

чении результата CRP > 300нг/л клиницисту необходимо определение дополнительного маркера для установления степени генерализации воспалительного процесса и уточнения генеза его происхождения, которым и является прокальцитонин.

Выводы

1. Сравнивая информативность двух показателей (прокальцитонин и С-реактивный протеин) можно констатировать, что С-реактивный протеин не является специфическим маркером системного воспалительного ответа инфекционной этиологии. Наиболее пригоден для дифференцирования локального воспаления и синдрома системного воспалительного ответа — прокальцитонин.

2. Высокий уровень прокальцитонина и высокий С-реактивный протеин указывают на системную инфекцию, низкий прокальцитонин при высоком С-реактивном протеине указывают на локальный воспалительный процесс.

3. С-реактивный протеин должен использоваться как скрининговый тест перед определением уровня прокальцитонина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белобородова, Н. В. Поиск «идеального» биомаркера бактериальных инфекций / Н. В. Белобородова, Д. А. Попов // Клиническая анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 3. — С. 30–39.
2. Вельков, В. В. С-реактивный белок — в лабораторной диагностике острых воспалений и в оценке рисков сосудистых патологий / В. В. Вельков // Клинико-лабораторный консилиум. — 2008. — № 2(21). — С. 37–48.
3. Bohuon, C. A. Brief history of procalcitonin / C. A. Bohuon // Intensive Care Medicine. — 2000. — № 26. — P. 146–147.
4. Meisner, M. PCT Procalcitonin — a new, innovative infection parameter / Michael Meisner // Berlin Brahms Diagnostica. — 1996. — P. 3–41.
5. Chripstopoulos G Procalcitonin has bioactivity at calcitonin receptor family complexes: potencial mediator implications in sepsis / P. M. Sexton [et all.] // Crit Care Med. — 2008. — № 36. — P. 1637–1640.

УДК 616.1-005.4-057 (476.2)

ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В.

Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

В современных условиях жизни увеличивается нагрузка на эмоциональную сферу человека, и как следствие приобретают все большее распространение сердечно-сосудистые расстройства, вызываемые систематическими эмоциональными перегрузками. Среди этих расстройств одно из первых мест занимает ишемическая болезнь сердца. В последнее время сохраняется негативная тенденция увеличения заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца в Республике Беларусь. Это диктует необходимость активизации совместных усилий кардиологов и психологов в изучении психологических факторов, обуславливающих развитие ишемической болезни сердца. Однако в большинстве случаев изучаются биологические стороны этого процесса, чаще такие «классические» как: дислипидемия, артериальная гипертензия, избыточная масса тела, гипокинезия, курение, сахарный диабет и другие. Социально-психологическим аспектам уделяется

значительно меньшее внимание, хотя и отмечается четкая зависимость заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца от социальных факторов риска. Обращаясь к их рассмотрению, можно выделить внутренние (личностные) и внешние (информационные) факторы. К внутренним относят особенности организации нервно-психических процессов, характер отношения к окружающему миру и личностные особенности в целом. К внешним — стрессовые неблагоприятные воздействия на человека физических условий среды, семейных, производственных и других неблагоприятных ситуаций, а также большого объема перерабатываемой современным человеком информации. Последнее часто называют информационным неврозом, который рассматривают как одну из важных причин развития гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. По утверждению Г. И. Сидоренко, эти заболевания являются своего рода «платой» за переработку большого объема информации [1]. С другой стороны, устойчивость к влиянию информационных факторов определяется внутренней психологической структурой человека, т. е. воздействие оказывают не информационные перегрузки, а отношение человека к складывающимся ситуациям. По мнению многих исследователей, это специфическое отношение обусловлено акцентуацией, деформацией личностной структуры, которая определяет затяжной гипертрофированный или деструктивный тип реагирования на жизненную обстановку.

Согласно теории Ф. Александера, развитие соматического заболевания обусловлено тремя факторами: индивидуальными особенностями личности, на фоне которых формируются интрапсихические неосознанные конфликты; наличием психотравмирующих ситуаций; конституционально-предопределенной ранимостью определенных органов вегетативной системы, т. е. наличием в структурах тела генетически обусловленного «слабого звена» [2]. распространение получила теория профиля личности или соматотипов Ф. Данбар, которая обнаружила высокую вероятность развития различных соматических заболеваний у лиц с определенными личностными особенностями. Ею были выделены различные личностные соматотипы: коронарный, гипертонический, аллергический, травматический или «склонный к несчастьям». Для последнего типа характерны импульсивность, неупорядоченный образ жизни с тенденцией к самонаказанию, исходящей из неосознанного чувства вины.

Этому профилю личности Ф. Данбар противопоставляет личность, склонную к ангиозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Такие люди описываются как выдержанные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказаться от удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели [3]. В рамках последней теории большую значимость приобрели работы М. Фридмана и Р. Розенмана, которые выявили, что наиболее часто заболевают ишемической болезнью сердца лица с типом поведения, который они обозначили как «тип А». Для данных лиц характерно постоянное стремление к продвижению и склонность к состязанию. Они берутся за множество дел и проявляющийся дефицит времени компенсируют ускорением темпа жизни и работы. В ходе исследования ими было доказано, что лица «типа А» примерно в четыре раза чаще заболевают ишемической болезнью сердца, чем лица с противоположным типом поведения. Однако в дальнейшем исследования Фридмана и Розенмана не всегда обнаруживали эту закономерность и иногда даже выявляли обратную тенденцию, когда большая часть пациентов с ишемической болезнью сердца при обследовании принадлежала к «типу Б». Независимые исследования, проведенные в бывшем СССР, также выявили у пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью в одних случаях стеничную, активную личностную структуру, в других — вязкую, тревожную, не склонную к активной деятельности. В силу этого правильно было бы говорить не об определенном соматотипе, а о специфических личностных особенностях лиц, склонных к ишемической болезни сердца.

Следовательно, можно считать установленным наличие ряда психологических факторов, таких как стресс, особенности личности, психические расстройства, как провоцирующих развитие ишемической болезни сердца у здоровых людей, так и влияющих на течение и прогноз уже существующей патологии. Однако степень влияния каждого из этих факторов пока не уточнена.

С целью изучения психологических факторов риска развития ишемической болезни сердца у населения трудоспособного возраста Гомельского региона, нами было проведено исследование. При этом мы опирались на следующие психодиагностические методы:

1) опросник Мини-мульти (сокращенный вариант Миннесотского многоаспектного личностного опросника MMPI) для выявления в структуре личности психопатологических синдромов (ипохондрии, истерии, психастении, психопатии, шизоидности, паранойяльности, депрессии, гипомании);

2) опросник УСК Дж. Роттера для выявления уровня субъективного контроля;

3) методика диагностики типа поведенческой активности Л. И. Вассермана, Н. В. Гуменюк;

4) опросник Спилберга-Ханина для определения уровня личностной и ситуативной тревожности;

5) опросник Леонгарда-Шмишека для диагностики типов акцентуации характеров;

6) методика выявления уровня подверженности стрессу.

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический диспансер». Выборочную совокупность составили 118 пациентов: 67 мужчин и 51 женщина в возрасте 30–55 лет.

Вся выборка была разделена на 3 группы, из которых 2 группы экспериментальные, а 1 контрольная:

1. первую группу составили мужчины и женщины со стабильной–нестабильной стенокардией (начальная стадия ишемической болезни сердца) в количестве 30 человек.

2. вторую — мужчины и женщины, перенесшие инфаркт миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства, в количестве 43 человека.

3. Третью — мужчины и женщины без признаков ишемической болезни сердца, в количестве 45 человек.

Именно третья группа и составила контрольную выборку.

По результатам исследования с помощью методики Мини-мульти у мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью сердца, причем как в группе со стабильной–нестабильной стенокардией, так и в группе с инфарктом миокарда без хирургического и с хирургическим вмешательством, выявлено достоверное повышение уровня шкал, так называемой, невротической триады: 1-я, 2-я, 3-я шкалы, по сравнению с контрольной группой (с уверенностью 99 %), что свидетельствует о выраженном эмоциональном дискомфорте, трудностях адаптации, внутренней дисгармонии, блокаде мотивированного поведения. При этом доля мужчин в первой экспериментальной группе с выраженными изменениями профиля личности составила 35,18 %, женщин — 41,67 %; во второй экспериментальной группе доля мужчин равна 57,59 %, женщин — 45,42 %, а в контрольной группе — 26,39 и 27 % соответственно (с уверенностью 99 %). Анализ усредненного профиля личности во всех группах показал, что наиболее высокими оказались значения шкал ипохондри и соматизации тревоги, тревоги и депрессивных тенденций, истерии (эмоциональной лабильности, вытеснения тревожащих факторов), психопатии и психостении, а также отмечено снижение по шкале гипомании. При этом во второй группе отмечались более выраженные изменения средних показателей указанных шкал. Таким образом, полученные результаты показывают, что наиболее характерными особенностями психического статуса мужчин и женщин, страдающих ишемической бо-

лезною сердца, являются: доминирование беспокойства по поводу физического здоровья, повышенное внимание к соматическим ощущениям, постоянная напряженность, склонность к тревожным реакциям, сниженный фон настроения, пессимистическая оценка ситуаций и перспектив, пониженный уровень социальной активности, ограничение сферы общения в связи с соматическим неблагополучием, снижение продуктивности. Снижение средних значений по шкале гипомании отражает недостаток побуждений, пониженную самооценку, что в сочетании с постоянной потребностью в признании и высокой социальной ответственностью служит еще одним фрустрирующим фактором.

Необходимо отметить, что выявление профиля личности проводилось нами при обследовании уже заболевших людей, поэтому в этих условиях, возможно, неправомерно говорить о том, что выявленные черты провоцируют развитие заболевания. Как отмечалось и другими авторами, на этой основе возникает предположение, что наличие болезни также влияет на изменение личностной структуры. Шкала самооценки тревоги Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина использовалась нами для исследования уровня тревоги как состояния, характеризующегося субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности в ответ на различные стрессоры и уровня тревожности как свойства человека реагировать на внешние раздражители состоянием тревоги, интенсивность которой не соответствует объективной опасности. Вследствие того, что личностная тревожность является фактором, облегчающим возникновение реакции тревоги, эти два фактора тесно взаимосвязаны и коррелируют между собой (с уверенностью 99 %).

Анализ результатов показал неоднозначный уровень реактивной и личностной тревожности у мужчин и женщин экспериментальных и контрольной групп: в контрольной группе — ситуативная тревожность равна 41,3 балла, личностная — 44,3; в первой группе ситуативная тревожность — 40,93 балла, личностная — 42; во второй — ситуативная тревожность — 42,17 балла, личностная — 42,07.

Максимального значения уровень реактивной тревоги достиг в группе людей, перенесших инфаркт миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства. Данный факт позволяет предположить, что крайнее прогрессирование заболевания превращает личностную тревожность в непосредственный фактор усугубления патологических нарушений, т. е. складывается жесткий стереотип реагирования на психоэмоциональную нагрузку, что не характерно для остальных групп.

Достаточно интересными оказались результаты изучения типа поведенческой активности респондентов. В ходе анализа нами установлено, что «тип А» поведенческой активности у мужчин и женщин контрольной и экспериментальных групп имеет различную взаимосвязь: поведенческий «тип А» в контрольной группе и в первой группе — имеет достоверную связь с уверенностью 99 %, а вот во второй группе — не имеет статистически значимой, достоверной связи. Причем такая корреляционная взаимосвязь отсутствует и между первой и второй группами. При этом доля мужчин в первой группе с выраженным «типом А» составила 44,44 %, женщин — 41,67 %, а в контрольной группе — 33,33 и 28,57 % соответственно.

Полученные результаты подтверждают выводы М. Фридмана и Ф. Розенмана о том, что наиболее часто заболевают ишемической болезнью сердца, а именно, такой ее формой, как стабильная либо нестабильная стенокардия, лица с поведением, которое характеризуется постоянным стремлением к продвижению, склонностью к соперничеству, конкуренции, ускорением темпа жизни, т. е. лица с «типом А».

Что же касается отсутствия статистически значимой, достоверной связи между типом поведения в контрольной и второй экспериментальной группах, то следует предположить, что усугубление, прогрессирование заболевания (перенесение инфаркта

миокарда с и без хирургического вмешательства) превращается в непосредственный фактор, изменяющий стереотип поведения с «типа А» на смешанный тип либо противоположный «тип Б», характеризующийся большей уравновешенностью, умеренностью, меньшей приверженностью к вредным привычкам (курению, алкоголю), т. к. возрастает уровень тревоги, как реактивной, так и личностной, по поводу физического здоровья, соматических ощущений и т. п. Все это, в своей совокупности, усугубляет течение болезни и приводит к снижению активности, необходимости уменьшить физическую нагрузку, отказаться от стремления спешить, напрягаться и т. д.

По результатам исследования с помощью методики Шмишека–Леонгарда у мужчин и женщин трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца, причем как в группе со стабильной и нестабильной стенокардией, так и в группе с инфарктом миокарда с хирургическим и без хирургического вмешательства, выявлено достоверное ($p > 0,01$) повышение уровня шкал гипертимности, застревания, тревожности, возбудимости и экзальтированности, что свидетельствует о нарушениях в эмоциональной сфере, трудностях в межличностных отношениях, о внутреннем дискомфорте. При этом доля мужчин в первой группе с выраженным повышением указанных шкал составила 47,77 %, женщин — 51,67 %. Во второй группе доля мужчин равна 34,4 %, женщин — 45,55 %, а в контрольной группе данные показатели составляют 30,8 и 31,43 % соответственно (с уверенностью 99 %). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии в характере мужчин и женщин трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца, следующих особенностей: склонность к самоанализу и появлению навязчивых состояний, переоценка собственных возможностей, инициативность в конфликтных ситуациях, эмоциональная нестабильность, выраженная поляризованность в межличностных отношениях.

Нами была также использована шкала стресса, результаты которой оказались достаточно очевидными. Они свидетельствуют о взаимосвязи уровня пережитого стресса и развития ишемической болезни сердца ($p > 0,01$). Так по шкале «высокий уровень стресса» доля мужчин в первой группе составила 16,67 %, женщин — 8,33 %. Во второй группе эти показатели равны 12 и 33,33 % соответственно. По результатам видно, что указанный уровень стресса имеет половые различия. Получается, что для мужчин трудоспособного возраста высокий уровень стресса более опасен, чем для женщин в связи с возникновением стабильной–нестабильной стенокардии, а вот для развития инфаркта миокарда данный уровень стресса более опасен для женщин. По шкале «уровень стресса выше среднего» получены следующие результаты: в первой группе со стабильной и нестабильной стенокардией оказалось 72,22 % мужчин и 58,33 % женщин. В группе с инфарктом миокарда доля мужчин равна 44 %, а женщин — 38,89 %, что говорит об отсутствии половых различий в воздействии высокого уровня стресса на мужчин и женщин этой группы. Обратимся подробнее к результатам исследования уровня субъективного контроля по выборочной совокупности. В двух экспериментальных группах, в сравнении с контрольной выборкой, выявлено достоверное (с уверенностью 99 %, $p > 0,01$) повышение шкалы внешнего уровня контроля, и одновременно понижение по шкале внутреннего контроля. Причем внутри экспериментальных выборок выявлена статистически значимая взаимосвязь (с уверенностью 95 %, $p > 0,05$) указанных показателей соответственно. По шкале внутреннего уровня контроля в первой и второй экспериментальных группах получены следующие результаты: мужчины — 72,22 %, женщины — 83,33 % (первая группа), 64 и 66,67 % — вторая группа соответственно. По шкале внешнего уровня контроля соотношение выглядит следующим образом: в группе со стабильной–нестабильной стенокардией процент мужчин равен 22,22, женщин — 16,67. Во второй группе с инфарктом миокарда доля мужчин равна 28 %, женщин — 27,78 %. В контрольной же группе показатели внутреннего уровня контроля — 79,17 и 90,48 %, внешнего контроля — 8,33 и 0 % соответственно.

Такие показатели свидетельствуют о том, что внутренний локус контроля является одним из обстоятельств, влияющих на развитие ишемической болезни у мужчин и женщин трудоспособного возраста, и имеет определенную динамику изменения, обусловленную половыми различиями, а также различными клиническими формами заболевания. Анализируя данные можно предположить, что люди с внутренним локусом контроля, который характеризуется направленностью на себя и приписыванием причин всего происходящего в жизни себе, более подвержены данному заболеванию. Причем по мере прогрессирования ишемической болезни сердца, развития ее отдельных клинических форм внутренний локус контроля изменяется и доминирующим становится внешний локус. Такое изменение можно объяснить следующими причинами. При возникновении и развитии заболевания люди, страдающие им, находят в нем «выгоду»: внимание и заботу со стороны родственников, рекомендации врачей о снижении нагрузок и активности в повседневной жизни и т. д. Все это приводит к тому, что пациенты, страдающие ишемической болезнью, пытаются переложить ответственность за себя, свое здоровье на других людей (врачей, близких родственников), а по мере прогрессирования заболевания и за все происходящее в жизни. Результаты проведенного исследования позволяют выделить психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болезни сердца у мужчин и женщин трудоспособного возраста: объективный — воздействие высокого и выше среднего уровня стресса; субъективные — доминирование внутреннего локуса контроля; а также высокой личностной тревожности и типа А поведенческой активности. Что же касается акцентуаций характера и психопатологических изменений, то в их отношении неправомерно говорить о том, что они являются непосредственными факторами ишемической болезни сердца, а скорее будут ее результатом.

Нами был осуществлен факторный анализ с помощью программы «Statistika 6». При этом мы опирались на критерий тенденций Джонкира для выявления различий в уровне исследуемого признака, критерий Кайзера для отбора наиболее значимых факторов и метод нормализованного варимакса. Это позволило нам выделить и проранжировать факторы риска возникновения и развития ишемической болезни сердца у людей трудоспособного возраста. Его результаты имеют следующий вид: первое место занимает внутренний фактор — высокий уровень личностной и ситуативной тревожности; второе место — внешний фактор, сопряженный с воздействием стресса в жизни; третье — внутренний локус контроля; четвертое — склонность к ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, психостении и шизоидности как акцентуации характера; пятое — склонность к экзальтированности в совокупности с ипохондрией и истероидностью; шестое — склонность к застреванию; седьмое — доминирование психостении, шизоидности; восьмое — выраженность в характере эмоциональности и циклотимности; девятое — склонность к депрессивным состояниям; десятое — выраженность в характере циклотимности. Нам наиболее ценными результатами можно опираться при создании программ психологической профилактики и психологической коррекции для пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом в коррекционной работе усилия необходимо направлять, с одной стороны, на изменение психологических реакций (на стресс, внутреннюю картину болезни), стиля жизни, отношений в семье и т. п.; с другой стороны — на устранение факторов, способствующих прогрессированию ишемической болезни сердца (избыточная масса тела, курение, низкая физическая активность и т. д.).

Первое направление коррекционной работы предполагает преимущественно поддерживающий или рациональный (разъясняющий) характер. При этом решаются задачи снижения уровня стресса, связанного с манифестацией или обострением сердечно-сосудистой патологии, придания личностного смысла лечебному процессу, а также элементов коррекции медицинского поведения.

Психокоррекционная работа проводится в соответствии с представленной структурой внутренней картины болезни: при ее гиперпрогностическом типе воздействие на первом этапе адресовано ведущей эмоциональной модальности реагирования и включает элементы поддерживающей психокоррекции, направленные на редукцию чувства страха, отчаяния и бес-

помощности. На втором этапе становится возможной коррекция катастрофического образа болезни путем подключения элементов рационально-разъяснительной работы, направленной на убеждение пациента в гипертрофированности его опасений, смещение фокуса внимания с симптомов ишемической болезни на перспективы улучшения состояния. Заключительным этапом психокоррекционного процесса в этой ситуации является формирование более адекватной позиции пациента по отношению к заболеванию посредством проведения когнитивно-бихевиоральной коррекции, ориентированной на выработку позиции соучастия в процессе лечения, адекватных самостоятельных действий в ситуации ухудшения состояния.

При гипнозогнозическом типе внутренней картины болезни психокоррекционная работа на первом этапе направлена на модификацию позиции пациента по отношению к ишемической болезни сердца с целью разрушения гипертрофированных представлений о возможности самостоятельного контроля над симптомами. Второй этап психокоррекции направлен на реструктуризацию ведущей модальности реагирования. При этом используется метод рационально-разъяснительной работы, сопровождающейся достаточно полным информированием о механизмах возникновения и развития ишемической болезни сердца. Психокоррекционная работа на третьем этапе нацелена на формирование у пациента образа ишемической болезни сердца как серьезного заболевания, потенциально опасного для жизни и осуществляется также с использованием когнитивно-бихевиоральных техник.

Итак, психокоррекционная программа, направленная на снижение влияния факторов, обуславливающих развитие ишемической болезни сердца, включает в себя: увеличение объема знаний о главных причинах возникновения заболевания; обучение пациентов принципам рациональных дозированных физических тренировок, правильного питания, а также принципам физиологической и психологической релаксации. Одним из предметов особой заботы и внимания специалистов является стремление довести информацию профилактического плана до всей семьи пациента, изменить стиль жизни ее членов и тем самым предупредить возможность возникновения в этом микросоциуме новых случаев заболеваний сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александр, Ф.* Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. — 336 с.
2. *Сидоренко, Г. И.* Перспективные направления кардиологической профилактики в Республике Беларусь / Г. И. Сидоренко. — М.: Медицинские новости. — 2007. — № 9 — С. 41–43.
3. *Dunbar, F. H.* Psychosomatic diagnosis / F. H. Dunbar. — New York, London, 1948.
4. *Friedman, M.* Association of Specific Overt Behaviour Pattern with blood and Cardivascular Findings / M. Friedman, R. H. Rosenman // JAMA. — 1959. — Vol. 169. — P. 1286–1296.
5. *Rosenman, R. H.* The Role of Personality and Behavior Patterns in the Genesis of Coronary Heart Disease / R. H. Rosenman // Journal of the American Medical Woven,s Association. — 1965. — Vol. 20. — P. 161–167.

УДК 616-036.8:616.12-008(476.2)

ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (БСК) ЗА ПЕРИОД 2004–2008 гг.

Лопатина А. Л., Шаршакова Т. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение

«Гомельский областной клинический кардиологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

В Законе Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь» демографическими угрозами для нашего государства определены: депопуляция, старение населения, нерегулируемые миграционные процессы, деградация института семьи.