



С.П.Боткин



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

1

2004

Обзоры и лекции

- Вермель А. Е.* Стволовые клетки: общая характеристика и перспективы применения в клинической практике 5
- Телкова И. Л., Карпов Р. С.* Роль тиреоидных гормонов в регуляции сердечной деятельности 12
- Кобылянский В. И., Бушковская О. В.* Синдром Янга; функционально-морфологические и генетические аспекты мукоцилиарной системы 18
- Дасаева Л. А., Шатохина С. Н., Шилов Е. М.* Диагностика, медикаментозное лечение и профилактика мочекаменной болезни 21

Reviews and Lectures

- Vermel A. E.* Stem cells: general characteristics and clinical prospects
- Telkova L. L., Karpov R. S.* The role of thyroid hormones in regulation of cardiac activity
- Kobylyansky V. I., Bushkovskaya O. V.* Young's syndrome: functional-morphological and genetic aspects of the mucociliary system
- Dasaeva L. A., Shatikhina S. N., Shilov E. M.* Diagnosis, medication and prophylaxis of urolithiasis

Оригинальные исследования

- Соколов Е. И., Перова Н. В.* Гормональная дисрегуляция жирового обмена в патогенезе ишемической болезни сердца 27
- Гапон Л. И., Шуркевич Н. П., Тонконог И. М., Середа Т. В., Губин Д. Г.* Развитие и течение артериальной гипертонии по данным суточного мониторирования артериального давления в условиях Тюменского Приобья 31
- Гарганеева Н. П., Тетенев Ф. Ф., Семке В. Я., Леонов В. П.* Артериальная гипертония как психосоматическая проблема 35
- Домникова Н. П., Брякотнина Е. В.* Клиническая характеристика инфекций дыхательных путей у пациентов с гемобластомами и нейтропенией 42
- Оганезова И. А., Казакевич Е. В., Белобородова С. В.* Психосоматические соотношения и вегетативная регуляция системной гемодинамики при язвенной болезни у жителей Европейского Севера 45
- Туриев Г. С., Аметов А. С., Кондратьев Я. Ю., Тимофеев А. В.* Проблемы дифференциальной диагностики сахарного диабета у взрослых: оценка иммуногенетических маркеров инсулинозависимости 47
- Степовая Е. А., Новицкий В. В., Рязанцева Н. В., Гольдберг В. Е., Колосова М. В., Ткаченко С. Б.* Хронический бронхит: участие эритроцитов в патологическом процессе 53

Original Investigations

- Sokolov E. I., Perova N. V.* Hormonal dysregulation of fat metabolism in pathogenesis of ischemic heart disease
- Gapon L. I., Shurkevich N. P., Tonkonog I. M., Sereda T. V., Gubin D. G.* Development and course of arterial hypertension according to 24-h monitoring of arterial pressure in population of the Tyumen Ob region
- Garganeeva N. P., Tetenev F. F., Semke V. Ya., Leonov V. P.* Arterial hypertension as a psychosomatic problem
- Domnikova N. P., Bryakotnina E. V.* Clinical characteristics of respiratory infection in patients with hematological malignancy and neutropenia
- Oganezova I. A., Kazakevich E. V., Beloborodova S. V.* Psychosomatic correlations and autonomic regulation of systemic hemodynamics in citizens of European North of the Russian Federation having ulcer
- Turiev G. S., Ametov A. S., Kondratyev Ya. Yu., Timofeev A. V.* Problems of differential diagnosis of diabetes mellitus in adults: assessment of immunogenetic markers of insulin dependence
- Stepovaya E. A., Novitsky V. V., Ryazantseva N. V., Goldbery V. E., Kolosova M. V., Tkachenko S. B.* Chronic bronchitis: participation of red cells in the pathological process

Вопросы современной терапии

- Шептулин А. А.* Современный алгоритм лечения язвенной болезни 57
- Рапопорт С. И.* Антибиотикоассоциированный энтероколит 60

Problems of Current Therapy

- Sheptulin A. A.* Present-day algorithm of ulcer disease treatment
- Rapoport S. I.* Antibiotic-associated enterocolitis

В помощь практическому врачу

Терещенко И. В., Голдырева Т. П., Бронников В. И.
Микроэлементы и эндемический зоб

62

Guidelines for Practitioners

Tereschenko I. V., Goldyreva T. P., Bronnikov V. I.
Trace elements and endemic goiter

Заметки и наблюдения из практики

*Вахрушев Я. М., Михайлова О. Д., Циренщикова Н. А.,
Шушков П. В.* Гигантская киста поджелудочной же-
лезы как осложнение хронического алкогольного
панкреатита

69

*Vakhrushev Ya. M., Mikhailova O. D., Tsirenschikova N. A.,
Shushkov P. V.* A giant cyst of the pancreas as a com-
plication of chronic alcohol pancreatitis

*Минаков Э. В., Стогов В. А., Котова И. В., Бирю-
кова Е. А.* Выраженный первичный гиперпаратире-
оз, не диагностированный при жизни.

70

Minakov E. V., Stogov V. A., Kotova I. V., Biryukova E. A.
Marked primary hyperparathyroidism diagnosed only
after death

По страницам медицинских журналов

73

Abstracts

Юбилей

Рахим Мусаевич Хайтов (к 60-летию со дня рождения)

79

Anniversary

Rakhim Musaevich Khaitov (the 60th anniversary of
birth)

**Журнал "Клиническая медицина" цитируется в следующих информа-
ционно-справочных каталогах:**

*Index Medicus, Current Work in the History of Medicine, Excerpta Medica,
Science Citation Index, Biological Abstracts, Biotechnology Research Abstracts,
Chemical Abstracts, Current Contents, Index to Dental Literature, Helmintho-
logical Abstracts, Index to Scientific Reviews, NIS Atomindex (International Nu-
clear Information System), Neuroscience Citation Index, Nutrition Abstracts and
Reviews, Ulrich's International Periodicals Directory.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Буганов А. А., Зверев Г. А. Заболеваемость и смертность от ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии в Ямало-Ненецком автономном округе и их тенденции. В кн.: Медицинские проблемы Ямалского региона: сборник трудов. Надым; 1994. 35—45.
2. Казначеев В. П., Казначеев С. В. Клинические аспекты полярной медицины. М., 1986.
3. Поликарпов Л. С. Артериальная гипертония в экологических условиях Крайнего Севера у пришлого населения. В кн.: Медико-санитарное обеспечение населения Крайнего Севера. Красноярск; 1982. 104—108.
4. Шурквич Н. П. Клинико-патогенетическая роль изменения структурно-функционального состояния клеточных мембран у больных гипертонической болезнью в условиях Тюменского Заполярья: Дис. ... канд. мед. наук. Тюмень; 1995.
5. Вершинина А. М. Особенности некоторых патогенетических механизмов и методы коррекции артериальной гипертонии в условиях Крайнего Севера. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск; 2000.
6. Серeda Т. В. Особенности суточного профиля артериального давления у больных артериальной гипертонией, постоянно проживающих в условиях Приполярья: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тюмень; 2002.
7. Гапон Л. И., Губин Д. Г., Серeda Т. В. и др. Особенности циркадианных ритмов артериального давления и частоты сердечных сокращений у больных артериальной гипертонией, постоянно проживающих в условиях Тюменского Приполярья. Клин. мед. 2002; 8: 14—17.
8. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Терещенко С. Н., Моисеев В. С. Клиническое значение суточного мониторирования артериального давления для выбора тактики лечения больных артериальной гипертонией. Кардиология 1997; 9: 98—103.
9. Суточное мониторирование артериального давления (методические вопросы) / Рогоза А. Н., Никольский В. П., Ощепкова Е. В. и др.; под ред. Г. Г. Арабидзе, О. Ю. Атькова. М.; 1997.
10. Кобалава Ж. Д., Терещенко С. Н., Калипкин А. Л. Суточное мониторирование артериального давления: методические аспекты и клиническое значение / Под ред. В. С. Моисеева. М.; 1997.
11. Joint National Committee on Detection. Evaluation and treatment of High Blood Pressure. The report of the Joint National Committee on Detection. Evaluation and treatment of high blood pressure. Arch. Intern. Med. 1993; 153: 154—183.
12. Ольбинская Л. И., Мартынов А. И., Хапаев Б. А. Мониторирование артериального давления в кардиологии. М.: Издат. дом «Русский врач»; 1998.
13. Wu M. Analysis of blood pressure variability. Am. J. Hypertens. 1993; 6 (2): 198—200.
14. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В. Мониторирование артериального давления: методические аспекты и клиническое значение. М.; 1997.
15. Деряпа Н. Р., Трофимов А. В. Биогеографические аспекты адаптации человека на Крайнем Севере. В кн.: климат и здоровье человека: Труды Международного симпозиума ВМО/ВОЗ/ ЮНЕЛ, Ленинград. 22—26 сент., 1986. л.; 1998; т. 2. 59—61.
16. Иванова Т. Н., Юрьева Г. Д., Пашенко Г. С. и др. Профилактика метеотропных реакций у больных церебро-кардиальной патологией на Европейском Севере. Экология человека 1997; 35—37.
17. Consensus document on non-invasive ambulatory blood pressure monitoring. The Scientific Committee. J. Hypertens. 1990; 8 (6, suppl.): 135-140.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 616.12-008.331.1-058

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Н. П. Гарганеева, Ф. Ф. Тетенов, В. Я. Семке, В. П. Леонов

Кафедра госпитальной терапии (зав. — доц. Н. П. Краюшкина), кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. Ф. Ф. Тетенов) Сибирского государственного медицинского университета, Томск* НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН; кафедра информатики Томского государственного университета

Современное понятие стратификации риска артериальной гипертонии (АГ) предусматривает общую стратегию ее профилактики, лечения и прогноза с учетом личностных, медицинских и социальных характеристик пациента. С этих позиций АГ рассматривают как психосоматическую проблему, которая по сути предопределяет решение вопросов взаимоотношения соматического, психического, социального единства. Актуальным является изучение АГ у больных с непсихотическими психическими расстройствами методами системного анализа, предполагающими использование многомерных вероятностных моделей, наиболее адекватная из которых — логистическая регрессия. Исследование проводили на выборке из 1350 больных отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. Созданные системы моделей позволили выделить из многочисленных признаков наиболее значимые не только соматические, но и психические, психосоциальные факторы, которые можно использовать в качестве дополнительных предикторов для оценки степени риска АГ. Помимо прогностической ценности, результаты анализа могут быть полезными в профилактических вмешательствах с учетом индивидуального спектра факторов риска АГ при совместных усилиях специалистов — интерниста, психиатра, психотерапевта.

Ключевые слова: артериальная гипертония, гипертоническая болезнь, пограничные психические расстройства, психосоматическая проблема, системный подход, логистическая регрессия

Current conception of stratification of arterial hypertension (AH) risk comprises a general strategy of its prevention, treatment and prognosis with consideration of personality, medical and social characteristics of the patients. In view of this AH is regarded a psychosomatic problem including somatic, psychic and social aspects. Of importance is AH study in patients with nonpsychotic mental disorders using methods of systemic analysis, multivariate probability models, in particular. The most adequate model is logistic regression. Our study included 1350 patients with borderline conditions. The developed model systems allowed isolation of the most significant somatic, psychic and psychosocial factors which can be applied as additional predictors of AH risk. Also, the results of the analysis may be useful in preventive interventions regarding individual spectrum of AH risk under joint efforts of internists, psychiatrist and psychotherapist.

Key words: arterial hypertension, hypertensive disease, borderline mental disorders, psychosomatic problem, systemic approach, logistic regression

Термин гипертоническая болезнь (ГБ) был введен в клиническую практику в 20-х годах прошлого века, получив всеобщее признание в отечественной науке благодаря трудам Г. Ф. Ланга, а в западной Европе — исследованиям немецкого клинициста Г. Бергмана [2, 21]. В настоящее время артериальная гипертония (АГ) остается одной из главных неинфекционных пандемий, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [1, 11, 31, 34]. Новое для медицины понятие стратификации риска предусматривает общую стратегию профилактики, лечения и прогноза АГ с учетом личностных, медицинских и социальных характеристик пациента [18, 20]. По утверждению И. В. Давыдовского, ГБ является болезнью образа жизни современного человека. В этом аспекте АГ следует рассматривать как психосоматическую проблему, которая по сути предопределяет решение вопросов взаимоотношения соматического, психического, социального единства с точки зрения современного понимания и видения психосоматики [4]. Поиск связей, точек соприкосновения соматического и психического осложняется тем, что, с одной стороны, влияние психических, эмоциональных нарушений в генезе эссенциальной АГ не вызывает сомнений [8, 12, 25], тогда как с другой — изучение роли психосоциальных стрессорных факторов в их количественном измерении представляется затрудненным, но в то же время перспективным направлением [1, 16]. Необходимость одновременного изучения факторов риска (ФР) различной природы требует применения в исследованиях методов системного анализа [10, 17] и доказательной медицины (evidence-based medicine) [22, 27]. Актуальным является исследование психосоматических соотношений у больных АГ и психическими расстройствами (ПР) пограничного уровня с позиции системного подхода к анализу коморбидных¹ состояний.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи АГ и ПР с учетом соматических, психических, психосоциальных факторов методами системного анализа, предполагающими использование многомерных вероятностных моделей, наиболее адекватная из которых — логистическая регрессия (ЛР).

Материал и методы

Исследование выполнено на базе НИИ психического здоровья (ПЗ) ТНЦ СО РАМН. Выборка составила 1350 пациентов отделения пограничных состояний². Обследовано 700 больных с верифицированным диагнозом эссенциальной АГ (ВОЗ/МОАГ, 1999; ДАГ-1, 2000; в традиционной клинической оценке — ГБ) [18, 20, 34]. В программу исследования были включены пациенты (269 мужчин, 431 женщина) которые ранее проходили обследо-

дование и лечение в кардиологических, терапевтических клиниках, наблюдались в кардиологическом диспансере и поликлиниках с диагнозом АГ, соответствующим критериям ГБ I стадии ($n = 276$) и ГБ II стадии ($n = 424$). В группы сравнения вошли больные ($n = 2245$) нейроциркуляторной дистонией (НЦД), протекающей с повышением артериального давления (АД), в соответствии с общепринятой классификацией [14, 15], а также учитывались все случаи ($n = 426$), при которых средний уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) оставался стабильно нормальным.

Использовали методы биометрики³: анализ таблиц сопряженности (ТС), ЛЗ [3, 17]. При анализе ТС оценивались значения статистики Пирсона (χ^2), достигнутый уровень значимости (p) и коэффициент ϕ — показатель силы связи. Вклады в связь дискретных признаков изучали по величине $\Delta\chi^2$ отдельных клеток ТС. За критическую принимали величину $p = 0,05$. При построении уравнений ЛР сила связи между предикторами и зависимой переменной АГ определялась величиной коэффициента Somers'D и значения Concordant (процент верного предсказания стадии ГБ). В работе обсуждаются только статистически значимые связи.

Результаты и обсуждение

Анализ ТС АГ и непсихотических⁴ ПР, квалифицированных соответственно МКБ-10, выявил наличие связей в общей группе ($df = 9$; $\chi^2 = 162,376$; $p = 0,001$; $\phi = 0,366$), в группе женщин ($df = 9$; $\chi^2 = 139,690$; $p = 0,001$; $\phi = 0,377$), в группе мужчин ($df = 9$; $\chi^2 = 34,315$; $p = 0,001$; $\phi = 0,275$) (табл. 1). Внутри каждой группы наблюдались взаимосвязи разной интенсивности в зависимости от нозологической рубрики ПР и пола пациентов. Максимальные связи, обозначенные заштрихованными клетками и названные положительными, определялись наибольшей величиной χ^2 . Положительная связь — превышение фактической частоты случаев над расчетной, отрицательная — превышение расчетной частоты над фактической в ТС.

В общей группе больных АГ, в группе женщин и мужчин при ГБ I стадии выявлялись максимальные взаимосвязи с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, а также расстройствами личности (эмоционально неустойчивого и истерического типа), что также являлось значимым для группы пациентов с НЦД, сопровождавшейся па-

³Статистический анализ проводили в центре «Биостатистика» (руководитель — доц. факультета информатики ТГУ В. П. Леонов), E-mail: point@statleo.tomsk.su.

⁴Термин «непсихотические ПР» обозначает психические нарушения, входящие в круг пограничных ПР невротического уровня, не сопровождающихся психопродуктивной симптоматикой (бредом, галлюцинациями), дезинтеграцией личности и поведения. Так, в нашей работе в соответствии с диагностическими рубриками МКБ-10, ПР пограничного уровня квалифицированы на 4 основные группы: невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, аффективные расстройства депрессивного характера, специфические расстройства личности, органические расстройства.

¹Коморбидность, букв. — соболезненность; временная коморбидность в данном контексте — совпадение ПР и соматического заболевания во времени [24].

²Верификация диагностических рубрик ПР осуществлялась сотрудниками НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН.

Таблица 1. Взаимосвязь АГ и пограничных ПР

ПР	ГБ I стадии	ГБ II стадии	НЦД с повышением АД	Группа сравнения
Аффективные:				
А	17	45	12	35
Б	14	35	9	29
В	3	10	3	6
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные:				
А	184	194	140	279
Б	122	141	98	239
В	62	53	42	40
Органические (непсихотические):				
А	44	184	30	60
Б	11	88	10	23
В	33	96	20	37
Специфические расстройства личности:				
А	43	32	55	86
Б	29	18	43	76
В	14	14	12	10

Примечание. Числа в таблице соответствуют фактической частоте ПР с учетом их коморбидности. А — общая группа; Б — женщины; В — мужчины.

роксизмами АД. Следовательно, невротические расстройства были в одинаковой мере характерными как у больных с начальными проявлениями АГ (ГБ I стадии), так и при НЦД с повышением АД, что имеет важное практическое значение в плане своевременного выявления и лечения АГ. Органические непсихотические (неврозоподобные) расстройства и аффективные ПР (депрессивный эпизод, дистимия) были тесно сопряжены с более тяжелым течением АГ и наблюдались у больных ГБ II стадии. Депрессивные расстройства наиболее часто выявлялись у женщин. Структура ПР в зависимости от стадии ГБ представлена на рис. 1. Текущее психическое состояние пациентов в раннем периоде АГ (ГБ I стадии) квалифицировалось в 31,9% случаев расстройствами адаптации в виде депрессивных и тревожно-депрессивных реакций, в 11,2% — тревожно-фобическими расстройствами (агорафобия, паническое расстройство); в 23,5% — соматоформными, диссоциативными и другими невротическими расстройствами. Специфические расстройства личности в 2 раза чаще диагностировались также при ГБ I стадии: у женщин доминировало истерическое расстройство, у мужчин — эмоционально неустойчивое расстройство личности. Клинический аспект начальных проявлений АГ характеризовался лабильностью исходных показателей АД при НЦД (САД $137,95 \pm 8,40$ мм рт. ст.; ДАД $86,51 \pm 6,85$ мм рт. ст.), при ГБ I стадии (САД $144,81 \pm 12,48$ мм рт. ст., ДАД $93,34 \pm 7,75$ мм рт. ст.), колебаниями частоты сердечных сокращений (ЧСС), пароксизмами страха смерти, тревогой с выраженными

вегетативными нарушениями, сердцебиением, фиксацией на неприятных и необъяснимых соматических ощущениях, гиперболизацией и яркой эмоциональной окраской ощущений, демонстративностью, желанием привлечь к себе внимание, повышенной потребностью в поддержке и одобрении со стороны окружающих. У пациентов с НЦД наблюдалось преобладание тревожного, фобического, истерического синдромов; выявлялась конверсионная симптоматика (ощущение кома в горле, спазмов, парестезии), а также кардиофобическая, сенестопатическая, канцерофобическая. У больных ГБ I стадии характерным являлось наличие тревожно-депрессивной симптоматики; тревога, фобии сочетались с симптомами депрессии преимущественно у мужчин. Отмечались дисфорические (вспышки агрессии, гневливость), кардиофобические и конверсионные симптомы. Такие пациенты часто проявляли неудовлетворенность результатами обследования и лечения в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

У пациентов с АГ, соответствующей критериям ГБ II стадии (исходные показатели САД $162,88 \pm 17,69$ мм рт. ст., ДАД $101,55 \pm 8,93$ мм рт. ст.), в текущем психическом состоянии в 10,6% случаев выявлялись аффективные расстройства (депрессивный эпизод, дистимия), в 24,8% — пролонгированные депрессивные реакции, нозогенные и другие реакции на тяжелый стресс; в 6,4% — тревожно-фобические расстройства, в 14,6% — соматоформные (в том числе ипохондрическое расстройство), неврастения и другие невротические расстройства; в 28,3% — органическое астеническое расстройство; в 7,8% — органическое аффективное расстройство, указывающие на более глубокий уровень психических нарушений. Психическое состояние больных характеризовалось ведущей депрессивной, тревожно-депрессивной, дисфорической, ипохондрической, астенической симптоматикой, что проявлялось в цефалгиях, агрипнии, подавленном настроении, снижении работоспособности, стойком пред-



Рис. 1. Структура ПР (в %) у больных ГБ. а — ГБ I стадии (n = 276); б — ГБ II стадии (n = 424).

Таблица 2. Основные мотивационные факторы и субъективная оценка состояния, послужившие причиной госпитализации больных АГ в отделение пограничных состояний

Мотивационные факторы и состояния	ГБ I стадии		ГБ II стадии		НЦД с синдромом АГ	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Страх	≈	+	+	+	+	—
Страх смерти, паника	+	+	—	≈	+	+
Тревога	≈	≈	+	+	—	+
Подавленное настроение	≈	+	+	+	—	+
Снижение работоспособности	—	≈	+	+	—	—
Неудовлетворенность общим состоянием здоровья	≈	—	+	+	—	—
Душевный дискомфорт	+	—	≈	+	≈	+
Суицидальные мысли, намерения	—	+	≈	—	—	+
Сохраняющаяся фиксация на психотравмирующей ситуации	≈	≈	+	+	—	+
Эмоциональная неустойчивость, раздражительность, конфликтность	+	+	—	—	+	+
Субъективная неудовлетворенность лечением и обследованием в общесоматических ЛПУ	+	+	—	≈	+	+
Изменение характера	≈	+	+	—	+	+
Признание себя:						
тяжелобольным	—	—	+	+	+	—
нервнобольным	+	+	—	—	+	+
соматически больным	—	—	+	+	+	≈
психически больным	+	+	—	≈	+	+
Отрицание болезни	+	—	≈	+	—	+
Настоятельное требование родственников	≈	+	+	—	+	+
Совет родственников, друзей	+	≈	≈	+	≈	+
Стрессорные факторы: жизненные события	+	+	—	—	+	+
Межличностные отношения, бытовые факторы	≈	+	—	—	+	+
Производственные факторы	≈	≈	≈	+	+	—
Медицинские факторы	≈	+	+	+	—	≈
Периоды дисгормональной перестройки	+		+		—	
Число положительных и отрицательных связей	10+/4-	13+/5-	12+/7-	13+/7-	13+/9-	16+/5-

Примечание. + — положительная статистически значимая связь; — — отрицательная статистически значимая связь; ≈ — фактическая частота, близкая к расчетным в ТС, где вклады в χ^2 малы.

ставлении о наличии неизлечимого заболевания, появлении разнообразных нозофобий, ипохондрических переживаний, озабоченности, страха возможной инвалидизации, потери работы.

В 36,3% случаев выявлялись нарушения вегетативной регуляции, рассматриваемые в качестве вторичных синдромов вегетативных дисфункций коморбидной соматической и психической патологии (синдромы вегетативной дистонии — СВД). Наиболее ярким из них являлся психовегетативный синдром (ПВС), который, по определению А. М. Вейна, «может быть потенциалом, ранней фазой психосоматического нарушения» [7]. ПВС диагностировали у 20% больных ГБ I стадии, тогда как при ГБ II стадии он имел место в 14,2% случаев. Данное наблюдение свидетельствует о том, что ПВС являлся наиболее характерным для начальных стадий АГ.

Представляют интерес данные, полученные при анализе мотиваций обращения больных к психиатру по результатам интервьюирования и субъективной оценки, отношения к своему заболеванию, а также степени участия психогенных факторов в формировании текущего психического состояния пациентов с оценкой значимости отдельных психострессоров (табл. 2). Различия интерпретируемых факторов, преломляясь через субъективное восприятие и общее клиническое состояние пациента, нашли отражение в мотивационных причинах, имевших непосредственную связь с психическими и соматическими проявлениями болезни на

разных стадиях развития АГ. Стрессорные факторы в анамнезе (главные жизненные события, межличностные отношения), возникновение психопатологических расстройств, а именно невротических, имели значимые связи и ассоциировались с начальными проявлениями АГ или ранней стадией ГБ, что указывало на схожесть симптоматики у пациентов с НЦД и ГБ I стадии. Длительно сохраняющаяся фиксация больного на психотравмирующей ситуации, медицинские факторы (наличие соматического заболевания, характер течения, осложнения), преобладание депрессивных расстройств и органических непсихотических ПР в психическом состоянии наблюдались преимущественно у пациентов с ГБ II стадии.

Представление о происхождении ГБ основывается на нейрогенной концепции патогенеза, выдвинутой и обоснованной Г. Ф. Лангом, в которой особое значение придавалось нарушениям высшей нервной деятельности, реакции человека на эмоциональные стрессы, психической травматизации, личностным особенностям и другим предрасполагающим факторам в возникновении болезни; дальнейшее развитие эта концепция получила в трудах А. Л. Мясникова [5, 6, 9, 26]. В ряде работ изучали психосоциальные факторы и психопатологические нарушения у больных ГБ [8, 12, 13, 19, 28—30, 32, 33].

Для оценки взаимосвязи АГ и комплекса соматических, психических, психосоциальных показателей (факторов, обозначенных как признаки, или предикторы) нами использован метод ЛР. Из

Таблица 3. Оценки параметров ЛР в прогнозировании ГБ у больных с пограничными ПР (общая группа, n = 700)

Признаки, вошедшие в итоговое уравнение ЛР в качестве предикторов (после исключения признаков САД, ДАД, ГК)	Оценка параметра	χ^2 Вальда	Уровень значимости (p)	Стандартизованная оценка
Возраст начала ПР	-0,1037	66,7534	0,0001	-0,560281
ГЛЖ	0,4300	26,0791	0,0001	0,350491
Стрессорные факторы (жизненные события)	-0,6497	8,8895	0,0029	-0,171491
Гипотимия	1,0306	8,4963	0,0036	0,165847
Давность ПР	-0,1354	26,0008	0,0001	-0,350042
Конверсии	-0,5100	5,1845	0,0228	-0,140588
Индекс Кетле (индекс массы тела)	-0,0718	10,3048	0,0013	-0,178179
Сахарный диабет	0,5944	8,7685	0,0031	0,213941
Изменения сосудов сетчатки	1,4424	24,6326	0,0001	0,292448
Колебания ЧСС	0,0294	6,6370	0,0100	0,161409
Паническое состояние	0,8176	7,4063	0,0065	0,171160

Примечание. Concordant = 87,5%; Somers'D = 0,751

80 предикторов, участвующих в построении более 100 логистических уравнений, с помощью пошагового (Step) алгоритма отобрано 11 признаков для общей группы с указанием (в %) верного предсказания на каждом шаге (n = 700; Concordant = 87,5%; Somers'D = 0,751); 14 признаков для женщин (n = 431; Concordant = 89,6%; Somers'D = 0,784); 14 признаков для мужчин (n = 269; Concordant = 91,1%; Somers'D = 0,823). Достигнутый уровень значимости теста Hosmer and Lemeshow составили 0,7–0,9, что показало высокую степень согласия созданных моделей и реальных данных.

Клинически значимыми для общей группы являлись следующие предикторы: величина САД (p = 0,0001); возраст начала ПР (p = 0,0001); величина ДАД (p = 0,0004); гипертрофия левого желудочка — ГЛЖ (p = 0,0001); давность текущего ПР (p = 0,0001); стрессорные факторы, среди которых доминировали главные жизненные события, такие как смерть, тяжелая болезнь близкого, развод (p = 0,0002); гипотимия (p = 0,0005); уровень гликемии (p = 0,0008); гиперлипидемия (дислипидемия; p = 0,002); медицинские факторы, такие как соматические заболевания, дисгормональные расстройства, травмы, неэффективность предшествующего лечения (p = 0,0032). Также значимыми являлись следующие признаки: гипертонические кризы — ГК (p = 0,0025); изменения сосудов сетчатки — флебопатия, ангиопатия (p = 0,0001); соматизация (конверсии; p = 0,002); вспыльчивость (p = 0,0068); цефалгии (p = 0,0092); пессимизм, сниженная самооценка (p = 0,0121); ЧСС (p = 0,010); паническое состояние (p = 0,020); высокий уровень тревожности (p = 0,0223); болезни щитовидной железы (p = 0,025).

Учитывая мощное влияние таких признаков, как показатели САД, ДАД, ГК, по сути являющихся патогномичными проявлениями АГ, эти факторы исключили из спектра потенциальных предикторов с тем, чтобы оценить степень участия других признаков в уравнениях ЛР. Результаты ЛР, где исключение САД, ДАД, ГК не привело к снижению прогностической ценности 11 предикторов для общей группы (Concordant = 87,5%; Somers'D = 0,751), представлены в табл. 3 и 4.

Таким образом, признаки, отобранные пошаговым алгоритмом (см. табл. 3, 4), сохраняли свое первостепенное значение. В других итоговых урав-

нениях имели значение следующие предикторы: возраст пациента (p = 0,0001); ГК (p = 0,0003); ЧСС (p = 0,0017) и ее вариабельность (p = 0,0030); ПВС (p = 0,0117); дисгормональные нарушения (p = 0,0291); гиперлипидемия (p = 0,0182); характерологические черты личности (p = 0,0155); нарушения внимания (p = 0,0407) и ассоциативных процессов (p = 0,012); социальное положение в обществе и уровень образования (p = 0,0019); субъективное отношение к факту болезни (p = 0,0466); мотивационные факторы (p = 0,00630).

Анализ логистических уравнений отдельно по группам для женщин и мужчин выявил существенные различия в структуре предикторов, последовательности их вхождения в уравнение и оценке клинической значимости.

Для женщин ведущим предиктором оставался возраст начала ПР, который обеспечивал 75,4% правильного прогнозирования АГ (стадии ГБ) на 1-м шаге. Клинически наиболее важными являлись: изменения сосудов сетчатки (p = 0,0001); ГЛЖ (p = 0,0009); давность ПР (p = 0,0001); гиперлипидемия (p = 0,0182); ЧСС (p = 0,0226); гипотимия (p = 0,039); стрессорные факторы (производственные; p = 0,019); патология щитовидной железы (p = 0,0427), семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям (p = 0,0464). В предшествующих уравнениях факторами, инициирующими

Таблица 4. Результаты пошаговой процедуры

Шаг	Пошаговое включение признаков (предикторов) в уравнение ЛР	χ^2 Вальда	Процент точного предсказания	Уровень значимости (p)
1-й	Возраст начала ПР	59,9807	70,8	0,0001
2-й	Изменения сосудов сетчатки	132,30	77,2	0,0001
3-й	ГЛЖ	48,0217	81,2	0,0001
4-й	Давность ПР	48,0548	84,7	0,0001
5-й	Сахарный диабет	13,3333	85,5	0,0003
6-й	Стрессорные факторы (жизненные события)	11,4070	86,1	0,0007
7-й	Гипотимия	5,3132	86,4	0,0212
8-й	Индекс Кетле (индекс массы тела)	7,4425	86,9	0,0064
9-й	Колебания ЧСС	5,1893	87,0	0,0227
10-й	Паническое состояние	4,6233	87,3	0,0315
11-й	Конверсии	5,2321	87,5	0,0222

развитие ПР у женщин, являлись психосоциальные стрессоры (жизненные события; $p = 0,0086$), в которых значимыми были предикторы САД, ДАД, ГК. Удаление последних из анализа уменьшило процент верного предсказания лишь на 0,6 (Concordant = 89,6%; Somers'D = 0,784).

В группе мужчин наиболее важным являлся предиктор ГЛЖ ($p = 0,0001$), обеспечивающий 57,3% верного прогнозирования АГ (стадии ГБ) на 1-м шаге, а также давность текущего ПР ($p = 0,0028$); индекс Кетле ($p = 0,0005$); стрессорные факторы (медицинские; $p = 0,0040$); гипотимия ($p = 0,0005$); социальное положение мужчины в обществе и уровень образования ($p = 0,0023$); мотивационные факторы и субъективное отношение к факту болезни ($p = 0,0466$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что такие предикторы, как возраст начала и давность ПР, взаимосвязаны с развитием АГ. Не меньшее значение при этом имели стрессорные факторы. Установлены следующие закономерности возникновения ПР и АГ в зависимости от возраста начала, давности психических и соматических проявлений (рис. 2).

В группе женщин выявлена тесная связь ПР, обусловленных стрессорными факторами, с началом развития АГ (ГБ I стадии). Длительное течение АГ, соответствующей критериям ГБ II стадии, ассоциированной с другими заболеваниями и состояниями, сопровождалось более поздним формированием ПР. В данном случае хронические стрессорные факторы оказывали провоцирующее влияние на клиническую картину и прогрессирование АГ. При этом возраст начала психопатологической симптоматики соответствовал климактерическому периоду у женщин. Для мужчин появление АГ преимущественно в молодом возрасте являлось дополнительным стрессорным фактором. Таким образом, стрессорные факторы и связанные с ними ПР оказывали влияние на развитие и течение АГ. Существенную роль играли длительность воздействия стрессорного фактора и обусловленная этим давность текущего ПР.

Изучение взаимосвязи заболеваний внутренних органов и ПР представляет прежде всего дифференциально-диагностический клинический интерес в плане интерпретации и четкого разделения соматических и психопатологических симптомов, а также их возможного наложения и переплетения. Несомненным фактом следует признать то, что у таких пациентов клиническая картина соматического заболевания модифицируется, трансформируется или усиливается доминирующей психопатологией [24]. Субъективная актуальная симптоматика полностью концентрирует внимание больных на психоэмоциональных переживаниях. Для больных, страдающих психосоматической патологией, преобладание расстройств той или иной сферы на данном этапе болезни является определяющим в выборе форм и методов их лечения [23], а также в степени участия и акцентировании роли интерниста или психиатра. Преодоление дихотомии в психосоматике осуществляется путем поиска взаимосвязи соматического и психического, признания психосоматического подхода в качестве основополагаю-

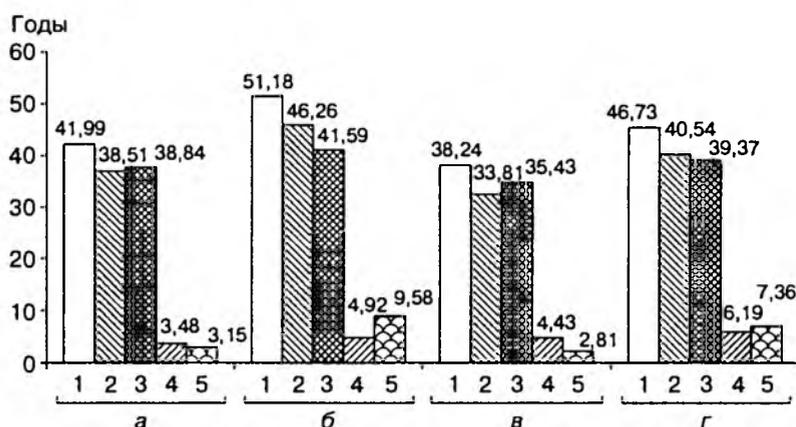


Рис. 2. Соотношение возраста пациентов, давности текущего ПР и давности ГБ в зависимости от пола.

а, б — ГБ I и II стадии соответственно у женщин; в, г — ГБ I и II стадии соответственно у мужчин.

1 — возраст пациентов; 2 — возраст начала ПР; 3 — возраст начала ГБ; 4 — давность ПР; 5 — давность ГБ.

щего в медицине, обоснования клиничко-диагностических моделей и общей терапевтической тактики.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии взаимосвязей между соматическими и психическими проявлениями. Степень этих связей определялась клинической картиной и стадией АГ, текущим ПР, возрастом и полом пациентов. Установлено дезадаптирующее влияние ПР на течение АГ.

У пациентов с АГ, соответствующей критериям ГБ I стадии, преобладали невротические ПР, преимущественно в виде расстройств адаптации: депрессивные, тревожно-депрессивные, нозогенные и другие реакции на тяжелый стресс, а также тревожно-фобические и соматоформные расстройства. У больных АГ, соответствующей ГБ II стадии, максимально значимые взаимосвязи определялись с органическим астеническим и аффективными расстройствами (депрессивный эпизод, дистимия).

У больных ГБ I стадии, а также у пациентов с СВД и пароксизмами при НЦД установлена сопряженность ранних проявлений АГ с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Это позволило констатировать, что невротические расстройства в одинаковой мере являлись характерными как у пациентов с начальной стадией ГБ, так и с НЦД (или СВД), протекающих с повышением АД. Данный факт указывает на общность патогенеза синдрома АГ и вероятную первичную роль невротических расстройств в развитии АГ, что имеет важное практическое значение для своевременной диагностики и лечения ранних проявлений АГ у больных с невротическими ПР.

Установлена статистически и клинически значимая связь между возрастом начала манифестации ПР и АГ, давностью ПР и АГ и влиянием стрессорных факторов. Как у женщин, так и у мужчин с ГБ I стадии давность ПР превышала давность АГ. Допустимо предположить, что в этих случаях ПР являлись первичными по отношению к ранним проявлениям АГ. При ГБ II стадии, напротив, продолжительность АГ превышала давность ПР. Вероятнее всего, соматическое заболевание при этом могло быть первичным по отношению к развитию

ПР, а хронические стрессорные факторы оказывали провоцирующее влияние на клинические особенности и прогрессирование ГБ.

Показатели САД и ДАД, суточных колебаний ЧСС обнаруживают прогностическую значимость в большей степени для женщин, чем для мужчин. Для прогностической оценки стадии ГБ и степени риска АГ наряду с такими ведущими клиническими признаками, как САД, ДАД, ГК, существенными факторами были и другие выявленные предикторы.

Многомерные методы биометрики позволили выделить максимально значимые не только соматические, но и психические, психосоциальные признаки, которые можно использовать в качестве дополнительных ФР и критериев оценки прогноза АГ в соответствии с существующими рекомендациями по степени стратификации риска. Результаты системного анализа имеют не только прогностическое, но и дифференциально-диагностическое значение для уточнения особенностей течения АГ в исследуемой когорте больных. Результаты исследования могут быть использованы в профилактических вмешательствах с учетом индивидуального спектра ФР АГ при совместных усилиях специалистов — терапевта (интерниста), психиатра, психотерапевта в проведении комплексной соматотропной, прежде всего гипотензивной терапии, психофармакотерапии и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арабидзе Г. Г., Белоусов Ю. Б., Карпов Ю. А. Артериальная гипертония: Справочное руководство для врачей. М.: Изд-во «Ремедиум», 1999.
2. Бергман Г. Функциональная патология: пер. с нем. М.; Л.: Биомедгиз; 1936.
3. Бикел П., Доксам К. Математическая статистика: пер. с англ. М.: Финансы и статистика; 1983, вып. 1—2.
4. Бройтгамм В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Пер. с нем. М.: ГЭОТАР Медицина; 1999.
5. Бокарев И. Н. Эссенциальная гипертония или гипертоническая болезнь? Проблемы классификации. Клин. мед. 1997; 6: 4—8.
6. Буриев В. И. Современные вопросы дифференциальной диагностики и дифференциального лечения артериальной гипертонии. Клин. мед. 2000; 8: 75—78.
7. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Воробьева О. В. и др.; под. ред. А. М. Вейна. М.: Мед. информ. агентство; 2000.
8. Волков В. С., Мазур Е. С., Калязина В. В. О механизмах формирования психосоматических соотношений при гипертонической болезни. Кардиология 1998; 3: 71—72.
9. Гогин Е. Е., Мартынов И. В. Артериальная гипертония или гипертоническая болезнь: аргументы в пользу нозологического диагноза. Тер. арх. 2000; 4: 5—8.
10. Дильман В. М. Четыре модели медицины. Л.: Медицина; 1987.
11. Константинов В. В., Жуковский Г. С., Тимофеева Т. Н. и др. Распространенность артериальной гипертонии и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов. Кардиология 2001; 4: 39—43.
12. Крылов А. А., Крылова Г. С. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью. Клин. мед. 2001; 6: 56—57.
13. Лапин И. П., Аниалова Н. А. Сердечно-сосудистые заболевания и депрессии. Журн. неврол. и психиатр. 1997; 3: 71—74.
14. Маколкин В. И., Абакумов С. А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. М.; 1985.
15. Маколкин В. И., Подзолков В. И., Гиляров М. Ю. Возможности суточного мониторирования артериального давления в дифференциальной диагностике нейроциркуляторной дистонии и гипертонической болезни. Кардиология 1997; 6: 24—28.
16. Оганов Р. Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике. Кардиология 1999; 2: 4—10.
17. Перегудов Ф. И., Тарасенко Ф. П. Введение в системный анализ. М.: Высшая школа; 1989.
18. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации. Первый доклад экспертов научного общества по изучению артериальной гипертонии, Всемирного научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1). Клин. фармакол. и тер. 2000; 9 (3): 5—30.
19. Смудевич А. Б., Сыркин А. Л. (ред.). Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология: Сборник статей. М.; 1994.
20. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии /Рекомендации разработаны экспертами Всероссийского научного общества кардиологов в 2001. Артер. гипертенз. (СПб) 2001; 7 (1, прил.).
21. Чазов Е. И. (ред.). Руководство по кардиологии. Т. 4: Болезни сердца и сосудов. М.: Медицина; 1982.
22. Саркисов Д. С. Некоторые особенности развития медико-биологических наук в последнее столетие. Клин. мед. 2000; 7: 4—8.
23. Семке В. Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та; 1999.
24. Смудевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). Психиатр. и психофармакол. 2000; 2: 36—40.
25. Соколов Е. И., Белова Е. В. Эмоции и патология сердца. М.: Изд-во Наука; 1983.
26. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина; 1986.
27. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: пер. с англ. М.: Медиа Сфера; 1998.
28. Шпак Л. В., Колбасников С. В. Выраженность тревожных расстройств и состояние кровообращения у больных гипертонической болезнью. Тер. арх. 1998; 6: 50—53.
29. Brody S., Rau H. Behavioral and psychophysiological predictors of self-monitored 19 month blood pressure change in normotensives. J. Psychosom. Res. 1994; 38 (8): 885—891.
30. Lyness J. M., Caine E. D., Conwell Y. et al. Depressive symptoms, medical illness, and functional status in depressed psychiatric patients. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 910—915.
31. Menotti A., Keys A., Blackburn H. Blood pressure changes as predictors of future mortality in the seven countries study CVD Epidemiol. Newslet. 1991/1992; 47: 113.
32. Sherbourne C. D., Jackson C. A., Meredith L. S. et al. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. Arch. Fam. Med. 1996; 5 (1): 27—34.
33. Theorell T., Emlund N. On physiological effects of positive and negative life changes — a longitudinal study. J. Psychosom. Res. 1993; 37 (6): 653—659.
34. World Health Organisation International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension. 1999; 171: 151—183.