



**КЛИНИКО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ
И ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Мирзаев А.А.

*Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и
психотерапии*

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме: Артериальная гипертензия (АГ) - состояние, при котором систолическое АД составляет 140 мм рт.ст. и более и/или диастолическое АД 90 мм рт.ст. и более при том условии, что эти значения получены в результате как минимум трёх измерений, произведённых в различное время в условиях спокойной обстановки, а больной в этот день не принимал ЛС, изменяющих АД.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, психоэмоциональная нагрузка.

**ARTERIAL GIPERTENZIYASI BO'LGAN BEMORLARDA RUHIY
BUZILISHLARNI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING KLINIK-
PSIXIATRIYA JIHATLARI**

Mirzayev A.A.

Psixiatriya, narkologiya, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kafedrasi

Andijon davlat tibbiyot instituti

Rezyume: Arterial gipertenziya (AG) - sistolik qon bosimi 140 mm sim/ust bo'lgan holat. va undan ko'p yoki diastolik qon bosimi 90 mm simob ustuni va undan ko'p, agar bu qiymatlar tinch sharoitda turli vaqtlarda ishlab chiqarilgan kamida uchta o'lchov natijasida olingan bo'lsa va bemor o'sha kuni qon bosimini o'zgartiradigan dori-darmonlarni qabul qilmagan bo'lsa hisoblanadi.

Kalit so'zlar: arterial gipertenziya, psixo-emotsional yuklama.



CLINICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE DIAGNOSIS
AND TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH
ARTERIAL HYPERTENSION

Mirzayev A.A.

*Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and
Psychotherapy*

Andijan State Medical Institute

Resume: Arterial hypertension (AH) is a condition in which systolic blood pressure is 140 mmHg or more and/or diastolic blood pressure is 90 mmHg or more, provided that these values are obtained as a result of at least three measurements made at different times in a calm environment, and the patient on this day, I did not take drugs that change HELL.

Key words: arterial hypertension, psychoemotional stress.

Актуальность. Артериальная гипертензия - заболевание, которое развивается постепенно. Перешагнув рубеж 60 лет каждый третий человек страдает от данного заболевания. Данная статья посвящена осложнениям гипертонической болезни - когнитивным и психоэмоциональным расстройствам[4,7].

Артериальная гипертензия — одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20—30 % взрослого населения. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50—65 % у лиц старше 65 лет.

Гипертензию с полным на то основанием называют "бичом" XXI века. Это одно из самых распространенных в мире человеческих хронических недугов, с которым после 40 лет сталкивается каждый 10-й, после 50 лет – каждый 5-й, а после 60 лет – каждый третий человек.



Известно, что 90 – 95% больных, страдающих артериальной гипертензией как в пожилом, так и в молодом возрасте, болеют гипертонической болезнью («эссенциальной гипертонией»), а остальные – это больные, страдающие симптоматической гипертонией. Рост уровня заболеваемости гипертонической болезнью любого человека в позднем возрасте обусловлен формированием в процессе естественного старения многочисленных факторов риска болезни. В результате «поломки» регуляции артериального давления у человека в старшем возрасте происходят уже на этапе воздействия «безаварийных» для молодого организма факторов, а возникающая гипертензия легко стабилизируется и начинает прогрессировать[2,6].

Одним из важных осложнений гипертонической болезни являются когнитивные и психоэмоциональные расстройства. Связь между гипертонией и риском развития сосудистой деменции, а также необходимость стойкого снижения артериального давления для рациональной профилактики когнитивных нарушений не вызывают сомнений. При нейропсихологическом тестировании у больных с гипертонией отмечаются худшие показатели когнитивных функций, чем у обследованных с нормальным артериальным давлением.

Гериатрические пациенты, страдающие артериальной гипертензией, как правило, имеют умеренные и выраженные когнитивные нарушения. Причем отмечается ярко выраженная тенденция в нарастании степени выраженности когнитивных нарушений по мере прогрессирования патологии[1,8].

Гериатрические пациенты, страдающие гипертонической болезнью, как правило, имеют такие выраженные психоэмоциональные расстройства, причем из них чаще наблюдается депрессия, которая, как правило, имеет легкой и умеренную форму, а, следовательно, мы наблюдаем взаимосвязь между наличием депрессии и артериальной гипертензией[3,5].



Причем, контроль над гипертонической болезнью, напрямую зависит от информированности пациентов о своем заболевании. У пациентов с высоким уровнем контроля над гипертонией, осложнения встречаются редко, со средним уровнем контроля - часто и с низким уровнем контроля над гипертонией — в 100% случаев[6].

Таким образом, для профилактики когнитивных и психоэмоциональных расстройств у геронтов с артериальной гипертензией, а, следовательно, и для улучшения качества жизни, необходимо улучшить информированность геронтов с гипертонией о своем заболевании, более широко внедрять в гериатрическую практику анкеты по самоконтролю пациента с гипертонической болезнью, поддерживать уровень артериального давления на оптимальных цифрах, путем проведения адекватной гипотензивной терапии (β -адреноблокаторов, диуретиков и ингибиторов АПФ), проводить профилактику когнитивных нарушений (тренировка памяти, курсовое лечение ноотропными средствами: танакан).

Цель исследования: изучить клинические особенности течения ЦВБ, в т. ч. психоэмоциональные расстройства, и эффективность анксиолитической терапии у больных с АГ на амбулаторном приеме, получающих гипотензивную терапию.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 человек с АГ в возрасте 35–65 лет (мужчин — 59, женщин — 91). Длительность АГ составляла в среднем $12,0 \pm 3,6$ года. У 33 больных (22,0%) была диагностирована I степень АГ, у 93 (42,0%) — II степень, у 34 (36,0%) — III степень.

Результаты исследования. При неврологическом осмотре выявленные синдромы соответствовали критериям постановки диагноза хронической цереброваскулярной недостаточности, клиническим ядром которых были когнитивные и психоэмоциональные расстройства, что обусловлено



единством патогенетических факторов. КР являются одним из проявлений поражения головного мозга как органа-мишени при АГ.

При I стадии ХИМ, которая была диагностирована у 105 (70,0%) пациентов, выявлялась рассеянная неврологическая симптоматика в виде нарушения конвергенции, легкой асимметрии носогубных складок, девиации языка, анизорефлексии. У пациентов отмечались легкие КР, которые носили субъективный характер в виде нарушения концентрации внимания, трудности переключения с одного вида деятельности на другой, рассеянности. По результатам тестирования с применением шкалы тревожности Спилбергера — Ханина и шкалы тревоги и депрессии Гамильтона выявлялся астенический синдром, для которого было характерно сочетание астенической симптоматики с выраженной психической истощаемостью, явлениями раздражительности, слабости, гиперестезией, поверхностным сном. Больные жаловались на головную боль, головокружение, непереносимость громких звуков, яркого света, быструю утомляемость при незначительной физической и умственной нагрузке. Наблюдалась смена настроения, которая часто зависела от различных внешних обстоятельств и колебания АД. У 15 больных астенические симптомы имели преходящий характер, отмечались преимущественно астено-вегетативные реакции.

При II стадии ХИМ, которая была диагностирована у 45 (30,0%) пациентов, отмечалось нарастание неврологической симптоматики с формированием неврологических синдромов. Характерны были умеренные КР в виде ухудшения мыслительной продукции, волевой активности, трудоспособности, профессиональной памяти, повышения вязкости мышления, сужения круга интересов, снижения критики и изменения личности. При длительной АГ отмечалось усиление астенической симптоматики, формировались стойкие астено-ипохондрическое, астено-тревожное, тревожно-фобическое состояния. Пациенты жаловались на пониженное настроение с тревогой, предчувствием беды, смутным ожиданием



того, что может случиться что-то плохое, были раздражительны, слезливы. Отмечались разнообразные неприятные телесные ощущения, алгии.

В развитии психоэмоциональных расстройств у исследуемых больных ведущим фактором был соматогенный — АГ и развивающиеся на этом фоне осложнения. Реакция личности на болезнь определяла психологическое состояние больного и зависела от преморбидных особенностей, уровня интеллекта и знания больного о своем заболевании. Черты личности определяли разнообразие и структуру психопатологической феноменологии. Диапазон симптоматики колебался от легкой, не нарушающей жизнедеятельность больных, до выраженной, с невозможностью выполнять привычные функции, существенно нарушающей социально-трудовую адаптацию.

У 60 наблюдаемых нами пациентов, несмотря на получаемую гипотензивную терапию, отмечалась повышенная краткосрочная «внутривизитная» вариабельность АД. При тестировании выявлялись тревога, фобии, выраженные вегетативные расстройства в виде сердцебиения, повышенной потливости, гиперемии лица, диспноэ. У больных отмечались подавленное настроение с дисфорическим оттенком, плаксивость, затрудненное засыпание. Наблюдались жалобы с тревожными опасениями за здоровье, фобическими эпизодами. Тревожные расстройства проявлялись даже во внешнем облике, мимике, движениях. Отмечалось «астеническое мышление» с некоторой его замедленностью, трудностями при концентрации и сосредоточении внимания, снижением памяти, способности к волевому усилию. Сон был поверхностным, тревожным, чутким, зачастую сопровождался тягостными, устрашающими сновидениями.

Больным с тревожными расстройствами и повышенной вариабельностью АД был проведен курс 4-недельной анксиолитической фармакотерапии: 1-я группа из 30 человек принимала тофизолам в дозе 50 мг 2 р./сут, 2-я группа из 30 пациентов — антитела к мозгоспецифическому белку S-100 в Р-А форме



(Тенотен) по 1 таблетке 3 р./сут. Тофизопам относится к группе производных бензодиазепина, оказывает анксиолитическое действие, не сопровождается седативным, миорелаксирующим, противосудорожным эффектом. Однако в отдельных случаях, согласно инструкции, могут отмечаться головная боль, бессонница, повышенная раздражительность, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, снижение аппетита, запор, метеоризм, тошнота, сухость во рту, кожный зуд, экзантема, напряжение мышц, боль в мышцах, угнетение дыхания. Сравнительная оценка двух препаратов была обусловлена тем, что несмотря на эффективность бензодиазепиновых транквилизаторов, их назначение кардиологическим пациентам не всегда показано, что связано с неблагоприятным влиянием на гемодинамические показатели, взаимодействием с гипотензивными средствами. Соответственно, терапевтические мероприятия применительно к больным с АГ требуют особенно тщательного наблюдения, большое внимание обращается на их переносимость и безопасность.

Антитела к мозгоспецифическому белку S-100 в Р-А форме (Тенотен) относятся к группе Р-А препаратов, которые обладают особыми свойствами. Тенотен производится по инновационным технологиям, в процессе которых используется технологическая обработка разведений исходного вещества, приводящая к высвобождению особой фармакологической активности, названной релиз-активностью. Технологически обработанные разведения антител (АТ) влияют как на молекулы антител, так и на антигены, к которым вырабатываются данные антитела. Установлено, что действие Р-А АТ к белку S-100 сходно с действием классического бензодиазепинового транквилизатора диазепама. Р-А АТ S-100 стимулируют 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A}, 5-HT_{2B} и ингибируют 5-HT_{2C} рецепторы. Р-А АТ S-100 влияют на взаимодействие специфического лиганда с σ 1-рецептором, ГАМК-рецептором и на взаимодействие специфического лиганда с NMDA-рецептором глицинового сайта. Патоморфологическое исследование зоны повреждения показало

отчетливое нейропротекторное действие Р-А АТ S-100. Благодаря комплексному действию препарат является анксиолитиком нового поколения, который обладает широким спектром действия: противотревожным, антидепрессивным, вегетостабилизирующим, стресспротекторным. Он не вызывает побочных эффектов и сочетается с базовой гипотензивной терапией. Установлено, что существует связь между тревожными, депрессивными невротическими расстройствами и мозгоспецифическим белком S-100, который экспрессируется и секретируется клетками микроглии и астроцитами. Препарат модулирует активность белка S-100 и оказывает позитивное действие, препятствует развитию невротических и неврозоподобных состояний. Большим преимуществом является то, что препарат не вызывает заторможенности, дневной седации, мышечной релаксации, зависимости и синдрома отмены.

Противотревожное действие обоих препаратов проявлялось на 7–10-й день терапии — снижались раздражительность, страхи и тревожные опасения. В обеих группах по шкале тревоги Гамильтона отмечалось достоверное снижение общего балла у большинства пациентов уже к 8-му дню терапии, достигнув своего минимума к концу 4-й нед. наблюдения (рис. 1). Однако при назначении тофизопама у 3 человек (10%) отмечалась головная боль, у 6 (20%) — колебание АД, при назначении Тенотена нежелательных явлений выявлено не было.

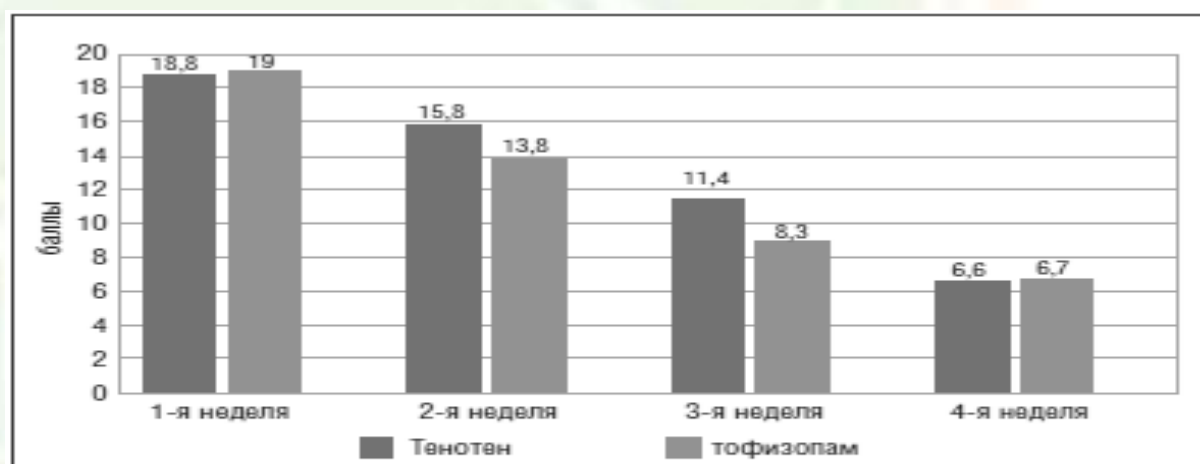


Рис. 1. Динамика среднего балла по подшкале тревоги HARS на фоне терапии Тенотеном (n=30) и тофизопамом (n=30)



В процессе лечения по шкале Спилбергера — Ханина был отмечен регресс показателей личностной и реактивной тревожности в виде редукции суммарного балла с 34,1 до 29,6.

Вывод. Таким образом, терапия психоэмоциональных расстройств у больных АГ вызывает известные трудности и требует большой осторожности. Целями лечения являются стабилизация АД и состояния в целом, замедление процесса прогрессирования ЦВБ и улучшение качества жизни. При назначении лечения следует учитывать целый комплекс факторов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биктимиров Т.З. с соавт. Патопсихологическая диагностика гипертонической энцефалопатии. //Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - №9 - 2003. - С.215.
2. Гунбин Ю.Г.с соавт. Суточный профиль артериального давления при гипертонической энцефалопатии в коррелятивной зависимости от параметров личности больных».//Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - №9-2003. - С. 146.
3. Гусев Е.И. с соавт. Семакс в профилактике прогрессирования и развития обострений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией. // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2005. - № 2. - С.35.
4. Сажин В.П. и др. Сравнительный анализ летальности от инсультов у больных сахарным диабетом и без него.// Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - № 9 - 2003. - С.122.
5. Третьякова Н.Н. и др. «Эпидемиология инсультов в Якутии». //Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - №9 -2003. - С.124.
6. Чазов Е.И. Лечение гипертонической болезни как основа профилактики инсульта. //Журнал неврологии и психиатрии. -2003. - № 9. - С.79.



7. Хайбуллин Т.Н. с соавт. Летальность больных мозговым инсультом в Семипалатинском регионе.// Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 2003. - № 9. - С.125.

8. Яхно Н.Н. и др. Синдром умеренных когнитивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии.// Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - № 2 - 2005. - С. 13.