

**ОЦІНКА КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У
ХВОРИХ НА БІЛІАРНІ ДИСФУНКЦІЇ ЗА
КОМПЛЕКСОМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ФАКТОРІВ****Н.В.Кіча**

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика (Київ)
Інститут сімейної медицини (Київ)*

Вступ

Проблемні питання лікування пацієнтів з біліарними дисфункціями (БД) можна вважати частково вивченими, а питання зменшення сумарного кардіоваскулярного ризику (КВР) у таких пацієнтів знаходиться в стадії розробки та базується на оцінці метаболічних показників, показників артеріального тиску, врахуванні факту паління, статі та віку пацієнта. При цьому, технологією "SCORE" не враховуються психологічні особливості пацієнтів та типи їх психологічного реагування, що важливо, насамперед, у молодому віці. До того ж, у молодому віці технологія оцінки КВР носить проспективний характер та, 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 [11, 13, 17]. Сучасні пріоритети розвитку сімейної медицини орієнтовано на безперервне удосконалення кваліфікації медичного персоналу, обґрунтування та впровадження скринінгових технологій оцінки впливу факторів КВР [18], розробку нових методів та інноваційних підходів, що в повній мірі відносяться і до моніторингу КВР у пацієнтів з БД [5, 14]. Ефективною стратегією, спрямованою на інтегровану профілактику на рівні первинної медико - санітарної допомоги, вважається стратегія клініко-психологічного моніторингу пацієнтів на рівні лікаря загальної практики / сімейної медицини [1, 6, 20].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно з планом НМАПО ім.П.Л.Шу-

пика і є фрагментом НДР "Розробка алгоритму ведення сімей з метою профілактики найбільш розповсюджених захворювань в загально - лікарській практиці" (держреєстрація № 0107U000265).

Мета дослідження полягала у розробці скринінгового алгоритму оцінки кардіоваскулярного ризику у хворих на біліарні дисфункції з урахуванням індивідуальних психосоматичних особливостей.

Матеріали та методи дослідження

Аналіз закономірностей формування психосоматичних особливостей пацієнтів з БД виконано шляхом комплексного клінічного та психологічного обстеження хворих. Для вивчення оцінки хворими самопочуття, активності та настрою застосовано тест диференційної самооцінки функціонального стану, збудований на принципі полярних профілів Ч. Осгуда - СДФ [3, 4]. Для визначення рівня тривожності, як властивості психіки та стану хворих, використано шкалу особистісної і реактивної тривожності С.Д. Spielberger, адаптовану Ю.Л. Ханіним [4, 16]. Рівень нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н.І. Ейсенка [4, 19]. Для вивчення особливостей реагування на захворювання застосовано особистісний опитувальник Санкт-Петербурзького психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтерева [7, 8]. Це дозволило з позицій доказової медицини та за рахунок порівняльного вивчення в двох клінічних групах (КГ) вивчити показники диференційної самооцінки, особистісної та реактивної тривожності та соціального функціонування пацієнтів. До першої КГ (КГ-I) віднесені пацієнти ($n_1=37$), у яких, згідно до діагностичних стандартів, було верифіковано наявність клінічних варіантів БД за умов відсутності КВР. До другої КГ (КГ-II) віднесені пацієнти ($n_2=58$), у яких, згідно до діагностичних стандартів, було верифіковано наявність клінічних варіантів БД у поєднанні з КВР, визначеним за адаптованою методикою [12]. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2], варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [9, 15].

Отримані результати та їх обговорення

Першочергове значення в роботі сімейного лікаря посідає врахування комплексу несприятливих факторів, з метою найбільш ранньої діагностики та оцінки КВР у хворих на БД. Оскільки, хронічні захворювання по суті своїй багаточинникові, то і прогнозування КВР повинно здійснюватися при врахуванні цих обставин [10]. Проведення комплексних профілактичних медичних обстежень та клінічного моніторингу хворих на БД має ураховувати характерологічні та особистісні чинники формування КВР. Як показано в попередньому дослідженні [4], існує ціла низка психологічних факторів, яким властива різна діагностична цінність відносно КВР. Саме тому, актуальною проблемою, яка потребує подальшого вирішення, залишається обґрунтування, розробка та впровадження алгоритмів оцінки КВР. Власне, мова йде про розробку раціональної системи обліку та оцінки клініко-психологічних факторів формування КВР, тобто скринінгово - діагностичної системи.

Високий рівень егоцентричності (перевищення відповідної діагностичної суми (ДС) за даними аналізу опитувальників), як властивості характеру, достовірно ($p \leq 0,001$) частіше виявлено серед хворих на БД з наявним КВР (відповідно з КВР $(69,0 \pm 6,1)\%$ та без КВР - $(29,7 \pm 7,5)\%$), що дозволило віднести цю властивість до прогностично несприятливих факторів стосовно формування КВР. Інформативність цього фактора - $I=2,125$ біт, а наявність високого рівня егоцентричності характеризується прогностичним коефіцієнтом $ПК=+3,4$. Фактор є найбільш інформативним та посідає перше рангове місце за показником сили впливу $\eta^2=19,0\%$.

Високий рівень тривожності достовірно ($p \leq 0,001$) частіше (практично в 4 рази) виявлено серед хворих на БД з наявним КВР (відповідно з КВР $(44,8 \pm 6,5)\%$ та без КВР - $(10,8 \pm 5,1)\%$). Це також дозволило віднести цю властивість до прогностично несприятливих факторів формування КВР. Інформативність цього фактора - $I=1,405$ біт, а наявність високого рівня тривожності характеризується прогностичним коефіцієнтом $ПК=+6,2$. Фактор є високо інформативним та посідає друге рангове місце за силою впливу фактора $\eta^2=12,0\%$.

Високий рівень ейфоричності пацієнтів достовірно ($p \leq 0,014$) частіше (практично в 3,5 рази) виявлено серед хворих на БД без КВР (відповідно з КВР $(5,2 \pm 2,9)\%$ та без КВР - $(21,6 \pm 6,8)\%$), що дозволяє акцентувати на недооцінці соматичного стану хворими на БД без КВР та віднести цю властивість до ознак низького рівня КВР. Інформативність цього фактора - $I=0,579$ біт, а наявність високого рівня ейфоричності пацієнтів характеризується прогностичним коефіцієнтом $ПК=-6,2$. Фактор є високо інформативним для віднесення до групи низького ризику кардіоваскулярної патології у пацієнтів з БД та за показником сили впливу ($\eta^2=5,0\%$) посідає третє місце в цій групі факторів.

Високий рівень ергопатичності (відчуття знесилення, низького рівня енергійності) пацієнтів достовірно ($p \leq 0,017$) частіше (практично в 5 разів) виявлено серед хворих на БД з наявним КВР (відповідно з КВР $(24,1 \pm 5,6)\%$ та без КВР - $(5,4 \pm 3,7)\%$), що дозволило віднести цю характерологічну властивість до прогностично несприятливих факторів стосовно формування КВР. Інформативність цього фактора - $I=0,699$ біт, а наявність високого рівня ергопатичності характеризується прогностичним коефіцієнтом $ПК=+6,5$. Фактор є високо інформативним та посідає четверте рангове місце за силою впливу ($\eta^2=5,0\%$).

Високий рівень сенситивності (емоційність) пацієнтів достовірно ($p \leq 0,001$) рідше (практично в 1,7 разів) виявлено серед хворих на БД з наявним КВР (відповідно з КВР $(31,0 \pm 6,1)\%$ та без КВР - $(56,8 \pm 8,1)\%$) та дозволило віднести цю властивість до ознак низького рівня КВР; $I=0,598$ біт, а наявність високого рівня сенситивності пацієнтів характеризується прогностичним коефіцієнтом $ПК=-2,6$. Фактор є інформативним для віднесення до групи низького ризику кардіоваскулярної патології у пацієнтів з БД та за показником сили впливу ($\eta^2=5,0\%$) посідає п'яте місце в цій групі факторів.

Поряд з аналізом характерологічних властивостей, які відрізняють підвищений КВР у хворих на БД, нами виконано порівняльне вивчення особливостей реагування пацієнтів на хворобу. Серед обстежених хворих на БД з КВР зменшення сили та енергії зазначила достовірно ($p \leq 0,001$) більша частка пацієнтів, ніж серед хворих з низьким КВР (відповідно

(12,1±4,3)% та (8,1±4,5)%). Слід відзначити, і за виразністю зменшення сили та енергії, також хворі з КВР достовірно відрізнялися (3 і менше бали - (31,0±6,1)%, 4 і більше балів - (69,0±6,1)%. Загалом, зменшення сили та енергії, як прояв особливостей реагування пацієнтів на хворобу - інформативний клініко-психологічний критерій КВР (I=1,721 біт, сила впливу фактора - 16,0%) для хворих на БД.

Самооцінка пацієнтами ступеня обмеження в професійній діяльності виявила, що наявність КВР не обмежує професійну діяльність у (82,8±5,0)% хворих, тоді як відсутність КВР асоціюється з виразними самообмеженнями хворих на БД. Так, (24,3±7,1)% з них значно самообмежують свою професійну діяльність та зазначили, що наявність хвороби впливає на їх професійний ріст та кар'єру, тоді як за наявності КВР таких пацієнтів достовірно ($p \leq 0,001$) менше (1,7±1,7)%. Отже, за ступенем самообмеження професійної діяльності хворі з КВР певно відрізняються та характеризуються некритичним відношенням до наявного в них захворювання. Загалом, як показав статистичний аналіз, самообмеження в професійній діяльності, як прояв особливостей реагування пацієнтів на хворобу - інформативний клініко-психологічний критерій КВР (інформативність - 1,832 біт, сила впливу фактора - 15,0%) для хворих на БД.

Аналогічною закономірністю характеризується досліджувані групи пацієнтів і стосовно обмежень у вільному часі. Це може пояснювати відсутність КВР у разі раціонального реагування на хворобу, з відповідним практичним наповненням цього реагування (частіші відвідування сімейного лікаря, витрачання часу на власне оздоровлення і таке інше).

За самооцінкою хворих з КВР, достовірна ($p \leq 0,017$) їх кількість має зменшення фізичної привабливості (на наявності КВР - (24,1±5,6)%, без КВР - (5,4±3,7)% пацієнтів), однак жоден з хворих за результатами аналізу опитувальників не досяг передбаченої валідної діагностичної суми, що свідчить про ситуативність такого психологічного варіанту реагування на хворобу.

Наявність БД, у більшості пацієнтів з КВР - (84,5±4,8)% та у абсолютній кількості пацієнтів без КВР, не вплинуло на сімейні стосунки, однак (15,5±4,8)% пацієнтів з КВР зазна-

чили погіршення сімейних стосунків, як психологічний варіант реагування на хворобу.

У підсумку, вивчення характерологічних особливостей та типології реагування на хворобу у пацієнтів з БД дозволило провести ранговий розподіл клініко-психологічних факторів та визначити ті із них, які є найбільш впливовими щодо формування КВР (табл. 1).

Таблиця 1

**Ранговий розподіл клініко-психологічних факторів
кардіоваскулярного ризику у хворих
на біліарні дисфункції**

Особистісно-психологічні фактори кардіоваскулярного ризику				
Особливості характеру	$\eta^2, \%$	ρ	$\eta^2, \%$	Особливості реагування
Високий рівень егоцентричності	19	1	16	Зменшення відчуття сили та енергії
Високий рівень тривожності	12	2	15	Відсутність самообмежень у професійній діяльності
Низький рівень ейфоричності	5	3	6	Відсутність обмежень у вільному часі
Високий рівень ергопатичності	5	4	5	Зменшення фізичної привабливості
Низький рівень сенситивності	7	5	3	Погіршення стосунків у сім'ї

Одним із завдань дослідження була розробка методики індивідуального прогнозування КВР у хворих на БД за комплексом клініко-психологічних факторів. Саме тому, базуючись на результатах порівняльного клініко - психологічного дослідження хворих на БД та маючи на меті формування клінічних груп КВР, нами опрацьовано методику його індивідуального прогнозування. В основу цієї методики закладено принципи послідовної процедури розпізнавання з використанням прогностичних таблиць, ознаками прогнозу в яких є найбільш інформативні, значущі фактори формування КВР, які визначені нами за даними дисперсійного аналізу як найбільш інформативні, достовірні та потогномонічні. До табличного алгоритму ввійшли тільки незалежні ознаки розпізнавання - клініко-психологічні фактори. Якщо сила зв'язку ($\pm r_{xy}$) між факторами перевищувала $\pm 0,7$, то один із

факторів виключався із переліку ознак прогнозування, незважаючи на те, що обидва фактори інформативні (табл. 2).

Таблиця 2

Алгоритм оцінки кардіоваскулярного ризику у хворих на біліарні дисфункції за комплексом особистісно-психологічних факторів

Клінічне значення ознак оцінки кардіоваскулярного ризику при біліарній дисфункції	Прогностичні коефіцієнти при різних індивідуальних варіантах результатів скринінгу	
	так	ні
Високий рівень егоцентричності	+3,4	-5,8
Зменшення відчуття сили та енергії	+4,8	-3,7
Високий рівень тривожності	+6,2	-2,0
Погіршення стосунків у сім'ї	+7,6	-0,6
Відсутність обмежень у вільному часі	+3,7	-1,4

Застосування ж діагностичної таблиці (табл. 2) дозволяє реалізувати технологію прогнозування у вигляді чітко визначеного скринінгового алгоритму. Принцип прийняття рішення у наведеному патометричному алгоритмі (ПА) має досить простий механізм і може зводитися до простого додавання прогностичних балів, але за умови суворого дотримання послідовності аналізу ознак розпізнавання (клініко-психологічних факторів КВР). ПА не тільки враховує наявні фактори КВР, але і зводить до мінімуму кількість кроків діагностичної технології за рахунок відбору більш інформативних факторів (рис. 1).

Діагностичні групи (ДГ) хворих на біліарні дисфункції з різним рівнем кардіоваскулярного ризику			
ДГ - 1	ДС _{min} ≤ -13	ДГ - 2	ДС _{max} ≥ +13
Низький ризик		Невизначений ризик	Високий ризик

Рис.1. Шкала індивідуальної оцінки кардіоваскулярного ризику у хворих на біліарні дисфункції за комплексом клініко - психологічних факторів.

Для прогнозування використано тип формалізованого інформаційного бланку (ФІБ) - таблиці, що базується на незалежних

факторах ризику. Патометричний ФІБ може використовуватися і для формування групи діагностичної активності, і для формування груп лікувально-профілактичної активності, і для розподілу на групи динамічного (диспансерного) нагляду, диференційованих ступенем КВР. Необхідною передумовою для клінічного застосування ФІБ була їх верифікація. Отже, прогнозування реалізовано за рахунок використання діагностичної інформативності факторів КВР у хворих молодого віку з БД.

Висновки

1. З метою ранньої діагностики та якомога ранньої оцінки рівня КВР у хворих на БД, першочергове значення в роботі сімейного лікаря має урахування комплексу несприятливих клініко - психологічних факторів.

2. Вивчення характерологічних особливостей та типології реагування на хворобу у пацієнтів з БД дозволило провести ранговий розподіл клініко-психологічних факторів та визначити ті із них, які є найбільш впливовими щодо формування КВР.

3. З позицій доказовості та з використанням діагностичної цінності і прогностичного значення клініко-психологічних факторів КВР для хворих на БД складено алгоритм, застосування якого лікарем загальної практики - сімейним лікарем дозволяє враховувати риси психологічного портрету та тип реагування пацієнта на хворобу.

4. Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням моніторингу КВР у хворих на БД з індивідуалізацією профілактичних, діагностичних засобів та лікувальної тактики стосовно цих хворих на рівні сімейного лікаря.

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. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов / Е.В.Гублер. - Ленинград: Медицина, 1978. - 274 с.

3. Доскин В.А. Психологический тест "САН" применительно к исследованиям в области физиологии труда /

В.А.Доскин, Н.А.Лаврентьева, О.М.Стронгина // *Гигиена труда и проф. заболевания*. - 1975. - № 5. - С. 28-32.

4. Кіча Н.В. Психосоматичні особливості хворих на біліарні дисфункції та кардіоваскулярний ризик / Н.В.Кіча // *Вісник проблем біології і медицини*. - 2011. - Вип.3 (1). - С.83-86.

5. Лисенко Г.І. Конституційно - біологічні та генеалогічні фактори кардіоваскулярного ризику у хворих на біліарні дисфункції / Г.І. Лисенко, Н.В. Кіча, С.В. Данилюк // *Вісник проблем біології і медицини*. - 2010. - № 4. - С.192-196.

6. Лисенко Г.І. Концепція та логіка вирішення задач сімейної медицини / Г.І. Лисенко, В.О. Мінцер// *Сімейна медицина*. - 2006. - № 4. - С. 9-10.

7. Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А.Е.Личко// *Методы психол. диагностики и коррекции в клинике*. - Л.: Медицина, 1983. - С. 102-115.

8. 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.

9. Лищук В.А. Информатизация клинической медицине / В.А.Лищук // *Клин. информатика и телемедицина*. - 2004. - № 1. - С.7-13.

10. Нетяженко В.З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В.З. Нетяженко, О.Г.Пузанова// *Внутрішня медицина*. - 2008. - № 5-6. - С. 123-129.

11. Органов Р.Г. Новый способ оценки индивидуального сердечно - сосудистого суммарного риска для населения России / Р.Г. Органов, С.А. Шальнова, А.М. Калинина// *Кардіологія*. - 2008. - № 5. - С.85-89.

12. Пат. 57196 У. Україна, МПК А61В 5/107. Спосіб визначення кардіоваскулярного ризику при біліарних дисфункціях / Г.І. Лисенко, Н.В. Кіча (UA). - Заявл. 30.08.2010; заявка № u201010493; опубл. 10.02.2011. - Бюл. № 3.

13. Приходько В.Ю. Пациент высокого риска - кто он ? / В.Ю. Приходько// *Здоров'я України*. - 2010. - № 3. - С.18-19.

14. Сіренко Ю.М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево - судинних захворювань / Ю.М. Сіренко // Сімейна медицина. - 2006. - № 1. - С.52-60.

15. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / Заг. ред. В.М.Москаленко, Ю.В. Вороненко. - Тернопіль, 2002. - С.50-75.

16. Ханін Ю.Л. Исследование тревоги в спорте / Ю.Л. Ханін // Вопр. психологии. - 1978. - № 5. - С. 94-106.

17. 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.

18. 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.

19. Eysenck H.J. Neurosen-Ursachen und Heilmethoden / H.J.Eysenck, S.Rachman. - Berlin: Deutsch. Verlag d.Wissenschaften, 1968. - 290 p.

20. Rantanen P. Promoting women's heart health by screening for vascular risk factors among middle-aged women: methods and baseline results from a preventive trial / P.Rantanen, J. Julkunen, H.Vanhanen // Vascular Disease Prevention. - 2009. - № 6. - P. 17-24.

Резюме

Кіча Н.В. Оцінка кардіоваскулярного ризику у хворих на біліарні дисфункції за комплексом психосоматичних факторів.

За результатами порівняльного вивчення особливостей психосоматичного стану хворих на біліарні дисфункції (БД) та з визначенням особистісних і характерологічних відмінностей пацієнтів, доведено необхідність урахування комплексу несприятливих клініко - психологічних факторів при оцінці кардіоваскулярного ризику. З позицій доказовості та з використанням діагностичної цінності та прогностичного значення клініко-психологічних факторів кардіоваскулярного ризику для хворих на БД, складено алгоритм, застосування якого лікарем загаль-

ної практики - сімейним лікарем дозволяє враховувати риси психологічного портрету та тип реагування пацієнта на хворобу.

Ключові слова: біліарні дисфункції, кардіоваскулярний ризик, сімейна медицина, психосоматика.

Резюме

Кича Н.В. *Оценка кардиоваскулярного риска у больных с билиарными дисфункциями по комплексу психосоматических факторов.*

По результатам сравнительного изучения особенностей психосоматического состояния больных с билиарными дисфункциями (БД) и с определением личностных и характерологических различий пациентов, доказана необходимость учета комплекса неблагоприятных клинико-психологических факторов при оценке кардиоваскулярного риска. С позиций доказательности и с использованием диагностической ценности и прогностического значения клинико-психологических факторов кардиоваскулярного риска для больных БД, составлен алгоритм, применение которого врачом общей практики - семейным врачом позволяет учитывать особенности психологического портрета и тип реагирования пациента на болезнь.

Ключевые слова: билиарные дисфункции, кардиоваскулярный риск, семейная медицина, психосоматика.

Summary

Kicha N.V. *Evaluation cardiovascular risk in patient with biliary dysfunctions on complex psychosomatic factors.*

According to the results of the comparative study of characteristics of psychosomatic condition of patients with biliary dysfunction (BD) and the definition of character and personality differences of patients, have proved the need to address complex clinical adverse psychological factors in assessing cardiovascular risk. From the standpoint of evidence and the use of diagnostic value and prognostic value of clinical and psychological factors of cardiovascular risk for patients with DB, made up the algorithm used by general practitioners - family physician can take into account the characteristics of the psychological portrait and type of response in the patient's illness.

Key words: biliary dysfunction, cardiovascular risk, family medicine, psychosomatic.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова