

УДК 616-083.98 (082)

*В.М.Загуровский*

## ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Кафедра скорой и неотложной медицинской помощи (зав.- проф. В.В.Никонов),  
кафедра психотерапии (зав. - проф. Б.В. Михайлов) Харьковской медицинской академии последипломного образования;  
Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи

**Резюме.** Применение трансовой психотерапии при лечении гипертонических кризов психосоматического типа приводит к их устранению или ослаблению с трансформацией в вегетативные кризы. При соматопсихическом типе кризов наблюдается уменьшение их частоты и ослабление, сопровождающееся исчезнове-

нием или значительным ослаблением психоэмоциональных нарушений. Психотерапия не меняет течение болезни, но значительно усиливает эффект трансовой терапии при совместном их применении.

**Ключевые слова:** гипертонический криз, трансовая психотерапия, психофармакотерапия, психосоматика.

**Вступление.** Гипертонические кризы (ГК) рассматриваются, как правило, отдельно от динамики течения гипертонической болезни (ГБ), включая и их терапию [4,6]. Наши исследования показали, что кризы, как острая манифестация патогенетических механизмов ГБ, оказывают важное влияние на развитие и течение всего заболевания [2,3]. Кризы можно рассматривать как универсальный болезненный способ реагирования личности [2]. Получены положительные эффекты применения психофармакотерапии и трансовой психотерапии, направленной на коррекцию ГК как способа реагирования, непосредственно при их купировании [3]. Представляется целесообразным исследование отдаленных результатов применения этих методов терапии ГК, их влияние на дальнейшее течение заболевания.

**Цель исследования.** Изучить отдаленные результаты применения трансовой психотерапии и психофармакотерапии при купировании ГК на дальнейшее течение заболевания.

**Материал и методы.** Исследование проведено спустя 8-10 недель после купирования ГК у больных ГБ I – II ст. с применением эриксоновского гипноза – 22, нейролингвистического программирования – 18, медикаментозного гипноза – 23, экспресс-гипноза – 19, психофармакотерапии – 20, медикаментозной терапии – 36 человек. При обследовании больных использовали: тест Люшера, шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергер-Ханина, Гиссенского опросника соматических жалоб, клинического опросника выявления и оценки невротических состояний.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При повторном обследовании больных, которым во время купирования ГК применялась обычная медикаментозная терапия и психофармакотерапия, не обнаружено существенных изменений или тенденций к улучшению, по сравнению с периодом, предшествующему проведенной терапии. Все данные обследования соответствовали и находились в границах таковых, характерных для межкризового течения ГБ. Частота, структура ГК, их характеристики оставались прежними.

Наблюдается достоверная зависимость наличия невротических синдромов от типа клинического течения ГК [2,3,4]. При психосоматическом (ПС) типе некоторые невротические синдромы встречаются приблизительно в 2-2,5 раза чаще и имеют более выраженный характер чем при соматопсихическом (СП).

У всех обследованных при экспериментальном-психологическом исследовании в межкризовом периоде определялся повышенный уровень реактивной и личностной тревожности от низкой до средней шкалы Спилбергер-Ханина (таблица 1). Распределение по балам позволяет выделить три группы: со средними (48% случаев), низкими (39% случаев) и высокими показателями личностной и средними - реактивной тревожности (13% случаев). В 83% случаев реактивная тревожность была выше личностной ( $p < 0,01$ ), в 17% - они отличались незначительно. Обнаруженные различия достоверны и характеризуют зависимость от типа клинического течения ГК – 1-й и 2-й группы (ПС и СП) и уровня невротической симптоматики – 3-я.

Общий балл по данным Гиссенского опросника соматических жалоб в 100% случаев колебался - 30 - 40 баллов с распределением по возрастающей по шкалам:  $M < E < G < H$  (таблица 2). Отмечены достоверные различия уровня общих баллов в зависимости от типа ГК – более высокий при ПС.

По результатам теста Люшера стресс оценивался от 2 до 5 баллов. Его компенсация представлена в 28% ( $p < 0,001$ ) основными цветами («нормальный»), в 72% ( $p < 0,001$ ) носила «патологический» (дополнительные цвета) характер и оценивалась от 3 до 6 баллов. Отмечено перемещение «патологической» компенсации из межприступного периода в характеристики стресса ГК, т.е. оставалась такой же, изменяясь лишь в сторону наращивания мощности. Стресс и компенсация были однонаправлены, но отличались по содержанию в зависимости от типа ГК.

В клиническом опроснике для выявления и оценки невротических состояний (таблица 3) отмечено соответствие уровней тревоги, депрессии

Таблица 1

## Уровни тревожности в межкризовом периоде гипертонической болезни

Тип ГК	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
1	36,73±1,42	43,16±1,70
2	23,16±1,31 p1<0,001	28,46±1,25 p1<0,001
3	35,57±1,29	47,36±1,53 p<0,001

Таблица 2

## Результаты оценки соматических жалоб в межкризовом периоде гипертонической болезни

Тип ГК	Шкалы опросника				Общие баллы
	Е	G	M	H	
ПС	9,32	12,47	5,16	12,82	39,87±2,02
СП	5,88	10,39	4,71	11,97	32,95±1,85 p1<0,05

Таблица 3

## Данные оценки невротических состояний в межкризовый период гипертонической болезни

Шкалы опросника	Показатели по типу ГК		Среднее всех групп
	ПС	СП	
Тревоги	-3,51±0,24	-2,47±0,32 p<0,05	-3,19±0,28
Депрессии	-3,07±0,31	-2,83±0,28 p>0,05	-2,95±0,29
Астении	-0,96±0,23	-0,50±0,21 p>0,05	-0,73±0,22
Истории	-2,24±0,28	-1,43±0,24 p<0,05	-1,91±0,26
Обсессивно-фобическая	-3,31±0,32	-2,04±0,28 p<0,01	-2,68±0,30
Вегетативная	-7,14±0,35	-5,68±0,28 p<0,01	-6,41±0,32

и обсессивных показателей с наличием у пациентов невротических синдромов. Наблюдаются достоверно выше показателями при ПС типе ГК.

У больных, которым во время купирования ГК применялась психотерапия, выявленные изменения однонаправлены и отсутствуют достоверные различия, в связи с чем они объединены в одну группу – трансовая психотерапия. В этой группе в 34% (p<0,001) случаев отсутствовали ГК на фоне сохранения отдельных симптомов, характерных для психофизических нагрузок. В 31% (p<0,001) кризы возникали реже (на 61% p<0,001) и носили абортный характер. Их клиника состояла из кратковременного появления 1-2 симптомов, с которых ранее начинался ГК и подъема артериального давления. Эти симптомы быстро исчезали самостоятельно или при приеме обычных поддерживающих доз успокаивающих препаратов. Эти симптомы существовали ранее в межкризовом периоде, но мало тревожили по сравнению с ГК. На их появление сохранялась спокойная реакция пациентов, критическая оценка и рациональное поведение. Спустя некоторое время, эти симптомы исчезали или полностью игнорировались пациентом (чаще при СП типе). В 29% (p<0,001) случаев наблюдалось изменение клиника ГК при сохранении частоты. Уменьшалось количество и интенсивность симптомов, уменьшался подъем артериального давления. Больные отмечали спокойное и критическое отношение к происходящему изменению своего состояния, спокойно ожидали прекращения ГК или предпринимали рациональные действия, нейтрализующие их течение (успокаивающие, гипотензивные и т.д.).

Обнаружено, что для первой группы характерен ПС тип ГК, для второй – СП с выраженной

психоэмоциональной реакцией, для третьей – СП с умеренными или слабыми психоэмоциональными нарушениями.

При анализе обнаруженных изменений клинко-патологических данных выявлено выраженное снижение количества и интенсивности сенсорно-вегетативной симптоматики при трансовой терапии ГК. На этом фоне наблюдалось сужение спектра вегетовисцеральной симптоматики до одной из систем или органа. В клинике преобладали 1-3 симптома психоэмоционального или соматического типа. Болезненные ощущения, связанные с определенным органом или системой органов, как правило, не сопровождалась сенсорно-вегетативной симптоматикой. Если же она присутствовала в виде единичного симптома, то также привязывались больными к определенному органу или системе (чаще всего к сердцу, органам дыхания или центральной нервной системе) или игнорировались. Параллельно с моно-симптоматикой, характерной для психовегетативного синдрома собственно вегетативной дисфункции, уменьшалась и стрессорная реакция, развивающаяся на первичные симптомы ГК. У пациентов восстанавливалось реалистичное, рациональное, критичное отношение к своему состоянию и возникающим симптомам. Они вели себя спокойно, уверенно, предпринимали необходимые меры для снятия симптомов, не нарушая обычных занятий.

В психическом статусе ведущее место занимали жалобы, отражающие эмоциональные нарушения – слабое или умеренное чувство напряжения, тревоги, носящие кратковременный, беспочвенный характер или связанные с угрозой развития ГК, особенно при возникновении ситуаций, которые предшествовали их возникновению. На-

пряжение возникало и при внезапном возвращении воспоминаний о гипертонических кризах. Эмоциональные нарушения не сопровождались снижением критики к своему состоянию, снижением когнитивной деятельности, нарушениями логического мышления и действия. Иногда отмечается эмоциональная лабильность, смех и плач, которые не имеют под собой причины и связываются больными с возвращением критики к своему состоянию, пониманием беспочвенности болезненных переживаний и возможностью противостоять болезненным проявлениям.

Существующее психическое напряжение сохраняет в клинике заболевание невротическую симптоматику. Она несколько сглаживается, снижается ее актуальность, но продолжает выявляться при детальном исследовании, сохраняя свою направленность и зависимость от типа кризов.

При экспериментально-психологическом исследовании у всех пациентов определялся уровень личностной тревожности от низкого до умеренного. Реактивная тревожность в 41% ( $p < 0,01$ ) случаев была на нижнем уровне умеренной, в остальных – низкой (таблица 4). При ПС типе кризов, как и в группе с невротической симптоматикой, тревожность была достоверно выше.

Общий балл по результатам Гиссенского опросника соматических жалоб в 100% случаев был ниже 30 баллов с распределением по возрастающей по шкалам:  $M < E < G < H$ . Невзирая на общее снижение уровня жалоб, их уровень достоверно выше при ПС типе кризов (таблица 5).

В клиническом опроснике для выявления и оценки невротических состояний, данные по шкале тревоги, в большинстве случаев составляли меньше -3,5 (таблица 6). По шкале вегетатив-

ных нарушений у всех пациентов определялись показатели ниже -5,8. Данные шкалы обсессивно-фобических нарушений в 36% случаев были ниже -2,5, остальные распределялись ниже -1,5. Отмечено присутствие в клинике невротической симптоматики соответственно с уровнем невротических состояний.

По результатам теста Люшера у всех пациентов определялся источник стресса от 2 до 4 баллов интенсивности. Компенсация источника стресса представлена в 64% ( $p < 0,01$ ) случаев дополнительными, в остальных – основными цветами. Достоверных различий в зависимости от типа криза не выявлено, хотя сохраняется тенденция более «нормальной» компенсации и более низкого стресса при СП типе. Сдвиг в сторону нормализации компенсаторных реакций связан с уменьшением стресса за счет перемещения основных цветов в начало или середину ряда. При анализе содержания цветовых рядов отмечено изменение компенсаторных механизмов в сторону нормализации, особенно при СП типе кризов. При ПС, наряду с этим процессом, наблюдается снижение мощности «патологических» способов компенсации. Значительное место продолжают занимать темные цвета вегетативной дисфункции, особенно при СП кризов. Показатели нестабильности выбора достоверно не отличаются от таковых при обычном межкризовом периоде. Отклонение от нормы несколько уменьшается, сохраняя тенденцию более выраженных отклонений при ПС типе кризов.

При медикаментозном лечении, включая и психофармакотерапию, ГК, клиническое течение межкризового периода и собственно кризов не менялось. Данные всех методов исследования не

**Таблица 4**  
**Уровни тревожности в межкризовый период при трансовой психотерапии гипертонических кризов**

Тип ГК	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
1	33,75±1,63	39,37±1,49
2	21,61±1,49 $p < 0,001$	26,51 ±1,50 $p < 0,001$
3	31,44 ±1,52	43,35±1,47 $p < 0,001$

**Таблица 5**  
**Уровень соматических жалоб в межкризовый период при трансовой психотерапии гипертонических кризов**

Тип ГК	Шкалы опросника				Общие баллы
	Е	G	М	Н	
ПС	7,13	11,04	4,38	11,22	33,77±1,84
СП	4,41	9,19	3,30	10,84	27,74±1,65 $p < 0,05$

**Таблица 6**  
**Данные выявления и оценки невротических состояний в межкризовый период при трансовой психотерапии гипертонических кризов**

Шкалы опросника	Показатели по типу ГК		Среднее всех групп
	ПС	СП	
Тревоги	-3,43±0,30	-2,08±0,26 $p < 0,001$	-2,76±0,28
Депрессии	-2,98±0,26	2,18±0,29 $p < 0,05$	-2,58±0,28
Астении	-1,04±0,31	-1,06±0,22 $p > 0,05$	-1,05±0,27
Истории	-1,96±0,36	-1,40±0,18 $p > 0,05$	-1,68±0,27
Обсессивно-фобическая	-2,35±0,21	-1,33±0,31 $p < 0,01$	-1,84±0,26
Вегетативная	-5,61±0,28	-5,17±0,27 $p > 0,05$	-5,39±0,28

отличались от таковых до лечения. Эти данные свидетельствуют о том, что медикаментозное лечение и психофармакотерапия являются способом купирования соматических и психоэмоциональных нарушений при кризах и не оказывают при разовом применении влияния на дальнейшее течение заболевания.

Психотерапевтическое воздействие при трансовой терапии было направлено на патогенетические структуры, как ГК, так и ГБ в целом [2]. Это, прежде всего, ГК, как способ реагирования личности. Второй мишенью воздействия была стрессорная реакция, возникающая на психовегетативный синдром собственно вегетативной дисфункции [3]. Третьей – болезненный способ поведения, как структура патологической стратегии личности [4].

Применение трансовой терапии как самостоятельно, так и с психофармакотерапией изменяет как межкризовое течение ГБ, так и ее острые проявления в виде ГК. У части пациентов полностью исчезали кризы, в другой – урежались и носили более легкий, абортивный характер. При экспериментально-психологическом исследовании обнаружено уменьшение уровня патологических отклонений. Однако эти данные выходят за пределы границ нормы и носят патологический характер. Изменяется лишь степень отклонения от нормы. Эти изменения были более выраженные при ПС типе кризов.

Таким образом, в группах с полным исчезновением ГК трансвая терапия привела к блокированию болезненного способа реагирования в виде кризов. С другой стороны, наличие «остаточных» явлений в межкризовом периоде свидетельствует о существовании в фоновом режиме болезненного поведения [8], как второго уровня стратегии поведения. Отсутствие ее манифестации может быть связано также и с тем, что болезненная стратегия поведения в недостаточной степени трансформировала остальные стратегии поведения личности. А способ реагирования в виде ГК еще не начал использоваться личностью как универсальный [1,2,5].

При уменьшении частоты, тяжести и структуры ГК с трансформацией в абортивные формы, они, вероятно, запускаются не истинными пусковыми механизмами, а начинают манифестировать при актуализации болезненной формы поведения. Наталкиваясь на программу запрета, блокирования кризов как способа реагирования, клинические проявления принимают абортивную форму. Кроме того, у этих пациентов, вероятно, ГК трансформировались в универсальный способ реагирования, который используют другие, модифицированные стратегии поведения личности.

### Вывод

Таким образом, медикаментозная терапия ГК позволяет купировать их клиническую картину и не оказывает влияние на дальнейшее течение заболевания. Трансовая психотерапия при купировании ГК полностью устраняет или значительно уменьшает их частоту и тяжесть в межкризовом периоде. Наличие такого эффекта при направленности психотерапевтического вмешательства на блокирование ГК, как способа реагирования, в момент их манифестации позволяет добиться положительного эффекта. Этот факт и наличие в межкризовом периоде более низкого уровня патологических отклонений в сравнении с группой без трансовой терапии, подтверждает концепцию о двухуровневой организации патологической стратегии поведения личности. Блокирование одного уровня, ГК как способа реагирования, значительно ослабляет патологическую стратегию поведения личности.

**Перспективой дальнейших исследований** является разработка методов психокоррекции личности, ее приемственности на этапах лечения как ГК, так и в межкризовый период ГБ, как двух уровней единой патологической стратегии поведения личности.

### Литература

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. –М.: Медицина, 1975. – 447 с.
2. Загуровский В.М. Патогенетическая модель механизмов развития психосоматических нарушений // Медицина неотложных состояний. – 2006. – № 1(2). – С. 106 – 110.
3. Загуровский В.М. Экспериментально-психологические и клинко-психопатологические характеристики гипертонических кризов // Клін. та експерим. патол. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 37-41.
4. Загуровский В.М. Место критических состояний в клинике психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы // Патология. – 2005. – Т. 2, № 3. – С. 39-40.
5. Судаков К.В. Общая теория функциональных систем. –М.: Медицина, 1984. – 208 с.
6. Сыропятов О.Г. Психофармакотерапия в общей медицинской практике (пособие для врачей общей практики). –К., 1998. –24 с.
7. Функциональные системы организма: Руководство / Под ред. Судакова К.В. – М.: Медицина, 1987. – 432 с.
8. Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulation. – 1999. – Apr 27; 99 (16). – P.2192-2217.

LONG-TERM CLINICO-PATHOLOGIC FINDINGS OF APPLYING PSYCHOTHERAPY  
AND PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF HYPERTONIC CRISES

V.M.Zagurovskyi

**Abstract.** The application of trance psychotherapy in the treatment of hypertensive crises of the psychosomatic type results in their elimination or relief with further transformation into vegetative crises. In case of the somatopsychic type of crises there occurs a reduction of their frequency and abatement accompanied by the disappearance or a considerable relief of psychoemotional derangements. Psychopharmacotherapy does not change the disease course but intensifies the effect of trance therapy considerably in case of their combined application.

**Key words:** hypertensive crisis, trance psychotherapy, psychopharmacotherapies, psychosomatics.

Medical Academy of Post-Graduate Educations (Khar'kov)  
Municipal Clinical Hospital of First and Urgent Medical Aid (Khar'kov)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №3. – P.37-40

Надійшла до редакції 15.05.2006 року

УДК 616.12-008.331.1-08

П.Р.Іванчук, В.К.Ташук, О.Ю.Поліщук, М.В.Шилов

ОСОБЛИВОСТІ РЕГІОНАРНОЇ СКОРОТЛИВОСТІ МІОКАРДА  
У ХВОРИХ НА НЕ-Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА

Кафедра кардіології, функціональної діагностики, ЛФК та спортивної медицини (зав. – проф. В.К.Ташук)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** Обстежено 40 хворих, що надійшли в обласний кардіологічний диспансер, з не-Q-інфарктом міокарда на етапі реабілітації з визначенням регіонарної скоротливості міокарда при виконанні об'ємного навантаження з підняттям нижніх кінцівок, що дозволило об'єктивізувати приховане обмеження регіонар-

ної скоротливості на фоні "нормальної" загальної контрактильної функції серця з локалізацією зон ураження та кількісною оцінкою величини пошкодження міокарда.

**Ключові слова:** не-Q-інфаркт міокарда, навантажувальні тести, регіонарна скоротливість.

**Вступ.** Упродовж останніх років в Україні відмічається зростання захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу: атеросклерозу, артеріальної гіпертензії (АГ), ішемічної хвороби серця (ІХС), високий рівень первинної інвалідизації внаслідок перенесення хворих працездатного віку і, як наслідок, зменшення тривалості життя населення [3]. Розвиток серцевої недостатності (СН), ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ), зменшення його скоротливої здатності обмежують тривалість життя пацієнтів.

**Мета дослідження.** Оцінити стан регіональної скоротливості міокарда у хворих на не-Q-інфаркт міокарда (не-Q-ІМ) в умовах проведення стрес-тесту з підняттям нижніх кінцівок.

**Матеріал і методи.** Робота базується на спостереженні 40 хворих, що надійшли в обласний кардіологічний диспансер і були обстежені на кафедрі кардіології, функціональної діагностики, ЛФК та СМ Буковинського державного медичного університету. Вік пацієнтів коливався в межах від 37 до 68 років, у середньому становив  $45,1 \pm 1,3$  року. У всіх пацієнтів діагностований неускладнений не-Q-ІМ, хворі обстежені на етапі реабілітації. Ехокардіографію (ЕхоКГ) виконували на апараті "Interspec XL" ("Medical Electronic AB", США) у В-режимі, у 2 та 4 камерних зображеннях. Регіонарна фракція викиду (РФВ) розраховувалася з вико-

ристанням власної математичної моделі напівавтоматичного графоаналізатора, адаптованої для персонального комп'ютера, з розрахунком РФВ у 12 сегментах. РФВ визначалась як відношення площ відповідного сегмента в систолу та діастолу. Площі сегментів визначались автоматично з використанням власного математичного апарата (патент №47590А). Для визначення стану гемодинаміки та її компенсації застосована методика об'ємного навантаження з використанням стрес-тесту пасивного підйому нижніх кінцівок під кутом  $45^0$ , що призводить до достовірного збільшення кінцевого діастолічного тиску ЛШ, вважається фізіологічною та придатною для динамічного спостереження за хворим [1].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз змін показників РФВ до та після проведення навантажувального тесту в групі з не-Q-ІМ показав загальну тенденцію до зменшення скоротливої здатності ЛШ після проведення навантаження в більшості сегментів з достовірними змінами у  $РФВ_{1,4,6}$  ( $p < 0,05$ ) та  $РФВ_5$  ( $p < 0,01$ ). Можливо, при не-Q-ІМ на початкових етапах постінфарктного ремоделювання більшу роль у розвитку регіонарних порушень скоротливої здатності відіграють не дрібновогнищеві зміни, а поширеніші за обсягом вогнища ішемії навколо них та, імовірно, більший відсоток „приголомшенного” міокарда, що призводить до зменшення скоротливої здатності при об'