УДК 616.12-008.331.1-036-053.67:613.86

С.Р. Толмачова,
В.В. Ніконова,
О.М. Носова,
Е.Л. Ахназарянц

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНАКІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України»
(директор – д. мед. н., проф. М.М.Коренєв)
м. Харків

Ключові слова: *підлітки, первинна артеріальна гіпертензія, психологічні порушення, серцево-судинна система, церебральна гемодинаміка*
Key words: *adolescents, primary arterial hypertension, psychological disorders, cardio-vascular system, cerebral hemodynamics*

Резюме. *Проведено клинико-психологическое обследование 57 юношей с первичной артериальной гипертензией. Выявлены различные психологические нарушения: дезадаптивные типы отношения к своему заболеванию (35,1%), средний (66,7%) и высокий (24,6%) уровень эмоционального стресса, неадаптированность (47,4%) и дезадаптированность (22,8%) к внутреннему и внешнему миру. Установлено, что у подростков с высоким и средним уровнем эмоционального стресса выявлены признаки формирования гипертензивного сердца (нарастание массы миокарда левого желудочка и его индекса) и нарушения церебральной гемодинамики в бассейне внутренней сонной артерии, которые являются независимыми маркерами неблагоприятного течения артериальной гипертензии.*

Summary. *Clinical-psychological examination of 57 youths with primary arterial hypertension was performed. There were revealed different types of psychological disorders: disadaptable types of attitude to their disease (35,1%), average (66,7%) and high (24,6%) levels of emotional stress, unadjustment (47,4%) and maladjustment (22,8%) to the outer life and to the inner world. It was established that in the youths with high and average level of emotional stress there were diagnosed signs of hypertensive heart formation (an increase of the left ventricle in weight and its index), as well as disorders in cerebral hemodynamics in the bed of inner carotid, which are the independent markers of unfavorable course of arterial hypertension.*

Серед численних факторів, які сприяють розвитку серцево-судинних захворювань, не останню роль відіграють психологічні. Своєчасне виявлення психологічних порушень у дебюті захворювання дозволить запобігти його подальшому прогресуванню.

На наш час загальновизнана роль психологічних факторів у етіології й патогенезі есенціальної артеріальної гіпертонії [3]. Вивчення впливу психологічних факторів на рівень артеріального тиску актуально й на сьогодні, незважаючи на те, що психосоматична гіпотеза була висунута ще F. Alexander близько 60 років тому. Дослідження останніх років показують, що найбільш значущими із психологічних факторів, асоційованих із розвитком серцево-судинних захворювань, у тому числі гіпертонії, є гострий і хронічний психоемоційний стрес, а також тісно пов'язані з ним тривожні й депресивні розлади. Ці розлади є не тільки факторами ризику розвитку артеріальної гіпертонії, але й у значній мірі визначають клінічний перебіг захворювання, а також його прогноз [1,2].

Вплив соматичної патології на психіку хворого відбувається у двох напрямках: особистісна реакція на захворювання й зміну психіки, яку викликає хвороба. Тривале емоційне напруження є основою різних соматопсихічних захворювань. Психологічні порушення, що виникають у пацієнтів із соматичними захворюваннями, за ступенем інвалідизації не поступаються психотичним розладам і в значній мірі збільшують витрати на охорону здоров'я [4]. Питанням психосоматических взаємин у хворих з артеріальною гіпертензією у наш час присвячено велику кількість робіт [5,7,8], але в педіатрії зустрічаються лише поодинокі публікації [9,10].

Мета дослідження – вивчити клініко-психологічні особливості юнаків із первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

В умовах відділення кардіоревматології ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України» проведене комплексне клініко-психологічне обстеження 57 юнаків з ПАГ П ст. (з ураженням органів-мішеней) у віці 15-18 років. Симптоматичний характер гіпертензії в них був виключений. Усім досліджуваним про-

водилося ультразвукове дослідження серця в "В" режимі на апараті "Sanoline - SL" фірми "Siemens" за стандартною методикою. Церебральну гемодинаміку вивчали за даними реоенцефалографії.

Рівень емоційного стресу в підлітків визначали за допомогою колірного тесту М.Люшера. Для виявлення типу ставлення до свого захворювання використовували «Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту», що диференціює 12 типів реагування особистості на хворобу. Вивчення соціально-психологічної адаптації юнаків проводилося за методикою А.В.Фурмана.

Статистичну обробку даних проведено за допомогою прикладних програм у системі Excel і Statgraphics на ПК IBM PC.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідженнями, проведеними співробітниками інституту, були виявлені зміни серцево-судинної системи й церебральної гемодинаміки в юнаків із ПАГ [6]. Інтерес викликало вивчення морфофункціональних параметрів серця й показників церебральної гемодинаміки залежно від рівня емоційного стресу й типу ставлення до свого захворювання.

Підвищені цифри артеріального тиску (150/80-180/110 мм рт.ст.) частіше виявлялися випадково при проходженні профогляду в школі або райвійськкоматі й тільки в 28,0% підлітків – при звертанні до лікаря зі скаргами на головні болі.

У більшості (71,9%) юнаків відзначався гармонійний фізичний розвиток, у 22,8% випадків виявлено надлишкову масу тіла, у 3,5% - недостатню масу тіла й у 1,8% - високий зріст. Статевий розвиток обстежених відповідав біологічному віку.

Практично всі юнаки (94,7%) при надходженні у відділення пред'являли різні скарги: головний біль зустрічався в 87,7% обстежених, кардіалгії - в 52,6%, а скарги загальноневротичного характеру – в 59,7% .

Звертає на себе увагу високий відсоток обтяженої спадковості по захворюваннях органів кровообігу серед родичів першої й другої лінії споріднення. Так, у 91,2% юнаків із ПАГ була присутня обтяжена спадковість по серцево-судинних захворюваннях. По лінії матері обтяжена спадковість зустрічається в 40,4% випадків, батька - 21,1% і по обох лініях – у 29,8% випадків. Крім того, 22,8% матерів і 21,1% батьків мають гіпертонічну хворобу, а в 15,8% випадків вона зустрічається в обох батьків. Ці дані підтверджують роль генетичних факторів у формуванні артеріальної гіпертензії.

В останні роки в дитячій кардіології при розробці програм відновного лікування враховується особистісне реагування хворого на захворювання. Відношення до хвороби - вихідний, ключовий феномен, без розуміння якого неможливо побудувати ефективний лікувальний і реабілітаційний процеси.

Для юнаків із ПАГ характерні типи ставлення до хвороби, що відносяться до першого блоку шкал (64,9%). Тверезa оцінка свого стану, прагнення активно сприяти успіху лікування (гармонійний тип) були установлені у 17,5% обстежених підлітків. Ергопатичний тип («відхід від хвороби в активну навчальну діяльність і роботу») був виявлений в 26,3% випадків, а анозогнозичний («активне відкидання думок про хворобу і її наслідки») - в 15,8% юнаків. Змішаний тип ставлення до свого захворювання (сполучення ергопатичного й анозогнозичного типів) зустрічався в 5,3% випадків. Ці типи характеризуються меншою вираженістю соціальної дезадаптації хворого у зв'язку із захворюванням.

Другий блок шкал включає типи реагування з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, неврастенічний та ін.). Ці типи свідчать про наявність особистісної дезадаптации хворого у зв'язку із захворюванням і встановлені в 12,3% юнаків з ПАГ. Найбільш часто (10,5%) діагностувався тривожний тип ставлення до свого захворювання («безперервне занепокоєння й помисливість відносно несприятливого перебігу захворювання, можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпечності лікування»).

У 22,8% випадків у підлітків із ПАГ визначався сенситивний тип ставлення до свого захворювання, що характеризується «надмірною заклопотаністю про можливе несприятливе враження, яке можуть справити на оточення відомості про їх хворобу». Цей тип належить до третього дезадаптивного блоку шкал з інтерпсихічною спрямованістю.

Таким чином, у 35,1% випадків у юнаків із ПАГ діагностовано дезадаптивні типи ставлення до свого захворювання з інтер- і інтрапсихічною спрямованістю, що вимагає своєчасного включення в індивідуальні програми лікування підлітків диференційованих психокоригувальних заходів.

При аналізі рівня емоційного стресу в юнаків із ПАГ у динаміку спостереження (при надходженні хворого в стаціонар і при його виписці) виявлено достовірні його розходження (табл.1). Як видно з таблиці 1, для підлітків характерний середній рівень емоційного стресу (66,67%). У

21,05% юнаків реєструвався високий і в 3,51% – надвисокий рівень емоційного стресу. В результаті проведеного лікування відзначається позитивна динаміка: вірогідно збільшився відсоток підлітків без стресу (5,26% проти 8,77%; $p_t < 0,01$), з низьким рівнем (3,51% і 22,81%; $p_t < 0,001$) і знизився з високим рівнем емоційного стресу (21,05 % проти 7,02%; $p_t < 0,001$).

Таблиця 1

Характеристика рівня емоційного стресу в юнаків із первинною артеріальною гіпертензією в динаміці спостереження

Рівень стресу	При надходженні			При виписці		
	n	%	± m	n	%	± m
Відсутній	**3**	**5,26**	**0,61**	**5**	**8,77***	**0,78**
Низький	**2**	**3,51**	**0,50**	**13**	**22,81****	**1,15**
Середній	**38**	**66,67**	**1,29**	**35**	**61,40***	**1,34**
Високий	**12**	**21,05**	**1,12**	**4**	**7,02****	**0,70**
Надвисокий	**2**	**3,51**	**0,50**	**-**	**-**	**-**

Примітка: * $p_t < 0,01$, ** $p_t < 0,001$ – вірогідність показників між порівнюваними групами

При вивченні соціально-психологічної адаптації підлітків із ПАГ установлено, що неадаптованість до зовнішнього й внутрішнього світу реєструвалася вірогідно частіше, ніж дезадаптованість (47,4% проти 22,8%; $p_t<0,01$) і адаптованість (29,8%; $p_t < 0,05$). Дезадаптованість і неадаптованість підлітків пов'язана із позасімейним оточенням - негативне відношення до школи й вулиці.

При аналізі змін серцево-судинної системи залежно від рівня емоційного стресу отримано достовірні розходження (табл.2). Як видно з таблиці 2, виявлено достовірне збільшення скорочувальної здатності міокарда в підлітків із високим (ударний об'єм - 88,06±4,10 міл проти 74,59±3,29 міл; $p_t<0,01$) і середнім (84,26±3,32 міл проти 74,59±3,29 міл; $p_t<0,05$) рівнем емоційного стресу в порівнянні з юнаками без стресу, з одночасним зниженням загального периферичного опору (1283,16±102,04 дин.с.см$^{-5}$ і 1304,76±76,48 дин.с.см$^{-5}$ проти 1622,96±62,35 дин.с.см$^{-5}$; $p_t<0,01$), що свідчить про формування в них гіперкінетичного типу гемодинаміки. У пацієнтів із нормальним рівнем емоційного стресу відзначається тенденція до підвищення загального периферичного опору (1622,96±62,35 дин.с.см$^{-5}$) і зниження скорочувальної здатності міокарда (ударний об'єм - 74,59±3,29 міл, хвилинний - 4,85±0,52 л/хв), що свідчить про розвиток у них гіпокінетичного варіанта гемоциркуляції.

Необхідно відзначити, що показники насосної функції серця у всіх досліджуваних групах перебували в межах вікової норми (табл. 2).

При оцінці параметрів серця залежно від рівня емоційного стресу в юнаків із ПАГ виявлені деякі особливості. Так, у підлітків з високим і середнім рівнем стресу відзначається достовірне збільшення маси міокарда лівого шлуночка (140,85±7,99 г і 137,01±5,18г проти 102,66±5,72 г; $p_t<0,001$) і індексу маси міокарда лівого шлуночка (81,20±4,80 г/м^2 і 79,90±3,50 г/м^2 проти 61,70±4,30 г/м^2; $p_t<0,01$) у порівнянні з підлітками, у яких стрес був відсутній. Крім того, у юнаків із середнім рівнем стресу відзначається достовірне ($p<0,02$) збільшення діаметра кореня аорти (2,77±0,05 см і 2,62±0,04 см), а при високому - діаметра лівого шлуночка (5,27±0,07 см і 4,94±0,08 см; $p_t<0,01$), у порівнянні із групою підлітків без стресу.

При вивченні стану серцево-судинної системи залежно від типу ставлення до свого захворювання в групах юнаків із різним рівнем емоційного стресу достовірних розходжень не отримано.

Таким чином, підлітки із ПАГ з високим і середнім рівнем емоційного стресу й дезадаптивними типами ставлення до свого захворювання мають ознаки формування гіпертензивного серця, про що свідчить наростання маси міокарда лівого шлуночка і його індексу, що є незалежними маркерами несприятливого перебігу артеріальної гіпертензії надалі.

При аналізі даних реоенцефалографії в юнаків із ПАГ були виявлені особливості з боку церебральної гемодинаміки. Так, у підлітків із високим рівнем емоційного стресу відзначалося достовірне зниження кровонаповнення судин головного мозку в басейні внутрішньої сонної артерії (75,0% проти 37,9% ; $p_\varphi < 0,05$).

Модуль пружності, що характеризує еластичність і тонус артеріальних судин, у групі обстежених із середнім рівнем емоційного стресу в басейні хребетної артерії в 34,5% випадків був вище норми, і його підвищення не зареєстроване в юнаків із високим рівнем стресу ($p_\varphi < 0,001$).

Таблиця 2

Параметри гемодинаміки залежно від рівня емоційного стресу в підлітків із первинною артеріальною гіпертензією (M± m)

Показник	Рівень емоційного стресу		
	нормальний n=5	середній n=38	високий n=14
Ударний об'єм, мл	74,59±3,29	84,26±3,32*	88,06±4,10**
Хвилинний об'єм, л/хв	4,85±0,52	6,25±0,43	6,28±0,36
Загальний периферичний опір, дин.с.см$^{-5}$	1622,96±62,35	1304,76±76,48**	1283,16±102,04**
Фракція викиду, %	61,10±3,01	70,05±0,92	65,80±1,77

Примітка: * $p_t < 0,05$, ** $p_t < 0,01$ – вірогідність показників у порівнянні із групою підлітків без стресу

Стан тонусу дрібних артерій і артеріол характеризують показники дикротичного індексу. Встановлено, що в басейні внутрішньої сонної артерії у хворих із середнім рівнем стресу дикротичний індекс значно вище ($p_u < 0,02$), ніж у підлітків із високим рівнем (62,1% проти 25,0%). На підставі цих даних можна припустити, що у хворих із ПАГ у басейні внутрішньої сонної артерії відзначається підвищення тонусу дрібних артерій і артеріол, що свідчить про збільшення опору прекапілярного русла кровотоку.

Важливу роль в ауторегуляції церебрального кровопостачання відіграє венозна система. Стан венозного відтоку й тонусу вен і венул характеризує діастолічний індекс. При аналізі даного показника виявлено, що в 69,6% випадків він вірогідно ($p_\varphi < 0,01$) вище (> 75%) у підлітків із середнім рівнем емоційного стресу, ніж у групі юнаків із високим рівнем стресу (25,0%).

При аналізі показників церебральної гемодинаміки залежно від типу ставлення до свого захворювання встановлено, що тільки в юнаків із сенситивним типом ставлення до хвороби зустрічається сукупний тип церебральної гемодинаміки (42,9%). Крім того, дикротичний і діастолічний індекси також вище в цій групі обстежених, ніж у підлітків із тривожним типом ставлення до свого захворювання (відповідно 68,49 ± 3,84 проти 53,58 ± 4,89; $p_u < 0,02$ і 81,72 ± 2,62 проти 71,95 ± 2,62; $p_u < 0,01$).

Таким чином, у юнаків із ПАГ, особливо при середньому рівні емоційного стресу й сенситивному типі ставлення до свого захворювання, діагностуються порушення церебральної гемодинаміки на рівні як артеріальної, так і венозної ланок у басейні внутрішньої сонної артерії.

Отже, вже на ранніх етапах захворювання в юнаків відзначаються психологічні розлади й зміни з боку серцево-судинної системи і порушення церебральної гемодинаміки, що вимагають диференційованої гіпотензивної терапії й психокоригувальних заходів.

ВИСНОВКИ

1. У підлітків із ПАГ з високим і середнім рівнем емоційного стресу виявлено ознаки формування гіпертензивного серця (наростання маси міокарда лівого шлуночка і його індексу) і порушення церебральної гемодинаміки (артеріальної й венозної ланок у басейні внутрішньої сонної артерії), які є незалежними маркерами несприятливого перебігу артеріальної гіпертензії.

2. Вже на ранніх етапах захворювання у юнаків діагностуються психологічні порушення: дезадаптивні типи ставлення до свого захворювання з інтер- та інтрапсихічною спрямованістю (35,1%), середній (66,7%) і високий (24,6%) рівні емоційного стресу й дезадаптованість до зовнішнього й внутрішнього світу (22,8%).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александровский Ю.А. Современные подходы к пониманию пограничных психических расстройств // Международный медицинский журнал.-2000.-№1.-С. 30-32.

2. Артериальная гипертония и тревожные расстройства / О.Д.Остроумова, В.И.Мамаев, Е.И.Первичко, В.В.Барановская // Кардиология.-2002.-№2.-С.95-99.

3. Ахмедов Т.І., Куріло В.О. Психосоматичні співвідношення в структурі пограничних психічних розладів у хворих на ессенціальну артеріальну гіпертонію // Проблеми медичної науки та освіти.-2002.-№3.-С.44-47.

4. Бєляєва Н.М. Інвалідність внаслідок серцево-судинних захворювань та потреба інвалідів у видах медико-соціальної реабілітації // Актуальні проблеми медико-соціальної експертизи, профілактики інвалідності та реабілітації інвалідів. – Дніпропетровськ:Пороги,2006. – С.19-20.

5. Волков В.С., Мазур Е.С., Калязина В.В. О механизмах формирования психосоматических соотношений при гипертонической болезни // Кардиология.- 1998.-№ 3.-С. 71–74.

6. Вплив добового профілю артеріального тиску на формування уражень органів-мішеней у підлітків із первинною артеріальною гіпертензією / М.М.Коренєв, Л.Ф.Богмат, О.М.Носова та ін. // Современная педиатрия.-2008.-№2.-С.123-128.

7. Дроздова И.В. Клинико-функциональные особенности больных артериальной гипертензией с нозогениями // Таврический медико-биологический вестник.-2008.-№2.-С.66-70.

8. Задионченко В.С., Хруленко С.Б., Петухов О.И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертонией с метаболическими факторами риска // Кардиология.- 2002.-№ 8.-С. 56–60.

9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста.-СПб.:Специальная литература,1996.-454с.

10. Толмачова С.Р. Особливості психологічного статусу дітей та підлітков із захворюваннями органів кровообігу // Львівський мед. часопис = Acta Medica Leopoliensia.-2002. – Т.8, №4.-С.16-18.