

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БЕРЕМЕННЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

М.М. Петрова¹, Н.П. Гарганеева², В.В. Костина¹, Д.С. Каскаева¹

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России

²ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, Томск
E-mail: stk99@yandex.ru

PSYCHOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AGAINST THE BACKGROUND OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY

M.M. Petrova¹, N.P. Garganeeva², V.V. Kostina¹, D.S. Kaskaeva¹

¹Krasnoyarsk State Medical University n.a. Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky

²Siberian State Medical University, Tomsk

В статье представлены результаты исследования 43 беременных женщин с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) I–II стадии. Показана динамика психологического профиля беременных с АГ на фоне длительной антигипертензивной фармакотерапии. Проведена сравнительная оценка клинической эффективности лечения АГ у беременных препаратами метопрололом тартрат (в блоктор второго поколения) (Эгилор-ретард, Эгис, Венгрия) и метилдопой (центральный α_2 адrenomиметик) (Допегит, Эгис, Венгрия). В результате назначенной антигипертензивной терапии был достигнут стойкий целевой уровень артериального давления (АД) у беременных женщин обеих групп. Психологический профиль беременных с АГ характеризуется склонностью к психосоматическим реакциям, выраженностью тревоги на соматическом уровне. Через 6 мес. в психологическом статусе беременных, принимавших метопролол тартрата, отмечено уменьшение симптомов депрессии и соматической тревоги, улучшение социальной адаптации на фоне нормализации и стабилизации уровня АД.

Ключевые слова: эссенциальная гипертензия, беременность, психологические особенности на фоне антигипертензивной терапии.

Results of the study of 43 pregnant women with essential hypertension (AH) of stage I–II have been conducted. The dynamics of psychological profile of pregnant women with AH has been shown against the background of the long-term antihypertensive pharmacotherapy. Comparative assessment of clinical efficacy of treatment of AH in pregnant women with medicine: metoprolol tartrate (Egilok Retard metoprolol, Egis, Hungary) and methyldopa (Dopegyt, Egis, Hungary) has been carried out. Administered antihypertensive therapy resulted in stable targeted level of AP in pregnant women of both groups. Psychological profile of pregnant women with AH is characterized by propensity to psychosomatic reactions, severity of anxiety at somatic level. By the 6th month we have noticed the reduction of symptoms of depression and somatic anxiety in psychological status of pregnant women receiving metoprolol tartrate, improvement of social adaptation against the background of normalization and stabilization of level of AH.

Key words: essential hypertension, pregnancy, psychological peculiarities against the background of antihypertensive therapy.

Введение

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщины является важнейшей медицинской и государственной задачей общества. Однако репродуктивное здоровье женщин зависит от многих его составляющих, в первую очередь, от уровня распространенности экстрагенитальной патологии, в структуре которой ведущее место занимает артериальная гипертензия (АГ) [3].

Беременность и роды являются чрезвычайно сильным эмоциональным фактором в жизни женщины, оказывающим глубокое влияние на ее психосоматическую организацию – как на физиологические процессы, так и на психическую деятельность [6]. Изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, повышают ее чувствительность к различным внешним воздей-

ствиям, в особенности, к изменениям собственного внутреннего состояния [10]. В настоящее время широко изучаются вопросы адаптации женщин при нормальном и патологическом течении гестационного процесса. Формирование системы взаимоотношений “мать–дитя” происходит постепенно, с момента зачатия, и влечет за собой серьезные изменения в жизни будущей матери. Известно, что даже физиологически протекающая беременность изменяет психическое состояние женщины и ее психологические реакции [5]. Среди значимых моментов, оказывающих влияние на социальное здоровье беременной женщины, выделяют такие как семейное положение, доходы семьи, образ жизни во время беременности, оценка самой беременности как события, благоприятного для женщины [2]. В качестве пред условия психического здо-

ровья будущей матери рассматривается динамика личностных характеристик женщины в период беременности. Авторы выделяют различные типы беременности и анализируют их взаимосвязи с процессами адаптации к беременности, с успешностью ее протекания и формированием материнского поведения [9].

Артериальная гипертензия беременных – особая актуальная междисциплинарная проблема. В период гестации АГ является одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, увеличивает риск осложнений как у матери, так и у плода [3]. По данным ряда авторов, беременные женщины с хронической АГ, по сравнению с женщинами с высоким нормальным и нормальным артериальным давлением (АД), отличаются высокими уровнями тревожности и пессимизма, ухудшением гемодинамических показателей и усилением психоэмоциональных реакций при нарушении внутрисемейных отношений [7, 8]. У беременных с хронической формой АГ преобладает стенический характер эмоциональных и поведенческих проявлений, тогда как у женщин с нормальным уровнем АД – гипостенический [4]. В связи с этим представляется актуальным изучение личностных особенностей и психологического состояния женщины в период беременности с оценкой ее соматического здоровья [1, 9]. Кроме того, требуется научно обоснованный подход к тактике ведения беременных с АГ в назначении антигипертензивных препаратов.

Цель исследования: изучить психологические особенности беременных женщин с АГ на фоне проводимой антигипертензивной терапии.

Материал и методы

Под наблюдением находились 43 беременных женщин, страдавших АГ до беременности. Диагноз эссенциальной АГ верифицировался в соответствии с классификацией АГ при беременности [3]. Обследование беременных выполнялось в полном объеме в соответствии с протоколом принятого медико-социального стандарта. Включенных в программу исследования беременных женщин рандомизировали в две группы. В первую группу вошла 21 женщина в возрасте от 24 до 40 лет (средний возраст $30,1 \pm 4,15$ года), во вторую группу – 22 женщины от 23 до 36 лет (средний возраст $28,5 \pm 3,55$ года). Группы были сопоставимы по возрасту, уровню АД, длительности АГ, соматическому состоянию, акушерскому и гинекологическому анамнезу, наличию вредных привычек. В режиме монотерапии первой группе женщин назначался метопролол тартрат (Эгилок-ретард) в дозе 50–75 мг/сут, второй – метилдопа (Допегит) в суточной дозе 500–1000 мг.

Критерии включения в исследование: женщины, страдавшие эссенциальной АГ I или II стадии до беременности, информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: несогласие беременной участвовать в исследовании; симптоматическая АГ; брадикардия; наличие атриовентрикулярной блокады по данным ЭКГ; использование антигипертензивной фармакотерапии других классов; протеинурия; сопутствую-

ющие заболевания: сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани, заболевания крови, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, ожирение 3–4-й степени, психотические психические расстройства.

Оценка психологического статуса беременных с АГ проводилась с помощью адаптированного сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) (Зайцев В.П., 1981) во время первичного обследования и через 6 мес. динамического наблюдения на фоне проводимой антигипертензивной терапии.

Тест СМОЛ отвечает основным требованиям, предъявляемым к психологическому тесту, объективен, валиден, имеет собственный адекватный стандарт, время тестирования – 5–10 мин. Тест СМОЛ состоит из 71 вопроса, включает в себя оценочные и клинические шкалы. Оценочные шкалы (L, F, K) были составлены с целью минимизации установочного эффекта и определения достоверности полученного результата. Шкала L позволяет выявить стремление испытуемого выглядеть в более благоприятном свете; увеличение по шкале F свидетельствует о недостоверности полученного результата; шкала K корректирует стремление к чрезвычайной замкнутости и открытости. Определенные тенденции в структуре личности больного позволяют оценить 9 клинических шкал: 1 – “ипохондричности”, 2 – “депрессии, гипотимии, пессимистичности”, 3 – “эмоциональной лабильности, демонстративности”, 4 – шкала “социальной дезадаптации, психопатии”, 6 – “ригидности”, 7 – “тревоги”, 8 – шкала “аутизма”, 9 – “оптимизма/гипомании”.

Статистическую обработку полученных данных проводили с применением пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. При сравнении групп с нормальным распределением использовался критерий Стьюдента, при асимметричном распределении – тест Манна-Уитни. Результаты исследования представлены в виде значений $M \pm \sigma$ (M – среднее арифметическое, σ – среднеквадратичное отклонение). За статистически значимые принимались различия при достигнутом уровне $p < 0,05$.

Результаты

Усредненные профили теста СМОЛ беременных женщин с АГ обеих групп при первичном тестировании представлены на рисунке 1.

Значимые различия между группами получены по шкале L ($p = 0,028$) и шкале 2 ($p = 0,037$), по остальным шкалам различий в психологическом профиле беременных женщин на момент включения в исследование получено не было.

Усредненные профили личности беременных женщин обеих групп, представленные в Т-баллах, находились в пределах 40–60 Т баллов. Такой профиль чаще всего встречается у лиц, относимых к конкордантной норме, т.е. у гармоничных личностей. Усредненный профиль личности беременных женщин с АГ по исходному уровню (рис. 1), характеризовался повышением показателей по шкалам 1 (ипохондричности), 2 (пессимистичности), 7 (психастении), что означало склонность к психосоматическим реакциям, к повышению тревоги, внутренней

напряженности на соматическом уровне, дезадаптации в переживании стрессовых ситуаций.

Через 6 мес., в течение которых все беременные принимали назначенные антигипертензивные препараты, проведено повторное тестирование СМОЛ. Как и при первом обследовании, усредненные профили личности в обеих группах спустя 6 мес. находились в интервале, соответствующем нормативному разбросу 40–60 Т-баллов (табл. 1).

В 1-й группе беременных женщин (получавших метопролола тартрат) оценка психологического статуса через 6 мес. лечения выявила статистически значимое снижение уровня пессимистичности (шк. 2) в сравнении с исходным значением (с $53,67 \pm 8,03$ до $45,76 \pm 5,58$ Т-баллов; $p=0,001$). Также отмечена явная тенденция к снижению “ипохондричности” (шк. 1) с $50,29 \pm 2,23$ до $47,81 \pm 1,78$ Т-баллов ($p=0,077$). По остальным шкалам теста различий в психологическом профиле личности до и после терапии не установлено. На фоне нормализации

и стабилизации уровня АД актуальное психологическое состояние беременных сопровождалось уменьшением симптомов пессимистичности и ипохондрической тревожности, улучшением социальной адаптации.

У женщин 2-й группы, получавших метилдопу, обращало внимание возрастание уровня Т-баллов теста СМОЛ по ряду шкал, хотя, как и у женщин 1-й группы, они оставались в пределах нормы. Отмечено нарастание Т-баллов по 2-й шкале (“пессимистичности”), а также по двум другим шкалам невротической триады (“ипохондричности” и “эмоциональной лабильности, демонстративности”). Полученные результаты свидетельствовали об усилении неустойчивости эмоционального состояния этой группы беременных женщин.

В то же время регулярная антигипертензивная терапия привела к статистически значимому снижению уровней систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления в обеих группах. Начальная доза метопролола тартрат составляла 50 мг при однократном

приеме, доза метилдопы – 500 мг в режиме монотерапии в два приема. При неэффективности дозы препаратов увеличивали: среднюю дозу метопролола тартрат до $62,14 \pm 3,91$ мг/сут, метилдопы – до $756,45 \pm 34,45$ мг/сут. На момент включения в исследование значение САД в первой группе составило $151,71 \pm 0,82$ мм рт. ст., во второй – $151,0 \pm 0,71$ мм рт. ст. ($p=0,511$), ДАД в первой группе – $91,24 \pm 1,1$ мм рт. ст., во второй – $91,41 \pm 1,1$ мм рт. ст. ($p=0,908$). Спустя 6 мес. среднее значение САД на фоне терапии метопрололом тартратом достигло уровня $122,11 \pm 1,07$ мм рт. ст., на фоне лечения метилдопой – $124,27 \pm 1,6$ мм рт. ст.. Средние значения ДАД в первой группе снизились до $78,76 \pm 4,3$ мм рт. ст., во второй – до $79,36 \pm 6,5$ мм рт. ст. В сравнении с исходными уровнями снижение САД и ДАД в обеих группах было статистически значимым на уровне $p<0,001$. При использовании антигипертензивных пре-

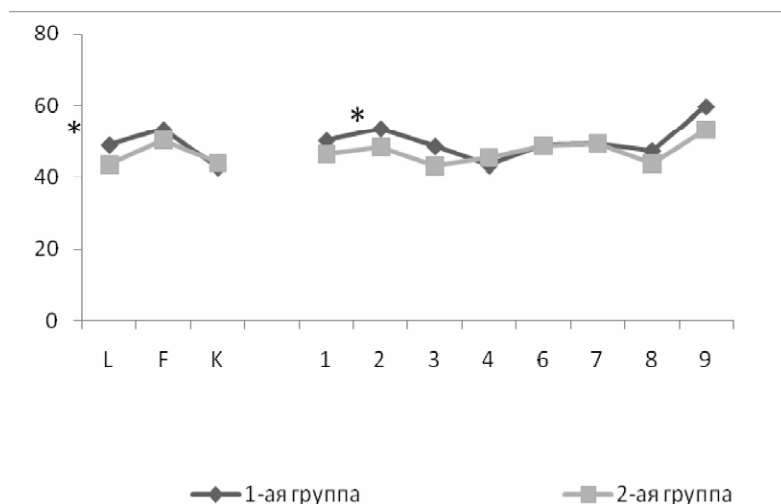


Рис. 1. Усредненные профили СМОЛ беременных женщин на момент включения в исследование
Примечание: * – $p<0,05$

Таблица 1

Динамика усредненных показателей теста СМОЛ у беременных женщин 1 и 2-й групп, страдающих АГ, в процессе 6-месячной терапии метопролола тартратом и метилдопой ($M \pm \sigma$)

Шкалы	1-я группа метопролола тартрат ($n=21$)			2-я группа метилдопы ($n=22$)			Исходно p_{1-2}
	Исходно	Через 6 мес.	p	Исходно	Через 6 мес.	p	
L	$49,00 \pm 1,74$	$47,10 \pm 1,40$	0,179	$43,64 \pm 1,64$	$45,59 \pm 1,68$	0,010	0,028
F	$53,43 \pm 1,71$	$53,00 \pm 1,54$	0,816	$50,41 \pm 2,03$	$53,45 \pm 1,72$	0,001	0,264
K	$42,76 \pm 1,69$	$42,05 \pm 2,09$	0,617	$44,09 \pm 1,74$	$44,41 \pm 1,84$	0,679	0,588
1	$50,29 \pm 2,23$	$47,81 \pm 1,78$	0,077	$46,59 \pm 2,29$	$49,91 \pm 2,10$	0,015	0,255
2	$53,67 \pm 1,75$	$45,76 \pm 1,22$	0,001	$48,45 \pm 1,68$	$56,64 \pm 0,67$	0,001	0,037
3	$48,62 \pm 1,88$	$45,76 \pm 1,70$	0,064	$43,23 \pm 2,17$	$46,36 \pm 2,00$	0,028	0,068
4	$43,29 \pm 2,59$	$44,78 \pm 2,61$	0,710	$45,50 \pm 2,17$	$49,36 \pm 2,38$	0,006	0,515
6	$48,95 \pm 2,94$	$48,57 \pm 2,86$	0,828	$48,82 \pm 2,07$	$50,95 \pm 1,88$	0,087	0,970
7	$49,29 \pm 3,09$	$47,38 \pm 3,02$	0,410	$49,50 \pm 2,45$	$50,95 \pm 2,16$	0,452	0,957
8	$47,38 \pm 3,43$	$46,24 \pm 2,94$	0,621	$43,82 \pm 1,82$	$46,45 \pm 1,83$	0,005	0,359
9	$59,76 \pm 3,05$	$62,00 \pm 2,06$	0,268	$53,36 \pm 1,81$	$52,50 \pm 2,08$	0,413	0,075

Примечание: p – t -критерий по Стьюденту. L, F, K – оценочные шкалы; 1 – шкала “ипохондричности”; 2 – шкала “депрессии, гипотимии, пессимистичности”; 3 – шкала “эмоциональной лабильности, демонстративности”; 4 – шкала “психопатии”; 6 – шкала “ригидности”; 7 – шкала “тревоги”; 8 – шкала “аутизма”; 9 – шкала “оптимизма/депрессии”.

паратов класса бета-адреноблокаторов (метопролола тартрата) и класса центрального действия (метилдопа) у беременных с АГ умеренной степени повышения АД достигнут его целевой уровень. Переносимость антигипертензивных препаратов в группе лечения метопрололом тартрата оценивалась как хорошая, побочных неблагоприятных реакций не наблюдалось, большинство пациентов в ходе лечения отмечали выраженное субъективное улучшение самочувствия. При назначении метилдопы некоторые беременные жаловались на головную боль, сонливость, тошноту, которые появились у 36,4% женщин при увеличении дозы препарата.

Выводы

1. Психологический профиль беременных женщин, страдающих АГ, характеризуется склонностью к психосоматическим реакциям, выражению тревоги на соматическом уровне, дизадаптацией в переживаниях стрессовых ситуаций.
2. Спустя 6 мес. терапии метопрололом тартрата на фоне нормализации и стабилизации уровня АД в актуальном психологическом состоянии беременных наблюдалось уменьшение проявлений пессимистичности и соматической тревоги, улучшение социальной адаптации.
3. В группе женщин, принимавших метилдопу, через 6 мес. лечения отмечено повышение уровня шкал невротической триады – “ипохондричности”, “пессимистичности” и “эмоциональной лабильности”, что отражало усиление склонности к выражению тревоги на соматическом уровне.

Литература

1. Батуев А.С. Психофизиологические основы доминанты материнства // Валеология. – 2003. – № 3. – С. 27–29.
2. Безрукова О.Н. Влияние социопсихологических факторов на социальное здоровье беременной женщины : автореф. дис. ... канд. психол. наук – СПб., 1998. – 36 с.
3. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности / Национальные клинические рекомендации / под ред. Р.Г. Оганова. – 3-е изд. – М. : Силиция-Полиграф, 2010. – С. 20–34.
4. Канаева Т.В. Взаимосвязь суточного профиля артериального давления и психологического статуса у беременных : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ульяновск, 2007. – 21 с.
5. Кочнева М. А., Сумовская А.Е., Орлова М.М. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности // Акушерство и гинекология – 1990. – № 3. – С. 13–16.
6. Менделевич Д.М., Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (современные аспекты проблемы) // Неврологический вестник. – 1993. – Т. 25, № 1/2. – С. 104–108.
7. Мишина И.Е. Клиническое и прогностическое значение нейровегетативных и метаболических нарушений при артериальной гипертензии у беременных : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2007. – 42 с.
8. Петрова М.М., Петрова В.В. Изменение качества жизни беременных с артериальной гипертензией на фоне фармакотерапии // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2009. – Т. 24, № 4, вып. 2. – С. 112–113.
9. Соколова О.А., Сергиенко Е.А. Динамика личностных характеристик женщины в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка // Психологический журнал. – 2007. – Т. 28, № 6. – С. 69–81.
10. Филиппова Г.Г. Психология материнства : учеб. пособие. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.

Поступила 23.08.2011