

Література:

1. CAP Laboratory Accreditation Checklists. College of American Pathologists (CAP).325 Waukegan Road, Northfield, IL 60093-2750 <http://www.cap.org>
2. CLSI C28-A3 Defining, Establishing, and Verifying Reference Intervals in the Clinical Laboratory – Third Edition; Approved Guideline, CLSI: Wayne, PA., 2008
3. CLSI EP15-A2 User verification of performance for precision and trueness – Second Edition; Approved Guideline, CLSI: Wayne, PA., 2005
4. Development of national laboratory policies. Best practices document and facilitators' guide. WHO Regional Office for Europe, 2017. – 87 p
5. <http://www.cms.gov/clia/>
6. James O. Westgard, PhD. Internal quality control: planning and implementation strategies. http://www.westgard.com/downloads/cat_view/52-papers

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-113-8-15>

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КОРРЕГИРОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Сисецкий А. П.

кандидат медицинских наук,

ассистент кафедры Внутренней медицины № 3

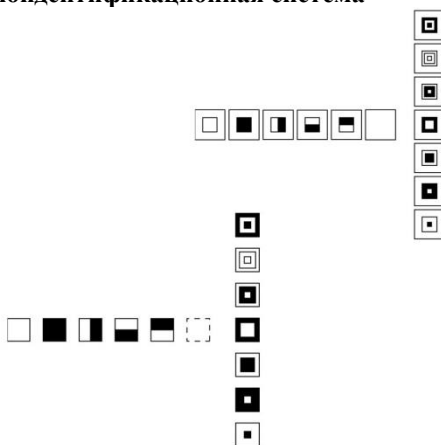
*Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца
г. Киев, Украина*

Сердечно-сосудистые заболевания, в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ) характеризуются высоким уровнем неконтролируемого психоэмоционального напряжения, особенно в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами. Этому способствует и неадекватная психологическая реактивность таких пациентов. Для визуализации психоэмоциональных расстройств при ИБС, ГБ, соматоформных расстройствах (СФР) и контроля процесса их коррекции разработаны «Тестовая самоидентификационная система» (ТЕСС) и методика «Самооценки уровня психоэмоционального напряжения» (СУПН).

Материал и методы. 50 пациентам – мужчины $44,8 \pm 1,2$ лет с стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, гипертонической болезнью II ст. и тре-вожно-депрессивными расстройствами, которые получали традиционное лечение (β -адреноблокаторы, нитропрепараты, блокаторы кальциевых кана-лов, транквилизаторы), в течение 10 дней проводились ландшафтная образ-ная кинезиотерапия (ЛОК) и голографическое моделирование (ГМ). Иссле-довались психоэмоциональное напряжение и психологическая реактивность пациентов, ишемическая активность, кардиогемодинамика. Верификация проводилась коронарорентрикулографией, суточным мониторингом ЭКГ и артериального давления, ВЭМ, ЕхоКГ, «ТЕСС»,» СУПН «.

Для определения психоэмоционального состояния пациента начальное тестирование проводилось с использованием базисной геометрической фигуры, восприятие которой отличается высоким уровнем нейрофизиологи-ческой активности, – квадрата. «ТЕСС» состоит из сгруппированных в два блока квадратов, каждый из которых содержит горизонтальный и вертикаль-ный ряды. Горизонтальный ряд состоит из шести базисных квадратов, верти-кальный – из семи, каждый из которых включает большие внешние и мень-шие внутренние разноструктурированные квадраты полярных цветов – чёрно-го и белого.

Тестовая самоидентификационная система

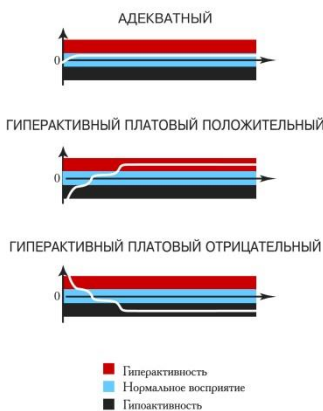


При тестировании пациент выбирает в горизонтальном и вертикальном рядах вначале первого, а затем второго блоков квадрат, который наиболее импонирует, и негативно воспринимающийся квадрат. При этом вначале выбирается наиболее импонируемый квадрат

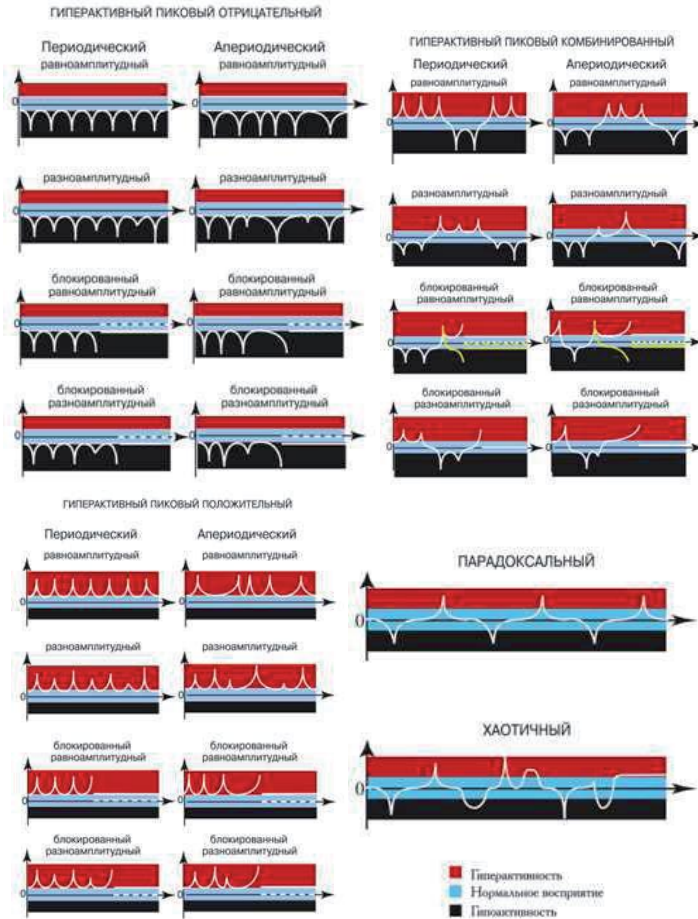
позитивных образов природы с учётом кардиогемо-динамических параметров.

ГМ. Пациент визуализирует интегративный образ (голограмму) своего внутреннего состояния с использованием всех групп анализаторов – зрительного, слухового, вкусового, нюхового, тактильного и проприоцептивного – с дальнейшим кинестетическим закреплением, результаты которого учитывают при разработке рекомендаций по оптимальной физической и психической активности пациента. На основании конкретной шкалы психоэмоционального состояния с конкретным индивидуальным инструментом – образом собственного состояния – происходит реальное структурирование внутреннего психологического пространства. При этом достигается максимально адекватная самооценка в заболевании – неперменного условия эффективных терапии и реабилитации. Для метода характерна глубокая личностная графическая и кинестетическая самоидентификация при минимальном риске негативного эффекта психологического вмешательства. Психологическая стабильность достигается вследствие кинестетического (синхронизированного с дыхательными движениями) и графического (свободный ассоциативный рисунок, корректирующий текст) отражения неосознанных психотравмирующих факторов с целью создания адекватного позитивного образа собственно-го состояния.

Результати. С учётом кардиогемодинамических показателей определены четыре типа реактивности больных с ИБС, ГБ и СФР: I. Адекватный. II. Гиперактивный платовый: 1) позитивный; 2) негативный.



II. Гиперактивный пиковый: 1) позитивный; 2) негативный; 3) комбинированный. 2. III. Парадоксальный. IV. Хаотичный. В каждом из типов определялся блокированный вариант – спонтанное или обусловленное прекращение эмоциональной реакции или её трансформация в противоположную.



До коррекции для 83% пациентов был характерен II тип, 12% – III тип, 5% – IV тип, после коррекции: 75% – I тип, 20% – II тип, 5% – III тип.

Самооценка психоэмоционального состояния до коррекции: очень плохое – 18%, плохое – 74%, удовлетворительное – 8%, после коррекции: плохое – 6%, удовлетворительное – 24%, хорошее – 57%, отличное – 13%. Индексы психо-эмоционального напряжения до и после коррекции соответственно : тревожность 8,7 – 2,2, агрессивность 4,7 – 1,3, страх смерти 8,7 – 2,2, одиночество 5,8 – 2,3, отчаяние 4,9 – 1,5, суицидность 3,5 – 1,1, депрессия 9,6 – 2,4. Самооценка состояния по ТЕСС: выбор квадрата с чёрным центром – 86 – 23%%, с белым центром – 9 – 77%%. После коррекции отмечалось улучшение кардио-гемодинамики: увеличились сердечный и ударный индексы, минутный объём кровотока, уменьшилась фаза напряжения правого желудочка ($P < .0,05$). Систолическое артериальное давление снизилось с 173 ± 1 до 132 ± 1 мм рт. ст. ($P < .0,05$), диастолическое – с 104 ± 1 до 83 ± 1 мм рт. ст. ($P < .0,05$). Частота и длительность ишемических эпизодов уменьшились у 77% пациентов. У 67% пациентов значительно уменьшены дозы β -адреноблокаторов и блокаторов кальциевых каналов при сохранении стабильных параметров кардиогемодинамики. У 54% пациентов отменены транквилизаторы.

ТЕСС и СУПН позволяют определять и контролировать уровень психоэмоционального напряжения и психологическую реактивность при ИБС, ГБ и СФР, а ЛОК и ГМ – значительно снижать его и продуктивно моделировать реактивность пациентов с улучшением их кардиогемодинамики.

Литература:

1. Сісецький А.П. Спосіб особистісної стабілізації пацієнта візуалізацією власного стану. Патент на корисну модель № 35151. 2008.

2. Harshfield E. L., Pennells L., Schwartz J. E. et al. Association Between Depressive Symptoms and Incident Cardiovascular Diseases. *JAMA*. 2020; 324(23): 2396-2405.

3. Sisetskiy A. P. *Holographic modeling in coronary artery disease, hypertension and anxiety-depressive disorders*. «Медичні та фармацевтичні науки: Аналіз сучасності та прогноз майбутнього». 13-14.11. 2020. Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції. Дніпро. 2020. С. 67–71.