

ВІКОВА ПЕРІОДИЗАЦІЯ ПРОЯВУ ЗАХВОРЮВАНЬ УРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Світлана БОНДАРЕВИЧ

Copyright © 2006

Постановка суспільної проблеми. У статті розкривається проблема прояву і розвитку хронічних неінфекційних захворювань урологічного профілю у певні тимчасові періоди життя індивіда, розглядаються вікові цикли вияву порушень у точках фазової сингулярності, збіг фаз початку і кінця вікових циклів і зародження найімовірніших для людини хвороб [6; 8]. Психологічна діагностика пацієнтів дозволяє проводити аналіз прояву і перебігу порушень у різні періоди життя особи. Використання і застосування сучасних теорій про роль психіки у виникненні і розвитку хронічної урологічної патології з урахуванням органогенезу, на підставі фаз або циклів розвитку і перебігу самого процесу життя сприяє цільовому підходу у здійсненні лікувальних та профілактичних заходів, довготривалого прогнозування [3; 6; 7; 8; 9].

Аналіз останніх досліджень і публікацій з данної проблеми. Захворювання урологічного профілю останнім часом привертають увагу багатьох фахівців. Пов'язано це із збільшенням кількості осіб, підвладних захворюванням сечовивідної і сечостатевої систем. З одного боку, має місце розширення вікових меж цього захворювання – констатується як омолодження контингенту, так і загальне збільшення тривалості життя людини, з іншого – розширюються можливості сучасної науки успішно займатися проблемою її здоров'я [4; 5; 7]. У цьому онтологічному контексті питання про те, чому бувають спади або підйоми у фізичному або духовному здоров'ї людини, коли, чому, де можуть виявитися ті чи інші порушення в організмі індивіда, профілактика і прогнозування захворювань хвилюють багатьох дослідників [1; 2; 6; 8; 9].

Основний напрям сучасної медицини пов'язаний із вивченням анатомо-фізіологічних змін в окремому органі, на основі якого відбувається опис біологічного процесу. Механізм виникнення і розвитку захворювань розглядається з погляду етіології (інфекційна, біологічна, фізіологічна, хімічна, спадкова і т. ін.). Однак у розвитку кожного захворювання треба враховувати дію психологічних феноменів. Так, будь-яке органічне порушення припускає схильність даної системи до захворювання (спадковість, генетична схильність, інфекції) або стан психіки (дистрес) пацієнта, ще згідно з ученням Гіппократа про хвороби, які переважають залежно від типу темпераменту. Проблема максимальних або пікових вікових проявів і розвитку хронічних неінфекційних захворювань, до яких відносяться захворювання урологічного профілю, донині фактично залишилася на периферії системних досліджень фахівців. Потреба ж її розв'язку пов'язана із зростанням кількості пацієнтів, котрі страждають хворобами нирок і сечостатевих органів [3; 6; 8; 9].

Дослідження життєвого шляху людини показують, що він диференціюється на біологічні ритми або цикли. Хід біологічного годинника виявляється у періодичних змінах життєдіяльності організму. Саме ці зміни й називають біологічними ритмами або циклами. Останні є природженими, жорсткими, вільнорухливими і характеризуються високою стабільністю. Практична більшість з них підпорядкована регуляції з боку центральної нервової системи [8].

Природжений механізм центрального біологічного годинника індивіда запускається з моменту його народження і безперервно вимірює перебіг часу, котрий переживається упродовж життя. Життєактивність індивіда від на-

родження до смерті розподілена на періоди. Використовуючи схожість цього годинника з механічними, де передавальне число складає 1:4 для “середньогрупового” індивіда ($0,8c < t < 1,0c$), Б.Й. Цуканов виділив багатодобові, багатомісячні та багаторічні цикли. На підставі своїх розрахунків ним були виділені дворічний цикл ($1,92=2$ роки) і великий біологічний цикл ($C=8,51$ роки) у житті людини [Там само].

У масштабі цих циклів точно описуються періоди і фази психосоматичного розвитку, виявлені в “об’єктивно-біографічному” часі життя індивіда. Зокрема, встановлено, що у форматі великого біологічного циклу відбуваються “психологічні переломи” у житті людини, а також з’являються ознаки психосоматичних захворювань, які спричинені типом темпераменту. На основі циклоїдної моделі часу, котрий переживається, у вигляді колеса великого біологічного циклу “С”, що котиться, на “стрілі суб’єктивного часу” в межах “сліду” великого біологічного циклу існує низка точок фазової сингулярності, головними з яких є точки, що співпадають із початками і кінцями поточних великих циклів. Ці вузлові точки визначають “поворотні пункти” життєвого шляху, тобто той вік людини, коли у її психосоматиці відбуваються “психологічні переломи”, а також з’являються ознаки тих чи інших хвороб [Там само].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується стаття. При аналізі даних групи хворих було зроблене спостереження, що на хронічні урологічні захворювання страждають індивіди, які належать до певного психологічного типу темпераменту – “рівноважного”. У роботі Б.Й. Цуканова про походження різних психологічних типів людської популяції визначено співвідношення типів темпераменту, згідно з тим, як відбувалося формування і розвиток внутрішніх органів у процесі еволюції тваринного світу. Вчений експериментально довів, що кожен індивід має свою власну одиницю часу (t), яка є природженою, жорсткою константою і вимірює хід-перебіг часу, котрий переживається ним. При визначенні процентного співвідношення різних типологічних груп індивідів людської популяції методом малих квадратів Б.Й. Цуканов виділив п’ятий або середній тип темпераменту – “рівноважний”. Цей тип ($t = 0,9c$) відіграє роль своєрідної межі між сангвіною ($t = 0,8c$) і меланхолідною ($t = 1,0c$)

групами темпераменту, почасти об’єднуючи їх риси. Використовуючи показник хронічних неінфекційних захворювань, відомий психолог-експериментатор встановив, що саме у “рівноважного” типу темпераменту найбільше схильна до захворювань сечовивідна і сечостатева системи, що пов’язано з еволюційним органогенезом. У різних індивідів переважання цієї хвороби виявляється з різною “С-періодичністю”. Причому в кожному випадку залежно від приналежності до тієї чи іншої типологічної групи, оскільки в організмі існує “*locus minoris resistentiae*”, і саме для індивідів “рівноважного” типу темпераменту найслабкішим місцем є нирки і сечостатеві органи [3; 6; 8; 9].

Вивчення віку хворих від дати народження до початку захворювання показує, що місце найменшого опору в організмі опиняється найуразливішим під кінець поточного великого біологічного циклу або його поточної чверті. Простежуючи “С-періодичність” захворювань, можна визначити кілька окремих вікових точок у житті індивіда, що є критичними, адже саме в них спостерігається симптоматика хронічних неінфекційних захворювань. Однозначно доведено, що “С-періодичність” для пацієнтів “рівноважного” типу темпераменту становить 7,65 років [6; 8; 9].

Для аналізу психологічних індивідуальних параметрів був використаний метод факторного аналізу Г. Айзенка про екстраверсію-інтроверсію і нейротизм-стабільність, що дає змогу провести диференціацію індивідуальних особливостей тих, хто страждає на захворювання урологічного профілю. Проведення психологічної діагностики таких осіб та вивчення статистичних даних віку хворих від дати народження до початку захворювання дозволили виділити і чітко визначити вузлові точки або точки фазової сингулярності формовияву захворювань, а також диференціювати характер розвитку порушень згідно з певною психологічною спрямованістю індивіда [2; 3; 8; 9].

Формулювання цілей статті (постановка завдання). У нашому дослідженні були проведені: 1) психологічна діагностика, 2) виділення основних діагностичних індивідуально-типологічних параметрів, 3) аналіз вікових С-періодів з виокремленням точок фазової сингулярності групи пацієнтів, котрі страждають захворюваннями нирок і сечостатевої системи. У підсумку проведеної роботи вдалося дещо

вдосконалити зміст діагностики, терапії, профілактики, а також проводити тривале прогнозування захворювань урологічного профілю і супутньої патології; оптимізувати практичну діяльність фахівця-медика.

Ключові слова: наукова школа Д.Г. Елькіна – Б.Й. Цуканова, біологічний годинник індивіда, захворювання урологічного профілю, “С-періодичність”, “рівноважний” тип темпераменту, точки “фазової сингулярності”.

Виклад основного матеріалу з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Досліджувана група пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями нирок і сечостатевої системи була розділена на три підгрупи. *Першу* склали хворі з гострою і з хронічною патологією – 468 осіб, з них чоловіків – 360 (77%) осіб, жінок – 108 (23%); *другу* – пацієнти з гострою патологією або із загостренням хронічної патології, а також пройшли один чи декілька курсів терапії – 209 осіб, з них чоловіків – 192 (91,86%), жінок – 17 (8,14%); *третьою* – пацієнти категорії “гострі” хворі – 58 осіб, з яких чоловіків – 37 (63%) осіб, жінок – 21 (36,2%) особа.

Вікові параметри досліджуваної групи хворих були такими: 15 років – 2 особи; 16–21 рік – 39 осіб; 23–30 років – 147 осіб; 31–37 років – 64 особи; 39–45 років – 67 осіб; 47–53 роки – 43 особи; 54–60 років – 53 особи; 62–68 років – 30 осіб; 69–76 років – 12 осіб; 77–81 рік – 6 осіб; 85 років – 1 особа. Тривалість хронічної патології (анамнез) – від півроку до 10–20 років, тривалість (анамнез) гострої патології – від однієї доби до 1 місяця.

З метою діагностики використані результати об’єктивного і суб’єктивного обстежень пацієнтів, а саме анамнез, скарги, дані об’єктивного огляду (стан простати при ректальному дослідженні), лабораторні проби (мікроскопія виділень, аналіз сечі, аналіз крові, ультразвукове дослідження внутрішніх органів, рентгендіагностика, ЕКГ).

Психологічна діагностика проводилася за допомогою опитувальника Г. Айзенка для визначення типів темпераменту за показниками екстраверсія-інтроверсія і нейротизм-стабільність, що дало змогу диференціювати досліджувану групу пацієнтів за цими параметрами. При цьому оцінка проводилася в балах від 0 до 12 і від 12 до 24 за обома осями [1–4]. Воднораз

у такий спосіб вдалося локалізувати пацієнтів, котрі відносяться до “рівноважного” типу темпераменту, тобто мають 12 ± 2 бали за шкалами екстраверсія-інтроверсія та нейротизм-стабільність.

Точки фазової сингулярності “на стрілі часу життя індивіда” чітко вказують на період виникнення домінантного захворювання, причому з високою точністю, а також уможливають прогнозування характеру і подальшого перебігу порушень. Показовим у клінічній дії хвороби тут є наявність суб’єктивних та об’єктивних проявів порушення функцій різних органів, локалізація і перебіг хронічної урологічної патології і побіжних захворювань групи пацієнтів “рівноважного” типу темпераменту з екстравертною або інтровертною тенденцією [3; 6; 8; 9].

Порівняння розрахункового віку і статистичного пацієнтів показує, що у “середньогрупових індивідів” хвороби починаються у віці, котрий можна визначити цілим або дробним числом прожитих ним великих біологічних циклів, а початок хвороби співпадає із закінченням циклу чи його чверті [8]. Циклоїдна модель проф. Б.Й. Цуканова вказує на те, що виникнення імовірного захворювання припадає на точки фазової сингулярності або точки злиття тимчасових фаз різних циклів в окремі вузлові точки, де завершення попереднього циклу зливається з початком наступного; на ці ж точки припадає й початок менших періодів.

Для докладнішої картини порівняння результатів психологічного обстеження та аналізу розрахункових даних вікових циклів або періодів хворих у процесі дослідження проводилося вивчення анамнезу захворювання, характеру його клінічних проявів та динаміки перебігу, побіжних захворювань, а також оцінювалися результати діяльності (об’єктивні і суб’єктивні дані лабораторного обстеження, ультразвукового дослідження тощо).

Аналітичне порівняння розрахункових даних вікових С-періодів і початку хвороби серед першої досліджуваної підгрупи пацієнтів забезпечило чітку локалізацію вузлових точок або точок фазової сингулярності у формовияві захворювання, дало змогу виокремити вікові періоди максимального розвитку захворювань урологічного профілю (**табл. 1**). Зокрема, встановлено, що найбільша кількість пацієнтів належить до певних вікових груп, які також підлягають диференціації: це особи, котрі про-

Таблиця 1

Вікова С-періодизація пацієнтів, котрі страждають захворюваннями нирок і сечостатевої системи (всього 468 осіб)

С-періоди	2С	3С	4С	5С	6С	7С	8С	9С	10С	11С	12С
Вік	15 років	16-21 рік	23-30 років	31-37 років	39-45 років	47-53 років	54-60 років	62-68 років	69-76 років	77-81 років	85 років
Жінки – 108	1	14	28	11	14	10	15	7	5	3	-
Чоловіки – 360	1	25	119	53	57	33	38	23	7	3	1
Всього: 468	2	39	147	64	67	43	53	30	12	6	1

жили повних 3 цикли або С-періоди, повний 5С-період, та повний 7С-період і проживають поточний 6С та 8С-періоди (див. рис. 1). Отож перший період максимального прояву захворювань урологічного профілю припадає на вік від 22 до 30 років (4С-період), другий – від 38 до 45 (6С-період), третій – від 54 до 60 (8С-період). Звідси очевидно, що найбільше пацієнтів, котрі страждають на захворювання нирок і сечостатевої системи, припадає суто на певний вік.

Вікова С-періодизація наявності порушень має вигляд: у 4С-періоді спостерігався прояв захворювання у 147 осіб (31,41%); у 6С-періоді – у 67 осіб (14,31%); у 8С-періоді – у 53 осіб (11,32%). Відтак порушення припадають на повний прожитий непарний віковий С-період життєдіяльності індивіда, на його завершення; співпадають із закінченням його останньої чверті, з початком наступного вікового С-періоду і його першої чверті, тобто характерні для точок фазової сингулярності. Таким чином, аналіз розрахункових даних віку від дати народження осіб до моменту його захворювання

дає змогу з максимальною точністю вказати на основні вузлові точки найвірогіднішого вікового формовияву потенційних захворювань – хвороб сечостатевої і сечової систем.

У другій досліджуваній підгрупі пацієнтів були проаналізовані: 1) вікові С-періоди, 2) їх четвертинне розмежування, 3) показники психологічної діагностики, 4) характер клінічного прояву зазначених порушень. У такий спосіб обґрунтовані вузлові точки або точки фазової сингулярності, що фіксують максимум розвитку порушень, а також диференційований характер перебігу (гострий, раптовий чи хронічне загострення) захворювання згідно з психологічною тенденцією зміни психофізики індивіда (табл. 2).

Детальний аналіз розрахункових вікових даних групи пацієнтів показав, що найбільше хворих припадає на початок поточного С-періоду або початок його першої чверті, а також на його завершення або кінець його останньої чверті. Причому під завісу поточного С-періоду на його останню чверть приходить максимальна кількість хворих, що природно, зважаючи на наявність фазової сингулярності (див. рис. 2).

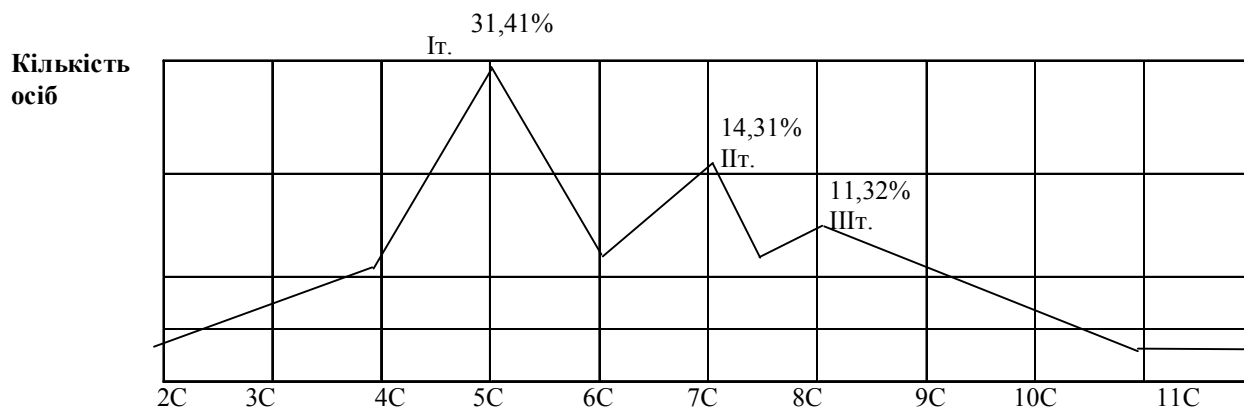


Рис. 1. С-періоди максимального прояву урологічних захворювань

Таблиця 2 (початок)
Дані вікових С-періодів і психологічної діагностики за показниками екстраверсія-інтроверсія і нейротизм-стабільність у досліджуваної групи хворих (вибірка 209 осіб)

Стать, кількість осіб	С-періоди	Вік (років)	Екстраверсія-інтроверсія, нейротизм-стабільність (бали та кількість осіб)	Клінічні прояви хвороби	% та загальна кількість осіб за періодами
Чоловік - 1	2С	15	Э-И<12-2 Н-С>12+2	Хронічний запальний процес	2С - період – 0,47% 1 особа
Чоловік - 1	2.1/4С	16	Э-И>12+2 Н-С<12-2	Раптовий розвиток гострого процесу	3С-період - 5,74% 12 осіб
Чоловік - 1	2.1/2С	19-20	Э-И<12-2 Н-С<12-2	Хронічне захворювання поза загостренням	-
Чоловіків - 6, жінок - 4	2.3/4С	21-22	Э.>12+2=9 осіб Н>12+2=7 Э<12-1=1 Н<12-2=3.	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловіків - 10, жінка - 1	3.1/4С	24-25	Э>12+2=7 осіб Н>12+2=0. Э<12-2=4. Н<12-2=5.	Раптовий розвиток захворювання, гострий напад	4С – період- 29,66% 62 особи
Чоловіків - 17	3.1/2С	25 -27	Э>12+2=11 осіб Н>12+2=9 Э<12-2=6 Н<12-2=8	Хронічне захворювання поза загостренням	-
Чоловіків - 30, жінок - 4	3.3/4С	27-28-30	Э>12+2=22 особи Н>12+2=21 Э<12-2=12 Н<12-2=13	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловіків - 7, жінок - 2	4.1/4С	31-33	Э>12+2=5 осіб Н>12+2=4 Э<12-2=5 Н<12-2=4	Раптовий розвиток запального процесу	5С-період - 14,83% 31 особа
Чоловіків - 9, жінка - 1	4.1/2С	34-35	Э>12+2=5 осіб Н>12+2=8 Э<12-2=5 Н<12-2=2	Хронічне захворювання поза загостренням	-
Чоловіків - 12	4.3/4С	36-37	Э>12+2=6 осіб Н>12+2=9 Э<12-2=6 Н<12-2=3	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловіків - 13	5.1/4С	38	Э>12+2=10 осіб Н>12+2=8 Э<12-2=3 Н<12-2=5	Раптове загострення хронічного процесу	6С-період - 18,18% 38 осіб
Чоловіків - 9	5.1/2С	40-42	Э>12+2=5 осіб Н>12+2=4 Э<12-2=4 Н<12-2=5	Хронічне запалення поза загостренням	-
Чоловіків - 14, жінок - 2	5.3/4С	43-45	Э>12+2=6 осіб Н>12+2=11 Э<12-2=10 Н<12-2=5	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловіків - 8	6.1/4С	46-47	Э>12+2=3 особи Н>12+2=6 Э<12-2=5 Н<12-2=2	Загострення хронічного захворювання	7С-період - 13,87% 29 осіб
Чоловіків - 3	6.1/2С	48-49	Э>12+2=1 особа Н>12+2=2 Э<12-2=2 Н<12-2=1	Хронічне захворювання поза загостренням	-
Чоловіків - 18	6.3/4С	50-52	Э>12+2=13 осіб Н>12+2=11 Э<12-2=5 Н<12-2=7	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловік - 3, жінок - 2	7.1/4С	54	Э>12+2=1 особа Н>12+2=3 Э<12-2=4 Н<12-2=2	Загострення хронічного захворювання	8С-період - 9,09% 19 осіб

Таблиця 2 (продовження)
Дані вікових С-періодів і психологічної діагностики за показниками екстраверсія-інтроверсія і нейротизм-стабільність у досліджуваній групі хворих (вибірка 209 осіб)

Стать, кількість осіб	С-періоди	Вік (років)	Екстраверсія-інтроверсія, нейротизм-стабільність (бали та кількість осіб)	Клінічні прояви хвороби	% та загальна кількість осіб за періодами
Чоловіків - 5	7.1/2С	55-56	Э>12+2=2 особи Н>12+2=3 Э<12-2=3 Н<12-2=2	Загострення хронічного захворювання немає	-
Чоловіків - 8, жінка - 1	7.3/4С	58-59	Э>12+2=3 особи Н>12+2=5 Э<12-2=6 Н<12-2=4	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловік - 1	8.1/4С	62	Э<12-2 Н>12+2	Загострення хронічного захворювання	9С-період – 5,26% 11 осіб
Чоловіків - 4	8.1/2С	63-65	Э>12+2=3 особи Н>12+2=2 Э<12-2=1 Н<12-2=2	Хронічне захворювання поза загостренням	-
Чоловіків - 5, жінка - 1	8.3/4С	67-68	Э>12+2=3 особи Н>12+2=5 Э<12-2=3. Н<12-2=1	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловік - 1	9.1/4С	70	Э>12+2 Н>12+2	Загострення хронічного захворювання	10С-період – 1,43% 3 особи
Чоловіків - 2	9.3/4С	74	Э>12+2=2 особи Н>12+2=1 Э<12-2=0 Н<12-2=1	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловіків - 2	10.1/4С	77	Э>12+2=1 особа Н>12+2=1 Э<12-2=1 Н<12-2=1	Загострення хронічного захворювання	11С-період – 1,43% 3 особи
Чоловік - 1	10.3/4С	81	Э>12+2=1 особа Н>12+2=1	Загострення хронічного захворювання	-
Чоловік - 1	11.1/4С	85	Э>12+2=1 особа Н<12-2=1	Загострення хронічного захворювання	12С-період – 0,47% 1 особа
Всього: 209	з них: чоловіків – 192, жінок – 17				91,86% 8,14%

Перший період збільшення групи хворих на урологічні розлади пов'язаний із завершенням 3С-періоду та його останньої чверті. Вік пацієнтів – 22 роки, їх кількість – 10 осіб, тобто 4,75% від загалу.

Скрупульозне вивчення всіх вікових С-періодів досліджуваної групи пацієнтів підтвердило наше припущення про те, що перша вузлова точка або точка фазової сингулярності припадає на кінець поточного 4С-періоду та його останню чверть – 3.3/4С-періоду; тут вік пацієнтів – 28 років, кількість – 34 особи, себто 16,3%. На початок наступного 5С-періоду та його першої чверті – 4.1/4С вік пацієнтів становить 31–32 роки, а їх є від вибірки 9 осіб (4,3%). Звідси очевидно, що перший віковий період “психологічного перелому”, коли вини-

кає потенційне захворювання, співпадає з точкою фазової сингулярності на “стрілі суб'єктивного часу життя” індивіда, обіймає кінець поточного 4С-періоду, його останню чверть і початок наступного 5С-періоду та його першу чверть. Чинний віковий діапазон – 28–32 роки, сегмент вибірки – 43 особи (20,57%). Фактично це п'ята частина всіх пацієнтів, котрі страждають захворюваннями урологічного профілю.

Друга вузлова точка або точка фазової сингулярності припадає на завершення поточного 6С-періоду, його останню чверть – 5.3/4С-періоду: всього 16 осіб (7,65%) і початок наступного 7С-періоду та його першу чверть – 8 осіб (3,82%). Друга точка фазової сингулярності датується 44–46 роками і становить 24 особи, тобто 11,48% вибірки обстежених пацієнтів.

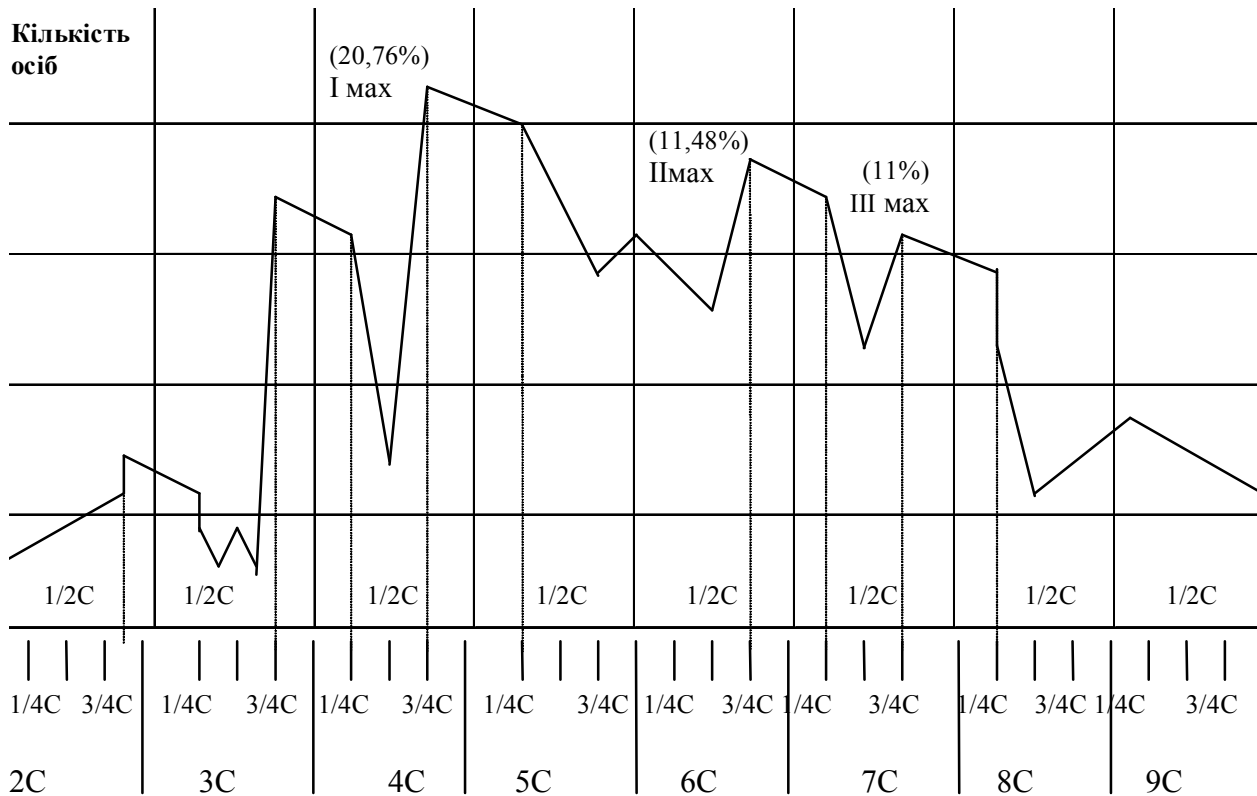


Рис. 2.

Максимальні точки фазової сингулярності прояву урологічних захворювань за чвертями С-періодів

Третя вузлова точка або точка фазової сингулярності знаходиться у підсумках поточного 7С-періоду та його останньої чверті – 6.3/4С-періоду, це 18 осіб (8,61%), і на початках наступного 8С-періоду та його першої чверті – 7.1/4С-періоду: 5 осіб (2,39%). Ця точка припадає на вік 52–54 роки і становить 23 особи – 11% від загалу.

Аналіз основних індивідуально-психологічних параметрів досліджуваної групи пацієнтів за показниками екстраверсія-інтроверсія, нейротизм-стабільність та вікових С-періодів вказує на різнобарвну картину клінічних формовиявів порушень як усередині поточних С-періодів, так і впродовж усього життєвого шляху індивіда. Характер цих проявів серед досліджуваної групи хворих показує, що на початок поточного С-періоду і його першої чверті захворювання характеризується раптовим, стрімким розвитком, вираженим деструктивним перебігом, який супроводжується гострим нестерпним болем. Ця група “первинних” або “гострих” хворих вирізняється яскравою панорамою відхилень, стрімким, лавиноподібним перебігом, різким болем. У процесі лікування

такі хворі виявляють нетерплячість, кваплять процес відновлення, їм властивий оптимізм. З проявом порушень на кінець поточного С-періоду та у його останній чверті розвиток захворювання уповільнюється, його рецидиви стають більш виразними, на певний час погіршується анамнезійний стан хворого. Зазначена група – це пацієнти “повторного” або “рецидивного” лікування. Нерідко їх відносять до “зануд”, оскільки вони люблять процес лікування, займаються пошуком “новітніх”, “найдорожчих і найпрогресивніших” методів. До того ж вони лікуються у фахівців різного профілю, є клієнтами народних цілителів та екстрасенсів.

Осмилення індивідуально-психологічних параметрів досліджуваної групи пацієнтів дає підстави стверджувати, що на початках поточного С-періоду і його першої чверті припадає більше індивідів “рівноважного” типу темпераменту з екстравертною тенденцією (<12+2); а на сам кінець поточного С-періоду та його останню чверть – більше індивідів “рівноважного” типу темпераменту з інтровертною тенденцією (>12-2).

Розглянемо детальніше перебіг 4С-періоду у зв'язку з тим, що кількість пацієнтів, котрі

страждають урологічною патологією, припадає на вік від 24 до 30 років. Досліджувана група нараховувала 62 особи.

На початок поточного 4С-періоду і його першу чверть (3.1/4С-періоду – 3.06С), вік пацієнтів був 24 роки, кількість осіб – 11, тобто 17,8% від загальної вибірки. Характеристика за типами темпераменту виявилася такою:

- 1) екстраверсія-інтроверсія $>12+2$ і нейротизм-стабільність $<12-2$ – 3 особи;
- 2) екстраверсія-інтроверсія $<12-2$ і нейротизм-стабільність $>12+2$ – 1 особа;
- 3) екстраверсія-інтроверсія $>12+2$ і нейротизм-стабільність $>12+2$ – 1 особа;
- 4) екстраверсія-інтроверсія $=12\pm 2$ і нейротизм-стабільність $=12\pm 2$ – 6 осіб.

Клінічні прояви порушень у даній віковій групі характеризувалися гострим перебігом процесу, раптовим, стрімким розвитком, деструктивними порушеннями. Больовий чинник тут є яскраво виражений. Короткий анамнез захворювання – від одного до кількох днів. Серед даної групи пацієнтів переважають індивіди “рівноважного” типу темпераменту з екстравертною тенденцією. Вони нетерплячі у процесі лікування і спостереження, завжди вдячні, їм властивий оптимізм.

Середина поточного 3С-періоду, початок 1.2С-періоду – 3.1/2С-періоду (3.49С), вік пацієнтів – 26 років, кількість – 17 осіб (24,41%). Їх характеристика за типами темпераменту така:

- 1) екстраверсія-інтроверсія $>12+2$ і нейротизм-стабільність $<12-2$ – 3 особи;
- 2) екстраверсія-інтроверсія $<12-2$ і нейротизм-стабільність $>12+2$ – 1 особа;
- 3) екстраверсія-інтроверсія $>12+2$ і нейротизм-стабільність $>12+2$ – 1 особа;
- 4) екстраверсія-інтроверсія $<12-2$ і нейротизм-стабільність $<12-2$ – 1 особа;
- 5) екстраверсія-інтроверсія $=12\pm 2$ і нейротизм-стабільність $=12\pm 2$ – 11 осіб.

На цей віковий період припадає найбільше пацієнтів, котрі приходять з метою профілактичного лікування, поза стадією загострення хронічного неінфекційного захворювання, на тлі мізерної клінічної картини або відсутності будь-яких порушень узагалі. Тому у цих хворих клінічні прояви вирізняються уповільненим неявним характером (прийшли “просто так”). До цієї групи переважно належать індивіди “рівноважного” типу темпераменту з екстравертною тенденцією; вони спокійні та

послідовні в лікуванні.

Насамкінець поточного 4С-періоду і його останньої чверті – 3.3/4С-періоду (3.83С) припадає максимальна кількість пацієнтів усього 4С-періоду. При цьому вік хворих становить від 28 до 30 років, а кількісно група найчисельніша – 34 особи, себто 54,84% вибірки досліджуваних. Характеристика за типами темпераменту така:

- 1) екстраверсія-інтроверсія $>12+2$ і нейротизм-стабільність $<12-2$ – 7 осіб;
- 2) екстраверсія-інтроверсія $<12-2$ і нейротизм-стабільність $>12+2$ – 6 осіб;
- 3) екстраверсія-інтроверсія $>12+2$ і нейротизм-стабільність $>12+2$ – 2 особи;
- 4) екстраверсія-інтроверсія $=12\pm 2$ і нейротизм-стабільність $=12\pm 2$ – 19 осіб.

У цей віковий діапазон потрапляє збільшення відсотка пацієнтів із загостренням хронічного неінфекційного захворювання, уповільненим, рецидивним перебігом та загостренням побіжної патології, вони відносяться до “повторних” або “рецидивних” хворих. Анамнез захворювання тривалий – від кількох місяців до декількох років. Часто вони “вже” пройшли лікування, котре виявилось “неефективним”, або перебувають у пошуку “сучасніших” чи “новітніх” методів лікування. Процес відновлення серед даної групи пацієнтів сповільнений, здебільшого через 1–2 місяці після завершення лікування. У складі цієї вікової групи переважають індивіди “рівноважного” типу темпераменту з інтровертною тенденцією.

Аналіз усіх формовиявів захворювань за С-періодами уможливорює чітку диференціацію характеру клінічних порушень. На початок вікових С-періодів – поточних 4С, 5С, 6С, 7С-періодів – припадає переважання пацієнтів з гострими клінічними руйнаціями, раптовим розвитком самого процесу. Під фінал поточного 6С-періоду та під завершення його останньої чверті – 5.3/4С-період, коли вік сягає 44–45 років, збільшується кількість хворих з уповільненим хронічним процесом, згладженою клінічною картиною хвороби, частими больовими загостреннями протягом короткого тимчасового проміжку (ритм загострень в 1/64С-періоду – 42-а добові цикли). У цей віковий період більше пацієнтів мають від 2 до 4 і більш рецидивів за короткий період часу. На підсумок поточного 7С-періоду і його останньої чверті – 6.3/4С-періоду у віці 50–52 роки припадає найбільше “повторних” або “реци-

дивних” пацієнтів, нерідко спостерігається загострення побіжних захворювань (інфаркт міокарду, вегетосудинна дистонія, коліт, панкреатит, дисбактеріоз кишечника та ін.) на тлі домінантної хвороби [3; 8].

На підставі вищевикладеного підсумуємо експериментальні факти. Найбільше пацієнтів, котрі страждають захворюваннями урологічного профілю, припадає на вікові С-періоди – 4С, 5С, 6С, 7С, 8С. Спостерігається певна закономірність диференціації групи пацієнтів “рівноважного” типу темпераменту з екстравертною або інтровертною тенденцією як всередині поточних С-періодів, так і на всьому їхньому життєвому шляху. На старті С-періоду і його першої чверті переважна більшість індивідів належать до “рівноважного” типу темпераменту з екстравертною тенденцією, у яких характер захворювання гострий, раптовий, а під кінець С-періоду та його останньої чверті – індивідів цього ж типу, але з інтровертною тенденцією, а відтак уповільненим, рецидивним характером захворювання. Якщо розглядати життєвий шлях індивіда стосовно “стріли часу життя”, то на перші поточні С-періоди – від 22 років і на 3С-4С-5С-6С-періоди – випадає переважання кількості індивідів, котрим притаманний “рівноважний” тип темпераменту з екстравертною тенденцією, а починаючи з 8С-періоду – від 54 років – переважають особи аналогічного типу, проте з інтровертною тенденцією.

Результати дослідження пацієнтів третьої підгрупи дають змогу деталізувати уявлення про тимчасову розгортку формовиявів захворювань урологічного профілю з гострою патологією. Для цього нами проведений поглиблений аналіз вікових С-періодів групи пацієнтів категорії “гострих” хворих, тобто з гострим клінічним проявом порушень на початку виникнення хвороби (**табл. 3**).

Інформація про поточні С-періоди групи пацієнтів з гострими клінічними індикаторами порушень сечової і сечостатевої систем дає підстави стверджувати, що найбільше таких осіб потрапляє у 4С-період, їхній віковий діапазон становить від 23 до 28 років, кількість – 19 осіб (32,7%) від вибірки. Причому основна група хворих – 15 осіб (25,9%) перебуває у віці 28 років, а це, як відомо, кінець поточного 4С-періоду та його останньої чверті. Відтак основна точка фазової сингулярності, тобто час максимального прояву гострих захворювань уроло-

гічного профілю, припадає на завершення 4С-періоду та його останньої чверті.

Класифікація вікових даних групи пацієнтів з гострими проявами порушень за аналізованими С-періодами підтверджує вже встановлене: більшість тих, хто звернувся за допомогою потрапляє у підсумкові моменти функціонування поточних С-періодів та їх завершальних чвертей. Загалом характер цих клінічних порушень залежить від перебігу С-періодів, інваріантів та особливостей їх подальшого розвитку. На початку С-періоду та його першої чверті клінічні формовияви порушень вирізняються гостротою і раптовістю, а на кінець цього С-періоду та його останньої чверті – латентністю, уповільненістю, рецидивністю.

Отже, проведена психологічна діагностика дала змогу: а) локалізувати досліджувану патологію на підставі показників екстраверсія-інтроверсія і нейротизм-стабільність; б) обґрунтувати характер основної урологічної патології та її побіжних захворювань; в) проаналізувати вікові С-періоди, у результаті чого відшукані точки фазової сингулярності максимального прояву хронічних неінфекційних захворювань урологічного профілю, характеру їх формоіндикації і перебігу долучених до них порушень. У підсумку все це розширює діагностичні можливості, конкретизує лікувальні і профілактичні заходи, забезпечує прогнозування інваріантних схем розгортання хвороби, сприяє розвитку науки майбутнього – профілактичної медицини.

ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

1. Прояв імовірних для окремого індивіда захворювань припадає на точки фазової сингулярності на “стрілі суб’єктивного часу його життя”, коли збіг фаз вікової періодизації і початку захворювання співпадають. Вузлова точка або точка фазової сингулярності випадає: а) на кінець поточного С-періоду, б) на завершення його останньої чверті, в) на початок наступного С-періоду і г) на початок його першої чверті. У ці періоди максимальна кількість пацієнтів хворіють на гострі прояви порушень.

2. Перший період максимального прояву захворювань урологічного профілю, припадає на вік від 22 до 28–30 років, другий – від 38 до 44–46 років, третій – від 48 до 52–54 років.

3. Характер клінічних проявів порушень поточного С-періоду має чітку диференціацію.

Таблиця 3

Вікова “С-періодизація” групи пацієнтів з гострою патологією

С-періоди	С-періодизація	Вік (років)	Кількість чоловіків і жінок	Клінічні прояви хвороби		Діагноз	Загальний % та кількість осіб
2с	1.3/4С	15	Чоловік - 1		Загострення хронічного захворювання	СКХ Загострення хронічного простатиту, уретриту	1,72% (1)
3с	2.1/4С	17	Жінка - 1	Гострий розвиток захворювання		Гострий цистит	8,62% (5)
	2.3/4С	20-22			Загострення хронічного захворювання	Загострення хронічного простатиту, пієлонефриту	
4с	3С	23-24	Жінок – 3 Чоловік - 1	Гострий розвиток захворювання		СКХ ниркова коліка, гострий цистит	32,75 % (19)
	3.3/4С	28	Жінок - 2 Чоловіків - 13		Загострення хронічного захворювання	Хронічний простатит, загострення. СКХ. пієлонефрит	
5с	4С	31	Чоловіків - 2	Гострий розвиток захворювання		СКХ. Гострий простато-уретрит	8,62% (5)
	4.3/4С	36-37	Чоловіків - 3		Загострення хронічного захворювання	Хронічний простатит, загострення	
6с	5С	39	Чоловіків - 2 Жінка - 1	Гострий розвиток захворювання		СКХ. Гострий орхіт, гострий простатит	17,27% (10)
	5.3/4С	44-45	Жінок - 2 Чоловіків - 5		Загострення хронічного захворювання	Загострення хронічного простатиту. СКХ. Загострення хронічного цисто-пієлонефрита	
7с	6С	46-47	Жінок - 3 Чоловіків - 1	Гострий раптовий розвиток захворювання		СКХ, ниркова коліка, гострий простатит	12,06% (7)
	6.3/4С	51	Жінка - 1 Чоловіків - 2		Загострення хронічного захворювання	СКХ, загострення хронічного простатиту, пієлоциститу	
8с	7С	54-55	Жінок - 2 Чоловіків - 2	Гострий раптовий розвиток захворювання		Загострення хронічного простатиту, Гострий пієлонефрит. СКХ, ниркова коліка	10,34% (6)
	7.3/4С	59	Жінка - 1 Чоловік - 1		Загостренні хронічного захворювання	Загострення хронічного циститу, простатиту	
9с	8.3/4С	66	Чоловіків - 2		Загострення хронічного захворювання	СКХ, загострення хронічного простатиту	3,44% (2)
10с	9.3/4С	74-75	Жінок - 2	Загострення хронічного захворювання		СКХ. Ниркова коліка. Загострення хронічного пієлоциститу	3,44% (2)
11с	10.3/4С	82	Чоловік - 1		Загострення хронічного захворювання	СКХ, загострення хронічного простатиту	1,72% (1)

На початок поточного С-періоду і його першої чверті припадає більша кількість пацієнтів “рівноважного” типу темпераменту з екстравертною тенденцією і гострим клінічним перебігом порушень; на завершення поточного С-періоду і його останньої чверті має місце більше пацієнтів “рівноважного” типу темпераменту з інтровертною тенденцією і клінічним підгострим, уповільненим, рецидивним виявом порушень.

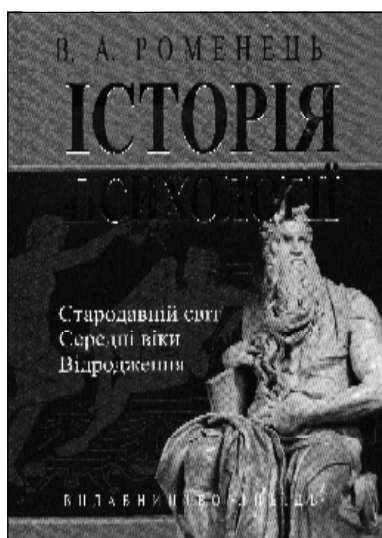
4. Аналіз вікових С-періодів, розрізнення точок фазової сингулярності, психологічна діагностика пацієнтів, котрі страждають захворюваннями урологічного профілю, дають змогу конкретизувати лікувальні, профілактичні заходи, сприяють тривалому прогнозуванню, оптимізують роботу фахівця, що в сукупності відкриває нові терапевтичні можливості у

тактичному підході до пацієнта і стимулює розвиток більш досконалої профілактичної медицини.

1. Айзенк Г.Ю. Психология: Польза и вред. Смысл и бессмыслица. Факты и вымысел. Пер. В.В.Гуриновича. – Мн.: Харвест, 2003. – 912 с.
2. Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів /За заг. ред. М.С. Корольчука. – К.: Ельга, Ніка-Центр, 2004. – 400 с.
3. Бондаревич С.М. Індивідуально-типологічні властивості хворих урологічного профілю // Вісник ОНУ. – Одеса: Астропринт, 2005. – Том 6. Психологія. – Випуск 9.
4. Ильин Е.П. Психология индивидуальных отличий. – СПб.: Питер, 2004. – 701с.
5. Простатиты / Юнда И.Ф. – К.: Здоровье, 1987. – 192с.
6. Савенкова І.І. Локалізація симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах // Вісник ОНУ. – Одеса: Астропринт, 2003. – Том 8. Психологія. – Випуск 10. – С. 132–145.
7. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2004. – 713 с.
8. Цуканов Б.И. Время в психике человека: Монография. – Одесса: Астропринт, 2000. – 220 с.
9. Цуканов Б. Еволюційне відлуння індивідуальних відмінностей // Психологія і суспільство. – 2002. – №2. – С. 126–148.

Надійшла до редакції 17.04.2006.

КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



Роменець В. А.

Історія психології: Стародавній світ. Середні віки. Відродження:

Навч. посібник. — К.: Либідь, 2005. — 916 с.

На широкому цивілізаційному тлі показано основні етапи й закономірності становлення психологічних поглядів від первісності до XVII ст. Використання вчинкового принципу в історії психології дає змогу глибоко розкрити особливості психологічного мислення європейських та східних народів у різні історичні епохи.

Для студентів, викладачів, науковців, усіх, хто цікавиться історією психологічної науки.

Роменець В. А.

Історія психології: XVII століття. Епоха Просвітництва: Навч. посібник. — К.: Либідь, 2006. — 1000 с.

Книжка, що є продовженням циклу історико-психологічних праць відомого вітчизняного психолога й філософа, охоплює наступні за Відродженням епохи Бароко та Просвітництва (XVII—XVIII століття). У тісному зв'язку з громадянською та культурною історією висвітлюються оригінальні погляди на людину та її місце у світобудові. Поряд із загальновідомими іменами західноєвропейських мислителів представлено психологічні розробки їхніх українських сучасників.

Для студентів, викладачів, науковців, усіх, хто цікавиться історією психологічної науки.

