

## Психосоциальный подход: качество жизни молодых людей с повышением артериального давления

Д.И. Садыкова<sup>1</sup>, И.Я. Лутфуллин<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет; <sup>2</sup>Казанская государственная медицинская академия. Казань, Россия

## Psychosocial approach: quality of life in young people with elevated blood pressure

D.I. Sadykova<sup>1</sup>, I.Ya. Lutfullin<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Kazan State Medical University; <sup>2</sup>Kazan State Medical Academy. Kazan, Russia

**Цель.** Изучить качество жизни (КЖ) — инструмент мониторинга психосоциального статуса, позволяющий в стандартизированных единицах выразить такое сложное явление, как внутренний мир больного. Особое значение психосоциальные подходы приобретают при заболеваниях с частично психосоматическим компонентом, таких как эссенциальная артериальная гипертония (ЭАГ).

**Материалы и методы.** Было изучено КЖ 101 подростка в возрасте 14-17 лет с разными формами ЭАГ; 62 юноши и 39 девушек, а также в группе сравнения (ГС) из 38 практически здоровых подростков. По результатам суточного мониторирования артериального давления (СМАД) были сформированы три подгруппы: подростки с феноменом “гипертонии белого халата” (n=32), с лабильной АГ (n=33) и со стабильной АГ (n=36). КЖ изучалось по опроснику MOS SF-36. Помимо абсолютных значений КЖ был изучен феномен “проху-problem”, т. е. расхождение в оценке КЖ, данного самим пациентом и его окружением (родителем).

**Результаты.** Установлено, что КЖ у подростков с различными уровнями АД снижено по сравнению с ГС. В наименьшей степени эти изменения выражены у подростков с феноменом “гипертонии белого халата”. У подростков с лабильной АГ отмечались наихудшие показатели, выражающиеся в снижении физического и психического функционирования пациента. Родители подростков с ЭАГ, как правило, переоценивают тяжесть нарушения физического здоровья своих детей и недооценивают — психического.

**Заключение.** Имеет место большая степень вовлечения психосоматических механизмов в патогенез АГ и необходимость привлечения психиатра или клинического психолога к лечению подростков. У подростков со стабильной АГ отмечалось в большей степени нарушение физического функционирования.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, подростки, качество жизни.

**Aim.** To study quality of life (QoL), as an instrument for standardized assessment and monitoring of patients' psychosocial status. Psychosocial approach is particularly important in diseases with psychosomatic component, such as essential arterial hypertension (EAH).

**Material and methods.** QoL was assessed in 101 adolescents (62 boys, 39 girls; age 14-17 years) with various EAH forms, as well as in 38 healthy adolescents (comparison group, CG). Based on the results of 24-hour blood pressure monitoring (BPM), all patients were divided into 3 groups: with white-coat hypertension (n=32); with labile AH (n=33); and with stable AH (n=36). QoL was assessed with the MOS SF-36 scale, measuring not only absolute QoL values, but also the “proxy-problem” phenomenon (the discrepancy between QoL reported by the patients themselves and their proxies – parents).

**Results.** Compared to the CG, adolescents with various BP levels demonstrated reduced QoL. QoL reduction was minimal in adolescents with white-coat hypertension, and maximal in patients with labile AH. In the latter group, both physical and psychological functioning parameters were reduced. The parents of EAH adolescents typically overestimated the severity of physical dysfunction of their children, while underestimating the magnitude of psychological dysfunction.

**Conclusion.** The results obtained confirm the important role of psychosomatic mechanisms in AH pathogenesis, and emphasize the need for psychiatrist or clinical psychologist' participation in the treatment of hypertensive adolescents. In adolescents with stable AH, physical dysfunction was predominant.

© Коллектив авторов, 2011  
Тел.: 89047665428,  
e-mail: lutfullin@list.ru

[<sup>1</sup>Садыкова Д.И. — доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсами поликлинической педиатрии и постдипломного образования, <sup>1</sup>Лутфуллин И.Я. (\*контактное лицо) — ассистент кафедры педиатрии и неонатологии].

**Key words:** Arterial hypertension, adolescents, quality of life.

В настоящее время в практической медицине происходит ряд принципиальных перемен, которые относятся не только к методам диагностики и лечения заболеваний, но и к гуманитарной стороне врачевания. На смену чисто биомедицинской парадигме приходит биопсихосоциальная, которая обязывает врача учитывать в процессе лечения больного не только так называемые “объективные” методы исследования, но субъективную, личностную картину заболевания. При этом конечной целью становятся не только улучшение инструментально-лабораторных показателей больного значение которых не оспаривается, но и нормализация функционирования пациента в целом, достижение им субъективного ощущения здоровья [1]. Врач, ориентированный только на соматическую сторону заболевания, рискует оставить вне поля зрения самого больного. Фактически, внедрение психосоциального подхода — это возвращение к базовым принципам, сформулированным еще великим русским терапевтом М.Я. Мудровым “Лечить больного, а не болезнь”, и подробно изученным в знаменитых работах Р.А. Лурии, посвященным концепции “внутренней картины болезни”.

Биопсихосоциальный подход приобретает особую актуальность для заболеваний, имеющих частично психосоматическую природу, таких как эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ) [2,3]. С этим связан большой интерес, проявляемый исследователями к “несоматической” стороне этого заболевания, драматически влияющего на уровень здоровья и ожидаемую продолжительность жизни, конкретного больного и общества в целом [4]. Важно изучение этой проблемы у детей и, особенно, подростков, т. к. истоки заболевания относятся к этому возрасту [5,6]. Необходимо подчеркнуть, что исследователи отмечают ключевую роль причинно-следственных связей между психоэмоциональным неблагополучием и возникновением ЭАГ [3,7]. В настоящее время имеется большое количество клинических и экспериментальных данных, свидетельствующих о том, что невротические нарушения распространены в кардиологической практике намного чаще, чем в популяции. Повышенная эмоциональная чувствительность, хронический неконтролируемый стресс, тревога (Т), депрессия (Д), алекситимия, подавленная агрессия приводят к развитию синдрома дезадаптации, реализующегося через высшие центры нейроэндокринной и вегетативной регуляции, гипоталамус [8,9]. Представление о “гипертонической конституции” включает в себя морфофизиологические и психологические корреляты ЭАГ. Понятие “гипертоническая личность” включает такие личностные особенности, как повышенная тревожность, сенситивность, интравертиро-

ванность и т. д. [10]. В последнее время установлено, что тенденция к формированию такого типа личности выявляется уже в детском возрасте [3,11]. Тип нервной деятельности, характер человека играют в формировании ЭАГ такую же важную роль, как и другие конституциональные особенности организма [12]. Соответственно, включение в протокол обследования подростка с ЭАГ психологического тестирования может дать важную дополнительную информацию о факторах риска (ФР).

Одним из наиболее комплексных методов оценки внутреннего мира человека является изучение качества жизни (КЖ) — т.е. всестороннее определение функционирования личности. В медицинской практике данный метод позволяет наиболее точно судить о том, в какой степени (ст.) заболевание и терапия влияют на жизнедеятельность больного [13,14]. Использование КЖ, как одного из критериев эффективности терапии, дает возможность строить партнерские взаимоотношения врача с пациентом, повысить приверженность больного лечению [13]. Ценность методологии изучения КЖ заключается в том, что она основана на строгих принципах доказательной медицины. В результате стандартизуется и выражается в конкретных единицах такое сложное и неоднозначное явление, как субъективная картина течения заболевания, внутренний мир больного [15].

Изучение КЖ в педиатрии имеет ряд особенностей, в частности то, что КЖ оценивается как самим ребенком (“self-report” в иностранной литературе), так и ближайшим окружением ребенка: родителями, членами семьи, медицинским персоналом и другими лицами, входящими в его окружение (“proxy-report” в иностранной литературе). В педиатрических исследованиях общепринятым является комплексный подход, когда используются оба варианта изучения КЖ ребенка. При этом, как правило, учитываются и разногласия в оценке КЖ детей, данных самими детьми и их ближайшим окружением. Этот феномен известен как “proxy-problem” или “cross-informant variance”, обычно он оценивается в виде разницы баллов между “proxy report” и “self-report” по каждой из изученных шкал. Отрицательные значения полученной разницы свидетельствуют о переоценке, положительные — о недооценке ст. снижения КЖ подростка по данной шкале. Проводились исследования, изучающие разногласия в оценке КЖ ребенком и его окружением. Например, по данным одних авторов, согласованность оценки КЖ выше при обследовании больного ребенка, чем здорового [16]. Другие исследователи сообщают, что родители недооценивают психологические аспекты КЖ ребенка чаще, чем физические [17].

Таблица 1

Изученные шкалы	Показатели КЖ подростков с повышением АД и ГС (M±δ)				Достоверность различий
	ГС (n=38)	ФГБХ (n=32)	ЛАГ (n=33)	САГ (n=36)	
	1	2	3	4	
Физическое функционирование	86,5±16,4	81,8±19,4	69,0±17,6	64,4±14,7	p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	80,7±14,5	82,8±16,2	71,5±13,3	68,3±16,6	p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01
Интенсивность боли	83,4±13,7	72,7±11,3	57,2±14,6	51,5±15,6	p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01 p <sub>2-3</sub> <0,01 p <sub>2-4</sub> <0,01
Общее здоровье	73,2±13,2	61,9±11,1	48,5±14,0	50,3±15,8	p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01 p <sub>2-3</sub> <0,01 p <sub>2-4</sub> <0,01
Физический компонент здоровья	80,5±12,4	76,8±14,9	59,5±16,7	56,2±17,4	p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01 p <sub>2-3</sub> <0,01 p <sub>2-4</sub> <0,01
Жизненная активность	81,6±15,7	61,2±16,3	51,3±14,1	69,7±12,4	p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01 p <sub>3-4</sub> <0,01
Социальное функционирование	90,7±14,6	87,1±12,6	77,5±11,1	76,1±13,0	p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	79,1±18,2	73,7±11,4	64,2±11,3	71,5±12,2	p <sub>1-3</sub> <0,01
Психическое здоровье	77,5±13,8	69,8±14,7	66,8±12,2	73,9±16,1	p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>3-4</sub> <0,05
Психический компонент здоровья	78,5±13,3	74,4±10,1	63,5±12,3	69,2±10,4	p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01 p <sub>2-3</sub> <0,01 p <sub>2-4</sub> <0,05

## Материал и методы

Было изучено КЖ 101 подростков — основная группа (гр.) (ОГ) в возрасте 14-17 лет с разными формами ЭАГ, в т.ч. 62 юноши и 39 девушек. Диагноз выставлялся в соответствии с современными критериями [20]. Гр. сравнения (ГС) были 38 практически здоровых подростков, идентичных по возрасту и полу ОГ. В дальнейшем, в результате проведения подросткам с повышением артериального давления (АД) суточного мониторинга СМАД они были разбиты на три подгруппы [20]:

– Подростки (n=32) с феноменом “гипертонии белого халата” (ФГБХ), имеющие кратковременные подъемы АД, как правило, на фоне стрессовых ситуаций (в частности, самого факта измерения АД).

– Подростки (n=33) с лабильной АГ (ЛАГ), повышение АД у которых имело непостоянный характер.

– Подростки (n=36) со стабильной АГ (САГ), имеющие высокие значения АД в течение большей части сут.

С целью изучения КЖ у подростков был использован опросник MOS SF-36 на основании крупного исследования Medical Outcome Study, проведенного в США в 80-х годах XX века. Благодаря высокой специфичности и прогностической валидности в настоящее время MOS SF-36 является наиболее распространен-

ным инструментом изучения КЖ, используемым для популяционных и специальных исследований. Тест неоднократно применяли в исследованиях, посвященных ЭАГ, а также он может быть использован у подростков ≥14 лет. Было доказано, что Российская версия опросника обладает необходимыми психометрическими свойствами [17].

Опросник состоит из 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал, значение которых выражается в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует более высокому уровню КЖ. Шкалы MOS SF-36:

– физическое функционирование (ФФ), отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (ФН) — самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность (ФА) пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

– рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ) — влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность: работу, выполнение повседневных обязанностей. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

– интенсивность боли (ИБ) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

– общее состояние здоровья (ОЗ) — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

– жизненная активность (ЖА) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

– социальное функционирование (СФ) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

– ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭ) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы и т. п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

– психическое здоровье (ПЗ), характеризует настроение в целом, наличие Д, Т, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в 2 показателя “физический компонент здоровья” и “психологический компонент здоровья”. Физический компонент здоровья — это ФФ, РФФ, ИБ, ОЗ. Психический компонент здоровья — это ПЗ, РФЭ, обусловленное эмоциональным состоянием, СФ, ЖА.

Статистическая обработка данных, проводилась при помощи параметрических критериев описательной статистики по тесту Стьюдента (с учетом характера распределения).

## Результаты и обсуждение

Показатели КЖ, полученные при обследовании подростков разных гр, представлены в таблице 1. Были выявлены нарушения КЖ, отличающиеся при разных формах АГ.

ФФ, отражающее ст., в которой физическое состояние ограничивает выполнение ФН — подъем по лестнице, переноска тяжестей, физические упражнения и т. п., было достоверно снижено в гр. подростков со САГ и ЛАГ — 64,4 балла ( $p < 0,01$ ) и 69,0 балла ( $p < 0,01$ ), соответственно, vs 86,5 балла для ГС. В гр. подростков с ФГБХ (81,8 балла) снижение ФФ в сравнении с ГС статистически недостоверно. Снижение ФФ связано с усугублением клинических проявлений заболевания во время ФН.

Закономерны изменения по шкале РФФ, т. к. они взаимосвязаны. Данный аспект характери-

зует длительность и повседневность ограничения выполнения ФН, указывает на нарушения поведенческого характера, снижение социальной адаптации, вызванные снижением толерантности к физическому напряжению (ТФН). Показатели по этой шкале достоверно отличались от ГС у подростков с САГ и ЛАГ — 68,3 балла ( $p < 0,01$ ) и 71,5 балла ( $p < 0,01$ ), соответственно, и 80,7 для ГС, и не отличались от ГС в гр. ФГБХ (82,8 балла).

ИБ, как критерий, оценивающий частоту возникновения и силу болей, адаптации/дезадаптации к ней, а также ст. чувствительности имел ряд изменений у подростков с разными формами АГ. Данный показатель был снижен во всех изучаемых гр в сравнении с ГС 72,7 балла для ФГБХ ( $p < 0,01$ ), 57,2 балла ( $p < 0,01$ ) для ЛАГ, 51,5 балла ( $p < 0,01$ ) для САГ и 83,4 балла в ГС значения данной шкалы в гр. подростков ЛАГ и САГ статистически не отличались друг от друга и были достоверно ниже показателя гр. ФГБХ.

ОЗ — это оценка человеком не только своего состояния здоровья в настоящий момент, но и перспектив лечения. Во всех изучаемых гр. этот показатель был ниже данных ГС (73,2 балла); показатели в гр. ЛАГ (48,5 балла) и САГ (50,3 балла) не отличались достоверно между собой и были достоверно ниже аналогичного показателя для подростков с ФГБХ (61,9 балла), ( $p < 0,01$ ).

ЖА — это компонент психического здоровья, низкие показатели которого указывают на бессилие, утомление пациента. Значения этой шкалы у всех подростков с повышением АД были достоверно ниже ГС (81,6 балла), при этом ст. снижения не зависела от выраженности АГ. Наименьшие показатели были получены в гр. ЛАГ (51,3 балла,  $p < 0,01$ ) и ФГБХ (61,2 балла,  $p < 0,01$ ). В гр. САГ данный показатель составил 69,7 ( $p < 0,01$ ) и был достоверно ( $p < 0,01$ ) выше аналогичного показателя для подростков из гр. ЛАГ.

Сравнительный анализ СФ показал, что данный аспект КЖ, отражающий степень ограничения социальной активности (в первую очередь, общения), ниже показателей ГС (90,7 балла) в гр. подростков с САГ и ЛАГ — 76,1 балла ( $p < 0,01$ ) и 77,5 балла ( $t = 4,35$ ;  $p < 0,01$ ), соответственно.

Ограничение в повседневной активности вследствие проблем в эмоциональной сфере, измеряемое шкалой РФЭ, отмечалось в гр. ЛАГ (64,2 балла) в сравнении с ГС (79,1 балла) ( $p < 0,01$ ).

ПЗ было достоверно ниже контрольных значений только в гр. подростков с ЛАГ — 66,8 балла vs 77,5 балла ( $p < 0,01$ ), значение было достоверно ниже, чем в гр. САГ ( $p < 0,05$ ). Эта шкала характеризует клинически значимые депрессивные, тревожные переживания, психическое неблагополучие.

Изучение КЖ у подростков с разными формами АГ показывает его значительное снижение по шкалам, характеризующим как психическое, так

Таблица 2

Расхождение в оценке КЖ подростка, данной его родителями и самим подростком (M±δ)

Изученные шкалы	ГС (n=38)	ФГБХ (n=32)	ЛАГ (n=33)	САГ (n=36)	Достоверность различий
	1	2	3	4	
Физическое функционирование	5,9±3,2	- 6,9±3,7	- 6,3±2,6	-10,3±3,2	p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	6,6±4,6	- 7,4±3,0	- 8,9±4,1	- 7,7±4,1	p <sub>1-2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01
Интенсивность боли	6,1±5,9	9,2±5,4	7,9±5,8	6,7±5,0	-
Общее здоровье	3,9±2,9	5,0±3,3	4,8±3,0	5,6±4,1	-
Жизненная активность	5,5±3,4	7,3±3,7	11,6±4,7	7,9±4,5	p <sub>1-3</sub> <0,01
Социальное функционирование	4,9±2,3	8,4±5,2	13,0±6,6	10,3±5,1	p <sub>1-3</sub> <0,01 p <sub>1-4</sub> <0,01
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	4,5±2,4	6,6±3,9	5,2±3,7	7,9±4,8	-
Психическое здоровье	5,3±3,6	9,5±2,8	11,2±3,4	7,2±5,1	t=5,45; p <sub>1-2</sub> <0,01 t=5,40; p <sub>1-3</sub> <0,01

и физическое здоровье. Ст. снижения КЖ и количество затронутых шкал зависит от формы заболевания. Как выяснилось, в наибольшей степени снижение КЖ характерно для подростков с ЛАГ: оно наблюдалась по всем восьми шкалам, в то время как у подростков со САГ достоверно ниже ГС были только 6 из 8 изученных шкал. Как правило, наименьшие значения по шкалам, характеризующим физическое здоровье, отмечались в гр. подростков со САГ. Однако при этом статистически они неотличимы от показателей подростков с ЛАГ, т.е. лабильная форма АГ связана с таким же снижением ФФ, как и стабильная форма. В то же время, наименьшие значения по шкалам психического здоровья отмечались в гр. подростков с ЛАГ, причем по шкалам ЖА и ПЗ эти отличия были достоверными при сравнении с гр. САГ.

Таким образом, можно сделать вывод, что форма АГ, а, следовательно, и “соматическая” ст. тяжести заболевания, не является ведущим фактором, определяющим КЖ подростка. Пациенты с ЛАГ имели такое же снижение ФФ, как и подростки со САГ, а по показателям психического функционирования — более низкие значения.

При сравнении суммарных показателей КЖ — физического и психического компонентов здоровья, обозначенные выше тенденции, становятся более наглядными. Физический компонент здоровья подростков с САГ и ЛАГ близки по значению и достоверно ниже ГС — 56,2 балла (p<0,01) и 59,5 балла (p<0,01) vs 80,5 балла в ГС, а данный показатель для гр. ФГБХ (76,8 балла) статистически не отличается от ГС. Психический компонент здоровья достоверно снижен в гр. САГ и ЛАГ (69,2 балла (p<0,01) и 63,5 балла (p<0,01), соответственно, vs 78,5 балла в ГС), при этом минимальный показатель

отмечен у подростков с ЛАГ, а в гр. ФГБХ он не отличается от ГС (74,4 балла).

Имеющиеся отличия в КЖ между подростками с САГ и ЛАГ, указывают на разную степень вовлечения психоэмоционального фактора в развитии АГ у этих гр. больных. У подростков с ЛАГ обнаружено худшее КЖ, чем у подростков с САГ, в основном за счет шкал психического функционирования, что отражает субъективные, психологические причины неблагополучия пациента. Вероятно, это позволяет в некоторой ст. разграничить механизмы повышения АД у подростков с САГ и ЛАГ: если генез АГ в первом случае является истинно эссенциальным, то для подростков с ЛАГ больше характерно “стресс-индуцированное” повышение АД. Мысль о том, что так называемые “начальные” формы АГ, связанные с непостоянной (лабильной) гипертонической нагрузкой, характерны для стресс-индуцированной АГ, ранее высказывалась [18]. Интересен и тот факт, что более высокая невротизация у больных ЛАГ, чем САГ сохраняется и во взрослом состоянии [19], вероятно, это указывает на то, что данная тенденция не является временной, характерной только для подросткового возраста.

Была изучена разница в оценке КЖ подростка, данной его родителями и самим подростком. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Достоверные отличия от ГС в исследуемых гр. получены по ряду шкал. Достоверные отличия получены по шкале ФФ, в ГС разница в оценке составила 5,9 балла, в то время как в гр. ФГБХ -6,9 балла (p<0,01), в гр. ЛАГ -6,3 балла (p<0,01), а в гр. САГ -10,3 балла (p<0,01). По шкале РФФ разница с ГС (6,6 баллов) также была достоверной и составила -7,4 балла (p<0,01), в гр. ФГБХ, -7,7 балла (p<0,01) в гр. ЛАГ и -8,9 балла (p<0,01) в гр. САГ.

Достоверными были отличия для гр. ЛАГ и САГ от ГС по шкале СФ — 4,9 балла в ГС и 13,0 ( $p<0,01$ ) и 10,3 ( $p<0,01$ ) для гр. ЛАГ и САГ, соответственно. Выше ГС (5,5 баллов) были различия оценки по шкале ЖА для подростков гр. ЛАГ (11,6 баллов,  $p<0,01$ ) и по шкале психического здоровья: 11,2 ( $p<0,01$ ) и 9,5 балла ( $p<0,01$ ) для подростков гр. ЛАГ и ФГБХ, соответственно, и 5,3 балла в ГС.

### Заключение

Таким образом, при анализе согласованности родителей и подростка в оценке КЖ последнего выявляются две отчетливые тенденции: переоценка родителями тяжести состояния подростка по ФФ при любой форме АГ (отрицательные значения “proху-problem”) и недооценка эмоционально-психических проблем. Особенно отчетливы эти явления в гр. подростков с ЛАГ, здесь получена максимальная (и по значениям, и по количеству шкал) несогласован-

ность в оценке психического компонента здоровья подростка. При этом родители, как правило, в целом адекватно оценивают болевые ощущения и общее состояние здоровья подростка с любой формой АГ.

КЖ у подростков с различными уровнями АД снижено по сравнению со здоровыми подростками. В наименьшей ст. эти изменения выражены у подростков с ФГБХ. У подростков с ЛАГ отмечаются наихудшие показатели, выражающиеся в снижении и физического, и психического функционирования пациента. Это указывает на большую ст. вовлечения психосоматических механизмов в патогенез АГ и необходимость привлечения психиатра или клинического психолога к лечению подростков с ЛАГ. У подростков с САГ отмечается в большей степени нарушение ФФ. Родители подростков с АГ, как правило, переоценивают тяжесть нарушения физического здоровья своих детей и недооценивают — психического.

### Литература

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ЗАО “ОЛМА Медиагруп” 2007; 315 с.
2. Tanaka H, Borres M, Thulesius O, et al. Evidence of decreased sympathetic function in children with psychosomatic symptoms. Clin Auton Res 2002; 12(6): 477-82.
3. Ковшова О.С. Артериальная гипертония подростков: психосоматический аспект. Автореф дис докт мед наук. Москва 2002.
4. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний — реальный путь улучшения демографической ситуации в России. Кардиология 2007; 1: 4-7.
5. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного артериального давления у детей и подростков. Рос педиатр ж 1998; 2: 16-20.
6. Розанов В.Б., Александров А.А., Шугаева Е.Н. и др. Результаты десятилетнего проспективного исследования для оценки трекинга и детрекинга артериального давления у мальчиков-подростков. Леч дело 2006; 3: 47-54.
7. Чутко Л.С., Фролова Н.Л. Психовегетативные расстройства в клинической практике. СПб.: Олма 2005; 176 с.
8. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смуглевич А.Б. и др. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология 2004; 1: 48-54.
9. Смуглевич А.Б. Депрессия в общей медицинской практике. М 2000; 154 с.
10. Bruce J, James F. Depression, anxiety increase risk of hypertension. Psychosom Med 2000; 62: 188-96.
11. Колгудаева Л.А. Артериальная гипертония у подростков и лиц молодого возраста: особенности клинического течения, нейровегетативная регуляция и психоэмоциональный статус. Автореф дис канд мед наук. Иваново 2006.
12. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста. М.: Медпрактика 2005; 536 с.
13. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов. Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ГЭОТАР-МЕД 2004; 180 с.
14. Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий. Автореф дис докт мед наук. Москва 2008.
15. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: ЭЛБИ 1999; 196 с.
16. Eiser C, Morse R. Can parents rate their children's health-related quality of life? Results of systematic review. Qual Life Res 2001; 10: 347-57.
17. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование КЖ в педиатрии. М.: Издание Российской академии естественных наук 2008; 104 с.
18. Соколов Е.И., Остроумова О.Д., Первичко Е.И. и др. Психологические и гемодинамические особенности больных артериальной гипертензией при эмоциональном стрессе. Артер гипертенз 2005; 1: 29-33.
19. Лака Г.А. Возможности психорелаксационной терапии в лечении начальных форм гипертонической болезни и ее влияние на психоэмоциональный статус и мозговую гемодинамику у женщин в условиях промышленного производства. Автореф дис канд мед наук. Томск 1995.
20. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике АГ у детей и подростков (второй пересмотр) ВНОК и АКДР (2008 год). [Электронный ресурс]. Режим доступа, свободный <http://www.cardiosite.ru/recommendations/article.asp?id=6036>

Поступила 01/07-2010