

© О. Л. ВЛАСОВА, О. А. КОЗЫРЕВ, 2010

УДК 616.12-008.331.1:159.942

Особенности психоэмоционального состояния пациентов с артериальной гипертонией как основным проявлением метаболического синдрома

О. Л. Власова*, О. А. Козырев

Кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов
Смоленской государственной медицинской академии

Проведено динамическое обследование 60 больных с артериальной гипертонией, развившейся в рамках метаболического синдрома, в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $47,8 \pm 1,1$ года), у которых помимо клинического и лабораторно-инструментального обследования проводилось психосоматическое тестирование на фоне приема комбинированной гипотензивной терапии (кандесартан, гидрохлортиазид). Показано, что в результате лечения у пациентов наблюдался стойкий гипотензивный эффект, имелась тенденция к улучшению показателей липидного обмена, повысилась комплаентность к лечению, а также уменьшились показатели реактивной и личностной тревожности, улучшились параметры физического, психического состояния и в целом качества жизни пациентов.

Ключевые слова: артериальная гипертония, метаболический синдром, психосоматическое тестирование, кандесартан, гидрохлортиазид, липидограмма, качество жизни.

A dynamic study of 60 patients having arterial hypertension with metabolic syndrome aged of from 35 till 65 years (average age was $47,8 \pm 1,1$ years) was done. Besides clinical, laboratory-instrumental examination they underwent psychosomatic testing with background intake of combined antihypertensive therapies with candesartan and hydrochlorothiazide. It is shown, that as a result of treatment steady hypotensive effect was observed in the patients. There was a tendency to improvement of lipidogramme parameters, complains to treatment has raised and the main thing, parameters of reactive and personal anxiety have positively decreased, parameters of a physical, mental condition and, as a whole, the general quality of life of patients have improved.

Key words: arterial hypertension, metabolic syndrome, psychosomatic testing, candesartan, hydrochlorothiazide, lipidogramme, quality of life.

Борьба с артериальной гипертонией (АГ) давно переросла узкомецинские рамки и стала общенациональной, государственной задачей. Важным клиническим состоянием, тесно связанным с АГ, является метаболический синдром (МС), который нередко рассматривается как пандемия XXI в., охватившая индустриально развитые страны.

В соответствии с современным определением Международной федерации диабета (2005 г.) [11] в состав МС входят следующие нарушения:

— абдоминальное ожирение (для европеоидов окружность талии > 94 см у мужчин и > 80 см у женщин, для представителей других расовых групп следует

использовать этнически специфичные величины);

— инсулинорезистентность/ компенсаторная гиперинсулинемия;

— гипергликемия (нарушение толерантности к глюкозе и/или высокая гликемия натощак, вплоть до развития сахарного диабета);

— атерогенная дислипидемия (высокая концентрация в крови триглицеридов, мелких и плотных частиц липопротеинов низкой плотности и низкая концентрация холестерина липопротеинов высокой плотности;

— АГ;

— хроническое субклиническое воспаление (увеличение уровня С-реактивного

* E-mail: odinets1974@rambler.ru

белка и других провоспалительных цитокинов);

– нарушение системы гемостаза: гиперкоагуляция за счет увеличения концентрации фибриногена и гипофибринолиз – снижение фибринолитической активности крови.

Наряду с общепризнанными факторами риска в настоящее время все большее значение придается совокупности психологических факторов в формировании, течении и лечении АГ как основного проявления МС [2, 9]. В литературе накоплено значительное количество данных, свидетельствующих о существенном влиянии психологических факторов на формирование и развитие АГ [1, 4]. В настоящее время к таким факторам относят:

1) воздействие психической травмы и неблагоприятных жизненных событий;

2) психологическую типологию людей: характерологические, темпераментальные особенности, эмоциональные состояния и др.;

3) хроническое психоэмоциональное напряжение (психологический стресс и дистресс);

4) защитные механизмы от стресса, тип поведения людей.

Особенно неблагоприятное влияние на течение и прогноз АГ, как и многих соматических заболеваний, оказывают депрессии [5, 7], распространенность которых, по данным общемедицинской сети, составляет от 8 до 44% [3].

Кроме того, по данным многих авторов [4, 5, 8, 10], пусковым фактором возникновения АГ является психосоциальный стресс. При этом патогенность стрессового воздействия оценивается в зависимости от индивидуальной реактивности организма [5]. Именно стрессорный агент разрушает налаженную структуру взаимодействия супер-эго, эго (сознания) и потребностей бессознательного, последнее из которых во многом регулирует физиологические механизмы. Подобный интрапсихический конфликт, с одной стороны,

усиливает фрустрацию и тревогу, а с другой – приводит к блокаде адекватного реагирования на стресс через большое количество психологических защитных механизмов.

Предполагается, что в структуре формирования психосоматического заболевания в целом и АГ в частности внешний раздражитель несет в себе помимо неспецифического стрессового компонента еще и специфический, то есть конкретно агрессивно направленный на определенную систему, орган или ткань [8]. Подъем АД у больных эссенциальной АГ может быть даже более выраженным при еще предполагаемом стрессе, чем при уже наступившем. Это целиком и полностью относится к ситуациям, которые характеризуются предполагаемой неопределенностью и непредсказуемостью. Появляется состояние тревожного ожидания стресса, которое может требовать намного больше когнитивных, эмоциональных и физических усилий, чем сам стресс [10].

Значительное число исследователей констатируют, что клиническая оценка фрустрационных тенденций у больных сопряжена со значительными трудностями, поэтому оптимальный выход из этой проблемы они видят в использовании психологических тестов [6].

Наиболее востребованными в исследованиях тревоги и фрустрации у больного эссенциальной АГ являются: тест ситуационной и личностной тревожности Спилберга–Ханина, шкала тревожности Бэка, тест Леонгарда, шкалы тревожности ММРІ, шкалы Гамильтона и Тейлора, тест фрустрационных реакций Розенцвейга [4, 6].

Цель нашего исследования – оценить динамику психосоматического состояния пациентов с АГ и другими проявлениями МС на фоне проводимой гипотензивной терапии (кандесартан в комбинации с гидрохлортиазидом), а также влияние приема этих препаратов на показатели липидного спектра крови у данной категории больных.

Материал и методы

У 60 пациентов с АГ и другими проявлениями МС в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст $47,8 \pm 8,3$ года) были оценены антропометрические данные, вычислен индекс массы тела, проведено клиничко-ЭКГ-динамическое наблюдение, суточное мониторирование АД (СМАД) с оценкой среднесуточных показателей АД, суточного индекса, нагрузки давлением, вариабельности АД; оценены эхокардиографические параметры: размер левого предсердия, толщина межжелудочковой перегородки, толщина задней стенки левого желудочка, исследована его диастолическая функция; проведены лабораторные исследования, в частности изучены параметры липидограммы, уровня глюкозы натощак, С-пептида в сопоставлении с психосоматическим статусом, оценка которого проводилась с помощью опросника качества жизни пациентов с АГ, шкалы тревоги и депрессии: Бэка, Спилбергера–Ханина, акцентуации личности с помощью опросника Леонгарда. Из гипотензивных препаратов использовался кандесартан (атаканд, «Astra Zeneca») в суточной дозе 16 мг; 12 пациен-

там на второй неделе лечения был добавлен гидрохлортиазид в дозе 6,25 мг. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью пакета программ «Statgraphics Plus Version 2.1» и Excel 97 с использованием непараметрических критериев. Для анализа различий между связанными выборками применялся критерий Вилкоксона. Для сравнения двух независимых выборок использовался критерий Манна–Уитни. В качестве основной выборочной характеристики, приведенной в статье, использовалась медиана (Me). Проверка статистических гипотез осуществлялась на уровне значимости $p = 0,05$.

Результаты

На фоне проводимого лечения достоверно улучшились параметры липидного обмена (табл. 1).

По данным СМАД, на фоне лечения наблюдалось достоверно стойкое снижение показателей среднесуточного, среднедневного, средненочного артериального давления (табл. 2).

С помощью характерологического опросника Леонгарда были выявлены следующие патологические акцентуации

Таблица 1

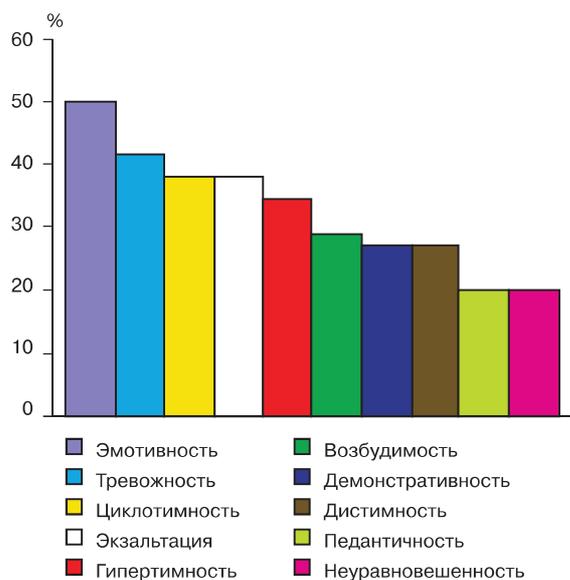
Влияние гипотензивной терапии (кандесартан и гидрохлортиазид) на липидный спектр крови у больных с МС

Параметры липидограммы	До лечения (n = 60)	Через 3 мес лечения (n = 60)	p
Уровень общего холестерина, моль/л	5,5 (5,1–5,9)	4,9 (4,7–5,1)	0,001
Коэффициент атерогенности, %	4,7 (4,3–5,1)	3,7 (3,3–4,1)	0,005

Таблица 2

Влияние гипотензивной терапии (кандесартан и гидрохлортиазид) на показатели артериального давления по данным СМАД у больных с МС

Параметры АД	До лечения (n = 60)	Через 3 мес лечения (n = 60)	p
Среднесуточное САД, мм рт. ст.	152,8 (149,1–156,5)	132,5 (129,4–135,6)	0,004
Среднесуточное ДАД, мм рт. ст.	122,8 (120,1–125,5)	90,5 (88,1–92,9)	0,004
Среднедневное САД, мм рт. ст.	156,7 (153,2–160,2)	135,1 (132–138,2)	0,003
Среднедневное ДАД, мм рт. ст.	105,1 (102,2–108)	89,1 (86,6–91,6)	0,0001
Средненочное САД, мм рт. ст.	144,1 (138,4–149,8)	127,1 (123,6–130,6)	0,004
Средненочное ДАД, мм рт. ст.	90,6 (86,9–94,3)	78,5 (75,8–81,2)	0,003



Распределение акцентуаций личности у больных с МС по данным опросника Леонгарда

(количество баллов более 18): эмотивность 47,2%, тревожность 41,8%, циклотимность и экзальтация соответственно по 38,1% (см. рисунок).

Кроме того, по шкале тревожности Спилбергера–Ханина до лечения выявлялись высокие показатели как реактивной, так и личностной тревожности, которые на фоне лечения имели тенденцию к уменьшению (табл. 3).

С помощью опросника качества жизни, разработанного для пациентов с АГ,

удалось выявить положительную динамику физического, психического и социального состояния больных на фоне лечения, различия оказались статистически достоверными (табл. 4).

Обсуждение

Предоставленные данные свидетельствуют, что адекватно подобранная гипотензивная терапия оказывала благоприятное воздействие на психоэмоциональное состояние пациентов, параметры их физического, психического здоровья и общего качества жизни. Несмотря на достоверное снижение показателей реактивной и личностной тревожности на фоне лечения по-прежнему оставался высоким (что сопоставимо с результатами исследования КОМПАС и КООРДИНАТА) [7].

Важно отметить, что многие пациенты не ассоциируют свои жалобы с психической патологией или не желают обсуждать свое состояние с интернистами из-за страха социальной стигматизации. Поэтому на первом этапе обследования пациентов большое внимание уделялось установлению благоприятных личностных контактов с врачом, чтобы иметь адекватную возможность оценки психоэмоционального состояния данной категории больных.

Таблица 3

Изменение уровня реактивной и личностной тревожности на фоне гипотензивной терапии у больных с МС

Тревожность по Спилбергеру–Ханину	До лечения (n = 60)	Через 3 мес лечения (n = 60)	p
Реактивная	31,0 (28,6–37,2)	27,5 (25,9–29,1)	0,01
Личностная	45,0 (43,2–46,8)	42,5 (40,9–44,1)	0,002

Таблица 4

Влияние гипотензивной терапии (кандесартан и гидрохлортиазид) на качество жизни больных с МС

Показатель качества жизни	До лечения (n = 60)	Через 3 мес лечения (n = 60)	p
Физическое состояние	37,0 (35,2–38,8)	43,0 (41,4–44,6)	0,0001
Психическое состояние	39,5 (37,7–41,3)	43,0 (41,6–44,4)	0,002
Общее качество жизни	118 (113,9–122,1)	132 (128–135,9)	0,00002

Патологические акцентуации личности, выявленные с помощью опросника Леонгарда, такие как эмотивность, тревожность, циклотимность, экзальтация, способствуют постоянной готовности к усугублению тревожных расстройств и формированию пермобитных личностных особенностей больных в виде ригидности аффектов, длительного продумывания неприятных ситуаций, неудовлетворенности существующим положением дел, высокого уровня напряженности из-за нереализованных побуждений, что подразумевает дезадаптивный способ разрешения психогенного конфликта, который усугубляется труднопреодолимыми психотравмирующими ситуациями, выработкой ограниченных стереотипов поведения и в итоге приводит к утяжелению кардиальной патологии.

Выводы

1. С помощью комплексного психосоматического обследования пациентов с АГ и другими проявлениями МС были выявлены патологические акцентуации личности, такие как эмотивность, тревожность, циклотимность и экзальтация.

2. С использованием шкалы тревожности Спилбергера были выявлены умеренно высокий уровень реактивной тревожности и очень высокий уровень личностной тревожности у данной категории больных, на фоне лечения они достоверно снижались, но тем не менее показатели личностной тревожности оставались по-прежнему высокими.

3. В результате проведенной терапии у больных с артериальной гипертонией и другими проявлениями метаболического синдрома выявлено достоверное улучшение психосоматического статуса и эмоционально-личностной сферы.

4. На фоне приема кандесартана у пациентов наблюдался стойкий гипотензивный эффект, имелась тенденция к улучшению показателей липидного обмена, в частности уровня общего холестерина и коэффициента атерогенности.

5. Проведенная сочетанная гипотензивная терапия кандесартаном и гидрохлортиазидом у пациентов с артериальной гипертонией, развившейся в рамках метаболического синдрома, с учетом их клинико-психологических особенностей повысила комплаентность к лечению у данной категории больных.

Таким образом, в ходе проведенной работы впервые показана роль клинико-психологических особенностей, социальных факторов, патологических акцентуаций личности в формировании и развитии МС с различными вариантами его течения, а также выявлена положительная динамика психосоматического состояния пациентов на фоне проводимой гипотензивной терапии: достоверное уменьшение показателей реактивной и личностной тревожности, улучшение параметров физического, психического состояния и общего качества жизни пациентов.

Литература

1. *Баженова, М. И.* Отношение к болезни в структуре интегральной индивидуальности хронических соматических больных / М. И. Баженова // Современные направления теоретических и прикладных исследований — 2007: сб. науч. трудов по материалам междунар. науч.-практ. конф. Т. 8: Педагогика, психология и социология. — Одесса: Черноморье, 2007. — С. 62–64.
2. *Оганов, Р. Г.* Депрессивные расстройства в общеймедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова, А. Д. Девев // Кардиология. — 2005. — №8. — С. 38–44.
3. *Смулевич, А. Б.* Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 256 с.
4. *Смулевич, А. Б.* Органые невроты: клинический подход к анализу проблемы / А. Б. Смулевич, С. И. Рапопорт, А. Л. Сыркин и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 2002. — №1. — С. 15–21.
5. *Сыркин, Ф. Л.* Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса / Ф. Л. Сыркин, Ф. Ю. Копылов, М. Ю. Дробижев и др. // Клинич. мед. — 2008. — № 2. — С. 6–23.
6. ТЕРРА. Энциклопедия психологических тестов-1. — М.: Терра-книжный клуб, 2000. — 259 с.
7. *Чазов, Е. И.* Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологи-

- ческой практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования / Е. И. Чазов, Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова и др. // Кардиология. — 2005. — № 11. — С. 4–11.
8. *Barnes, V. A.* Impact of transcendental meditation on cardiovascular function at rest and during acute stress in adolescents with high normal blood pressure / V. A. Barnes, F. A. Treiber, H. Davis // *J. Psychosom. Res.* — 2001. — Vol. 51. — P. 597–605.
 9. *Bloomgarden, Z. T.* Developments in diabetes and insulin resistance / Z. T. Bloomgarden // *Diabetes Care.* — 2006. — № 29. — P. 161–167.
 10. *Deter, H. C.* Psychophysiological and psychological aspects of mild hypertension / H. C. Deter, B. Blum, U. Schwarz // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* — 2002. — Vol. 52, № 6. — P. 265–274.
 11. International Diabetes Federation: The IDF Consensus worldwide definition of the metabolic syndrome [article online]. A vailable from <http://www.idf.org/> Accessed 2 June 2005.

Поступила 14.09.2009

© Е. М. ЗЕЛТЫНЬ-АБРАМОВ, А. Э. РАДЗЕВИЧ, 2010

УДК 616.12-007.251-07:616.127-005.8:615.38

Прогнозирование наружных разрывов сердца у больных с острым инфарктом миокарда при проведении тромболитической терапии

*Е. М. Зелтынь-Абрамов**, *А. Э. Радзевич*

Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. А. Э. Радзевич) ФПДО Московского государственного медико-стоматологического университета

Внедрение в клиническую практику системной тромболитической терапии привело к существенному снижению летальности пациентов с острым инфарктом миокарда. В то же время выявлен факт статистически значимого увеличения числа наружных разрывов сердца в первые сутки заболевания. Прогнозирование развития данного осложнения с помощью пошагового логит-регрессионного анализа позволяет оптимизировать выбор индивидуальной реперфузионной стратегии и профилактизировать развитие наружного разрыва сердца.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, наружный разрыв сердца, тромболитическая терапия, логит-регрессионный анализ.

Acute myocardial infarction with elevation of ST segment (STEMI) is the major cause of fatal outcomes in coronary heart disease. Introduction of systemic thrombolytic therapy (TLT) to clinical practice has allowed to reduce lethality in STEMI. At the same time the incidence of external heart rupture (EHR) during the acute period of STEMI has increased comparing to the prethrombolytic era. Goal. Prediction of EHR with purpose to optimize reperfusion strategy. Methods. Retrospective study of 448 STEMI cases was performed. All patients received TLT, 97 died from EHR. Multivariable logit-regression model set was created to predict EHR using prereperfusion data as inputs. Conclusions. Optimization of individual reperfusion strategy and decreasing of EHR risk based on accurate prediction of EHR are possible now.

Key words: acute myocardial infarction, external heart rupture, thrombolytic therapy, logit-regression model.

Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента *ST* (ИМПСТ) до сих пор остается одной из основных причин летальных исходов при ишемической болезни сердца. Внедрение в клиническую практику системной тромболитической терапии (ТЛТ) позволило снизить летальность при

ИМПСТ до 5–10%, что превзошло эффект от всех существовавших ранее подходов к лечению этого заболевания. Результаты ряда многоцентровых рандомизированных клинических исследований (МРКИ) свидетельствуют, что на сегодняшний день ТЛТ является «золотым стандартом»

* E-mail: ezeltyn@mail.ru