

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Донов А. В.

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

В исследование включены 107 больных (все мужчины), находившиеся на стационарном лечении с прогрессирующей стенокардией (средний возраст $59,2 \pm 1,04$ года). Диагноз ИБС был верифицирован с использованием клинично-функциональных, лабораторных и инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ). Селективная коронароангиография (КАГ) выполнена 50 больным. Признаки социально-психологической дезадаптации (СПД) пациентов изучались с помощью методики СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности), опросника «Шкала Враждебности», опросника качества жизни. Анализ результатов психологического тестирования позволил выявить признаки СПД у 25,2 % больных ИБС. Курс психотерапии проводился по методике (Айвазян Т. А., Зайцев В. П., 1996). Методика психологической реабилитации включалась в комплексную программу терапии больных прогрессирующей стенокардией.

Ключевые слова: прогрессирующая стенокардия, психологический статус, социально-психологическая дезадаптация.

PSYCHOLOGICAL TESTING PATIENTS WITH PROGRESSIVE ANGINA TO PREVENT SOCIO-PSYCHOLOGICAL MALADJUSTMENT

Donov A. V.

V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia,

107 inpatients (males) with progressive angina (mean age $59,2 \pm 1,04$ years) have been examined. Diagnosis of ischemic heart disease was verified with the use of clinical-functional, laboratory and instrumental methods of investigation (ECG, Echocardiogram, VEM). Selective (coronary) angiography (CAG) is made of 50 patients. Psychological state of patients was studied with method of Reduced Many-Factorial Questionnaire for Investigation of Personality, Questionnaire «Hostility Scale», and Quality of Life Questionnaire. Course of psychotherapy was conducted according to method (Ayvazyan T.A., Zaytsev V.P., 1996). Analysis of results of psychological testing has allowed revealing of signs of social-psychological maladjustment in 25,2 % of patients with IHD. Method of psychological rehabilitation was included into complex program of therapy of patients with progressive angina.

Key words: progressive angina, psychological status, social-psychological maladjustment.

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости, смертности населения и инвалидизации в ведущих странах мира [1]. Прогрессирующая стенокардия (ПС) – промежуточный период между стабильным течением ИБС и нестабильным, характеризующимся высоким риском развития инфаркта миокарда, внезапной коронарной смертью и другими сердечно-сосудистыми осложнениями [2]. Изучение психосоциальных факторов, влияющих на развитие нестабильного течения стенокардии, является актуальной задачей. При этом особое значение придается психологическому состоянию больных как в плане оценки появления признаков социально-психологической дезадаптации (СПД), так и проведения лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий [3, 4].

Цель. Изучить психологические факторы, влияющие на процесс реабилитации, и оптимизировать методы психологической реабилитации больных прогрессирующей стенокардией.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кардиологического отделения Городской больницы № 6 им. Карповича г. Красноярска и регионального сосудистого центра Краевой клинической больницы г. Красноярска. Обследовано 107 больных с прогрессирующей стенокардией, все мужчины (средний возраст $59,2 \pm 1,04$ года), коронарный анамнез $2,00 \pm 1,11$ года. Диагноз ИБС был верифицирован с использованием клиничко-функциональных, лабораторных и инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ). Селективная коронароангиография (КАГ) выполнена 50 больным. Липиды крови определяли стандартизированными и унифицированными методами: общий холестерин крови (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). Расчетным путем оценивали холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) по формуле (Fredrickson D., Friedwald W., 1972), индекс атерогенности (отношение ОХС/ХС ЛПВП). Психологический профиль больных изучали с помощью «СМОЛ-ЭКСПЕРТ» – автоматизированного сокращенного многофакторного опросника для обследования личности, адаптированного варианта теста ММРІ (методика многостороннего исследования личности). Опросник включает 71 утверждение и оценивается в Т-баллах по шкалам: при значениях, не превышающих уровня 60 Т-баллов, как социально-психологическая адаптация (СПА); при значениях, превышающих 60 Т-баллов, как показатель социально-психологической дезадаптации (СПД).

Шкала враждебности, одна из шкал теста ММРІ, направлена на выявление различных аспектов враждебности и включает 50 тестовых утверждений со стандартными типами ответов. На основе тестирования рассчитываются показатели по 5-ти подшкалам. Cynicism – негативное восприятие людей как недостойных, лживых и эгоистичных. Hostile Attributions – тенденция интерпретировать поведение людей как направленное на причинение вреда респонденту; подозрительность. Agressive Responding – тенденция отвечать агрессией и злобой на проблемы или рассматривать агрессивное поведение как целесообразное. Angry Feelings – негативные эмоции, связанные с взаимоотношениями с окружающими. Neurotic – стремление к избеганию вовлечения в межличностные отношения. Результат оценивается по показателям общей враждебности. Показатели свыше 50 баллов расценивались как повышенная враждебность.

Качество жизни (КЖ) больных с ПС определяли на госпитальном этапе и через 6 месяцев динамического наблюдения по методике медико-социального анкетирования (Гладков А. Г., 1982) с оценкой степени удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным благополучием. За нормативные показатели КЖ принимали значения, равные

0 и выше. Показатели КЖ от -1 до -2 баллов расценивались как снижение легкой степени, от -3 до -7 баллов – умеренное снижение, -8 баллов и ниже – значительное снижение.

Данная методика была использована для отбора пациентов и проведения курса психологической реабилитации.

Курс психотерапии проводился с применением альфа/тета медитации («электронные очки»), устройства Биологической обратной связи (БОС), применяемых для снятия каждодневных стрессов [5]. БОС включает: электроды для измерения электрического сопротивления кожи; электронный блок; наушник, подключающийся к гнезду «ТМ» прибора. Приводит к нормализации повышенной активности лимбической и гипоталамической систем, сопровождающейся уменьшением уровня тревожности, психологической и физиологической реакции на стрессовые ситуации. Методика проведения сеанса психорелаксационной терапии с помощью БОС составляет 10–15 минут с частотой 5 раз в неделю (общий курс 10 занятий). Следовая реакция после применения курса психорелаксационной терапии с использованием БОС сохраняется до 6 месяцев.

Результаты. По данным ЭКГ выявлена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) с признаком Соколова – Лайона ($Sv1 + Rv5-v6 > 35\text{мм}$), что подтверждалось результатами проведения ЭхоКГ, при этом ГЛЖ была диагностирована у 70 % пациентов. Нарушение ритма высоких градаций по Lown зарегистрированы у 25 больных (23,4 %), в том числе в виде экстрасистолии в 12,1 % случаев, фибрилляции предсердий в 9,4 %, атриовентрикулярной блокады в 1,9 %. В 75,6 % случаев ИБС ассоциировалась с артериальной гипертонией. Показатели спектра липидов крови свидетельствуют о наличии атерогенной дислипидемии: уровень ОХС $5,30 \pm 0,97$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,06 \pm 0,12$ ммоль/л, ТГ $1,69 \pm 0,17$ ммоль/л, ХС ЛПНП $3,47 \pm 0,16$ ммоль/л, ИА $5,00 \pm 0,24$. По результатам КАГ были получены следующие результаты: правый тип кровоснабжения наблюдался у 42 %, сбалансированный – 39 % и левый тип у 19 %. Однососудистое поражение отмечено в 48,2 % случаев, многососудистое в 51,8 %. Анализ индивидуальных профилей СМОЛ позволил выявить признаки социально-психологической дезадаптации у 27 больных ПС. Показателями СПД являлись значения СМОЛ, превышающие 60 Т-баллов по шкалам 1 (ипохондри), 2 (депрессии), 7 (психастении), и снижением по шкале 9 (оптимизма), что определило показания для отбора пациентов и проведения курса психологической реабилитации. Кроме того, учитывалось повышение показателя «общей враждебности», составившее в среднем $49,2 \pm 5,6$ баллов, а также снижение показателей КЖ, в первую очередь, связанных с «необходимостью лечиться», «ограничениями в повседневной жизни» и «физической активности». Суммарные показатели КЖ были умеренно снижены у 23,2 % пациентов, значительно снижены у 29 %, снижены в легкой степени у 16 % больных прогрессирующей стенокардией. Контрольную группу составили больные, не про-

шедшие курс психологической реабилитации. В основной группе к окончанию курса психотерапии отмечено достоверное снижение ряда показателей усредненного профиля СМОЛ (рис. 1).

Результаты, представленные в Т-баллах, указывают на положительную динамику показателей профиля СМОЛ и снижение по шкале 1 (с $58,42 \pm 2,28$ до $52,61 \pm 1,7$; $p < 0,01$), шкале 2 (с $53,85 \pm 2,31$ до $48,70 \pm 2,05$; $p < 0,05$), шкале 3 (с $54,23 \pm 2,1$ до $49,65 \pm 1,93$; $p < 0,01$), шкале 7 (с $49,38 \pm 1,86$ до $47,48 \pm 1,8$; $p < 0,05$) и тенденция к повышению по шкале 9 (с $47,25 \pm 1,33$ до $48,15 \pm 1,35$; $p < 0,05$).

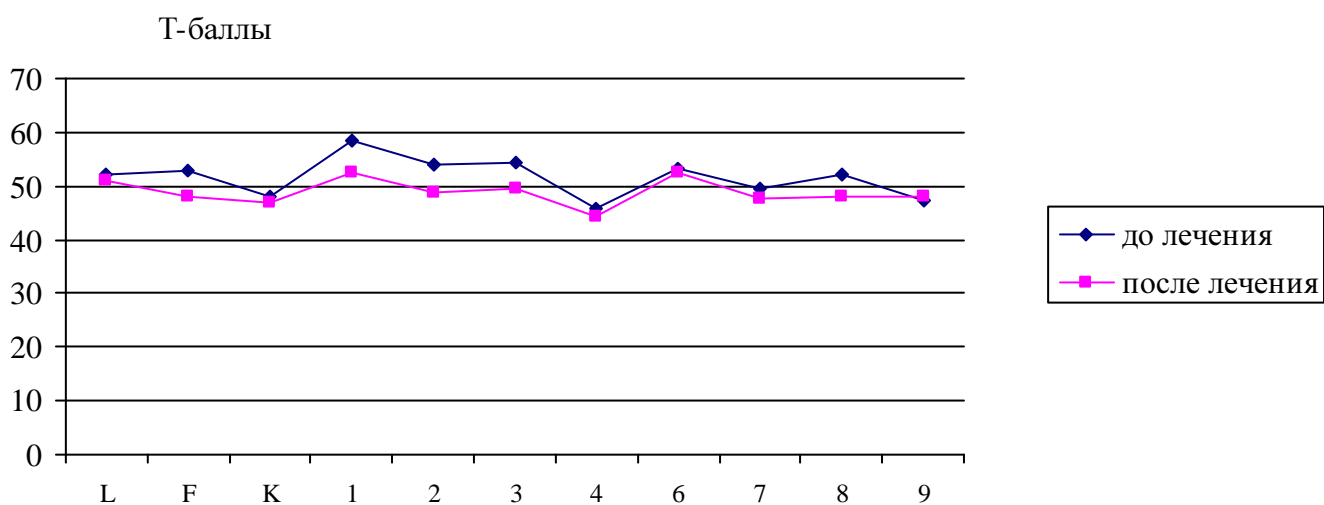


Рисунок 1. Динамика показателей профилей СМОЛ в процессе курса психотерапии

Суммарные показатели по шкалам «враждебности» также уменьшились по сравнению с исходным уровнем (с $49,2 \pm 5,6$ баллов до $42,64 \pm 3,92$ $p < 0,05$) (рис. 2).

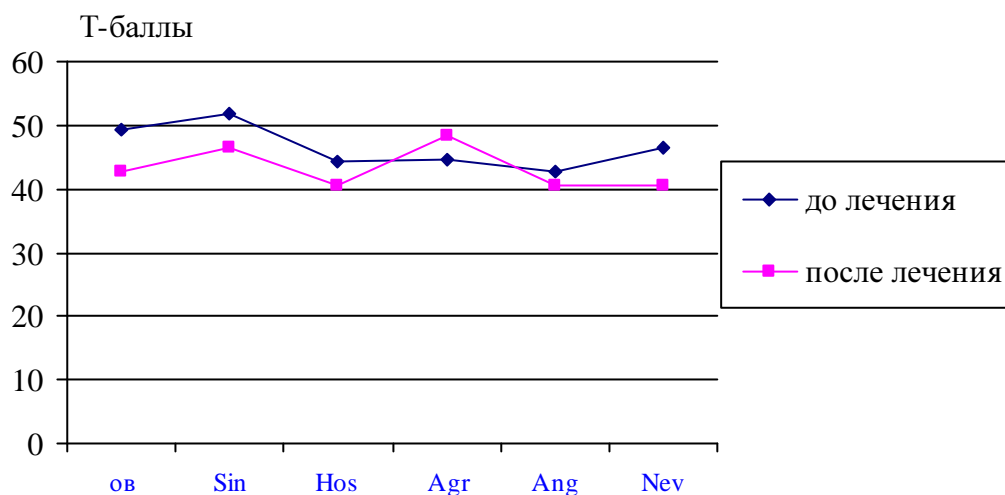


Рисунок 2. Динамика показателей по шкалам враждебности. Примечание: % ОВ – общая враждебность

Выводы. Выполненное исследование показало целесообразность раннего выявления признаков СПД с помощью методов психологической диагностики и проведения психологической реабилитации у пациентов с прогрессирующей стенокардией. Включение ранней психологической реабилитации в схему комплексной терапии, проводимой на госпитальном этапе, позволит оптимизировать дальнейшую тактику наблюдения и повысить эффективность медикаментозного лечения и прогноз больных ИБС.

Список литературы

1. Айвазян Т. А. Психорелаксация в лечении гипертонической болезни / Т. А. Айвазян // Кардиология. – 1991. – № 2. – С. 394-397.
2. Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия 2003 г. / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова // Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва. – 2004. – С. 5-10.
3. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные клинические рекомендации / Под ред. Р. Г. Оганова. – 4-е издание. – М.: Изд-во «Силиция-Полиграф», 2011. – С. 20-112.
4. Люсов В. А., Волов Н. А., Лебедева А. Ю., Беневская М. А., Кудинова М. А. Методы диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных острым инфарктом миокарда // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 77-81.
5. Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and cardiac risk: present status and future directions // Med. J. – 2010. – V. 86 (1014). – P. 193-196.

Рецензенты:

Гоголашвили Николай Гамлетович, доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель клинического отделения сердечно-сосудистой системы ФГБУ «НИИ медицинских проблем Севера» СО РАМН, г. Красноярск.

Смирнова Светлана Витальевна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «НИИ медицинских проблем Севера» СО РАМН, г. Красноярск.