

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ибатов А.Д.<sup>1</sup>, Морозова И.В.\*<sup>2</sup><sup>1</sup> Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва<sup>2</sup> ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва

УДК: 616.12-008.331.1:616.89:613.86

DOI: 10.25881/BPNMSC.2018.55.78.018

**Резюме.** Обследованы 60 пациентов (средний возраст – 37,6±8,2 лет, 40 мужчин, 20 женщин). Проведено определение антропометрических показателей, исследование параметров центральной гемодинамики, лабораторно-инструментальное обследование; психоэмоциональный статус оценивали с помощью опросников: 1. «Перечень учета симптомов – 90 – пересмотренный» 2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Тип акцентуации личности определяли с помощью характерологического опросника Леонгарда (модификация Шмишека). Качество жизни оценивали по опроснику SF-36. Результаты. Выявлен повышенный уровень тревожности у пациентов без метаболического синдрома в сравнении с пациентами с метаболическим синдромом. Средний балл по шкале тревоги опросника SCL-90R у пациентов с метаболическим синдромом был ниже аналогичного показателя пациентов без метаболического на 37,4%. Средний балл по шкале тревоги опросника HADS у пациентов с метаболическим синдромом был на 34,7% ниже, чем в группе пациентов без метаболического синдрома. Отмечена меньшая выраженность депрессии среди пациентов с метаболическим синдромом, уровень депрессии у пациентов с метаболическим синдромом был ниже на 35,6%, чем в группе пациентов без метаболического синдрома. Показано снижение качества жизни по шкале физическое функционирование на 13,3%, и более высокое качество жизни по шкале психическое здоровье на 26,5% у пациентов с метаболическим синдромом в сравнении с пациентами без метаболического синдрома. Установлены особенности психоэмоционального статуса и качества жизни больных гипертонической болезнью в зависимости от наличия у них нарушений углеводного обмена, что необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, метаболический синдром, тревога, депрессия, качество жизни.

Высокая заболеваемость, а также инвалидизация и смертность населения, обусловленные гипертонической болезнью (ГБ), а также повсеместная распространенность заболевания, определяют актуальность и важность изучения проблемы ГБ [6]. Психоэмоциональные факторы являются не только значимыми факторами риска развития заболевания, но и существенно влияют на течение и исход ГБ [7]. Большинство исследователей сходятся во мнении, что пациенты с ГБ тревожны, склонны к депрессии, скрытой агрессии [5; 8; 9].

Распространенность метаболического синдрома (МС) среди трудоспособного населения достаточно высока в современном мире и имеет тенденцию к увеличению [1]. Наличие МС увеличивает риск развития сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний, оказывает негативное влияние на течение других соматических заболеваний [1; 4]. Тревога и депрессия рассматриваются как независимые факторы риска развития МС [2].

Остаются недостаточно изученными особенности психоэмоционального статуса пациентов с ГБ и качества

## PECULIARITIES OF PSYCHOEMOTICAL STATUS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AND METABOLIC SYNDROME

Ibatov A.D.<sup>1</sup>, Morozova I.V.\*<sup>2</sup><sup>1</sup> Sechenov University, Faculty of High Nursing Education and Psychological and Social Work, Nursing Department, Moscow<sup>2</sup> City Clinical Hospital №1 named after. N.I. Pirogov, 1 therapeutic department, Moscow

**Abstract.** 60 patients were examined (mean age 37,6±8,2 years, 40 men, 20 women). The definition of anthropometric indicators, the study of the parameters of central hemodynamics, laboratory and instrumental examination were provided; Psychoemotional status was assessed using questionnaires: 1. «List of symptoms – 90 – revised» 2. Hospital scale of anxiety and depression. The registration of accentuated features of the personality according to Leonhard was determined using the shortened questionnaire developed by Schmieschek. The quality of life was assessed by the SF-36 questionnaire. Results. An increased level of anxiety was revealed in patients without metabolic syndrome in comparison with patients with metabolic syndrome. The average score on the SCL-90R questionnaire anxiety scale in patients with the metabolic syndrome was 37,4% lower than that of patients without metabolic syndrome. The average score on the anxiety scale of the HADS in patients with metabolic syndrome was 34,7% lower than in the group without metabolic syndrome. A lower severity of depression among patients with metabolic syndrome was noted, a score on the depression scale of the HADS in patients with metabolic syndrome was 35,6% lower than in the group without metabolic syndrome. The decrease of the quality of life by the physical functioning scale by 13,3% and the higher quality of life by the mental health scale of by 26,5% in patients with metabolic syndrome in comparison with patients without metabolic syndrome were shown. The peculiarities of the psychoemotional status and quality of life of patients with essential hypertension depending on the presence of the carbohydrate metabolism disorders were established, that has to be considered in treatment.

**Keywords:** hypertension, metabolic syndrome, anxiety, depression, quality of life.

жизни данных пациентов в зависимости от наличия у них метаболического синдрома.

## Материал и методы

Обследованы 60 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет, средний возраст – 37,6±8,2 лет, 40 мужчин, 20 женщин. В исследование включались мужчины и женщины от 20 до 50 лет с ГБ 2 стадии. Всем пациентам проведено измерение антропометрических показателей (рост, масса тела, объем талии, подсчет индекса массы тела), исследование параметров центральной гемодинамики: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД), лабораторное обследование (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды, глюкоза плазмы крови), инструментальное обследование (ЭКГ, СМАД, Эхо-КГ).

Оценка психоэмоционального статуса пациентов проводилась с помощью опросников: «перечень учета симптомов – 90 – пересмотренный» The Symptom Checklist-

\* e-mail: Oimorozova0@gmail.com

90-Revised (SCL-90R), госпитальной шкалы тревоги и депрессии – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Тип акцентуации личности определяли с помощью характерологического опросника Леонгарда (модификация Шмишека). Качество жизни оценивали по опроснику субъективной характеристики качества жизни – Medical Outcomes Study 36-Item Short-form health survey (SF-36).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Statistica 10.0», Statsoft (США) и статистического пакета анализа данных Excel 2013. При выборе метода сравнения данных учитывалась нормальность распределения признака в подгруппах с учетом критерия Шапиро-Уилкса. В случае отклонения распределения от нормального при описании распределения данных использовались медиана, а также 25% и 75% процентиля (Me (25%; 75%)), а при нормальном распределении – среднее значение и стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ). Нулевая гипотеза при сравнении групп отклонялась при уровне значимости менее 0,05. При множественных сравнениях использовался критерий Краскела-Уоллиса или однофакторный дисперсионный анализ ANOVA.

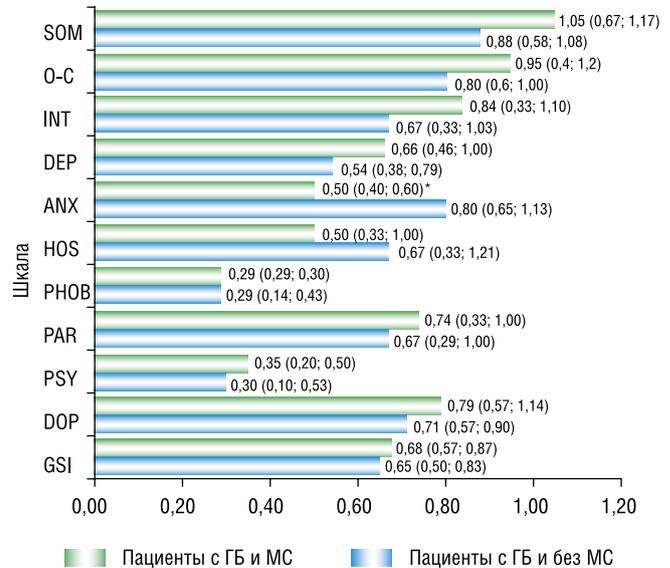
## Результаты

Средняя продолжительность заболевания составила  $4,9 \pm 0,7$  лет. В зависимости от наличия МС пациенты были разбиты на 2 группы. Критериями наличия МС считались наличие ожирения ( $ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$ ) и повышение уровня глюкозы в цельной капиллярной крови более 5,6 ммоль/л. Первую группу составили 12 (20,0%) пациентов с МС, 6 (50,0%) мужчин и 6 (50,0%) женщин. Во вторую вошли 48 (80,0%) пациентов без МС, 34 (70,8%) мужчины ( $p > 0,05$ ) и 14 (29,2%) женщин ( $p > 0,05$ ). Группы были сопоставимы по гендерному признаку.

Показатели параметров центральной гемодинамики: уровень САД, ДАД и ЧСС статистически значимо между группами не различались ( $p > 0,05$ ).

По результатам обследования пациентов с помощью опросника SCL-90R обращал на себя внимание повышенный уровень тревожности у пациентов с ГБ и без МС в сравнении с пациентами с ГБ и МС (Рис. 1). Так, средний балл по шкале тревоги опросника SCL-90R у пациентов с ГБ и МС был ниже аналогичного показателя пациентов 2 группы на 37,4% ( $p > 0,01$ ).

По данным опросника HADS был выявлен достоверно более низкий уровень тревоги и депрессии у пациентов с ГБ и МС. Уровень тревоги у пациентов с ГБ и МС составил 3,5 (2,0; 7,0) балла, что ниже на 34,7% аналогичного показателя пациентов с ГБ и без МС, который составил 6,5 (4,0; 8,0) балла ( $p > 0,05$ ). Уровень депрессии у пациентов с ГБ и МС составил 3,0 (1,0; 3,0) балла, что ниже на 35,6% аналогичного показателя пациентов с ГБ и без МС, который составил 6,0 (1,75; 5,0) балла ( $p > 0,05$ ). Отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги диагностировано у 12 (100,0%) пациентов с ГБ и МС и 28 (58,3%) пациентов с ГБ и без МС ( $p > 0,001$ ).



**Рис. 1.** Результаты обследования пациентов с помощью опросника SCL-90R. *Примечание:* SOM – соматизация (Somatization), O-C – обсессивно-компульсивный параметр (Obsessive-Compulsive), INT – межличностная чувствительность (Interpersonal Sensitivity), DEP – депрессия (Depression), ANX – тревожность (Anxiety), HOS – враждебность (Hostility), PHOB – фобическая тревожность (Phobic Anxiety), PAR – паранойяльное мышление (Paranoid Ideation), PSY – психотизм (Psychoticism), DOP – дополнительные вопросы, GSI – Общий балл (General Symptomical Index). \* – достоверное различие между показателями в 1 и 2 группах,  $p < 0,05$

Субклинически выраженная тревога в первой группе пациентов выявлена не была, у пациентов 2 группы аналогичный показатель установлен у 20 больных (41,7%) ( $p > 0,001$ ). Клинически выраженная тревога не встречалась среди пациентов обеих групп. Отсутствие симптомов депрессии установлено у 12 (100,0%) пациентов с ГБ и МС и у 46 (95,8%) пациентов с ГБ и без МС ( $p > 0,05$ ). Субклинически выраженная депрессия не встречалась среди пациентов обеих групп. Клинически выраженная депрессия не встречалась среди пациентов с ГБ и МС и была диагностирована у 2 (4,2%) пациентов ( $p > 0,05$ ) второй группы.

По данным опросника Леонгарда в группе пациентов с ГБ и МС преобладающим был гипертимический, во второй группе – эмотивный тип акцентуации личности. В группе пациентов с ГБ и МС была выявлена достоверно меньшая встречаемость эмотивного типа акцентуации личности по Леонгарду в сравнении с пациентами 2 группы (Табл. 1).

По данным опросника SF-36 выявлено снижение качества жизни в обеих группах пациентов. По шкале физический компонент здоровья в группе пациентов с ГБ и МС показатель составил  $45,4 \pm 12,3$  балла, в группе пациентов с ГБ и без МС –  $50,7 \pm 6,7$  балла ( $p > 0,05$ ). По шкале психологический компонент здоровья в группе пациентов с ГБ и МС показатель составил  $49,8 \pm 9,3$  балла, в группе пациентов с ГБ и без МС –  $43,6 \pm 10,9$  балла ( $p > 0,05$ ). По

Табл. 1. Результаты обследования пациентов с помощью опросника Леонгарда. (%)

Тип личности	Пациенты с ГБ и МС n = 12	Пациенты с ГБ и без МС n = 48
Гипертимический	33,2%	16,7%
Застревающий	0,0%	4,2%
Эмотивный	16,7%*	45,8%
Педантичный	0,0%	0,0%
Тревожный	0,0%	0,0%
Циклотимический	16,7%	12,5%
Демонстративный	16,7%	8,3%
Неуравновешенный	0,0%	4,2%
Дистимический	16,7%	8,3%
Экзальтированный	0,0%	0,0%

Примечание: \* – достоверное различие по сравнению с пациентами 2 группы,  $p < 0,05$ .

шкале физическое функционирование в группе пациентов с ГБ и МС показатель равнялся  $75,0 \pm 17,3$  балла, что ниже аналогичного показателя второй группы на 13,3% и составившего  $86,5 \pm 13,3$  балла ( $p > 0,05$ ). По шкале влияние физического состояния на ролевое функционирование в группе пациентов с ГБ и МС составил  $45,8 \pm 26,6$  балла, в группе пациентов с ГБ и без МС –  $57,3 \pm 32,7$  балла ( $p > 0,05$ ). По шкале физическая боль в первой группе показатель был равен  $64,7 \pm 28,4$  балла, во второй группе –  $72,8 \pm 22,0$  ( $p > 0,05$ ). По шкале общее состояние здоровья в группе пациентов с ГБ и МС показатель составил  $53,2 \pm 19,5$  балла, в группе пациентов с ГБ и без МС –  $61,9 \pm 13,4$  балла ( $p > 0,05$ ). По шкале жизнеспособность в группе пациентов с ГБ и МС был равен  $53,3 \pm 21,3$  балла, в группе пациентов с ГБ и без МС –  $54,6 \pm 16,9$  балла ( $p > 0,05$ ). По шкале социальное функционирование в группе пациентов с ГБ и МС показатель был равен  $71,0 \pm 22,5$  балла, в группе пациентов с ГБ и без МС –  $71,8 \pm 20,2$  балла. По шкале влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование в группе пациентов с ГБ и МС показатель составил  $77,7 \pm 31,6$  балла, в группе пациентов с ГБ и без МС –  $65,3 \pm 36,7$  балла ( $p > 0,05$ ). По шкале психическое здоровье в группе пациентов с ГБ и МС показатель составил  $70,0 \pm 12,6$  балла, что выше аналогичного показателя пациентов 2 группы на 26,5% и составившего –  $55,3 \pm 13,8$  балла ( $p > 0,05$ ).

## Заключение

В результате проведенного исследования установлены особенности качества жизни и психоэмоционального статуса пациентов с ГБ в зависимости от наличия у них метаболического синдрома, что необходимо учитывать при проведении терапевтических мероприятий.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Адамчик, А.С. Метаболический синдром: пути оптимизации лечения / А.С. Адамчик, Р. Н. Хакунов, Ю. Ю. Даутов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 1. – С. 18–22. [Adamchik, A.S. Metabolicheskij sindrom: puti optimizacii lecheniya / A.S. Adamchik, R. N. Hakunov, YU. YU. Dautov // Kubanskiy nauchnyj medicinskiy vestnik. – 2013. – № 1. – S. 18–22].
- Подобед, В.М. Терапевтические мишени лечения метаболического синдрома / В. М. Подобед, А. Т. Кузьменко // Проблемы здоровья и экологии. – 2009. – Т. 20, № 2. – С. 38–42. [Podobed, V.M. Terapevticheskie miseni lecheniya metabolicheskogo sindroma / V. M. Podobed, A. T. Kuz'menko // Problemy zdorov'ya i ekologii. – 2009. – T. 20, № 2. – S. 38–42].
- Суджаева, О.А. Расстройства психоэмоциональной сферы при метаболическом синдроме и возможности их коррекции / О. А. Суджаева, С.Г. Суджаева // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 29–34. [Sudzhaeva, O.A. Rasstrojstva psihomocional'noj sfery pri metabolicheskome sindrome i vozmozhnosti ih korrekcii / O. A. Sudzhaeva, S.G. Sudzhaeva // Mezhdunarodnye obzory: klinicheskaya praktika i zdorov'e. – 2013. – T. 1, № 1. – S. 29–34].
- Хакунов, Р.Н. Метаболический синдром: актуальные вопросы. Обзор литературы / Р.Н.Хакунов // Новые технологии. – 2012. – № 4. – С. 27–35. [Hakunov, R.N. Metabolicheskij sindrom: aktual'nye voprosy. Obzor literatury / R.N.Hakunov // Novye tekhnologii. – 2012. – № 4. – S. 27–35].
- Чигисова, А.Н., Огарков, М.Ю., Скрипченко, А.Е. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди работников металлургического предприятия, страдающих артериальной гипертензией / А.Н.Чигисова, М.Ю. Огарков, А.Е. Скрипченко // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 75–79. [CHigisova, A.N., Ogarkov, M.YU., Skripchenko, A.E. Rasprostranennost' trevozhno-depressivnyh rasstrojstv sredi rabotnikov metallurgicheskogo predpriyatiya, stradayushchih arterial'noj gipertenziej / A.N.CHigisova, M.YU. Ogarkov, A.E. Skripchenko // Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny. – 2016. – T. 9, № 1. – S. 75–79].
- Mancia, G. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013 / G. Mancia [et al]. // Российский кардиологический журнал. – 2014. – Vol. 1. – P. 7–94.
- Meier, S.M. Increased mortality among people with anxiety disorders: total population study / S.M. Meier [et al]. // Br J Psychiatry. – 2016. – Vol. 3. – P. 216–21.
- Moise, N. Depression and clinical inertia in patients with uncontrolled hypertension / N.Moise [et al]. // J Am Med A Intern Med. – 2014. – Vol.5 – P. 818–9.
- Tully, P.J. Psychiatric correlates of blood pressure variability in the elderly: The Three City cohort study / P.J.Tully, C.Tzourio // Physiol Behav. – 2017. – Vol. 168. – P. 91–97.