

УДК 616.895.4–02:616.12–008.331.1

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТРЕВОЖНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

О. В. Володина

ГУЗ Воронежская областная клиническая больница №1

Гипертоническая болезнь (ГБ) по своей распространенности и последствиям может быть в полной мере отнесена к числу социально значимых заболеваний. К сожалению, ГБ не имеет специфических (патогномоничных) симптомов, что нередко затрудняет диагностику. Часто она протекает бессимптомно и манифестирует только своими осложнениями в виде ассоциированных заболеваний (острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность).

В настоящее время появляется всё большее количество данных о связи между тревожными невротическими расстройствами и ГБ, доказывающими, что тревожные расстройства ассоциируются как с повышенным риском развития, так и смертности от ГБ [1, 10, 12, 15, 16]. Так, например, в комплексном исследовании взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний, проведенном Т.В.Довженко [7], показано, что у больных ГБ с сопутствующими тревожными и депрессивными нарушениями чаще, чем у больных ГБ без сопутствующих аффективных расстройств, определялись факторы риска ГБ, другие сопутствующие заболевания, а также имели большую выраженность показатели гипертрофии, сферификации левого желудочка и миокардиального стресса в систолу и диастолу.

При этом, следует отметить ранее установленное значимое доминирование аффекта тревоги в клинической картине аффективных расстройств больных ГБ (54,17% случаев), тогда, как тоска и апатия доминировали существенно реже [6]. Кроме того, считается, что тревога не просто является фактором риска при ГБ, но способна усложнять её картину, скрывая симптомы соматического страдания [17].

Изучение особенностей аффективных расстройств у больных ГБ, проведенное Г.М.Румянцевой и соавт. [11], позволило выявить в их структуре эмоционально-лабильные и тревожные расстройства сосудистой природы, тревожно-депрессивное расстройство, дистимию. При этом наибольшую группу составили больные с нарушениями адапта-

ции, при которых тревога присутствовала во всех аффективных синдромах и выражалась в постоянном или периодическом беспокойстве, усиливавшемся под воздействием стрессовых факторов. Содержанием тревоги являлись реальные жизненные события или собственное состояние здоровья.

Имеющиеся данные нашли подтверждение в работе других российских учёных – Н.П.Гарганеевой и В.Я.Семке [5], установивших, что в группе невротических расстройств у больных ГБ I стадии преимущественно выявляют расстройства адаптации (РА) и стрессовые реакции, а также тревожно-фобические и соматоформные расстройства. В то время, как для больных ГБ II–III стадии характерны более выраженные депрессивные расстройства и органические непсихотические расстройства. При этом формирование начальных стадий ГБ происходит на фоне предшествующих невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств, а также расстройств личности.

Следует обратить особое внимание на то, что дифференциальная диагностика симптомов тревоги при невротических расстройствах (в том числе и РА) у больных ГБ с собственно симптоматикой ГБ зачастую существенно затруднена, что связано с рядом причин.

Во-первых, для больных ГБ на начальных этапах заболевания характерны: повышенный уровень невротизации, проявления тревоги, напряжённости, раздражительности, ощущения постоянной усталости, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, ослабление памяти [14], составляющие фактически псевдоневротический синдром, проявления которого подобны истинному невротическому синдрому при тревожных расстройствах. Во-вторых [4, 8], вегетативные расстройства у больных ГБ в ряде случаев выражены настолько интенсивно, что их можно выделить в независимый психовегетативный синдром (более чем в 1/3 случаев, и при этом они в большинстве своём сочетаются с психоэмоциональными расстройствами). Поскольку, в настоящее время в

структуре тревожного синдрома выделяют три основных компонента: тревожный (субъективное переживание самой тревоги), фобический (навязчивый страх с поведением избегания) и вегетативный (различные вегетативные симптомы), от количественного и качественного характера взаимоотношений между которыми и зависит всё многообразие тревожных расстройств [13], то мы видим весьма очевидное сходство в клинических проявлениях ГБ и тревожных расстройств, поскольку одним из наиболее ярких проявлений в обоих случаях является вегетативная симптоматика.

Следует также отметить, что сегодня, по мнению В.Н.Краснова, «депрессивные и тревожные расстройства зачастую проявляются исключительно соматическими (сомато-вегетативными) симптомами и представляют собой в той же мере соматическое, как и психическое расстройство». Наряду с этим, существует и приобретает все большую актуальность проблема сопряженности различных форм соматической патологии с аффективными расстройствами, что в первую очередь относится к так называемым психосоматическим заболеваниям [9].

Исходя из вышеописанного, проблема своевременной и дифференцированной диагностики тревожного синдрома в рамках РА у пациентов с ГБ с симптоматикой собственно ГБ, особенно на её начальных стадиях, представляется весьма значимой как с практической, так и с теоретической точек зрения. Следует добавить, что этот вопрос на данный момент, несмотря на его актуальность, не освещался в современной медицинской литературе. Необходимо также учитывать, что ГБ нередко развивается на фоне действия хронических стрессовых факторов, что предполагает ее высокую коморбидность с тревожными расстройствами, имеющими в своей структуре стрессовый компонент с зависимостью проявлений ГБ от стрессовых факторов.

Цель исследования: определение выраженности и проявлений тревожной симптоматики у мужчин с установленными диагнозами ГБ и РА и сравнение их с симптоматикой, выявленной у мужчин с установленным диагнозом ГБ, не страдающих РА, а также установление особенностей, позволяющих провести дифференциальную диагностику тревожной симптоматики в рамках РА у пациентов с ГБ с симптоматикой собственно ГБ, что особо значимо на её начальных стадиях.

Материал и методы исследования

Для выявления тревожной и тревожно-депрессивной симптоматики и, в последующем, тревожного и тревожно-депрессивного вариантов РА у больных ГБ на предварительном (первом) этапе было обследовано 255 пациентов кардиологического стационара ГУЗ Воронежской областной клинической больницы №1, отвечавших нижеприведённым критериям включения:

- 1) мужской пол;
- 2) возраст от 30 до 60 лет;

3) ГБ I–II стадии со степенью артериальной гипертонии (АГ) 1–3, риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) не более 3, недостаточностью кровообращения не более IIIA.

Критериями исключения являлись:

1) ГБ II с риском ССО 4 и/или НК IIIВ и более, а также ГБ III;

2) дополнительные соматические заболевания (такие, как ИБС, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит и хронический колит, цирроз печени, хронический бронхит и бронхиальная астма, заболевания щитовидной железы, ревматологическая патология, хронический пиелонефрит и гломерулонефрит, сахарный диабет);

3) наличие в настоящее время или в анамнезе органических (включая симптоматические) психических расстройств, психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, шизофрении, шизотипического и бредовых расстройств, расстройств настроения, а также личности и поведения, расстройств психологического (психического) развития, умственной отсталости, невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств, кроме рубрик F43.22, F43.23).

Диагноз ГБ устанавливался кардиологами на основе клинической классификации ГБ в соответствии с современными отечественными и международными рекомендациями с применением МКБ-10.

Выявление РА тревожно-депрессивного спектра и их последующая квалификация производились на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний и международной классификации психических и поведенческих расстройств (ICD-10, с учётом DSM-IV).

При диагностике РА было необходимо четко отграничивать их от других расстройств, характеризующихся наличием тревожного и/или депрессивного синдрома.

РА определяют как синдром, включающий эмоциональные и поведенческие симптомы, которые развиваются в течение 3-х месяцев с момента начала воздействия психотравмирующих факторов (не достигающих тяжёлой степени). Диагноз определяют при комплексной оценке психической травмы – с учетом динамики как психического состояния, так и травмирующих факторов социального окружения [2].

Необходимо:

1. Наличие причинной связи психотравмирующих факторов с развитием психопатологических нарушений.
2. Развитие в течение 3-х месяцев с начала воздействия психотравмирующих факторов.
3. Умеренный дистресс и/или нарушение социальной адаптации, свидетельствующие о пограничном уровне выраженности.

4. Наличие стрессового синдрома умеренной выраженности, не являющегося доминирующим (как, в частности, при ПТСР): 1) повторяющиеся переживания – навязчивые или сверхценные мысли, представления, чувства, сновидения, отражающие содержание психотравмирующей ситуации и имеющие направленность в прошлое или будущее; 2) избегание травмирующих переживаний, вызывающих ухудшение психического состояния; 3) идеомоторное возбуждение, связанное с актуализацией травмирующей ситуации; 4) повышенная реактивность вегетативной нервной системы, проявляющаяся в соматовегетативной дисфункции.

Симптомы при РА продолжаются не более 6 месяцев после прекращения действия стрессового фактора или его последствий (кроме пролонгированных и смешанных тревожно-депрессивных вариантов). При установлении диагноза РА проводилась тщательная дифференциальная диагностика (в частности, с посттравматическим стрессовым расстройством, генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством, дистимией, депрессивным эпизодом, смешанным тревожным и депрессивным расстройством, а также с расстройствами личности).

Основными методами исследования являлись:

1. Скрининг (доврачебная диагностика) – разработанная нами скрининговая карта по выявлению тревожно-депрессивной симптоматики в кардиологической практике.

2. Клинико-психопатологический – диагностика по МКБ и психопатологическая диагностика структуры РА.

3. Клинико-психометрический – оценка выраженности тревоги при РА: шкала Гамильтона для оценки тревоги (ШГТ) в модификации из 14 пунктов (НАМ-А, Hamilton M., 1959).

4. Статистический – в качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение 0,05. Условия нормальности анализируемых количественных данных и равенства дисперсий распределения признаков в сравниваемых группах проверялись средствами модуля «Основные статистики и таблицы» пакета STATISTICA 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате скринингового обследования с помощью специально разработанной карты было выявлено наличие тревожной и/или депрессивной симптоматики у большинства пациентов – 71,37 % (182 чел.), у остальных 73 пациентов (28,63%) тревожная и/или депрессивная симптоматика отсутствовали.

При последующем клинико-психопатологическом исследовании пациентов с выявленной тревожно-депрессивной симптоматикой было установлено наличие РА у 93 больных ГБ (36,47% от общего числа обследованных – 255 или 51,10% от числа пациентов с повышенным уровнем тревоги –

182), у остальных имели место аффективные расстройства, относящиеся к другим рубрикам МКБ-10. Это доказывает факт высокой распространённости РА среди больных ГБ без установленных дополнительных заболеваний психической сферы, то есть это те пациенты, которые могли своевременно не попасть в поле зрения психиатров и психотерапевтов и не получить своевременной помощи.

Клинико-психопатологическое обследование контингента пациентов с РА позволило выявить у них следующие РА тревожно-депрессивного спектра:

а) кратковременная депрессивная реакция (ДР), обусловленная РА (F43.20);

б) пролонгированная депрессивная реакция (ПДР), обусловленная РА (F43.21);

в) смешанная тревожная и депрессивная реакция (СТДР), обусловленная РА (F43.22);

г) РА с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23, куда мы включили выделенную в DSM-IV тревожную и выявленную нами пролонгированную тревожную реакцию – ТР и ПТР).

Количественное соотношение в этой группе было следующим: ТР – 20,43% (19 больных), ПТР – 16,13% (15 больных), СТДР – 37,63% (35 больных), ДР и ПДР – 25,81% (24 больных). Ввиду того, что изучение ДР и ПДР не входило в задачи исследования, эта группа была исключена на данном этапе.

Тщательное изучение группы пациентов, у которых не было выявлено повышенного уровня тревоги (73; 28,63%), позволило установить, что по рассматриваемым в данной работе критериям (возраст, образовательный уровень, характер трудовой деятельности, длительности ГБ и её тяжести) они принципиально не отличались от лиц с повышенным уровнем тревоги, что подтверждается данными математического анализа о недостоверности статистических различий между данными группами.

На основании полученных результатов, из данного контингента были выделены две группы: I – включавшая 69 пациентов с ГБ и РА тревожного и тревожно-депрессивного спектра, и II – включавшая 73 пациента с ГБ, не страдавших РА тревожного и тревожно-депрессивного спектра. Сравнительный анализ частоты встречаемости проявлений тревожной и тревожно-депрессивной симптоматики по данным скрининговой карты приведён в табл. 1.

При количественном анализе проявлений тревожной и тревожно-депрессивной симптоматики по данным скрининговой карты у пациентов с ГБ, страдавших РА, выявлено, что наиболее часто встречались головные боли, раздражительность, ощущение внутреннего напряжения, тревожное настроение, шум в ушах, нечёткость зрения, тахикардия, слабость, утомляемость, потливость.

Несколько реже встречались трудности засыпания («ранняя» бессонница), мышечное напряжение, затруднения концентрации внимания, головокружение, боль в спине, мышцах, нетерпеливость, беспокойство по мелочам, ухудшение памяти, нарушения дыхания (диспноэ, чувство давления/сжатия груд-

Частота встречаемости тревожной и тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с ГБ, страдавших РА тревожного и тревожно-депрессивного спектра (I группа), и с ГБ, не страдавших РА (II группа)

Симптомы	Пациенты			
	I группа: n=69		II группа: n=73	
	Абс.	%	Абс.	%
А. Психические:				
1. Чувство тревоги, тревожное настроение	52	75,36	-	-
2. Ощущение внутренней напряжённости	54	78,26	-	-
3. Страхи (в том числе инфаркта, инсульта, физической нагрузки), приступы тревоги, избегание психотравмирующих переживаний (избегающее поведение)	11	15,94	-	-
4. Нетерпеливость, беспокойство по мелочам	35	50,72	-	-
5. Раздражительность	57	82,61	31	42,47
6. Затруднения концентрации внимания, снижение умственной работоспособности	38	55,07	17	23,29
7. Ухудшение памяти	29	42,03	11	15,07
8. Снижение настроения	14	20,29	-	-
9. Чувство вины	13	18,84	-	-
10. Снижение интереса к повседневным занятиям	10	14,49	-	-
11. Снижение удовольствия от ранее приятного (ангедония)	9	13,04	-	-
12. Трудности принятия решений	15	21,74	-	-
Б. Сомато-вегетативные:				
13. Слабость, утомляемость	40	57,97	-	-
14. Суточные колебания (ухудшение по утрам)	8	11,59	-	-
15. Головные боли	60	86,96	52	71,23
16. Приливы крови к голове, ощущение пульсации в голове	42	60,87	38	52,05
17. Головокружение	46	66,67	48	65,75
18. Боли в области сердца	38	55,07	33	45,21
19. Нечёткость зрения, мелькание «мушек», пелена и другие фотомии	48	69,56	25	34,25
20. Парестезии (ощущение онемения, покалывания)	14	21,74	16	21,92
21. Шум в ушах	49	71,01	28	38,36
22. Инсомния:				
1) Трудности засыпания («ранняя» бессонница)	43	62,32	13	17,81
2) Ранние утренние пробуждения («поздняя» бессонница) или гиперсомния	18	26,09	9	12,33
23. Гиперемия	14	20,29	12	16,44
24. Тахикардия	48	69,57	46	63,01
25. Потливость	42	60,87	44	60,27
26. Приливы жара и холода	22	31,88	19	26,03
27. Тремор, дрожь	10	14,49	7	9,59
28. Бледность	12	17,39	9	12,33
29. Учащённое мочеиспускание	9	13,04	-	-
30. Диарея	8	11,59	-	-
31. Запоры	7	10,14	-	-
32. Сухость во рту	21	30,43	23	31,51
33. Нарушения дыхания (диспноэ, чувство давления /сжатия грудной клетки, нехватка воздуха, гипервентиляция)	31	44,93	18	24,66
34. Боль в спине и мышцах	36	52,17	-	-
35. Мышечное напряжение	39	56,52	-	-
36. Желудочно-кишечные расстройства (мутит от страха, изжога, отрыжка, чувство переполнения желудка)	20	28,98	-	-
37. Нарушения аппетита	13	18,84	-	-
38. Снижение либидо	15	21,74	-	-

ной клетки, нехватка воздуха, гипервентиляция), приливы крови к голове, ощущение пульсации в голове, боли в области сердца, нарушения сна в виде ранних пробуждений или гиперсомнии, трудности принятия решений, неспецифические желудочно-кишечные расстройства (изжога, отрыжка, чувство переполнения желудка), снижение либидо, нарушения аппетита, чувство вины.

Наиболее редкими были следующие симптомы: приливы жара или холода, снижение настроения, снижение интереса к повседневным занятиям, суточные колебания настроения с ухудшением по утрам, сухость во рту, снижение удовольствия от ранее приятного, гиперемия, страхи, приступы тревоги, фобическое избегающее поведение, тремор, дрожь, учащённое мочеиспускание, бледность, парестезии, диарея, запоры.

Анализируя вышеперечисленные данные, среди симптомов тревоги можно выявить достаточно высокую встречаемость симптомов общих для тревоги и депрессии (физическая слабость, утомляемость, затруднения концентрации внимания, снижение умственной работоспособности, ухудшение памяти, раздражительность, инсомния, головные боли, головокружение, боли в области сердца, нечёткость зрения, парестезии, нарушения аппетита, снижение либидо, нарушения дыхания, неспецифические желудочно-кишечные расстройства), что в целом соответствует современным представлениям о высокой частоте коморбидности тоскливого и тревожного синдромов [3].

При этом необходимо отметить, что в изученной группе пациентов клинические проявления тревожного синдрома (чувство тревоги, тревожное настроение, ощущение внутреннего напряжения, нетерпеливость, беспокойство по мелочам, трудности засыпания – «ранняя» бессонница, страхи, приступы тревоги, избегание психотравмирующих переживаний – избегающее поведение) существенно преобладали по частоте и выраженности над клиническими проявлениями тоскливого синдрома (нарушения сна в виде ранних пробуждений, снижение настроения, чувство вины, снижение интереса к повседневным занятиям, снижение удовольствия от ранее приятного – ангедония, суточные колебания – ухудшение по утрам, трудности принятия решений и т.д.).

Кроме того, следует обратить внимание на частую встречаемость симптомов общих для тревожного и тоскливого синдрома, характерных и для ГБ (головные боли, головокружение, боли в области сердца, раздражительность, затруднения концентрации внимания, снижение умственной работоспособности, ухудшение памяти, инсомния, нечёткость зрения, парестезии и т.д.), что, несомненно, затрудняет диагностику РА тревожно-депрессивного спектра у данного контингента пациентов.

Во второй группе пациентов с ГБ, не страдавших РА, наиболее часто встречались головные боли, головокружение, тахикардия, потливость.

Несколько реже встречались приливы крови к голове, ощущение пульсации в голове, боли в области сердца, раздражительность, шум в ушах, нечёткость зрения, сухость во рту.

Наиболее редкими были приливы жара и холода, нарушения дыхания (нехватка воздуха), затруднения концентрации внимания, парестезии, снижение умственной работоспособности, трудности засыпания («ранняя» бессонница), гиперемия, ухудшение памяти, ранние утренние пробуждения («поздняя» бессонница) или гиперсомния, бледность, тремор, дрожь.

При последующей оценке выраженности тревоги по шкале Гамильтона средний суммарный балл в группе больных ГБ и РА составил 22,5 балла (максимум 25, минимум – 19 баллов), тогда как в группе с ГБ без РА – 5,46 (минимальное значение – 2, а максимальное – 7 баллов).

Средние баллы по 14 пунктам ШГТ у мужчин с ГБ и РА и с ГБ без РА представлены в табл. 2. Полученные данные прошли тщательную статистическую обработку и являются достоверными ($p < 0,05$).

В группе пациентов с ГБ, не страдавших РА, были отмечены повышения по пунктам ШГТ, содержащие симптомы, характерные как для ГБ, так и для тревоги: сердечно-сосудистые симптомы, вегетативные симптомы, интеллектуальные нарушения, инсомния, соматические симптомы (сенсорные).

На основании изучения жалоб, предъявленных этими пациентами кардиологу при поступлении по данным истории болезни, а также выявленных непосредственно в результате настоящего исследования с учётом данных ШГТ, была диагностирована высокая встречаемость среди них симптомов тревоги, характерных как для собственно РА, так и для ГБ. Последующее детальное изучение позволило разделить симптомы на две группы: в первую вошли

Таблица 2

Средние баллы по пунктам ШГТ у пациентов с ГБ и РА (I группа) и с ГБ без РА (II группа)

Пункты ШГТ	Средние баллы	
	I группа	II группа
1) Тревожное настроение	2,17±0,23	-
2) Напряжение	2,34±0,16	-
3) Страхи	0,98±0,25	-
4) Инсомния	1,98±0,27	0,78±0,36
5) Интеллектуальные нарушения	1,59±0,11	1,08±0,22
6) Депрессивное настроение	1,37±0,19	-
7) Соматические симптомы (мышечные)	1,65±0,22	-
8) Соматические симптомы (сенсорные)	1,82±0,13	0,67±0,28
9) Сердечно-сосудистые симптомы	1,23±0,17	1,46±0,44
10) Респираторные симптомы	1,36±0,21	-
11) Гастроинтестинальные симптомы	1,13±0,18	-
12) Мочеполовые симптомы	0,88±0,14	-
13) Вегетативные симптомы	2,31±0,24	1,25±0,34
14) Поведение при осмотре	1,69±0,28	-

Специфические и неспецифические симптомы тревоги у пациентов с ГБ и РА

Неспецифические симптомы тревоги (характерные и для ГБ, и для РА)	Специфические симптомы тревоги (характерные только для РА)
1) головные боли 2) приливы крови к голове, ощущение пульсации в голове 3) головокружение 4) боли в области сердца 5) гиперемия 6) тахикардия 7) потливость 8) приливы жара и холода 9) бледность 10) тремор, дрожь 11) сухость во рту 12) нарушения дыхания (нехватка воздуха) 13) нечёткость зрения, мелькание «мушек» перед глазами при ГБ, пелена, мелькание молний и другие фотомии 14) парестезии (ощущение онемения, покалывания, при ГБ в основном онемение пальцев рук и ног) 15) шум в ушах 16) инсомния 17) раздражительность 18) затруднения концентрации внимания, снижение умственной работоспособности 19) ухудшение памяти	1) собственно чувство тревоги, тревожное настроение 2) ощущение внутренней напряжённости 3) страхи, приступы тревоги, избегание психотравмирующих переживаний (фобическое избегающее поведение) 4) нетерпеливость, беспокойство по мелочам 5) мышечное напряжение 6) нарушения дыхания (диспноэ, чувство давления/сжатия грудной клетки, гипервентиляция) 7) неспецифические желудочно-кишечные расстройства (мутит от страха, изжога, отрыжка, чувство переполнения желудка) 8) слабость, утомляемость 9) нарушения аппетита 10) диарея 11) запоры 12) учащённое мочеиспускание 13) боль в спине и мышцах 14) снижение либидо

неспецифические симптомы тревоги, характерные как для ГБ, так и для РА, а во вторую – специфические симптомы тревоги, характерные только для РА (табл. 3). Следует ещё раз отметить, что в настоящее время считается, что ГБ не имеет своей патогномичной симптоматики (как и РА, что их сближает) и зачастую проявляется только своими осложнениями, говорящими как минимум о наличии уже II стадии заболевания с поражением соответствующих органов-мишеней (наличие спазма сосудов сетчатки, коронарных сосудов, сосудов почек, гипертрофии левого желудочка и т.п.). Единственным же достоверным симптомом с самого начала заболевания является устанавливаемое объективно инструментальным методом повышение АД.

Итак, нами были выявлены неспецифические симптомы тревоги (характерные как для ГБ, так и для РА), а также специфические симптомы тревоги, характерные только для РА.

Тщательное изучение пациентов с ГБ, не страдавших РА, позволило установить, что по рассма-

триваемым в данной работе критериям (возраст, образовательный уровень, характер трудовой деятельности, длительности ГБ и её тяжести) они принципиально не отличались от лиц с РА, что подтверждается данными математического анализа о недостоверности статистических различий между данными группами ($p < 0,05$).

Выводы

В результате настоящего исследования тревожной симптоматики у больных с ГБ была определена высокая частота встречаемости тревожного и тревожно-депрессивного варианта РА. Установлено, что некоторые проявления тревожного синдрома, относимые к вегетативной дисфункции, характерны как для собственно РА, так и для ГБ.

Полученные данные о неспецифических и специфических симптомах тревоги у больных ГБ с РА помогут упростить и повысить выявляемость тревожных вариантов РА в общей соматической практике.

ЛИТЕРАТУРА

- Белова Е.В. Роль симпатико-адреналовой системы в развитии гипертонической болезни. Влияние эмоционального фактора // Кардиология. 1991. № 5. С. 83–85.
- Вельтишев Д.Ю. Диагностика и фармакотерапия тревожного варианта расстройств адаптации: анксиолитик этифоксин (стрезам) в клинических и экспериментальных исследованиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 86–91.
- Вертоградова О.П., Войцех В.Ф., Волошин В.М. и соавт. Психопатологические критерии диагностики депрессии: Методические рекомендации. М., 1981. 20 с.
- Волков В.С., Поздняков Ю.М. Лечение и профилактика гипертонической болезни. М.: «Анко», 1999. 192 с.
- Гарганеева Н.П., Тетенов Ф.Ф., Семке В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема // Клиническая медицина. 2004. № 1. С. 35–41.
- Довженко Т.В. Расстройства депрессивного спектра с кардиальным синдромом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (клиника, диагностика, терапия): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2008. 48 с.
- Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Краснов В.Н., Васюк Ю.А. Тревожно-депрессивные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Доктор.ру. 2010. № 4 (55). С. 39–47.
- Колбасников С.В. Особенности гемодинамики и психической работоспособности у больных гипертонической болезнью // Кардиология. 1994. № 2. С. 147–148.
- Краснов В.Н. Современные подходы к терапии депрессий // Русский медицинский журнал. 2002. Т. 12–13, № 10. С. 553–555.
- Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Первичко Е.И., Барановская В.В. Артериальная гипертензия и тревожные расстройства // Кардиология. 2002. № 2. С. 95–99.
- Румянцева Г.М., Соколова Т.Н., Левина Т.М., Марголина В.Я. Терапия аффективных расстройств тианептином у больных с эссенциальной формой гипертонической болезни // Кардиология. 2003. № 3. С. 28–32.
- Davies S.J., Ghahramani P., Jackson P.R. et al. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension // Am. J. Med. 1999. Vol. 107, N 4. P. 310–316.
- Kelly D. Anxious disorders // Pharmacopsychiatry. 1980. Vol. 13, N 5. P. 259–266.

14. Lowdon J.D., Hall W.D. Quality of life issues in hypertension and behavior // *Quality of life & Cardiovasc. Care*. 1985. P. 109–122.
15. Markovitz J.H., Matthews K.A., Kannel W.B. et al. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study // *JAMA*. 1993. Vol. 270. P. 2439–2443.
16. Shah S.U., White A., White S., Littler W.A. Heart and mind: (1)

- relationship between cardiovascular and psychiatric conditions // *Postgrad. Med. J.* 2004. Vol. 80. P. 683–689.
17. Staab J.P., Datto C.J., Weinrieb R.M., Gariti P. et al. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings // *Med. Clin. North Am.* 2001. Vol. 85. P. 579–596.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ТРЕВОЖНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

О. В. Володина

Цель исследования: изучить проявления и оценить степень выраженности тревожной симптоматики у мужчин с гипертонической болезнью (ГБ) и расстройством адаптации (РА), а также установить специфические особенности, позволяющие провести дифференциальную диагностику тревожной симптоматики в рамках РА у пациентов с ГБ с симптоматикой собственно ГБ, особенно на её начальных стадиях.

Определена высокая встречаемость симптомов тревожного синдрома, характерных как для собственно РА, так и для ГБ. Детальное

изучение позволило разделить симптомы на две группы: в первую вошли неспецифические симптомы тревожного синдрома (характерные как для ГБ, так и для РА), а во вторую – специфические симптомы (характерные только для РА).

Установлено, что для ГБ без РА не характерен развернутый тревожный синдром, при этом у пациентов были выявлены неспецифические признаки вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, расстройства адаптации, тревожный синдром.

SPECIFIC AND NON-SPECIFIC ANXIOUS SYMPTOMS IN PATIENTS SUFFERING FROM HYPERTENSION AND EXPERIENCING ADJUSTMENT PROBLEMS

O. V. Volodina

Aim of investigation: studying the manifestations and severity of anxious symptoms in men with hypertension and adjustment problems, and finding specific features that would allow a differential diagnosis between anxious symptoms as a part of adjustment disorders in patients with hypertension vs. anxious symptoms as a feature of hypertension, especially at its initial stage. Anxiety symptoms are common both in adjustment disorders and in hypertension. A thorough investigation

allows dividing these symptoms into two groups: one of non-specific anxiety symptoms (that occur in both adjustment disorders and in hypertension) and the other of specific anxiety symptoms (found only in adjustment disorder). The author states that a 'full blown' anxiety syndrome does not seem a part of hypertension free of adjustment disorder, though such patients may show signs on non-specific vegetative dysfunction.

Key words: hypertension, adjustment disorder, anxiety syndrome.

Володина Ольга Владимировна – кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт ГУЗ Воронежская областная клиническая больница №1; e-mail: sol7679@rambler.ru