

реабилитации, снизить риск развития осложнений. Метод прост в исполнении, не требует специальной подготовки пациента, может быть выполнен с помощью любого физиотерапевтического аппарата, генерирующего электрические токи низкой частоты (СМТ). Для выполнения методики не требуется активного участия пациента, что делает возможным применение электростимуляции у пациентов с умеренной и выраженной степенью когнитивных и афатических нарушений. Его можно применять в остром периоде заболевания ввиду хорошей переносимости и низкой нагрузки на сердечно-сосудистую систему.

#### *Литература*

1. Авдюнина И.А., Докучаева Н.А. Нарушения глотания невrogenного генеза // 6 Всероссийский съезд анестезиологов и реаниматологов. – М., 1998. – С. 52.
2. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахтаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М., Медпрессинформ. – 2009.
3. Терапевтическое руководство по лечению парезов гортани, афазии, дисфагии и дизартрии с помощью аппарата vocaSTIM: Physiomed Elektromedizin AG, Schnaittach-Laipersdorf, Germany, 2002. – 23 p.
4. Черникова Л.А., Торопова Н.Г., Разинская Т.П. и др. Автор. Свидетельство к изобретению «Способ восстановления фонации и глотания у больных с острым нарушением мозгового кровообращения» SU1683774A1 (A61 № 1/36). 4654762/14, 23.02.89, 15.10.91. Бюлл. № 38.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ТИПАМИ ЛИЧНОСТИ**

***Илларионова Т.М., Доценко Э.А., Ермоченок А.Л., Ефимова Е.П.***

*ГУЗ «Военно-медицинское управление КГБ Республики Беларусь», Минск, РБ  
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, РБ*

**Резюме.** Изучен суточный профиль артериального давления у пациентов с разными типами личности. У пациентов с типом личности Д, с алекситимией и типом Б показатели среднесуточного систолического АД (САД) несколько выше, чем у пациентов остальных групп. Вероятность подтверждения диагноза АГ в этих

группах увеличивается. При типе личности Д ИВ САД (н) составил 54,2%, ИВ ДАД (н) – 51,5%, что говорит в большей степени о наличии АГ. При типе личности Д встречаемость патологических типов суточных ритмов АД выше, чем в других группах. Наличие типа личности Д ассоциируется с прогностически неблагоприятными показателями суточного профиля АД.

*Ключевые слова:* тип личности Д, алекситимия, тип В, артериальная гипертензия, суточный профиль артериального давления.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире по данным ВОЗ. Ежегодно болезни сердечно-сосудистой системы уносят жизни свыше 16 млн человек и приводят к большим экономическим потерям. Среди причин смерти от ССЗ ишемической болезни сердца (ИБС) составляет 43-88% и резко возрастает у лиц старше 45 лет [1].

Возникновению и прогрессированию атеросклероза способствуют хронические психосоциальные факторы риска [2]. Среди данных факторов выделяют черты личности, которые могут приводить к формированию психосоматического ответа организма на стресс [3].

Результатом изучения психологического профиля пациентов с ИБС стало выделение типа личности А (коронарного). Данный тип определяется неспособностью его представителей расслабиться, нетерпеливостью, склонностью испытывать такие отрицательные эмоции, как враждебность и гнев. Как правило, лица с типом личности А, являются лидерами. Если в жизни такого индивида появляется неконтролируемая ситуация, он использует весь резерв своих возможностей, не испытывая тревоги, страха, растерянности [4]. Однако в дальнейших исследованиях связи между типом личности А и неблагоприятным прогнозом пациентов с ИБС не выявлено, хотя отмечена роль типа А в развитии атеросклеротического процесса [1].

Антиподом типа личности А является тип В, который терпелив, нетороплив, чередуют работу и напряжение с отдыхом, однако при выполнении своих обязанностей они также достигают цели [4]. У пациентов с типом В более выражена тяжесть сердечно-сосудистых заболеваний [5]. Для типа личности АВ характерно умение сбалансировать напряженную работу со сменой занятий и

умело организованным отдыхом [4].

В настоящее время изучается дистрессорный тип личности Д, который включает два компонента: негативную возбудимость и социальное подавление. Негативная возбудимость характеризуется тенденцией испытывать отрицательные эмоции: гнев, тревогу, беспокойство, несчастье, депрессию, раздражительность. Социальное подавление – это подавление эмоций, чтобы избежать осуждения со стороны окружающих. У пациентов с ИБС распространенность типа личности Д в разных популяциях колеблется в пределах 25-38% случаев, при артериальной гипертензии (АГ) – до 53%. Ряд исследователей подтверждают, что тип Д связан с повышенным риском кардиальных осложнений и смерти [5, 6].

Независимой психологической характеристикой личности является алекситимия, которая характеризуется затруднениями при определении и словесном выражении эмоций, нарушением дифференциации между чувствами и телесными ощущениями, недостаточным развитием воображения, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [7].

Стабильное повышение артериального давления вследствие психосоциального стресса приводит к развитию эссенциальной АГ. Особое значение для своевременной диагностики АГ приобретает метод суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Однако нормативы этого метода находятся на этапе разработки и носят рекомендательный характер [8].

*Цель исследования* – изучить суточный профиль артериального давления (АД) у пациентов с разными типами личности.

На территории Республики Беларусь таких исследований до настоящего времени не проводили.

*Материал и методы исследования.* Обследовано 148 пациентов УЗ «6 ГКБ» и РНПЦ «Кардиология» в возрасте от 17 до 57 лет, средний возраст пациентов составил  $34,8 \pm 12,11$  лет. Среди них – 106 мужчин (71,6%) и 42 женщины (28,4%). В исследование были включены пациенты с ИБС – 29 чел. (19,6%), с АГ 1 степени – 25 (16,9%), с АГ 2 степени – 55 (37,2%), АГ 3 степени – 7 (4,7%), с нейроциркуляторной дистонией – 32 (21,6%).

Психологическая оценка личности обследованных

проводилась с помощью тестов: методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюк (модифицированный вариант опросника Дженкинса, адаптированный в НИИ им. В.М. Бехтерева) для определения ведущего типа поведенческой активности. К типу А-А1 были отнесены пациенты, набравшие 335 баллов и менее, к типу АБ – набравшие 336-459 баллов, к типу Б-Б1 – 460 баллов и более [10]; опросник DS-14, состоящий из двух подшкал: NA («негативная возбудимость»), SI («социальное подавление»). Тип личности Д был выставлен при оценке 10 баллов и более по каждой из шкал [6]; Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26) создана G.J. Taylor и др. (1985) и адаптирована в НИИ им. В.М. Бехтерева (1994). «Алекситимический» тип личности диагностирован у пациентов, набравших 74 балла и более, группа риска – у пациентов, набравших от 62 до 73 баллов, «Неалекситимический» тип – у пациентов, набравших менее 62 баллов [9]; аналоговые шкалы стресса. Измерение антропометрических показателей. Определение индекса массы тела. Инструментальный метод: СМАД (Pressure Trak Report Generator) в течение 24-25 часов. Интервал между измерениями составлял 20 мин. в дневные часы и 30 мин. ночью.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA-10 и Microsoft Excel. При сопоставлении параметрических данных использовали *t* критерий Стьюдента для непарных величин.

*Результаты и их обсуждение.* По результатам методики «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюк к группе с поведенческим типом А были отнесены 26 пациентов (17,5%), АБ – 78 пациентов (52,7%), Б – 44 пациента (29%).

В целом среди всех обследованных тип личности Д встречался у 32 пациентов (21,6%), «алекситимический» тип личности – у 27 пациентов (18,3%).

При анализе СМАД использованы следующие показатели: средние показатели АД за 24 часа, за время бодрствования и за время сна, индекс времени, типы суточного ритма АД, вариабельность АД.

Для диагностики АГ значимы средние показатели АД за 24 часа, за время бодрствования и за время сна. В среднем у пациентов в группах повышено систолическое АД (САД) за 24 часа ( $\geq 130$  мм

рт. ст.) [8]. Среднесуточные, среднедневные и средненочные цифры САД в группах пациентов с типом личности Д превышают нормативные значения. В группах с алекситимией и типом Б увеличены среднесуточные и среднедневные показатели САД. Показатели диастолического АД (ДАД) находятся в пределах «нормы» (табл. 1).

Таблица 1 – Сравнительная оценка САД (мм рт. ст.) и ДАД (мм рт. ст.) за сутки, в периоды бодрствования и сна у представителей разных типов личности

| Показатель | Тип Д                       | Не Д                | Не алекситимия  | Группа риска    | Алекситимия                 | Тип А                       | Тип АБ          | Тип Б           |
|------------|-----------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| САД (24)   | 131,3±<br>17,18<br>p=0,145* | 127,7<br>±<br>16,09 | 129,7±<br>15,13 | 125,5±<br>17,38 | 132,5±<br>15,82<br>p=0,181♦ | 127,4±<br>17,98<br>p=0,242™ | 127,8±<br>16,46 | 130,3±<br>15,32 |
| САД (дн)   | 135,5±<br>17,52<br>0,148    | 131,9<br>±<br>16,45 | 133,9±<br>15,15 | 129,5±<br>17,64 | 137,4±<br>16,77<br>0,187    | 131,7±<br>18,71<br>0,213    | 131,6±<br>16,77 | 135,3±<br>15,36 |
| САД (н)    | 120,1±<br>18,15<br>0,089    | 115,2<br>±<br>17,48 | 117,8±<br>16,51 | 113,7±<br>19,31 | 118,7±<br>16,01<br>0,407    | 115,8±<br>18,91<br>0,371    | 115,7±<br>17,85 | 117,3±<br>17,01 |
| ДАД (24)   | 80,1±<br>12,54<br>0,094     | 76,7±<br>10,86      | 78,5±<br>10,15  | 75,4±<br>11,61  | 79,9±<br>12,48<br>0,295     | 76,9±<br>11,65<br>0,330     | 77,3±<br>11,48  | 78,2±<br>10,93  |
| ДАД (дн)   | 83,7±<br>13,02<br>0,095     | 80,4±<br>11,28      | 82,0±<br>10,35  | 79,1±<br>12,01  | 83,8±<br>13,38<br>0,259     | 80,4±<br>11,88<br>0,325     | 81,1±<br>11,71  | 81,7±<br>11,87  |
| ДАД (н)    | 69,8±<br>13,39<br>0,116     | 66,6±<br>11,85      | 68,4±<br>11,41  | 65,7±<br>13,32  | 68,8±<br>11,29<br>0,443     | 67,6±<br>12,35<br>0,386     | 67,6±<br>12,77  | 66,8±<br>11,41  |

Примечание: \* – достоверность различий в группах тип Д и не Д;

♦ – достоверность различий в группах не алекситимия и алекситимия;

™ – достоверность различий в группах типов А и Б

При анализе индекса времени (ИВ) гипертонии выявлено, что у лиц разного типа поведения ИВ>25%. Стабильная АГ диагностируется при индексе >50% в дневное или ночное время [8]. При типе личности Д ИВ САД (н) составил 54,2%, ИВ ДАД (н) – 51,5%, что говорит о наличии стабильной АГ (табл. 2).

Таблица 2 – Сравнительная оценка нагрузки давлением (индекса времени) у представителей разных типов личности

| Показатель                   | Тип Д                   | Не Д           | Не алекситимия | Группа риска   | Алекситимия                | Тип А                      | Тип АБ         | Тип Б          |
|------------------------------|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------------------|----------------|----------------|
| ИВ САД (24)<br>%<br>p=0,387* | 41,6±<br>36,38<br>0,444 | 39,5±<br>30,57 | 43,7±<br>31,79 | 35,5±<br>31,77 | 42,4±<br>32,49<br>p=0,432♦ | 38,8±<br>32,79<br>p=0,303™ | 38,4±<br>32,37 | 43,4±<br>31,21 |
| ИВ САД (дн)<br>%<br>0,444    | 43,8±<br>36,44<br>0,444 | 42,7±<br>30,35 | 45,2±<br>31,56 | 39,4±<br>31,91 | 43,9±<br>32,49<br>0,438    | 45,6±<br>34,53<br>0,443    | 41,2±<br>31,88 | 44,2±<br>30,85 |
| ИВ САД(н)<br>%<br>0,129      | 54,2±<br>35,91<br>0,129 | 45,3±<br>31,77 | 51,5±<br>32,42 | 45,7±<br>33,03 | 42,8±<br>33,77<br>0,151    | 40,9±<br>31,04<br>0,212    | 49,8±<br>33,42 | 48,2±<br>32,75 |
| ИВ ДАД (24)<br>%<br>0,375    | 37,9±<br>35,18<br>0,375 | 41,2±<br>76,28 | 34,9±<br>29,06 | 28,9±<br>29,65 | 36,4±<br>31,87<br>0,426    | 34,0±<br>28,03<br>0,168    | 31,2±<br>30,56 | 35,5±<br>29,64 |
| ИВ ДАД (дн)<br>%<br>0,178    | 42,0±<br>35,54<br>0,178 | 34,7±<br>27,62 | 36,3±<br>28,97 | 35,4±<br>28,94 | 37,6±<br>32,72<br>0,364    | 36,8±<br>28,52<br>0,420    | 34,7±<br>30,21 | 38,6±<br>30,22 |
| ИВ ДАД (н)<br>%<br>0,071     | 51,5±<br>35,36<br>0,071 | 34,6±<br>27,62 | 44,4±<br>34,12 | 38,2±<br>33,89 | 45,4±<br>30,62<br>0,454    | 32,5±<br>32,48<br>0,291    | 42,9±<br>35,44 | 42,9±<br>30,32 |

Примечание: \* – достоверность различий в группах типов Д и не Д;

♦ – достоверность различий в группах не алекситимия и алекситимия;

™ – достоверность различий в группах типов А и Б

Независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений является недостаточное снижение АД в ночные часы.

Процент встречаемости суточного индекса (СИ) night-peaker (устойчивое повышение ночного АД) во всех группах (за исключением пациентов группы риска развития алекситимии и алекситимии) выше средней встречаемости в популяции (3%), но значительно преобладает в группе пациентов с типом Д (6,3%), не алекситимией (10,2%) и типе А (7,7%). Кроме того, показатель СИ non-dipper (недостаточная степень ночного снижения АД) встречается чаще, чем в общей популяции (16-26%) при типе личности Д (31,3%) и в группе риска алекситимии (27,4%) [8] (табл. 3).

Таблица 3 – Варианты суточного индекса у представителей разных типов личности

| Показатель                        | Тип Д | Не Д | Не алекситимия | Группа риска | Алекситимия | Тип А | Тип АБ | Тип Б |
|-----------------------------------|-------|------|----------------|--------------|-------------|-------|--------|-------|
| Суточный индекс систолического АД |       |      |                |              |             |       |        |       |
| Dipper, %                         | 53    | 64,6 | 62,7           | 58           | 70,4        | 61,5  | 60,3   | 55,9  |
| Non-dipper, %                     | 31,3  | 23,3 | 22             | 27,4         | 25,9        | 23,1  | 25,6   | 25    |
| Over-dipper, %                    | 6,3   | 3,4  | 1,7            | 8            | -           | -     | 5,1    | 4,5   |
| Night-peaker, %                   | 6,3   | 4,3  | 10,2           | 1,6          | -           | 7,7   | 3,8    | 4,5   |

По данным вариабельности АД, которая имеет взаимосвязь с развитием гипертрофии левого желудочка, ретинопатией и уровнем креатинина сыворотки крови, различий не было выявлено у пациентов разных групп.

*Выводы.* Средние показатели САД повышены в группе пациентов с типом личности Д, типом Б и алекситимией. Кроме того, у пациентов с типами личности Д и В >50% и выше процент встречаемости СИ night-peaker и non-dipper в сравнении с популяцией в целом, что может говорить о преобладании в данной группе пациентов со стабильной АГ и увеличении степени риска развития кардиоваскулярных осложнений.

#### *Литература*

1. Mortality Country Sheet 2006: Great Britain, France, Germany, Poland, Belarus, Russian Federation [Computer file] – 2007. – Mode of access: <http://www.who.com/WHO Global InfoBase Online/International Comparisons>.
2. Коп, W.J. Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease // Psychosom Med. – 1999. – V. 61. – № 4. – P. 476-487.
3. Razzini C, Bianchi F, Leo R, et al. Correlations between personality factors and coronary artery disease: from type A behaviour pattern to type D personality. J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2008; 9(8):761-8.
4. Медведев В.Э. Личность как фактор заболеваемости ишемической болезнью сердца // Болезни сердца и сосудов 2010. – № 2. – С. 53-58.
5. Сумин А.Н. Поведенческий тип личности Д (дистрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях // Кардиология. – 2010. – № 10. – С. 66-73.
6. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. // Psychosom. Med. – 2005. – Vol. 67. – P. 89-97.

7. Проворотов В.М., Будневский А.В., Кравченко А.Я. и др. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией // Кардиология. – 2001. – № 2. – С. 46-49.

8. Иванов С.Ю. Суточное мониторирование артериального давления. – СПб., 2003. – 34 с.

9. Ересько Д.Б., Исурина Г.С., Койдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод. Пособие. – СПб., 1994.

10. Тестовая методика «Тип поведенческой активности» и ее компьютерная версия для диагностики устойчивости к стрессу: Пособ. для врачей / авт.-сост.: Л.И. Вассерман, Н.В. Гуменюк, – 1995.

## **ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*Лукашевич В.А., Манкевич С.М.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования», Минск, РБ*

*Резюме.* Современные представления о локомоторных нарушениях достаточно сложны и находятся на стыке многих научных направлений. При этом понимание патофизиологических основ этих нарушений не только расширяет представления в ряде заболеваний, но и позволяет осуществлять адекватный терапевтический поиск. В настоящем исследовании посредством использования системы видеонализа «V&A» были проанализированы временные параметры шаговой локомоции 50 пациентов (25 пациентов с болезнью Паркинсона и столько же пациентов с мозжечковой атаксией). При этом установлено, что при БП увеличивается время динамических фаз, а при МА – статических, что, соответственно, обуславливается нарушением функции системы эфферентного и афферентного синтеза.

*Ключевые слова:* локомоции, нейрофизиология организации сложной локомоции, моторная программа, болезнь Паркинсона, мозжечковая атаксия, сенсорный синтез, видеонализ движений.

Организация локомоции является достаточно сложным нейрофизиологическим процессом [1, 3, 9], обеспечивающимся, по