

Психологический статус и суточный профиль артериального давления у беременных с системной гипертензией

Л.Ф. Бартош, Т.В. Канаева, И.В. Дорогова, Н.Н. Майорова, В.В. Орлов, Т.Н. Кузнецова
ГОУ ДПО институт усовершенствования врачей, г. Пенза

Резюме

Изучалась взаимосвязь между психологическим статусом и особенностями суточного профиля артериального давления у беременных с артериальной гипертензией. Применены современные методы исследования: суточное мониторирование артериального давления и психологическое тестирование. Выявлены личностные особенности у женщин с различными типами суточного профиля систолического и диастолического артериального давления. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости оценки психологического статуса для оптимизации ведения беременных, страдающих артериальной гипертензией.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертензия, суточный профиль артериального давления, психологические особенности.

Psychological status and daily blood pressure in pregnant with arterial hypertension

L.F. Bartosh, T.V. Kanaeva, I.V. Dorogova, N.N. Mayorova, V.V. Orlov, T.N. Kuznetsova

Resume

The study addresses relation between psychological features and daily blood pressure profile in hypertensive pregnant females. Psychological testing and 24-hour blood pressure monitoring were performed. Personal featured in different patterns of blood pressure daily profile are revealed. The data obtained indicate the need of philological testing for hypertension in pregnancy in order to optimize its treatment.

Key words: pregnancy, arterial hypertension, daily blood pressure, psychological tests.

Артериальная гипертензия (АГ) беременных и ассоциированные с ней патологические изменения – одна из основных причин материнской, фетальной и неонатальной смертности. Частота гипертензивных состояний у беременных колеблется от 15 до 20% [1, 2, 3].

В рамках психосоматического подхода к изучению патогенеза артериальной гипертензии была показана роль психогенных факторов в возникновении и течении АГ, так как одним из генетических механизмов повышения артериального давления (АД) является нарушение психофизиологической саморегуляции [4, 5, 6, 7]. Беременность и роды являются чрезвычайно сильным эмоциональным фактором в жизни женщины, оказывающим глубокое влияние на ее психосоматическую организацию – как на физиологические процессы, так и на психическую деятельность [8, 9]. Сочетание современных клинко-функциональных и психологических методов исследования беременных дает возможность по-новому представить вопросы этиологии и патогенеза АГ, увидеть дополнительные возможности объяснения вари-

антов её клинического течения, а главное – найти новые, более эффективные пути терапии и профилактики.

Поэтому, целью работы явилось изучение взаимосвязи между суточным профилем артериального давления и психологическими особенностями женщин во время беременности.

Материал и методы

Обследованы 56 женщин с артериальной гипертензией в разные сроки беременности – от 5 до 38 недель (средний возраст $26,7 \pm 6,4$ года). В исследование включались женщины, имевшие повышение артериального давления до беременности, а также пациентки, у которых гипертензия выявлена только при гестации. Группу сравнения составили 52 беременные (сроки беременности 6 – 41 неделя) с нормальным уровнем артериального давления (средний возраст $26,6 \pm 5,8$ года). В соответствии с российскими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению АГ (2004) при оценке суточного профиля артериального давления у беременных

за критические значения принимались средние величины АД за сутки 135/85 мм рт. ст., в период бодрствования 140/90 мм рт.ст., в период сна 125/75 мм рт.ст. Критериями исключения из групп наблюдения являлись: несогласие беременной участвовать в исследовании, превышение процента неудачных измерений АД при мониторинговании более 20, плохой сон вследствие работы монитора, симптоматические артериальные гипертензии, протеинурия, гипотензивная фармакотерапия, психопатологические состояния.

Всем беременным проведено суточное мониторирование АД (СМАД) аппаратом МнСДП-2 BPLab (Россия). Монитор программировался на снятие показаний каждые 15 мин днем (07-23 ч) и каждые 30 мин ночью (23 ч 01 мин до 6 ч 59 мин). Для оценки психологического статуса использована методика СМЛ [10]. Женщины, включенные в исследование, консультированы медицинским психологом.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «STATGRAPHICS Plus 3.0». Для оценки достоверности различий полученных результатов при нормальном распределении, использовался критерий t Стьюдента и тест Уитни-Манна при асимметричном распределении. В качестве критерия согласия при проверке гипотез о распределениях качественных признаков в группах определялся критерий χ^2 . Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $p < 0,05$.

Результаты

В группе беременных с АГ у 17 женщин (30%) степень ночного снижения (СНС) систолического артериального давления (САД) была недостаточной; у 29 (52%) – нормальная СНС систолического артериального давления. У 10 беременных (18%) отмечено устойчивое повышение ночного САД (“night – peakers”). По показателю СНС диастолического артериального давления (ДАД) выделены подгруппы: “dippers”- 17 (31%), “non – dippers” – 25 (44%), “over – dippers” – 6 (11%) и “night – peakers” – 8 женщин (13%).

Усредненный профиль подгруппы “dippers” с ведущими 4-й, 6-й, 8-й и 9-й шкалами (табл. 1) отражает выраженную тенденцию к лидерству, стремление заслужить высокую оценку окружающих, общительность, напористость, упрямство, эгоцентризм (гипертимный тип акцентуации).

Личностные профили подгрупп “non – dippers” и “night – peakers” объединяет ригидность установок, особенно выраженная у последних, преобладание пассивно-оборонительных тенденций, обидчивость, застремленность, педантичность, склонность к систематизации. Отмечены достоверно низкие значения 9-й шкалы «оптимистичность» и высокие – 0-й шкалы «интроверсия» в подгруппах “non – dippers” и “night – peakers” по сравнению с “dippers”, что может быть связано с возникшей реактивной (ситуационно спровоцированной) тревожной депрессией. Кроме этого, выявлено достоверно низкое значение 4-й шкалы «импульсивность» – в подгруппе “night – peakers” по сравнению с “dippers” и “non – dippers” (табл. 1), что свидетельствует об ослаблении мотивации достижения. Психологическая неготовность к материнству может проявляться в конфликте между

острым желанием иметь ребенка и несформированностью материнской позиции. Это может отражать временное снижение противодействия личности окружающей среде [11].

Таблица 1

ПОКАЗАТЕЛИ ШКАЛ СМЛ БЕРЕМЕННЫХ С АГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ САД

Шкала	“Dippers”, n=17	“Non - dippers” n=29	“Night - peakers”, n=10
L	46,6±4,9	47,7±7,1	52,3±8,5* **
F	65,4±11,5	63,1±10,4	63,5±9,9
K	50,9±7,8	52,6±8,8	54,3±11,2
1-я	55,4±5,6	54,6±8,2	51,6±11,4
2-я	58,5±8,9	59,8±9,9	59±10,4
3-я	52,9±5,5	53,3±6,9	50,6±10,9
4-я	64,7±9,8	64,9±9,3	56,7±7,5* **
5-я	59,4±12,1	60,1±9,5	62,3±9,7
6-я	62,2±6,6	63,3±10,2	61,6±10,1
7-я	61,9±9,8	61,2±8,6	60,9±8,9
8-я	63,9±10,8	62,9±10,7	62,6±12,9
9-я	64,1±12,5	57,7±7,6*	55±8,2*
0-я	53,9±7,8	57,5±7,6*	58,4±6,4*

Примечание. * – достоверность $p < 0,05$ по сравнению с группой “dippers”, ** – достоверность $p < 0,05$ по сравнению с группой “non – dippers”.

Усредненный профиль подгруппы “dippers” по критерию ДАД (табл. 2) выявляет акцентуацию характера по типу «экспансивный шизоид», проявляющейся низкой конформностью, эгоцентризмом установок, избирательностью в контактах, взрывчатостью, противопоставлением своих субъективных взглядов, суждений окружению.

Профиль подгруппы “night – peaker” характерен для людей обидчивых, упрямых, склонных к конфликтам. В то же время низкие показатели по 1-й (45,4±3,9Т) и 3-й (46,6±8,9Т) шкалам выявляют инициативность, эмоциональную устойчивость, пониженную чувствительность к средовым воздействиям, подчеркивают характерологические особенности эпилептоидного типа. Как видно из данных, приведенных в таблице 2, в подгруппе “night – peakers” средние значения Т-баллов 1-й «сверхконтроль» и 3-й «эмоциональная лабильность» шкал достоверно ниже, чем в подгруппах “dippers” и “non – dippers”. В то же время, показатели 0-й шкалы «интроверсия» в подгруппе “night – peakers” выше по сравнению с “dippers”. Таким образом, беременные, относящиеся к подгруппе “night – peakers”, склонны к замкнутости, застенчивости, у них снижен уровень включенности в социальную среду, в ситуации стресса они проявляют заторможенность, уходят от контактов, предпочитают быть наедине со своими проблемами.

В подгруппе “over – dippers” (табл. 2) значения 4-й, 6-й, 7-й, 8-й и 9-й шкал, достоверно выше, чем в подгруппе “dippers”. Показатели 1-й, 3-й и 8-й шкал выше по сравнению с “night – peakers”; 4-й шкалы – по сравнению с “night – peakers” и “non – dippers”. Личностные особенности “over – dippers” проявляются в выраженном чувстве соперничества, лидерскими чертами, агрессивностью и упрямством; при этом высокое значение шкалы 7 «тревожность» определяет чувство растерян-

ПОКАЗАТЕЛИ ШКАЛ СМЛ БЕРЕМЕННЫХ С АГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ ДАД

Шкала	“Dippers” n=17	“Non - dippers” n=25	“Night - peakers” n=8	“Over - dippers” n=6
L	47±6,8	47,7±6,5	48,6±10,9	46,7±6,3
F	63,8±10,4	63,7±10,1	61,4±5,2	68,3±10,1 **
K	52,2±8,3	52,1±8,7	48±7,9	51,1±9,7
1-я	56,4±6,6	53,5±8,1	45,4±3,9* **	56,9±5,91
2-я	60,6±9,1	58,5±10,1	59,2±10,2	61,4±7,9
3-я	54,5±4,9	52,1±7,4	46,6±8,9* **	55,3±5,11
4-я	65,4±9,8	64,4±9,2	58,2±7,8	70,1±5,4* ** ^
5-я	58,2±10,9	61,3±9,5	57,2±7,5	56,9±12,2
6-я	62,6±9,5	63,4±9,2	62,5±10,5	69,3±9,9*
7-я	61,1±8,9	61,6±8,9	59,4±7,3	66,1±6,6*
8-я	63,1±10,5	63,3±10,9	56,8±7,7	68,4±7,8* ^
9-я	61,8±10,9	58,7±11,9	56,6±9,4	66,3±10,8*
0-я	54,8±6,5	57,4±6,5	58,2±9,5*	56±7,1

Примечание. * – достоверность p<0,05 по сравнению с группой “dippers”, ** – достоверность p<0,05 по сравнению с группой “non – dippers”, ^ – достоверность p<0,05 по сравнению с группой “night – peakers”.

ности, беспокойства, ощущение надвигающейся беды, раздражительность.

В группе беременных с нормальным уровнем артериального давления выявлено 30 пациенток (57%) с адекватной степенью ночного снижения систолического артериального давления – “dippers”. У 22 женщин (43%) степень ночного снижения САД была недостаточной (“non – dippers”). По критерию ДАД выделены подгруппы: “dippers”- 31 (60%), “non – dippers”- 10 (19%) и “over – dippers” – 11 женщин (21%).

Усредненный профиль подгруппы “dippers” по критерию САД (табл. 3) определяет стенический тип реагирования и проявляется устойчивостью интересов, активностью позиции, зрелостью жизненной платформы, лидерскими чертами. Показатели шкал СМЛ подгруппы “non – dippers” по критерию САД выявляют гипостенический тип реагирования, для которого свойственно: преобладание пассивной жизненной позиции, высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности и пессимистической оценки своих перспектив; склонность к раздумьям,

инертность в принятии решений, конформность установок. Подобный профиль с ведущими 2-й «пессимистичность» и 1-й «сверхконтроль» шкалами характерен для женщин, склонных к ипохондрической фиксации, подавленному настроению, тревожности.

Значения Т-баллов (табл.3) в профиле СМЛ у беременных подгрупп “dippers” и “over – dippers” по показателю СНС ДАД указывают на стенический тип реагирования, кроме того, в обеих подгруппах отмечается проявление «мужских» качеств на фоне субдепрессии. В отличие от них средние показатели личностного профиля женщин подгруппы “non – dippers” по критерию ДАД отражают свойства гипостенического типа реагирования с элементами астеноипохондрического синдрома (ведущие шкалы: 1-я и 2-я), для которого характерны раздражительность, подавленность, высокий уровень тревожности.

Обсуждение

В последнее время повысился интерес к изучению психики беременных. Проведенные исследования [12,

ПОКАЗАТЕЛИ ШКАЛ СМЛ БЕРЕМЕННЫХ С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ САД И ДАД

Шкала	САД		ДАД		
	“Dippers” n=30	“Non – dippers” n=22	“Dippers” n=31	“Non – dippers” n=10	“Over – dippers” n=11
L	47,3±6,3	46,7±7,1	46,5±6,2	46,3±7,3	48,9±7,7
F	61,2±7,2	58,8±6,1	60,2±6,9	60,8±6,5	58,3±6,7
K	50,3±7,9	52,9±7,1	48,9±6,9	50,0±4,5	55,4±10,6*
1-я	56,5±12,9	60,8±12,9	58,3±12,9	65,3±15,4	53,3±9,9 **
2-я	64,8±12,2	64,1±10,4	64,6±12,4	65,1±10,5	63,6±9,3
3-я	55,7±12,3	58,5±13,7	56,6±12,5	60,9±17,1	55,9±12,1
4-я	58,8±9,6	59,2±9,7	58,4±8,4	60,1±13,1	59,9±9,2
5-я	59,5±9,1	60,6±12,1	59,6±9,3	58,2±12,2	62,7±11,3
6-я	60,7±7,9	56,3±8,5*	58,9±8,5	58,7±9,6	58,2±7,9
7-я	58,2±8,3	57,2±8,1	57,5±8,8	59,2±7,6	57,7±6,2
8-я	59,1±8,5	58,2±6,7	58,9±7,7	61,2±7,2	55,6±7,1
9-я	58,7±11,9	51,4±9,2*	56,1±7,6	57,4±9,3	53,2±7,9
0-я	58,9±7,8	56,6±7,4	58,7±7,6	57,1±6,3	55,6±9,6

Примечание. * – достоверность p<0,05 по сравнению с группой “dippers”, ** – достоверность p<0,05 по сравнению с группой “non-dippers”

13] показали, что женщины с нарушением течения беременности имеют ряд психологических особенностей, характеризующих их как личностно незрелых, имеющих нарушения полоролевой идентификации, дезадаптивные формы переживания стрессовых ситуаций в форме соматизации. Беременность и материнство, осложненные социальными проблемами, экологическими условиями, становятся для этих женщин трудной жизненной ситуацией, в которой остро проявляются присущие им дезадаптивные формы реагирования. В связи с этим необходима превентивная психодиагностика, которая позволит выявить взаимосвязь факторов и определить точки приложения психологической коррекции и профилактики.

В свою очередь, 24-часовое мониторирование уточняет особенности профиля артериального давления. При анализе его результатов у беременных большое значение придается суточным колебаниям АД, так как амплитуда перепадов артериального давления день-ночь у беременных имеют значение при дифференциальной диагностике гестационной и хронической гипертензии [14], а также для прогнозирования фетоплацентарной недостаточности [15].

Как показало наше исследование, у беременных с артериальной гипертензией во всех подгруппах, выделенных по степени ночного снижения как систолического, так и диастолического АД, определяется стенический тип реагирования, однако в подгруппах "over – dippers" и "night – peaker" усилены черты ригидности при высоком уровне тревоги. У женщин без АГ в подгруппах с недостаточной степенью снижения систолического и диастолического АД выявлен гипостенический тип реагирования. В подгруппах с нормальным суточным индексом САД и ДАД, а также в подгруппе "over – dippers" по критерию ДАД, напротив, отмечен стенический тип реагирования. Все это свидетельствует о более высоком уровне психической дезадаптации у беременных с неадекватным снижением АД в ночные часы, они чувствительны в условиях стресса.

Таким образом, психологическое обследование в комплексе с суточным мониторированием артериального давления позволяет определить личностные характеристики, связанные с особенностями суточного профиля артериального давления у беременных. Следовательно, воздействия направленные на нормализацию психического состояния (решение мотивационного конфликта и трудностей адаптации, а также повышение стрессоустойчивости) целесообразно включать в комплексную программу ведения беременных, страдающих артериальной гипертензией.

Литература

1. Martin JA, Park, MM Trends in Twin and Triplet Births: 1980-97/ Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; Nath Vital Stat Rep 1999; 47(4).
2. Gifford RW, August PA, Cunningham G Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy, July 2000; 38.
3. Higgins J. R., de Swiet M. Blood-pressure measurement and classification in pregnancy. Lancet 2001; 357:131-135.
4. Ланг Ф. Гипертоническая болезнь. Л. «Медгиз». 1950; 459 с.
5. Судаков К.В. Стресс как экологическая проблема научно-технического прогресса. Физиология человека. 1996; 22 (4): 73-5.

6. Markovitz J, Jonas BS, Davidson K. Psychological factors as precursors to hypertension. Curr Hypertens. Rep 2001; 3 (1): 25-32.

7. Вейн А.М., Воробьева О.В., Дюкова М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания. Издательская группа «Сервье», 2003.

8. Naidu S, Moodley J., Gouws E., Mothlhabani B. Psychological factors in pregnancy. J. Obst Gynec, 1997; 17 (1):13 – 17.

9. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996; 235 с.

10. Собчик Л.Н. СМЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь, 2003; 219 с.

11. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002; 240 с.

12. Кочнева М.А. Особенности и роль психологических реакций беременных женщин в развитии осложнений беременности и родов. Автореф. дис.к.м.н. М., 1992; 25 с.

13. Каплун И.Б. Психическое состояние при нормальном и осложненном течении беременности. Автореф. дис. к.м.н. СПб.: Б.и., 1995; 24 с.

14. Рунихина Н.К., Попова Л.В., Николаев Н.Н. Изменения суточного ритма артериального давления у беременных с гестозом. Российский национальный конгресс кардиологов: Тез. докл. Москва, 2000:235

15. Попова Л.В., Рунихина Н.К. и соавт. Показатели суточного мониторирования артериального давления у беременных с фетоплацентарной недостаточностью. Российский национальный конгресс кардиологов: Тез. докл. Москва, 2000: 255