

Психологические особенности и клиническая характеристика артериальной гипертонии с высоким сердечно-сосудистым риском у лиц мужской популяции, определяющие выбор антигипертензивной терапии на амбулаторном участке

Д.С.Каскаева, М.М.Петрова, В.В.Костина, А.А.Евсюков, Е.А.Теппер

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Резюме. В статье представлены клиническая характеристика и результаты оценки психологического профиля 142 мужчин (средний возраст $46,5 \pm 0,35$ года) с артериальной гипертонией I–III стадии с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, изученного через 6 мес динамического наблюдения на фоне проводимой комбинированной антигипертензивной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и гидрохлоротиазидом.

Ключевые слова: артериальная гипертония, психологический профиль личности, антигипертензивная терапия.

Clinical characteristics and psychological profile of patients with arterial hypertension with high cardiovascular risk against the background of antihypertensive therapy with inhibitors of angiotensin converting enzyme

D.S.Kaskayeva, M.M.Petrova, V.V.Kostina, A.A.Evsyukov, E.A.Tepper

Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

Summary. The article in comparative aspect presents results of rating of psychological profile of 142 patients (all are men, average age $46,5 \pm 0,35$ years) with arterial hypertension of stage I–III with high risk of cardiovascular complications having been studied after 6 months of dynamic observation against the background of conducted antihypertensive therapy with inhibitors of angiotensin converting enzyme.

Key words: arterial hypertension, psychological profile of personality, antihypertensive therapy.

Сведения об авторах

Каскаева Дарья Сергеевна – канд. мед. наук, ассистент каф. поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО. E-mail: dashakas.ru@mail.ru

Петрова Марина Михайловна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, проректор по научной работе. E-mail: stk99@yandex.ru

Костина Виктория Викторовна – канд. мед. наук, ассистент каф. поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО. E-mail: Vecna13@list.ru

Евсюков Александр Александрович – канд. мед. наук, ассистент каф. поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО

Теппер Елена Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО. E-mail: eltepper@mail.ru

Введение

В последние годы сердечно-сосудистые заболевания прочно удерживают первое место среди всех причин смертности в экономически развитых странах. В то же время, если в западных странах наблюдаются тенденции неуклонного снижения смертности, то в России, напротив, отмечается драматический подъем смертности от всех причин, в значительной степени связанный с распространением сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Главная долгосрочная цель лечения больных артериальной гипертензией (АГ) – максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Достижение этой цели возможно путем коррекции модифицируемых факторов риска, лечения ассоциированных клинических состояний и снижения уровня артериального давления (АД) [2].

Проблема высокого сердечно-сосудистого риска с каждым годом представляется все более сложной и многогранной, поскольку с накоплением доказательных данных обнаруживается множество факторов этого риска и взаимосвязи между ними и прогнозом болезни. Однако, с другой стороны, углубленное изучение факторов риска, их роли в определении прогноза для пациента увеличивает продолжительность и качество жизни кардиологических больных [3].

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) могут назначаться всем больным АГ независимо от состояния инотропной функции миокарда, особенно больным, перенесшим инфаркт миокарда (ИМ) [4]. При лечении ИАПФ снижение активности ангиотензина II в крови не исключает отсутствия выраженных изменений его содержания в тканях. Именно активность тканевого ангиотензина II определяет степень его повреждающего действия на органы-мишени [5].

Цель – оценить клиническую характеристику и психологические особенности больных АГ с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели в исследование были включены 142 больных АГ I–III стадии с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), находившихся на диспансерном наблюдении в условиях поликлиники, из них с АГ I стадии 52 пациента, II – 71, III – 19. Выборку составили мужчины в возрасте от 32 до 61 года (средний возраст $46,5 \pm 0,35$ года), давшие свое информированное согласие на проведение исследования. Диагноз эссенциальной АГ верифицировался в соответствии с классификацией АГ и критериями стратификации риска ССО (Рекомендации ВНОК, 2008). Методом открытого рандомизированного исследования больные были разделены на 3 клинические группы в зависимости от назначенной медика-

ментозной терапии, включающей основной класс антигипертензивных препаратов – ИАПФ, выпускаемые разными фармацевтическими компаниями.

Первая группа составила 45 пациентов, которые в течение 6 мес принимали ИАПФ рамиприл (хартил) в дозе 5–10 мг/сут. Вторая группа, представленная 44 пациентами, получала ИАПФ моноприл (фозикард), 10 мг/сут. Третья группа, состоящая из 53 больных, принимала ИАПФ рамиприл (тритаце), 5–10 мг/сут.

В качестве комбинированной терапии использовались диуретики в небольших дозах: гидрохлоротиазид (ГХТ) – 12,5 мг/сут. Все три группы наблюдения больных были сопоставимы по возрасту, уровню АД, длительности АГ, индексу массы тела.

Выбор назначения ИАПФ, в частности рамиприла, обосновывается его способностью снижать вероятность развития ССО при высоком риске (ВНОК, 2008).

Психологический статус больных обследовался с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) во время первичного осмотра и через 6 мес динамического наблюдения на фоне проводимой антигипертензивной терапии (АГТ). СМОЛ отвечает основным требованиям, предъявляемым к психологическому тесту, является объективным методом, обладает валидностью, имеет собственный адекватный стандарт. Опросник состоит из 71 вопроса, время тестирования составляет 5–10 мин. СМОЛ включает в себя 3 оценочные шкалы (L, F, K) и клинические шкалы.

Оценочные шкалы позволяют минимизировать установочный эффект тестируемого и определить достоверность полученных результатов. L – шкала лжи, F – шкала достоверности, K – шкала коррекции. Шкала L позволяет выявить тенденцию участника исследования представить себя в возможно более выгодном свете; шкала F дает возможность оценить желание исследуемого привлечь внимание окружающих к имеющимся затруднениям и конфликтам; шкала K корректирует стремление к чрезмерной замкнутости или открытости. Выраженность клинических шкал, изученная с помощью СМОЛ, позволяет выявить соответствующие тенденции в актуальном психологическом состоянии личностей пациентов с АГ. Личностные особенности могут иметь патологическую организацию или соответствовать нормативному уровню.

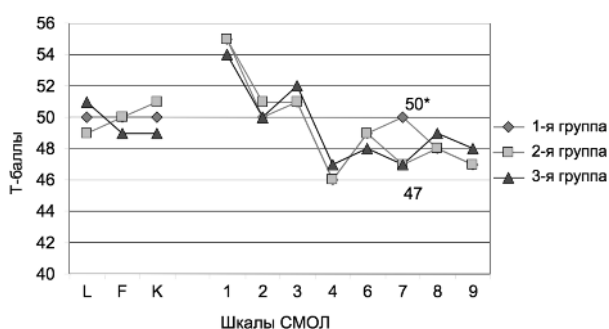
Клинические шкалы СМОЛ: 1-я (Hs) – ипохондричности; 2-я (D) – депрессии, гипотимии, пессимистичности; 3-я (Hy) – эмоциональной лабильности, истерии; 4-я (Pd) – психопатии; 6-я (Pa) – ригидности; 7-я (Pt) – тревоги; 8-я (Sc) – аутизма; 9-я (Ma) – оптимизма/гипомании. Полученные результаты оцениваются в Т-баллах: нормативный разброс профиля соответствует 40–60 Т-баллам. Пики, достигающие уровня 70 Т-баллов, выявляют напряженность соответствующей тенденции. Превышение уровня

Таблица 1. Сравнительная характеристика исследуемых больных АГ

Характеристика больных	Группы больных АГ с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском			Уровень значимости, <i>p</i>
	1-я группа (n=45)	2-я группа (n=44)	3-я группа (n=53)	
Средний возраст, лет	49,0±1,06	49,0±1,18	49,0±1,32	>0,05
Длительность АГ, годы	5,13±0,37	5,04±0,39	6,02±0,43	>0,05
Наличие избыточной массы тела и ожирения (ИК>25), n (%)	19 (42,2)	19 (43,18)	23 (43,39)	>0,05
Наличие СД типа 2, n (%)	7 (15,5)	3 (6,81)	4 (7,54)	<0,05
Наличие ИБС, n (%)	5 (11,11)	3 (6,81)	7 (13,2)	>0,05
Перенесенный ИМ, n (%)	3 (6,67)	0	1 (5,33)	>0,05
Перенесенное ОНМК, n (%)	2 (4,44)	3 (6,81)	2 (3,77)	>0,05

Примечание. Для сравнения групповых средних количественных признаков использовали дисперсионный анализ ($M \pm m$). Для качественных характеристик использовали анализ таблиц сопряженности; *n* – объем выборки; СД – сахарный диабет, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ИК – индекс Кетле.

Усредненный профиль СМОЛ у больных АГ с высоким риском ССО.

*Достоверность различий между группами: $p < 0,05$.

70 Т-баллов может свидетельствовать о патологичности психического состояния больных. Графическое выражение совокупности этих оценок составляет профиль личности. Результаты работы представлены в виде значений $M \pm m$ (M – среднее арифметическое, m – ошибка средней). За статистически значимые принимались различия при величине достигнутого уровня $p < 0,05$.

Клиническая характеристика наблюдаемых групп больных представлена в табл. 1.

Результаты исследования

Усредненный профиль личности пациентов (исходный уровень) всех трех групп сравнения, представленный в Т-баллах на рисунке, характеризуется повышением показателей по шкалам невротической триады (1, 2, 3), так называемой конверсионной пенте, что означает склонность к психосоматическим реакциям, выражению тревоги на соматическом уровне. Значимых различий в показателях шкал 1, 2, 3 сравниваемых групп не выявлено. Следует отметить, что профиль пациентов 1-й группы отличается от 2 и 3-й групп только значимым повышением по шкале 7 (тревоги). Полученные результаты в Т-баллах (соответственно $49,53 \pm 0,23$; $47,65 \pm 0,20$; $47,23 \pm 0,18$ при уровне $p < 0,05$) характеризуют больных 1-й группы как более склонных к тревожным реакциям, сомнениям в сравнении с пациентами 2 и 3-й групп. Повышение по шкале 7 и тенденция к снижению по шкале 9 в совокупности означают наличие депрессивных переживаний. Для больных 1-й группы более свойственны сниженный фон настроения, подавленность, пессимистичность, явления ангедонии, а также склонность к психосоматическим реак-

циям. У двух других групп, по-видимому, степень вытеснения тревоги на соматический уровень сильнее, в связи с чем симптомы депрессии маскируются разнообразными соматическими проявлениями.

Отмеченное повышение по шкале 6 (ригидности) выявляет тенденцию к застреванию на аффективно заряженных переживаниях, отсутствие гибкости, упорство характера, что отражается и в устойчивости симптомов. Также выявляется тенденция к дистанцированию от окружающих.

Психологические особенности больных были связаны со склонностью к уходу в болезнь, неуверенностью в своих силах, повышенной эмоциональностью и впечатлительностью, ригидностью. Пациенты с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском характеризовались стремлением к повышенному вниманию со стороны окружающих и к своим ощущениям, неуверенностью в собственных силах, озабоченностью состоянием своего здоровья, нарушением социальной адаптированности (см. рисунок).

Через 6 мес АГТ ИАПФ и ГХТ уровень АД имел следующие значения. В группах сравнения было выявлено достоверное снижение уровня как систолического (САД), так и диастолического АД (ДАД) по сравнению с исходным. У больных 1-й группы, принимающих хартил + ГХТ, наблюдалось снижение САД со $162,77 \pm 1,84$ до $136 \pm 1,18$ мм рт. ст., ДАД – с $95,62 \pm 0,59$ до $84,23 \pm 1,12$ мм рт. ст. У пациентов 2-й группы, получающих фозиноприл + ГХТ, отмечалось снижение САД со $166,38 \pm 2,39$ до $140 \pm 1,67$ мм рт. ст., ДАД – с $95,72 \pm 1,19$ до $87 \pm 1,02$ мм рт. ст. У пациентов 3-й группы, принимающих тритаце + ГХТ, наблюдалось снижение САД со $165,18 \pm 1,82$ до $138,85 \pm 1,76$ мм рт. ст., ДАД – с $95,76 \pm 0,75$ до $85,06 \pm 0,45$ мм рт. ст. Во всех трех группах получены статистически значимые различия показателей уровня САД и ДАД в сравнении с исходными значениями ($p < 0,05$). Отмечена клиническая эффективность используемых ИАПФ в комбинации с ГХТ.

Оценка психологического статуса, проведенная в динамике через 6 мес наблюдения и лечения антигипертензивными препаратами в группах сравнения (табл. 2), выявила достоверное снижение уровня по шкале 1 во всех группах, по шкале 2 – в 1 и 2-й группах, по шкале 3 – в 3-й группе, а также значимое снижение по шкале 8 во всех группах. В актуальном психологическом состоянии это проявлялось в уменьшении депрессии и ипохондрической тревоги, улучшении социальной адаптации – контактов с окружающими на фоне нормализации и стабилизации уровня АД. Кроме того, наблюдалось снижение уровня ригидности по шкале 6, и имела тенденция к по-

Таблица 2. Сравнительная оценка усредненных показателей теста СМОЛ у больных АГ с высоким риском ССО до и после лечения

Шкалы	Группы сравнения, Т-баллы					
	1-я		2-я		3-я	
	Исходный уровень	Через 6 мес АГТ	Исходный уровень	Через 6 мес АГТ	Исходный уровень	Через 6 мес АГТ
L	49,40±0,31	48,38±0,43	49,48±0,36	48,55±0,38	50,65±0,41	47,14±0,37*
F	50,06±0,86	48,92±0,49*	49,55±0,46	48,93±0,49	49,03±0,55	45,16±0,22*
K	50,21±0,48	49,76±0,66	50,32±0,52	50,86±0,70	49,16±0,54	48,19±0,52
1 (Hs)	55,88±0,43	49,77±0,66*	54,91±0,43	50,86±0,70*	54,15±0,41	52,06±0,44*
2 (D)	50,46±0,42	46,84±0,61*	51,72±0,43	48,32±0,72*	50,72±0,59	47,11±0,52*
3 (Hy)	51,00±0,69	49,65±0,61	51,29±0,71	49,52±0,47	52,02±0,82	48,34±0,73*
4 (Pd)	46,06±0,38	50,42±0,56*	46,29±0,39	50,69±0,56*	47,04±0,41	48,23±0,45
6 (Pa)	48,63±0,63	44,77±0,38*	48,76±0,70	45,10±0,36*	48,01±0,55	46,15±0,45*
7 (Pt)	49,53±0,23	49,00±0,47	47,65±0,20	48,79±0,48	47,23±0,18	46,34±0,46
8 (Sc)	48,19±0,31	46,46±0,30*	48,15±0,31	46,41±0,29*	49,11±0,36	45,14±0,32*
9 (Ma)	47,25±0,33	48,15±0,35	47,47±0,46	47,97±0,30	47,09±0,27	48,15±0,32

*Значимые различия сравниваемых признаков внутри каждой группы: $p < 0,05$.

вышению шкалы 9. Несмотря на достигнутый целевой уровень и нормализацию АД, не отмечено существенной динамики показателей по шкале 7, что может свидетельствовать о повышенной тревожности как особенности личности больного.

Усредненный профиль личности больных АГ с высоким и очень высоким риском ССО выявил некоторые психологические особенности в группах сравнения, что необходимо учитывать при подборе АГТ, а также проведении дополнительной психотропной терапии и психотерапии.

Выводы

Адекватная комбинированная АГТ ИАПФ и тиазидными диуретиками приводит не только к снижению риска ССО, но и к повышению социально-психологической адаптации больных АГ. Полученные результаты следует учитывать при разработке мер комплексной медикаментозной профилактики и психо-

логической реабилитации больных АГ с высоким кардиоваскулярным риском.

Литература

1. Милле Ф, Школьников ВМ, Эртриш В, Валлен Ж. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России, 1965–1994. *Вестн. медицины*. 1996; 2: 4–6.
2. Ольбинская ЛИ, Морозова ТЕ. Артериальная гипертензия у больных с высоким сердечно-сосудистым риском. *Лечащий врач*. 2007; 3: 12–8.
3. Коваленко ВН. Пациент высокого кардиоваскулярного риска: можно ли увеличить продолжительность жизни. *Здоровье Украины*. 2007; 21 (1): 10–1.
4. Gomma AH, Fox K. On behalf of the EUROPA Investigators. The EUROPA trial: design, baseline demography and status of the substudy. *Cardiovasc Drug Ther* 2001; 15: 169–79.
5. Лопатин ЮМ, Арутюнов ГП. Новая стратегия лечения пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. *Здоровье Украины*. 2008; 11–1 (7): 14–6.