I. I. Topchiy

Functional—Morphologic Characteristics of Erythrocytic Hemostasis and Microcirculation of Patients With Coronary Atherosclerosis

Summary

It is established that with the increase of the index of atherosclerotic affection of the coronary arteries the microcirculation changes for the worse, the changes of biophysical peculiarities of erythrocytes increase—their agregating ability increases, the cells' forms change, the permeability of their membranes decreases.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Артемова Л. Г., Азизова О. А., Руденко Т. С.* и др. В кн.: «Магнитный резонанс в биологии и медицине». М., 1981, 225. 2. *Бадалян Г. О., Эпископосян Н. Г., Акопов С. З.* В кн.: «Микроциркуляторные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний». Казань, 1982, 133. 3. *Грицюк А. И., Иванова Н. В.* Кардиология, 1981, 8, 22—28. 4. *Скрипкин Ю. К., Мавров И. И., Каруна Б. И.* и др. Клиническая диагностика нарушений микроциркуляции у больных экземой. Методические рекомендации. Харьков, 1981. 5. *Шмидт-Шонбейн Г.* Кардиология, 1982, 3, 82—85, 6. *Calabrese S., Giasato C.* Arterioscler., 1982, 7, 3, 329—339.

УДК 616—005.4+616.12—008.331.1:616—072.8

Г. В. КАВТАРАДЗЕ, М. О. МАМАМТАВРИШВИЛИ, Л. Г. НАДАРАЯ

СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СО СТРЕССОВЫМ АНАМНЕЗОМ, СОЦИАЛЬНЫМ СТАТУСОМ И ФАКТОРАМИ РИСКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В ряде работ указывается на связь между эмоциональным стрессом, социальным положением и заболеваемостью ИБС и гипертонической (ГБ) болезнью [6, 8]. Отмечается, что соматическая реализация указанных факторов, равно как и общественных экзогенных факторов риска, осуществляется путем подключения психологических особенностей личности [4, 5, 7].

Целью проведенного нами исследования являлось изучение связей между психологическим профилем больных ИБС и ГБ и их социально-стрессовым анамнезом, а также подверженностью факторам риска.

Материал и методы. Обследовано 96 больных стенокардией (СТ), 104—постинфарктным кардиосклерозом (ПК) и 120 мужчин, больных ГБ, в возрасте 35—69 лет. Социально-стрессовый и поведенческий анамнез изучался посредством оригинальной психосоциальной анкеты. Психологическое обследование больных проводилось методом фиксированной установки Д. Узнадзе, опросником Айзенка, шкалой тревожно-

сти Тейлор [3] и методом фрустрации по Розенцвейгу. Статистическая обработка материала проводилась методом χ^2 [2]. При этом учитывалась частота распределения того или иного психологического параметра в зависимости от принадлежности больных ИБС и ГБ к тому или иному варианту стрессового, социального и поведенческого анамнеза.

Результаты и их обсуждение. Психологический профиль большинства больных СТ и ПК характеризуется вариабельностью (импульсивностью) установки (66—70%), опосредующей перегрузку личности многими нереализованными стремлениями и мотивациями, вариабельно-стабильным (ВС) типом установки (52—53%; $P<0,001$), сопровождающимся высокой мотивацией, субъективностью, сензитивностью, комплексами вины и неполноценности. У этих же больных преобладают грубость (65—67%; $P<0,001$) и стабильность (71—74%; $P<0,001$) установки, вырабатывающие психологическую ригидность и способствующие развитию фиксированных идей и поведения. Независимо от формы заболевания, больные ИБС преимущественно (51—56%; $P<0,001$) экстраверты (Э), что означает их импульсивность, контактность и социальность. Среди больных СТ наглядно превалируют (55%—$P<0,01$) лица с холерическим (Х) темпераментом, в то время как при ПК увеличивается количество (30%; $P<0,05$) показателей меланхолических (М) черт характера. Для Х характерны импульсивность, сензитивность, активность, раздражительность, а для М—капризность, боязливость, упрямство, рассудительность, пессимистичность и т. п.

У больных ГБ также наблюдается преобладание (60%) вариабельности (импульсивности), однако в этом случае она обладает иными свойствами. У 40% обследованных ($P<0,001$) отмечена вариабельно-лабильная установка (ВЛ), сопровождающаяся низкой интенсивностью психической энергии, тревожностью, истеричностью, отсутствием целеустремленности и т. д. У этих больных ведущей психоадаптационной чертой является лабильность установки (60%; $P<0,001$), предрасполагающая к развитию психопатичных изменений, преобладает интроверсия—И—(60%; $P<0,05$). Последняя характеризуется сдержанностью эмоций, расчетливостью, самоанализом и самоконтролем. По темпераменту у больных ГБ отмечено равное распределение Х (34%) и М (33%).

Невротизм (Н) у больных ИБС и ГБ выражен одинаково часто (67—77%).

В тесте фрустации подавляющее большинство больных ИБС и ГБ реагирует в экстрапунитивном направлении (60—68%). Отмечено равномерное распределение самозащитных и препятственно-доминантных реакций.

Лица, отмечающие наличие стрессовых ситуаций как в рабочих, так и в семейных условиях (40—45% обследованного контингента), проявляют более высокие показатели Н среди больных СТ и ГБ (86 и 73%; $P<0,05$ и $P<0,001$), чем при наличии таковых изолированно в рабочих условиях (40—50% больных), где эти показатели равны соответственно

64 и 60%. При ПК у первых чаще встречается ВС (61% при 42%; P< 0,001), И (49% при 33%; P<0,01), а также более высокий уровень тревожности (40% при 10%; P<0,001). Таким образом, многоплановость стрессовых ситуаций приводит, видимо, к усугублению психологической конфликтности и психастенизации личности.

Большая выраженность психологического конфликта отмечается у больных, связывающих начало заболевания с психическим перенапряжением в сравнении с теми, кто такого перенапряжения не отмечает. У больных ПК, отмечающих такое перенапряжение, повышен уровень Н (66% при 47%; P<0,02), Х (35% при 11%; P<0,01) и тревожности (35% при 15%; P<0,02). У больных ГБ также чаще выражена Н (77% при 58%; P<0,01), М (44% при 22%; P<0,02), экстрапунитивность (68% при 44%; P<0,02) и более высок показатель самозащитных реакций (49% при 19%; P<0,001).

Особый отпечаток на психологический профиль больных ИБС и ГБ накладывает и их *социальный статус*. Наиболее отчетливо это выражено среди больных СТ. Так, у лиц со средним образованием в данной группе в сравнении с лицами с высшим образованием преобладают показатели лабильности установки (38% при 22%; P<0,01), Н (92% при 67%; P<0,001), Х (67% при 47%; P<0,001), тревожности (81% при 19%; P<0,001) и экстрапунитивности (87% при 54%; P<0,01). При ПК у лиц со средним образованием более выражена тревожность (40% при 17%; P<0,001), а при ГБ—грубость установки (66% при 47%; P<0,01) и И (51% при 37%; P<0,05).

Среди больных СТ, находящихся на административно подчиненной работе, в сравнении с лицами, занимающими руководящие должности, отмечено повышение уровней Н (90% при 70%; P<0,001), Х (68% при 48%; P<0,01), тревожности (58% при 24%; P<0,001) и экстрапунитивности (79% при 58%; P<0,01). У больных ПК из аналогичной подгруппы также относительно высоки показатели тревожности (36% при 16%; P<0,01) и фиксации на препятствие (39% при 20%; P<0,01). При ГБ у лиц, находящихся на подчиненной должности, отмечена тенденция к И (52% при 38%; P<0,05).

Среди больных СТ, занимающихся физическим и смешанным трудом, в сравнении с лицами умственного характера деятельности более высоки показатели ВЛ (28% при 13%; P<0,001), что происходит, в основном, за счет увеличения числа лабильности (42% при 20%; P< 0,001). У них же чаще повышены Н (90% при 67%; P<0,001), Х (70% при 45%; P<0,001) и тревожность (50% при 23%; P<0,01). В аналогичной подгруппе больных ГБ достоверно преобладают грубость установки (69% при 53%; P<0,02), Э (57% при 32%; P<0,001) и тревожность (45% при 28%; P<0,05).

Факторы риска ИБС также несут в себе превалирование различных психологических параметров. Так, при наличии избыточного веса у больных СТ в сравнении с группой с ожирением наблюдается более высокая частота ВС (60% при 43%; P<0,02), И (48% при 26%; P<0,01),

М (32% при 12%; P<0,01). В группе же с резко выраженным ожирением отмечается тенденция к учащению ВЛ (20% при 11%; P<0,02), грубости (72% при 54%; P<0,01), Э (61% при 45%; P<0,01), Х (57% при 40%; P<0,001) и самозащитных реакций (50% при 29%; P<0,01). Иная картина наблюдается при ПК. Здесь, независимо от степени ожирения, избыточный вес сопровождается повышением частоты лабильности (32% при 10%; P<0,01) и Н (68% при 42%; P<0,01). При ГБ избыточный вес личностными изменениями не сопровождается.

Приверженность к курению при ИБС не выявляет особых сдвигов в психической сфере. Лишь среди некурящих при СТ в отличие от курящих более выражены показатели Н (84% при 70%; P<0,05) и тревожности (50% при 24%; P<0,01). Такие же тенденции наблюдаются и при ГБ, где среди некурящих наблюдается превалирование Н (72% при 59%; P<0,05) и М (42% при 22%; P<0,01). В то же время, для курящих в группе ГБ более характерны грубость установки (60% при 45%; P<0,02) и Э (46% при 33%; P<0,05). Среди больных СТ, не подверженных гиподинамии, в большей степени выражены Э (64% при 47%; P<0,05), Н (84% при 69%; P<0,01) и Х (62% при 47%; P<0,02). С этим перекликаются данные в аналогичных группах ПК (у них более высокая частота экстрапунитивности—76% при 58%; P<0,001) и ГБ (у которых более часто встречаются Х—43% при 24%; P<0,02). Одновременно у больных ГБ, подверженных гиподинамии, более высоки показатели тревожности (43% при 28%; P<0,05).

Прием алкоголя в зависимости от частоты и количества при ИБС и ГБ сопровождается широким спектром превалирования психологических параметров. Общими для этих групп являются статистически достоверное учащение Э (СТ—60% при 45%; P<0,001; ГБ—60% при 20%; P<0,001) и экстрапунитивности (СТ—74% при 45%; P<0,001; ПК—71% при 56%; P<0,05). В то же время, у непьющих по всем группам отмечено превалирование грубости, лабильности, Н, тревожности.

Таким образом, сопоставление, с одной стороны, стрессовых, социальных и вредных поведенческих особенностей, а с другой—психологического профиля больных ИБС и ГБ показало, что в этом плане наблюдается определенная динамика, не выходящая, однако, из рамок общей картины психологического профиля, наблюдаемого нами при этих заболеваниях. В наименьшей степени эта динамика касается типов установки, что еще раз подтверждает высказанное нами мнение [1] о преморбидности выявленных нами преимущественных установочных типов. Зависимость от изучаемых факторов в большей степени проявляют характерологические и невротические компоненты. По-видимому, психологические особенности, кроме чресстрессового влияния на возникновение и течение ИБС и ГБ, одновременно патогенетически воздействуют как через социальные факторы, так и через вредные поведенческие особенности—факторы риска указанных заболеваний.

НИИ клинической и экспериментальной
кардиологии МЗ ГССР

Поступила 15/I 1985 г.

Գ. Ա. ՔԱՎԹԱՐԱԶԵ, Մ. Օ. ՄԱՄԱՄՏԱՎՐԻՇՎԻԼԻ, Լ. Գ. ՆԱԴԱՐԱՅԱ

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՐՏԻ ԻՇԵՄԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ, ՍՏՐԵՍԱՅԻՆ ԱՆԱՄՆԵԶԻ, ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՍՏԱՏՈՒՍԻ ԵՎ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ԿԱՊԸ

Ամփոփում

Հայտնաբերված է հոգեբանական որոշ չափանիշների որոշակի դինամիկա՝ կախված ուսումնասիրվող անամնեստիկ գործոններից։ Այդ ժամանակ առավել պարզորոշ կապ է նկատվում հոգեբանական և սոցիալական գործոնների համադրման ժամանակ։

G. A. Kavtaradze, M. O. Mamamtavrishvili, L. G. Nadaraya

The Interaction of Physiologic Parameters With the Stress Anamnesis, Social Status and Risk Factors in Ischemic Heart Disease and Hypertension

Summary

The definite dynamics of some physiologic parameters depending on the studied anamnestic factors is revealed. In collation of the physiologic and social factors the more expressed interaction is observed.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вирсаладзе К. С., Кавтарадзе Г. В., Иванова Е. Н., Мамамтавришвили М. О.* Кардиология, 1984, 2, 73—76. 2. *Квавилашвили Д. Ш.* Применение статистических методов в психологии. Тбилиси, 1974. 3. *Норакидзе В. Г.* Методы исследования характера личности. Тбилиси, 1975. 4. *Gluksman M. L., Rand C. S. W., Stunkard A. J.* J. Amer. Acad. Psychoanal., 1978, 6, 1, 103—115. 5. *Kittel F., Rustin R. M., Dramaix M., De Backer G., Kornitzer M.* J. Psychosom. Res., 1978, 22, 3, 145—158. 6. *Labhardt F.* Münch. med. Wschr., 1966, 108, 22, 1223—1226. 7. *Bernstein D. A.* Psychol. Bull., 1969, 71, 418—440. 8. WHO chron., 1969, 23, 11, 532—534.

УДК 616.12—008.331.1:616.124.2—073.432.19

С. В. ГУРГЕНЯН, Н. М. ОГАНЕСЯН, Е. С. МИКАЕЛЯН, Т. З. ГРИГОРЯН, К. Г. НИКОГОСЯН

ЗАВИСИМОСТЬ АНАТОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ТИПА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Адаптация сердца при гипертонической болезни (ГБ) сопровождается развитием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Имеются данные о том, что при умеренных формах ГБ ГЛЖ отсутствует [3], и, согласно другим,—она выявляется в 50—60% случаев [5].