

m²), 10 non-obese hypertensive patients (age 52,77±6,3 years, BMI 23,35±1,59 kg/m²), 18 healthy control subjects (age 24,71±4,88 years, Hb1Ac 5,26±0,42%, BMI 24,71±4,88 kg/m²). Serum levels of VEGF were determined by immunoenzyme assay. The data were presented as means ± m. Statistical analysis was performed using the Mann-Whitney U-test, Person rank correlation coefficient, multiple regression analysis.

Results. We found an increased serum level of VEGF in hypertensive patients with type 2 diabetes compared to controls (60,26±1,72 and 25,08±0,63 ng/ml respectively, p<0,01). VEGF was elevated in hypertensive patients with obesity compared to controls (44,46±2,09 and 25,08±0,63 ng/ml respectively, p<0,01) and in non-obese hypertensive patients compared to controls (31,53±0,6 and 25,08±0,63 ng/ml respectively, p<0,01). Also, we revealed raise of VEGF in hypertensive patients with type 2 diabetes compared to hypertensive patients with obesity (60,26±1,72 and 44,46±2,09 ng/ml respectively, p<0,05). There were correlation between serum level of VEGF and HbA1c (r=0,77, p<0,05), blood glucose (r=0,67, p<0,05), serum insulin levels (r=0,78, p<0,05), HOMA (r=0,82, p<0,05), BMI (r=0,38, p<0,05), LDL (r=0,55, p<0,05), HDL (r=-0,64, p<0,05), total cholesterol (r=0,59, p<0,05), triglycerides (r=0,54, p<0,05) in general group of hypertensive patients (p<0,01).

Conclusion. Arterial hypertension is accompanied by an increase of serum level of VEGF in combination with type 2 diabetes, obesity, normal body mass. The revealed changes could reflect an endothelial dysfunction mostly pronounced in hypertension patients with type 2 diabetes mellitus. Hyperglycemia, dyslipidemia, insulin resistance, obesity appear to be significant contributing factors leading to the elevation of VEGF.

Keywords: VEGF, endothelial dysfunction, arterial hypertension, type 2 diabetes, obesity.

Рецензент – проф. Бобирьова Л. Є.

Стаття надійшла 19.10.2017 року

DOI 10.29254/2077-4214-2017-4-3-141-163-167

УДК: 616.127-007.61:616.12-005.4-06:616.36-003.826

Мохначов О. В.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, ПОРУШЕННЯМИ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ ТА ОЖИРІННЯМ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

a.mokhnachew@gmail.com

Робота виконана згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава) «Роль запалення в патогенезі коронарних та некоронарних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії» (державна реєстрація № 0107U004808).

Вступ. В останні роки суттєва увага надається вивченню психологічних змін у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) як предиктора несприятливих змін та підвищеного кардіоваскулярного ризику. Дослідження останніх років переконливо доводять, що депресія є одним з найбільш важливих факторів, що визначають розвиток і прогноз серцево-судинних захворювань (ССЗ) [6]. Поширеність депресії у осіб з ССЗ у поєднанні з коморбідними станами, в 4-5 разів вище, ніж у загальній популяції і може досягати 10-25% у амбулаторних хворих і 35-70% – у госпіталізованих та прямо корелює з тяжкістю стану пацієнтів.

Причини розвитку депресії у пацієнтів з ССЗ різноманітні. Істотне місце займає відсутність або недостатність соціальної підтримки, порушення адаптації до хронічного інвалідизуючого захворювання, необхідності дотримуватися рекомендованих змін стилю життя, складності в розумінні і запам'ятовуванні лікарських призначень та недостатній рівень комплаєнсу між пацієнтом та лікарем [2,3].

Якість життя визначається, перш за все, скаргами хворого, його функціональними можливостями, сприйняттям змін, пов'язаних із захворюванням, рівнем загального благополуччя та загальною задоволеністю життям [5]. Депресія суттєво впливає на якість та тривалість життя хворих на ССЗ, вона є найбільш значущим прогностичним критерієм погіршення клінічного стану, при наявності депресії смертність приблизно в 2 рази вище, а ймовірність ургентної госпіталізації в 3 рази вище, ніж у подібних по тяжкості захворювання пацієнтів, що не мають депресії.

Julia A. і співавт. (1999), визначаючи наявність симптомів, психологічного дистресу, тривоги і гніву

у хворих 35-54 років з вперше виявленою АГ встановили що низка факторів, серед яких старший вік, чоловіча стать, споживання великої кількості солі, низька фізична тренуваність і алекситимія (неможливість сформулювати свої скарги) достовірно пов'язані з підвищенням артеріального тиску і порушеннями психологічної адаптації [7].

Риси особистості хворих на гіпертонічну хворобу вивчені недостатньо. Як правило, вони характеризуються афективною нестійкістю, тривогою, недовірою, замкнутістю, підозрлістю.

Протягом останніх років у науковій літературі з'явилися дані, які свідчать про позитивний вплив на перебіг і прогноз використання психотерапії та психофармакотерапії у комплексному лікуванні артеріальної гіпертензії [1,4]. Слід відзначити, що значна частина досліджень проводилась кардіологами та терапевтами як одночасно з психіатрами, так і або без участі останніх у проведенні досліджень. Так у рекомендаціях щодо надання первинної медико-санітарної допомоги (2006) вказувалось, що «лікування легкої та помірно-тяжкої депресії проводить лікар сімейної практики».

Враховуючи складність проблеми, необхідність достатньої кваліфікації не лише для встановлення первинного діагнозу і проведення лікування, але і для подальшого динамічного спостереження таких хворих, все більше уваги надається психотерапевтичному впливу та супроводу. Важливість проблеми обумовлена ще і тим, що навіть в стаціонарі під наглядом медичного персоналу повністю комплаєнтними виявилися тільки 81% пацієнтів, у той час як рівень комплаєнсу серед амбулаторних хворих є значно нижчим [8].

Поряд з численними публікаціями про психологічні особливості хворих АГ, в доступній літературі повідомлень про психологічні характеристики осіб

з гіпертонічною хворобою, поєднаною з ішемічною хворобою серця, ожирінням та порушеннями пуринового обміну нами не виявлено, що і визначило мету і предмет нашого дослідження.

Мета дослідження. Вивчення психологічних особливостей, якості життя та рівня комплаєнсу серед хворих на гіпертонічну хворобу, поєднану з ішемічною хворобою серця, ожирінням та порушеннями пуринового обміну.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 127 хворих на гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця в поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням віком від 54 до 78 років. Контрольну групу (КГ) склали 20 пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) та ішемічною хворобою серця (ІХС). Першу дослідну групу (1ДГ) склали 57 хворих з ГХ, ІХС та ожирінням. Другу дослідну групу (2ДГ) складали 50 хворих з ГХ, ІХС, ожирінням та порушеннями пуринового обміну. Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру, після чого продовжували амбулаторне лікування. Для оцінки якості життя нами використана методика медико-соціального анкетування розроблена Гладковим А.Г. (1982). Вивчення психологічних характеристик проведено на матеріалі психо-діагностичного обстеження хворих за допомогою використання методики багатофакторного опитувальника особистості. Рівень комплаєнсу оцінювався за шкалою Моріски-Грін, стресу за допомогою тестування за Холмсом-Рає.

Результати дослідження та їх обговорення. Зниження ЯЖ у всіх пацієнтів більшою мірою обумовлене необхідністю стаціонарного лікування (в 2-ій групі у 65%, в 1-ій 56%, у групі порівняння у 50%), обмежувати свою фізичну активність (відповідно 80%, 73% та 60%), обмеженням дозвілля (відповідно 87%, 78% і 75%) і активності в побуті (відповідно 40%, 34% і 30%), зменшення або припинення паління (41%, 34% та 26%), обмеження у харчуванні (53%, 50% і 34%), а також у меншій мірі змінами відносин з друзями та близькими, зниженням доходів і пониженням на посаді (**табл. 1**).

Нами проведено аналіз показників ЯЖ в залежності від ступеня їх зниження: показники ЯЖ від -1 до -2 балів розцінювали як зниження легкого ступеня. Помірне зниження ЯЖ оцінювалося при показниках, що знаходяться в діапазоні від -3 до -7 балів. За значне зниження ЯЖ брали показники -8 балів і нижче. Зниження ЯЖ не виявлено тільки у 21,51% (хворих 2-ої групи, що достовірно менше порівняно з

Причини зниження якості життя у хворих на ГХ в поєднанні з ППО та без ППО

Причини зниження ЯЖ	2-а група		1-а група		Контрольна група	
	Абс. число	%	Абс. число	%	п	%
Необхідність лікуватися	33	65	32	56	10	50
Обмеження фізичної активності	40	80	42	73	12	60
Зміна відносин з близькими	13	26	13	23	4	22
Обмеження праці	12	24	13	22	4	18
Зниження доходу	18	36	19	34	6	30
Зниження в посаді	9	18	8	14	5	12
Обмеження дозвілля	44	87	44	78	15	75
Зниження контактів з друзями	14	28	15	26	5	25
Зниження фізичної активності	10	20	10	18	3	14
Зниження активності в побуті	20	40	19	34	6	30
Обмеження в харчуванні	27	53	29	50	7	34
Відмова від паління	21	41	19	34	5	26
Зміни в статевому житті	6	11	6	10	2	8

Примітка. Достовірність відмінностей: – $p < 0,05$.

пацієнтами 1-ої групи (34,55%), та групи контролю (41,22%, $p < 0,05$). Зниження ЯЖ легкого ступеня було відзначено у 24,73% 2-ої групи, 23,64% 1-ої групи та 27,57% пацієнтів групи порівняння.

Помірне зниження ЯЖ ми відзначили у третини хворих основної групи (34,41%), у 26,36% – у пацієнтів першої групи, та у 24,24% групи порівняння. У 19,35% хворих ГХ в поєднанні з ППО і у 15,45% хворих без ППО було виявлено значне зниження ЯЖ. Звертає на себе увагу більш виражене зниження показників ЯЖ у хворих 2-ої групи в порівнянні з пацієнтами з ГХ без ППО, але статистично достовірних відмінностей отримано не було. Ми оцінили ЯЖ у хворих ГХ в поєднанні з ППО і без в залежності від стадії ГХ: при II і III стадіях ГХ у хворих основної групи ЯЖ була знижена в помірному ступені, але при III стадії ГХ показники ЯЖ достовірно нижче, ніж при II стадії ($-3,39 \pm 0,69$ і $-6,41 \pm 0,86$ балів відповідно, $p < 0,05$).

Дані щодо психологічних характеристик пацієнтів 1 і 2 групи містяться у **таблиці 2**.

Усереднений профіль особистості пацієнтів обох груп характеризувався підвищенням показників за шкалами невротичної тріади (1, 2, 3), більш виражений у хворих основної групи. Ці хворі відрізнялись високим рівнем невротизації з вираженою тривогою, схильністю до виникнення неприємних соматичних відчуттів, що мабуть, пов'язано з впливом ГХ на формування особистості.

Усереднені показники тесту СБОЛ у хворих 2-ої групи характеризувались достовірним підвищенням за шкалами 2 (депресії), 3 (демонстративності) і 6 (ригідності) у поєднанні з достовірним зниженням за 9 шкалою (активності) в порівнянні з пацієнтами з ГХ без ППО. Ці дані свідчать про наявність схильності до занурення у хворобу, невпевненості у своїх силах, тенденції до перебільшення тяжкості наявних захворювань у хворих основної групи. Ці особи відрізняються тривожністю, внутрішньою напруженістю, дратівливістю, більшою ригідністю. У зв'язку з ригідністю, навіть поодинокі випадки афекту тривоги згасають триваліше. Різниця між показниками по 2 і 9 шкалах, яка свідчить про виразність депресивних тенденцій, була вище у хворих ГХ в поєднанні з ППО у порівнянні з пацієнтами з ГХ без ППО. Також хворі ГХ характеризуються підвищеною увагою до себе і своїх відчуттів, заклопотаністю станом свого здоров'я та недостатньою активністю.

Варто відзначити, що схильність до тривожного афекту в обох групах достовірно корелювала з появою «сенестопатичного модусу відчуттів», тобто з виникненням під впливом тривоги і зниженого настрою неприємних соматичних відчуттів (кореляція між 1 і 7 шкалами: $r = 0,52$ в основній групі і $r = 0,51$ в групі порівняння, $p < 0,0001$).

Коефіцієнти прямолінійної кореляції між шкалами СБОЛ у хворих на ГХ в поєднанні з ППО та без ППО містяться у **таблиці 3**.

Неприємні відчуття нерідко насилу піддаються точному опису хворими з про що свідчить кореляційний зв'язок між значеннями по шкалах 1 (іпохондрії) та 8 (аутизму): відповідно $0,68$ і $0,62$, $p < 0,0001$.

У хворих обох груп виявлений кореляційний зв'язок середньої сили між 1 і 2 шкалами (депресії) (відповідно $0,62$ і $0,6$, $p < 0,0001$), 1 і 3 (істерії) шкалами (у обох випадках $0,75$, $p < 0,0001$). Пацієнтам обох груп властива ригідна іпохондрія (кореляція між 1 і 6 шкалами: відповідно $0,59$ і $0,52$, $p < 0,0001$), ворожість (кореляція між 2 і 7 шкалами: $0,67$ і $0,55$, $p < 0,0001$), у тому числі і в найближчому оточенні (кореляція між 3 і 6 шкалами: $0,44$, $p < 0,001$ в обох групах), але реалізація гетеро-агресивних тенденцій утруднена через ретельний контроль своєї поведінки та стриманість емоцій (кореляція між 6 і 7 шкалами: відповідно $0,41$ і $0,62$, $p < 0,0001$).

Крім того, виражена демонстративність, орієнтація на зовнішній стимул, прагнення бути в центрі уваги перешкоджають безпосередній реалізації

Таблиця 2.

Психологічні характеристики хворих

Шкали	2-а група	1-а група	достовірність
L	49,56±0,99	48,65±0,8	$p < 0,05$
F	50,47±0,72	48,33±0,79	$p < 0,05$
K	48,76±0,71	50,72±0,63	$p < 0,05$
1	56,27±1,00	54,92±0,8	$p < 0,05$
2	51,00±0,97	48,07±0,98	$p < 0,05$
3	50,56±0,93	49,65±0,93	$p < 0,05$
4	45,34±1,02	44,49±0,96	$p < 0,05$
6	51,01±1,12	46,6±0,68	$p < 0,05$
7	47,14±0,93	46,91±0,78	$p < 0,05$
8	49,01±1,09	49,06±0,95	$p < 0,05$
9	45,77±1,05	48,96±0,92	$p < 0,05$

описаних вище агресивних тенденцій, а виразність контролю своєї поведінки збільшується в міру збільшення соціальної дистанції з людьми, що входять до кола спілкування, і властива цим особам конфліктність проявляється, в основному, в найближчому оточенні (кореляція між 3 і 4 шкалами: $0,41$ і $0,44$, $p < 0,001$).

Кореляція між 3 і 8 шкалами (відповідно $0,62$ і $0,46$, $p < 0,0001$) вказує на дисгармонійне поєднання елементів полярних особистісних структур – демонстративних тенденцій і відчуження. Асоціальність у хворих на ГХ прикривається громадською необхідністю (кореляція між 4 і 7 шкалами: $0,48$ і $0,54$, $p < 0,0001$).

Схильність до точності, пунктуальності, обов'язковості, ретельності поєднувалася з демонстративністю, прагненням бути в центрі уваги, поведінкою за типом проб і помилок, безцеремонністю і поверхневостю у соціальному плані (кореляція між 3 і 7 шкалами: відповідно $0,69$ і $1-0,51$, $p < 0,0001$).

Кореляція між 6 і 8 шкалами свідчить про аутизм з наявністю ригідних концепцій у хворих на ГХ в обох

Таблиця 3.
Коефіцієнти прямолінійної кореляції між шкалами СБОЛ у хворих на ГХ в поєднанні з ППО та без ППО

Шкали	Групи	Шкали СБОЛ						
		2	3	4	6	7	8	9
1	2-а	0,62	0,75		0,59	0,52	0,68	
	1-а	0,6	0,75	0,31	0,52	0,51	0,62	0,3
2	2-а		0,6	0,34	0,47	0,67	0,49	
	1-а		0,45		0,51	0,55	0,5	0,4
3	2-а			0,41	0,44	0,69	0,62	0,35
	1-а			0,44	0,44	0,51	0,46	
4	2-а					0,48	0,59	
	1-а				0,38	0,54	0,52	
6	2-а					0,41	0,6	
	1-а					0,62	0,62	0,38
7	2-а						0,65	
	1-а						0,68	
8	2-а							
	1-а							0,4

Примітка: $p < 0,0001$. Наявність значень у графах означає наявність кореляції.

Таблиця 4.
Рівень комплаєнсу залежно від репрезентативної моделі на час першого візиту за шкалою Моріски-Грін

Репрезентативна модель	Контрольна група (n = 20)	1 група (n = 57)	2 група (n = 50)
Аудіальна	2,3	2,1	2,4
Візуальна	2,1	2,0	2,1
Кінестетична	2,7	2,6	2,7

групах (0,6 і 0,62, $p < 0,0001$). Невдачі в житті розцінюються ними як вороже ставлення оточуючих.

У хворих на ГХ в обох групах відзначено кореляційний зв'язок середньої сили між психастенічними (7 шкала) і аутичними (8 шкала) тенденціями (0,65 і 0,68, $p < 0,0001$).

Поряд із загальними психологічними характеристиками хворих АГ обох груп, нами були виявлені деякі відмінності профілю особистості: порушення соціальної адаптації (кореляція між 2 і 4 шкалами: 0,34, $p < 0,0001$) у хворих на ГХ в поєднанні з ППО може бути пов'язана не тільки з активною поведінкою, скільки з нездатністю правильно оцінити ситуацію і характер суспільних експектацій (кореляція між 4 і 8 шкалами: 0,59, $p < 0,0001$) при відсутності кореляції між 4 і 9 шкалами.

При вивченні усереднених показників тесту за Холмсом-Рае у хворих на ГХ в поєднанні ППО відмічено достовірне збільшення рівня стресу за шкалою Холмса-Рае в залежності від стадії гіпертонічної хвороби у всіх групах (в контрольній групі 267,11±4,89 при II ст. проти 292,33±5,14 при III ст., в 1-ій групі

– відповідно 289,56±5,44 проти 324,43±6,33, в 2-ій 297,69±6,37 проти 367,74±5,46.

Спостерігається достовірне підвищення рівня стресу в групах з ожирінням в порівнянні з контрольною групою, незалежно від стадії ГХ (289,56±5,44 та 324,43±6,33 і 297,69±6,37 та 367,74±5,46 проти 267,11±4,89 та 292,33±5,14 в контролі).

В групі хворих з порушенням ППО незалежно від стадії ГХ відмічено підвищення рівня стресу в порівнянні з хворими без порушень ППО (297,69±6,37 та 367,74±5,46 проти 289,56±5,44 та 324,43±6,33 і 267,11±4,89 та 292,33±5,14). Проте більш достовірне збільшення відмічається при III стадії ГХ.

В ході вивчення розподілу хворих у групах за репрезентативними моделями сприйняття відмічено кореляційний зв'язок між тяжкістю стану хворого та переважаючою репрезентативною системою. Відзначено зниження числа хворих з візуальною системою від 40% у контрольній групі до 38,6% та 32% відповідно у досліджуваних групах. У той же час відмічається зростання кількості кінестетиків з 45% у групі контролю до 49,1% у 1 групі та 52% у групі 2. Стосовно аудіальної моделі сприйняття було відмічено зниження кількості таких хворих з 15% у групі контролю до 12,3% у 1 групі, з максимальною кількістю таких хворих у 3-й групі (**табл. 4**).

Відмічено, що рівень комплаєнсу у хворих з переважаючою кінестетичною репрезентативною системою вище у всіх досліджуваних групах, у той час як найнижчий показник комплаєнсу був відмічений серед хворих з переважанням візуальної репрезентативної системи.

Висновки. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ІХС в поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням відзначається зниження показників ЯЖ при збільшеному рівні стресу у порівнянні з хворими без супутньої патології.

Рівень комплаєнсу серед хворих з переважаючою кінестетичною репрезентативною системою вище у всіх досліджуваних групах. Відмічено достовірне збільшення рівня стресу за шкалою Холмса-Рае в залежності від стадії гіпертонічної хвороби по всіх групах. Особливостями особистості виявилася кореляція шкали активності (9) з шкалами іпохондрії (1), депресії (2), ригідності (6), аутизму (8) і соціальної адаптації (4) у хворих на ГХ без ППО, а у пацієнтів з ГХ в поєднанні з ППО відмінністю стала наявність кореляції між шкалою активності (9) і демонстративності (3).

Описані поєднання особистісних особливостей у хворих на ГХ, рівень стресу та комплаєнсу можуть призводити до порушення адаптації в навколишньому соціальному середовищі з розвитком невротичних розладів. Отримані дані визначають необхідність психологічної корекції для попередження депресивних та іпохондричних розладів не лише як складової комплексної терапії, але і з метою підвищення рівня комплаєнсу лікаря і пацієнта під час проведення лікування.

Перспективи подальших досліджень. В рамках подальшого дослідження проблеми планується вивчення впливу психологічної корекції з метою підвищення рівня комплаєнсу при роботі з хворими.

Література

1. Ayvazyan T.A. Psikhorelaksatsiya v lechenii gipertonicheskoy bolezni / T.A. Ayvazyan // Kardiologiya. – 1991. – № 31. – S. 95-98.
2. Bagriy A.E. Depressiya pri KHSN. Podkhody k lecheniyu / A.E. Bagriy. – Kiyev, 2008. – 371 s.
3. Krasnov V.M. Psikhiatricheskiye rasstroystva v obshchemeditsinskoj praktike / V.M. Krasnov // RMZH. – 2002. – № 45. – S. 144-146.
4. Malkina-Pykh I.G. Psikhosomatika: spravochnik prakticheskogo psikhologa / I.G. Malkina-Pykh. – M.: Eksmo, 2004. – S. 58-62.
5. Metodika otsenki kachestva zhizni bol'nykh i invalidov: metod. rekomendatsii. – M., 2000. – S. 1-15.
6. Pogosova G.A. Depressiya – novyy faktor riska ishemicheskoy bolezni serdtsa i prediktor koronarnoy smerti / G.A. Pogosova // Kardiologiya. – 2002. – № 4. – S. 86-90.
7. Jula A. Alexithymia: a facet of essential hypertension / A. Jula, J.K. Salminen, S. Saarijarvi // Hypertension. – 1999. – Vol. 33. – P. 1057-1061.
8. Strauch B. Precise assessment of noncompliance with the antihypertensive therapy in patients with resistant hypertension using toxicological serum analysis / B. Strauch, O. Petrák, T. Zelinka [et al.] // J Hypertens. – 2013. – № 31 (12). – P. 2455-2461.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, ПОРУШЕННЯМИ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ ТА ОЖИРІННЯМ

Мохначов О. В.

Резюме. В статті наведені дані літератури та власних досліджень щодо психологічних особливостей, якості життя та рівня комплаєнсу серед хворих на гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця в поєднанні з порушеннями пуринового обміну та ожирінням. Показані відмінності в залежності важкості стану хворих від наявної коморбідної патології, та вказані висновки, що визначають необхідність психологічної корекції для попередження депресивних та іпохондричних розладів і з метою підвищення рівня комплаєнсу при роботі з хворими.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, коморбідність, комплаєнс, якість життя, порушення пуринового обміну.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НАРУШЕНИЯМИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА И ОЖИРЕНИЕМ

Мохначев А. В.

Резюме. В статье приведены данные литературы и собственных исследований о психологических особенностях, качестве жизни и уровне комплаенса среди больных с гипертонической болезнью в сочетании с ишемической болезнью, нарушениями пуринового обмена и ожирением. Показаны различия в зависимости тяжести состояния больных от имеющейся коморбидной патологии, а также указаны выводы, отмечающие необходимость психологической коррекции для предупреждения депрессивных и ипохондрических расстройств, а также с целью повышения уровня комплаенса при работе с больными.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, коморбидность, комплаенс, качество жизни, нарушения пуринового обмена.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH HYPERTENSION IN COMBINATION WITH ISCHEMIC DISEASE, IMPAIRED PURINE METABOLISM AND OBESITY

Mokhnachew A. V.

Abstract. The article presents the literature and own research data on psychological characteristics, quality of life and compliance level among patients with hypertension in combination with ischemic disease, impaired purine metabolism and obesity.

In patients with HD was found the average force correlation between psychasthenic (7 scales) and autistic (8 scales) tendencies (0.65 and 0.68, $p < 0,0001$).

It was noted that the level of compliance in patients with a predominant kinesthetic representative system was higher in all study groups, while a low compliance rate was noted among patients with a predominantly visual representative system.

Was noted increase the level of stress on the Holmes-Ray scale, depending on the stage of hypertension in all groups. The correlation between the activity scale (9) and hypochondria (1), depression (2), rigidity (6), autism (8), and social adaptation (4) in patients with HD without violating of purine metabolism was peculiar to personality, and in patients with HD in combination with violating of purine metabolism was the difference between the scale of activity (9) and demonstrativeness (3).

The described combination of personal characteristics in patients with GB, the level of stress and compliance can lead to a violation of adaptation in the surrounding social environment with the development of neurotic disorders.

Differences in the dependence of the severity of the patient's condition on the existing of the comorbid pathology are shown, and also conclusions that indicate the need for psychological correction for the prevention of depressive and hypochondriacal disorders, as well as for the purpose of increasing the level of compliance with work with patients.

Keywords: hypertension, comorbidity, compliance, quality of life, violation of purine metabolism.

Рецензент – проф. Катеренчук І. П.

Стаття надійшла 11.11.2017 року