

УДК 616.8+616.986:578.828

Пурденко Т.Й., Іленко Н.В., Островська Л.Й., Силенко Г.Я., Гладка В.М.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

ВДНЗУ « Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті представлений аналіз показників вегетативного та психоемоційного статусу ВІЛ-інфікованих осіб. Відомо, що адаптація людини визначається психологічними властивостями особистості, станом вегетативної нервової системи та реалізується через емоційну сферу, що лежить в основі адаптаційних фізіологічних реакцій людини. Проаналізувавши отримані результати у ВІЛ-інфікованих осіб, ми отримали більш виражені негативно забарвлені психологічні параметри та зміни стану вегетативної нервової системи з переважанням симпатикотонії. Дані показники свідчать про зниження у цих пацієнтів компенсаторно – пристосувальних реакцій організму.

Ключові слова: психоемоційні розлади, ВІЛ-інфіковані особи, вегетативна нервова система.

Робота є фрагментом ініціативно-пошукової теми ВДНЗУ «УМСА» «Роль запальних захворювань зубо-щелепного апарату в розвитку хвороб, пов'язаних із системним запаленням» (№ державної реєстрації 0112U001538).

Вступ

Розширення масштабів пандемії ВІЛ-інфекції, відсутність специфічної профілактики, високовартісне лікування і серйозні соціальні наслідки зазначеного захворювання дозволяють віднести цю проблему до найбільш актуальних у медицині [5, 7, 10, 12]. В Україні 120 тис. ВІЛ-інфікованих пацієнтів перебуває на диспансерному обліку в центрах СНІДу. У 2011 р. в Україні зареєстровано 21177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення) – це найвищий показник за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні [3, 4].

Проблема емоційного стресу є однією з найважливіших в сучасній біології та медицині. Це обумовлено несприятливим впливом на організм людини психогенних факторів сучасного життя: прискорення його темпу, зміною способу життя, погіршення стану навколишнього середовища та якості продуктів харчування, нестачі соціальних векторів, швидка зміна економічних та політичних процесів тощо [11,14]. Дана проблема в стократ актуальніша і важливіша для осіб зі статусом ВІЛ [8, 9]. Гострий надмірний подразник, яким є встановлення діагнозу ВІЛ/СНІДу, трансформується в конфліктну ситуацію з високим рівнем емоційного напруження, яка в свою чергу формує вогнище застійного збудження в центральній нервовій системі та шляхом активації нейровегетативних механізмів порушує соматичні і вісцеральні функції [4, 8, 11, 13]. Проблема ускладнюється невиліковним статусом захворювання, високою соціальною стигматизацією та дискримінацією ВІЛ-інфікованих, недостатньою інформованістю суспільства щодо даної проблеми, неадекватною державною підтримкою та зниженим рівнем медичного забезпечення [3,7].

Метою нашого дослідження було вивчення вегетативного та психоемоційного статусу ВІЛ-інфікованих осіб.

Матеріали і методи дослідження

Для вирішення поставлених задач проведено клініко–неврологічне обстеження з дослідженням вегетативного та психоемоційного статусу 94 ВІЛ-інфікованих осіб, що перебували на диспансерному обліку в Полтавському обласному Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Серед обстежених зареєстровано 58 жінок і 36 чоловіків. Вік пацієнтів коливався від 20 до 49 років. Діагноз ВІЛ-інфекції встановлював лікар-інфекціоніст відповідно до клініко-діагностичних та епідеміологічних критеріїв. Підтвердження діагнозу проводилося імунологічними методами на основі затверджених стратегій лабораторної діагностики ВІЛ в Україні. Групу порівняння склали 35 осіб відповідного віку та статі, що не мають статусу ВІЛ.

Синдром вегетативної дистонії діагностували з урахуванням результатів анкет двох типів: Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін”, що заповнює хворий, та „Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних розладів”, що заповнює лікар [2].

Стан вегетативної нервової системи (ВНС) оцінювали за характеристикою вегетативного тону: вивчали показники частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального систолічного тиску (АТс), артеріального діастолічного тиску (АТд). Розраховували вегетативний індекс (ВІ) Кердо. [2].

Психологічний стан ВІЛ-інфікованих оцінювали на основі шкали реактивної та особистісної тривожності Спілберґера-Ханіна [1]. З метою виявлення індивідуальних психодинамічних властивостей особистості ВІЛ-інфікованих використовували опитувальник Г. Айзенка [1, 6].

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

На основі отриманих результатів нами встановлено, що у групі ВІЛ-інфікованих осіб вірогідно переважає синдром вегетативної дистонії (кількість балів згідно карти-опитника у

групі ВІЛ-інфікованих осіб становить $76,1 \pm 3,29$, в групі порівняння – $5,37 \pm 0,44$, $p < 0,05$). Достовірно не відрізнялися показники АТс, АТд, ЧСС у дослідній групі та групі порівняння (табл. 1).

Таблиця 1
Показники вегетативного тону у ВІЛ-інфікованих осіб та не інфікованих ВІЛ осіб ($M \pm m$)

Показники	Обстежені особи		p
	Дослідна група (n=94)	Група порівняння (n=35)	
АТс, мм рт.ст.	$123,54 \pm 1,33$	$118,69 \pm 1,23$	$> 0,05$
АТд, мм рт.ст.	$75,69 \pm 1,1$	$72,26 \pm 0,87$	$> 0,05$
ЧСС, уд/хв	$75,62 \pm 0,74$	$71,86 \pm 0,92$	$> 0,05$

Примітка: n – кількість обстежених осіб;
p - вірогідність помилки за таблицями Стьюдента

Серед обстежених нами ВІЛ-інфікованих осіб відповідно до ВІ виявлено переважання осіб із симпатикотонією. Їх виявилось 64. Для 27 осіб зі статусом ВІЛ характерним виявилось домінування парасимпатичного відділу ВНС. Лише у 3 пацієнтів з ВІЛ мав місце стан ейтонії – повної вегетативної рівноваги.

Графічне відображення розподілу ВІЛ-інфікованих пацієнтів в залежності від стану ВНС наведений на рис. 1.

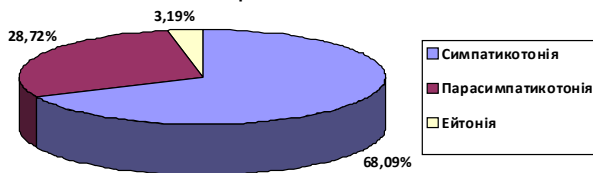


Рис. 1. Графічне зображення відсоткового розподілу ВІЛ-інфікованих пацієнтів в залежності від стану вегетативної нервової системи

У групі порівняння виявлено 7 осіб з ейтонією. Пацієнти без статусу ВІЛ за домінуванням симпатичного чи парасимпатичного відділів ВНС розподілилися приблизно навпіл. Так, виявлено 13 осіб з симпатикотонією та 15 – з парасимпатикотонією.

Наглядний розподіл пацієнтів групи порівняння відповідно до переважання реакцій одного з відділів ВНС наведений на рис. 2.

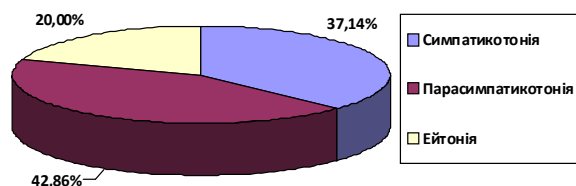


Рис. 2. Графічне зображення відсоткового розподілу не інфікованих ВІЛ пацієнтів в залежності від стану вегетативної нервової системи

Аналізуючи отримані результати, ми спостерігали, що серед ВІЛ-інфікованих переважають особи з превалюванням симпатичного тону ВНС в 2,4 рази частіше, ніж особи з переважанням ейтонії та парасимпатикотонії. У пацієнтів без статусу ВІЛ відмічалось домінування парасимпатичного

тону ВНС (42,86%). Особи з ейтонією достовірно частіше, більше ніж в 2,3 рази, зустрічалися серед не інфікованих ВІЛ осіб.

Високий показник реактивної тривожності побічно свідчить про виражене психоемоційне напруження пацієнта. Цей показник реагує на зміни психоемоційного стану хворого в процесі лікування і може бути використаний для оцінки ефективності психотерапевтичної корекції.

Серед ВІЛ-інфікованих осіб виявлено 64 пацієнти з високим рівнем реактивної тривожності (68,09%) і 76 пацієнтів з високим рівнем особистісної тривожності (80,85%). Показник низької реактивної тривожності виявлений у 1 особи зі статусом ВІЛ (1,06%). Низької особистісної тривожності не виявлено у жодного пацієнта з ВІЛ-інфекцією.

У групі порівняння виявлено 24 особи (68,57%) з високим рівнем реактивної тривожності. Низька реактивна тривожність виявлена у 3 осіб (8,57%). Диспозиція особистісної тривожності розподілилася по іншому. Так, пацієнтів групи порівняння з високим рівнем особистісної тривожності виявилось 7 (20%), а з низьким – 8 (22,86%). Всі інші обстежені характеризувалися помірно вираженою тривожністю.

Порівнюючи ВІЛ-інфікованих та не інфікованих ВІЛ пацієнтів в залежності від рівня реактивної тривожності, можна підкреслити, що високий рівень реактивної тривожності має однакова кількість пацієнтів обох груп. Низький рівень реактивної тривожності виявлений серед осіб групи порівняння у 8 разів частіше, ніж серед осіб дослідної групи.

Аналізуючи показники особистісної тривожності, ми виявили, що високий рівень особистісної тривожності у ВІЛ-інфікованих осіб переважає на 60,85% в порівнянні з групою осіб без статусу ВІЛ (80,85% та 20% відповідно). Помірний рівень особистісної тривожності достовірно частіше виявлявся серед пацієнтів без статусу ВІЛ. Низький рівень особистісної тривожності у ВІЛ-інфікованих пацієнтів не зустрічався у жодному випадку, тоді як у пацієнтів групи порівняння – у 22,86% випадків.

Нейротизм, як показник рівня емоційної

лабільності, виявляє рівень психоемоційного напруження респондента і в подальшому може допомогти об'єктивізувати ефективність психотерапії [6]. Пацієнти з підвищеним рівнем нейротизму характеризуються нестабільністю та невірноваженістю нервово-психічних процесів, емоційною нестійкістю, лабільністю ВНС. Вони нерішучі, схильні до песимізму та швидкої зміни настрою, сенситивні та тривожні.

Серед ВІЛ-інфікованих, що приймали участь у дослідженні, у 28 (29,79%) виявлений низький рівень нейротизму. Відповідно у 66 осіб (70,21%) рівень емоційної лабільності підвищений з різним ступенем вираженості. Так, помірно виражений рівень нейротизму виявлений у 27 ВІЛ-інфікованих осіб (28,72%), виражений – у 20 осіб зі статусом ВІЛ (21,28%), а значно виражений – у 19 (20,21%).

У групі порівняння емоційно стабільними виявилися 18 осіб (51,43%). Різним ступенем емоційної лабільності характеризувалися 17 осіб без статусу ВІЛ, що відповідає 48,57% спостережень. При цьому помірно виражений рівень нейротизму виявлений у 6 осіб з групи порівняння (17,14%), виражений рівень

нейротизму мав місце у 10 не інфікованих ВІЛ осіб (28,57%). Лише у 1 пацієнта з групи порівняння (2,86%) був виявлений значно виражений рівень емоційної лабільності.

Порівняльний аналіз рівня реактивної та особистісної тривожності, а також нейротизму в середньому для обстежених нами ВІЛ-інфікованих та не інфікованих ВІЛ осіб дозволив виявити ряд особливостей. Так, реактивна тривожність достовірно не відрізнялася в групах обстежених осіб і склала $48,91 \pm 0,49$ балів для осіб зі статусом ВІЛ та $49,6 \pm 1,99$ балів для групи порівняння. Особистісна тривожність виявилася вищою в групі ВІЛ-інфікованих осіб і склала $49,33 \pm 0,61$ балів, порівняно з $38,37 \pm 1,92$ балів для групи не інфікованих ВІЛ ($p < 0,05$).

Констатовано достовірно вищий показник рівня нейротизму на тлі ВІЛ-інфекції в порівнянні з особами без статусу ВІЛ ($14,44 \pm 0,48$ балів проти $12,46 \pm 0,71$ балів, $p < 0,05$).

Співвідношення досліджуваних психологічних показників у групах ВІЛ-інфікованих та не інфікованих ВІЛ пацієнтів наочно продемонстровані на рис. 3.

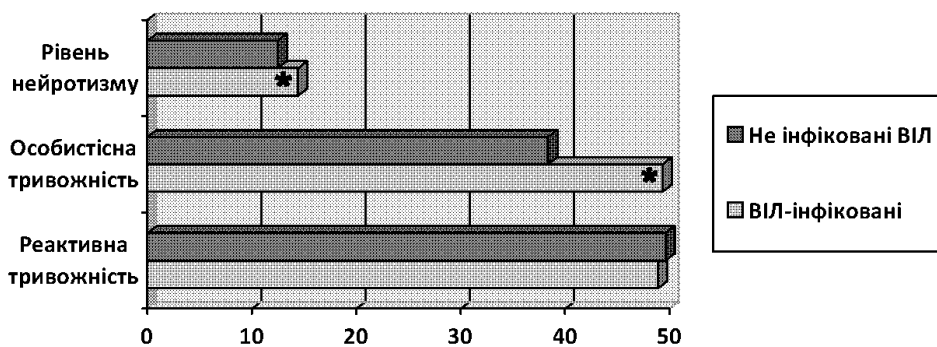


Рис. 3. Співвідношення психологічних показників у групах ВІЛ-інфікованих та не інфікованих ВІЛ пацієнтів

Примітка: * - вірогідність помилки за таблицями Стьюдента, $p < 0,05$.

Отже, в ході дослідження було виявлено, що рівень реактивної тривожності достовірно не відрізняється у ВІЛ-інфікованих та неінфікованих ВІЛ осіб. Показник особистісної тривожності достовірно вищий у ВІЛ-інфікованих осіб. Рівень нейротизму також достовірно вищий у осіб зі статусом ВІЛ. Ці показники свідчать про більш виражену схильність ВІЛ-інфікованих пацієнтів до переживання, тривоги та про вищий рівень їх психоемоційного напруження.

Висновки

Як відомо, адаптація людини визначається психологічними властивостями особистості, станом ВНС та реалізується через емоційну сферу, що лежить в основі адаптаційних фізіологічних реакцій людини. На основі цього можемо зробити висновок, що у ВІЛ-інфікованих осіб більш виражені негативно забарвлені психологічні параметри та зміни показників

стану ВНС з переважанням симпатикотонії призводять до зниження у цього контингенту осіб адаптаційних можливостей організму. Це, поряд із соціальною дискримінацією та стигматизацією суспільства, призводить до зниження якості життя ВІЛ-інфікованих людей.

Література

1. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. – М., 2004. – 432 с.
2. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 2003. – 752 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень. – К., 2012. – №37. – 82 с.
4. Габрель Р.Т. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів у контексті психосексуальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари / Р.Т. Габрель, М.В. Маркова // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – №6(60). – С.147-151.
5. Зайцев И.А. Поражение нервной системы при ВИЧ-инфекции и СПИДе / И.А. Зайцев, В.А. Мирошниченко // Новости медицины и фармации. – 2010. – №330. – С. 6-14.
6. Запорожан В.М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В.М.Запорожан, М.Л. Аряев. – [2-ге вид., перероб. і доп.]. – К.: Здоров'я, 2004. – 636 с.

7. Евтушенко С.К. НейроСПИД как одна из актуальнейших проблем современной практической неврологии / С.К. Евтушенко, И.Н. Дервянко // Міжнародний неврологічний журнал. – 2006. – №5(9). – С.143-148.
8. Евтушенко С.К. Классификация психоневрологических расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц / С.К. Евтушенко, И.Н. Дервянко // Нейроиммунология. – 2003. – Т.1, № 2. – С.6-7.
9. Неврологические синдромы при ВИЧ-инфекции / А.Ю. Макаров, Р.С. Чикова, И.М. Улюкин [и др.] // Неврологический журнал. – 2004. – №5. – С.45-53.
10. Неробеев В.Д. ВИЧ/СПИД-пандемия глобального масштаба: чем сложнее диагноз, тем проще исход / В.Д. Неробеев, Д.В. Неробеев // Новости медицины и фармации. – 2013. – №17(471). – С. 16-18.
11. Пшук Н.Г. [Оптимізація терапії вегетативних розладів](#) / Н.Г. Пшук // НейроNews. – 2009. – №5 (16). – С.15-18.
12. Суржанский С.К. Оценка нуждаемости ВИЧ-инфицированных пациентов в стоматологическом ортопедическом лечении / С.К. Суржанский, О.Ю. Воскресенская / Вісник проблем біології і медицини. – 2009. – Вип.3. – С. 15-18.
13. Яковлев Н.А., Жулев Н.М., Слюсарь Т.А. НейроСПИД. Неврологические расстройства при ВИЧ-инфекции / СПИДе: Учебное пособие. – М. : МИА, 2005. – 278 с.
14. Alpagot T. Risk factors for periodontitis in HIV patients / T. Alpagot, N. Duzgunes, L.F. Wolff, A.Lee // J Periodontal Res. – 2004. – №39. – P.123-130.

Реферат

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Пурденко Т.И., Иленко Н.В., Островская Л.И., Силенко Г.Я., Гладкая В.М.

Ключевые слова: психоэмоциональные расстройства, ВИЧ-инфицированные пациенты, вегетативная нервная система.

В статье представлен анализ показателей вегетативного и психоэмоционального статуса ВИЧ-инфицированных пациентов. Известно, что адаптация человека определяется психологическими свойствами личности, состоянием вегетативной нервной системы и реализуется через эмоциональную сферу, которая лежит в основе адаптационных физиологических реакций человека. Проанализировав полученные результаты, у ВИЧ-инфицированных пациентов мы получили более выраженные негативно окрашенные психологические параметры и изменения состояния вегетативной нервной системы с преобладанием симпатикотонии. Данные показатели свидетельствуют о снижении у этих пациентов компенсаторно-приспособительных реакций организма.

Summary

VEGETATIVE AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF HIV-POSITIVE PATIENTS

Purdenko T.I., Ilenko N.V., Ostrovskaya L.I., Sylenko G.Y., Gladkaya V.M.

Key words: psycho-emotional disorders, HIV-infected patients, autonomic nervous system.

This paper is devoted to the analysis of vegetative and psycho-emotional indicators in HIV-positive persons. It is known the human adaptation is considerably determined by psychological characteristics of a person, by the condition of HNS and is manifested through the emotional sphere, which underlie human adaptive physiological responses. Having analyzed the results obtained in HIV-positive individuals, we received more pronounced negative psychological parameters and observed the changes in the state of HNS with the predominance of sympathicotonia. These results indicate the decrease of compensatory and adaptive reactions in these patients.