

УДК: 616.127-005.8:616.8

О.С. Юрценюк

ОСОБИСТІСНА ТРИВОЖНІСТЬ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ТА ПЕРЕБІГУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Кафедра госпітальної терапії № 2 та ЛФК Буковинської державної медичної академії
(наукові керівники – к.мед.н. О.Ю. Поліщук, О.М. Пендеретька - Чернівецький Національний університет ім. Ю. Фельковича)

O.S. Yurtseniuk

FEATURES OF THE LEVEL OF PERSONAL ANXIETY AS AN OPERATING FACTOR IN THE RISING AND THE COURSE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Bucovinian State Medical Academy (Chernivtsi), Y. Fedcovich Chernivtsi National University

Вивчено рівень особистісної тривожності у хворих на інфаркт міокарда, встановлено розбіжності в характері больового синдрому в осіб із високим та середнім її рівнем. Високий рівень особистісної тривожності є більш характерним для жінок, що певним чином впливає на особливості перебігу захворювання. Визначення рівня особистісної тривожності дозволяє вірно оцінити стан хворого та повинна враховуватися при плануванні реабілітаційних заходів.

Ключові слова: інфаркт міокарда, особистісна тривожність.

Вступ. Сучасне суспільство поза сумнівом може бути охарактеризоване як кризове. Тривожність, як особистісна риса, детермінує поведінкові прояви індивіда, його психологічні та соматичні реакції. Сучасними епідеміологічними дослідженнями [4,5] встановлено та проводиться подальший пошук зв'язку між ризиком розвитку інфаркту міокарда (ІМ) і такими психосоціальними факторами як тривога й депресія. Тривога – центральний елемент у механізмі формування психічного стресу. Роль тривоги як сигналу неблагополуччя та небезпеки криється в тому, що вона активізує процеси психічної адаптації. Якщо емоційний стрес призводить до стійких порушень психічної адаптації, вони проявляються клінічно вираженими розладами [1]. Вивчення проблеми психосоматичних співвідношень у хворих на ІМ є важливим для оптимізації реабілітації хворих, зокрема, для адекватної корекції психоемоційних порушень, зменшення ймовірності експертної помилки, а також зниження стійкої та тимчасової втрати працездатності [2].

Мета дослідження. Встановити і провести подальший пошук зв'язку між ризиком розвитку ІМ і таким психосоціальним фактором, як тривога. Встановити рівень особистісної тривожності для правильної оцінки больового синдрому та планування адекватних реабілітаційних заходів при ІМ.

Матеріал і методи. Робота базується на обстеженні 38 хворих (19 чоловіків та 19 жінок) із діагнозом “гострий інфаркт міокарда”, що встановлювався за загальноприйнятими критеріями. Середній вік пацієнтів $62,48 \pm 7,21$ року, групи чоловіків та жінок не відрізнялися за віком та глибиною ураження міокарда. Ретельно проводили збір анамнезу, при цьому, крім наявності в минулому кардіологічних захворювань, цілеспрямовано вивчали: характер больового синдрому, тривалість та умови його виникнення, термін нестабільного перебігу до надходження в стаціонар; враховувалися такі скарги, як головний біль, серцебиття, запаморочення, похитування при ходьбі, втомлюваність, пітливість, зниження апетиту, закрепи, порушення сну та пам'яті. Рівень особистісної тривожності (РОТ) встановлювали за методикою Чарльза Спілбергера [3]. Надалі пацієнти з високим РОТ становили I групу, із середнім РОТ – II групу. Після ретельного збору анамнезу й визначення РОТ співставляли клінічні ознаки з результатами тесту.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що серед хворих на ІМ більшість складають особи з високим РОТ – 61,35%, пацієнти із середнім РОТ становили 38,67% випадків, низький РОТ серед обстежених хворих не представлений взагалі. У статевому розподілі у чоловіків частки пацієнтів з високим та середнім РОТ були практично однаковими (47,37% пацієнтів з високим РОТ та 52,63% з середнім), на відміну від жінок, у групі яких переважали особи з високим РОТ (73,68% проти 26,32%). Цікаво, що в підгрупах з високим та середнім РОТ абсолютні значення також були вищими у жінок, аніж у чоловіків – $63,36 \pm 4,38$ проти $56,35 \pm 2,46$ бала ($p < 0,05$) для високого РОТ, та $45,47 \pm 1,26$ проти $36,92 \pm 3,54$ бала ($p < 0,05$). Вищий РОТ у жінок традиційно пояснюється вищою лабільністю нервової системи та більш яскравим емоційним реагуванням. Крім того, жінки є особливо чутливими до загального емоційного клімату в суспільстві, вони болючіше відчувають проблеми та конфлікти [6].

Аналіз характеру больового синдрому в групах осіб з високим та середнім РОТ не виявив достовірних розбіжностей: однаково часто траплявся біль стисного характеру ($65,21 \pm 9,93\%$ та $66,66 \pm 12,17\%$, $p > 0,5$), при високому РОТ дещо переважав біль стискального та колючого характеру ($30,43 \pm 9,59$ та $20,00\%$, $p > 0,2$), дещо рідше біль носив пекучий характер ($26,07 \pm 9,15$ проти $53,33 \pm 12,88\%$, $p > 0,1$). На відміну від характеристик больового синдрому у хворих з високим РОТ частіше були скарги, не пов'язані з ангінозним синдромом. Так, достовірно

більшою в I групі виявилась частка хворих зі скаргами на запаморочення $86,96 \pm 7,02\%$ проти $33,33 \pm 12,17\%$ у хворих із середнім РОТ ($p < 0,001$), головний біль ($86,96 \pm 7,02\%$ проти $46,66 \pm 12,88\%$, $p < 0,001$), зниження пам'яті ($47,83 \pm 10,41$ проти $13,33 \pm 8,77$, $p < 0,05$). Частіше відмічали також серцебиття та зниження апетиту: $60,87 \pm 10,17$ проти $33,33 \pm 12,17$ та $52,17 \pm 10,41$ проти $26,66 \pm 11,41\%$, відповідно, однак відмінності не були підтверджені статистично ($p > 0,05$). Отже, у хворих з високим РОТ спостерігається підсилення проявів патологічних симптомів, за винятком ангінозного болю. Оскільки об'єктивні прояви та суб'єктивні відчуття, що відповідають симптоматиці ІМ, у значною мірою повторюються у виявах тривожності, при проведенні опитування хворого з підозрою на ІМ особливу увагу слід звертати саме на цю групу скарг.

Результати проведеного дослідження свідчать, що тривожність у середині підгруп з високим її рівнем була більшою, якщо у хворих в анамнезі відзначається ішемічна хвороба серця або ІМ – $61,99 \pm 1,86$ бала, у випадку ж, коли ІМ виявився першим проявом захворювання серця, РОТ був значно нижчим – $55,36 \pm 1,05$ ($p < 0,01$). У пацієнтів II групи наявність в анамнезі кардіологічних захворювань не спричинювала зростання показника особистісної тривожності – $40,83 \pm 1,74$ бала, в порівнянні з пацієнтами, що звернулися по кардіологічну допомогу вперше $39,64 \pm 1,94$ бала ($p > 0,5$). Безпосередніми причинами розвитку ІМ в I групі були фізичне навантаження ($39,13 \pm 10,17\%$ випадків), емоційне перенапруження ($47,83 \pm 10,41\%$); $13,04 \pm 7,02\%$ хворих не можуть пов'язати виникнення ІМ з конкретним чинником. В осіб II групи фізичне навантаження призвело до розвитку інфаркту міокарда в $40,00 \pm 12,64\%$ випадків, в $13,33 \pm 12,17\%$ причиною ІМ стали емоційне перенапруження та перенесена інфекція, в одному випадку ($6,66 \pm 6,4\%$) – зловживання алкоголем, видимої причини ІМ не можуть вказати $26,66\%$ пацієнтів. У нашому дослідженні звертає на себе увагу той факт, що причиною розвитку ІМ в осіб з високим РОТ значно частіше, ніж у випадку середнього рівня, виступає емоційне перенапруження ($p < 0,05$), тоді як фізичне навантаження є причиною ІМ для однакової кількості хворих I та II групи ($p > 0,5$).

Висновки.

1. Рівень особистісної тривожності є впливовим чинником розвитку ІМ. Її рівень впливає на ступінь важкості перебігу захворювання.

2. Визначення рівня особистісної тривожності у хворих на ІМ є необхідною умовою правильної оцінки больового синдрому.

3. Високий рівень особистісної тривожності є більш характерним для жінок, що певним чином впливає на особливості перебігу захворювання.

4. Визначення рівня особистісної тривожності дозволяє правильно оцінити стан хворого та повинно враховуватися при плануванні реабілітаційних заходів.

Література. 1. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Рос. мед. журн.- 1998.- №2.- С. 43-49. 2. Померанцев В.П., Хидзегова А.Б., Айвазян Т.А., Васюк Ю.А. Качество жизни у больных инфарктом миокарда // Кардиология.- 1996.- Т.36, №3.- С. 70-73. 3. Семиченко В.А. Психические состояния.- К.: Здоров'я, 1998.- 208 с. 4. Cook NF, Melby V. Acute MI: analysing health status and setting immediate priorities // Br J Nurs --1999.- Vol.8(3) - P. 150-152. 5. *Enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHD): study design and methods. The ENRICHD investigators* // Am Heart J – 2000.- Vol.139 (1 Pt 1).- P. 1-9. 6. Westin L., Carlsson R, Erhardt L, Cantor-Craae E, McNeil T. Differences in quality of life in men and woman with ischemic heart disease. A prospective controlled study // Scand Cardiovasc J.- 1999.- Vol.33 (3).- P. 160-165.