

В эксперименте не учитывали время естественного полураспада цезия-137, так как оно настолько велико, что мы можем принять его

за бесконечно большую категорию (12045 суток), которая во время эксперимента не влияла на выведение цезия за счет распада.

Таблица 3 — Время полувыведения ^{137}Cs из организма крыс

Показатели	b_k и $b_{эф}$ сут. ⁻¹	Эффективное время полувыведения, $T_{эф}$	Время полувыведения при наличии фитоадаптогена, $T_{ф}$	Характер действия фитоадаптогена на выведение ^{137}Cs
Контроль	-0,1	6,93 сут.		
Смородина	-0,1	6,93 сут.	∞	Не влияет на выведение
Вигна	-0,14	4,95 сут.	17,325 сут.	Ускорение выведения на 28,57 %
Черемуха	-0,9	7,7 сут.	63 сут. — время полунакопления	Замедление выведения на 11,11 %
Мамордика	-0,1	6,93 сут.	∞	Не влияет на выведение
Голубика	-0,1	6,93 сут.	∞	Не влияет на выведение
Жимолость	-0,11	6,3 сут.	69,3 сут	Ускорение выведения на 9 %

Заключение

В результате эксперимента выявлено, что наличие пектиновых веществ в ягодных растениях, используемых в качестве фитоадаптогенов, не является доминирующим во влиянии на процесс выведения ^{137}Cs из организма крыс. Например, голубика, смородина, мамордика содержат 3,1; 5,1; 8,8 % пектинов соответственно (таблица 1), а никакого влияния на выведение радиоактивного цезия не оказывают (таблица 3).

Сильно влияет на выведение радиоактивного цезия из организма крыс фитоадаптоген вигна, который ускоряет этот процесс на 28,57 %.

Замедляет выведение радиоактивного цезия из организма крыс на 11,11 % фитоадаптоген черемуха.

Полученные результаты позволяют прогнозировать процессы выведения радионуклида из организма животных под воздействием различных фитоадаптогенов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Физико-химический подход к отбору органических соединений, предназначенных для выведения радиоактивных веществ из организма / В. С. Балабуха [и др.] // Распределение и биологическое действие радиоактивных изотопов: сб. ст. под ред. Ю. И. Москалёва. — М.: Атомиздат, 1966. — С. 462-470.
2. Шапиро, Д. К. Дикорастущие плоды и ягоды / Д. К. Шапиро, В. А. Михайловская, Н. И. Манциводо. — 2-е изд. — Мн.: Ураджай, 1981. — 159 с.
3. Москалев, Ю. И. Радиоактивные изотопы и организм / Ю. И. Москалев. — М.: Медицина, 1969. — С. 187-188.
4. Западнюк, И. П. Лабораторные животные / И. П. Западнюк, В. И. Западнюк, Е. А. Захария. — К.: Вища школа, 1973. — 304 с.
5. Лебедева, Г. Д. Влияние различных солей состава воды на накопление ^{90}Sr и ^{137}Cs пресноводной рыбой / Г. Д. Лебедева // Распределение и биологическое действие радиоактивных изотопов: сб. ст. под ред. Ю. И. Москалёва. — М.: Атомиздат, 1966. — С. 176-181.

Поступила 13.08.2009

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ГИГИЕНА

УДК 616.1-005.4-057 (476.2)

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. М. Шаршакова¹, Г. В. Гатальская², А. Л. Лопатина³

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины

³Гомельский областной клинический кардиологический диспансер

В статье проанализированы психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болезни сердца, также выделены механизмы влияния психической сферы на возникновение и прогрессирование заболевания, среди которых особое внимание уделено личностным особенностям пациентов. В результате проведенного исследования были уточнены факторы риска ишемической болезни сердца у трудоспособного населения Гомельского региона Беларуси и описаны рекомендации психопрофилактического и психокоррекционного характера.

Ключевые слова: социально-психологические факторы риска, ишемическая болезнь сердца, стресс, личностный соматотип, личностные особенности пациентов, психологическая профилактика, психологическая коррекция.

**SOCIO-PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS
OF ISCHEMIC DISEASE AMONG BELARUSIAN ABLE-BODIED CITIZENS****T. M. Sharshakova¹, G. V. Gatalskay², A. L. Lopatina³**¹Gomel State Medical University²Gomel State University³Gomel Regional Clinical Cordial Dispensary

This article analyses psychological factors, determining the development of ischemic heart disease, it also singles out the mechanisms of the influence of mental sphere on the genesis and development of the disease, and in particular it highlights the patients' distinctive personal features. As a result of the carried out research the risk factors of ischemic heart disease among able-bodied citizens in the region of Gomel were specified. The article gives the recommendations for the psychological prevention and correction.

Key words: socio-psychological risk factors, ischemic heart disease, stress, personality type, distinctive personal features, psychological prevention, psychological correction.

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 настоящее 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. 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, особенностей семейных, производственных и ряда неблагоприятных ситуаций, а также большого объема перерабатываемой современным человеком информации. Последнее часто называют информационным неврозом, который рассматривают как одну из важных причин развития артериальной гипертензии 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, то есть 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.

Выделяют несколько теоретических подходов, объясняющих развитие такого механизма. Это психосоматическая концепция З. Фрейда, рассматривающая отклонения в деятельности физиологических систем организма как символы определенных вытесненных неосознаваемых переживаний или разрешение психического конфликта через заболевания тела, при возникновении которых наступает эмоциональное облегчение.

Развитие идей З. Фрейда в области психосоматики было осуществлено Ф. Александером, обнаружившим связь психологических конфликтов разрешения. Согласно его теории «специфичности конфликта», конфликты орального, анального или фаллического характера проявляются в заболеваниях соответствующих систем организма. По его мнению, 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 органа» [2].

Наибольшее 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 ангинозным жалобам и развитию инфаркта мио-

карда. 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 было доказано, что лица «типа А» примерно в четыре раза чаще заболевают ишемической болезнью сердца, чем лица с противоположным типом поведения, названным «типом В» [4–7].

Однако дальнейшие исследования 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 артериальной гипертензией 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.

Ю. М. Губачев проанализировал личностные особенности пациентов с ишемической болезнью сердца с применением факторного анализа и выделил пять психологических типов. Первый составляют пациенты с психоподобной личностной структурой, с извращенным типом реагирования на жизненные обстоятельства и способные создавать конфликтные ситуации. Они составляют 24 % всех пациентов. Ко второму типу относится 16 % пациентов. Это люди с высоким чувством ответственности, зрелыми и управляемыми эмоциями, однако развитое самолюбие, стремление доминировать, высокий уровень притязания могли способствовать формированию конфликтов, отягощающих и интенсифицирующих рабочее напряжение. К третьему типу, составляющему 28 %, относятся лица с невротической структурой и те, которым по своим служебным обязанностям приходится брать на себя большую ответственность. Четвертый тип, к которому относится 10 % пациентов, включает в себя лиц, у которых жизненные обстоя-

тельства сложились так, что им постоянно приходится преодолевать лишения, обиды, неуспех. Для них характерны подавленность, горечь обиды, зависть, сочетающиеся с сарказмом, иногда злобой. К пятому типу, составляющему 22 % пациентов относятся люди, у которых нет никаких жизненных проблем, это спокойные, удовлетворенные собой и окружающими люди с размеренным ритмом труда и отдыха [8].

Большинство исследований с применением ММРІ (Миннесотского многоаспектного личностного опросника) выявили у пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией повышенный уровень значений по шкалам ипохондрии, истерии, психастении по сравнению со здоровыми людьми. Для них характерно наличие так называемой «конверсионной пятерки». Часто обнаруживались высокие значения также по шкалам депрессии и тревожности. Эти данные указывают на наличие в их структуре личности тревоги и невротизации.

Среди личностных особенностей, приводящих к риску ишемической болезни сердца, выделяют также враждебность, которая определяется как циничное, подозрительное, настороженное отношение к окружающим, часто порождающую социальные конфликты и демонстрацию гнева. Так, ряд исследований показывают на основе наблюдений в течение 16 лет, что риск смерти от ишемической болезни сердца у больных с высокими показателями враждебности выше в 1,6 раза, чем при низкой ее выраженности. Однако в половине похожих исследований такие ассоциации не регистрируются [6].

При изучении особенностей склада личности среди неблагоприятных факторов, влияющих на сердечно-сосудистый исход, были также выделены безнадежность и пессимизм. Безнадежность определяется как постоянные отрицательные эмоции, снижение мотивации, что ведет к более отрицательным оценкам новых ситуаций, ощущению бессмысленности каких-либо действий и является самостоятельным фактором риска развития ишемической болезни сердца, независимо от депрессии. Исследования позволяют утверждать, что безнадежность повышает риск развития ишемической болезни сердца, а также летального исхода в 2,1 раза. Пессимизм обычно определяется как тип сознания, который является возможным предшественником депрессии и, судя по данным исследований, повышает риск развития ишемической болезни сердца и в том числе фатального инфаркта миокарда в 2,27 раза [7].

Среди других особенностей личности, приводящих к ишемической болезни сердца, выделяют алекситимию, затрудняющую способность идентифицировать и вербализовать свои чувства, отличать последние от телесных

ощущений, а также ригидность и излишнюю детализированность мышления, тенденцию к опережающему поведенческому, а не рефлексивному ответу на внешние стимулы. Однако влияние алекситимии как фактора риска ишемической болезни сердца является дискуссионным.

К факторам риска ишемической болезни сердца относят психические расстройства, такие как депрессия и тревога. По данным некоторых современных отечественных и зарубежных исследований, каждый третий пациент с ишемической болезнью сердца, находящийся в стационаре, склонен к депрессивным состояниям. У страдающих тревожными расстройствами также в 2 раза выше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, достоверно выше общая и сердечно-сосудистая смертность, риск развития инфаркта миокарда, а также внезапной сердечной смерти. В частности, по данным Фремингемского исследования, тревога связана с 6-кратным увеличением риска сердечно-сосудистой смерти.

Кроме тревожных и депрессивных расстройств пациенты с ишемической болезнью сердца имеют свои особенности и в самооценке. Многие исследования обнаруживают несомненную зависимость формы коронарного заболевания и характера самооценки.

При ишемической болезни сердца происходит «вымывание» интервала, включающего лиц с адекватной самооценкой, и «пополнение» интервалов, включающих лиц с неадекватной самооценкой. Полным нарушением самооценки страдают лица, недавно перенесшие инфаркт. Их представления о себе характеризуются недифференцированностью, спутанностью. Наиболее часто сохраняют адекватную самооценку лица со стенокардией.

Необходимо отметить, что выявление профиля личности проводилось обычно при исследовании уже заболевших людей, потому в этих условиях неправомерно говорить о том, что выявленные черты провоцируют развитие заболевания. Возникает предположение, что наличие болезни также изменяет личностную структуру. Исследования Н. П. Олиферко показали, что в первые дни после начала инфаркта миокарда пациенты, обследованные по методике ММРІ, имеют профиль личности, характерный для здорового человека. Лишь через две недели после начала заболевания в их личности появляются «классические» болезненные проявления [9]. Исследователи факторов риска ишемической болезни сердца выделили их в 2 основные группы: немодифицируемые (пол, возраст, наследственность и этнические особенности) и модифицируемые, т. е. поддающиеся коррекции (курение, избыточная масса тела и абдоминальное ожирение, низкая физическая активность, повышенное артериальное

давление и частота сердечных сокращений, маркеры воспаления и факторы гемостаза, психологические факторы).

Фремингемское исследование доказало, что общий риск развития ишемической болезни сердца у здоровых людей может быть вычислен путем суммирования отдельных факторов риска. К психологическим факторам относят объективные (острый и хронический стресс; психо-социальная ситуация жизни, обусловленная низким социально-экономическим статусом, недостатком социальной поддержки, социальной изоляцией); субъективные, связанные с индивидуальными особенностями личности (например, тип А и враждебность), психопатологическими реакциями (развитие тревожных и депрессивных расстройств).

Доказано, что эпизоды острого стресса увеличивают сердечную заболеваемость и смертность. Так, в исследовании финских ученых, риск смертности от всех причин на первой неделе после смерти супруга в 2 раза превышал среднестатистические показатели. Риск любого эпизода ишемии миокарда в это время повышался в 2,3 раза у мужчин и в 3,5 раза у женщин вне зависимости от возраста; к концу первого месяца риск уменьшался. В Нью-Йорке после террористического акта 11 сентября 2001 г. в течение последующего месяца в 2,3 раза возросло количество тахикардий у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Не меньшее влияние на состояние сердечно-сосудистой системы оказывает хронический стресс, зачастую обусловленный характером выполняемой профессиональной деятельности, сопряженной с большим напряжением (high job strain). В соответствии с этой моделью люди, работа которых сопряжена с повышенной ответственностью и высокими профессиональными требованиями, могут быть отнесены к группе высокого риска. Работа, которую отличает несоответствие между затраченными усилиями и получаемым за нее вознаграждением, также относится к фактору риска.

Распространено ошибочное убеждение, что ишемическая болезнь сердца редко поражает женщин и протекает у них более доброкачественно. Однако это не так. В индустриально развитых странах мира сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смерти у женщин в возрасте старше 55 лет. Женщины этой возрастной группы имеют 46-процентный риск заболевания ишемической болезнью сердца и 31 процентный — смерти от нее. Особенностью ишемической болезни сердца у женщин является более «драматическое» начало, характеризующееся серьезными по сравнению с мужчинами тромботическими осложнениями при менее выраженных атеросклеротических изменениях сосудов.

Таким образом, можно считать установленным фактом наличие ряда психологических факторов (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-мулт (сокращенный вариант Миннесотского многоаспектного личностного опросника ММРП) для выявления в структуре личности психопатологических синдромов (ипохондриии, истерии, психастении, психопатии, шизоидности, паранойальности, 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 Спилбергера-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 три группы, из которых две группы экспериментальные, а одна — 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, она и составила контрольную выборку.

В результате первичной обработки данных исследования были получены результаты, которые приведены ниже в таблицах 1–18.

Таблица 1 — Уровень субъективного контроля

Тип локуса	Количество мужчин	Количество женщин
Внешний	4 (22,22 %)	2 (16,67 %)
Внутренний	13 (72,22 %)	10 (83,33 %)
Смешанный	1 (5,55 %)	0

Таблица 2 — Подверженность стрессу

Уровень стресса	Количество мужчин	Количество женщин
Высокий	3 (16,67 %)	1 (8,33 %)
Выше среднего	13 (72,22 %)	7 (58,33 %)
Умеренный	2 (11,11 %)	4 (33,33 %)
Легкий	0	0

Таблица 3 — Тип поведенческой активности

Тип поведенческой активности	Количество мужчин	Количество женщин
«А»	8 (44,44 %)	5 (41,67 %)
«АБ»	6 (33,33 %)	4 (33,33 %)
«Б»	4 (22,22 %)	3 (25,0 %)

Таблица 4 — Тревожность

Ситуативная тревожность	Количество мужчин	Количество женщин
Высокая	6 (33,33 %)	5 (41,67 %)
Низкая	4 (22,22 %)	2 (16,67 %)
Умеренная	8 (44,44 %)	5 (41,67 %)
Личностная тревожность		
Высокая	6 (33,33 %)	5 (41,67 %)
Низкая	2 (11,11 %)	1 (8,33 %)
Умеренная	10 (55,55 %)	6 (50,0 %)

Таблица 5 — Акцентуации характера

Название акцентуации	Мужчины		Женщины	
	кол-во	%	кол-во	%
Гипертимность	8	44,44	7	58,33
Дистимичность	2	11,11	2	16,67
Циклотомность	2	11,11	1	8,33
Эмоциональность	5	27,77	4	33,33
Демонстративность	2	11,11	1	8,33
Застревание	8	44,44	9	75
Педантичность	0	0	3	25
Тревожность	5	27,77	6	50
Возбудимость	12	66,66	7	58,33
Экзальтированность	10	55,55	2	16,67

Таблица 6 — Мини-мульти

Название шкалы	Мужчины		Женщины	
	кол-во	%	кол-во	%
Ипохондрия	10	55,55	6	50
Депрессия	6	33,33	5	41,67
Истерия	3	16,66	4	33,33
Психопатия	2	11,11	1	8,33
Паранойальность	1	5,55	2	16,67
Психастения	6	33,33	4	33,33
Шизоидность	1	5,55	2	16,67
Гипомания	1	5,55	0	0

По второй экспериментальной группе были получены следующие результаты:

Таблица 7 — Уровень субъективного контроля

Тип локуса	Количество мужчин	Количество женщин
Внешний	7 (28 %)	5 (27,78 %)
Внутренний	16 (64 %)	12 (66,67 %)
Смешанный	2 (8 %)	1 (5,56 %)

Таблица 8 — Подверженность стрессу

Уровень стресса	Количество мужчин	Количество женщин
Высокий	3 (12 %)	6 (33,33 %)
Выше среднего	11 (44 %)	7 (38,89 %)
Умеренный	10 (40 %)	4 (22,22 %)
Легкий	1 (4 %)	1 (5,56 %)

Таблица 9 — Тип поведенческой активности

Тип поведенческой активности	Количество мужчин	Количество женщин
«А»	13 (52 %)	10 (55,56 %)
«АБ»	11 (44 %)	6 (33,33 %)
«Б»	1 (4 %)	2 (11,11 %)

Таблица 10 — Тревожность

Ситуативная тревожность	Количество мужчин	Количество женщин
Высокая	9 (36 %)	9 (50 %)
Низкая	3 (12 %)	1 (5,56 %)
умеренная	13 (52 %)	2 (11,11 %)
Личностная тревожность		
Высокая	10 (40 %)	12 (66,67 %)
Низкая	2 (8 %)	1 (5,56 %)
Умеренная	13 (52 %)	5 (27,78 %)

Таблица 11 — Акцентуации характера

Название акцентуации	Мужчины		Женщины	
	кол-во	%	кол-во	%
Гипертимность	10	40	12	66,67
Дистимичность	5	20	4	22,22
Циклотомность	5	20	3	16,67
Эмоциональность	5	20	7	38,89
Демонстративность	3	12	5	27,78
Застревание	8	32	8	44,44
Педантичность	0	0	2	11,11
Тревожность	8	32	8	44,44
Возбудимость	11	44	9	50
Экзальтированность	6	24	4	22,22

Таблица 12 — Мини-мульти

Название шкалы	Мужчины		Женщины	
	кол-во	%	кол-во	%
Ипохондрия	18	72	10	55,56
Депрессия	18	72	9	50
Истерия	7	28	5	27,78
Психопатия	18	72	11	61,11
Паранойяльность	1	4	3	16,67
Психастения	15	60	11	61,11
Шизоидность	4	16	2	11,11
Гипомания	0	0	0	0

По контрольной группе, которую составили 45 человек без признаков ишемической болезни сердца, были получены следующие результаты.

Таблица 13 — Уровень субъективного контроля

Тип локуса	Количество мужчин	Количество женщин
Внешний	2 (8,33 %)	0
Внутренний	19 (79,17 %)	19 (90,48 %)
Смешанный	3 (12,5 %)	2 (9,52 %)

Таблица 14 — Подверженность стрессу

Уровень стресса	Количество мужчин	Количество женщин
Высокий	0	3 (14,29 %)
Выше среднего	15 (62,5 %)	9 (42,86 %)
Умеренный	6 (25,0 %)	8 (38,10 %)
Легкий	2 (8,33 %)	2 (9,52 %)

Таблица 15 — Тип поведенческой активности

Тип поведенческой активности	Количество мужчин	Количество женщин
«А»	8 (33,33 %)	6 (28,57 %)
«АБ»	10 (41,67 %)	8 (44,44 %)
«Б»	7 (29,17 %)	6 (28,57 %)

Таблица 16 — Тревожность

Ситуативная тревожность	Количество мужчин	Количество женщин
Высокая	8 (33,33 %)	10 (47,62 %)
Низкая	2 (8,33 %)	2 (9,52 %)
Умеренная	15 (62,5 %)	8 (38,10 %)
Личностная тревожность		
Высокая	12 (50 %)	11 (52,38 %)
Низкая	0	1 (4,76 %)
Умеренная	12 (50 %)	9 (42,86 %)

Таблица 17 — Акцентуации характера

Название акцентуации	Мужчины		Женщины	
	кол-во	%	кол-во	%
Гипертимность	12	50	11	52,38
Дистимичность	2	8,33	5	23,81
Циклотомность	3	12,5	7	33,33
Эмоциональность	5	20,83	6	28,57
Демонстративность	0	0	0	0
Застревание	6	25	7	33,33
Педантичность	1	4,17	2	9,52
Тревожность	3	12,5	6	28,57
Возбудимость	8	33,33	6	28,57
Экзальтированность	8	33,33	3	14,29

Таблица 18 — Мини-мульти

Название шкалы	Мужчины		Женщины	
	кол-во	%	кол-во	%
Ипохондрия	12	50	10	47,62
Депрессия	5	20,83	4	19,08
Истерия	2	8,33	3	14,29
Психопатия	0	0	1	4,76
Паранойяльность	0	0	4	19,08
Психастения	2	8,33	5	23,81
Шизоидность	1	4,17	5	23,81
Гипомания	0	0	0	0

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, 2, 3 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 ипохондрии 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 осо-

бенностями психического статуса мужчин и женщин, страдающих ишемической болезнью 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, потому 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 реа-

гировать 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 Р. 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 проти-

воположный «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 полярность 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 миокар-

да 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.

Остановимся подробнее на результатах 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, 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 их жизни.

Результаты проведенного исследования позволяют выделить психологические факторы, обуславливающие развитие ишемической болез-

ни 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 поведенческой активности «типа А». 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, дистимичности.

На полученные результаты 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 гипернозогнози-

ческом типе воздействие на первом этапе адресовано ведущей эмоциональной модальности реагирования и включает элементы поддерживающей психокоррекции, направленные на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности. 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 гипонозогнозическом 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 осу-

ществляется 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.

Предметом 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.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Сидоренко, Г. И. Перспективные направления кардиологической профилактики в Республике Беларусь / Г. И. Сидоренко. — Мн.: Медицинские новости, 2007. — № 9 — С. 41–43.
2. Александр, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. — 336 с.
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 Cardiovascular Findings / M. Friedman, R. H. Rosenman. — JAMA, 1959. — № 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 Wovens, s Association. — 1965. — № 20. — P. 161–167.
6. Coronary Heart Disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experientct of 8 1/2 years / R. H. Rosenman [et al.]. — JAMA. — 1975. — Vol. 233, № 8. — P. 872–877.
7. Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study / R. H. Rosenman [et al.]. — Jama. — 1966. — Vol. 195, № 2. — P. 82–88.
8. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю. М. Губачев [и др.]. — Л.: Медицина, 1981. — 216 с.
9. Олиферко, Н. П. Психофизиологические изменения у больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. П. Олиферко. — М., 1994. — 25 с.

Поступила 29.06.2009

УДК 616.248-053.2-056.25

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

О. А. Волкова

Гродненский государственный медицинский университет

На основании сведений литературы и результатов собственных исследований представлены данные о взаимосвязи бронхиальной астмы и ожирения в детском возрасте, факторах риска развития этих заболеваний в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах, о влиянии характера вскармливания на первом году жизни на развитие данной патологии.

Ключевые слова: дети, факторы риска, бронхиальная астма, ожирение.

INTERCOUPLING OF HEALTH RISKS OF EVOLUTION OF A BRONCHIAL ASTHMA AND ROPINESSES IN NURSERY AGE

O. A. Volkova

Grodno State Medical University

On the basis of data of the literature and outcomes of characteristic probings data about intercoupling of a bronchial asthma and a ropiness in nursery age, health risks of evolution of these diseases in antenatal, intranatal and postnatal phases, about agency of character of feeding on first are introduced to year of life on evolution of the yielded pathology.

Key words: children, health risks, a bronchial asthma, a ropiness.