

12. Born G. V. J. Physiol., (London), 1952, 162, 67. 13. Clarke F. M., Masters C. J. Biochem. biophys. Acta, 1974, 358, 193. 14. Cohen C. M. Semin. Haematol., 1983, 20, 141. 15. Elgacter A., Stok's R. et al. Science, 1986, 234, 1217. 16. Kodicek M., Muravova L., Marik T. Biomed. biochem. Acta, 1987, 46, 103. 17. Letko G., Küster U. et al. Biochem. Biophys. Acta, 1980, 593, 196. 18. Marsili A., Petrucci E. et al. Aggressologie, 1984, 253, 919. 19. O'Brien J. R. Nature, 1966, 212, 1057. 20. Suterol S. P., Garder P. A. et al. Blood, 1935, 4, 275. 21. Stapazon E., Steck J. Biochemistry (Wach.), 1977, 16, 2966. 22. Thaczewski W., Kedziora J., Gach J. Herz Kreislauf, 1985, 11, 434. 23. Warrendorf E. M., Rubinstein D. Blood, 1973, 42, 637.

УДК 616.12—008.331.1

С. В. Гургенян, Г. В. Погосова, Р. С. Габриелян

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Взаимосвязь гипертонической болезни (ГБ) с особенностями личности и определенной формой эмоционального реагирования на неблагоприятные ситуации показана в ряде работ последних лет [1, 4—7]. В связи с недостаточной изученностью психологических особенностей больных, страдающих вторичной артериальной гипертонией (АГ) почечного происхождения, эта проблема представляет большой интерес.

Цель настоящего исследования—сравнение психологических особенностей больных ГБ и вторичной АГ почечного генеза в динамике заболевания.

Под наблюдением находились 23 больных ГБ и 37—вторичной АГ (средний возраст $53,3 \pm 6,6$ г.). Стадии болезни установлены в соответствии с рекомендациями ВОЗ 1978 г. [8] согласно уровню диастолического АД, равного в I стадии 95—104, во II—105—114, III стадии—115 мм рт. ст. и выше. Из 23 больных ГБ I стадия диагностирована у 6 больных, II—у 11 и III—у 6. Из 37 больных вторичной АГ 9 имели I стадию, 14—II и 14—III стадию. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц с нормальным АД. Для изучения психологических особенностей применялся объективный психологический тест—сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), представляющий собой сокращенный вариант методики ММРП [2].

Как видно из рис. 1, усредненный профиль личности больных ГБ I стадии характеризуется повышением (относительно других шкал профиля) по шкалам 1, 4, 7, 8. В целом данный профиль выше усредненного профиля больных вторичной АГ на 2—8 баллов. У больных ГБ, по сравнению с больными вторичной АГ I стадии, выявлены достоверно более высокие показатели по следующим шкалам: L, F, K, 1 и 2 из шкал невротической триады, 7, 8, и 9 (таблица). Полученные данные свидетельствуют о наличии у больных ГБ I стадии по сравнению с больными вторичной АГ I стадии большей акцентуации личностных черт с повышенным уровнем невротизации, тревоги за состояние здоровья, склонности к уходу в болезнь, ощущения

неуверенности в себе, стремления к преувеличению тяжести своего состояния.

Как показано на рис. 2, усредненные профили больных ГБ II стадии характеризуются повышением по шкалам F, 1, 4, 8 и 9, а больных вторичной АГ II стадии—по шкалам L, 1 и 8. В целом усредненный профиль больных ГБ II стадии оказался ниже, чем у больных вторичной АГ II стадии (в пределах 4 баллов). Это демонстрирует обрат-

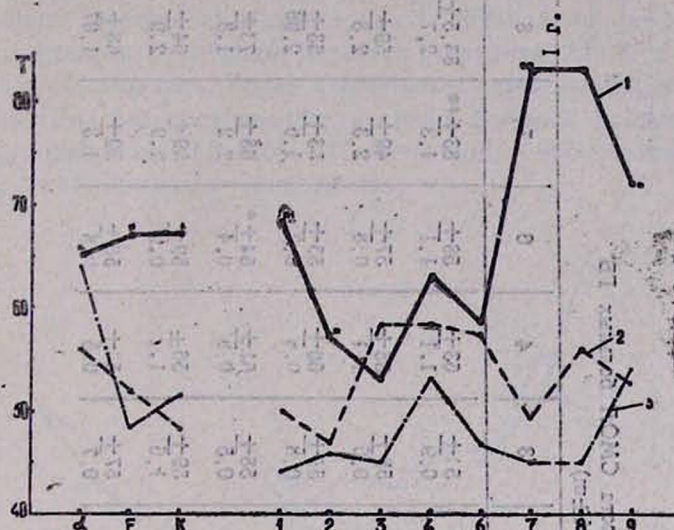


Рис. 1. Усредненные профили СМОЛ больных ГБ I стадии и контрольной группы. Обозначения: — больные ГБ, — — — больные вторичной АГ, здоровые лица; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

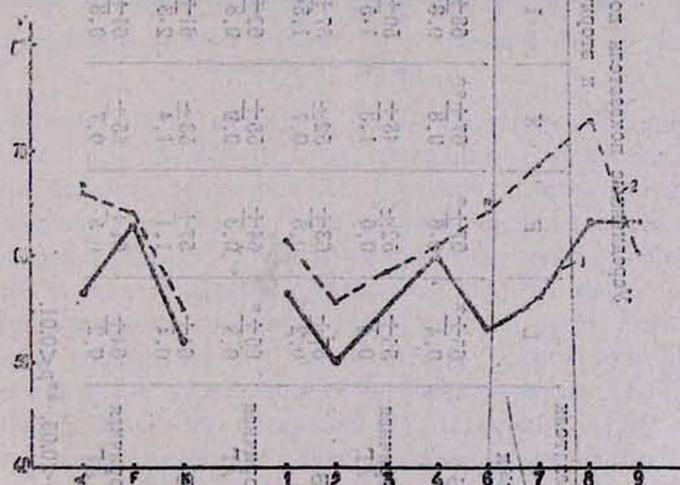


Рис. 2. Усредненные профили СМОЛ больных ГБ и вторичной АГ II стадии. Обозначения, как на рис. 1.

ную тенденцию к взаиморасположению усредненных профилей при ГБ и вторичной АГ в рассматриваемой ранее I стадии. При сравнительном анализе личностных особенностей больных ГБ и вторичной АГ II стадии у последних отмечаются достоверно более высокие показатели по шкалам L и 6, а также тенденция к повышению по шка-

Усредненные показатели по шкалам теста СМОЛ больных ГБ
и вторичной АГ ($M \pm m$)

Показатели		L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
Группа обследуемых												
I стадия	ГБ	65 $\pm$ * 0,4	67 $\pm$ * 0,6	67 $\pm$ ** 0,8	68 $\pm$ ** 0,8	57 $\pm$ * 0,8	53 $\pm$ 0,9	63 $\pm$ 1,1	58 $\pm$ 1,1	83 $\pm$ ** 1,3	83,5 $\pm$ * 2,7	73 $\pm$ * 0,8
	вторичная АГ	53 $\pm$ 0,4	52 $\pm$ 0,6	48 $\pm$ 1,3	50 $\pm$ 1,5	47 $\pm$ 0,7	58 $\pm$ 0,6	58 $\pm$ 1,1	57 $\pm$ 0,8	49 $\pm$ 2,3	59 $\pm$ 2,8	53 $\pm$ 1,3
II стадия	ГБ	57 $\pm$ 0,2	63 $\pm$ 0,5	52 $\pm$ 0,7	57 $\pm$ 1,54	50 $\pm$ 1,04	55 $\pm$ 0,8	60 $\pm$ 0,8	53 $\pm$ 0,7	53 $\pm$ 1,6	63 $\pm$ 2,06	63 $\pm$ 1,1
	вторичная АГ	66 $\pm$ * 0,3	64 $\pm$ 0,3	55 $\pm$ 0,9	62 $\pm$ 0,8	56 $\pm$ 0,6	58 $\pm$ 0,5	61 $\pm$ 0,8	64 $\pm$ * 0,4	68 $\pm$ 2,2	73 $\pm$ 1,8	60 $\pm$ 0,8
III стадия	ГБ	64 $\pm$ 0,4	57 $\pm$ 1,1	53 $\pm$ 1,4	61 $\pm$ 2,3	56 $\pm$ 1,2	59 $\pm$ 1,6	56 $\pm$ 1,2	59 $\pm$ 0,9	59 $\pm$ 2,9	64 $\pm$ 2,9	78 $\pm$ * 1,4
	вторичная АГ	64 $\pm$ 0,2	61 $\pm$ 0,5	55 $\pm$ 0,7	61 $\pm$ 0,8	53 $\pm$ 0,6	57 $\pm$ 0,7	53 $\pm$ 0,5	56 $\pm$ 0,8	59 $\pm$ 1,3	68 $\pm$ 1,07	60 $\pm$ 0,8

Примечание. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

лам 2, 8 и тенденция к снижению по шкале 9 (таблица). Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных вторичной АГ II стадии, по сравнению с больными ГБ II стадии, более выраженной тревожности, внутренней напряженности, приобретающих устойчивый характер, а также сосредоточенности на своей болезни, снижении активности и усилении чувства пессимизма.

Усредненные профили больных ГБ и вторичной АГ III стадии (рис. 3) существенно не отличаются друг от друга за исключением достоверно более низкого показателя при вторичной АГ по шкале 9. Снижение активности, пессимизм больных вторичной АГ II и III стадии, очевидно, обусловлены более стабильным повышением АД. Следует также учесть распространенность среди больных представлений о менее благоприятном прогнозе АГ почечного происхождения по сравнению с «классической» гипертонией.

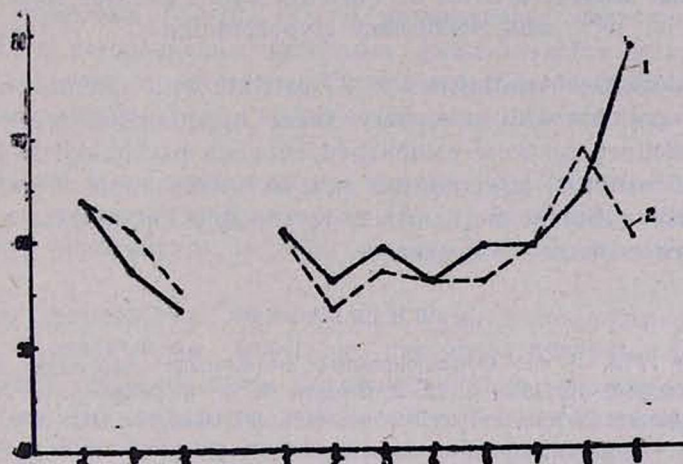


Рис. 3. Усредненные профили больных ГБ и вторичной АГ III стадии. Обозначения те же.

Таким образом, наши данные о более значительной акцентуации личностных черт в I стадии ГБ (по сравнению с психологическими особенностями больных вторичной АГ I стадии) соответствуют существующей концепции об участии вегетативной нервной системы в начальном повышении АД при ГБ и о тесной связи между личностными особенностями и вегетативными функциями [3]. По мере прогрессирования патологического процесса, когда участие вегетативной нервной системы в повышении АД уменьшается, становится понятным значительное снижение усредненного профиля больных ГБ II стадии (по сравнению с больными вторичной АГ II стадии). При стабилизации АД на первый план выступает влияние на личностные особенности многочисленных вторичных изменений со стороны органов-мишеней, вызванных воздействием на организм повышенного АД независимо от генеза этого повышения. Этим объясняется отсутствие при тяжелых формах болезни существенных различий в психологическом статусе больных ГБ и вторичной АГ.

Հիպերտենզիայի Հիվանդությունների և Երկրորդային Գերճնշումի Ունեցող Հիվանդանոցի
Հոգեբանական և Հոգեբանական Առնչվածությունների

Ուսումնասիրված են հիպերտենզիայի հիվանդությունների տառապող 23, երկրորդային ծագման երկրորդային գերճնշումով 37 հիվանդների հոգեբանական առանձնահատկությունները: Ցույց է տրված, որ հիպերտենզիայի հիվանդությունների և երկրորդային գերճնշումով տառապողների մոտ գոյություն ունեն հոգեբանական առանձնահատկությունների էական տարբերություններ, որոնք կապված են այդ հիվանդությունների ժամանակ զարկերակային ճնշման համար պատասխանատու զանազան մեխանիզմների հետ:

S. V. Gurgenian, G. V. Pogossova, R. S. Gabrielian

Psychological Characteristics of Patients with Essential Hypertension and Secondary Hypertension

Psychological characteristics of 23 patients with essential hypertension and 37 patients with secondary renal hypertension were studied. Significant distinctions were established between psychological states of patients with essential hypertension and secondary renal hypertension, associated with different mechanisms, responsible for increase of arterial pressure in case of these diseases.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян Т. А. В кн.: Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. М., 1980, с. 27.
2. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности. М., 1976.
3. Кушаковский М. С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. М., 1982.
4. Gentry W. O., Chesney M. A., Gary H. E. et al. Psychosom. Med., 1982, 44, 195.
5. Light K. C., Obrist P. A. Psychophysiology, 1983, 20, 301.
6. Manuck S., Merriison R., Bellack A. Психологические факторы при гипертонической болезни. Кардиол., 1986, 1, с. 92.
7. Steptoe A. Psychological factors in cardiovascular disorders. New York, 1981.
8. World Health Organization Technical Report Series, № 628, Geneva, 1978 (Arterial Hypertension).

УДК 612.13+616.824]:615.38

А. В. Вардакян, Г. О. Бакуни, Г. Р. Мартirosyan

ГЕМОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

В настоящее время в связи с внедрением в клиническую ангионеврологию высокоинформативных инструментальных методов оценки состояния мозгового кровотока, системы микроциркуляции, метаболизма мозговой ткани диагностика сосудистых поражений головного мозга значительно улучшилась. В то же время усилился поиск методов и средств, способных оказать положительное воздействие на