

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 614.25:616-036.865]-092:612.821

Е. А. Кровякова, В. Ф. Киричук, А. И. Кодочигова, Л. А. Михеева, Е. С. Оленко

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ВРАЧЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ С ОТЯГОЩЕННЫМ СЕМЕЙНЫМ АНАМНЕЗОМ ПО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ФГУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Саратовской области, Саратов

Приведен анализ психофизиологических особенностей клинически здоровых врачей, занятых в службе медико-социальной экспертизы, имеющих отягощенный семейный анамнез ишемической болезни сердца, и больных с данной патологией. Выявленные тенденции в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере, свидетельствуют о необходимости введения в комплекс мер первичной профилактики развития ишемической болезни у врачей службы медико-социальной экспертизы персонализированной психологической коррекции.

Ключевые слова: психофизиологические особенности, реактивная и личностная тревожность, алекситимия, копинг-стратегии, адаптивные и неадаптивные формы, ишемическая болезнь сердца, врачи медико-социальной экспертизы.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CLINICALLY HEALTHY DOCTORS OF MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE WITH FAMILY HISTORY OF CORONARY HEART DISEASE

E.A.Krovyakova, V.F.Kirichuk, A.I.Kodochigova, L.A.Mikheeva, E.S.Olenko

The analysis of the psycho-physiological characteristics of healthy physicians employed in the service of medical and social assessment, having a family history of coronary heart disease and patients with this disease. Identify trends in the cognitive, emotional and behavioral spheres indicate the need to introduce a set of measures for primary prevention of coronary heart disease in medical service medical and social expertise personified psychological adjustment.

Keywords: physiological characteristics, reactive and personal anxiety, alexithymia, coping strategies, adaptive and maladaptive forms, coronary heart disease, doctors medical and social assessment.

В структуре смертности от болезней системы кровообращения ишемическая болезнь сердца (ИБС) находится на первом месте [1–3]. Отягощенный семейный анамнез по ИБС признан одним из основных факторов риска развития этого заболевания [4]. В последние годы опубликованы результаты исследований, подтверждающие связь стресса, депрессии и тревожных расстройств с развитием ИБС [5–7]. Врачи медико-социальной экспертизы (МСЭ) в процессе своей работы ежедневно подвергаются влиянию негативных эмоциональных факторов, которые в сочетании с отягощенным семейным анамнезом по ИБС могут увеличивать риск развития этого заболевания. Связь психофизиологических особенностей личности клинически здоровых врачей МСЭ и наличие у них отягощенного семейного анамнеза по ИБС ранее не изучали.

Цель работы – определить и сравнить психофизиологические особенности клинически здоровых врачей МСЭ с отягощенным семейным анамнезом по ИБС и больных ИБС для оптимизации первичной и вторичной профилактики этого заболевания.

Материал и методы. Обследованы 180 человек мужского и женского пола в возрасте от 35 до 55 лет.

Основную группу составили 100 клинически здоровых врачей, проработавших в службе МСЭ не менее 5 лет и имеющих

такие распространенные факторы риска развития ИБС, как отягощенный семейный анамнез, избыточная масса тела, повышенный уровень холестерина в сыворотке крови; 38% обследованных этой группы имели отягощенный семейный анамнез по ИБС.

Критериями исключения были наличие сопутствующих заболеваний и стадии обострения или имеющих психосоматический генез, факт обращения к психиатру или психотерапевту, прием психотропных препаратов, алкогольная или наркотическая зависимость, табакокурение, наличие врожденной патологии, онкологические заболевания, травмы, острые инфекции, беременность, лактация, климактерический период.

Критериями включения в основную группу были отсутствие жалоб на состояние сердечно-сосудистой системы; физиологический уровень артериального давления – АД (при случайном трехкратном измерении АД не выходило за пределы 110/70–130/80 мм рт. ст.); удовлетворительная переносимость физических и эмоциональных нагрузок; физически активный образ жизни; стаж работы в МСЭ не менее 5 лет.

Контрольную группу составили 20 клинически здоровых врачей МСЭ без изучаемых факторов риска.

Группу сравнения сформировали 60 больных ИБС, страдающих стенокардией напряжения II–III функционального класса по NYHA, не перенесших инфаркт миокарда, имеющих проявления хронической сердечной недостаточности не выше IIa стадии и III функционального класса по NYHA без нарушений сердечного ритма, имеющих длительность заболевания не более 5 лет. Величина АД при случайном измерении не выходила за пределы физиологических значений.

Клинико-физиологическое обследование проводили в соответствии со стандартами обязательного медицинского страхования.

Для изучения психофизиологических характеристик личности и особенностей совладающего поведения использовали комплекс следующих тестов: методику Хайма, СМОЛ, шкалу Спилберга в модификации Ю. Л. Ханина, проективную методику – психометрический тест, Торонтскую алекситимическую шкалу.

Статистическую обработку проводили на компьютере IP-166*ММХ с помощью пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2003 и Statistika 6.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты и обсуждение. Клинически здоровые врачи МСЭ без изучаемых факторов риска характеризовались гармоничными чертами личностного реагирования: низким уровнем реактивной тревожности и средним уровнем личностной тревожности, отсутствием интрапсихических конфликтов и адаптивностью поведения в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере. Им были свойственны доброжелательность, активность, коммуникабельность, высокий уровень ответственности, стремление к достижению поставленных задач социально приемлемыми путями. Попадая в сложные ситуации, они анализировали существующие проблемы, сохраняли оптимизм и обращались за помощью к значимым для них людям.

Наличие отягощенного семейного анамнеза по ИБС изменяло психофизиологические характеристики и копинг-поведение клинически здоровых врачей МСЭ.

В результате тестирования по СМОЛ клинически здоровых врачей МСЭ, имеющих отягощенный семейный анамнез как фактор риска развития ИБС, самые высокие показатели значений Т-баллов были выявлены по шкалам коррекции (К) и “невротической триады”: ипохондрии (1), депрессии (2), истерии (3), а самые низкие (существенно ниже, чем у лиц контрольной группы) – по шкале психопатии (4) СМОЛ ($p < 0,05$). Это свидетельствует об их пассивно личностной позиции, стремлению к избеганию неуспеха, старательности, доброжелательности, обязательности, трудности в принятии самостоятельных решений, неуверенности в себе, чувствительности, сенситивности, склонности к тревогам, раздумьям, выраженной глубине переживаний, аналитическом складе ума, самокритичности, гиперконтроле, подчиняемости авторитетам, конформизме, озабоченности социальным статусом и ригидности системы ценностей (сочетание относительного повышения значений Т-баллов по шкалам коррекции (К) и “невротической триады”: ипохондрии (1), депрессии (2), истерии (3) с относительным понижением по шкале психопатии (4) СМОЛ ($p < 0,05$).

При анализе ответов клинически здоровых врачей МСЭ, имеющих отягощенный семейный анамнез по ИБС, по материалам психометрического теста установлено, что они чаще выбирают круг, а реже – зигзаг, а у лиц контрольной группы среди фигур предпочтения превалирует зигзаг, а среди фигур отрицания – прямоугольник. Это характеризовало клинически здоровых врачей МСЭ, имеющих указание в анамнезе на наличие ИБС у кровных родственников, как людей коммуникабельных, общительных, но при

этом тревожных с пониженной самооценкой и избегающим поведением.

При оценке уровня алекситимии у клинически здоровых врачей МСЭ, имеющих отягощенный семейный анамнез по ИБС, выявлено, что он был статистически значимо выше, чем в контрольной группе, хотя и находился в пределах нормальных значений (59,43 и 51,2 соответственно; $p < 0,05$).

При тестировании клинически здоровых врачей МСЭ, имеющих отягощенный семейный анамнез по ИБС, по шкале Спилберга в модификации Ю. Л. Ханина установлено, что им была свойственна статистически значимая более высокая личностная тревожность, чем у обследованных контрольной группы (45,73 и 31,05 балла соответственно; $p < 0,05$); реактивная тревожность у них находилась в пределах низких значений (28,43 и 25,00 балла соответственно; $p < 0,05$). Для клинически здоровых врачей МСЭ с отягощенным семейным анамнезом по ИБС было характерно снижение эффективного формирования копинг-стратегий, преимущественно в когнитивной и поведенческой сферах, по сравнению с показателями в контрольной группе ($p < 0,05$). В когнитивной сфере у обследованных основной группы выявлено 72% адаптивных форм (у лиц контрольной группы – 80%), в поведенческой – 57% (у лиц контрольной группы – 65%). В эмоциональной копинг-сфере обследованные указанной подгруппы статистически значимо чаще, чем лица контрольной группы, выбирали неадаптивные копинг-стили (27 и 20% соответственно; $p < 0,05$): подавляли эмоции (70%), обвиняли себя в собственных проблемах (20%), проявляли агрессию (10%). Обследованные контрольной группы агрессивных тенденций не имели. Клинически здоровые врачи МСЭ с указанием на наличие ИБС у кровных родственников почти в 2 раза чаще (48%), чем обследованные контрольной группы (25%), были озабочены сохранением самооценки, реже анализировали существующие проблемы (28 и 44% соответственно; $p < 0,05$) и были склонны сохранять самообладание (24 и 31% соответственно; $p < 0,04$), реже сотрудничали (29 и 38% соответственно; $p < 0,05$) и обращались за помощью к авторитетным лицам (38 и 47% соответственно; $p < 0,05$), чаще отступали перед трудностями (67 и 33% соответственно; $p < 0,05$).

Как показано в работах ряда авторов, высокий самоконтроль, сдерживание эмоций, особенно агрессии, в комбинации с чувством неудовлетворенности собой и окружающими вызывает состояние тревоги и фрустрации. Подавленная агрессивность, сдерживаемый гнев, враждебность к внешнему миру через симпатическую активацию способствуют развитию и закреплению основных патофизиологических механизмов атерогенеза и ИБС [8].

У клинически здоровых врачей МСЭ и больных ИБС с отягощенным семейным анамнезом по ИБС имелись схожие психофизиологические особенности личности: пассивность, конвенциальность, заниженная самооценка, депрессивные тенденции. Обследованные группы сравнения с указанным фактором риска имели более высокие уровни невротизации, личностной (48 баллов) и реактивной (31,78 балла)

тревожности, а также алекситимии (65,96 балла), чем представители основной группы.

У больных ИБС с отягощенным семейным анамнезом по ИБС обращало на себя внимание то, что они статистически значимо чаще, чем клинически здоровые врачи МСЭ с указанным фактором риска, анализировали существующие проблемы (38,5 и 28% соответственно; $p < 0,05$), реже диссимулировали и были озабочены установкой собственной ценности (23 и 48% соответственно; $p < 0,05$), а также реже проявляли оптимизм и чаще выражали протест, хотя и не прямым способом.

Для обследованных данной подгруппы было характерно большее, чем у лиц основной группы с отягощенным семейным анамнезом, проявление агрессивности (25 и 10% соответственно; $p < 0,05$). Согласно данным литературы, многим больным ИБС свойственны враждебность, агрессивность, конфликтность, мстительность. В своих неудачах они обвиняют окружающих, накапливая неотреагированные отрицательные эмоции [9]. В основе их конфликтности, агрессивности, нетерпеливости, в стремлении доминировать лежат неуверенность в себе, нереализованная потребность в любви, заботе, ласке, понимании [10]. Агрессия и враждебность реализуются на физиологическом уровне через активацию симпатoadrenalовой системы повышением уровня АД и частоты сердечных сокращений [11]. У больных ИБС с ярко выраженной конфликтностью и враждебностью активизируются процессы перекисидации липидов и тромбобластической активности крови, при коронарографии выявляется больший суммарный процент стенозов коронарных артерий, чем у обследованных, не обладающих вышеупомянутыми психологическими чертами [12].

Заключение

Таким образом, клинически здоровые врачи МСЭ с отягощенным семейным анамнезом по ИБС были более невротизированы, алекситимичны, конвенциональны, тревожны, пассивны и менее адаптивны при построении копинг-стратегий по сравнению с обследованными больными контрольной группы. Больные ИБС имели схожие особенности личностного реагирования, но были более тревожны, алекситимичны, невротизированы и агрессивны, чем клинически здоровые врачи МСЭ с изучаемым фактором риска. Психокоррекционные мероприятия необходимо проводить персонализированно, с учетом выявленных изменений. Клинически здоровым врачам МСЭ с отягощенным семейным анамнезом по ИБС необходимо проводить мероприятия, направленные на повышение их самооценки, социальной активности, повышение адаптивности при построении копинг-поведения.

Больным ИБС необходимо снижать уровень тревожности, алекситимичности, агрессивности и повышать адаптивность при построении копинг-стратегий.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2002 г. Женева, 2004.
2. *Ощепкова Е. В.* Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2001–2006 гг. и пути ее снижения. Кардиология. 2009; 2: 67–72.
3. *Ступаков И. Н., Гудкова Р. Г.* Смертность от ишемической болезни сердца в Российской Федерации. Здравоохранение (Москва). 2008; 7: 21–34.
4. *Мешков А. Н.* и др. Генетические факторы риска развития ишемической болезни сердца у пациентов с семейной гиперхолестеринемией. Кардиология. 2005; 7: 10–14.
5. *Гарганеева Н. П.* Концепция факторов риска в оценке прогноза сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами. Сиб. вестн. психиатр. и наркол. 2010; 2: 63–66.
6. *Оганов Р. Г., Погосова Г. В.* Стресс: что мы знаем сегодня об этом факторе риска? Рацион. фармаколог. в кардиол. 2007; 3: 60–67.
7. *Плескачев А. С.* Депрессии в практике кардиолога: проблема коморбидности. Профилактика. 2008; 2: 36–38.
8. *Coelho A. M., Barres H.* et al. Essential arterial hypertension; psychopathology, compliance and quality of life. Rev. Port. Cardiol. 1997; 16 (11): 873–883.
9. *Данько А. О.* Взаимосвязь характера и степени поражения коронарного русла при ишемической болезни сердца и психофизиологических особенностях личности больных. Воен.-мед. журн. 2002; 8: 34–38.
10. *Лебедева Н. Б., Барбарали О. Л.* Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда. Рос. кандiol. журн. 2003; 4: 98–101.
11. *Ениколатов С. Н., Садковская А. В.* Журн. неврол. и психиатр. 2000; 7: 59–64.
12. *Клюжев В. М., Данько А. О.* Психофизиологические особенности больных ишемической болезнью сердца, характер и степень поражения коронарного русла, биохимические механизмы адаптации в условиях операционного стресса. Кардиология. 2004; 3: 25–29.

Поступила 04.10.11

Сведения об авторах:

Кривякова Е. А., руководитель бюро № 6 ФГУ Главное бюро МСЭ по Саратовской обл.; *Киричук В. Ф.*, д-р мед. наук, проф. зав. каф. нормальной физиологии им. И. А. Чувевского Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского; *Кадочникова А. И.*, д-р мед. наук, проф. каф. пропедевтики внутренних болезней Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского; *Михеева Л. А.*, руководитель – гл. эксперт по медико-социальной экспертизе ФГУ Главное бюро МСЭ по Саратовской обл.; *Оленко Е. С.*, д-р мед. наук, доц. каф. пропедевтики внутренних болезней Саратовского ГМУ им. В. И. Разумовского.

Для контактов:

Кривякова Елена Александровна, 410005, Саратов, ул. Аткарская, д. 51. Телефон/факс: 8(8452) 72-50-44; e-mail: mse_64@mail.ru, normal@yandex.ru