

УДК 616.398:616.891 4

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Ермаханова Ж.А.

*Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Яссави, Чимкент,  
e-mail: j\_nazarbek@mail.ru*

В статьях проведено анализ 39 больных с абдоминальным типом распределения жира и сочетанием артериальной гипертензии, его риска смерти от сердечно-сосудистой заболевания.

**Ключевые слова:** абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, риск смерти

## PSYCHOSOMATIC FRUSTRATION AT DISEASES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM WITH ABDOMINALNY OBESITY

Ermakhanova Z.A.

*International Kazahsko-Turetskij Universitet of a name H.A. Jassavi,  
Shymkent, e-mail: j\_nazarbek@mail.ru*

In articles it is carried out the analysis of 39 patients with abdominalny type of distribution of fat and a combination of arterial hypertension, its risk of death from warmly vascular diseases.

**Key words:** abdominalnoye obesity, arterial hypertension, risk of death

Термин «психосоматика» впервые был применен в начале XIX в. Столетие спустя во врачебный лексикон было введено понятие «психосоматическая медицина». Под понятием «психосоматические» первоначально стали объединять такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, псориаз и др., существенную роль в патогенезе которых играют неблагоприятные психические воздействия [1, 11].

В современной медицине раздел психосоматики представляют клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, которые освещают роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь (поведения в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние [2, 3].

Гипертоническая болезнь также иногда является причиной неблагоприятного поведения больных. В результате неправильной ориентации больных, внушения им ложных представлений о течении и осложнениях гипертонической болезни больные становятся тяжелыми невротиками. Тревожно-мнительный характер, необоснованные подозрения и предположения вместе с поведением врача, не умеющего рассеять

тревогу и опасения пациентов, являются благодатной почвой для возникновения и развития неврозов [4, 5, 10].

При соматических заболеваниях в зависимости от тяжести, длительности и характера болезни могут наблюдаться различные психические нарушения, которые выражаются различными симптомами. При соматических заболеваниях изменение психической деятельности выражается наиболее часто невротическими симптомами. При большой выраженности интоксикации и остроте развития болезни возможны соматогенные психозы, сопровождающиеся состояниями измененного сознания. В ряде случаев соматические заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет) приводят к возникновению психоорганических расстройств. Длительное соматическое заболевание, необходимость месяцами и годами находиться в стационаре, «особое положение больного» в ряде случаев приводят к изменениям личности в виде патологического развития, при котором возникают черты характера, ранее не свойственные этому человеку. Изменения характера у этих больных могут препятствовать или затруднять лечение, приводить их к инвалидности, создавать конфликты в лечебных учреждениях, вызывать отрицательное отношение окружающих к этим больным. Врач должен уметь распознать эти болезненные изменения психики, предусмотреть и предвидеть их возникновение, лекарственными методами и путем проведения психотерапевтических бесед смягчить их проявления [6, 7, 8, 9].

Абдоминальное ожирение избыточное отложение жира в абдоминальной области, при условии, что показатель (коэффициент) отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) у мужчин  $> 1,0$ , у женщин  $> 0,85$ . В настоящее время частота ожирения у женщин старше 20 лет в популяции достигает 35%, причем в возрасте 30–39 лет ожирение встречается в 2 раза чаще [5, 6].

Ожирение представляет особую значимость для здоровья женщин детородного возраста, являясь серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, желчнокаменной болезни, бесплодия, перинатальной патологии, злокачественных новообразований [12].

Большое внимание в литературе уделено лечению конкретных заболеваний и общим принципам лечения психосоматических заболеваний.

**Цель исследования:** установить распространённость абдоминального типа ожирения у больных артериальной гипертензии, его взаимосвязь психосоматических и соматопсихических явлений и пути профилактики.

#### Материал и методы исследования

Объектом исследования явились больные люди в возрасте 25–55 лет проживающие в Туркестане ЮКО. Основную группу составили 39 больных с абдоминальным типом распределения жира и сочетанием артериальной гипертензии. В работе использованы клинические, инструментальные (электрофизиологические и ультразвуковые), лабораторные (клинические, биохимические, иммунологические), статистические (с использованием факторного анализа) методы исследования.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Особенно часто формирование страха смерти отмечается в связи с приступами психогенной аритмии брадикардии (урежение сердечных сокращений), тахикардии (учащение сердечных сокращений) и экстрасистолии (ощущение дополнительных ударов сердца). Именно мучительный страх смерти оказывается ведущим клиническим проявлением так называемых кардионеврозов.

По результатам исследования было обследовано 39 больных АО с АГ (группа АО + АГ) среднего возраста  $54,39 \pm 1,11$  лет, 15 мужчин (38,46%) и 24 женщины (61,54%) Из них 24 человека характеризовались генотипом Trp/Trp, у 14 – был генотип Trp/Arg и у 1 – Arg/Arg, поэтому была создана объединенная группа Trp/Arg + Arg/Arg генотипа из 15 человек. Средний возраст больных составил  $53,63 \pm 1,37$  и  $55,60 \pm 1,87$  лет соответственно.

Результаты подсчета риска развития ССЗ (сердечно-сосудистые заболевания) за 10 лет по Фрамингемской модели у практически здоровых лиц казахской национальности, больных АО + АГ показали достоверные различия между всеми группами.

У всех обследованных групп, за исключением группы АО + АГ, все изучаемые риски ССЗ при оценке с учетом уровня диастолическое артериальное давление (ДАД) были несколько выше, чем при учете значений САД (систолическое артериальное давление), но различия между ними не были достоверны, поэтому в дальнейшем при описании групп мы используем значения рисков с учетом ДАД.

Значения рисков ИБС, ИМ, инсульта, ССЗ в целом и смерти по причине ИБС и ССЗ в целом у практически здоровых лиц были очень низкими.

У больных группы АО средние значения всех вышеуказанных рисков ССЗ были в пределах низких значений, хотя они были достоверны выше по сравнению со здоровыми лицами, кроме риска развития инсульта. В этой группе больных риск ССЗ в целом достигал до  $10,97 \pm 1,57$ , риск развития ИМ и инсульта был минимален ( $3,17 \pm 0,56$  и  $1,57 \pm 0,26$  соответственно).

У больных группы АО + АГ средние значения всех рисков ССЗ были достоверно выше по сравнению с группой здоровых лиц, при этом средние значения риска ССЗ в целом находились в пределах среднего риска ССЗ и достигали до  $18,86 \pm 2,01$ , риск развития ИМ составил  $3,97 \pm 0,76$ , инсульта –  $3,18 \pm 0,66$ . В группе АО + АГ средние значения всех рисков ССЗ, за исключением риска ИМ с учетом ДАД, были достоверно выше по сравнению с группой АО.

У больных группы АО + АГ средние значения всех рисков ССЗ были наивысшими и были достоверно выше по сравнению с остальными обследованными группами – риск ССЗ в целом у них находился в пределах очень высокого риска –  $45,64 \pm 2,20$ , при этом у них была высока и доля рисков ИМ и инсульта ( $16,58 \pm 1,31$  и  $9,58 \pm 0,87$  соответственно), показатели смертности от ССЗ и ИБС были также высокими ( $15,26 \pm 1,45$  и  $10,11 \pm 0,94$ ).

Как правило, формирование сердечно-сосудистой дисфункции и кардиофобии происходит в результате невротического срыва вследствие тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации.

Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что только оценка риска смерти от ССЗ по шкале SCORE является недостаточной при оценке риска больных групп АО и АО + АГ, поскольку

большинство пациентов с высоким риском ССЗ остаются за пределами вмешательства.

### Выводы

1. В основу реабилитации больных с абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией должны быть положены механизмы воздействия на факторы риска и поведенческие реакции, а также создания благоприятного психологического климата в окружении больного.

2. Особенностью ведения больных с абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией является междисциплинарный подход с участием терапевта (кардиолога), эндокринолога, клинического фармаколога и психотерапевта.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Задионченко В.С. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. – 2002. – Т. 42., № 9. – С. 15–19.
2. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: клиническое руководство / под общ. ред. Б.В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. – 128 с.
3. Ожирение. Методические рекомендации для врачей-терапевтов – слушателей ФУВ, клинических ординаторов, интернов / сост. С.А. Павлищук, Л.В. Савина, Г.Г. Петрик, Н.Н. Якутина. – Краснодар: Кубанская медицинская академия, 2002. – С. 19.
4. Алмазов В.А. Нарушение иммунологических показателей у больных с инсулинорезистентностью / В.А. Алмазов, Е.В. Шляхто, Е.И. Красильников // Кардиология. – 2001. – №8. – С. 54–58.
5. Балаболкин М.И. Инсулинорезистентность и ее значение в патогенезе нарушений углеводного обмена и сахарного диабета типа 2 / М.И. Балаболкин // Сахарный диабет. – 2002. – №1. – С. 14–16.
6. Барановский А.Ю. Ожирение (клинические очерки): А. Ю. Барановский, Н. В. Ворохобина. – СПб.: Диалект, 2007. – 240 с.
7. Astrup A. The role of low-fat diets in body weight control: a meta-analysis of ad libitum dietary intervention studies. / A. Astrup, G.K. Grunwald, E.L. Melanson, W.H. Saris, M.J. Obes. Hill. Int. – 2000. – №24. – P. 1545–1552.
8. Arner P. The adipocyte in insulin resistance: key molecules and impact of triazolinediones // Trends in End. and Metab. – 2003. – Vol. 14. – №3. – P. 137–145.
9. Carroll, M.F. Timing of antioxidant vitamin ingestion alters postfrandial proatherogenic serum markers / M.F. Carroll, D.S. Schade // Circulation. – 2003. – V.08. – P. 24–31.
10. Despres J.P. Inflammation and cardiovascular disease: is abdominal obesity the missing link? // Int. J. Obes. – 2003. – №27. – P. 22–24.
11. Cruz Martha L. Метаболический синдром у лиц испанского происхождения с ИМТ и роль чувствительности к инсулину / Martha L. Cruz, Marc J Weigensberg., Terry T-K. Huang // J. Clin. Endocrinol. and Metab. – 2004. – Vol. 89. – №1. – P. 108–113.
12. Dana, E. Dietary Magnesium and C-reactive Protein Levels. / E. Dana, M.D. King, G. Arch / Jornal of the American College of Nutrition. – 2005. – Vol. 24. – №3. – P. 166–171.