

УДК 616.132.2 - 008.64; 616.12 – 008.46 (575.2) (04)

**ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ  
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ  
КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,  
ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*С.Ю. Мухтаренко* – канд. мед. наук

*Т.М. Мураталиев* – докт. мед. наук, проф.

*З.Т. Саткыналиева* – канд. мед. наук

---

The authors have studied the influence of singularities of perception of illness to quality of life of the patients with coronary heart disease and congested heart failure. They have examined 41 men of able-bodied age by clinical and experimental-psychological methods. The outcomes of their studies are presented in the article.

В последние годы оценка качества жизни (КЖ) является предметом научных исследований и показателем эффективности различных методов лечения [4, 6]. В современной медицине широко используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» [6]. Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного [1]. Собственно «качество жизни» определяется прежде всего жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью [3, 7, 9–11].

Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим больным, составляют полную и объективную характеристику состояния здоровья пациента [6].

Сердечная недостаточность приводит к изменению качества жизни и снижает его по мере нарастания тяжести заболевания [5]. В связи с этим особое внимание медицинского персонала должно быть обращено на оценку

восприятия состояния самим пациентом. Восприятие же больным состояния своего здоровья и изменений характера жизни зависит от заболевания [2, 3]. Как показывают исследования, это личное восприятие в большей степени коррелирует с работоспособностью пациента и риском смерти, чем ряд объективных параметров, оценивающих функцию сердца [2].

Целью нашего исследования явилась оценка качества жизни у больных коронарной болезнью сердца (КБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью, и оценка восприятия больными состояния своего здоровья.

**Материал и методы исследования.** Обследован 41 больной мужского пола (средний возраст  $52,2 \pm 0,41$  лет) с диагнозом КБС. У всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда давностью более 4 месяцев, отмечались симптомы застойной сердечной недостаточности (ЗСН) – функциональный класс III по классификации Кардиологической Нью-Йоркской Ассоциации (NYHA).

Для изучения состояния здоровья, восприятия болезни и связанных с ней ограничений было проведено экспериментально-психологическое исследование с применением теста Айзенка, методики многостороннего исследо-

вания личности (ММРІ) и методики определения типа отношения к болезни (ТОБ) в самооценке больного.

Для изучения особенностей восприятия болезни, оказывающих влияние на качество жизни, всю группу обследованных подразделили на две подгруппы. В качестве критерия было выбрано значение по шкале «лжи» теста Айзенка [8]. В подгруппу А вошли больные с низким (1–4), а в подгруппу Б – с высоким (5–9) количеством баллов по этой шкале. Полученные данные обработаны стандартными методами статистического анализа.

**Результаты и их обсуждение.** Данные экспериментально-психологического обследования представлены в табл. 1, 2 и 3. Профиль по базисным шкалам методики ММРІ в общей группе обследованных больных (группа О) ха-

рактеризовался повышенными показателями 1-й, 8-й и 9-й шкал, что свидетельствовало о явлениях эмоциональной напряженности, нарушениях межличностных отношений и снижении социальной адаптации, связанных, возможно, с ситуацией болезни. Значения остальных шкал располагались в пределах 50-59Т (табл.1, рис.1).

Значения шкал методики ТОБ (тип отношения и болезни) в общей группе обследованных больных приведены в табл. 2, из которой видно, что в диагностическую зону смешанного типа отношения к болезни вошли эргопатический и сенситивный типы.

Показатели по шкале нейротизма теста Айзенка в общей группе обследованных были в пределах нормы (табл.3).

Таблица 1

Значения шкал методики ММРІ

Гр	n	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
О	41	5,88± 0,41	8,98± 5,69	16,83± 0,78	17,54± 0,59	23,59± 0,83	21,60± 0,67	23,90± 1,03	22,46± 0,59	11,46± 0,62	31,85± 1,09	32,90± 1,36	22,88± 0,78	29,05± 1,28
А	11	4,36± 0,73	8,45± 2,36	16,54± 1,93	20± 0,89	25,54± 1,06	23,27± 1,05	28,36± 1,48	22,82± 1,41	13,27± 1,08	34,64± 2,22	38,09± 2,82	23,54± 1,32	29,27± 2,64
Б	30	6,37± 0,47	8,83± 0,87	16,6± 0,92	16,6± 0,68	22,9± 1,04	20,7± 0,74	21,9± 0,99	22,3± 0,64	10,8± 0,72	30,5± 1,17	31± 1,41	22,6± 0,96	28,9± 1,48
Р		p<0,030 Ст	p<0,018 Ф		p<0,010 Ст			p<0,001 Ст		p<0,001 Ф		p<0,018 Ст		

Примечание: О – общая группа, А – подгруппа А, Б – подгруппа Б; n – количество больных; шкалы: L – искренности, F – надежности, K – коррекции, 1 – сверхконтроля, 2 – депрессии, 3 – эмоциональной лабильности, 4 – импульсивности, 5 – мужественности-женственности, 6 – ригидности, 7 – тревожности, 8 – индивидуалистичности, 9 – активности и оптимизма, 10 – интравертированности; Р – достоверность различий между значениями шкал в группах А и Б, Ст – по Стьюденту, Ф – по Фишеру.

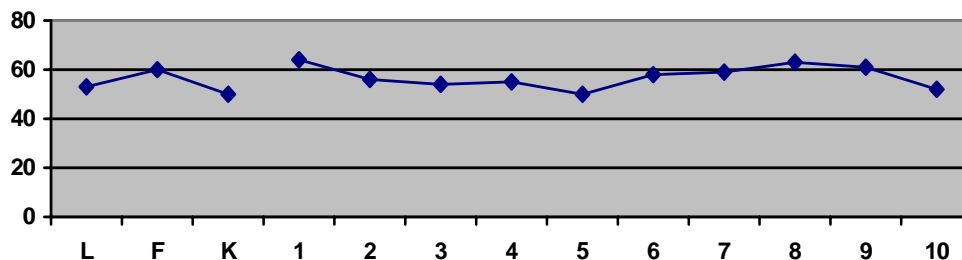


Рис. 1 Личностный профиль ММРІ в общей группе обследованных больных. Здесь и далее: по шкале абсцисс – шкалы ММРІ, по оси ординат – Т-баллы

Таблица 2

Значения шкал методики ТОБ

Группа	n	Т	И	З	С	А	Р	Г	Я	П	Н	М	Д
О	41	9,48± 1,16	6,78± 1,07	9,9± 2,17	21,2± 1,76	4,85± 0,97	27,28± 2,72	15,78± 2,99	11,8± 1,01	6± 0,74	7,7±1,1 7	5,88±1, 19	3,95± 0,78
А	11	13,1± 2,17	14,7± 2,22	5,1± 2,68	27,7± 2,49	6,2± 1,56	33± 7,18	6,8± 4,39	16± 1,85	5,8± 0,97	10± 1,29	6,5± 2,88	4,1± 1,01
Б	30	8,27± 1,32*	9,77± 1,16*	11,5± 2,72*	19,03± 2,08*#	4,4± 1,2*	25,4± 2,74*	18,77± 3,50*	10,4± 1,09*##	6,07± 0,94*	6,93± 1,49*	5,67± 1,30*	3,9± 0,99*

Примечание: О – общая группа, А – подгруппа А, Б – подгруппа Б; шкалы: Т – тревожный тип отношения к болезни (ТОБ), И – ипохондрический ТОБ, З – анозогнозический ТОБ, С – сенситивный ТОБ, А – апатический ТОБ, Р – эргопатический ТОБ, Г – гармонический ТОБ, Я – эгоцентрический ТОБ, П – паранойяльный ТОБ, Н – неврастенический ТОБ, М – меланхолический ТОБ, Д – дисфорический ТОБ; \* – достоверность различий между значениями шкал в группах А и Б по Фишеру  $p < 0,001$ ; # – достоверность различий между значениями шкал в группах А и Б по Стьюденту  $p < 0,010$ ; ## – достоверность различий между значениями шкал в группах А и Б по Стьюденту  $p < 0,013$ .

Таблица 3

Значения шкал теста Айзенка

Группа	Количество больных	Шкалы теста Айзенка		
		нейротизм	экстраверсия	шкала «лжи»
О	41	10,78±0,63	10,95±0,55	4,98±0,21
А	11	11,73±1,49	9,73±0,80	3,18±0,23
Б	30	10,43±0,67	11,4±0,68	5,63±0,15*

Примечание: О – общая группа, А – подгруппа А, Б – подгруппа Б.

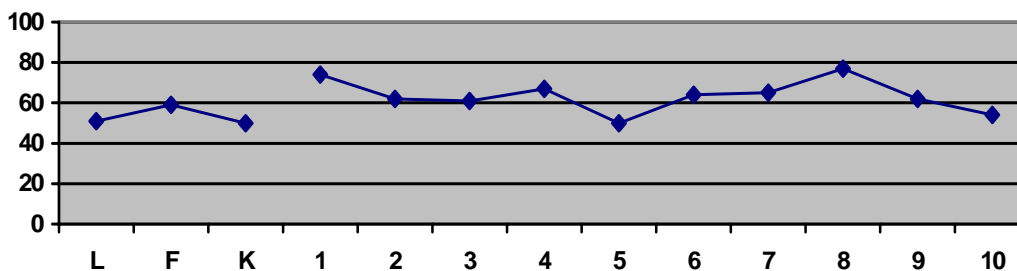


Рис. 2. Личностный профиль ММРІ в подгруппе А

При сравнении профилей методики ММРІ по значениям базисных шкал в выделенных нами подгруппах больных обращают внимание более высокие значения отдельных шкал данной методики в подгруппе А (табл. 1, рис. 2 и 3): 1-я, 4-я, 6-я и 8-я, показатели которых в сравниваемых подгруппах имеют достоверные различия. В подгруппе А повышенные значения по шкалам невротической триады – 1-й, 2-й и 3-й в сочетании с повышенными показателями по шкалам 4-й, 6-й и 8-й могут свидетельствовать о явлениях эмоциональной на-

пряженности и снижении социальной адаптации, однако эти признаки (по данным ММРІ) в подгруппе А были выражены сильнее, чем в общей группе обследованных больных.

По данным методики ТОБ (табл. 2), в подгруппе А диагностировался смешанный тип отношения к болезни. В диагностическую зону вошли эргопатический и сенситивный типы отношения.

В подгруппе А отмечалась тенденция к интраверсии (табл. 3) по шкале экстраверсии-интраверсии теста Айзенка.

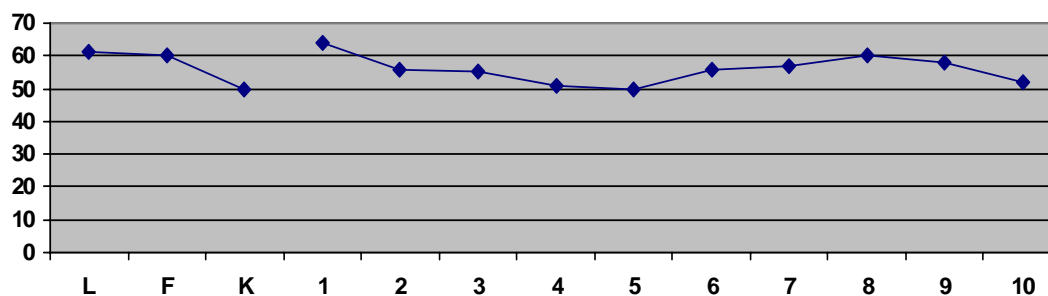


Рис. 3. Личностный профиль ММРІ в подгруппе Б.

Профиль по значениям базисных шкал методики ММРІ в подгруппе Б располагался в пределах 50-64Т (табл. 1, рис. 3). Значения 1-й, 4-й, 6-й и 8-й шкал ММРІ были достоверно ниже в подгруппе Б, чем в подгруппе А, что при достоверно более высоких значениях шкал L и F свидетельствовало о стремлении к отрицанию эмоциональной напряженности, тревоги, нарушений межличностных отношений и явлений социальной дезадаптации. Конфигурация данного профиля указывала на стремление к созданию при обследовании социально одобряемого образа болезни.

В подгруппе Б диагностировался только эргопатический ТОВ (табл.2), что подтверждало правомерность гипотезы при интерпретации данных базисных шкал методики ММРІ о создании социально одобряемого образа болезни.

По данным клинического обследования, качество жизни больных КБС с хронической сердечной недостаточностью снижалось по мере усиления выраженности клинических симптомов как в общей группе больных, так и в сравниваемых подгруппах А и Б. Однако эти показатели были более выражены у больных подгруппы Б, свидетельствуя о том, что стремление к отрицанию невротической симптоматики и созданию социально одобряемого образа болезни способствовало усилению психоэмоционального напряжения, которое влияет на показатели качества жизни у больных КБС с сердечной недостаточностью.

#### Выводы

1. Восприятие болезни и особенности психологического статуса оказывают влияние

на показатели качества жизни у больных КБС с ЗСН.

2. В схему исследования больных коронарной болезнью сердца с застойной сердечной недостаточностью для оценки состояния больного необходимо включать психологические методики для организации дифференцированных лечебных и реабилитационных мероприятий.

#### Литература

1. Айвазян Т.А., Зайцев В.П. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью // Кардиология. – 1989. – Т. 29. – №9. – С.43–46.
2. Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1993. – Т.33. – №2. – С. 85–88.
3. Калюжин В.В., Тепляков Т.А., Камаев Д.Ю. Факторы, влияющие на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. – 2001. – Т.41. – №4. – С.58.
4. Колтакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертония: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача // Тер. архив. – 2000. – Т.72. – №4. – С. 71–74.
5. Либис С.А., Коц Я.И. Показатели качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью // Кардиология. – 1995. – Т.35. – №11. – С. 13–17.
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине // Клин. мед. – 2000. – №2. – С.10–13.
7. Померанцев В.П., Хадзегова А.Б., Айвазян Т.А., Васюк Ю.А. Качество жизни больных

- инфарктом миокарда // Кардиология. – 1996. – Т.36. – №3. – С.70-74.
8. Соложенкин В.В., Мухтаренко С.Ю., Зерниченко А.Н. Особенности отношения к болезни и психологической защиты у больных, перенесших инфаркт миокарда // Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза: Тез. республ. научн. конф. – Каунас, 1983. – С. 230-231.
9. Чучалин А.Г., Сенкевич П.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита // Тер. архив. – 1998. – Т.70. – №9. – С. 53-57.
10. Fletcher A.E., Hunt B.M., Bulpitt C.J. Quality of life-problems as assessment and measurement // J. Chron. Dis. – 1987/ – V.40. – P. 557-566.
11. Julian D.G. Quality of life after myocardial infarction // Am. Heart J. – 1987. – V.114. – P. 241-244.
12. Quality of life after open heart surgery / Ed. P.S. Walter. Dordrecht Boston London, 1992. – P.515.