

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Бирюкова Л.А., Панова Т.Н., Великанова Л.П.
Астраханская государственная медицинская академия

Резюме

Высокие показатели медико-социальной приверженности к лечению имеют больные ИБС с адаптивными нервно-психическими реакциями. Снижение этих показателей наблюдается при появлении психической дезадаптации, характерной для больных с болевыми формами ишемии миокарда.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, психоэмоциональные особенности, комплаентность.

В настоящее время основной причиной смертности и инвалидности является сердечно-сосудистая патология, что делает проблему ее лечения и профилактики не только медицинской, но и социальной. Однако чтобы рассчитывать на участие пациента в терапевтическом процессе, необходимо быть уверенными в том, что он находится в достаточно благополучном психологическом состоянии. Было обнаружено, что даже однократная просьба о выписке психотропного препарата, обращенная к врачу, прогнозирует неучастие пациента в лечении основного заболевания. Депрессивные состояния, синдром одиночества, жалобы на невротические проявления являются серьезными предпосылками для отказа пациента от участия в лечении сердечно-сосудистых заболеваний [2,5,6,7].

Цель исследования: изучить психоэмоциональные особенности, определяющие медико-социальные факторы приверженности к лечению больных ИБС при болевой и безболевогой ишемии миокарда.

Материалы и методы

Обследованы 112 мужчин больных ишемической болезнью сердца в возрасте от 38 до 64 лет (средний возраст — $54,3 \pm 1,23$ лет), находившихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях НУЗ МСЧ «Астраханьгазпром» и ГКБ № 4 г.Астрахани в 2003 — 2006гг. В исследование включали больных со стабильным течением ИБС на протяжении предшествующего месяца. Диагноз ИБС ставился на основании анализа жалоб, анамнестических данных, объективного исследования, электрокардиографии, суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Диагностика различных форм ИБС осуществлялась с использованием классификации экспертов ВОЗ и ВКНЦ АМН. По данным холтеровского мониторирования больные были распределены на три группы: 32 больных с безболевогой ишемией миокарда (ББИМ); 40 больных со смешанной ишемией миокарда (СИМ), у которых количество болевых эпизодов не превышало 75 % от общего количества эпизодов ишемии; 40 больных с болевой ишемией миокарда (БИМ), при которой у 24 человек все эпизоды ишемии миокарда

были болевыми и 16 человек, имевших ≥ 75 % болевых эпизодов от общего количества эпизодов ишемии миокарда. Из исследования были исключены лица с пороками сердца, постоянными нарушениями ритма, органическими поражениями головного мозга, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, сахарным диабетом, недостаточностью кровообращения IV ФК по NYHA, инфарктом миокарда в анамнезе менее 1 года, а также состоящие на учете по поводу хронического алкоголизма.

Для выявления характера и выраженности психоэмоциональных расстройств использовали методику SCL-90 [5], шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера [3], для выявления депрессии использовали тест Бека [4], медико-социальные факторы приверженности к лечению определяли по методике С.В.Давыдова [1].

Статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью компьютерной программы Statistika 6.0. Достоверность различий двух средних или относительных величин определяли с помощью критерия t Стьюдента и χ^2 -Уилкоксона.

Результаты и обсуждение

При ИБС соматогенное влияние на нервно-психическую сферу определяется ангинозным синдромом и выраженностью сердечно-сосудистой недостаточности, отсутствие которых при ББИМ может изменить реакцию личности на болезнь. При изучении психологических особенностей, оказалось, что явления психической дезадаптации были менее выражены в группе с ББИМ, прогрессировали при ее сочетании со стенокардией, наиболее высокими — в группе с БИМ.

Психологический профиль обследованных больных представлен в табл. 1. Обращает на себя внимание наличие достоверных различий по показателю депрессии между группами при использовании субъективной шкалы Бека и SCL-90. Выявлены достоверные различия по уровню реактивной и личностной тревоги в группах по шкале Спилбергера и шкале SCL-90. По шкале Спилбергера больные с ББИМ

Таблица 1

Психологическая характеристика пациентов

Показатель	Группы наблюдения		
	ББИМ	СИМ	БИМ
Уровень депрессии по шкале Бека	6,7±0,3	9,4±0,2	14,3±0,3*
Уровень реактивной тревоги	29,8±0,9	36,4±1,1	44,1±1,1*
Уровень личностной тревоги	25,6±0,8	37,8±1,1	48,2±1,2*
SCL-90 Соматизация	0,56±0,03	0,9±0,02	1,2±0,03*
Обсессивно – компульсивные расстройства	0,7±0,02	0,8±0,02	0,9±0,02
Межличностная тревога	0,5±0,01	0,8±0,01	0,8±0,03
Депрессия	0,4±0,03	0,6±0,01	1,3±0,04*
Тревога	0,47±0,03	0,8±0,03	1,4±0,03*
Враждебность	0,4±0,01	0,6±0,01	0,7±0,03
Фобическая тревога	0,1±0,01	0,4±0,01	0,9±0,03*
Паранойя	0,2±0,01	0,5±0,02	0,6±0,01
Психозизм	0,1±0,01	0,3±0,04	0,4±0,02
GSI	0,61±0,02	0,92±0,04	1,1±0,02*

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверные различия между минимальными и максимальными величинами.

имели низкий уровень реактивной и личностной тревоги, с СИМ – отличались средним уровнем как личностной, так и реактивной тревоги, с БИМ больные могут быть отнесены в группу высоко тревожных (сумма баллов свыше 46).

Нормальная форма профиля SCL-90 была в группе с ББИМ у 66,1 %, в группе с СИМ – у 41,1 %, в группе с БИМ – у 36,6 % ($p < 0,001$); аномальная соответственно – у 33,9 %, 58,9 % и 63,4 %. Деадаптивный профиль SCL-90 при ББИМ характеризовался повышением показателя по шкалам соматизации и паранояльности. При СИМ профиль SCL-90 повышался по шкалам соматизации, тревоги, депрессии и шкалам паранояльности и психотизма, что отражает психическую дезадаптацию ипохондрического типа с фобическими расстройствами и снижением волевого контроля эмоций. При БИМ профиль личности характеризовался повышением по шкалам соматизации, тревоги, депрессии, психотизма, что отражало тревожно- ипохондрические расстройства с депрессивным компонентом.

Таким образом, психопатологические особенности характеризуются следующим образом: тревожный и тревожно-депрессивный синдромы отсутствовали при ББИМ, преобладали в группе с СИМ и реже встречались в группе с БИМ. Ипохондрический синдром (соматизация) в группе ББИМ составил 36,6 %, в группе СИМ – 22,6 %, в группе БИМ – 38,7 %,

Таблица 2

Средние значения ($M \pm m$) приверженности к лечению в баллах

Факторы комплайенса	Группы наблюдения		
	ББИМ	СИМ	БИМ
1. Финансовая готовность оплачивать лечение	0,2±0,01	0,9±0,02	0,7±0,02
2. Медико-социальная адаптированность	0,3±0,01	-0,3±0,01	-0,4±0,02*
3. Медико-социальная информированность	0,4±0,02	0,6±0,02	-0,2±0,01
4. Склонность к самолечению	0,5±0,02	0,3±0,01	-0,6±0,01*
5. Медико-социальная коммуникативность	0,8±0,03	0,7±0,02	-1,1±0,09*
6. Режим назначенной терапии	-0,2±0,02	-0,3±0,1	-0,9±0,02
7. Медико-социальная дистанцированность	0,2±0,01	-0,1±0,01	-0,6±0,02
8. Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	0,7±0,02	0,4±0,2	0,1±0,01
9. Результативность проводимой терапии	0,2±0,01	-0,3±0,01	-0,6±0,02
Суммарный показатель по всем факторам	0,5±0,02	-1,2±0,01	-3,6±0,2

Примечание: * $p < 0,05$ – достоверные различия между минимальными и максимальными величинами.

депрессивно-ипохондрический и депрессивно-фобический синдромы встречались в группе СИМ и БИМ по 2,3 % и 6,6 % соответственно.

Результаты психологического исследования по методике SCL-90 указывают на статистически значимое повышение психопатологической симптоматики почти по всем шкалам в группе с БИМ.

При анализе табл. 2 видно, что суммарный показатель, отражающий приверженность к лечению, достоверно ниже при БИМ по сравнению с ББИМ – $3,6 \pm 0,2$ и $0,5 \pm 0,02$ соответственно. При этом группа с СИМ занимает промежуточное положение и составляет $1,2 \pm 0,1$. Недостаточную медико-социальную адаптированность проявляли достоверно чаще пациенты из группы БИМ, в группе с ББИМ медико-социальная адаптированность имеет положительное значение. По показателям, отражающим медико-социальную информированность, достоверных различий не выявлено. Склонность к самолечению достоверно чаще демонстрировали пациенты с БИМ ($0,6 \pm 0,01$), пациенты с ББИМ и СИМ к самолечению склонны не были, показатели носят положительный знак в обеих группах.

Достоверно низкую медико-социальную коммуникативность демонстрировали пациенты с БИМ $-1,1 \pm 0,09$. Достоверных различий по показателю

Таблица 3

Коэффициенты корреляции между степенью приверженности к лечению (СППК) и психоэмоциональными характеристиками)

Пары сопоставляемых параметров	ББИМ	СИМ	БИМ
СППЛ-GSI	+0,06	-0,07	-0,38

доверия к терапевтической стратегии лечащего врача выявлено не было. Достоверно низкую удовлетворенность результативностью проводимой терапии имели пациенты с БИМ, в то время как в группе с ББИМ этот показатель носил слабо положительное значение, в группе с СИМ — слабо отрицательное.

В табл. 3 представлен анализ взаимосвязи степени приверженности к лечению (СППЛ) с психоэмоциональными особенностями личности больных (суммарным показателем GSI), который показал, что корреляционная связь в паре СППЛ-GSI, будучи положительной (но недостоверной) при ББИМ ($r=0,06$, $p>0,05$), становится отрицательной (недостоверно) при СИМ ($r=-0,07$, $p>0,05$); при БИМ же полученная отрицательная корреляция достоверна ($r=-0,38$, $p<0,05$). Полученная закономерность означает, что при явлениях психической дезадаптации у больных с СИМ и БИМ снижается готовность следовать рекомендациям медицинских работников.

Литература

1. Давыдов С.В. Артериальная гипертония – медико-демографическая ситуация: приверженность к лечению и качество жизни. Дис. докт. мед. наук.- Казань, 2004.-324 с.
2. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002; № 4: 86–91.
3. Практическая психология в тестах. М.: АСТ-Пресс, 1999.
4. Beck A.T. Beck depression inventory. In: Cognitive Therapy of Depression (Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F.). New York, 1979.
5. Delmoute M.M. Factors influencing the regularity of meditation practice in a clinical population //Brit. J. Med. Psychol. 1984; Vol.57, N3: 275–78.
6. Gorlin R., Zucker H.D. Physicians reactions to patients. A key to teaching humanistic medicine //New Engl. J. Med. 1983; Vol.308, 18: 1059–62.
7. Kim M.T., Han Y.R. Depression, substance use, adherence behaviors, and blood pressure in urban hypertensive black men // Ann. Behav. Med. 2003; № 26(1): 24–31.

Abstract

High levels of medico-social therapy compliance were observed in coronary heart disease patients with adaptive psycho-emotional reactivity types. Decreased compliance was associated with psycho-emotional disadaptation, typical for patients with pain type of myocardial ischemia.

Key words: Coronary heart disease, psycho-emotional traits, compliance.

Поступила 20/03-2008
© Коллектив авторов, 2008.