

of adhesion molecules after percutaneous coronary intervention: results from the ARMYDA-CAMs (Atorvastatin for reduction of myocardial damage during angioplasty-cell adhesion molecules) substudy // J. am. coll. cardiol. – 2006. – № 17. Vol. 48 (8). – P. 1560–1566.

12. Tomiyasu H., Ishikawa K., Yamamoto M. Effect of anticholesterol therapy on soluble ICAM-1 in chronic stroke patients with hyperlipidemia // Tokai. j. exp. clin. med. – 2005. – № 30. Vol. 1. – P. 63–69.

Поступила 15.05.2011

**Д. С. КАСКАЕВА, М. М. ПЕТРОВА, Н. С. ООРЖАК,
А. А. ЕВСЮКОВ, И. В. РОМАНОВА**

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

*Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом
ПО ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздравоохранения»,
Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1е,
тел. 8 (391) 220-06-28. E-mail: stk99@yandex.ru*

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 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 корректирующей психотерапии пациентам с АГ, гипертоникам с психопатологическими расстройствами, организации профилактических программ, направленных на повышение стрессоустойчивости.

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

**D. S. KASKAEVA, M. M. PETROVA, N. S. OORJAK,
A. A. EVSUKOV, I. V. ROMANOVA**

FEATURES OF PSYCHOSOCIAL STATUS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN MALE POPULATION BY THE EXAMPLE OF A LARGE INDUSTRIAL CITY

*Department of outpatient care and family medicine with a course of PE SEI HPE
«Krasnoyarsk state medical university named after professor V. F. Voyno-Yasensky» of Ministry of health,
Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizana Zheleznyaka street, 1e,
tel. 8 (391) 220-06-28. E-mail: stk99@yandex.ru*

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 characterized by high rates of depression, emotional lability, susceptibility to reactive and personal anxiety, decreased adaptation to the conditions of social environment. Analysis of the data determines the need for corrective therapy to patients with hypertension hypertensive patients with psychopathological disorders and the organization of prevention programs aimed at improving stress tolerance.

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

Введение

Наряду с основными факторами риска важную роль в возникновении и развитии сердечно-сосудистых заболеваний играют психологические и социальные факторы [2, 8]. По данным Е. И. Чазова [5], основной причиной, способствовавшей росту заболеваемости и смертности населения от ССЗ в России в 90-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 уровней. Источниками психосоциального стресса

для широких слоев населения явились 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 расстройства депрессивного характера (депрессия и тесно ассоциированные с нею тревожные, истерические и невротические состояния) отмечались у 46% обследованных. При этом выраженное депрессивное состояние имело место у 24% пациентов. Полученные данные свидетельствуют о крайне высокой распространенности

хронического психоэмоционального напряжения (стресса), депрессивных и тревожных расстройств в общемедицинской практике: 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 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), чем у лиц с нормальным артериальным давлением (АД) [9]. 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, второй по значимости причиной будет депрессия [10].

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

Проведено обследование 470 мужчин в возрасте 30–59 лет, средний возраст составил $39,6 \pm 8,8$ года. Средний возраст мужчин в возрастной группе 30–39 лет составил $32,9 \pm 8,8$ года, в возрастной группе 40–49 лет – $44,1 \pm 2,8$ года, в старшей возрастной группе 50–59 лет – $54,1 \pm 3,6$ года. Было использовано 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 Спилбергер-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; повышение показателей 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 Спилбергер-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 нервнo-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 ситуациях состояние тревоги проявляется заметнее, чем у тех, кто имеет более 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 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. При соответствии данных нормальному

распределению для их сравнения использовали *t*-критерий Стьюдента-Фишера. В случае отклонения выборок от нормального распределения – непараметрические критерии значимости (F-критерий Фишера, критерий Манна-Уитни), корреляционный анализ Спирмена. Достоверным считался уровень значимости при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Артериальная гипертония (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 $43,2 \pm 8,8$ года. Знали о наличии АГ 78,4% обследуемых мужчин, когда данный показатель по РФ составляет 83,9% [7]. АГ 1-й и 2-й степени наблюдалась в 70,9 % и 20,9 % соответственно. АГ 3-й 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, 40–49, 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.

Как следует из таблицы 1, у мужчин с АГ достоверно чаще по сравнению со здоровыми мужчинами обнаружены признаки ипохондрии ($p=0,047$), депрессии ($p=0,02$) и ригидности ($p=0,02$). Анализ результатов средних значений СМОЛ показал наличие у мужчин с АГ тенденции:

– к ипохондрии (испытуемые медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах, обостренное самонаблюдение, близки к астеноневротическому 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, вызвать сочувствие со стороны окружающих, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, большая выразительность переживаний), $p=0,004$;

– 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 ипохондрия ($p=0,002$), 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 достоверно чаще ($p=0,0002$) наблюдаются у мужчин со средним специальным и средним образованием ($46,3 \pm 10,0\%$), чем у лиц с высшим образованием ($43,1 \pm 8,8\%$).

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% случаев соответственно. При этом в обеих группах преобладают умеренные признаки СПД: у мужчин с НАД (89,3%) и мужчин АГ (82,8%), которые можно корригировать немедикаментозными методами лечения.

Таблица 1

Усредненные показатели СМОЛ во всей выборке в зависимости от наличия АГ

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

Усредненные показатели психодиагностических тестов у организованной популяции мужчин крупного промышленного города

Название шкалы СМОЛ	Служащие	Рабочие	p
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 (ипохондрия)	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

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.

Проведенный нами анализ психологического статуса мужчин по шкале Спилбергера-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) ($p=0,005$)

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 умеренной 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%) уровни реактивной тревожности, характеризующие наличие напряженности, беспокойства и

Таблица 3

Усредненные показатели психодиагностических тестов у организованной популяции мужчин г. Кызыла в зависимости от уровня образования

Название шкалы СМОЛ	Высшее образование	Среднее образование	p
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 (ипохондрия)	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

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

Опросник Бека установил значимую 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 гипертонией.

Таким образом, психологический статус мужчин, страдающих АГ, по сравнению со здоровыми 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).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гарганеева Н. П.* Артериальная гипертония как психосоматическая проблема / Н. П. Гарганеева, В. Я. Тетенов, В. П. Леонов // Клиническая медицина. – 2004. – № 1. – С. 35–41.
2. *Кобалава Ж. Д.* Секреты артериальной гипертонии: ответы на ваши вопросы / Ж. Д. Кобалава, К. М. Гудков. – М., 2004. – С. 24.
3. *Погосова Г. В.* Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания // Ж. «Атмосфера. Кардиология». – 2004. – № 4. – С. 32–34.
4. *Полякова Е. О.* Пограничные психические расстройства в кардиологической практике: проблемы диагностики и лечения // Кардиологический вестник. – 2006. – № 2 (XIII). – 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.* Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования «КООРДИНАТА» / Е. И. Чазов, Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова и др. // Кардиология. – 2007. – № 10. – С. 24–30.
7. *Чазова И. Е.* Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Рекомендации РМОАГ и ВНОК / И. Е. Чазова, Л. Г. Ратова, С. А. Бойцов и др. // Системные гипертонии. – 2010. – № 3. – С. 5–26.
8. *Rosengren A.* 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 / A. Rosengren, S. Hawken, S. Yusuf // Lancet. – 2004. – V. 364. № 1. – P. 953–962.
9. *Davies S. J.* Association of panic disorder and panic attacks with hypertension / S. J. Davies, P. Ghahramani, P. R. Jackson et al // Am j. med. – 1999. – V. 107. № 4. – P. 310–316.
10. *Murray C. J.* Global mortality, disability, and contribution of risk factors: global burden of disease study / C. J. Murray, A. D. Lopez // Lancet. – 1997. – V. 349. № 1. – P. 1436–1442.

Поступила 08.06.2011

Ю. В. КАШИНА

РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЙ СТАТУС У СТУДЕНТОВ-ДЕВУШЕК В НАЧАЛЕ И В КОНЦЕ УЧЕБНОГО ГОДА

Кафедра нормальной физиологии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 9180113019. E-mail: yulia-kashina@yandex.ru

У 48 студенток-девушек регуляторно-адаптивный статус был оценен по параметрам сердечно-дыхательного синхронизма в начале и в конце учебного года. Динамика параметров сердечно-дыхательного синхронизма: уменьшение диапазона сердечно-дыхательного синхронизма, увеличение длительности развития синхронизации на минимальной границе диапазона и уменьшение индекса регуляторно-адаптивного статуса, свидетельствовала об уменьшении регуляторно-адаптивных возможностей в конце учебного года. При этом регуляторно-адаптивные возможности студенток были более снижены в лютеиновую фазу менструального цикла, чем в фолликулиновую.

Ключевые слова: сердечно-дыхательный синхронизм, регуляторно-адаптивный статус, менструальный цикл.

Y. V. KASHINA

REGULATORY AND ADAPTIVE STATE IN STUDENTS GIRLS AT THE BEGINNING AND FINISHED OF THE SCHOOL YEAR

Normal physiology department, Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str. 4, tel. 8 9180113019. E-mail: yulia-kashina@yandex.ru

In 48 students the regulatory and adaptive state at the beginning and finished of the school year was determined. Cardiorespiratory synchronism dynamics: decrease of the cardiorespiratory synchronism range, increase of synchronization development duration at