

ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И СИТУАТИВНАЯ ТРЕВОГА ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

С. Бабанов, доктор медицинских наук, профессор,
Р. Бараева
Самарский государственный медицинский университет
E-mail: s.a.babanov@mail.ru

Высокий уровень личностной тревожности и ситуативной тревоги у пациентов с вибрационной болезнью характеризуют вибрацию как фактор, приводящий к эмоциональным и нервно-психическим перегрузкам.

Ключевые слова: неврология, производственная вибрация, вибрационная болезнь, личностная тревожность, ситуативная тревога.

Проблема психоэмоциональных перенапряжений в процессе трудовой деятельности — одна из центральных в профессиональной психоневрологии. В сфере производства эмоциональные и нервно-психические перегрузки на фоне возрастающего социально-экономического прессинга способствуют напряжению и перенапряжению физиологических процессов, увеличивая уровень «психофизиологической цены деятельности» [1].

Длительное воздействие неблагоприятных и вредных профессиональных факторов рассматривается как хронический стресс на производстве и не ограничивается только психоэмоциональным напряжением. В сфере трудовой деятельности эмоциональные и нервно-психические перегрузки способствуют трансформации стресс-реакции из адаптационного звена в патогенетический механизм возникновения и развития заболеваний. Эмоциональные реакции, возникающие на различных этапах поведенческого акта, затрагивают деятельность разных функциональных систем поддержания внутреннего гомеостаза и в первую очередь влияют на функции сердечно-сосудистой системы [1–3], что представляет серьезные риски при вибрационной болезни (ВБ), поскольку это заболевание характеризуется ранними осложнениями и коморбидными состояниями.

В ряде исследований установлено, что при воздействии производственной вибрации у больных наблюдались невротоподобные состояния с психоэмоциональными нарушениями тревожного характера [4], психосенсорные нарушения [5]. Наиболее часто встречающимся вариантом расстройств был ипохондрический синдром, реже — депрессивный и истерический синдромы [6]. Доказано, что с увеличением стажа работы в контакте с локальной вибрацией происходят изменения в психоэмоциональном статусе, характеризующиеся нарастанием тревожно-мнительных черт и приводящие к психической дезадаптации личности [7].

Установлено также, что при сочетанном воздействии на организм вибрации и шума у рабочих возникают дезадаптационные психические расстройства, характеризующиеся астено-депрессивной симптоматикой, при этом структура

психической дезадаптации усложняется соматоформными расстройствами [8].

Повышенный уровень личностной тревожности и ситуативной тревоги, нейротизма приводит к дискоординированной деятельности многих сфер психики (аффективно-эмоциональной, коммуникативной, морально-волевой, когнитивно-мнестической), что влечет за собой снижение качества жизни.

Качество жизни – понятие многомерное, включающее различные сферы деятельности индивидуума – физическую, психологическую, социальную [9, 10].

Кроме того, выявлен повышенный уровень общей тревожности у пациентов с разной степенью ВБ, причем показатель ситуативной тревоги оказался значительно выше, чем личностной тревожности. Сделан вывод, что черта ситуативной тревоги как реакция на стресс более характерна для лиц виброопасных профессий на различных стадиях патологического процесса, чем личностная предрасположенность субъекта к тревоге [11].

Тревога является одним из фундаментальных, но наименее специфичных субъективных эмоциональных состояний, постоянно наблюдаемых при различных нозологических и донозологических формах заболеваний. Тревога относится к облигатным проявлениям острого и хронического стресса, выполняет как защитную (мобилизующую) функцию, так и дестабилизирующую, если ее интенсивность и длительность превышают индивидуальные компенсаторные возможности личности в процессе адаптации [12].

Таким образом, вибрация приводит к невротоподобным и психопатоподобным нарушениям психической деятельности, быстрой утомляемости, снижению трудоспособности, возникновению ипохондрии, мыслей о собственном бессилии, а также беспокойству, тревоге, нарушениям сна [13, 14].

Описанные изменения свидетельствуют о целесообразности активного выявления расстройств аффективно-тревожной сферы у пациентов с ВБ, требующих медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Однако существующие в настоящее время данные о состоянии аффективно-тревожной сферы при ВБ малочисленны и противоречивы, что диктует необходимость более углубленного изучения психологического статуса больных.

В исследовании участвовали 84 обследованных с различными формами и степенью тяжести ВБ: 1-ю группу составили 17 человек с I степенью ВБ от воздействия ло-

кальной вибрации; 2-ю – 23 обследованных со II степенью ВБ от воздействия локальной вибрации; 3-ю – 18 человек с I степенью ВБ от воздействия общей вибрации; 4-ю – 26 обследованных со II степенью ВБ от воздействия общей вибрации; в 5-ю группу, контрольную, вошли 30 работников промышленных предприятий и учреждений, не имевших в процессе работы контакта с профессиональными вредностями, без признаков поражения сердечно-сосудистой и нервной системы (признанные по данным комплексного обследования) здоровыми.

Критерии включения – установленный диагноз ВБ от воздействия локальной или общей вибрации; возраст от 35 до 60 лет.

Критерии исключения – возраст старше 60 лет и младше 35 лет, онкологические заболевания, выраженные метаболические нарушения, сахарный диабет, ожирение, сопутствующая бронхолегочная патология, наличие выраженных иммунодефицитных состояний.

Диагноз ВБ (вид вибрации, степень, клинические особенности неврологических и периферических сосудистых расстройств) устанавливали в соответствии с перечнем профессиональных заболеваний, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.04.2012 №417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний», Классификацией ВБ от воздействия локальной вибрации (утверждена Минздравом СССР 09.12.1985 №10-11/143) и Классификацией ВБ от воздействия общей вибрации (утверждена Минздравом СССР 01.09.1982 №10-11/60). Диагноз устанавливали на основании данных профессионального анамнеза, санитарно-гигиенической характеристики условий труда (работа в контакте с локальной или общей вибрацией в уровнях, превышающих предельно допустимые, более 15 лет, полного клинико-функционального обследования больных, включая методы неврологического исследования – определение порогов вибрационной чувствительности, алгезиметрия, термометрия, динамометрия, капилляроскопия, проба белого пятна).

Среди больных ВБ от воздействия локальной вибрации были клепальщики, полировщики, обрубщики, среди больных ВБ от воздействия общей вибрации – водители большегрузной техники и механизаторы сельскохозяйственных предприятий.

Состояние аффективно-тревожной сферы при ВБ оценивали с помощью методики проведения интегративного теста тревожности (Бизюк А.П. и соавт., 1997). Проведение данного теста у пациентов с ВБ позволило выявить структуру общей тревожности, ее личностного и ситуативного компонентов. Тревога (тревожность), в свою очередь, является пусковым механизмом острого и хронического стресса – одного из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Исследование личностной тревожности и ее структуры у пациентов с ВБ позволяет определить индивидуально-типологические свойства личности, а исследование ситуативной тревоги – реакцию на актуальную ситуацию.

При использовании методики интегративного теста тревожности (ИТТ)

Показатель	Группа обследованных				
	контрольная	1-я	2-я	3-я	4-я
ИТТ-СТ-Л	5,30±0,25	6,82±0,31**	5,87±0,32	6,11±0,45	6,50±0,38*
ЭД	5,90±0,21	6,35±0,41	6,57±0,29	6,11±0,41	5,85±0,36
АСТ	5,63±0,30	7,53±0,23***	6,26±0,38	6,67±0,24	7,08±0,35**
ФОБ	4,30±0,42	5,76±0,34	4,22±0,47	5,17±0,50	5,46±0,42
ОП	5,63±0,35	6,59±0,42	5,70±0,40	6,11±0,35	6,38±0,42
СЗ	4,47±0,29	4,94±0,47	4,13±0,44	4,56±0,50	4,50±0,44

Примечание. ИТТ-СТ-Л – личностная тревожность, ФОБ – фобический компонент тревоги, СЗ – социальная реакция защиты; достоверность различий с контролем: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.

у пациентов с ВБ был выявлен повышенный уровень личностной тревожности: при ВБ от воздействия локальной вибрации при I степени заболевания он составил $6,82 \pm 0,31$ станайнов ($p < 0,01$), при ВБ от воздействия общей вибрации при I степени – $6,11 \pm 0,45$ станайнов, при II – $6,50 \pm 0,38$ станайнов, однако достоверно значимое повышение по сравнению с контрольной группой выявлено только у пациентов со II степенью заболевания ($p < 0,05$).

При исследовании структуры личностной тревожности (табл. 1) обнаружено повышение уровня астенического компонента тревожности (АСТ), эмоционального дискомфорта (ЭД) и оценки перспективы (ОП) – $> 6,0$ станайнов. Однако достоверно значимо показатель АСТ был повышен у пациентов с ВБ от воздействия локальной вибрации при I степени заболевания ($7,53 \pm 0,23$ станайнов; $p < 0,001$) и при ВБ от воздействия общей вибрации при II степени заболевания ($7,08 \pm 0,35$ станайнов; $p < 0,01$).

При исследовании ситуативной тревоги (табл. 2) наиболее выраженные изменения выявлены у пациентов с ВБ от воздействия общей вибрации при II степени заболевания: у них был значимо повышен уровень ситуативной тревоги ($6,23 \pm 0,43$ станайнов; $p < 0,001$), АСТ ($7,27 \pm 0,39$ станайнов; $p < 0,001$) и ОП ($6,27 \pm 0,41$ станайнов; $p < 0,05$). АСТ был достоверно повышен и в других группах больных составив в 1-й группе $7,18 \pm 0,27$ станайнов; $p < 0,001$, во 2-й – $6,83 \pm 0,32$ станайнов; $p < 0,001$; в 3-й – $6,83 \pm 0,26$ станайнов; $p < 0,001$.

Таким образом, для всех групп пациентов с ВБ был характерен повышенный уровень личностной тревожности, причем преобладали показатели АСТ, ЭД и ОП, что может указывать на низкую трудоспособность, быструю утомляемость, эмоциональную истощаемость, неуверенность в собственных силах и завтрашнем дне.

Кроме того, для пациентов с ВБ был характерен высокий уровень ситуативной тревоги, причем наиболее значимые изменения в ее структуре выявлены при II степени ВБ от воздействия общей вибрации. Для больных всех групп был характерен высокий уровень АСТ, что может указывать на быструю физическую истощаемость, утомляемость, снижение адаптационных возможностей организма при воздействии повреждающего фактора (локальной или общей вибрации) и формировании клинической картины ВБ.

Следовательно, высокий уровень как личностной тревожности, так и ситуативной тревоги у пациентов виброопасных профессий характеризуют вибрацию как фактор, приводящий к психической дезадаптации личности.

Литература

1. Бабанов С.А., Азовскова Т.А., Вакурова Н.В. и др. Вибрационная болезнь / М.: Вузовский учебник. Инфра-М, 2016; 160 с.

Выраженность ситуативной тревоги; станайн ($M \pm m$)

Таблица 2

Показатели	Группа обследованных				
	контрольная	1-я	2-я	3-я	4-я
ИТТ-СТ-С	$3,00 \pm 0,34$	$5,24 \pm 0,36^{**}$	$4,91 \pm 0,41^{**}$	$4,78 \pm 0,48^{**}$	$6,23 \pm 0,43^{***}$
ЭД	$2,57 \pm 0,31$	$3,41 \pm 0,51$	$3,83 \pm 0,45$	$3,72 \pm 0,49$	$4,92 \pm 0,47^{***}$
АСТ	$4,03 \pm 0,39$	$7,18 \pm 0,27^{***}$	$6,83 \pm 0,32^{***}$	$6,83 \pm 0,26^{***}$	$7,27 \pm 0,39^{***}$
ФОБ	$2,87 \pm 0,41$	$4,53 \pm 0,46$	$3,30 \pm 0,51$	$4,00 \pm 0,57$	$5,04 \pm 0,51^*$
ОП	$4,73 \pm 0,40$	$5,47 \pm 0,45$	$5,48 \pm 0,38$	$4,67 \pm 0,61$	$6,27 \pm 0,41^*$
СЗ	$3,60 \pm 0,38$	$4,06 \pm 0,51$	$3,57 \pm 0,46$	$4,00 \pm 0,62$	$4,62 \pm 0,51$

Примечание. ИТТ-СТ-С – ситуативная тревога. Остальные обозначения те же, что в табл. 1.

2. Мухин Н.А., Косарев В.В., Бабанов С.А. и др. Профессиональные болезни / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 512 с.

3. Мельничук П.В., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: Руководство для врачей в 2 т. 3-е изд. / М., 2003; Т. 1.

4. Барский В.Д. и др. Особенности психологического профиля личности и прогнозирование эффективности лечения больных вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации // Акт. вопр. профилактик. воздействия шума, вибрации, ультразвука в условиях современного производства. – 1988; 2 (3): 20–1.

5. Уманский С.М. Психосенсорные расстройства в клинике выраженных форм вибрационной болезни // Тюменский мед. журн. – 1999; 2: 23–4.

6. Яньшина Е.Н., Любченко П.Н. Психоземotionalные нарушения при вибрационной болезни // Медицина труда и пром. экол. – 2012; 2: 7–11.

7. Панков В.А., Кулешова М.В. Характеристика психологических особенностей работающих в контакте с локальной вибрацией (динамическое наблюдение) // Медицина труда и пром. экол. – 2008; 1: 1–5.

8. Кузнецова С.В. Дозиметрические дезадаптационные психические расстройства у лиц, подвергающихся воздействию шума и вибрации. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1998.

9. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Интегративная оценка депрессии, тревоги и соматоформных расстройств // Журн. неврол. и психиат. – 2007; 107 (4): 24–32.

10. Дмитриева Т.Б., Волошин А.И. Социальный стресс и психическое здоровье / М., 2001.

11. Ганович Е.А., Семенихин В.А., Жестикова М.Г. Корреляция степени тревожности нейротизма с показателями удовлетворенности жизнью при вибрационной болезни // Бюлл. сибирской медицины. – 2011; 6: 9–13.

12. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Метод. рекомендации / СПб, 1997; 22 с.

13. Измеров Н.Ф., Каспаров А.А. Медицина труда. Введение в специальность: пособие для последипломной подготовки врачей / М.: Медицина, 2002; 39 с.

14. Измеров Н.Ф., Суворов Г.А. Физические факторы производственной и природной среды. Гигиеническая оценка и контроль / М.: Медицина, 2003; 560 с.

PERSONAL ANXIETY AND SITUATIONAL ANXIETY IN VIBRATION DISEASE

Professor **S. Babanov**, MD; **R. Baraeva**
Samara State Medical University

A high level of personal anxiety and situational anxiety in patients with vibration disease characterize vibration as a factor leading to emotional and neuropsychic stress.

Key words: neurology, occupational vibration, vibration disease, personal anxiety, situational anxiety.