровья в адаптированном супружестве / Т.В. Кришталь // Международный медицинский журнал. – 2009. – Т. 15, № 2. – С 25-28.
6. Сонник С. Г. Особенности адаптивности и функционирования семьи, где есть больной шизофренией / С. Г. Сонник // Український вісник психоневрології. – 1999. – Т.7, вип. 4(22). – С. 26-28.
7. Шиндер В. В. Особистісні особливості подружніх пар з епілепсією в чоловіка та їх вплив на розвиток в них сексуальної дисгармонії / В.В. Шиндер // Медична психологія. – Т. 8, №2 (30). – 2013. – С.112-116.
8. Щеглов Л. М. Психосоматическая модель сексуальных расстройств / Л.М. Щеглов // Независимый психиатрический журнал. – 1996. – №1. – С. 37-38.
9. Rosenthal D. A. Adolescent sexual time tables / D. A. Rosenthal, A. M. Smith // Journal of Youth and Adolescence. – 2005. – Vol.26. – P.619-636.

Реферати

СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСГАРМОНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПАРЫ, В КОТОРОЙ ЖЕНЩИНА БОЛЕЕТ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Животовская Л. В., Сонник А. Е.

Исследовано 27 супружеских пар с сексуальной дисгармонией, в которых женщина болеет шизотипическим расстройством. Установлено, что сексуальные расстройства присутствуют среди прочих психопатологических синдромов, которые сочетаются с ними. Определены причины возникновения и особенности течения сексуальной дисгармонии в таких семьях. Установлено, что в основе этих дисгармоний лежит

SEXUAL DISHARMONY COUPLES IN WHICH THE WOMAN IS ILL SCHIZOTYPAL DISORDER

Zhyvotovska L. V., Sonnyk A. E.

Studied 27 couples with sexual disharmony in which the woman is ill schizotypal disorder. It was established that sexual disorders are present among other psychopathological syndromes, which are combined with them. Determine the cause and course of sexual disharmony in such families. It was found that the basis of the disharmony is multifactorial etiopathogenesis

многофакторный этиопатогенез, содержащий биологические, психологические и социально-психологические феномены.

Ключевые слова: супружеская пара, сексуальная дисгармония, шизотипическое расстройство.

Стаття надійшла 15.01.2015 р.

containing biological, psychological and socio-psychological phenomena.

Key words: couple, sexual disharmony, schizotypal disorder.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК [616.379-008.64-06:616.12-008.331.1:616.124.2-007.61]-078:57.083.3'175.8

П. Г. Кравчук, О. С. Табаченко

Харківський національний медичний університет, м. Харків

ЭФЕКТЫ АПЕЛИНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ НА РОЗВИТОК ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Поширеність гіпертрофії лівого шлуночка пов'язують з артеріальною гіпертензією, ожирінням, захворювання серцево-судинної системи, метаболічними порушеннями, цукровим діабетом. Метою дослідження було оцінити наявність і характер зв'язків між апеліном-12 та обестатином і параметрами кардіогемодинамики для аналізу ефектів даних гуморальних маркерів на процеси гіпертрофії міокарда лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу. Виразність гіпертрофії лівого шлуночка за параметром індексу маси міокарда лівого шлуночка зростала пропорційно тривалості цукрового діабету 2 типу у хворих з артеріальною гіпертензією. Наявність цукрового діабету 2 типу тривалістю до 5 років асоціюється з адаптивною високою активністю апеліну-12 та обестатину у хворих з артеріальною гіпертензією. Присутність захворювання на цукровий діабет 2 типу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією більше 5 років супроводжується виснаженням компенсаторних реакцій обестатину, а за умов тривалості цукрового діабету 2 типу більше 10 років – за рахунок обестатину та апеліну-12, що призводить до зростання ступеня гіпертрофії лівого шлуночка.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2 типу, апелін-12, обестатин.

Робота є фрагментом НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом» (№ держреєстрації 0111U001395).

Артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) на даний час залишаються найпоширенішими захворюваннями у світі за звітами ВООЗ. Поширеність їх у світовому суспільстві постійно зростає та за прогнозами має тенденції до збільшення у наступному десятиріччі. Треба зазначити, що АГ та ЦД 2 типу – взаємозв'язані патології, які володіють потужною адиктивною дією, спрямованою одразу на декілька органів-мішеней з швидким розвитком ускладнень. В цілому причиною смерті 80% таких хворих стає серцево-судинна патологія: 65% - це набуті патології серця, 15% - порушення мозкового кровообігу [1, 3].

Серед хворих на АГ розповсюдженість ЦД 2 типу у 2,5 рази вище, ніж серед осіб, що не мають АГ [3]. Вірогідність розвитку АГ на фоні ЦД 2 типу має тенденцію до збільшення в залежності від віку, гендерних особливостей, наявності ожиріння та інших складових метаболічного синдрому. Наявність АГ та ЦД 2 типу характеризуються формуванням гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГЛШ) зі збільшенням розміру й маси кардіоміоцитів та міжклітинного матриксу [2]. За даними Фремінгемського дослідження поширеність ГЛШ у чоловіків віком до 30 років становить близько 8%, старше 70 – сягає до 33%. У жінок ці показники відповідно становлять 5 і 49%. У середньому в загальній популяції цей показник становить 16%. Зростання поширеності ГЛШ з віком пов'язують з АГ, збільшенням маси тіла, поширеності захворювань серцево-судинної системи, ЦД 2 типу [2, 13].

Апелін – адипоцитокін, який проявляє гіпотензивний і інотропний ефекти, стимулює утилізацію глюкози і володіє антиатерогенними властивостями [4, 5]. Є дані, що дефіцит апеліна в організмі асоціюється з розвитком серцевої недостатності, АГ та ЦД 2 типу [6]. На даний час виділяють декілька активних фрагментів апеліна, одним з яких є апелін-12.

Обестатин – гормон, що секретується клітинами слизової шлунка та кишківника, був відкритий в 2005 році співробітниками Медичного факультету Стенфордського університету завдяки комп'ютерному аналізу генома людини [7]. Обестатин відноситься до пептидних гормонів, кодується геном спільним з греліном. У результаті посттрансляційних розщеплень із загального попередника утворюються грелін і обестатин. Обестатин знайдений в тканинах ШКТ, селезінці, грудній залозі, а також у складі грудного молока і в плазмі крові. Рецептор обестатина - GPR39 - виявлений і на периферії, і в центральній нервовій системі, його зміст у плазмі крові зменшується при голодуванні. Дослідження, що стосуються молекулярних механізмів показали, що обестатин регулює функцію адипоцитів і захищає від патологічних наслідків, викликаних резистентністю до