

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Державна установа «Інститут громадського здоров'я
ім. О.М. Марзеєва НАМН України»

ІСТОРІЯ МЕДИЧНОЇ НАУКИ, ПРАКТИКИ ТА ОСВІТИ

ЗБІРКА СТАТЕЙ ТА ТЕЗ НАУКОВО–ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

26-27 квітня 2018 р.

м. Київ
2018

Р е д а к ц і й н а к о л е г і я :

Академік НАМН України **Сердюк А.М.** — голов. редактор

чл.-кор. НАМН України **Полька Н.С.** — заступ. голов. редактора

Ч л е н и р е д к о л е г і ї :

д.мед.н. **Савіна Р.В.,**

к.мед.н. **Рудницька О.П.,**

д.мед.н. **Махнюк В.М.,**

н.с. **Коркач В.С.,** н.с. **Новохацька С.М.,**

н.с. **Мельченко Ю.В.,** пров.інж. **Лейких С.В.,**

н.с. **Могильний С.М.**

А д р е с а р е д к о л е г і ї :

02094, м.Київ, вул.Попудренка, 50

Державна установа «Інститут громадського здоров'я
ім.О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук
України» /ДУ «ІГЗ НАМНУ»/

Тел./факс (044) 559–90–90 Тел. (044) 559–73–73

Офіційний веб-сайт ДУ «ІГЗ НАМНУ» : ***<http://www.health.gov.ua/>***

e-mail : ***regina_igme@ukr.net***

порушень тромбоцитарного гемостазу і розробити ефективні методи лікування геморагічних і тромботичних захворювань.

Список використаних джерел

1. Коркушко О.В. Тромбоциты: физиология, морфология, возрастные и патологические особенности, антитромбоцитарная терапия / О.В. Коркушко, В.Ю. Лишневская. – К.: Медкнига, 2011. – 240 с.
2. Мазуров А.В. Физиология и патология тромбоцитов / А.В. Мазуров. – М.: Литтерра, 2011. – 480 с.
3. Сергиенко Л.И. Особенности лабораторных методов подсчета тромбоцитов / Л.И. Сергиенко // Лабораторная диагностика. Восточная Европа. – 2015. – № 2 (14). – С. 119-125.
4. Collier B.S. A brief history of ideas about platelets in health and disease / B.S. Collier / In: Platelets. Second ed. / Ed. A.D. Michelson. – Amsterdam – Boston: Academic Press, Elsevier Inc., 2007. – P. XXIII – XLII.
5. Kaushansky K. Historical review: megakaryopoiesis and thrombopoiesis / K. Kaushansky // Blood. – 2008. – Vol. 111. – P. 981-986.

ФІЛОСОФСЬКІ ЗАСАДИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ

*Паненко А.В., Прокопчук Ю.В., М'ястківська І.В.,
Серафимова Е.В., Волянська В.С., Тімаков Д.В.*

**Одеський національний медичний університет;
Державна установа спеціальний (спеціалізований) клінічний
санаторій ім. В.П. Чкалова МОЗ України, м. Одеса**

PHILOSOPHICAL PROBLEMS OF DIAGNOSIS OF DISEASES

Abstract. Understanding the issues of human health can contribute to the transition from medicine of disease to medicine of health. It will help to learn a problem deeper, to consider other aspects in diagnostic of illnesses. Traditional is an analysis of illness in a scientific or clinical aspect. But it does not cost to forget a health about

psychosocial aspects, due to it, doctors were able more success to arrive at the mutual understanding with people that appealed for help. From the psychological point of view distinguish 3 stages of reactions on illnesses: sexological estimating, and the stage of getting used to illness. The stage of attitude toward illness is experiencing, expression, actions, and also common behavior of patient, that is related to the disease. Basic criterion of the stage : confession or denial of illness. Forming on the stages of attitude mentioned above toward illness is named somatognosis.

Актуальність питання здоров'я людей може сприяти переходу від медицини хвороби до медицини здоров'я . Це допоможе вивчити проблему глибше, розглянути інші аспекти в діагностуванні хвороб. Традиційним є аналіз хвороби в науковому або клінічному аспекті. Але не варто забувати про психо-соціальні аспекти здоров'я, завдяки цьому лікарі змогли більш успішно досягати взаємного порозуміння з людьми які звернулися по допомогу.

Слово "діагноз" означає "глибинно пізнаний", "остаточно вивчений". Очевидно, і в понятті "діагноз хвороби" мають бути збережені його семантична ємність і потенційний діапазон охоплювання явищ.

У діагнозі повинні бути відображені усі характеристики конкретної хвороби: локалізація патологічного процесу, його характер, зв'язок з етіологічним чинником, розвиток процесу у часі.

Науково-технічні досягнення збагатили медицину ефективними методиками діагностики, що допомогло виявленню нових численних ознак захворювань на субмолекулярному, молекулярному та органному рівнях. В той же час не втрачає актуальності напрямок психофізіології і його інтеграція в практичну медицину.

Мета: аналіз проблематики постановки діагнозу на сучасному етапі, складових клінічного діагнозу та виявлення ролі психологічних аспектів постановки діагнозу в покращенні способів діагностики різних нозологій.

Відомо, що діагностичний процес є особливою формою

логічних висновків, кінцевою метою яких є, на думку Є. І. Чазова, зіставлення хрестоматійного опису хвороби, що зберігається у пам'яті лікаря, з конкретними ознаками хвороби пацієнта. У цьому, ймовірно, полягає сутність лікарського мислення, тобто використання одного із законів логіки – закону аналогії. Доцільно згадати, що на принципі аналогії ґрунтується вся діагностика внутрішніх хвороб. Цей методологічний засіб застосовувався давно. Змінилися лише можливості діагностики, через те що збільшилася кількість "образів" хвороб, які повинен зберігати у своїй пам'яті лікар. Оскільки пам'ять лікаря не є безмежною, сьогодні у встановленні діагнозу бере участь ціла низка спеціалістів: клініцисти, біохіміки, радіологи, рентгенологи та ін.

Діагностика хвороби стає наслідком "колективного образу", котрий завжди точніший, оскільки використовується більший, ніж в однієї людини, обсяг пам'яті та досвіду.

Незважаючи на технічний прогрес, сучасний лікар розглядає хворобу (окремі хвороби) як арифметичну суму ознак та різні варіанти їх поєднань.

Схожий принцип закладено і в інтуїтивній (швидкій) діагностиці. Поняття "лікарська інтуїція" – це особливий різновид клінічного мислення, притаманний переважно лікарям зі значним практичним досвідом і великим багажем спеціальних знань. Інтуїтивна діагностика буває точною тільки у лікарів з широкою ерудицією. Наукова інтуїція може оперувати як реальними образами, так і умовними символами – аналогіями. В обох випадках відбувається процес асоціативного мислення, своєрідна асоціативна гра уяви, що для науки є допоміжним знаряддям логічних конструкцій.

Психологи стверджують, що інтуїція скорочує час логічного мислення і, досягнувши сам процес доведення, приводить прямо до висновку, який ще не доведений фактами. Однак є підстави вважати, що інтуїція все ж таки має право на реальне підґрунтя у вигляді окремих об'єктивних знань про досліджуваний предмет або його аналог [1].

Отже, діяльність лікарів певним чином пов'язана з підсвідомістю як одним із аргументів творчого процесу.

Діагноз не є суттю хвороби, а лише характеристикою (констатацією) конкретного захворювання. Із формулювання діагнозу повинна випливати програма дій лікаря, котрі спрямовані на ліквідацію квазіпатичного, патологічного процесу або хоча б на їхні найважливіші прояви. Пізнати їх – одне із головних завдань клініциста.

Слід зауважити, що різні спеціалісти можуть сформулювати діагноз по-різному, і це цілком природно, тому що вони ставлять перед собою різну мету у плануванні лікувальних заходів. Однак основа будь-якого діагнозу – відображення нозологічної форми, локалізації патологічного процесу, етіологічного рівня хвороби.

Варто зазначити, що у діагнозі виділяють такі характерні елементи, як фактор часу та характер перебігу патологічного процесу, локалізацію процесу, етіологічний та патогенетичний чинники, сукупність ознак та синдромів хвороби, особливості порушення обміну речовин та енергії, підміна діагнозу епонімічними термінами, ступінь недостатності (функції або структури) органа або системи, наслідок основного процесу (ускладнення), супутні захворювання, спеціальні уточнення характеру хвороби з позицій різних спеціалістів, перенесений у минулому патологічний процес.

Висновок на діагностичному рівні – складний і відповідальний процес. На цій стадії необхідне осмислення даних етіологічного, квазіпатичного, патологічного, нозологічного рівнів, внесення у діагноз відомостей про функціональний стан органа, ускладнень, супутніх захворювань.

Таким чином, як зауважили О.С. Попов і В.Г. Кондратьєв, у діагнозі відображається загальне (нозологічна форма) та індивідуальне (особливості стану хворого), у ньому віддзеркалена динамічна й цілісна картина конкретної хвороби [2].

Клінічний діагноз складається із двох частин:

1. Діагноз загальний (головний, генеральний), який асимілює такі відомості про хворобу, як фактор часу (гострий, хронічний),

стадія (фаза) перебігу процесу, наявність або відсутність патологічного процесу, особливості патологічного процесу (нозологічна форма), локалізація процесу. Ця частина діагнозу є універсальною і може бути заключною.

2. Діагноз додатковий (уточнений), до якого належать: відомості про ступінь недостатності органа, системи, ускладнення, супутні хвороби, уточнення фахівців інших спеціальностей, з яких складається основний діагноз (загальний).

Друга, уточнювальна, частина діагнозу може бути змінена та доповнена термінологією лікаря. Однак структура генеральної (загальної) частини діагнозу не підлягає жодним змінам, і кожен спеціаліст повинен формулювати її за єдиним зразком.

Враховуючи складність постановки діагнозу для кожного індивіда, на нашу думку, варто приділяти увагу і психологічним аспектам діагностики захворювань, враховуючи особливості реакції на один патологічний процес різними пацієнтами.

З психологічної точки зору виділяють 3 етапи реакцій на хвороби:

- сексологічний;
- оцінювальний;
- етап звикання до хвороби.

На сексологічному етапі виникають неясні неприємні відчуття різного ступеня вираженості з невизначеною локалізацією. Ці ранні симптоми соматичної хвороби спричиняють стан, який визначається як дискомфорт. Окрім невизначених дифузних суб'єктивних відчуттів дискомфорту, можливий і локальний дискомфорт, наприклад, у ділянці серця, шлунка, печінки. Дискомфорт – рання психологічна ознака морфофункціональних змін. Він може перерости у больові відчуття. Біль слугує своєрідною інформацією про порушення діяльності органів та систем; хворий його осмислює і завдяки цьому може оцінити соматичні страждання. Він оцінюється не тільки як симптом захворювання, але як загроза для життєдіяльності [7].

Біль може проявлятися на рівнях:

- фізіологічних відчуттів;

- емоційно-мотиваційному (страх, бажання, прагнення);
- когнітивному (раціональне, помірковане ставлення до болю й оцінка його ролі у своєму житті).

На першому етапі, окрім дискомфорту, больових відчуттів, можливі також порушення у біосоціальній адаптації (зниження творчої активності, ослаблення спонукальних мотивів до діяльності тощо). Виникає відчуття обмеженої свободи, неповного використання своїх теперішніх можливостей, власної неповноцінності (дефіцитерність).

Оцінювальний етап – наслідок інтрапсихологічної переробки сексологічних даних. Структура оцінювального етапу: вітальний компонент (біологічний рівень), суспільно-професійний компонент, етичний, естетичний, компонент, що пов'язаний з інтимним життям.

Психологічна картина хвороби проявляється в кожному випадку своєрідно і має індивідуальний характер та залежить від наступних чинників:

- преморбідних особливостей індивіда;
- ситуацій, в яких опиняється хворий (у сім'ї, на роботі, в клініці);
- специфіки захворювання.

Етап ставлення до хвороби – це переживання, висловлювання, дії, а також загальна поведінка хворого, котра пов'язана із захворюванням.

Основний критерій етапу: визнання або заперечення хвороби. Формування на згаданих вище етапах ставлення до хвороби називається соматонозогнозією.

Типи соматонозогнозій:

1. **Нормосоматонозогнозія** – адекватна оцінка хворим свого стану та перспектив щодо видужання. Оцінка хворим свого стану збігається з оцінкою лікаря. Ставлення до лікування і лікувальних процедур – позитивне. Активність у боротьбі з хворобою:

- а) адекватна хвороба й висока активність боротьби із захворюванням;
- б) адекватна оцінка в поєднанні з пасивністю, зниженням

активності, нездатність подолати негативні переживання.

Преморбідні особливості індивіда: сильна, урівноважена людина.

2. Гіперсоматозогнозія – переоцінка значущості як окремих симптомів, так і хвороби в цілому:

а) занепокоєння, тривога, паніка, підвищена увага до хвороби. Велика активність стосовно обстеження та лікування. Часта зміна лікарів і медикаментів. Гіпертрофований інтерес до медичної літератури;

б) настрій: апатичний, монотонний. Песимістичний прогноз на майбутнє. Скрупульозне виконання усіх вимог лікаря.

Преморбідні особливості індивіда:

- ригідність, загострення уваги на переживаннях;
- занепокоєння, підозрілість.

3. Гіпосоматозогнозія – недооцінка хворим важкості та серйозності хвороби в цілому та її окремих ознак:

а) зниження активності, зовнішня відсутність інтересу до обстеження та лікування. Безпідставний оптимістичний прогноз на майбутнє, недооцінка небезпеки. У такій ситуації глибший аналіз виявляє правильну оцінку здоров'я пацієнта. Водночас потрібні тимчасова зміна повсякденного режиму та припинення виконання рекомендацій лікаря. У разі хронічного перебігу захворювання звикають до хвороби, лікуються нерегулярно.

Преморбідні особливості; поверховість суджень, легковажність;

б) небажання звертатися до лікаря. Негативне ставлення до процесу лікування.

Тип психологічного захисту – заперечення хвороби. Преморбідні особливості: цілеспрямованість, "гіперсоціальність".

4. Диссоматозогнозія – заперечення наявності хвороби і симптомів. Повне невизнання хвороби:

а) невизнання хвороби у разі слабкої вираженості симптомів; навмисне приховування захворювання;

б) витіснення зі свідомості думок про хворобу, особливо у разі

песимістичного прогнозу хвороби.

При усіх формах соматонозогнозій необхідно враховувати вік людини. У молодому віці – це недооцінка тяжкості захворювання, а у разі яскраво виражених естетичних і інтимних компонентів особистісних реакцій – переоцінка тяжкості.

Існує взаємозв'язок між ставленням до хвороби і соціально-трудової адаптації: при іпохондричному і панічному це дезадаптація та зниження соціального функціонування.[4] Спотворене сприйняття хвороби яке було у сім'ї, де у батьків були неадекватні уявлення про захворювання і неправильне ставлення до лікування.[5]

Зрілий вік – частіше диссоматонозогнозія. Похилий вік – гіперсоматонозогнозія, пов'язана з недооцінкою сил і можливостей організму.

Гіперсоматонозогнозія пов'язана зі зниженням загальної реактивності.

Також важливим є розуміння патологічних типів ставлення до хвороби.

Патологічна реакція на хворобу – реакція, яка не відповідає силі, тривалості і значущості подразника. У даному разі неможлива корекція уявлень, суджень, а також поведінки хворого. Тривалість патологічних реакцій: від декількох годин до декількох тижнів.

У разі хронічного перебігу хвороби можливе переростання патологічної реакції в патохарактерологічний розвиток особистості.

Депресивна реакція включає в себе тривожно-депресивний і астенодепресивний синдроми.

Тривожно-депресивний синдром – переважно виникає на початковій стадії захворювання. Пригнічений настрій, туга, смуток, зосередженість на переживаннях, пов'язаних з недугою, суїцидні тенденції. Астенодепресивний синдром – на стадії розпаду або на кінець захворювання. Характерні пригніченість, розгубленість, сповільнена моторика.

Фобічна реакція – наявність нав'язливих страхів. Упродовж нападу страху загроза, що переживається, сприймається як цілком реальна. За відсутності гострих нападів фобій критичність

відновлюється.

Фобічна реакція має відповідну динаміку:

- поява нав'язливих страхів під впливом пошкоджувального подразника;

- виникає не тільки в травмівній ситуації, але й в очікуванні впливу пошкоджувального подразника;

- поява фобій в об'єктивно безпечній ситуації.

Істерична реакція – різка зміна настрою, демонстративність, дещо театральність, здатність травмувати себе у стані афекту. Перебільшення скарг.

Іпохондрична реакція – всупереч об'єктивній ситуації стосовно видужання хворого не полишає думка, що він хворий на інше, серйознішу недугу. У разі найменшого нездужання хворі починають думати про загрозу безпеки здоров'ю та життю.

Анозогнозія – це переважно реакція, пов'язана не з особистісними особливостями хворого, а з характером захворювання.

Анозогнозія виникає у випадку загрозливих для життя захворювань. Хворий не усвідомлює факту хвороби і через це її заперечує. Інколи надається значення найменшим соматичним порушенням і не помічаються симптоми іншого, дуже небезпечного, захворювання [6].

Формування того чи того типу ставлення до хвороби пов'язане з особливостями характеру хворої людини, ситуацією, а також з особливостями захворювання.

Ятрогенні (грец. *iatros* – лікар + *genes* – породжуваний, що виникає), заподіяння шкоди здоров'ю хворого в результаті тих чи інших хибних дій медичних працівників. Наприклад, це може бути використання лікарем спеціальної лексики, яку хворий не розуміє, але інтерпретує стосовно до себе в гіршому сенсі. Не можна критикувати або давати оцінку діям колеги в присутності хворого.

Дуже велике значення має сімейна ситуація хворого. Якщо в сім'ї є незадоволені бажання чи потреби членів сім'ї, хвороба може потрапити на "сприятливий ґрунт". Вона набуває неусвідомленого психологічного сенсу, є "умовно вигідною" для всіх членів сім'ї, є

засобом збереження сімейної злагоди.

Наприклад, якщо в сім'ї захворіла дитина (діагноз – екзема), а родичі дитини конфліктують між собою, хвороба дає змогу згуртувати сім'ю. Родичі об'єднуються для лікування і турботи про дитину, зникають сімейні конфлікти. До хворої дитини виявляють підвищену увагу, вона сама починає ставитися до себе як до дуже хворої, потребує постійної опіки, допомоги. У цьому випадку може виникнути гіперсоматонозогнозія. Лікування утруднене, екзема може перерости в нейродерміт. У такому випадку необхідна гармонізація сімейних стосунків [3].

Висновки

1. Враховуючи складність постановки діагнозу для кожного індивіда та особливості перебігу захворювання, варто приділяти увагу психологічним аспектам, враховуючи особливості реакції на один патологічний процес різними пацієнтами.

2. З психологічної точки зору виділяють 3 етапи реакцій на хвороби: сексологічний; оцінювальний; етап звикання до хвороби

3. Психологічна картина хвороби проявляється в кожному випадку своєрідно, має індивідуальний характер та залежить від преморбідних особливостей індивіда; ситуацій, в яких опиняється хворий (у сім'ї, на роботі, в клініці) та специфіки захворювання.

4. Найбільш ускладнює процес лікування формування у пацієнта гіперсоматонозогнозії та диссоматонозогнозії.

5. При усіх формах соматонозогнозій необхідно враховувати вік людини. У молодому віці – це недооцінка тяжкості захворювання, а у разі яскраво виражених особистісних реакцій – переоцінка тяжкості. У зрілому віці – частіше диссоматонозогнозія. Похилий вік – гіперсоматонозогнозія, пов'язана з недооцінкою сил і можливостей організму. Гіперсоматонозогнозія пов'язана зі зниженням загальної реактивності.

6. Варто розрізняти наступні патологічні реакції на хворобу: депресивну, фобічну, істеричну, іпохондричну та азогнозію.

7. Також вагоме значення має сімейна ситуація хворого в становленні його відношення до власного захворювання.

Список використаної літератури

1. Саркисов Д.С. Философия в системе медицинского образования // Клиническая медицина. 1999.
2. Шевченко Н. Ф., Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навчальний посібник. – Ніжин: Меланік, 2007. – 115 с.15.
3. Шмаргун В. М.Вікові та індивідуальні психосоматичні особливості дітей як предиктори розумового розвитку(молодший шкільний і підлітковий вік): дис. ... доктора психол. наук: 19.00.07 / Шмаргун Віталій Миколайович. – К., 2010. – 416 с.
4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни // 2005 С.10-15.
5. Николаева В.В. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / под ред. Николаевой – М.: Академический проект, 2009.
6. Рассказова Е. И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 43-56.
7. Erwin, Edward (2002). The Freud Encyclopedia: Theory, Therapy and Culture. Routledge. pp. 245–246.

ПЕРШОПОЧАТКИ РОЗВИТКУ Х-ПРОМЕНОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Шендеровський В.А.

Інститут фізики НАН України, м. Київ

Abstract. *The article, based on the research of scientific sources, reveals the little-known page of the historical development of X-ray in Ukraine after the discovery of X-rays. The scientific, practical and organizational activities of our compatriots, in particular, Ivan Pulu, Joseph Kosonogov, and Mykola Pilchikiv, are described in detail.*