

ние и на расслабление миокарда левого желудочка, поскольку этот процесс является активным и на него расходуется около 15% всех энергетических затрат сердечной мышцы [18], что приводит к нарушению диастолических свойств миокарда левого желудочка.

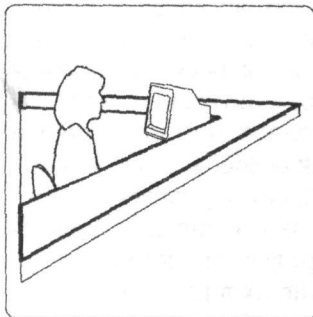
При изучении жирно-кислотного состава липидов плазмы крови у больных гипертонической болезнью выявлены как количественные, так и качественные изменения содержания жирных кислот в липидах крови. У пациентов с нарушением диастолического наполнения левого желудочка были обнаружены значительные сдвиги в жирно-кислотном статусе: наибольшее увеличение содержания насыщенных и мононенасыщенных жирных кислот при одновременном снижении уровня полиненасыщенных жирных кислот.

Таким образом, у больных гипертонической болезнью с инструментальными признаками диастолической дисфункции левого желудочка выявлены значительные сдвиги в жирно-кислотном составе липидов крови и признаки синдрома нарушения утилизации жирных кислот миокардом. Данные изменения жирно-кислотного состава липидов крови могут служить дополнительным критерием ранней диагностики формирования гипертонического сердца, что позволит своевременно проводить коррекцию лечения.

Л и т е р а т у р а

1. Байматова Д.Д. Клиническое значение особенностей дислипидемий при артериальной гипертензии: Дис... канд. мед. наук. М., 1984. 175 с.
2. Барац С.С., Закроева А.Г. // Кардиология. 1998. №5. С.69-73.
3. Беленков Ю.Н., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. // Сердечная недостаточность. 2001. Т.1. №2. С.40-44.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1990. 459 с.

5. Глотов М.Н., Мазур Н.А. // Кардиология. 1994. №1. С.89-93.
6. Иванов В.Н. // Правый желудочек при ишемической болезни сердца. Чита, 1996. С.15-57.
7. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. М.: ВИДАР, 1998. С.119-128.
8. Ларева Н.В. Некоторые патогенетические механизмы развития сердечной недостаточности у больных гипертонической болезнью: Дис... канд. мед. наук. Чита, 2002. 157 с.
9. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Гедгафова С.Ю. // Кардиология. 2001. № 5. С.74-78.
10. Метелица В.И. // Терапевт. архив. 1992. №9. С.112-116.
11. Моисеев В.С. // Сердечная недостаточность. 2000. Т.1. №4. С.121-130.
12. Неверов И.В., Новиков В.Т., Спинова Р.П. и др. // Клиническая медицина. 1985. №5. С.86-89.
13. Овчинников А.Г., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. // Consilium-medium. 2000. Т.1. №2. Р.22.
14. Прохоров М.Ю., Тиунов М.П., Шакалис Д.А. // Лабораторное дело. 1977. №9. С.535-536.
15. Савченко А.П., Смирнов А.А., Бекжигитов С.Б. // Терапевт. архив. 1993. №9. С.25-28.
16. Синяк К.М., Оргель М.Я., Крук В.И. // Лабораторное дело. 1976. №1. С.37-41.
17. Терешенко С.Н., Демидова И.В., Александрия Л.Г. и др. // Consilium-medicum. 2000. №2. Р.24-28.
18. Титов В.Н. // Кардиология. 1998. №1. С.43-49.
19. Devereux R.B. // Circulation. 1997. Vol.55. P.613-618.
20. Folch S., Less M., Sloane-Stanley A.G.H. // Biol. Chem. 1957. Vol.226, P.497-509.
21. Qu P., Ding Y., Xia D. // Hypertension. 2001. No24(5). P.601-604.



УДК 616.12 - 008.331.1 - 008.64 - 053.8

Т.В. Михайлова, Л.М. Житникова, И.П. Логинов

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Среди различных вариантов артериальной гипертензии на долю гипертонической болезни приходится 80-85% [5, 6]. В основе ее развития ле-

жит недостаточность психофизиологической регуляции организма, что делает это заболевание наиболее ярким представителем психосоматических

страданий [2, 7]. Стабилизации гипертонии способствует необходимость обеспечения адекватного кровоснабжения мозга, сердца, почек, а ее необратимость обеспечивается структурно-морфологическими изменениями в артериальном русле [6]. Это ведет к нейроциркуляторным нарушениям в различных органах, что в конечном итоге приводит к срыву адаптационных процессов и декомпенсации заболевания, которая характеризуется неспособностью приспособительных механизмов организма компенсировать вызванные болезнью нарушения [3, 4]. По данным ряда авторов, сосудистые заболевания мозга выявлены у 20% лиц трудоспособного возраста, 65% из них страдали гипертонической болезнью. Среди пациентов с инсультами более 60% имели в анамнезе гипертоническую болезнь I ст., из них лечение получали 17-20%, эффективной терапия признана у 8% больных [1, 6]. Многочисленными исследованиями было доказано, что заболеваемость гипертонической болезнью увеличивается по мере приближения к урбанизированным центрам цивилизации, население которых вовлечено в ритмику современной жизни с ее психоэмоциональными и физическими перегрузками [1, 4], подчеркивая значение социального стресса в патогенезе данного заболевания.

Биологические факторы, способствующие возникновению и обуславливающие тяжесть течения гипертонической болезни, складываются из факторов риска: САД выше 140 мм рт.ст., ДАД выше 90 мм рт.ст., возраст, курение, гиперхолестеринемия, наследственная отягощенность и другие; поражения органов-мишеней: гипертрофия миокарда, протеинурия и атеросклероз; сопутствующие клинические состояния: цереброваскулярные заболевания, заболевания сердца, заболевания почек, сердечно-сосудистые заболевания и гипертоническая ретинопатия [6].

Психологические факторы возникновения гипертонической болезни представлены следующими состояниями: скрытым гневом и подавлением агрессивных импульсов, направленных против определенных лиц, ставших невыносимыми для данного индивида, страх перед потерей чьего-то расположения и борьба за получение признания и т.д. [5, 7].

Особенности психосоциального аспекта декомпенсации гипертонической болезни мало разработаны как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе. Мы поставили задачу выявить психосоциальные детерминанты процесса декомпенсации у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы

Основу выборки составили больные гипертонической болезнью в стадии декомпенсации патологического процесса, в трудоспособном возрасте от 25 до 49 лет. Численность выборки 60 чел. Методики были отобраны с учетом необходимости обследования психологического и социального уровней организации человека. Факторный анализ был проведен по программе Statistika 5,0.

Изучены психосоциальные факторы декомпенсации гипертонической болезни. Обследованы 60 больных гипертонической болезнью в стадии декомпенсации заболевания. Возраст обследованных от 25 до 49 лет. Проведен факторный анализ по программе Statistika 5,0. Выделены факторы: "агрессивная самореализация", "экстраверсия", "эмоциональная саморегуляция", "интернальность", "паранойальность".

T.V. Mikhailova, S.L. Solovieva

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF HYPERTENSION DECOMPENSATION

Far Eastern State medical University, Khabarovsk

Summary

We have studied psychosocial factors of hypertensive disease decompensation. The study included 30 patients, their age ranging from 25 to 49. The 1-st group comprised patients with the disease in the compensation stage. The second group included patients with the disease in decompensation stage. We used psycho diagnostic methods determining aggression, self-evaluation, internality, anxiety, extraversion and quality of life. In the decompensation stage of the disease the patients suffer from sublimated aggression, ambivalence, extraversion, increased self-evaluation, internality, anxiety, decrease of spirituality and devaluation of personal beliefs. Increased responsibility, self-evaluation and extraversion stimulate emotional self-regulation. That is why the disease plays the role of a psychological regulator of personal homeostasis and has the meaning of "a relative benefit".

Для исследования социально-психологического уровня использовались:

- методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейна в модификации А.М. Прихожан;
- методика исследования уровня субъективного контроля (УСК) Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной и А.М. Эткинды;
- методика диагностики показателей и форм агрессии А. Баса и А. Дарки (адаптация А.К. Осницкого);
- опросник для измерения уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера;
- 16-факторный опросник Кэттелла;
- методика исследования качества жизни - опросник ВОЗЖ-100.

Результаты и обсуждение

В результате выделения принципиальных компонентов анализа, при их вращении (varimax with Kaiser Normalization) выявлено пять факторов, общая дисперсия которых составила 88,2%. На долю первого фактора приходится 30,8% дисперсии, второго фактора — 16,6%, третьего — 14,4%, четвертого — 13,8% и пятого — 12,6%.

Фактор 1 "агрессивная самореализация"

При анализе представленных данных на первый план выступают деструктивные тенденции личности, проявляющиеся в виде прямой и мотивационной агрессии. Наряду с высокими показателя-

ми агрессивности личности: физическая агрессия (0,966), раздражение (0,883), вербальная агрессия (0,906), регистрируется высокая факторная нагрузка по чувству вины (0,834), косвенной агрессии (0,665), раздражение (0,883). Наряду с агрессивностью данная группа больных характеризуется высоким уровнем враждебности (0,885). Амбивалентность проявления деструктивных тенденций личности подтверждается наличием гетероагрессивных и аутоагрессивных реакций. Высокие показатели по фактору С-(0,646) говорят об эмоциональной неустойчивости личности, что косвенно свидетельствует о наличии астенических реакций и характеризует данную личность как беспомощную, усталую и не способную справиться с жизненными трудностями. Одновременно ее характерной чертой является низкая самооценка (0,815), что свидетельствует о личностной незрелости.

Данные факты можно расценивать как мобилизацию адаптационных процессов, которая проявляется в виде гипертрофированных стенических агрессивных реакций на фоне явлений личностного инфантилизма и астении.

Таким образом, болезнь выступает как симптом "условной выгоды", повышая деструктивность личности данных больных, которая привлекает к себе внимание окружающих, что в итоге ведет к самореализации. Симптом "условной выгоды", в виде которого выступает в данном случае болезнь, объясняется также с позиции личностной саморегуляции, когда привлечение к себе внимания окружающих в позиции больного стабилизирует самооценку, повышая ответственность, интервальность, что способствует эмоциональной саморегуляции, являясь регулятором личностного баланса.

Фактор 2 "экстраверсия"

Анализ факторных нагрузок структурных компонентов данного фактора показал, что на фоне личностного инфантилизма, что подтверждается низкой интернальностью (0,654), формируются компенсаторные механизмы, направленные на стабилизацию психологического благополучия. Учитывая высокие показатели по фактору I+ (0,684), больные данной группы характеризуются высокой потребностью в любви, внимании и помощи других людей и для них важен социальный комфорт, приятие, поддержка и одобрение со стороны окружающих. Психологический и социальный комфорт обеспечивается за счет механизмов, направленных вовне, на окружающих: экстраверсией (0,983), снижением обиды как аффективно окрашенной доминанты поведения (-0,626), увеличением самооценки авторитета (0,644).

Таким образом, данный фактор характеризуется повышением эмоционального комфорта личности за счет привлечения внимания окружающих к себе, обуславливая наличие болезни как симптома "условной выгоды", когда на высоте проявления соматической симптоматики и декомпенсации патологического процесса такие больные получают пристальное внимание со стороны окружающих: их жалеют, поддерживают и оберегают.

С другой стороны, болезнь в данном случае является регулятором личностного роста, обеспечивая нивелирование явлений личностной инфантильности, за счет гипертрофии личностных качеств, являющихся критериями личностной зрелости. Высокие показатели по фактору Н также указывают на личностную незрелость, заключающуюся в беззаботности и нечувствительности к сигналам опасности, такие больные имеют тягу к риску. По данным литературы, они более подвержены высокому кровяному давлению и коронарным заболеваниям. На фоне перенапряжения адаптационных механизмов у больных данной группы регистрируется 2 ст. повышения артериального давления: систолическое давление 160-179 мм рт.ст. (0,832). В роле сопутствующего клинического состояния чаще всего выступает инфаркт миокарда (0,712). Качество жизни данных больных высокое за счет удовлетворенности в сфере социальных отношений: личные отношения (0,625) с высокими показателями субсферы "способность выполнять повседневные дела" (0,640).

Фактор 3 "эмоциональная саморегуляция"

Анализ структурных компонентов данного фактора показал, что на фоне высокой личностной тревожности (0,774), которая характеризуется неопределенностью в отношении будущего, повышается уровень самооценки: самооценка внешности (0,934), самооценка характера (0,755), снижается соревновательность и агрессивность, проявляющаяся в типе личностного реагирования "А" (0,664). Наряду с этим снижается уровень базальных потребностей: фактор Q4-(0,878), что характеризует данных больных как расслабленных, удовлетворенных любым положением дел и не стремящихся к достижениям и переменам, что свидетельствует об их социальной адаптированности. Все данные факты характеризуют процесс эмоциональной саморегуляции и подтверждают значимость болезни как психологического регулятора личностного гомеостаза, что подтверждается благополучием в психологической сфере (0,930), удовлетворенностью качеством жизни (0,756) и высокой работоспособностью (0,657).

Фактор 4 "интернальность"

Анализ представленных данных показал, что на фоне личностной незрелости, проявляющейся высокими показателями по фактору G-(0,948) и выражающейся в недобросовестности, беспринципности и непостоянстве, повышается ответственность, которую обуславливает высокая интернальность (0,893). Данные больные демонстрируют агрессивность в виде реакций негативизма (0,797), что характеризует их поведение как оппозиционное и говорит о подавлении прямой агрессивности. Наряду с перечисленными факторами повышается самооценка (0,713). Таким образом, в данном случае болезнь выступает как регулятор личностного баланса за счет повышения ответственности, интернальности и стабилизации самооценки, способствуя психологической саморегуляции.

Фактор 5 "паранойяльность"

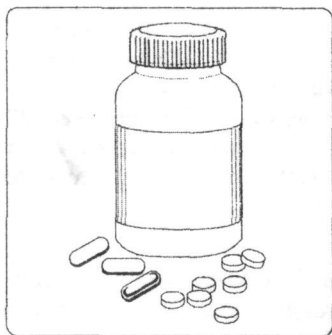
Анализ полученных данных позволил выявить структурный компонент данного фактора, имеющий максимальную факторную нагрузку $L+(0,935)$, что характеризует личность как подозрительную, недоверчивую, завистливую и раздражительную и обуславливает аффективно окрашенную доминанту, мотивирующую поведение. Это говорит об активной самореализации личности, которая достигается путем повышения самооценки: самооценки уверенности (0,762), самооценки авторитета (0,670), самооценки самостоятельности (0,628). Данный механизм обеспечивает удовлетворенность личными взаимоотношениями (0,867), социальными взаимоотношениями (0,701) и практической социальной поддержкой (0,654). Таким образом, в данном случае болезнь выступает как фактор, способствующий самореализации личности, обеспечивающий личностный гомеостаз и носит характер "симптома условной выгоды".

Таким образом, с помощью факторного анализа выявлено пять факторов, характеризующих психосоциальные особенности личности больных гипертонической болезнью. Психосоциальные аспекты декомпенсации гипертонической болезни, которые мы изучали, отражают перенапряжение компенсаторных механизмов на фоне соматического неблагополучия. Данное перенапряжение характеризуется стремлением личности к эмоциональной саморегуляции и обеспечению личностного гомеостаза на фоне дистрофических изменений в органах и тканях, не способных функционировать в режиме повышенной активности. Болезнь в данном случае имеет характер "условной выгоды". С одной стороны, она, выступая в роли психологического обеспечения личностного гомеостаза, способствует личностной саморегуляции

(повышение самооценки, ответственности, эмоциональной устойчивости и т. д), направленной на формирование удовлетворительной оценки качества своей жизни, но на фоне соматического неблагополучия дает эффект срыва компенсаторных механизмов и декомпенсации патологического процесса. С другой стороны, она выступает для привлечения к себе внимания окружающих, что стабилизирует самооценку больного, интернальность, способствуя эмоциональной саморегуляции.

Л и т е р а т у р а

1. Анохин П.К. // Вестн. АМН СССР. 1967. №6. С.10-18.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. М., 1988. 270 с.
3. Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л.: Медицина, 1976. 216 с.
4. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1981. 216 с.
5. Залевский Г.В., Семке В.Я. Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации. Красноярск, 1990. С.69-70.
6. Зюбан А.Л. Основы медицинской психологии. Л.: ВМА им. С.М. Кирова, 1972.
7. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: Рук-во для врачей. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
8. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002. 607 с.
9. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983. 167 с.



УДК 615.4 - 615.225 - 053.8

Е.В. Слободенюк, С.Ш. Сулейманов, Н.В. Абросимова, С.В. Дьяченко

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ ДЕКРЕТИРОВАННОЙ И НЕДЕКРЕТИРОВАННОЙ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения
Хабаровского края, г. Хабаровск*

В РФ среди различных классов заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями лидирует уже в

течение длительного периода времени и продолжает расти. Напряженная эпидемиологическая