

На правах рукописи

ГАЛЕЕВА

Ксения Владимировна

**ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ**

Специальность: 14.01.06—«Психиатрия»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации

на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Томск 2013

Работа выполнена в Федеральном бюджетном государственном учреждении
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения
Российской академии медицинских наук

Научный руководитель:

д-р мед. наук, профессор

Куприянова Ирина Евгеньевна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,

Сумароков Андрей Алексеевич,

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-
Ясенецкого Росздрава»,

Доктор медицинских наук, профессор

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна

ГОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей
Росздрава (Новокузнецк)

Ведущее учреждение: ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская
академия.

Защита состоится 13 июня 2013г. В 10 часов на заседании совета по защите
докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном бюджетном
государственном учреждении «Научно-исследовательский институт психического
здоровья Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИПЗ СО РАМН.

Автореферат разослан ____ мая 2013г.

Ученый секретарь совета по защите

докторских и кандидатских

диссертаций Д 001.030.01

кандидат медицинских наук

О.Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Актуальность исследования клиники психических расстройств при артериальной гипертензии обусловлена их высокой распространенностью: пограничные психические расстройства обнаруживаются в 60 – 80% случаев (Лебедева В.Ф.; Семке В.Я., Якутенок Л.П. 2009), аффективные расстройства в 12-25% (Смулевич А.Б., 2005). Психоэмоциональные влияния (психологические конфликты, стрессовые ситуации) являются важными компонентами патогенетических механизмов, приводящих к развитию артериальной гипертензии (Dunbar F., 1955; Tetsuya O., et al., 2001; Волков В.С. и соавт., 1997; Маколкин В.И. и соавт., 1995). Среди основных факторов риска развития гипертонической болезни выделяют длительную психическую травматизацию или психическое напряжение, вызванное продолжительными отрицательными эмоциями (Ланг Г.Ф., 1950; Мясников А.М., 1965; Meyer C., et al., 2006; Дейнека О.С., Исаева Е.Р. 2009). Наличие пограничных психических расстройств отрицательно сказывалось на течении заболевания, являясь одной из причин снижения работоспособности, и требовало особого подхода к лечению и реабилитации больных (Дробижев М.Ю., Печерская М.Б 1994; Коцюбинский А.П. 2006; Garganeeva N. et al., 2013). Одним из самых значимых в развитии гипертонической болезни выступает постоянное психоэмоциональное напряжение (полное отсутствие эмоциональной или физической разрядки, перенапряжение аффективной сферы в результате отрицательных эмоций), которое Smith J., van den Berg C. (2006), Pedersen S.S., Denollet J. (2008) считают ведущим фактором риска. Тревножно-депрессивные расстройства у кардиологических больных оказывают существенное влияние на патогенетические механизмы прогрессирования кардиальной патологии и еще одним фактором риска неблагоприятного исхода. Совершенствование системы оказания диагностической, лечебной и реабилитационной помощи в отношении тревожно-депрессивных расстройств пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволит

обеспечить оптимальный уровень профилактики мультифакториальных неинфекционных заболеваний (Карпов Р.С., Семке В.Я. 2010). В соматическом стационаре аффективные и невротические расстройства в их классическом понимании с характерным набором признаков – редкое явление, чаще это стертые, атипичные, феноменологически сложные состояния (Набиуллина Р.Р. 2006). Клинические проявления могут развиваться в континууме «здоровье-болезнь» через систему донозологических состояний, включающих психоадаптационный и психодезадаптационный синдромы (В.Я.Семке, М.М. Аксенов 1995).

Хронические психосоматические заболевания, являясь для него кризисной ситуацией, приводят к изменению всей мотивационной сферы больного человека, определяя возможность или невозможность реализации определенных потребностей или мотивов. Это в свою очередь оказывает влияние на качество жизни больного человека, на субъективную оценку человеком уровня благополучия и удовлетворенности различными аспектами жизни (Садальская Е.В., Ениколопов С.Н. 2007; Куприянова И.Е. с соавт. 2012)

Несмотря на достижения в области психофармакотерапии, в настоящее время нет единых стандартов терапии психических нарушений при артериальной гипертензии. Недостаточное внимание уделяется программам психотерапии и превенции психических нарушений у таких пациентов.

В связи с этим, актуальным является более детальное изучение пограничных психических расстройств при артериальной гипертензии (включая донозологические состояния), исследование психопатологических проявлений на разных стадиях развития болезни, выяснения вклада личностных характеристик пациентов, факторов риска и формирования научно-обоснованной реабилитации с использованием образовательных, фармакологических, психотерапевтических и превентивных стратегий.

Цель исследования: определить спектр пограничных психических нарушений, их клинико-динамические особенности и качество жизни у пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии с разработкой комплексных лечебно-реабилитационных программ.

В соответствии с целью были определены основные задачи исследования.

Задачи исследования:

1. Описать спектр психических нарушений, характерных для пациентов с артериальной гипертензией.
2. Выделить клинико-динамические особенности психических расстройств, на каждой стадии артериальной гипертензии.
3. Изучить психологический профиль и качество жизни пациентов
4. Выделить основные факторы, определяющие риск формирования пограничных психических расстройств у больных на разных стадиях артериальной гипертензии
5. Разработать комплексные лечебно-реабилитационные программы в зависимости от стадии гипертонической болезни.

Положения, выносимые на защиту:

1. Психодезадаптивные состояния достоверно чаще отмечаются у пациентов с гипертонической болезнью первой стадии и клинически представлены психовегетативным синдромом. При III стадии артериальной гипертензии психодезадаптивные состояния представлены, в основном, дистимическими проявлениями.
2. Наиболее высокий уровень тревоги выявлен у пациентов со II стадией заболевания. У пациентов с I стадией заболевания преобладают симптомы

психической тревоги, при III стадии нарастают симптомы соматической тревоги.

3. Физическая работоспособность и эмоциональное состояние являются наиболее лабильными характеристиками качества жизни у больных с артериальной гипертензией. При анализе механизмов совладания со стрессом у пациентов с артериальной гипертензией выявлен высокий уровень неадаптивных когнитивных стратегий при II стадии заболевания и неадаптивных эмоциональных стратегий у пациентов с III стадией артериальной гипертензии.

4. Разработанные дифференцированные реабилитационные программы, включающие образовательные, психотерапевтические, психофармакологические и психопрофилактические составляющие, являются эффективными, что проявляется в исчезновении или уменьшении психопатологических проявлений, снижении показателей тревоги и депрессии, повышении качества жизни.

Научная новизна. На основе клинико-психопатологического изучения пациентов, страдающих артериальной гипертензией, получены данные о структуре, особенностях и факторах, влияющих на возникновение и течение психических расстройств на различных стадиях гипертонической болезни. Произведена оценка взаимосвязи стадий гипертонической болезни с уровнем тревоги, показателями качества жизни, психологическими защитами и используемыми копинг-стратегиями. Установлены и систематизированы неблагоприятные факторы, влияющие на психическое здоровье больных и способствующие утяжелению клинических проявлений артериальной гипертензии. Разработаны программы профилактики и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующими психическими расстройствами.

Практическая значимость результатов исследования. Предложен комплекс мероприятий, направленный на раннюю диагностику, терапию и профилактику психических расстройств у пациентов, страдающих артериальной гипертензией и учитывающие особенности каждой стадии заболевания. Комплекс включает психообразовательные, психотерапевтические и психофармакологические программы. При донологических расстройствах реабилитационные программы включают образовательные и диагностические мероприятия, направленные на выявление факторов риска возникновения психических расстройств и коррекцию психопатологических нарушений. При невротических, аффективных и органических расстройствах терапевтический комплекс дополняется психотерапевтическими и психофармакологическими курсами. Предложенный комплекс мероприятий позволит оптимизировать раннее выявление, коррекцию и профилактику психических расстройств у пациентов с артериальной гипертензией.

Внедрение в практику. Результаты проведенного исследования были внедрены в лечебный процесс Межведомственного научно-практического центра психического здоровья ФБГУ «НИИПЗ» СО РАМН, клиник ФБГУ «НИИ кардиологии» СО РАМН.

Апробация работы. По материалам диссертационного исследования опубликовано 9 статей, в том числе 5 из них в рецензируемых ВАК журналах. Результаты исследования были представлены на региональной междисциплинарной научно-практической конференции «Сердечно-сосудистые заболевания и тревожно-депрессивные расстройства: вопросы диагностики, реабилитации, организации лечения» (Томск, 22-23 октября 2009); VI Байкальской межрегиональной конференции «Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике» (Иркутск, 23-24 сентября 2010); региональной междисциплинарной научно-практической конференции: «Тревожно-депрессивные расстройства у больных сердечно-

сосудистыми заболеваниями в онтогенетическом аспекте» (Томск, 6 апреля 2010); XVI Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 12-16 апреля 2010); региональном конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации «Традиции и инновации в психиатрии» (Санкт-Петербург, 10-12 июня 2010); межрегиональной научно-практической конференции «Пограничные нервно-психические расстройства в сибирском регионе (онтогенетические аспекты)» (Новокузнецк, 2-3 апреля 2013).

Объем и структура диссертации: Диссертационное исследование изложено на ____ страницах машинописного текста и содержит введение, 5 глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список цитируемой литературы, приложение. В библиографии содержится ____ источника, из них ____ отечественных и ____ иностранных авторов. Работа иллюстрирована ____ таблицами и ____ рисунками.

Личный вклад автора: Весь материал, представленный в работе, получен, обработан и проанализирован лично автором, cura curans больных в динамике, а также статистическая обработка результатов и написание текста диссертации проведены автором.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В программу исследования были включены 112 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ФБГУ «НИИ кардиологии» СО РАМН.

Критерии включения в группу: 1) наличие установленного диагноза: гипертоническая болезнь I-III стадии, согласно критериям ВОЗ и отечественных глоссариев; 2) наличие клинической симптоматики психических расстройств непсихотического уровня; 3) информированное согласие больного на участие в исследовании; 4) возраст от 20 до 65 лет.

Критериями исключения являлись: 1) больные имеющие

сопутствующие заболевания с выраженной сердечной недостаточностью (III – IV ФК по NYHA); 2) расстройства психотического уровня.

Диагноз артериальной гипертензии основывался на данных анамнеза, клинической картины заболевания (периодическое повышение АД, головная боль, тахикардия, потемнение в глазах, тошнота, носовые кровотечения, слабость), данных измерений АД и суточного мониторинга АД, ЭКГ, измерений липидного спектра, осмотра глазного дна и т.д.

Стадии артериальной гипертензии определялись согласно Рекомендациям ВНОК (2004). Артериальная гипертензия I стадии устанавливалась у пациентов с систолическим артериальным давлением 140-159 мм рт.ст., диастолическим артериальным давлением 90-99 мм рт.ст. и отсутствие изменений в "органах-мишенях". Артериальная гипертензия II стадии диагностировалась у пациентов с систолическим артериальным давлением 160-179 мм рт.ст., диастолическим артериальным давлением 100-109 мм рт.ст. и при наличии изменений со стороны одного или нескольких "органов-мишеней". Артериальная гипертензия III стадии устанавливалась у пациентов с систолическим артериальным давлением ≥ 180 мм рт.ст., диастолическим артериальным давлением ≥ 110 мм рт.ст. и при наличии ассоциированных клинических состояний.

Основная группа состояла из 57 женщин и 44 мужчины, в возрасте от 21 до 65 лет, средний возраст которых составил $(53,8 \pm 3,5)$ лет) с верифицированным диагнозом артериальная гипертензия. Эта выборка была разделена на три группы согласно стадиям артериальной гипертензии. Группа с первой стадией артериальной гипертензии состояла из 17 человек, средний возраст пациентов составил $37 \pm 11,2$ года для мужчин и $44,7 \pm 16$ для женщин. Группа со второй стадией заболевания состояла из 50 человек: из них 31 (62%) женщина и 19 (38%) мужчин, средний возраст этих пациентов составил: $55 \pm 10,2$ года для мужчин и $67,7 \pm 9,7$ для женщин. Группа с третьей стадией заболевания состояла из 34 пациентов, имела средний возраст

58,5±10,2 года для мужчин и 62,3±7,8 года для женщин. Группа сравнения состояла из 11 пациентов с гиперлипидемией без признаков артериальной гипертензии, сопоставимых по половому-возрастным показателям: средний возраст 55,2±9,3 года у мужчин (n=5) и 48,3±14,9 года у женщин (n=6).

В исследуемой группе преобладали мужчины в возрасте 41-50 лет (11%) и женщины в возрасте 51-60 лет (23.6%). Анализ семейного положения показал, что 76,4% больных находились в браке, в разводе и вдовствующие составили 15.4%, не состоящие в браке - 6,4%. В исследуемой группе преобладали лица, занимающиеся физическим трудом 25,2% и пенсионеры 44,5%. Большую часть пациентов составили пациенты со средним специальным образованием -50,9%.

Клинико-психопатологическое исследование дополнялось использованием клинических шкал (тревоги и депрессии Гамильтона, Опросник самооценки депрессии Бека, Оценочная клиническая шкала тревоги Шихана), психологическими шкалами (методика совладания со стрессом Е. Heim и индексом жизненного стиля R. Plutchik в адаптации Е.Б. Клубовой), оценки уровня качества жизни с помощью опросника Гундарова И.А.(1995) и SF-36. Все методики были использованы во всех группах до начала терапии и в динамике (через 21 день после лечения).

В статистической обработке данных производились расчеты средней арифметической, стандартного отклонения (сигмы), использовался метод стандартизации. При проверке нулевой гипотезы (различия между группами отсутствуют) критический уровень значимости был принят равным 0,05. Статистическая обработка материала выполнена с использованием программы Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовательской выборке из 112 пациентов разделенных на группы была определена структура психопатологических расстройств.

У пациентов с I стадией АГ чаще встречались психовегетативные психодезадаптационные состояния 52,9% (9 пациентов). Вегетативные проявления выражались, прежде всего, неприятными ощущениями в области сердца, ознобом, дрожью, чувством нехватки воздуха, внезапными сердцебиениями на фоне общей астении и нарушениями сна. Невротические расстройства были представлены рубриками: F 41 тревожные расстройства – 35,3% (5 пациентов) и F 43 расстройства адаптации – 5,8% (1 пациент). Пациенты жаловались на внутреннее беспокойство, напряжение, настороженность, ощущение «сдавления сердца», транзиторные боли в сердце, мышечную скованность, невозможность расслабиться, нетерпимость к окружающим, ожидание неприятных событий. Нарушения адаптации выражались в кратковременных депрессивных реакциях, длившихся в течение 1,5-2-х недель, пациенты «переосмысливали» жизненную программу, снижалось настроение, наблюдалась заторможенность, сужались коммуникативные потребности. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте выявлены в 11,7% случаев (2 пациента).

У пациентов с ГБ II стадии среди психопатологических расстройств чаще всего выявлялись невротические расстройства тревожного спектра F 41 – 34% (17 пациентов), расстройства адаптации F 43 – 24% (12 пациентов), неврастения (F 48.0) – 6% (3 пациента). Тревога проявлялась не только психическими проявлениями, но и имела выраженный соматический компонент. Раздражительность, аффективные реакции сочетались с утомляемостью, сосудистыми реакциями, головокружением, чувством жжения в различных органах, болями в сердце, возникали страхи за общее состояние здоровья, больные искали информацию о заболевании, читали

литературу, постоянно измеряли давление и пульс, старались обсудить проблемы здоровья с медицинским персоналом, были сосредоточены на своем заболевании, избегали эмоциональных и физических перегрузок. Психогенным фактором выступали колебания давления. Состояние ухудшалось после гипертонических кризов, которые вызывали еще большее напряжение в психической сфере, в ряде случаев наблюдались панические атаки. Расстройства адаптации выражались астеническими проявлениями с выраженным депрессивным компонентом: наблюдалась подавленность, безрадостность, затруднения в прогнозировании событий жизни, пациенты констатировали утрату интересов к работе, карьере, личной жизни. Неврастения проявлялась астенизацией, раздражительностью, снижением работоспособности, когнитивными затруднениями и вегето-соматическими симптомами (кожный зуд, похолодание конечностей, разбитость, слабость) и поведенческими проявлениями (суетливость, дезинтегрированность, ослабление внимания). Органическая патология (F 06) была диагностирована в 10% (5 пациентов), у пациентов выявлялись легкие когнитивные нарушения в сочетании с раздражительностью, недержанием аффекта и метеотропной зависимостью. Аффективные расстройства определялись в 6% (3 пациента) с отчетливыми снижениями настроения или со стертой симптоматикой, когда на первый план выступала подавленность, вялость, стремление к уединению, снижение самооценки, бесперспективности на работе, социальной жизни и квалифицировались как легкий депрессивный эпизод (F 32) – 4% (2 пациента) и дистимия (F 34.1) – 2% (1 пациент). У пациентов со II стадией артериальной гипертензии симптоматика ПДАС встречалась реже – в 20% (10 пациентов) по сравнению с пациентами, имеющими I стадию.

У пациентов с III стадией невротические расстройства определялись в 52,9%: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) – 35,3% (12 пациентов), тревожные расстройства (F41) – 17,6% (6 пациентов). Число пациентов с психическими расстройствами, обусловленными повреждением

и дисфункцией головного мозга составило 20,6% случаев (7 пациентов): тревожно органические проявления (F06.4), органическое астеническое расстройство (F06.6). Аффективные расстройства наблюдались в 14,7% случаев: депрессивный эпизод (F32) – 8,8% (3 пациента) и дистимия (F 34) – 5,9% (2 пациента). Психозадаптационные состояния диагностированы в 11,8%, чаще отмечался дистимический вариант.

У пациентов с гиперлипидемией с одинаковой частотой встречались невротические (36,4%) и органические расстройства (36,4%). Психозадаптационный синдром выявлен в 27,3%, из них с дистимическими (18,2%) и психовегетативными (9,1%) проявлениями.

Исследование уровня тревоги по шкале Гамильтона показало, что, уровень тревоги был наиболее выражен у пациентов со II стадией заболевания (I стадия – $10,5 \pm 0,5$ баллов, II стадия – $13,4 \pm 0,4$ балла, III стадия – $12,8 \pm 0,4$ балла). Статистически достоверно отличались показатели I стадии артериальной гипертензии от II стадии ($p \leq 0,001$) и от III стадии ($p \leq 0,05$). Показатели тревоги у больных с гиперлипидемией составили $8,0 \pm 0,5$ баллов и не имели достоверных отличий со сравниваемыми группами. Анализ симптомов тревоги при артериальной гипертензии выявил преобладание симптомов психической тревоги у пациентов с I стадией заболевания ($5,2 \pm 0,71$ балла) и увеличение числа симптомов соматической тревоги при III стадии ($6,0 \pm 0,56$ балла).

Уровень депрессии по шкале Гамильтона показал нарастание психопатологических симптомов в соответствии со стадиями основного заболевания: I стадия - $4,3 \pm 0,6$ балла, II стадия - $7,3 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,01$), III стадия – $9,2 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,001$ и $p \leq 0,001$ соответственно). Показатели у больных с гиперлипидемией были близки к данным пациентов с I стадией артериальной гипертонии ($5,3 \pm 0,6$ балла). Наиболее высокие показатели тревоги и депрессии были выявлены у пациентов с депрессивными эпизодами ($19,9 \pm 0,9$ баллов) и дистимией ($17,5 \pm 0,8$ баллов).

По шкале SF-36 у пациентов с артериальной гипертензией I стадии определялись высокие показатели качества жизни (общее состояние здоровья $52,1 \pm 1,82$ баллов; физическая работоспособность $69 \pm 3,05$ баллов; эмоциональное состояние $75,3 \pm 2,29$ баллов; социальная роль $48,6 \pm 2,37$ баллов; энергичность $60,3 \pm 2,89$ баллов). При II стадии артериальной гипертензии были выявлены более низкие характеристики общего состояния здоровья до $47,6 \pm 2,25$ баллов, физической работоспособности $32,9 \pm 2,16$ ($P \leq 0,001$), эмоционального состояния $44,5 \pm 1,63$ ($P \leq 0,001$), социальной роли $47,8 \pm 2,29$, энергичности $46,9 \pm 2,85$ ($P \leq 0,01$). Показатели при артериальной гипертензии III стадии значительно снижались, особенно по категориям общее состояние здоровья ($39,1 \pm 1,89$, $P \leq 0,001$ по сравнению с I стадией и $P \leq 0,01$ по сравнению со II стадией), физическая работоспособность ($29,4 \pm 2,24$), эмоциональное состояние ($38 \pm 3,02$, $P \leq 0,05$ при сравнении со II стадией). Группа пациентов с гиперлипидемией имела низкие показатели в категории показателей физической работоспособности и эмоционального состояния.

Определение качества жизни по шкале Гундарова И.А.(1995) показало, что проблемными категориями для пациентов с I стадией артериальной гипертензией были «материальное благополучие» и «положение в обществе»; при II стадии артериальной гипертензии пациенты низко оценивали категории «общение», но были удовлетворены «положением в обществе» и «работой»; пациенты с III стадией болезни были не удовлетворены «общением», а «материальное благополучие» и «положение в обществе» не интересовало пациентов. Лица с гиперлипидемией показали удовлетворенность по всем показателям, за исключением «материального благополучия».

При анализе механизмов копинг-поведения у пациентов с артериальной гипертензией II стадии выявлен высокий профиль неадаптивных когнитивных стратегий (I стадия – $42,2 \pm 0,6\%$; II – $48 \pm 0,5\%$; III – $44 \pm 0,7\%$), в

то же время в поведенческой сфере стратегии были самыми адаптивными ($35,6 \pm 0,6\%$; $38,2\% \pm 0,6$; $36 \pm 0,6\%$ соответственно). Для пациентов с III стадией заболевания было характерно использование неадаптивных стратегий в эмоциональной сфере ($35,6 \pm 0,5\%$; $43,1 \pm 0,6\%$; $45,3 \pm 0,7\%$). Пациенты с гиперлипидемией использовали неадаптивные когнитивные ($45,8 \pm 0,7\%$) и эмоциональные ($48,4 \pm 0,7\%$) стратегии.

При изучении психологических защит определена схожая картина у пациентов с I стадией артериальной гипертензией и гиперлипидемией: они активно использовали «компенсацию», «интеллектуализацию» и «проекцию». У пациентов со II стадией артериальной гипертензии доминировали «вытеснение», «замещение» и «проекция». Лица с III стадией артериальной гипертензии прибегали к использованию незрелых психологических защит: «отрицание», «регрессия» и «проекция».

Исследование неблагоприятных факторов выявило при I стадии артериальной гипертензии наследственную предрасположенность и курение. При II стадии артериальной гипертензии регистрировались избыточная масса тела, дислипидемия и наследственная предрасположенность. При III стадии артериальной гипертензии часто фиксировались избыточная масса тела и менопауза. При анализе неблагоприятных факторов у пациентов с гиперлипидемией отмечались злоупотребление алкоголем и курение, повышенное содержание липидов в крови, однако пациенты по сравнению с другими группами имели низкую наследственную предрасположенность по сердечно-сосудистым заболеваниям ($p < 0,05$).

Изучаемые психосоциальные неблагоприятные факторы выявили следующие тенденции. Для пациентов с I стадией артериальной гипертензией значимыми являлись внутрисемейные конфликты, безработица и одиночество. Пациенты со II стадией артериальной гипертензии испытывали трудности из-за низкого дохода и внутрисемейных конфликтов. Для пациентов с III стадией артериальной гипертензии наиболее

актуальными были низкий доход, неудовлетворенность жилищными условиями и пьянство близких. Пациенты с гиперлипидемией выделяли неудовлетворенность доходом, жилищными условиями и внутрисемейными конфликтами.

С учетом анализа спектра психопатологических особенностей пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии были разработаны реабилитационные программы с комплексом образовательных, психотерапевтических, психофармакологических и психопрофилактических мероприятий.

Для пациентов с I стадией артериальной гипертензии была предложена реабилитационная программа №1.

Образовательная составляющая программы основывалась на анализе неблагоприятных социальных факторов и проблем, связанных со значимыми позициями качества жизни.

Психотерапевтическая составляющая программы базировалась на рациональной психотерапии и проведении групп краткосрочной психотерапии с использованием релаксационных техник.

Психофармакологическая составляющая программы включала назначение адаптогенов, седативных средств и «дневных» транквилизаторов. С учетом выраженности вегетативных проявлений фармакотерапия назначалась даже пациентам с психодезадаптационными состояниями.

Профилактическая составляющая программы включала регулирование режима труда и отдыха, отказ от курения, выполнение релаксационных заданий, занятия физическими упражнениями и практику приемов совладания со стрессовыми ситуациями, тренинг уверенного поведения (ассертивности).

Для пациентов со II стадией артериальной гипертензии разработана программа №2.

Образовательная составляющая программы дополнялась обучением релаксационным техникам, медитациям, дыхательным упражнениям.

Психотерапевтическая составляющая программы включала групповые занятия по когнитивной психотерапии, устранение неправильного осмысления жизненных ситуаций и формирование навыков личностного роста.

Психофармакологическая составляющая программы основывалась на купировании тревожных расстройств транквилизаторами в средних терапевтических дозах (альпразолам, афобазол). Коррекция сна проводилась гипнотиками (ивадал, сомнол, имован). При возникновении панических атак использовался альпразолам с последующим назначением антидепрессантов (коаксил, рексетин),

Профилактическая составляющая программы включала контроль за режимом питания и физической нагрузкой, поддержание стабильного эмоционального состояния, формирование позитивного мышления, анализ конфликтных ситуаций с «отреагированием аффекта».

Для пациентов с III стадией артериальной гипертензией внедрена программа №3.

Образовательная составляющая программы включала формирование трудовой деятельности в новых условиях жизни, организацию досуга, восприятие физических ограничений, связанных со здоровьем и сексуальной жизнью, соблюдения диеты, коррекцию вредных привычек, выделение жизненных приоритетов.

Психотерапевтическая составляющая программы основывалась на индивидуальной психотерапии с фокусированием на интрапсихическом

конфликте, изменении реакции личности на болезнь, трансформации оценок, целей, убеждений.

Психофармакологическая составляющая включала седативную терапию, антидепрессанты, малые нейролептики (эглонил, сонапакс), ноотропы.

Профилактическая программа включала контроль за массой тела, отказ от вредных привычек, принятие ответственности за свое здоровье, замещение дисфункциональных стереотипов на новые убеждения, формирование стратегий сотрудничества, распознавание негативных эмоций.

Клиническая эффективность комплексных программ выражалась в исчезновении или уменьшении психопатологических проявлений, либо значительном снижении тяжести тревожных и депрессивных проявлений, что подтверждалось показателями клинических шкал: у пациентов с I стадией артериальной гипертензии уровень тревоги снизился на 30%, уровень депрессии 23,3%; у пациентов со II стадией заболевания на 32,5% и 34,8%, а при III стадии - 21,8% и 25,7% соответственно.

Показатели качества жизни у пациентов с I стадией гипертонической болезни увеличились с $39,2 \pm 0,8$ баллов до $42,3 \pm 1,1$ балла ($p \leq 0,05$) за счет усиления физической активности и социальных характеристик, при II стадии артериальной гипертензии с $40,1 \pm 0,7$ балла до $43,2 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,01$). У пациентов с III стадией артериальной гипертензии улучшение зафиксировано лишь на уровне тенденции от $38,1 \pm 0,7$ баллов до $39,1 \pm 0,66$ баллов.

Оценка эффективности применяемых реабилитационных программ осуществлялась с использованием клинико-катамнестического метода. Продолжительность катамнестического прослеживания составила 1,5-3 года. На катамнестические исследования откликнулись 15 пациентов с I стадией артериальной гипертензии (88%), 38 пациентов со II стадией заболевания (76%) и 18 пациентов с III стадией артериальной гипертонии (53%).

Клиническими критериями эффективности проводимых программ у пациентов являлось исчезновение или психопатологических проявлений положительная динамика в терапии основного заболевания, а также положительная динамика в оценке уровня качества жизни. Пациенты отмечали улучшение основного заболевания: стабилизировалось артериальное давление, уменьшалось число кризов, снижались дозы гипотензивных препаратов, повышалась физическая активность. Позитивные изменения зафиксированы у 73,3% пациентов с I стадией артериальной гипертензии, у 60,5% пациентов со II стадией и у 55,5% пациентов с III стадией заболевания.

Выводы:

1. Комплексное обследование 112 пациента с артериальной гипертензией на разных стадий заболевания и с дислипидемией выявило высокий уровень пограничных психических расстройств – 73,6%. Спектр пограничных психических расстройств включал: невротические расстройства - 51,8%; аффективные расстройства – 7,3%, органические расстройства – 14,5%. Психодезадаптационные состояния выявлены в 26,4%.
- 1.1. При I стадии артериальной гипертензии в 64,7% случаев встречались психодезадаптационные состояния, характеризующиеся психовегетативными проявлениями. Невротические расстройства диагностированы в 35,3% случаев: тревожные расстройства составили 29,4% , а расстройства адаптации – 5,9% .
- 1.2. При II стадии заболевания снижалось число пациентов с симптоматикой психодезадаптивных состояний - 20%, увеличивалось число пациентов с невротическими расстройствами: тревожные расстройства фиксировались в 34% случаев, расстройства адаптации в 24%, неврастения в 6%. Аффективные расстройства определялись в

6%: легкий депрессивный эпизод – 4% и дистимия – 2%. Органическая патология диагностировалась в 10% случаев.

- 1.3. У пациентов с III стадией артериальной гипертензии психодезадаптационные состояния встречались в 11,8% случаев и характеризовались дистимическими проявлениями. Невротические расстройства были представлены нарушениями адаптации – 35,3% и тревожными расстройствами – 17,6%. Увеличивалось число пациентов с психическими расстройствами, обусловленными дисфункцией головного мозга (20,6%) и аффективной патологией (14,7%): депрессивный эпизод – 8,8% и дистимия – 5,9%.
- 1.4. У контрольной группы - пациентов с гиперлипидемией с одинаковой частотой встречались невротические расстройства (36,4%) и органические расстройства (36,4%). Психодезадаптационный синдром отмечен у 27,3% с дистимическими (18,2%) и психовегетативными (9,1%) проявлениями.
- 1.5. Обнаружены гендерспецифические особенности распределения психических нарушений: преобладание мужчин среди пациентов с психодезадаптационными состояниями (58,6%) и аффективными расстройствами (62,5%). Среди пациентов с невротическими расстройствами преобладали женщины (68,4%).
2. Психологические характеристики пациентов оказывают существенное влияние на формирование психических расстройств на каждой стадии артериальной гипертензии:
 - 2.1. Исследование уровня тревоги выявило наиболее высокий уровень тревоги у пациентов со II стадией заболевания: I стадия – $10,5 \pm 0,5$ баллов, II стадия – $13,4 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,001$), III стадия – $12,8 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,05$). Анализ симптомов тревоги при артериальной гипертензии выявил преобладание симптомов психической тревоги у пациентов с I

стадией заболевания и нарастание симптомов соматической тревоги при III стадии.

- 2.2. Уровень депрессии по шкале Гамильтона показал нарастание психопатологических симптомов в соответствии со стадиями основного заболевания: I стадия - $4,3 \pm 0,6$ балла, II стадия - $7,3 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,01$), III стадия - $9,2 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,001$ и $p \leq 0,001$ соответственно). Показатели у больных с гиперлипидемией были близки к данным пациентов с I стадией артериальной гипертензии.
- 2.3. У пациентов с I стадией артериальной гипертензией определялись наиболее высокие показатели качества жизни, при II и III стадиях артериальной гипертензии снижались характеристики «общее состояние здоровья», «физическая работоспособность», «эмоциональное состояние», «социальная роль», «энергичность». Группа с гиперлипидемией имела низкие показатели «физическая работоспособность» и «эмоциональное состояние».
- 2.4. При анализе механизмов копинг-поведения у пациентов с артериальной гипертензией выявлен высокий профиль неадаптивных когнитивных стратегий при II стадии заболевания, неадаптивные эмоциональные стратегии использовались пациентами с III стадией артериальной гипертензии. Лица с гиперлипидемией имели затруднения в применении адаптивных когнитивных и эмоциональных стратегий.
- 2.5. При изучении психологических защит выявлено, что пациенты с I стадией артериальной гипертензии и гиперлипидемией активно использовали зрелые психологические защиты: «компенсацию», «интеллектуализацию», а пациенты с III стадией заболевания применяли незрелые психологические защиты: «отрицание», «регрессию» и «проекцию».

3. Психические нарушения при артериальной гипертензии усугублялись конституционально-биологическими, психологическими и социально-экономическими факторами. При I стадии артериальной гипертензии значимыми являлись наследственная предрасположенность и вредные привычки (курение), при II и III стадии артериальной гипертензии - избыточная масса тела, дислипидемия и наследственная предрасположенность. На всех стадиях заболевания воздействие этих факторов усиливалось хроническими психогенными ситуациями.
4. С учетом анализа спектра психопатологических особенностей пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии разработаны реабилитационные программы, включающие образовательные, психотерапевтические, психофармакологические и психопрофилактические составляющие.
 - 4.1. На I стадии артериальной гипертензии ведущее направление составляет комплекс психообразовательных и психотерапевтических мероприятий, обеспечивающих повышение эффективности адаптации пациентов к социальной среде. На II стадии артериальной гипертензии основное значение приобретает сочетание фармако- и психотерапии. На III стадии артериальной гипертензии предпочтение отдается фармакотерапии.
 - 4.2. Психопрофилактическая составляющая реабилитационных программ на всех стадиях артериальной гипертензии направлена на формирование нового стереотипа жизни с мотивацией на укрепление психического и соматического здоровья.
5. Клиническая эффективность комплексных программ позволила повысить качество жизни за счет улучшения и стабилизации основного заболевания, купирования психопатологических проявлений.

- 5.1. У пациентов с I стадией артериальной гипертензии уровень тревоги снизился на 30%, уровень депрессии 23,3%; у пациентов со II стадией заболевания на 32,5% и 34,8%, а при III стадии - 21,8% и 25,7% соответственно.
- 5.2. Показатели качества жизни у пациентов с I стадией гипертонической болезни увеличились с $39,2 \pm 0,8$ баллов до $42,3 \pm 1,1$ балла ($p \leq 0,05$) за счет усиления физической активности и социальных характеристик, при II стадии артериальной гипертензии с $40,1 \pm 0,7$ балла до $43,2 \pm 0,4$ балла ($p \leq 0,01$). У пациентов с III стадией артериальной гипертензии улучшение зафиксировано лишь на уровне тенденции от $38,1 \pm 0,7$ баллов до $39,1 \pm 0,66$ баллов.
6. Катамнестические исследования показали эффективность проведенных реабилитационных программ у пациентов с I стадией артериальной гипертензии у 73,3%, у 60,5% пациентов со II стадией и у 55,5% пациентов с III стадией заболевания.

Практические рекомендации

1. Эффективным для реабилитации и профилактики пограничных психических расстройств на каждой стадии артериальной гипертензии является интегративный подход, включающий совместную деятельность кардиолога, психиатра и психотерапевта.
2. Целесообразным является диагностика донозологических расстройств, изучение психологических особенностей пациентов с артериальной гипертензией для повышения качества медицинской помощи.
3. Особое внимание должно быть уделено фармако- и психотерапии тревожных и аффективных расстройств, значительно ухудшающих течение основного заболевания.
4. При подготовке кадров, работающих в области кардиологии рекомендуется включение в систему повышения квалификации

специалистов вопросов, касающихся развития психических расстройств и выявления их на ранних стадиях.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Куприянова И.Е. Депрессивные и тревожные расстройства при артериальной гипертонии (обзор иностранной литературы) / И.Е. Куприянова, Г.В. Семке, К.В. Галева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2010. №1(58). с. 48-52.
2. Галеева К.В. Депрессивные расстройства в кардиологическом стационаре / К.В. Галеева, И.Е. Куприянова // Сибирский медицинский журнал 2009 №4. с. 100.
3. Максимов А.И. Делирий в остром периоде инфаркта миокарда в условиях палаты интенсивной терапии / А.И. Максимов, М.В. Соснина, К.В. Галеева, В.В. Рябов, В.А. Марков. // Сибирский медицинский журнал 2009 №4. с. 108.
4. Галеева К.В. Влияние внутрисемейных отношений на качество жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / К.В. Галеева, И.Е. Куприянова, Т.В. Глушко, Г.В. Семке, С.В. Попов, И.О. Курлов. // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике. Материалы VI Байкальской межрегиональной конференции. Иркутск 2010. с. 12.
5. Галеева К.В. Качество жизни у пожилых пациентов кардиологического стационара /К.В. Галеева, И.Е. Куприянова, Т.В. Глушко, Г.В. Семке, С.В. Попов, И.О.Курлов // «Человек и лекарство». Материалы XVI Российского национального конгресса. М. 2010. с. 103-104.
6. Галеева К.В. Влияние социальных факторов на качество жизни /К.В. Галеева, И.Е. Куприянова, Т.В. Глушко, Г.В. Семке, С.В. Попов, И.О.Курлов // «Тревожно-депрессивные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в онтогенетическом аспекте». Материалы региональной междисциплинарной научно-практической конференции. Томск. 2010 г. с. 37.
7. Глушко Т.В. Психические расстройства у пациентов кардиологического стационара /Т.В. Глушко, К.В. Галева, Е.О. Вершинина, А.Н. Репин, И.Е. Куприянова. // «Традиции и инновации в

- психиатрии». Материалы Регионального конгресса Всемирной психиатрической ассоциации. СПб. 2010.с. 74-75.
8. Глушко Т.В. Психоземциональное состояние у постинсультных пациентов /Т.В. Глушко, К.В. Галева, А.М. Дробышева, И.Е. Куприянова, А.Н. Репин. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2011. №1(69). с. 42-43.
9. Куприянова И.Е. Психические здоровье и качество жизни пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии /И.Е.Куприянова, Г.В.Семке К.В.Галеева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2013. №3(78). с.