

того, многие манипуляции оценивались респондентами как болезненные, однако фармакологические методы анальгезии назначаются только для ограниченного количества процедур: интубация, дренирование плевральной полости и люмбальная пункция. Все респонденты отмечают необходимость применения разных видов анальгезии более активно, причем более частое использование медикаментов звучит в ответах врачей, что, вероятно, связано с их профессиональными знаниями. Нефармакологические методы наиболее часто использует средний медперсонал, что может отражать

их практический опыт применения и эффективность данных способов анальгезии у новорожденных.

Таким образом, анкетирование доказало необходимость создания письменных руководящих принципов и протоколов для ведения болевого синдрома. В протоколы должны быть включены способы оценки болевого синдрома (шкалы боли), а также указания по оптимальному использованию средовых, поведенческих и фармакологических методов, которые могут предотвратить, уменьшить или устранить боль у новорожденного во многих клинических ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жиркова Ю.В. Профилактика и лечение болевого синдрома у новорожденных с хирургическими заболеваниями: Автореф. дис ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 48 с.
2. Мартынова Е.Н. Боль у новорожденных, как этическая и деонтологическая проблема // Врач. – 2011. – №1. – С.79-80.
3. Anand K.J.S., Stevens B.J., McGrath P.J. Pain in neonates and infants; 3rd ed. // Elsevier Science. – 2007. – P.67-89.
4. Andersen R., Greve-Isdahl M., Jylli L. The options of clinical staff regarding neonatal procedural pain in two Norwegian neonatal intensive care units // Acta Paediatrica. – 2007. – Vol. 96. – P.1000-1003.
5. Bernardini V., De Liso P., Santoro F., et al. Procedural pain perception of preterm newborn in neonatal intensive care unit: assessment and non-pharmacological approaches // Minerva Pediatr. – 2011. – Vol. 63. №4. – P.247-255.
6. Johnston C.C., Collinge J.M., Henderson S.J., Anand K.J. A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in

Canadian neonatal intensive care units // Clin. J. Pain. – 1997. – Vol. 13. №4. – P.308-312.

7. Loizzo A., Loizzo S., Capasso A. Neurobiology of pain in children: an overview // Open Biochem. J. – 2009. – Vol. 3. – P.18-25.

8. Losacco V., Cuttini M., Greisen G., et al. Heel blood sampling in European neonatal intensive care units: compliance with pain management guidelines // Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. – 2011. – Vol. 96. №1. – P.65-68.

9. Porter F.L., Wolf C.M., Gold J., et al. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses // Pediatrics. – 2007. – Vol. 100. №4. – P.626-632.

10. Spence K., Henderson-Smart D., New K., et al. Evidenced-based clinical practice guideline for management of newborn pain. Australian and New Zealand Neonatal Network // J. Paediatr. Child Health. – 2010. – Vol. 46. №4. – P.184-192.

11. Walker S.M. Pain in children: recent advances and ongoing challenges // Br.J. Anaesth. – 2008. – Vol. 101. – P.101-110.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; e-mail: nasty-191@yandex.ru, Ваяркина Анастасия Сергеевна – ассистент; Голуб Игорь Ефимович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Мартынович Наталья Николаевна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой; Михеева Наталья Иннокентьевна – заведующий отделением; Бахмат Яна Александровна – заведующий отделением

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ООРЖАК Н.С., ПЕТРОВА М.М., КАСКАЕВА Д.С., ЕВСЮКОВ А.А. – 2011
УДК 616.12 – 008.331.1 – 055.1:616.891:330.12 (571.52)

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА КЫЗЫЛА

Надежда Соркул-Ооловна Ооржак, Марина Михайловна Петрова,
Дарья Сергеевна Каскаева, Александр Александрович Евсюков

(Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и здорового образа жизни с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. М.М. Петрова)

Резюме. Работа посвящена изучению распространенности депрессивных и тесно связанных с ними тревожных расстройств у мужчин с артериальной гипертонией. Психологический статус мужчин, страдающих АГ, по сравнению со здоровыми мужчинами характеризуется высокими показателями депрессивных расстройств, эмоциональной лабильности, подверженностью к реактивной и личностной тревожности, сниженной адаптацией к условиям окружающей социальной среды. Анализ полученных данных определяет необходимость проведения корригирующей психотерапии больным с АГ гипертоникам с психопатологическими расстройствами, организации профилактических программ, направленных на повышение стрессоустойчивости.

Ключевые слова: артериальная гипертония (АГ), депрессия, тревожность, мужчины.

THE FEATURES OF PSYCHOSOCIAL STATUS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN MALE POPULATION ON THE EXAMPLE OF KYZYL

N.S. Oorzhak, M.M. Petrova, D.S. Kaskaeva, A.A. Evsyukov
(Professor V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Russia)

Summary. This is a study of prevalence of depressive and closely related anxiety disorders in men with hypertension. The psychological status of men with hypertension, compared with healthy men is characterized by high rates of depression, emotional lability, susceptibility to reactive and personal anxiety, decreased adaptation to the conditions of social environment. The analysis of the data determines the need for corrective therapy to hypertensive patients with psychopathological disorders and the organization of prevention programs aimed at improving stress tolerance.

Key words: arterial hypertension (AH), depression, anxiety, men.

Наряду с основными факторами риска, важную роль в возникновении и развитии сердечно-сосудистых заболеваний играют психологические и социальные факторы [2,10]. По данным Е.И.Чазова [5], основной причиной, способствовавшей росту заболеваемости и смертности населения от ССЗ в России в 1990-е годы, являлось состояние хронического стресса, когда резко возросли психоэмоциональное напряжение, стресс, истощение жизненных сил и депрессия. Специальные эпидемиологические исследования в нашей стране показали, что около 70% населения живет в условиях хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровня. Источниками психосоциального стресса для широких слоев населения явилось снижение уровня жизни, экономическая нестабильность, социальная незащищенность, а также вооруженные конфликты, террористические акты или угроза их осуществления, высокий уровень преступности [3].

Крупномасштабное эпидемиологическое исследование в 35 городах России по программе «КОМПАС» в 2002-2003 годах показало, что расстройство депрессивного характера (депрессия и тесно ассоциированные с ней тревожные, истерические и невротические состояния) отмечались у 46% обследованных. При этом выраженное депрессивное состояние имело место у 24% больных. Полученные данные свидетельствуют о крайне высокой распространенности хронического психоэмоционального напряжения (стресса), депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской практике и риск расстройств депрессивного спектра и выраженной депрессии увеличивается примерно в 1,2 и 1,4 раза на каждые 10 лет жизни. Показатель распространенности клинически значимой депрессии в нашей стране намного превышает соответствующий усредненный показатель по 18 странам, полученный в исследовании Psychological Disorders in Primary Care (24 против 10,4%) [4,6,8]. Депрессия и различные тревожные расстройства, в том числе панические атаки, достоверно чаще наблюдаются у больных с артериальной гипертензией (АГ), чем у лиц с нормальным артериальным давлением (АД) [8]. В ряде работ установлено, что депрессивные и тревожно-депрессивные состояния являются одной из причин низкой приверженности больных с ССЗ к лечению, выполнению немедикаментозных рекомендаций, участию в программах реабилитации и вторичной профилактики [4].

По прогнозу экспертов ВОЗ, к 2020 г. ожидается, что ИБС останется наиболее частой причиной потери трудоспособности и смерти людей; 2-й по значимости причиной будет депрессия [9].

Таким образом, депрессия становится одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Стресс, депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства выступают как независимые факторы риска АГ, ИБС и других ССЗ.

Материалы и методы

Обязательным и необходимым условием включения больных в исследование было получение письменного информированного согласия на участие и проведение исследования, подтвержденное положительным решением этического комитета КрасГМУ (протокол №24 от 14.05.2010). От каждого больного было получено информированное добровольное согласие на участие в исследовании, проведение дополнительных методов диагностики и лечения в соответствии со статьей 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 № 151-ФЗ).

Проведено обследование 470 мужчин в возрасте 30-59 лет, средний возраст составил $39,6 \pm 8,8$ лет. Средний возраст мужчин в возрастной группе 30-39 лет составил $32,9 \pm 8,8$ лет, в возрастной группе 40-49 лет $44,1 \pm 2,8$ лет, в старшей возрастной группе 50-59 лет $54,1 \pm 3,6$ лет. Было использо-

вано стандартизованное, эпидемиологическое обследование: опрос, измерение артериального давления (АД), антропометрия, регистрация электрокардиограммы (ЭКГ), экспресс-оценка уровня сердечно-сосудистого риска (ССР) по системе SCORE, анализ крови на глюкозу и холестерин, анкетирование с целью выявления психологических расстройств.

Психологический статус исследовали с помощью следующих методик:

* СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности)

* тест тревожности Спилбергера-Ханина

* опросник Бека для выявления депрессии.

Оценка психологического состояния, особенностей личности, социально-психологических характеристик обследуемых мужчин проводилась с помощью теста СМОЛ по 11 шкалам (Т-баллам). Нормативное значение для популяции составляло 40-60 Т-баллов; повышенные показатели по шкалам в диапазоне 60-69 Т-баллов рассматривается как умеренное, в диапазоне свыше 70 Т-баллов – как выраженное нарушение психологической адаптации. Низкими оценками считались Т-баллы ниже 40. Первые три оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью (шкала лжи – L; шкала достоверности – F; шкала коррекции – K). Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности (шкалы: ипохондрии (Hs), депрессии (D), истерии (Hv), психопатии (Pd), ригидности или паранояльности (Pa), шизоидности (Se), гипомании (Ma).

Для дифференцированной оценки степени выраженности тревоги (как эмоционального состояния) и тревожности (как свойства личности) использовался опросник Спилбергера-Ханина. Методика оценки тревожности содержит 2 шкалы: шкалу личностной тревожности и шкалу реактивной (ситуативной) тревожности. Шкала тревожности является эффективным, хорошо зарекомендовавшим себя методом экспресс-диагностики при проведении скрининговых исследований, направленных на выявление групп повышенного риска нервно-психической дезадаптации. В основе разработки методики лежит разграничение двух параметров тревожности – как преходящего эмоционального состояния (реактивная тревожность) и как устойчивой личностной особенности, определяющей предрасположенность человека реагировать на стресс состоянием тревоги (личностная тревожность). При высокой личностной тревожности испытуемые склонны воспринимать широкий диапазон ситуаций как угрожающий и реагировать в этих ситуациях выраженным состоянием тревожности с соответствующей симптоматикой. Личностная тревожность актуализируется преимущественно при восприятии определенных «опасных» стимулов, связанных со специфическими социально-значимыми ситуациями, например, угрозы престижу, самооценке, самоуважению индивида. У людей, имеющих высокую личностную тревожность, в угрожающих самооценке ситуациях состояние тревоги проявляется заметнее, чем у тех, кто имеет низкую личностную тревожность. Низкотревожные субъекты, напротив, не склонны видеть угрозу своему престижу в широком диапазоне ситуаций. Вероятность возникновения у них состояния тревожности значительно ниже, хотя и не исключена она в отдельных особо важных и личностно значимых для них случаях.

Шкала депрессии Бека на основе клинических наблюдений позволила выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Опросник включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям, симптомам депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен

Таблица 2

Усредненные показатели психодиагностических тестов у организованной популяции крупного промышленного города

Название методики (шкалы)	Служащие	Рабочие	p
СМОЛ:			
L (шкала лжи)	54,1±10,3	55,8±9,6	0,1
F (шкала достоверности)	44,9±7,4	50,1±9,5	0,000001
K (шкала коррекции)	56,4±8,9	53,8±9,6	0,014
1 (ипохондриа)	49,8±7,7	53,0±9,6	0,002
2 (депрессия)	42,9±8,6	48,2±10,2	0,0000001
3(эмоциональная лабильность, истерия)	47,0±8,8	49,3±9,8	0,07
4 (психопатия)	45,1±10,1	46,9±10,1	0,28
6 (ригидность)	45,6±8,3	49,7±11,1	0,0008
7 (тревога)	46,8±10,1	49,1±9,4	0,1
8 (шизоидия, аутизм)	47,2±9,3	49,2±10,1	0,12
9 (оптимизм, гипомания)	45,4±10,6	49,1±12,8	0,012

минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Обследуемому необходимо выбрать вариант, наилучшим образом отражающий его самочувствие. Пункты 1-13 являются когнитивно-аффективной субшкалой (С-А), пункты 14-21 – субшкалой соматических проявлений депрессии (S-P). При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия, 16-19 – умеренная депрессия, 20-29 и более – выраженная депрессия.

Для статистической обработки анализа использовали систему SAS (Statistical Analysis System) с помощью стандартных методов описательной статистики (вычисление средних, стандартных отклонений и стандартных ошибок и т.д.). При использовании параметрических методов анализа предварительно определялось соответствие выборок закону нормального распределения с учетом теста Колмогорова-Смирнова с поправкой Лилиефорса. Методом сравнения средних показателей анализировалась значимость различий двух групп (t-критерий Стьюдента). Нулевую гипотезу не отвергали, если в результате исследования оказывалось, что вероятность ошибочной оценки относительно правильности принятой гипотезы превышает 5%. В случае отклонения выборок от нормального распределения непараметрические критерии значимости (F-критерий Фишера, критерий Манна-Уитни), корреляционный анализ Спирмена. Существенным считался уровень статистической значимости при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Артериальная гипертензия (АГ) диагностирована у 49,4% обследуемых мужчин, что превышает показатель распространенности АГ среди мужчин в среднем по Российской Федерации (РФ) и по Сибирскому Федеральному округу (СФО), составляющий 36,6% и 40,7% соответственно. Средний возраст мужчин с АГ составил 43,2±8,8 лет. Знали о наличии АГ 78,4% обследуемых мужчин, когда данный показатель по РФ составляет 83,9% [7]. АГ 1 степени наблюдалась в 70,9%, АГ 2 степени – в 20,9% соответственно. АГ 3 степени установлена в 8,1%, чаще всего она встречалась в старшей возрастной группе 50-59 лет ($p_{1-3} < 0,001$). В возрастных группах 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет частота АГ составила 34,1%, 60,5%, 81,7% соответственно ($p < 0,001$). Для объективной оценки характера и степени выраженности психопатологических расстройств у обследуемых мужчин применен психодиагностический тест СМОЛ.

У мужчин с АГ существенно чаще по сравнению со здоровыми мужчинами (табл. 1) обнаружены признаки ипохондриа ($p=0,047$), депрессии

($p=0,02$) и ригидности ($p=0,02$). Анализ результатов средних значений СМОЛ показал наличие у мужчин с АГ тенденции:

– к ипохондриа (испытываемые медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах, обостренное самонаблюдение, близки к астено-невротическому типу), $p=0,0017$;

– к депрессии (склонность к тревогам, неуверенность в себе, снижение самооценки, утрата прежних интересов, при малейших неудачах впадают в отчаяние), $p=0,003$;

– к истерии, эмоциональной лабильности (стремление испытуемого привлечь внимание к своему здоровью, вызывать сочувствие со стороны окружающих, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, большая выразительность переживаний), $p=0,004$;

Таблица 3

Усредненные показатели психодиагностических тестов у организованной популяции мужчин крупного промышленного города

Название методики (шкалы)	Высшее	Среднее	p
СМОЛ:			
L (шкала лжи)	54,0±10,2	54,7±9,9	0,4
F (шкала достоверности)	44,8±7,5	48,9±9,2	0,000004
K (шкала коррекции)	56,4±9,2	54,0±8,8	0,004
1 (ипохондриа)	50,3±7,6	52,0±9,7	0,14
2 (депрессия)	43,1±8,8	46,3±10,0	0,0002
3(эмоциональная лабильность, истерия)	47,4±8,6	48,5±10,0	0,4
4 (психопатия)	45,2±10,5	45,5±9,9	0,7
6 (ригидность)	46,4±8,9	48,2±10,8	0,15
7 (тревога)	47,2±10,2	47,6±9,9	0,9
8 (шизоидия, аутизм)	47,4±9,3	48,2±10,1	0,7
9 (оптимизм, гипомания)	46,2±10,2	47,5±13,2	0,7

– к ригидности (тенденция к «застреванию» на аффективно заряженных переживаниях, отсутствие гибкости, упорство характера, что отражается и в устойчивости симптомов, снижена адаптация к условиям микросоциальной среды), $p=0,003$.

Изучение усредненных показателей психодиагностических тестов в общей популяции в зависимости от социального статуса показывает (табл. 2), что у рабочих по сравнению со служащими преобладают такие особенности психологического статуса, как ипохондриа ($p=0,002$), депрессия ($p=0,0001$), ригидность ($p=0,0008$), которые обычно проявляются неоправданным беспокойством за свое здоровье, подавленным настроением, чувством безнадежности и пессимизма, отсутствием гибкости и упорством характера в решении назревших проблем.

Анализ показателей теста СМОЛ в зависимости от образования (табл. 3) показывает, что признаки депрессии существенно чаще ($p=0,0002$) наблюдаются у мужчин со средне-специальным и средним образованием (46,3%), чем у лиц с высшим образованием (43,1%).

Таблица 1
Усредненные показатели СМОЛ во всей выборке в зависимости от наличия АГ

Название методики (шкалы)	Без АГ	АГ	p
СМОЛ:			
L (шкала лжи)	54,5±10,3	54,1±9,9	0,7
F (шкала достоверности)	45,6±7,7	47,3±9,1	0,8
K (шкала коррекции)	56,3±9,0	54,5±9,2	0,047
1 (ипохондриа)	49,9±7,7	52,0±9,2	0,015
2 (депрессия)	43,1±8,3	45,7±10,3	0,02
3(эмоциональная лабильность, истерия)	47,0±8,9	48,7±9,4	0,059
4 (психопатия)	45,6±10,5	45,1±10,0	0,67
6 (ригидность)	45,9±8,9	48,3±10,5	0,02
7 (тревога)	46,8±10,4	47,9±9,7	0,3
8 (шизоидия, аутизм)	47,4±9,6	48,1±9,7	0,38
9 (оптимизм, гипомания)	45,7±11,1	47,7±12,0	0,16

Распространенность депрессивных состояний среди лиц, не имеющих высшего образования, вероятно, связана с социально-экономическими факторами: низкий доход, неуверенность в завтрашнем дне, отсутствие карьерного роста в работе и т.д.

Более чем у половины мужчин с оптимальным АД и АГ отмечены признаки социально-психологической дезадаптации (СПД) в 52,8% и 53,7% соответственно. При этом в обеих группах преобладают умеренные признаки СПД: у мужчин с НАД (89,3%) и мужчин АГ (82,8%), которые можно корректировать немедикаментозными методами лечения.

Выраженные признаки СПД выявлены у мужчин обеих групп в 10,7% и 17,2% случаев соответственно и чаще встречаются у мужчин с АГ. Эти люди нуждаются в проведении комплекса лечебных мероприятий немедикаментозными или медикаментозными методами психокоррекции в зависимости от ведущего синдрома. Признаки СПД чаще наблюдаются у мужчин, страдающих АГ.

Усредненные значения опросника Спилбергер-Ханина в зависимости от наличия АГ, социального статуса и уровня образования

Опросник Спилбергер-Ханина	Без АГ	АГ	служащие	рабочие	высшее образование	среднее, специальное
Реактивная тревожность	32,6±8,0	35,4±9,4	32,5±8,6	38,6±8,6	33,3±8,5	34,8±9,2
р	0,005		0,000007		0,1	
Личностная тревожность	36,5±6,8	38,2±7,8	37,2±7,1	37,0±7,9	36,9±7,3	37,9±7,4
р	0,023		0,6		0,1	

Проведенный нами анализ психологического статуса мужчин по шкале Спилбергер-Ханина показал (табл. 4), что признаки реактивной и личностной тревожности отмечены у всех мужчин независимо от уровня АД. У мужчин с АГ наблюдаются более выраженные признаки реактивной (эмоциональная лабильность, напряженность, нервозность, беспокойство) тревожности ($p=0,005$) и личностной (неадекватное реагирование на широкий круг ситуаций состоянием тревоги различной интенсивности, не всегда соответствующей объективной опасности) тревожности ($p=0,023$). Признаки повышенной реактивной тревожности отмечены у рабочих ($p=0,000007$).

Установлено, что для мужчин с нормальным АД характерны признаки личностной тревожности низкой и умерен-

ной степени выраженности (20,9% и 65,9% соответственно). Мужчины с АГ более подвержены высокой степени личностной тревожности (20,8%).

У мужчин с АГ преобладает средний (51,3%) и высокий (17,7%) уровень реактивной тревожности, характеризующий

Усредненные значения опросника Бека в организованной популяции мужчин в зависимости от наличия АГ, социального статуса и уровня образования (M+m), в баллах

Опросник Бека	Без АГ	АГ	служащие	рабочие	высшее образование	среднее, специальное
	6,2±4,5	8,0±5,5	6,4±4,7	8,4±5,5	6,5±4,9	7,8±5,4
р	0,0002		0,0003		0,01	

наличие напряженности, беспокойства и озабоченности на момент обследования. Такие изменения характеризуются как невротические и требуют психокоррекции. Известно, что увеличение реактивной тревожности и личностной тревожности повышает риск развития депрессивных состояний.

Опросник Бека установил значимую и распространенность депрессии в группе мужчин с АГ ($p=0,0002$) по сравнению со здоровыми мужчинами, преобладание среди рабочих со средним образованием ($p=0,0003$; $p=0,01$). В большинстве случаев у них присутствуют признаки легкой депрессии (до 15 баллов). Распространенность признаков умеренной (7,4%) и выраженной (4,8%) депрессии существенно выше у мужчин, страдающих артериальной гипертензией.

Таким образом, психологический статус мужчин, страдающих АГ, по сравнению со здоровыми мужчинами характеризуется высокими показателями депрессивных расстройств, эмоциональной лабильности, склонностью к развитию реактивной и личностной тревожности и сниженной адаптацией к условиям окружающей социальной среды.

Мужчины с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне психосоциального стресса составляют группу высокого риска развития и прогрессирования АГ. Результаты исследования определяют необходимость проведения корригирующей психотерапии лицам с психопатологическими расстройствами, организации профилактических программ, направленных на ослабление влияния психосоциальных факторов (повышение информированности населения, социальная поддержка, доступная психологическая помощь).

пертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА // Кардиология. – 2007. – №10. – С.24-30.

7. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации РМОАГ и ВНОК // Системные гипертензии. – 2010. – №3. – С.5-26.

8. Davies S.J., Ghahramani P., Jackson P.R., et al. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension // Am J Med. – 1999. – Vol. 107. №4. – P.310-316.

9. Murray C.J., Lopez A.D. Global mortality, disability, and contribution of risk factors: global burden of disease study // Lancet. – 1997. – Vol. 349. №1. – P.1436-1442.

10. Rosengren A., Hawken S., Yusuf S. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // Lancet. – 2004. – Vol. 364. №1. – P.953-962.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарганеева Н.П., Тетенев В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема // Клиническая медицина. – 2004. – №1. – С.35-41.

2. Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Секреты артериальной гипертензии: ответы на ваши вопросы. – М., 2004. – 24 с.

3. Погосова Г.В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания // Атмосфера. Кардиология. – 2004. – №4. – С.32-34.

4. Полякова Е.О. Пограничные психические расстройства в кардиологической практике: проблемы диагностики и лечения // Кардиологический вестник. – 2006. – Т. XIII. №2. – С.51-55.

5. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности лечения // Клинические исследования лекарственных средств в России. – 2001. – №1. – С.2-4.

6. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз больных артериальной ги-

Информация об авторах: Красноярск, Партизана Железняка, 1 Е, тел. (391) 2469404, 2200728, e-mail: stk99@yandex.ru, dashakas.ru@mail.ru, Evsukovsasha@mail.ru, Ооржак Надежда Соркул-ооловна – аспирант; Петрова Марина Михайловна – д.м.н., профессор, проректор по научной работе, заведующий кафедрой; Каскаева Дарья Сергеевна – к.м.н., ассистент; Евсюков Александр Александрович – ассистент