

УДК 616.62-003.7:616.89-008.44

*О.О. Фільц\*, О.І. Мироненко\*, Х.Р. Богута\*, О.С. Фітькало\*, Р.В. Кечур\*, М.Й. Данилко***ТИПОЛОГІЯ НОЗОГЕННИХ РЕАКЦІЙ ПРИ СЕЧОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБИ**

\*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, санаторій "Алмаз", м. Трускавець, Львівської обл.

**Резюме.** У даній статті представлені дослідження реакцій і типів відношення до хвороби в пацієнтів із сечокам'яною хворобою. На основі клінічно-психопатологічного дослідження репрезентативної групи (100 осіб), описані феноменологічні закономірності проявів і запропонована клінічна типологія нозогенних реакцій і патохарактерологічного розвитку особистості в даній групі пацієнтів, а також виявлені основні стресогенні фактори, які впливають на розвиток нозогенних реакцій і патохарактерологічний розвиток особистості. Виявлено перевагу гіпернозогностичних невротичних

(тривожно-фобічні, іпохондричні, нарцистичні) і афективних (астено-депресивні і депресивно-іпохондричні) нозогенних реакцій. На формування психічних розладів мають вплив соціально-психологічні, преморбідні і соматогенні фактори, взаємодія яких визначає основний психопатологічний синдром.

**Ключові слова:** нозогенні реакції, сечокам'яна хвороба, ставлення до хвороби, психосоматика, психопатологія, патохарактерологічний розвиток.

**Вступ.** Зростання поширеності соматичних хвороб і значне омолодження даного контингенту хворих призводить до збільшення числа пацієнтів з патологічними реакціями, що маніфестують у зв'язку з цими захворюваннями. Значущі негативні впливи на якість життя пацієнтів із соматичними захворюваннями мають психічні розлади, що набувають особливого значення в аспекті інтегрованої діагностики та адекватної лікувальної тактики [9, 12, 18].

Для сучасного етапу розвитку медицини взагалі та психіатрії зокрема характерний розвиток інтегративного психосоматичного напрямку, який вивчає взаємозв'язки між станами ЦНС та ендокринної регуляції, функціональною активністю різних органів і систем, а також психологічними особливостями особистості. Довготривалі негативні емоції, які переживає конкретна особа в умовах психотравмуючої ситуації, можуть призводити до розвитку синдрому психоемоційного напруження, що в поєднанні із структурою особистості стає системоутворюючим фактором і формує патологічну функціональну систему із включенням до неї вегетативної нервової, судинної, ендокринної і статевої систем з органами-мішенями [6, 7, 22, 25, 27].

Сьогодні широкий спектр психогенних розладів, як наслідок реакції особистості на хворобу, трапляється досить часто і носить назву «нозогенії» за Смулевичем А.Б. (1992) [6]. Даний термін, на нашу думку, яскраво підкреслює як психогенний характер, так і специфіку подібних реакцій, в основі яких лежить усвідомлення загрози для існування життя пацієнта. Провідну роль у формуванні реакцій нозогенного типу відіграє не стільки патогенний вплив власне соматичної патології, скільки сенс (семантичне значення) сприйнятого і усвідомленого пацієнтом нозологічного діагнозу (тобто фактично самої назви хвороби – «раку», «інфаркту міокарда», «діабету», «шизофренії» та ін.). Саме сенс захворювання, що набуває особливого індивідуального значення для пацієнта, виступає як «психосоціальний

стрес», який формує реакцію нозогенного типу [4]. Тому підхід до захворювання з позиції адаптаційних реакцій надає можливість вийти на новий рівень усвідомлення психічних розладів і ґрунтується на розумінні психопатологічного відреагування (саме відреагування, а не захворювання) на первинну патогенну дію як захисний механізм з ціллю встановлення гомеостазу, що в врешті-решт призводить до патологічного гомеостазу.

При цьому основний патогенетичний механізм розладів регуляції полягає в циркулярному взаємозв'язку психологічного, соматичного та соціального чинників. Васерман Л.І. зі співавторами (2005) виявили основні чинники, які впливають на формування усвідомлення хвороби і ставлення до неї:

- 1) преморбідні особливості особистості;
- 2) природа самого захворювання;
- 3) соціально-психологічні чинники.

Центральною ланкою взаємодії цих чинників є зміст реакції на хворобу (тип ставлення до хвороби) і преморбідні особливості особистості [8].

Незважаючи на те, що за останні 20 років зросла кількість публікацій, присвячених клінічному вивченню нозогенії, нозогенні реакції і далі кваліфікуються в різних діагностичних рубриках по-різному. Сучасна класифікація психосоматичних розладів у МКХ-10, відзначається еклетичністю та логічною непослідовністю діагностичних критеріїв, коли, наприклад, до однієї діагностичної категорії віднесено розлади, як на основі їх форми (соматоформні), так і на основі механізму формування (соматизовані). Традиційні і сучасні психіатричні визначення нозогенії («розлад адаптації», «гостра реакція на стрес» (МКХ-10 і DSM-IV) на сьогодні недостатньо точні та відтворюють лише окремі аспекти психогенних реакцій і тому не задовольняють повною мірою потреби спеціалістів. У більшості вказаних систематик психогенії, що формуються у відповідь на усвідомлення пацієнтом власного страждання, не виділяються в окрему рубрику і віднесені в розділ «неспецифічних розладів адаптації» (F43.8) [4, 6, 8, 9, 12, 13].

Згідно з джерелами літератури [2, 3, 5, 10, 11, 15] основна увага приділяється нозогенним реакціям при тяжких соматичних захворюваннях – серцево-судинних, онкологічних, дерматологічних, цукровому діабеті, жовчокам'яній хворобі.

Нами ж вивчалися нозогенні реакції в пацієнтів, що страждають на сечокам'яну хворобу (СКХ). У спеціалізованій медичній літературі ця проблема розглядається досить умовно [7]. Хоча, сечовидільна система є такою ж функціональною системою, як і дихальна та серцево-судинна і надзвичайно вразлива до психогенних функціональних розладів.

Сьогодні СКХ посідає 3-тє місце за поширеністю серед урологічних захворювань і трапляється в усіх прошарках населення, а найчастіше – у молодих працездатних осіб. Одним із важливих компонентів клінічної картини уролітіазу є симптомокомплекс ниркової коліки, що супроводжується вираженим больовим синдромом, емоційним напруженням та неспокоєм. При даному симптомокомплексі важливу патогенетичну роль відіграють психологічні чинники, у тому числі і стан емоційного напруження хворих та їхні особистісні особливості.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості психопатологічної симптоматики в структурі психогенних короткочасних афективних станів хворих на СКХ та зіставити з відповідними діагностичними категоріями МКХ-10.

**Матеріал і методи.** Обстежено 100 хворих на СКХ віком від 22 до 64 років, які перебували на санаторно-курортному лікуванні в санаторії “Алмаз”, м.Трускавець. Із них – 77 (77 %) жінок і 23 (23 %) чоловіки. Середній вік обстежених складав 44 роки. Тривалість захворювання сечокам'яною хворобою – у межах від 1 до 42 років, середня тривалість сечокам'яної хвороби – 9 років. Обстеження проводилося за добровільною згодою пацієнтів із використанням наступних методик: клінічно-психопатологічної, шкали для стандартизованої оцінки вираженості депресії та тривожності Гамільтона, госпітальна шкала тривожності та депресії (HADS), тест агресивності Басса–Дарки, методика оцінки типів ставлення до хвороби – особистий опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ). При оцінці соматичного стану враховувалися висновки фахівців суміжних дисциплін – урологів, терапевтів, невропатологів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нами сформовано дві групи пацієнтів: основна, пацієнти, які лікувалися методами психотерапії, – 70 осіб, і контрольна – 30 осіб – лікування без психотерапії. За результатами психологічного обстеження по шкалах інтроверсії, нейротизму, тривожності відмічалось зниження нейротизму до помірно вираженого (14 балів) у лікувальній групі і зниження всього на один бал у контрольній групі.

За шкалою депресій середній показник у лікувальній групі зменшився на шість балів і ста-

новив 37 балів. У контрольній групі показник становив 40 балів, відповідно зменшився на три бали.

У лікувальній групі рівень реактивної тривожності знизився на вісім балів, із високо тривожного став помірно тривожним (38 балів).

У контрольній групі рівень реактивної тривожності зменшився на шість балів і також став помірно тривожним (40 балів).

За шкалою особистої тривожності в лікувальній групі рівень тривоги зменшився на 10 балів і став помірно тривожним (45 балів), у контрольній групі рівень тривоги зменшився на шість балів і залишився високо тривожним (49 балів). Якщо в лікувальній групі рівень реактивної і особистої тривожності з високо тривожного знизився до помірно тривожного, що можна розцінювати як покращання, то в контрольній групі рівень особистої тривожності змінився незначно і залишився високо тривожним.

Порівнюючи результати обстеження лікувальної групи і контрольної можна впевнено сказати, що в лікувальній групі знизився рівень нейротизму, депресії і значно знизився рівень тривоги. У контрольній групі також відмічалася тенденція до незначного зниження показників, але значно менше, всього на декілька балів.

Крім того, за результатами дослідження нами виявлені наступні типи психічних розладів, спровокованих СКХ: **гіпернозогнозичні нозогенні реакції – невротичні** – тривожно-фобічні (23 %), іпохондричні (18 %) і **афективні** – астено-депресивні (18 %), депресивно-іпохондричні (14 %). Під час дослідження була виділена група пацієнтів із великою тривалістю та несприятливим перебігом СКХ, в яких виявлено **патохарактерологічний розвиток особистості – гіпернозогнозичний** – за типом іпохондричного невротичного розвитку (12 %), ригідної іпохондрії (10 %) та надцінної “іпохондрії здоров'я” (5 %).

**Структура нозогенних реакцій у хворих на сечокам'яну хворобу.**

**Невротичні нозогенні реакції. Тривожно-фобічні реакції** проявлялися страхом і тривожними побоюваннями, пов'язаними з тілесними негараздами, гіпертрофованою оцінкою їх загрози та наслідків, страхом порушення життєво важливих функцій організму і неможливості повної соціальної реабілітації. У пацієнтів переважали астеничні та невротичні скарги: швидка втомлюваність, дратівливість, поганий сон, відчуття тривоги, напруженості, зниження настрою й емоційна лабільність. Виникнення цих відчуттів збігалось з встановленням діагнозу СКХ. Тривожно-фобічні нозогенні реакції збігалися з проявами генералізованої тривоги, танатофобії, побоюваннями безпорадності у зв'язку з розвитком ускладнень СКХ. Відзначена яскрава емоційна лабільність з чіткими загостреннями тривоги та фобічними розладами у зв'язку з очікуванням будь-яких лікувальних та діагностичних процедур (“тривога очікування”). У своїх переживаннях пацієнти

перебільшували значущість симптомом СКХ. Ставлення до хвороби в пацієнтів цієї групи – его-синтонне, яке суб'єктивно сприймалось як сукупність симптомів, загрозливих для життя. Преморбідно ці пацієнти характеризувалися перфекціоністичними рисами, намаганням все тримати під контролем. Тип терапевтичних стосунків – комплаєнтний, залежний, підлеглий.

У клінічній картині пацієнтів з **іпохондричним типом невротичних нозогенних реакцій** синдром невротичної іпохондрії виступав у формі страхів і тривожних побоювань із приводу стану здоров'я і можливостей соціальної реадптації із загостреним самоспостереженням, гіпертрофованою оцінкою загрозливих для здоров'я наслідків захворювання і ретельною реєстрацією найменших ознак тілесних негараздів. Домінували яскравість та образність скарг. При зтяжних реакціях формувалися явища ригідної іпохондрії. Ставлення до СКХ – его-синтонне, з тенденцією до пошуку рятівного лікування і значної залежності від думки на хворобу інших людей. Преморбідно в пацієнтів цієї групи виявлялися ананкастні риси особистості. Тип терапевтичних відношень високо комплаєнтний, але пасивний, залежний.

**Афективні нозогенні реакції** (нозогенні депресії). Психопатологічна структура **нозогенної депресії** визначалася домінуванням **астено-депресивної та депресивно-іпохондричної** симптоматики в особистостей драматичного кластера з акцентуацією на тілесній сфері та схильністю до формування тривожно-іпохондричних реакцій. У ставленні до життя пацієнти відмічали, що останні роки їм все тяжче отримувати задоволення від життя, частіше виникав песимізм. Частина пацієнтів характеризувалася замкнутістю, постійно щось недоговорювали.

У пацієнтів з **астено-депресивним варіантом** нозогенних реакцій відмічалася тривожність, дратівливість, помірне зниження настрою. У більшості пацієнтів була підвищена фіксація на СКХ і соматичному стані. Переважали прояви гіпотимії з тривогою і почуттям безнадії, поганим настроєм, плаксивістю, дратівливістю, порушеннями сну, тривожно-іпохондричною та соматовегетативною симптоматикою, що поєднувалася з астенією, зниженням фізичної активності, алгіями та іншими патологічними тілесними сенсаціями. Вираженість об'єктивних клінічних симптомів у цих хворих збігалася, в основному, з болями, дизуричними та диспепсичними явищами. У більшості пацієнтів ступінь депресивних розладів корелював з наявністю клінічних проявів і тяжкістю СКХ.

Синдром **іпохондричної депресії**, що був зафіксований у 14 % пацієнтів, визначався пригніченістю, почуттям безнадії та надмірно песимістичним сприйняттям хвороби, і супроводжувався іпохондричною фіксацією на можливих наслідках СКХ. Ставлення до хвороби его-синтонне, зі схильністю до сприйняття симптомів

соматичного страждання як загрозливих для життя. Образ хвороби створювався під впливом переживань, пов'язаних із вираженим тілесним дискомфортом. У міру зменшення активності хворобливого процесу відмічена поступова редукція депресивної симптоматики, при якій відзначено депресії легкого та середнього ступеня тяжкості.

В обох типах пацієнтів спостерігалася низька фрустраційна толерантність, але з різними типами реагування – тривожний, депресивний і агресивний. Символічно це відповідає двом типам депресивних переживань: **“камінь на душі”** – почуття вини, меншовартості, невпевненості, яке не відреаговане, не “виражене назовні” і **“камінь за пазухою”** – прихована агресія, яка не “виражена назовні”, спрямовується на себе і визначає почуття вини і тривоги, а відтак – депресії.

#### **Патохарактерологічні (іпохондричні) розвитки особистості.**

Групу з патохарактерологічним іпохондричним розвитком становили 27 пацієнтів з СКХ. У ході дослідження виділено такий іпохондричний розвиток при СКХ: **невротична іпохондрія, ригідна іпохондрія та надцінна “іпохондрія здоров'я”**.

Патохарактерологічний розвиток за типом **невротичної іпохондрії** виявлено в 12 пацієнтів. У преморбідному тлі цих осіб домінували тривожні риси поряд із невротичною акцентуацією в соматопсихічній сфері, вразливістю до проявів соматичних негараздів (інтеркурентні захворювання), чинників зовнішнього середовища (метеоумови та ін.), психогенних впливів поряд зі схильністю до іпохондричного самоконтролю та декомпенсації у зв'язку навіть із незначними загостреннями уролігіазу. Актуалізація іпохондричних проявів у більшості випадків безпосередньо не залежала від ступеня вираженості СКХ. Об'єктивне покращання урологічного статусу на тлі терапії, як правило, не призводило до зниження інтенсивності скарг. У клінічній картині спостерігалася посилення проявів соматичної патології за рахунок соматизованої тривоги (стійка фіксація на хворобі, відчуттях болю, дизуричних явищах).

Поведінка пацієнтів характеризувалася надмірною турботою про здоров'я, схильністю до перебільшення небезпеки СКХ і патологічною активністю у хворобі. Поступово відбувалася деформація життєвого стилю з підпорядкуванням хворобі, яка сприймалася як “тяжкий хрест” чи “мішок з камінням, який треба тягнути на собі з народження”. Поведінка пацієнтів характеризувалася скерованістю на дотримання “щадного” способу життя, на запобігання загострень: суворе дотримання профілактичної дієти, температурного режиму, виключення певних видів діяльності. У періоди відносної стабільності соматичного стану пацієнти ні на день не забували про наявність “тяжкої хвороби”, будь-які зміни самопочуття сприймалися в перебільшеній формі, актуалізувалися тривожні побоювання прогресування хвороби.

Таким чином, у генезі патологічного розвитку за типом невротичної іпохондрії, за певної

ролі стресогенних чинників (тривалість СКХ, частота загострень та ін.), тяжкість екзацерацій СКХ безпосередньо не корелювала з вираженістю психопатологічних проявів.

Патохарактерологічні ознаки за типом *ригідної іпохондрії* (10 пацієнтів) визначалися стійкою фіксацією на медичних процедурах із формуванням іпохондричної установки, що супроводжувалася скрупульозно-педантичним дотриманням лікарських рекомендацій, формуванням особливого “щадного” режиму (дієта, жорстка регламентація навантажень, перевага відпочинку над активністю), внаслідок чого спостерігалось зниження професійного стандарту і зміна життєвих стереотипів (зниження якості життя). У вказаній групі пацієнтів спостерігалось також егосинтонне ставлення до хвороби з поступовою інтеграцією хвороби в структуру особистості, зі “зростанням” пацієнтів із СКХ. На перший план виступало раціональне ставлення до своєї хвороби, сприйняття її як звичного і невід’ємного факту повсякденного життя, підпорядкування ритуалізованому стилю життя. Каміння в нирках сприймалося як “поганий компаньйон”, “настирливий друг”. Прийом ліків чи дотримання дієти розцінювалося як “буденність”, певний ритуал, який можна порівняти з прийомом їжі або прийняттям ванни. Чітке дотримання курсів регулярної терапії, профілактичних заходів було пов’язане з раціональною організацією життя за умов хронічного урологічного захворювання. Пацієнти не уявляли свого життя без хвороби і всіх пов’язаних з нею ритуалів.

Змістом надцінного комплексу “*іпохондрії здоров’я*” (п’ять пацієнтів) була перфекціоністська зосередженість на ідеях оздоровлення як традиційними, так і, особливо, нетрадиційними методами, пов’язаних з активними пошуками екзотичних елементів оздоровлення для досягнення ідеального здоров’я. Ідеї подолання хвороби з ліквідацією причин захворювання для досягнення “ідеального” функціонування сечовидільної системи набували домінуючого значення у свідомості пацієнтів. Поступово формувався надцінний іпохондричний симптомокомплекс, що включав іпохондрію здоров’я поряд із синдромом одержимості – прихильність до нетрадиційних методів оздоровлення. Переважала орієнтованість пацієнтів на “підвищення імунітету”, загальне оздоровлення та зміцнення організму, а не на специфічні лікувальні заходи. Незважаючи на покращання урологічного статусу, хворі проводили різноманітні оздоровчі маніпуляції та продовжували спостерігати за своїм станом здоров’я, реєструючи найменші зміни. З часом відбувалося розширення іпохондричної симптоматики: пацієнти проводили “очищення” всього організму, дотримуючись особливої суворої дієти, вдавалися до самолікування, зверталися до нетрадиційних методів (уринотерапії, фітотерапії, лікування в екстрасенса).

Домінували ідеї “повного відновлення за будь-яку ціну”. Пацієнти відчували в собі потенційні можливості “зусиллям волі переломити” хід подій, позитивно вплинути на перебіг хвороби, “модернізувати” лікувальний процес фізичними вправами – “долаючий стиль поведінки” (А. Vag-sky, G. Klerman, 1983). Причиною звернення до лікарів ставали не вираженість симптомів СКХ, а нездатність подолати їх самостійно.

У більшості пацієнтів надцінний патохарактерологічний розвиток редукувався на тлі покращання урологічного статусу.

Таким чином, у генезі патохарактерологічного розвитку за типом надцінної іпохондрії здоров’я мінімальна вираженість СКХ дисоціювала з вираженістю психопатологічних проявів. У даній групі пацієнтів також спостерігалось егосинтонне ставлення до хвороби з поступовою інтеграцією її в структуру особистості.

Відмінність між групами пацієнтів полягала в тому, що пацієнти з патохарактерологічним розвитком за типом невротичної іпохондрії “капітулювали” перед хворобою і “зжилися” з нею (хвороба як друге Я), а пацієнти з “іпохондрією здоров’я” боролися за відновлення здоров’я і не уявляли себе без цієї боротьби.

### Висновки

1. На підставі клінічно-психопатологічного дослідження психічного статусу та типів ставлення до хвороби (суб’єктивного переживання) пацієнтів з психічними розладами, спровокованими сечокам’яною хворобою, виявлено, що на формування психічних розладів достовірний вплив мають соціально-психологічні, преморбідні та соматогенні чинники, взаємодія яких визначає головний психопатологічний синдром.

2. Виявлені чинники впливають на формування нозогенних реакцій: стресогенні (клінічна тяжкість проявів сечокам’яної хвороби, частота нападів ниркової коліки, тенденція до погіршення перебігу сечокам’яної хвороби); вираженість суб’єктивних симптомів (біль, дизуричні явища), конституційні (розлади особистості з акцентуацією на проблемах досконалості власного стану здоров’я (перфекціонізм) і сенситивність з фіксацією на сфері інтерперсональних стосунків).

3. Вивчення особливостей психічного статусу та типів ставлення до хвороби дозволяє констатувати у вивченого контингенту пацієнтів наявність нозогенних реакцій та іпохондричного розвитку особистості. Переважали гіпернозогностичні невротичні та афективні реакції. Гіпонозогностичні реакції у вивченого контингенту хворих на сечокам’яну хворобу не виявлені. Характерна низька активність і незрілість психологічних захисних механізмів.

4. Виділено патохарактерологічний розвиток особистості при хронічному перебігу сечокам’яної хвороби – *гіпернозогностичний* – за типом іпохондричного невротичного розвитку, ригідної іпохондрії та надцінної “іпохондрії здоров’я”.

5. На підставі головних симптомокомплексів запропонована клінічна типологія нозогеній при сечокам'яній хворобі з виділенням гіпернозогностичних реакцій: *невротичних* – тривожно-фобичні, іпохондричні та *афективні* – астено-депресивні та депресивно-іпохондричні, що відрізняються як за психопатологічною структурою, так і за сукупністю клінічних ознак.

6. Згідно з запропонованою клінічною типологією нозогеній при сечокам'яній хворобі та виявленні досить низького рівня якості життя ми пропонуємо широке впровадження психотерапії в соматичну медицину і санаторно-курортного лікування, зокрема, що допоможе лікареві знайти потрібні підходи в роботі з пацієнтом, у виборі не тільки оптимальних форм лікування, але й тактиці спілкування з пацієнтом. Такий терапевтичний підхід може стати визначальним для всього терапевтичного процесу.

### Література

1. Внутрішня картина сечокам'яної хвороби: метод. рекомендації / укл. Яцюк В.М., Партола С.В., Данилко М.Й., Мироненко О.І., Торба Р.І., Берчук В.С. – Трускавець, 2006. – 17 с.
2. Ворожбит О.Б. Нозогенна реакція як предиктор виникнення депресії у хворих на ХГС (1в генотип HCV) під час ІФН терапії / О.Б. Ворожбит, О.О. Фільц // Гепатологія. – 2010. – № 2. – С. 49-54.
3. Ворожбит О.Б. Частота нозогенної реакції як предиктора виникнення депресії у хворих на ХГС під час ІФН-терапії в залежності від генотипу HCV / О.Б. Ворожбит, О.О. Фільц // Гепатологія. – 2010. – №3. – С. 58-62.
4. Генеалогія, механізми формування, клініка і основні принципи терапії соматоформних розстройств / Б.В. Михайлов, І.Н. Сарвир, В.В. Чугунов, Н.В. Мирошніченко // Мед. исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 36-38.
5. Дробіжєв М.Ю. Нозогенные (психогенные) реакции при соматических заболеваниях: автореф. дис. на соиск. учён. степ. д-ра. мед. н.: спец. 14.01.16 «Психиатрия». – М., 2000. – 38 с.
6. К проблеме нозогеній / А.Б. Смудевич, А.О. Филец, И.Г. Гусейнов, Д.В. Дроздов // Ипохондрия и соматоформные расстройства. – М., 1992. – С. 111-123.
7. Онегин А.В. Пограничные психические расстройства у больных мочекаменной болезнью: автореф. дис. на соиск. учён. степ. канд. мед. наук. – Казань, 2001. – 21 с.
8. Психологическая диагностика отношения к болезни: метод. рекомендации / состав. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.А. – СПб., 2005. – 33 с.
9. Развитие личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии) / А.Б. Смудевич, Б.А. Волель, В.Э. Медведев [и др.] // Псих. расстройства в общей медицине. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 4-11.
10. Самушия М.А. Нозогенные (психогенные) реакции у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы / М.А. Самушия, Е.А. Мустафина // Псих. расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 11-16.
11. Семке В.Я. Психиатрия и онкология. Грани соприкосновения / В.Я. Семке // Сибир. вестн. психиатрии и наркол. – 2008. – № 3. – С. 7-12.
12. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогенной) / А.Б. Смудевич, А.Ш. Тхостов, А.Л. Сыркин [и др.] // Ж. невропатол. и психиатрии. – 1997. – № 2. – С. 4-9.
13. Смудевич А.Б. Психопатология личности и коморбидные расстройства / А.Б. Смудевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 206 с.
14. Сова С.Г. Тривожно-депресивные состояния в общей-медицинской практике/ С.Г. Сова // Ліки України. – 2010. – № 2. – С. 95-99.
15. Харчук Е.В. Отношение к болезни у пациентов с сочетанием параноидной шизофрении и гипертонической болезни / Е.В. Харчук // Укр. мед. часопис. – 2013. – № 3. – С. 95-97.
16. Чабан О.С. Ситуаційна соціокультуральна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко // Нейроновс. – 2010. – № 4. – С. 10-15.
17. Irritable bowel syndrome – a multifactorial disease in children and adults / S. Blomhoff, T.H. Diseth, M.B. Jacobsen, M. Vatn // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2002. – May 10, B. 122. – S. 1213-1217.
18. Mense S. Pathophysiology of low back pain and transition to the chronic state – experimental data and new concepts / S. Mense // Schmerz. – 2001. – Vol. 15. – P. 413-417.
19. Barsky A.J. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles / A.J. Barsky, G.I. Klerman // Am. J. Psychiatry. – 1983. – Vol. 140. – P. 273-283.
20. Cloninger C.R. A systematic method for clinical description and classification of personality validity / C.R. Cloninger // Arch. Gen. Psychiat. – 1987. – Vol. 44. – P. 573-578.

## ТИПОЛОГІЯ НОЗОГЕННИХ РЕАКЦІЙ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЇ БОЛЕЗНИ

*А.О. Фільц, А.І. Мироненко, Х.Р. Богута, О.С. Фітькало, Р.В. Кечур, М.І. Данилко*

**Резюме.** В даній статті представлені дослідження реакцій і типів відношення к хворобі у хворих мочекаменної хворобі. На основі клініко-психопатологічного дослідження репрезентативної групи (100 хворих), були описані феноменологічні закономірності проявлених і пропонується клінічна типологія нозогенних реакцій і патохарактерологічного розвитку особистості в даній групі пацієнтів, а також виявлені основні стрессогенні фактори, впливаючі на розвиток нозогенних реакцій і патохарактерологічного розвитку особистості. Виявлено переобладання гіпернозогностичних невротичних (тревожно-фобических, іпохондричних, нарцисисеских) і афективних (астено-депресивних і депресивно-іпохондричних) нозогенних реакцій. На формування психічних розстройств достовірне впливають іменю соціально-психологічні, преморбідні і соматогенні фактори, взаємодія яких визначає основний психопатологічний синдром.

**Ключеві слова:** нозогенні реакції, мочекаменна хвороба, відношення к хворобі, психосоматика, психопатологія, патохарактерологічне розвиток.

## THE TYPOLOGY OF NOSOGENIC REACTIONS IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS

*A.O. Filts, A.I. Mironenko, Ch.R. Bohuta, O.S. Fitkalo, R.V. Kechur, M.Y. Danylko*

**Abstract.** The study of reactions and types of the patients with chronic renal disease (urolithiasis) in relation to their attitude to the illness is presented in the article. Phenomenological features and clinical typology of nosogenic reactions and

pathologic personality formations have been described in the given contingent of patients as well as main stress factors that influence the development of nosogenic reactions and pathologic personality formations. On the basis of a clinical psychopathologic study of a representative group (100 people) manifestations of phenomenological characteristics have been described, clinical typology of nosogenic reactions and pathological characteristics in the development of a personality in the group of patients has been suggested. The main stressors, affecting nosogenic reactions development and pathologic development of a personality, have been revealed. The prevalence of hypernosognostic neurotic (anxiety-phobic, hypochondriac, narcissistic) and affective (astheno-depressing and depressing hypochondriac) nosogenic reactions is found. Socio-psychological, premorbid and somatogenic factors influence the development of mental disorders and these factors interaction defines the main psychopathologic syndrome.

**Key words:** nosogenic reactions, urolithiasis, coping with chronic disease, psychosomatics, psychopathology, pathologic personality formation.

Danylo Halytsky National Medical University (Lviv),  
«Almaz» Health Resort (Truskavets, Lviv Region)

Рецензент – доц. Н.С. Карвацька

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 4 (68). – P. 163-168

Надійшла до редакції 09.09.2013 року

© О.О. Фільц, О.І. Мироненко, Х.Р. Богута, О.С. Фітькало, Р.В. Кечур, М.Й. Данилко, 2013

УДК 616831-005.1-005.4

*В.І. Цимбалюк, \* В.В. Колесник, \* А.С. Забірник\*\*, І.І. Торяник \*\*\**

## ЗАСТОСУВАННЯ БІОДЕГРАДУЮЧОГО СУБСТРАТУ ДЛЯ ІНТРАКРАНІАЛЬНОЇ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ АВТОЛОГІЧНИХ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПРИ МОДЕЛЬОВАНОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ІШЕМІЧНОМУ ЕМБОЛІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ У ЩУРІВ ЛІНІЇ ВІСТАР

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова АМН України», м. Київ\*  
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, ТОВ «Вірола», м. Харків\*\*  
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова АМН України», м. Харків\*\*\*

**Резюме.** У роботі представлені дані щодо створення та застосування біодеградуючого субстрату для трансплантації аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин (АМСК) при церебральному ішемічному емболічному інсульті в експерименті на щурах лінії Вістар. Пояснено, що структура біодеградуючого субстрату пластична, має фібринову природу, не спричиняє змін у будові АМСК, нейронів, глії, мікросудин.

Зазначається, що цей факт забезпечує ефективну, термінову, зручну трансплантацію клітин до ішемічного/інфарктного вогнища в інтракраніальний спосіб.

**Ключові слова:** біодеградуючий субстрат, аутологічні мезенхімальні стовбурові клітини, трансплантація, модельований церебральний ішемічний емболічний інсульт, самці щурів лінії Вістар.

**Вступ.** Останнім часом великого значення в неврології та нейрохірургії набуває застосування клітинної трансплантації [2, 6, 9]. Найбільш вживаним матеріалом є стовбурові клітини (зокрема, мезенхімальні аутологічні). Їхня ефективність у стимуляції відновних реакцій, що відбуваються на тлі деструктивно-дегенеративних процесів некрозу? безсумнівна [1, 12, 13]. Однак механізми реалізації цілої низки ефектів, найбільш сприйнятні способи уведення останніх, специфіка вибору експозиційних строків на сьогоднішній день вивчені недостатньо [3, 11]. Потребують подальшого вдосконалення процедурні моменти трансплантації клітин *in vivo* [4, 8]. Триває пошук найбільш оптимальних (комплементарних по відношенню до стовбурових клітин і тканини реципієнта, простих у виготовленні, доступних за ціною) біологічних субстанцій – носіїв клітинного матеріалу.

**Мета дослідження.** В експерименті на щурах лінії Вістар вивчити ефективність застосування біодеградуючого субстрату для інтракраніального способу трансплантації аутологічних мезенхімальних стовбурових клітин (АМСК) при церебральному ішемічному емболічному інсульті.

**Матеріал і методи.** Матеріалом експериментального дослідження послуговували самці щурів лінії Вістар (n=62), 3-місячного віку, масою тіла 160-175 г, що утримувалися за стандартних умов виварію. З метою отримання моделі церебрального ішемічного інсульту в піддослідних тварин застосовували емболію колатеральних гілок загальної сонної артерії в одній із півкуль головного мозку [4]. Щурів наркотизували кетаміном інтраперитоніально: із розрахунку 125 мг на кг маси тіла тварини. Заявлений спосіб отримання моделі ішемічного інсульту шляхом емболізації колатеральних судин частками зависі сульфату барію