

© Назарова М.С., Станіславчук М.А., Бурдейна Л.В., Шершун С.В., Мазорчук Ю.М., Щугарева Н.В.

УДК: [616.12-005.4+616.127-004-055.1]:159.9

Назарова М.С.¹, Станіславчук М.А.¹, Бурдейна Л.В.¹, Мазорчук Ю.М.², Щугарева Н.В.²

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №1¹ (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, кардіологічне відділення² (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ОПИТУВАЛЬНИКІВ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПАТЕРНУ ХВОРИХ ІХС ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

Резюме. *Останнім часом широко використовуються опитувальники оцінки якості життя (ЯЖ) для вивчення ступеню важкості серцево-судинних захворювань та результатів лікування хворих. У статті представлені результати дослідження, проведеного з метою вивчення доцільності використання сучасних опитувальників для повноти розуміння клініко-психологічної характеристики хворих чоловічої статі на ішемічну хворобу серця (ІХС) із післяінфарктним кардіосклерозом. При вивченні ефективності лікування пацієнтів головною ціллю є збільшення тривалості життя, а оцінка динаміки ЯЖ є не менш важливою додатковою ціллю особливо для молодих та людей середнього віку.*

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, післяінфарктний кардіосклероз, якість життя.

Вступ

Серцево-судинні захворювання - це головна демографічна загроза, що зумовлює значні економічні втрати. Серед 10 провідних причин смерті у світі перше місце посідає ІХС [5]. В розвинутих країнах світу питома вага смертності від ІХС складає близько 30 %. В країнах західної Європи, США, Канаді та Австралії протягом останніх десятиліть намітилась стійка тенденція до зниження смертності від ІХС, що різко відрізняється від ситуації в Україні, де абсолютні величини найвищі у Європі. На Україні летальність від ІХС у 5-8 разів вища, ніж у Франції та Італії [6]. Питома вага працездатного населення у структурі поширеності й захворюваності ІХС серед усіх дорослих становить відповідно 28,9 і 43,9 % [2, 3, 4].

ІХС негативно впливає на ЯЖ. Дослідження впливу ІХС на ЯЖ базується на аналізі самостійної оцінки паці-

єнтом обмежень, які обумовлені захворюванням. Основним інструментом для отримання таких даних є анкетування пацієнта за допомогою стандартних опитувальників [1].

Матеріали та методи

Для вирішення поставлених задач нами було обстежено 50 хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом чоловічої статі. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні та під наглядом у поліклінічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова протягом 2013-2015 років. Групу порівняння склали 25 практично здорових осіб чоловічої статі, причому основна група і група порівняння були тотожними за віковими та соціально-медичними характеристиками. Діагноз було верифіко-

вано відповідно діючих нормативних документів, підтверджено відповідною документацією.

Для вивчення особливостей психологічного стану хворих був застосований комплекс психодіагностичних методик, який складався із стандартизованих тестових методик. Функціональну здатність хворих визначали за Сіетльською анкету стану здоров'я (Seattle Angina Questionnaire (SAQ)) [11]. Психологічне обстеження виконали вимірюванням рівнів особистісної тривожності та депресії за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [12]. Розлади сну оцінили, використовуючи Піттсбурзький опитувальник (PSQI) [8]. Оцінка когнітивної функції організму включила визначення зорової та слухової пам'яті за методиками Ф.Є.Рібакова [7]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою стандартних статистичних програм "Microsoft Excel" для Windows-2010. Оцінювали середнє значення, стандартні помилки, достовірність відмінності середніх значень за допомогою t-критерію Стюдента (p), зв'язок ознак за допомогою кореляційного аналізу з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Різниця показників вважалась вірогідною при $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

В основу аналізу функціональної здатності хворих з ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом покладено дані тестування за допомогою Сіетльської анкети стану здоров'я, яка надала можливість згрупувати основні клініко-психологічні характеристики пацієнтів: обмеження фізичного навантаження, стабільність нападів, частоту нападів, задоволеність лікуванням та відношення до хвороби.

Цілісний аналіз якості життя хворих ІХС, які перенесли ІМ чоловічої статі у порівнянні з практично здоровими особами, за даними SAQ, засвідчив переважання в профілі шкали обмеження фізичного навантаження, що є відображенням

функціональної неспроможності хворих. Погана адаптивність хворих до умов функціонування, за даними опитувальника, була обумовлена проявами захворювання - нападами стенокардії. Крім шкал обмеження фізичного навантаження та частоти нападів, значущу позицію в профілі SAQ займала стабільність нападів стенокардії. Шкала задоволеності лікуванням верифікувала посередню вдовolenість хворих отриманим лікуванням та відповідно високий рівень стурбованості сталою частотою нападів стенокардії (рис. 1). Результати опитування відобразили стрес, викликаний фактом захворювання та пов'язану з цим необхідність психологічної перебудови, зміни звичного режиму життя, появи нових соматичних відчуттів тощо. Це доведено порівнянням з практично здоровими особами контрольної групи ($p < 0,01$).

Для забезпечення максимальної інформативності

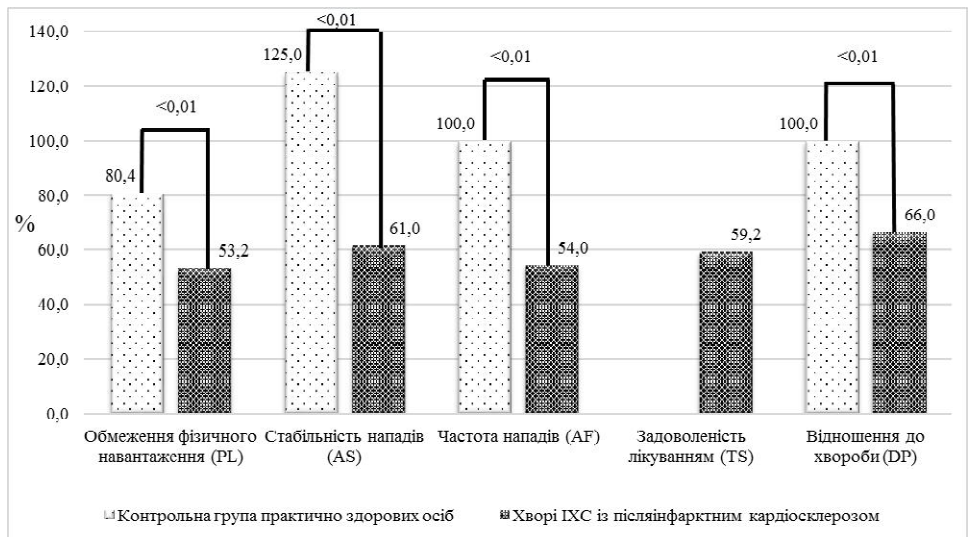


Рис. 1. Показники ЯЖ у практично здорових осіб та хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом за результатами SAQ.

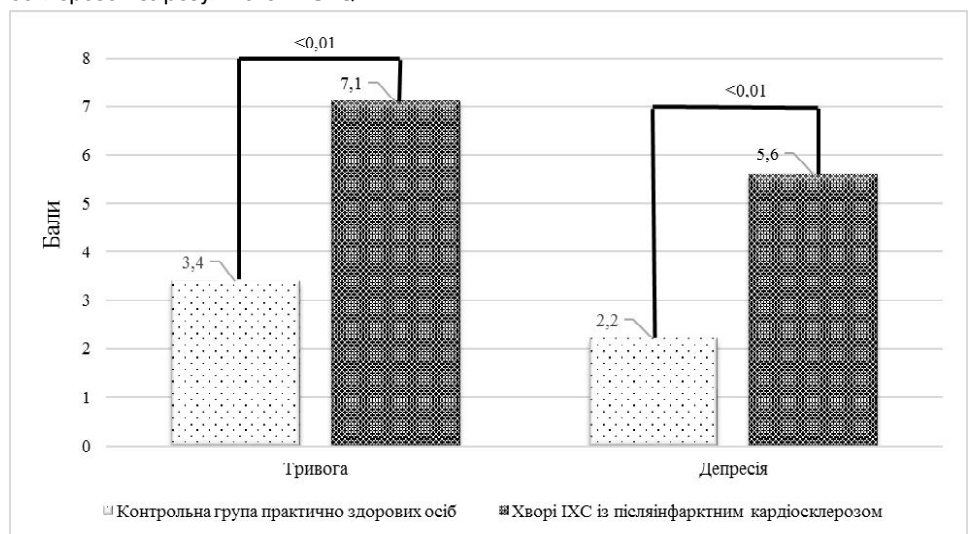


Рис. 2. Показники тривожно-депресивних розладів у практично здорових осіб та хворих із післяінфарктним кардіосклерозом за даними HADS.

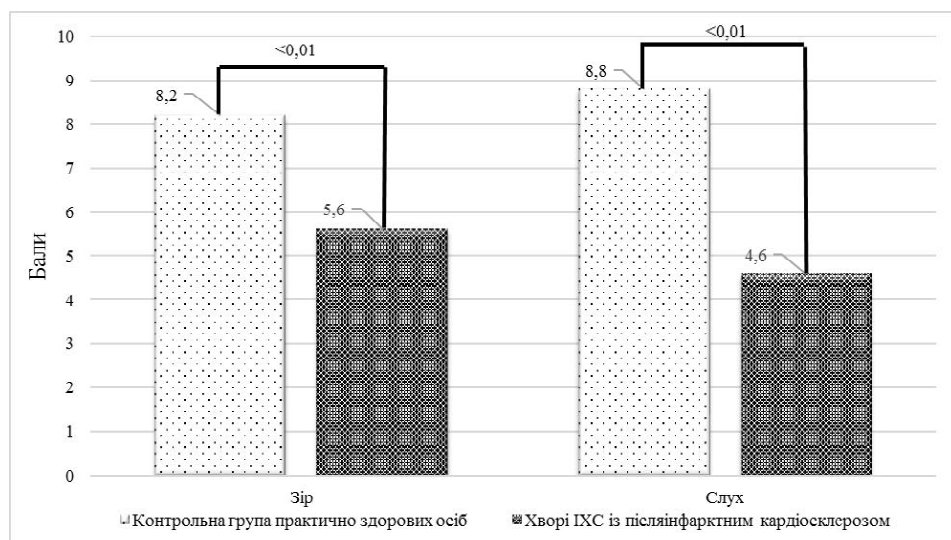


Рис. 3. Показники когнітивної функції організму у практично здорових осіб та хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом.

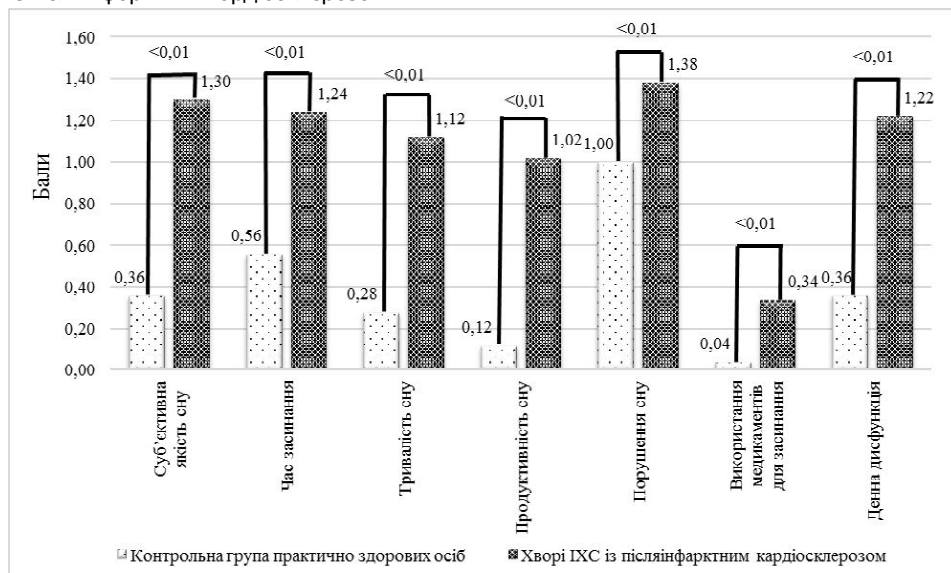


Рис. 4. Показники якості сну у практично здорових осіб та хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом за даними PSQI

психологічних даних ми вимірювали рівні особистісної тривожності та депресії за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, яка дозволила швидко оцінити емоційний стан осіб.

При інтерпретації даних враховували сумарний показник по кожній підшкалі (A - тривоги і D - депресії) та виділяли 3 області значень: 0-7 балів - норма; 8-10 балів - субклінічні прояви; 11 балів і вище - клінічні прояви тривоги/депресії.

Психологічний профіль хворих характеризувався високим рівнем тривоги та депресії у порівнянні із особами контрольної групи (рис. 2).

Таке співвідношення в клініці засвідчило емоційну лабільність, конфліктне поєднання високого рівня бажань з обмеженими можливостями їх реалізації, підви-

шену нервозність, схильність до драматизації ситуації, або ж, навпаки, до повної апатії у хворих ІХС, які перенесли ІМ. У 40 та 16 % хворих кількісні показники тривоги та депресії перевищували рівень у 8 балів, що виявило наявність субклінічних та клінічних проявів тривожних та/або-депресивних розладів та могло бути свідченням невротизації та глибоких, статичних патологічних реакцій, що формують стійкий тип патологічного реагування.

Аналіз тесту засвідчив наявність у даної когорти хворих виражених негативних психологічних тенденцій у вигляді тривожності та депресивних рис, соматичних фіксацій. Треба зазначити, що депресія також може перешкоджати вчасному звертання за медичною допомогою, а когнітивні симптоми - впливати на сприйняття своєї особистості, що, в свою чергу, посилює депресію. Наші дані узгоджувалися із результатами досліджень, які довели, що депресія в 1,5-2 рази підвищує ризик розвитку ІМ, впливає на агрегацію тромбоцитів та ЧСС. Отримані дані психологічного тестування повністю підтверджені результатами клінічного обстеження хворих на ІХС.

Так, під час клінічної бесіди хворі висловлювали скарги на підвищену тривожність, знижений настрій, швидку втомлюваність, апатію, втрату інтересу до життя, підвищену увагу до хворобливих соматичних відчуттів.

Процеси зародження та розвитку психологічного стресу представлені в когнітивній теорії стресу Р. Лазаруса (1970), основою якої є пізнавальна роль суб'єктивної оцінки загрози несприятливого впливу і своєї можливості подолання стресу. Загроза розглядається як стан очікування суб'єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і стимулів. Небажані властивості умов чи стимулів оцінюються за характеристиками інтенсивності впливу, ступеню невизначеності значення стимулу і часу впливу, а також ресурсів індивіду щодо подолання

впливу. З цієї точки зору нами була вивчена когнітивна функція організму хворих ІХС, які перенесли ІМ у порівнянні з практично здоровими особами. У когортах обстежених хворих оцінка когнітивної функції організму включила визначення зорової та слухової пам'яті (рис. 3).

Відомо, що 20 % випадків ІМ і 15 % випадків раптової смерті приходяться на період сну [10]. З цієї точки зору нам було цікаво оцінити якість сну у хворих ІХС, які перенесли ІМ. Використовуючи PSQI, ми визначили індекси якості сну (рис. 4) у хворих у порівнянні з контрольною групою практично здорових осіб чоловічої статі.

Якість сну у хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом принципово відрізнялася від здорових людей за суб'єктивними та об'єктивними критеріями якості сну. У хворих ми отримали показники, які засвідчили погану якість сну за характеристиками часу засинання та суб'єктивної якості сну. Констатовано порушення циркадності сну. Емоційна напруга у хворих помітно зростала у вечірні та нічні часи через страх повторення нападів стенокардії.

Цікавим є той факт, що за даним Т.Р. Hung та співавт. [9] у 5-9 % населення працездатного віку зустрічається обструктивне сонне апное, що супроводжується епізодами десатурації крові та співпадає у часі з нападами стенокардії та змінами сегменту QT.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Дослідження клініко-психологічного стану хворих ІХС чоловічої статі із післяінфарктним кардіосклерозом виявило у них ознаки психологічної дезадаптації, зокрема зниження ЯЖ, самооцінки та порушен-

ня міжособистісних відносин у мікросоціальному середовищі.

2. Усвідомлення факту хвороби, переживання її проявів, екстраполяція можливих наслідків, перебування звичного патерну життя й діяльності з урахуванням обмежень, що накладає ІХС, викликало комплекс складних психологічних реакцій, який обумовлює особливості перебігу захворювання.

3. Вивчення змін, які відбуваються у психічному стані чоловіків з ІХС після перенесеного ІМ, надало можливість ґрунтовного розуміння картини захворювання, аналізу індивідуальних особливостей перебігу, визначення чинників, що мають вплив на перебіг ІХС та розробки подальшої тактики лікування.

4. У даної когорти хворих формується специфічний психологічний патерн реагування, який містить як характерні природні реакції на важкий соматичний недуг (посилення тривожних та депресивних тенденцій), так і специфічні, притаманні саме ІХС риси, зумовлені характером перебігу захворювання, в першу чергу поєднанням больового синдрому з фізичною обмеженістю (хворобливу зосередженість на соматичних відчуттях, пріоритетну значимість соматичних страждань, посилення протестних тенденцій, емоційну лабільність, погіршення якості сну тощо).

Психопатологічна симптоматика в клініці ІХС повинна враховуватися при визначенні стратегії й тактики лікування хворих ІХС з післяінфарктним кардіосклерозом та включення до комплексу лікувальних заходів психотерапії, а також, у разі наявності ознак невротизації, депресивних, тривожно-депресивних розладів, порушення циркадності та якості сну, медикаментозного лікування цих порушень.

Список посилань

1. Воронков, Л. Г. & Паращенко, Л. П. (2010). Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты. *Серцева недостатність*, 2, 12-16.
2. Книшов, Г. В., Коваленко, В. М., Лазоришинець, В. В., Руденко, К. В., Давидова, Ю. В., Прокопович, Л. М. & Сіромаха, С. О. (2015) Сучасний стан і перспективи розвитку екстреної, невідкладної кардіохірургії та інтервенційної кардіології в Україні. *Український кардіологічний журнал*, 5, 13-18.
3. Коваленко, В. М. & Корнацький, В. М. (Ред.). (2009). *Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу*. Київ: Медінформ.
4. Коваленко, В. М. & Корнацький, В. М. (Ред.). (2013). *Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз*. Київ: Медінформ.
5. Коваленко, В. М. & Корнацький, В. М. (Ред.). (2014). *Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема*. Київ: Медінформ.
6. Коваленко, В. М. & Корнацький, В. М. (Ред.). (2015). *Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник*. Київ: Коломіцин В. Ю.
7. Полищук, И. А. & Видренко, А. Е. (Ред.). (1980). *Атлас для экспериментального исследования отклонений в психологической деятельности человека* (2). Киев: Здоров'я.
8. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
9. Hung, T. P. (1993). Changes in mortality from cerebrovascular disease and clinical pattern of stroke in Taiwan. *J Formos Med Assoc.*, 92(8), 687-96.
10. Mittleman, M. A., Mintzer, D. & Maclure, M. (1999). Triggering of myocardial infarction by cocaine. *Circulation*, 99(21), 2737-41.
11. Spertus, J. A., Winder, J. A., Dewhurst, T. A., Deyo, R. A., Prodzinski, J., McDonnell, M. & Fihn, S. D. (1995). Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.*, 25(2), 333-41.
12. Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.*, 67(6), 361-70.

Назарова М.С., Станиславчук Н.А., Бурдейная Л.В., Мазорчук Ю.Н., Щугарева Н.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПАТТЕРНА БОЛЬНЫХ ИБС МУЖСКОГО ПОЛА С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Резюме. В последнее время широко используются опросники оценки качества жизни для изучения степени тяжести сердечно-сосудистых заболеваний и результатов лечения больных. В статье представлены результаты исследования, проведенного с целью изучения целесообразности использования современных опросников для полноты понимания кли-

нико-психологической характеристики больных мужского пола с ишемической болезнью сердца с постинфарктный кардиосклероз. При изучении эффективности лечения пациентов главной целью является увеличение продолжительности жизни, а оценка динамики качества жизни не менее важной дополнительной целью особенно для молодых и людей среднего возраста.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, качество жизни.

Nazarova M. S., Stanislavchuk M. A., Burdeina L. V., Mazorchuk J. N., Schuhareva N. V.

THE USE OF MODERN PSYCHOLOGICAL QUESTIONNAIRES TO DETERMINE THE PATTERN OF MALE PATIENTS WITH CHD WITH POSTINFARCTION CARDIOSCLEROSIS

Summary. Nowadays, questionnaires assessing the quality of life to study the severity of cardiovascular disease and results of treatment are widely used. In the article there are the results of the study conducted to analyze the necessity of using questionnaires to complete the modern understanding of the clinical and psychological characteristics for male patients with coronary heart disease with postinfarction cardiosclerosis. Studying the effect of treatment in such patients the main aim is to increase life expectancy. To assess the dynamics of quality of life is an important additional aim especially considering young and middle-aged people.

Key words: coronary heart disease, postinfarction cardiosclerosis, quality of life.

Рецензент - д.мед.н., проф. Андрушко І.І

Стаття надійшла до редакції 26.06.2017р.

Назарова Марина Сергіївна - асистент, аспірант кафедри внутрішньої медицини № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(098)2792057; mburdeyna@gmail.com

Станіславчук Микола Адамович - д.мед.н., проф. зав. кафедри внутрішньої медицини № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(050)6986684; mstanislav53@yahoo.com

Бурдейна Людмила Валентинівна - к.мед.н., доц. кафедри внутрішньої медицини № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(050)2167768; burdeuna@yahoo.com

Мазорчук Юлія Миколаївна - лікар-кардіолог вищої категорії поліклінічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(067)8595588; umazorchuk@gmail.com

Щугарева Наталія Вікторівна - лікар-кардіолог вищої категорії кардіологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(097)3551574; oskarlena@mail.ru
