

**В.М. Провоторов, А.Я. Кравченко, В.Е. Прасолова**  
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И**  
**КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

*Каф. факультетской терапии ВГМА им. Н.Н. Бурденко*

Актуальность. Одной из актуальных проблем в кардиологии последних десятилетий является профилактика ишемической болезни сердца (ИБС) через воздействия на факторы риска (ФР) этого заболевания. Известен целый ряд ФР, способствующих развитию ИБС, наиболее изученными из которых являются артериальная гипертензия, ожирение, гиперхолестеринемия, курение, малоподвижный образ жизни. Однако такие традиционные ФР не позволяют объяснить всех случаев возникновения ИБС в популяции [4]. Вследствие этого ряд исследователей пришли к выводу о необходимости выделения психологических, психосоциальных, поведенческих ФР ИБС [2, 4], среди которых наиболее известна концепция поведения типа А. Между тем в настоящее время в вопросе о ее роли в развитии ИБС имеются противоречия, так как в некоторых исследованиях не удалось доказать, что такая личностная особенность является ФР ИБС. В связи с этим становится очевидным поиск новых психологических факторов, способствующих развитию ИБС и большой интерес, с этой точки зрения, представляет такая характеристика личности больного, как алекситимия [6].

Согласно результатам недавних исследований пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ) и имеющие в структуре личности алекситимию, в большей степени подвержены развитию тревоги и депрессии [1, 5].

Значимость этого фактора нельзя недооценивать, т.к. депрессия - это не просто определенное психическое состояние человека, она сопровождается выраженными нарушениями функций ряда органов и систем организма. Так, например, при депрессии возрастает концентрация провосполительных цитокинов, таких как интерлейкин I, II, VI, фактор некроза опухоли, повышается склонность к тромбообразованию за счет повышения содержания фибриногена и агрегационной активности тромбоцитов. Все эти процессы ухудшают состояние больного, отягощают прогноз заболевания и увеличивают риск смерти [7].

Не менее важным аспектом состояния больного ИБС в современной медицине является необходимость учета такого параметра, как «качество жизни» (КЖ), так как в настоящее время концепция исследования КЖ становится одним из основных критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи пациенту.

С этих позиций, целью данного исследования было изучение взаимосвязи ФР, тревоги, депрессии и алекситимии и их влияния на КЖ больных ОИМ.

Материал и методы исследования. Обследовано 45 больных (27 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 41 до 63 лет (средний возраст 52,7±5,3 года) с диагнозом ИБС, ОИМ. Диагноз устанавливали на основе общепринятых критериев ВОЗ. В исследование не включались больные с органическими

поражениями головного мозга, алкоголизмом, застойной сердечной недостаточностью, сахарным диабетом I типа, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями.

ФР, клинические характеристики больных оценивали с помощью разработанной нами анкеты. Алекситимию изучали с помощью Торонтской алекситимической шкалы «TAS 26», предложенной G.Taylor (1985) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева (1994). Алекситимичными считали больных, набравших 74 и более баллов, менее 62 баллов – неалекситимичными, к зоне неопределенности отнесены набравшие от 63 до 73 баллов. Предельное теоретическое распределение баллов от 26 до 130. Оценку тревоги и депрессии проводили с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), разработанной A.Zigmond (1983). Для оценки КЖ использовали медико-социологическую анкету ВКНЦ, разработанную А.Г. Гладковым и соавт. в лаборатории клинической психологии ВКНЦ (1982). Избыточной массой тела (ИМТ) считали значения индекса Кетле, превышающие 25,0 (в соответствии с рекомендациями ВОЗ, 1995). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета прикладных программ StatGraphics for Windows 2.1 Plus.

Полученные результаты и их обсуждение. Установлено, что 25 (55,6%) пациентов имели в структуре личности алекситимический радикал; 8 (17,7%) – признаны неалекситимичными, 12 (26,7%) - отнесены к зоне неопределенности. Средний балл алекситимии составил 71,8±1,5. Распределение больных ОИМ в зависимости от балла алекситимии представлено на рис. 1.

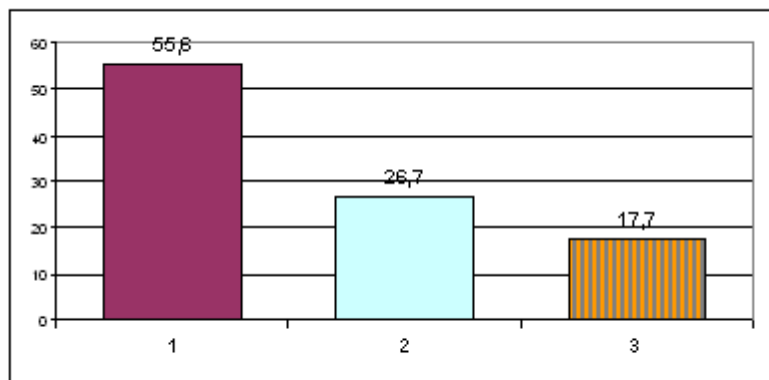


Рис. 1 Распределение больных ОИМ по группам в зависимости от балла алекситимии (1-алекситимичные больные, 2-группа неопределенности, 3-неалекситимичные больные)

Анализ взаимосвязи алекситимии и ФР ИБС показал, что среди алекситимичных пациентов такой ФР, как ИМТ встречался достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) чем у неалекситимичных (табл. 1). По данным некоторых авторов, у этого контингента больных может иметь место гиперфагическая реакция на стресс (ГФРС) в системе реализации внутреннего напряжения. Она выражается в обязательном приеме пищи в состоянии любого эмоционального

или соматического дискомфорта. Такая реакция является основным механизмом увеличения массы тела у алекситимичных пациентов [3].

**Таблица 1**

*Встречаемость факторов риска у больных ОИМ в зависимости от наличия в структуре личности алекситимии*

Факторы риска	Группа 1 Алекситимичные больные, n=25	Группа 2 Группа неопределенности, n=11	Группа 3 Неалекситимичные больные, n=8
Артериальная гипертензия	22	9	6
Гиподинамия	15	6	3
Курение	15	5	3
Избыточная масса тела	23*	7	4

*Примечание: \* (p < 0,05) - различия между 1 и 3 группами статистически достоверны по  $\chi^2$ .*

Анализ результатов тестирования по шкале HADS, показал что среднее значение тревоги и депрессии у алекситимичных пациентов было достоверно выше (p < 0,05), чем у неалекситимичных (табл. 2).

**Таблица 2**

*Средние значения тревоги и депрессии у больных ОИМ в зависимости от наличия в структуре личности алекситимии*

Группы больных	Тревога, баллы	Депрессия, баллы
Алекситимичные больные, n=25	9,3 ± 0,9*	8,4 ± 1,4*
Группа неопределенности, n=12	8,0 ± 1,3	7,9 ± 1,4
Неалекситимичные больные, n=8	7,5 ± 1,6	6,5 ± 1,5

*Примечание: \* (p < 0,05) - различия между 1 и 3 группами статистически достоверны по t-критерию.*

Таким образом, выявлена взаимосвязь между алекситимией с одной стороны и частотой возникновения тревоги и депрессии - с другой.

В целом КЖ больных ОИМ характеризовалось как достаточно низкое: – 19,8???,4 балла. При этом была обнаружена достоверная связь между этим показателем и наличием у больного алекситимии. Среднее значение КЖ у алекситимичных больных было достоверно ниже (p < 0,05), чем у неалекситимичных.

При этом причины снижения КЖ у алекситимичных и неалекситимичных пациентов были неодинаковыми. Неалекситимичные пациенты среди причин, снижающих КЖ, наиболее часто указывали на необходимость ограничений в физических усилиях, трудовой деятельности, проведении досуга. Для больных, имеющих в структуре личности алекситимию, наиболее значимыми были ограничения в необходимости лечиться, уменьшении и изменении взаимоотношений с родными и близкими, курении. Затруднения в вербализации эмоций и идентификации собственных чувств в сочетании с недостаточной социальной адаптацией делают, по-видимому, указанный контингент больных более уязвимым в плане изменения отношений с близкими, друзьями и родственниками.

**Выводы.**

Алекситимия встречается в структуре личности у 55,6% больных острым инфарктом миокарда. Из исследуемых факторов риска ИБС такой показатель, как избыточная масса тела, у алекситимичных больных встречается достоверно чаще, чем у неалекситимичных.

Для алекситимичных больных характерны повышенные уровни тревоги и депрессии, и, как одно из следствий этого, снижение качества жизни, что требует индивидуализации лечебной тактики, в том числе, с применением психофармакологических средств, а также рациональной психотерапии.

Литература.

1. Будневский А.В. Особенности соматического и психологического статуса больных ишемической болезнью сердца / А.В. Будневский Автореф. дис. канд. мед. наук. – Воронеж. – 1998. – 19 с.

2. Копина О.С. Популяционное исследование психологического стресса как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний/ О.С. Копина, Е.А. Сулова, Е.В. Заикин //Кардиология. – 1996. – N3. –С. 53–56.

3. Коростелева И.С. Психофизиологические особенности больных церебральным ожирением в контексте проблемы алекситимии. / И.С. Коростелева, Т.Г. Вознесенская, Г.А. Рыльцова //Соц. и клин. психиатр. – 1994. –N 1. –С. 29-36.

4. Положенцев С.Д. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С.Д. Положенцев, Д.А. Руднев - Л: Наука. – 1990. – 171 с.

5. Прасолова В.Е. Психосоматические особенности больных острым инфарктом миокарда в зависимости от выраженности алекситимии/ В.Е. Прасолова //Материалы межрегиональной студенческой научной конференции. – Воронеж. – 2003. - С. 35-37.

6. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией / В.М. Провоторов, А.В. Будневский, А.Я. Кравченко, Т.И. Грекова // Кардиология. – 2001. – N 2. – С. 46–49.

7. Чазов Е.И. Депрессия у пациентов с ИБС: актуальность проблемы/ Е.И. Чазов //Форум. - N 8. – 2003. – С. 5.

### **Abstract**

#### **V.M. Provotorov, A.Y. Kravchenko, V.E. Prasolova RELATIONSHIP BETWEEN MENTAL FEATURES AND LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH CARDIAC INFARCTION**

*Faculty Therapy Department, N.N. Burdenko VSMA*

Significant relations have been identified between excessive body weight and alexithymia, which is explained by hyperphage response to stress in these patients. The group of patients with alexithymia is characterized by increased anxiety and depression level and low life-quality index, which requires the addition of psychopharmacological correction and rational psychotherapy methods to the treatment scheme.