

Психосоциальные особенности пациентов с инфарктом миокарда и эффективность реабилитационных программ

Н.Б. Лебедева, О.В. Лебедев², Н.И. Тарасов, Е.Ю. Якушева¹ О.Л. Барбараш¹

Кемеровский кардиологический центр, Кемеровская государственная медицинская академия¹, Отделенческая больница ст. Кемерово². Кемерово, Россия

Psychosocial features of myocardial infarction patients and rehabilitation programs' effectiveness

N.B. Lebedeva, O.V. Lebedev², N.I. Tarasov, E.Yu. Yakusheva¹ O.L. Barbarash¹

Kemerovo Cardiology Dispanser, Kemerovo State Medical Academy¹, Kemerovo Station Hospital². Kemerovo, Russia

Цель. Выявить психосоциальные факторы и особенности личности, определяющие эффективность реабилитационных программ при инфаркте миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследованы 100 мужчин с крупноочаговым ИМ в возрасте 35-73 лет (средний возраст $-51,6 \pm 1,7$). Помимо общепринятой оценки клинического состояния пациентов, исследовали психоэмоциональный статус с помощью теста Люшера, стандартизированной методики исследования личности (СМИЛ), шкал личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, опросника Дженкинса для определения типа коронарного поведения, анкеты оценки качества жизни. Половина обследованных больных посещала занятия Коронарного Клуба с целью модификации поведенческих факторов риска ишемической болезни сердца.

Результаты. Полученные результаты в целом свидетельствуют о высокой эффективности поведенческих реабилитационных программ у больных ИМ. Показаны менее благоприятное течение постинфарктного периода и большая эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с типом А коронарного поведения.

Заключение. Необходимо использовать поведенческие программы в комплексе реабилитации больных ИМ в ранние сроки.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, реабилитация, психосоциальный статус, тип поведения, тревожность, эффективность.

Aim. To investigate psychosocial factors and personality traits affecting the effectiveness of myocardial infarction (MI) rehabilitation programs.

Material and methods. One hundred males with Q-wave MI, aged 35-73 (mean age 51.6 ± 1.7 years), were examined. Standard clinical examination was combined with psychoemotional status assessment (Luscher test, SMIL questionnaire, Spielberger-Khanin State-Trait Anxiety Inventory, Jenkins Activity Survey on coronary behavior type, quality-of-life scales). One-half of the participants attended Coronary Club sessions, to modify behavioral risk factors for coronary heart disease.

Results. The results obtained demonstrate high effectiveness of behavioral rehabilitation programs in MI patients. People with Type A coronary behavior had more complicated post-MI period, and more evident effectiveness of rehabilitation programs.

Conclusion. Behavioral programs should be included into early complex rehabilitation of MI patients.

Key words: Myocardial infarction, rehabilitation, psychosocial status, behavior type, anxiety, effectiveness.

Введение

Большинство современных реабилитационных программ для больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), ориентировано в основ-

ном на клинические показатели и включает в себя медицинские и физические аспекты. Однако в настоящее время не вызывает сомнений необходимость использования в постинфарктных

реабилитационных программах психологических воздействий и мероприятий, направленных на коррекцию поведенческих факторов риска (ФР): курения, привычек питания, типа коронарного поведения, эмоциональных стрессов и тревожности. Вместе с тем остается неопределенной эффективность подобных программ в зависимости от исходных психосоциальных характеристик больных, наиболее значимыми из которых являются принадлежность к определенному типу личности и уровень тревожности [11].

С 1959 г. получила развитие предложенная Friedman M и Rosenman H, et al. [14] концепция о взаимосвязи развития ишемической болезни сердца (ИБС) с определенными поведенческими особенностями, в совокупности получившими название типа коронарного поведения А (ТКПА). Если возникновение ИБС однозначно ассоциируется со своеобразием психосоциального статуса, в частности с принадлежностью пациента к ТКПА [16], то роль ТКП в прогрессировании ИБС остается дискуссионной [14, 17]. Важным фактором, тесно связанным с типом поведения и оказывающим влияние на развитие ИБС, является уровень личностной тревожности (ЛТ) [18].

Цель настоящего исследования — изучение особенностей течения постинфарктного периода и оценка эффективности реабилитационных программ в зависимости от ТКП и уровня ЛТ пациентов.

Материал и методы

Обследованы 100 мужчин с крупноочаговым ИМ в возрасте 35–73 лет (средний возраст — $51,6 \pm 1,7$). Повторный ИМ диагностирован у 13% больных. Средний срок пребывания в стационаре $18,9 \pm 2,5$ дня.

Клинический статус больных оценивали традиционно. Психологические исследования включали: стандартизованный метод исследования личности (СМИЛ) [4]; шкалы личностной и реактивной тревожности Спилберга в модификации Ханина [1, 19]; опросник Дженкинса для определения ТКП [8]; анкету оценки качества жизни (КЖ) ВКНЦ РАМН [7]. Обследование проводили на десятые сутки от начала развития ИМ и через шесть месяцев после выписки из стационара.

Лечение всех больных, включенных в исследование, осуществляли по общепринятым правилам; оно не различалось в выделенных группах.

На стационарном этапе и в течение первого месяца после выписки 50% больных посещали занятия Коронарного клуба (КК), рассчитанные на психологическую реабилитацию и модификацию поведенческих ФР ИБС. Эти больные составили группу коррекции. Пациенты, не посещавшие занятия КК, вошли в контрольную группу. Рандомизация больных в группы воздействия производи-

лась методом случайной выборки. Группы статистически не различались по полу, возрасту, исходной тяжести ИМ и ТКП (таблица 1).

Таблица 1

Исходная характеристика (на 10 суток от начала ИМ) групп больных в зависимости от объема реабилитационных мероприятий.

Группы/показатели	Группы	
	коррекции n=50	контроль- ная n=50
Средний возраст (годы)	$49,7 \pm 1,2$	$50,8 \pm 2,4$
Длительность предшествующей стенокардии (годы)	$5,6 \pm 2,4$	$7,8 \pm 2,6$
Выявление злокачественных желудочковых нарушений ритма (>III градации по Lown B) (%)	26,7	27,3
Средняя ФВЛЖ	$0,527 \pm 3,4$	$0,537 \pm 2,8$
Больные с повторными ИМ (%)	10,3	15,9
ТКПА (%)	60	50
Средний уровень ЛТ (баллы).	$47,2 \pm 0,9$	$46,9 \pm 1,3$

Примечание: ФВЛЖ — фракция выброса левого желудочка; различия между группами статистически недостоверны.

Формы работы КК создавали на основе опыта использования подобных программ в других клиниках; они включали лекции-беседы с доведением до пациентов информации о болезни, методах диагностики, лечения, профилактики, ФР, а также психотерапевтические воздействия: аутотренинг, гипноусуггестивную терапию, арт-терапию, при необходимости психофармакотерапию транквилизаторами и антидепрессантами в малых дозах.

По результатам отдаленного наблюдения все больные были разделены на три группы: I — больные с неосложненным течением ИМ, имевшие стабильную стенокардию $\leq$ I функционального класса (ФК) согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов, сердечную недостаточность (СН) $\leq$ I ФК по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), без периодов прогрессирования болезни и повторных госпитализаций; II — больные с относительно благоприятным течением ИМ, имевшие стенокардию II ФК, СН $\leq$ II ФК, без повторных госпитализаций, III — больные с неблагоприятным течением ИМ, со стенокардией III–IV ФК, СН III–IV ФК, имевшие одну или более повторных госпитализаций по поводу прогрессирования ИБС, с рецидивами и повторными ИМ.

При статистической обработке полученных результатов использовались корреляционный анализ, критерий t Стьюдента для оценки достоверности средних величин и различий между группами, а также критерий Пирсона χ^2 при сравнении групп по клиническим признакам. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Известно, что одним из важных условий, определяющих риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), являются определенные психофизиологические и личностные характеристики человека [18]. В настоящее время существуют убедительные данные о том, что носители комплекса поведенческих харак-

теристик, объединяемых в понятие ТКП А, во много раз более предрасположены к развитию ИБС [6,16]. Однако достоверность значимости принадлежности пациента к ТКП для прогноза заболевания [9,15,16]. Единичные зарубежные исследования свидетельствуют о высокой эффективности мероприятий, корригирующих ТКП больных ИБС [14]. Учитывая определенные «национальные особенности» менталитета, в частности у больных ИБС [12] целесообразна разработка отечественных реабилитационных программ и оценка их эффективности.

В ранее проведенных исследованиях [2] показано, что если у больных ИБС распространенность ТКП А значительно выше, чем у здоровых лиц того же возраста, то принадлежность пациента с хроническими формами ИБС к ТКП А не ассоциируется с неблагоприятным прогнозом заболевания. Связь типологических особенностей коронарного поведения пациента с тяжестью прогноза ИБС стала предметом дальнейших исследований.

В настоящей работе показано, что исходно среди больных ИМ преобладали (60%) больные ТКП А, пациенты с ТКП АБ составили 40%, лица с типом Б отсутствовали. Представленные результаты подтверждают хорошо известный факт о более высокой частоте распространения ТКП А среди больных ИБС [10].

При анализе социального положения обнаружено преобладание среди пациентов с ТКП А служащих — 47%, рабочие и водители транспорта составили 30%, пенсионеры — 17%, руководители — 6%. Среди пациентов с ТКП АБ большинство (48%) составили рабочие и водители, пенсионеров было 32%, служащих — 15%, руководителей — 5% ($p < 0,05$).

Известно, что ЛТ является фактором, определяющим склонность человека к стрессам [2,13]. Вместе с тем основоположники концепции поведенческого типа Friedman М. и Rosenman Н. были убеждены, что ЛТ не является существенным элементом поведения ТКП А [14]. Однако результаты, полученные в настоящем исследовании, свидетельствуют о противоположной закономерности.

Среди обследованных пациентов преобладали (58%) больные с высоким уровнем ЛТ, умеренно повышенная ЛТ была свойственна 42% пациентов, лица с низким уровнем ЛТ отсутствовали. Среди больных с ТКП А у 75% имел место высокий уровень ЛТ, у 25% — умеренно

повышенный, соответственно средний балл ЛТ в этой группе составил $50,6 \pm 0,8$. У большинства больных с ТКП АБ был умеренно повышенный уровень ЛТ, средний ее балл составил $46,1 \pm 1,1$ ($p_{А-Б} < 0,001$). Обнаружена отрицательная корреляционная взаимосвязь между уровнем ЛТ и выраженностью ТКП: чем больше было у больного черт ТКП А, тем выше был уровень ЛТ ($r = -0,37$, $p < 0,05$).

При выявлении ФР прогрессирования ИБС оказалось, что 67% больных имели в анамнезе артериальную гипертензию (АГ), 56% курили, 36% имели избыточный вес, 5% страдали сахарным диабетом (СД). На момент пребывания в стационаре у всех больных концентрации холестерина (ХС) в плазме не превышала норму, что, по-видимому, было связано с действием препаратов, влияющих на липидный профиль. Анализируя зависимость основных ФР от ТКП, обнаружили, что курящих среди лиц с ТКП АБ она была достоверно выше, чем у лиц с ТКП А — 62% vs 38% соответственно ($p < 0,001$). Однако предшествующая АГ чаще, в 65% случаев, диагностировалась у пациентов с ТКП А, чем у лиц с ТКП АБ — 35%. Приведенные данные противоречат ранее высказанному мнению о сходстве «конституции курильщика» с «коронарным типом личности» [2]. В ранее проведенных исследованиях здоровых юношей — студентов, представители ТКП А оказались курящими реже, чем юноши, относящиеся к ТКП Б [3].

Результаты шестимесячного наблюдения показали, что у 39% больных наблюдалось благоприятное течение ИМ (I группа), у 36% — относительно благоприятное (II группа), и у 25% — неблагоприятное (III группа). Анализируя зависимость течения ИМ от исходного ТКП, отметили, что среди лиц с ТКП А у 20% наблюдалось благоприятное течение ИМ, у 45% — относительно благоприятное и у 35% — неблагоприятное. Среди лиц с ТКП АБ неблагоприятное течение ИМ зафиксировано лишь у 15%, относительно благоприятное — у 30%, а у большинства (55%) ИМ протекал благоприятно. Обнаружена взаимосвязь характера течения постинфарктного периода и исходного уровня ЛТ. В I группе преобладали (61%) больные с умеренно повышенным уровнем ЛТ, высокий уровень ЛТ отмечен у 38%, тогда как в III группе уровень ЛТ был высоким у 80% больных, а умеренно повышенным — у 20%. Средний балл ЛТ составил в I группе $44,2 \pm 1,6$, во II группе — $48,6 \pm 1,2$

и в III группе был наиболее высоким $-52,3 \pm 1,6$ ($p_{1-3} < 0,001$). Таким образом, наличие у больных ИМ ТКП А и высоких значений ЛТ сочеталось с повышением вероятности неблагоприятного исхода заболевания.

Коррекция черт личности пациента, которые способствуют формированию «нездорового» образа жизни — наиболее важная часть реабилитационных программ. Однако до сих пор данные о возможности изменения поведенческого стиля у больных ИБС малочисленны [5,14].

Занятия КК посещали 50% больных. Эта группа больных в целом отличалась более благоприятным течением постинфарктного периода.

Среди больных группы коррекции у всех пациентов ТКП А произошла трансформация поведения в тип АБ, соответственно этому, средний балл по опроснику Дженкинса через 6 месяцев после развития ИМ составил $37,5 \pm 4,1$, тогда как в контрольной группе — $29,1 \pm 1,5$ ($p < 0,001$). В группе коррекции более выражено понизился уровень ЛТ — на $12 \pm 2,4$ балла и составил в среднем $37,8 \pm 2,2$ балла, тогда как в контрольной группе средний балл уровня ЛТ остался высоким $46,4 \pm 3,4$ ($p < 0,001$).

В группе коррекции диету на момент повторного обследования соблюдало 93%, в контрольной группе только 26% больных. Среднее содержание ХС в группе коррекции стало достоверно ниже, чем в контрольной группе — $4,4 \pm 0,01$ vs $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно ($p < 0,01$). Периодическое повышение артериального давления (АД) наблюдалось у 13% больных из группы коррекции и у 60% больных контрольной группы, от курения отказались 27% и 2% пациентов соответственно (таблица 2).

Анализируя эффективность модификации ФР в зависимости от исходного ТКП, обнаружили, что после посещения занятий КК среди лиц как ТКП А, так и типа АБ достоверно снизились уровень ЛТ и балл ТКП по сравнению с исход-

ными и по сравнению с показателями больных, не посещавших занятия КК (таблица 2). Особенно эффективной оказалась коррекция ТКП у больных с исходным ТКП А. Все пациенты с этим ТКП в процессе обучения в КК трансформировали свое поведение в тип АБ, в то время как среди пациентов с ТКП А, не посещавших КК, модификации ТКП не произошло; напротив, проявления поведенческих черт, свойственных ТКП А, усилились. Сравнивая эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов с принадлежностью к различным ТКП, следует отметить, что у представителей с исходным ТКП А, посещавших занятия КК, отмечена выраженная положительная динамика уровня ЛТ (рисунок 1).

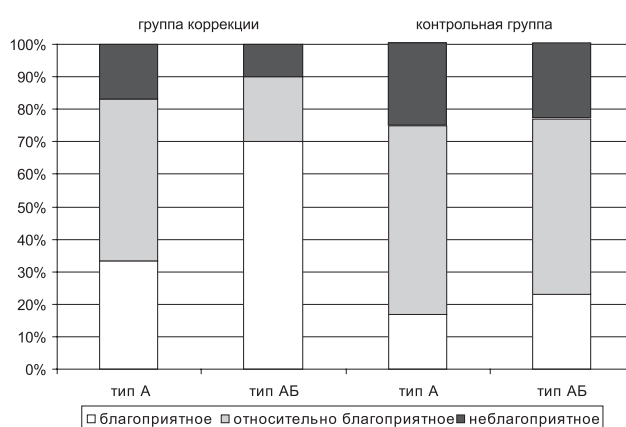


Рис. 1 Течение постинфарктного периода в зависимости от исходного ТКП в исследуемых группах.

Течение постинфарктного периода в группе коррекции и в контрольной группе оказалось более благоприятным у пациентов с исходными ТКП АБ. При сравнении длительности предшествующей стенокардии у пациентов с различными ТКП выяснилось, что представители ТКП АБ имели более длительный коронарный анамнез. Средняя его продолжительность составила у больных ТКП АБ $11,3 \pm 2,2$, а у ТКП А — $5,6 \pm 3,2$ года ($p < 0,001$). Факт наличия

Таблица 2

Динамика средних баллов ТКП и уровня ЛТ в зависимости от исходного ТКП в группах коррекции и контроля

	Группа коррекции, n=50				Контрольная группа, n=50			
	Тип А, n=23		Тип АБ, n=27		Тип А, n=24		Тип АБ, n=26	
Сроки обследования/показатели	10 сут 1	6 мес, 2	10 сут 3	6 мес 4	10 сут 5	6 мес 6	10 сут 7	6 мес 8
Средний балл типа поведения	26,3±0,7	37,3±1,4 $P_{1-2} < 0,001$	36,8±1,3 $P_{2-3} < 0,05$	39,8±1,4	24,8±0,8	28,8±1,8 $P_{2-6} < 0,05$	34,9±0,7	35±1,3 $P_{4-8} < 0,05$
Средний балл уровня ЛТ	49±3,5	36,8±2,4 $P_{1-2} < 0,05$	44,6±2,2	37,6±1,3 $P_{3-4} < 0,05$	46,6±4,1	49,6±2,6 $P_{2-6} < 0,05$	47,3±1,9	45,5±2,4 $P_{4-8} < 0,05$

более длительного анамнеза у представителей ТКП АБ можно объяснить с позиции феномена «динамики стиля поведения» в сторону снижения социальной активности, заключающейся в уменьшении выраженности поведенческих черт, свойственных типу А по мере увеличения продолжительности заболевания [9]. Возможно, что именно этот адаптационный феномен определяет более благоприятное течение заболевания у представителей ТКП АБ. Следует помнить, что длительный предшествующий анамнез у больных ИБС перед развитием ИМ оценивается как эффект прекодиционирования, что также определяет большую вероятность благоприятного течения постинфарктного периода [2,6].

В дальнейшем, в работе была поставлена задача определения различий в характере течения постинфарктного периода у представителей различных ТКП с одинаковыми продолжительностью заболевания и тяжестью острого периода ИМ. У пациентов, не различающихся по длительности предшествующего анамнеза, ТКП А может служить предиктором неблагоприятного прогноза. В группе пациентов с ис-

ходным ТКП А 16,6% имели благоприятный исход заболевания, 41,7% — относительно благоприятный и 41,7% — неблагоприятный. В группе пациентов с ТКП АБ у 33,3% наблюдался благоприятный исход, у 50,1% — относительно благоприятный и лишь у 16,6% — неблагоприятный ($p < 0,01$).

Таким образом, результаты настоящего исследования демонстрируют, что ТКП А у пациентов ИБС ассоциируется с менее благоприятным течением заболевания. Однако представители ТКП А способны менять свой поведенческий стиль в ходе реабилитационных мероприятий. Готовность изменить свой образ жизни, и, следовательно, эффективность поведенческих реабилитационных программ наиболее высока у представителей ТКП А, по сравнению с пациентами, имеющими ТКП АБ.

В целом, приведенные данные свидетельствуют о высокой эффективности поведенческих реабилитационных мероприятий у больных с перенесенным ИМ и о необходимости включения этих мероприятий в комплекс постинфарктной реабилитации уже в ранние сроки после развития ИМ.

Литература

1. Ахмеджанов Э.Р. Психологические тесты. Москва «Светотон» 1995.
2. Барбараш Л.С., Барбараш О.Л., Барбараш Н.А. Личность, стресс и ИБС. Кемерово 1999.
3. Барбараш Н.А., Тульчинский М.Я., Кувшинов Д.В. и др. Психфизиологические особенности студентов с различными типами «коронарного поведения». *Alma mater* 2000; 3: 32-3.
4. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. Москва «Фолиум» 1994.
5. Гаврилова Е.А. Роль поведенческого типа А и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания. *Кардиология* 1999; 9: 72-8.
6. Дзизинский А.А., Пузырев В.П. Наследственность и атеросклероз. Новосибирск «Наука» 1987.
7. Зайцев В.П. Определение качества жизни у больных инфарктом миокарда. *Кардиология* 1993; 3: 67-72.
8. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ИБС. Ленинград «Наука» 1990.
9. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Гормонально-медиаторные корреляты поведенческого типа А как фактора риска ИБС. *Кардиология* 1990; 1: 93-5.
10. Booth JK, Kowles G, Friedman MS. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psych Bull* 1987; 101: 343-62.
11. Connor N. Psychological risk factors and non-fatal myocardial infarction. *Circulation* 1995; 92: 1158-64.
12. Ceckerham WC, Kunz G, Lueschen G, et al. On concern with appearance health beliefs and eating habits: a reappraisal comparing americans and west germans. *Health and Social Behav* 1998; 29(3): 265-9.
13. Frasure-Smith N. In-hospital symptoms of psychological stress of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *Am J Cardiol* 1991; 67: 121-7.
14. Friedman M, Thoresen CE. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *Am Heart J* 1986; 112: 653-65.
15. Matthews K. Coronary heart disease and type A behaviours: update on alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) Quantitative review. *Psychological* 1988; 104: 373-80.
16. Thoresen CE, Powell LH. Type A behaviour pattern: new perspectives on theory, assessment and intervention. *J Consult Clin Psychol* 1992; 40: 595-604.
17. Sloan RP, Bigger T. Biobehavioural factors in Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS). *Circulation* 1991; 83(4): 1152-7.
18. Steptoe A. Psychosocial factors in the aetiology of coronary heart disease. *Heart* 1999; 82: 258-9.
19. Spielberger CD. Manual for the state trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press 1983.

Поступила 25/03-2004