

РЕАКЦІЇ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

(м. Харків)

Дослідження виконано у межах науково-дослідних робіт кафедри психотерапії (зав. – проф. Михайлов Б. В.), кафедри сімейної медицини, народної та нетрадиційної медицини, санології (зав. – проф. Шкляр С. П.) «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки ефективності комплексного лікування» (2009-2013 р.) та є фрагментом наукової кваліфікаційної роботи автора.

Вступ. Проблема здоров'я населення названа одним з пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ у XXI сторіччі. За даними Комітету Експертів ВООЗ та European Society of Hypertension and European Society of Cardiology Guidelines Committee майже у 20,0% дорослого населення виявлений підвищений артеріальний тиск, а в літньому віці – у 40 – 60%. За даними World Health Report, з третиною смертей від серцево-судинних подій асоційовані 10 основних факторів ризику (ФР), з яких на високий рівень холестерину припадає 4,4 млн. випадків, тютюнопаління – 4,9 млн., артеріальну гіпертензію – 7,1 млн. При індексі маси тіла (ІМТ) у межах 25 – 28,9 кг/м² кардіоваскулярний ризик (КВР) збільшується вдвічі, при ІМТ > 29 кг/м² – утричі. [1, 4, 14, 16]. Саме тому, дослідження, спрямовані на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію ризикометричних підходів є актуальними [6-9, 13, 16].

Серед способів визначення КВР відомі способи, що спрямовані на використання як результатів лабораторних досліджень, так і дихотомічних індикаторів ризику. Так, згідно до існуючих уявлень, шкала оцінки ризику «SCORE» призначена для прогнозування смертельного (коронарного чи некоронарного) захворювання в найближчі 10 років. Тоді як в молодому віці технологія оцінки КВР носить прогностичний характер. І, не дивлячись на меншу точність, ніж у старших вікових групах, технологія дозволяє на рівні первинної ланки надання медичної допомоги індивідуалізувати засоби цільової профілактики кардіоваскулярних подій [6-10]. Недоліком існуючих підходів є лабораторно-інструментальна формалізація в оцінках КВР, яка не враховує ні психологічний портрет особистості, ні наявність непсихотичних розладів психічної сфери. Це й вимагає удосконалення концепції діяльності на первинному

рівні надання допомоги, задля підвищення ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу пацієнтів з високим КВР [11, 13, 14].

Мета дослідження полягала у вивченні частоти та характеру різних форм реакцій психічної дезадаптації серед пацієнтів, стратифікованих за рівнем КВР.

Об'єкт і методи дослідження. Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко – анамnestичного обстеження 450 пацієнтів молодого віку, серед яких 400 осіб мали НППС та які попередньо були стратифіковані за рівнем кардіоваскулярного ризику (КВР), визначеним за методикою «SCORE» [1, 16]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, наявності паління, рівня артеріального тиску та інших і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1, 4]. До групи мінімального (низького) КВР віднесено 99 пацієнтів ($n_{MP}=99$), середнього – 102 пацієнтів ($n_{CP}=102$), високого КВР – 97 пацієнтів ($n_{BP}=97$) та до групи з реалізованим КВР віднесено 102 особи ($n_x=104$) з діагностованими серцево-судинними захворюваннями, відповідно до загальноприйнятих клінічних протоколів [13]. Групи не відрізнялись розподілом за віком та статтю. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамnestичний кількісний аналіз [2, 3, 12], варіаційна статистика [12], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [12].

Результати та їх обговорення. Клініко-психопатологічне дослідження дозволило визначити структуру реакцій психічної дезадаптації і загальні закономірності їх розподілу залежно від рівня КВР.

Разом з тим, нами виявлені і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої певні кількісні та якісні особливості клінічної структури реакцій психічної дезадаптації. Результати дослідження частоти різних форм неспсихотичних порушень психіки по ризикометричних групах та в групі хворих з маніфестованою КВР представлені в **табл.** Так,

Таблиця

Частота та характер реакцій психічної дезадаптації залежно від рівня кардіоваскулярного ризику

Форми реакцій психічної дезадаптації		Рівень кардіоваскулярного ризику			
		мінімальний (n _{MP} =99)	середній (n _{CP} =102)	високий (n _{BP} =97)	хворі ССЗ (n _X =102)
Астенічний	абс., осіб	27	9	5	46
	P±m, %	27,3±4,5 ^{6,c}	8,8±2,8 ^a	5,2±2,2 ^a	45,1±4,9 ^{a,6,c}
Соматоформний	абс., осіб	9	8	6	4
	P±m, %	9,1±2,9	7,8±2,7	6,2±2,4	3,9±1,9 ^a
Дистимічний	абс., осіб	17	23	8	11
	P±m, %	17,2±3,8 ^c	22,5±4,1 ^c	8,2±2,8 ^{a,6}	10,8±3,1 ^{a,6}
Афективний	абс., осіб	6	5	28	10
	P±m, %	6,1±2,4 ^c	4,9±2,1 ^c	28,9±4,6 ^{a,6}	9,8±2,9 ^c
Усього	абс., осіб	59	45	47	71
	P±m, %	59,6±4,9	44,1±4,9 ^a	48,5±5,1 ^a	69,6±4,6 ^{a,c}

Примітка: ^a – достовірна відмінність у порівнянні з групою мінімального КВР при p<0,05; ⁶ – достовірна відмінність у порівнянні з групою середнього рівня КВР при p<0,05; ^c – достовірна відмінність у порівнянні з групою високого КВР при p<0,05.

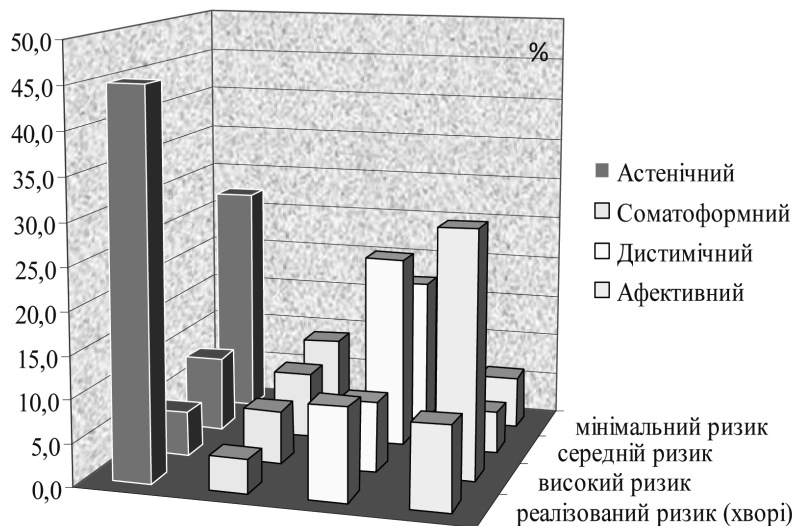


Рис. Частота (у %) та характер реакцій психічної дезадаптації залежно від рівня кардіоваскулярного ризику.

серед 99 пацієнтів з мінімальним КВР виявлено, що РПД мали місце у (59,6±4,9)% обстежених: найбільш поширеною була астенічна форма РПД, найменш поширеною – афективна (відповідно (27,3±4,5)% та (6,1±2,4)%, p<0,05). При цьому, на другому ранговому місці за частотою – дистимічна форма РПД – (17,2±3,8)%, а соматоформна та афективна за частотою діагностування достовірно не відрізнялися (табл.).

Серед 102 пацієнтів з середнім КВР виявлено, що РПД мали місце достовірно (p<0,05) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (44,1±4,9)% обстежених: найбільш поширеною (p<0,05) була дистимічна форма РПД, найменш поширеною – афективна форма РПД (відповідно (22,5±4,1)% та (4,9±2,1)%, p<0,05). При цьому, за частотою – астенічна, соматоформна та афективна форми РПД діагностувалися практично з однаковою частотою (рис.).

Серед 97 пацієнтів з високим КВР виявлено, що РПД мали місце достовірно (p<0,05) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (48,5±5,1)% обстежених: найбільш поширеною була афективна форма РПД, тоді

як інші варіанти РПД діагностувалися практично з однаковою частотою (у межах від (5,2±2,2)% – астенічний варіант до (8,2±2,8)% – дистимічний варіант РПД, p>0,05).

Серед 102 пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на ССЗ) виявлено, що РПД мали місце достовірно (p<0,05) частіше, ніж при КВР – у (69,6±4,6)% обстежених: найбільш поширеною була астенічна форма РПД (p<0,05), а найбільш рідко діагностованим – соматоформний варіант РПД – у (3,9±1,9)% хворих.

Таким чином, астенічний тип РПД найбільш властивий хворим з реалізованим КВР та, у меншій мірі, пацієнтам з мінімальним КВР (відповідно (45,1±4,9)% та (27,3±4,5)%), тоді як дистимічний варіант РПД – пацієнтам з середнім рівнем КВР (виявлений серед (22,5±4,1)% пацієнтів), а афективний – пацієнтам з високим рівнем КВР – у (28,9±4,6)% обстежених з високим КВР.

Отже, частота РПД в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від (37,8±4,4)% до (68,3±4,6)% та достовірно (p<0,05) була вищою серед пацієнтів з реалізованим КВР, ніж в групах з різним його рівнем; при цьому, достовірних відмінностей у частоті РПД залежно від рівня КВР не виявлено, що свідчить про відносно однаковий рівень психічної дезадаптації на донозологічному етапі реалізації КВР. Наведене свідчить на користь розробки диференційованих заходів в системі медико-психологічного моніторингу осіб з різним рівнем КВР та індивідуалізованого клініко-психологічного супроводу не тільки хворих на ССЗ, але і осіб, насамперед з високим рівнем КВР.

Висновки.

1. Визначені частота та характер клінічних форм РПД у пацієнтів з різним рівнем КВР та доведено наявність найбільш високої частоти астенічної (в групі пацієнтів з реалізованим КВР) та афективної (в групі пацієнтів з високим КВР) їх клінічних форм в структурі цих порушень (p<0,05).

2. Доведено, що астенічний тип РПД найбільш властивий хворим з реалізованим КВР та, у меншій

мірі, пацієнтам з мінімальним КВР (відповідно (45,1±4,9)% та (27,3±4,5)%), тоді як дистимічний варіант РПД – пацієнтам з середнім рівнем КВР (виявлений серед (22,5±4,1)% пацієнтів), а афективний – пацієнтам з високим рівнем КВР – у (28,9±4,6)% обстежених з високим КВР.

3. Пацієнти з високим КВР характеризуються достовірно ($p \leq 0,01$) меншою частотою РПД у порівнянні з хворими на ССЗ, а в структурі цих реакцій достовірно переважає афективний тип РПД.

4. Частота та характер РПД, насамперед у пацієнтів з високим КВР, визначають потребу у більш детальному вивченні з позицій ефективного використання засобів біхевіоральної корекції, як компоненту медико-психологічного супроводу пацієнтів з КВР.

Перспективи подальших досліджень. Напрямки подальших досліджень пов'язані з вивченням закономірностей формування синдромологічної структури інших НППС серед пацієнтів різних ризикометричних груп КВР.

Література

1. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – № 11(1). – С. 40-41.
2. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195-1198.
3. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / В. А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.
4. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. – 2008. – № 5-6. – С. 123-129.
5. Органов Р. Г. Новый способ оценки индивидуального сердечно – сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина // Кардиология. – 2008. – № 5. – С. 85-89.
6. Панченко М. С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / М. С. Панченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2013. – Вип. 4 (118). – С. 280-287.
7. Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 1. – С. 193-197.
8. Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 2. – С. 149-153.
9. Панченко М. С. Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М. С. Панченко, С. П. Шкляр, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 457-467.
10. Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он ? / В. Ю. Приходько // Здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 18-19.
11. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево – судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52-60.
12. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. / Підручник. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.
13. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / Методичні рекомендації МОЗ України; укладачі: С. П. Шкляр, І. М. Кравченко, Л. В. Черкашина, О. І. Сердюк, М. С. Панченко // Затверджено ЦМК МОЗ України. – Київ, 2013. – 20 с.
14. Шальнова С. А. Оценка суммарного риска сердечно – сосудистых заболеваний. Комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно – сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия. – 2005. – № 3. – С. 54-56.
15. Шкляр С. П. Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наукових праць. – 2011. -Вип. 6 (108). – С. 495-505.
16. Bhatt D. L. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman // JAMA. – 2006. – № 295. – P. 180-189.

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

РЕАКЦІЇ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ

Панченко М. С.

Резюме. У дослідженні визначені частота та характер клінічних форм РПД у пацієнтів з різним рівнем КВР та доведено наявність найбільш високої частоти астеничної (в групі пацієнтів з реалізованим КВР) та афективної (в групі пацієнтів з високим КВР) їх клінічних форм в структурі цих порушень ($p < 0,05$). Доведено, що астеничний тип РПД найбільш властивий хворим з реалізованим КВР та, у меншій мірі, пацієнтам з мінімальним КВР (відповідно (45,1±4,9)% та (27,3±4,5)%), тоді як дистимічний варіант РПД – пацієнтам з середнім рівнем КВР (виявлений серед (22,5±4,1)% пацієнтів), а афективний – пацієнтам з високим рівнем КВР – у (28,9±4,6)% обстежених з високим КВР. Пацієнти з високим КВР характеризуються достовірно ($p \leq 0,01$) меншою частотою РПД у порівнянні з хворими на ССЗ, а в структурі цих реакцій достовірно переважає афективний тип РПД.

Ключові слова: кардіоваскулярний ризик, непсихотичні порушення, медико-психологічний супровід.

УДК 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

РЕАКЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ОБОСНОВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Панченко Н. С.

Резюме. В исследовании определены частота и характер клинических форм РПД у пациентов с различным уровнем КВР и доказано наличие наиболее высокой частоты астенической (в группе пациентов с реализованным КВР) и аффективной (в группе пациентов с высоким КВР) их клинических форм в структуре этих нарушений ($p < 0,05$). Доказано, что астенический тип РПД наиболее свойственен больным с реализованным КВР и, в меньшей степени, пациентам с минимальным КВР (соответственно $(45,1 \pm 4,9)\%$ и $(27,3 \pm 4,5)\%$), тогда как дистимический вариант РПД – пациентам со средним уровнем КВР (обнаружен среди $(22,5 \pm 4,1)\%$ пациентов), а аффективный – пациентам с высоким КВР – в $(28,9 \pm 4,6)\%$ обследованных с высоким КВР. Пациенты с высоким КВР характеризуются достоверно ($p \leq 0,01$) меньшей частотой РПД по сравнению с больными ССЗ, а в структуре этих реакций достоверно преобладает аффективный тип РПД.

Ключевые слова: кардиоваскулярный риск, непсихотические нарушения, медико – психологическое сопровождение.

UDC 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

Reaction of Psychological Maladjustment in Context of Grounding the Differentiated Medical and Psychological Support of Patients with Cardiovascular Risk

Panchenko M. S.

Abstract. The aim of the research was to study the frequency and kind of different forms of psychological maladjustment reactions among patients, stratified by the level of CVR.

Materials and methods. The primary information base for the implementation of research was the result of complex clinical and anamnestic survey of 450 young patients, 400 of them had NPPS and who were previously stratified by the level of cardiovascular risk (CVR), defined by the «SCORE» method [1, 16]. The usage of this method involved taking into account: age, gender, presence of smoking, blood pressure levels and other, and provided the possibility of extrapolation of possible risk to the older age [1, 4]. 99 patients were assigned to the group of minimum (low) CVR ($n_{LOW} = 99$), 102 patients – medium ($n_{MED} = 102$), 97 patients – high CVR ($n_{HIGH} = 97$) and 102 persons were assigned to a group with realized CVR ($n_x = 104$).

Results and their discussion. Clinical psychopathology research let us to determine the structure of psychological maladjustment reactions and general patterns of their allocation, depending on the level of CVR. However, we discovered certain differences that each risk group had its quantitative and qualitative features of the clinical psychological maladjustment reaction's structure. Thereby, it was found, that among the 99 patients with a minimum CVR $(59,6 \pm 4,9)\%$ of surveyed had RPM: the most common – asthenic form of RPM, the least common – affective form. Thus, at the second rank in frequency – there is a dysthymic form of RPM – $(17,2 \pm 3,8)\%$, somatoform and affective forms were not significantly different in their frequency. Among 102 patients with a medium CVR was found, that RPM occurred significantly ($p \leq 0,05$) less than at the minimum CVR – in $(44,1 \pm 4,9)\%$ of surveyed: the most prevalent ($p \leq 0,05$) was a dysthymic form of RPM least common – an affective (respectively $(22,5 \pm 4,1)\%$ and $(4,9 \pm 2,1)\%$, $p \leq 0,05$). Among the 97 patients with high CVR it was discovered, that RPM occurred significantly ($p \leq 0,05$) less than at the minimum CVR – in $(48,5 \pm 5,1)\%$ of surveys: the affective form was the most common. Among 102 patients with realized CVR it was found, that RPM occurred significantly ($p \leq 0,05$) more frequently, than in CVR – in $(69,6 \pm 4,6)\%$ of surveyed: the most common was an asthenic form of RPM ($p \leq 0,05$) and most rarely diagnosed – somatoform variant of RPM – in $(3,9 \pm 1,9)\%$ of patients.

Conclusions. The frequency and kind of clinical forms of RPM in patients with different levels of CVR were defined, and the highest frequency of asthenic (in patients with realized CVR) and affective (in a group of patients with high CVR) clinical forms in the structure of these disorders ($p < 0. 05$) was proved.

It was proved, that asthenic type of RPM is the most inherent to patients with realized CVR and, at least, to patients with a minimum CVR (accordingly $(45,1 \pm 4,9)\%$ and $(27,3 \pm 4,5)\%$), whereas the dysthymic version of RPM is the most inherent in patients with medium CVR (found among the $(22,5 \pm 4,1)\%$ of patients) and affective – in patients with the high level of CVR – in $(28,9 \pm 4,6)\%$ of surveyed with high CVR.

Patients with high CVR are characterized by significantly ($p \leq 0,01$) lower incidence of RPM, compared with patients with CVD, and affective type of RPM is significantly predominant in the structure of this reactions.

The frequency and kind of RPM, especially in patients with high CVR, determine the need for more detailed study from the standpoint of effective use of behavioral adjustment as a component of medical and psychological support for patients with CVR.

Keywords: cardiovascular risk, nonpsychotic disorders, medical and psychological support.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 27. 06. 2014 р.