

УДК 616.89-06:616

Ниязова Яркиной Мирзахамдамовна

Кафедра повышения квалификации семейных врачей

Андижанский государственный медицинский институт

**ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У
БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

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.

Niyazova Yarkinoi Mirzohamdamovna

Department of Advanced Training of Family Doctors

Andijan State Medical Institute

**DIAGNOSIS AND THERAPY OF MENTAL DISORDERS IN
PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

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 распространённых 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 «внутрирвизитная» 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 тофизопам 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 диазепам. Р-А АТ S-100 стимулируют 5-НТ1А, 5-НТ2А, 5-НТ2В и ингибируют 5-НТ2С 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.

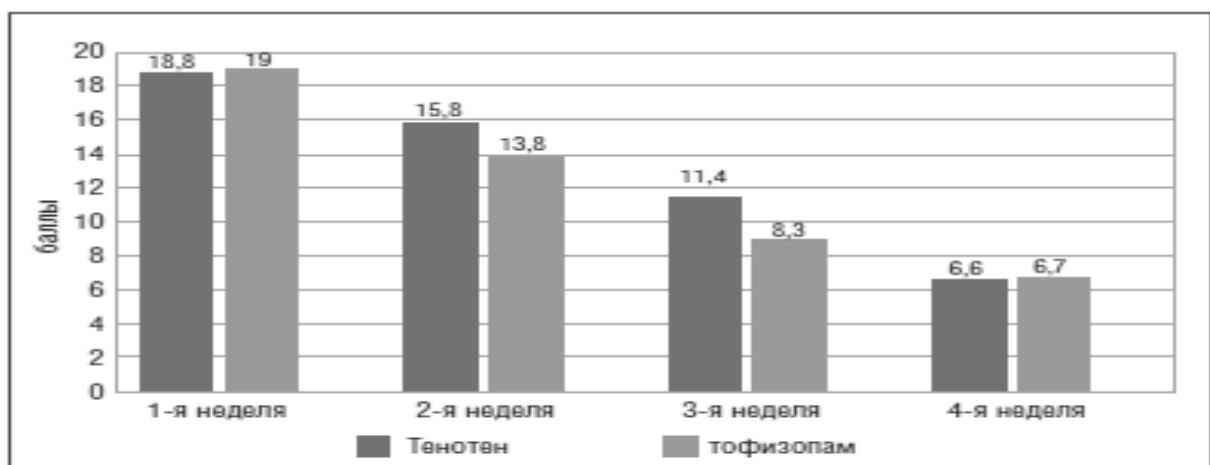


Рис. 1. Динамика среднего балла по подшкале тревоги HARS на фоне терапии Тенотеном (n=30) и тофизопамом (n=30)

В процессе лечения по шкале Спилберга — 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.