

И. В. Дроздова

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СТРАТИФИКАЦИИ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения
и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, Ялта

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что возникновение и прогрессирование артериальной гипертензии (АГ) связано с воздействием ряда факторов риска: возраста, пола, наследственности, массы тела, алиментарных факторов (соли, некоторых микро- и макроэлементов, кофе, алкоголя), курения, психосоциальных факторов, социально-экономического статуса, физической активности [1; 2].

В директивах по диагностике и лечению АГ 2007 г. к факторам риска относятся: уровни систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), уровни пульсового артериального давления (АД), возраст, курение, дислипидемия, уровень глюкозы натощак, нарушенная толерантность к глюкозе, патологическое ожирение, отягощенный семейный анамнез относительно сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте. Все существующие на сегодняшний день модели оценки сердечно-сосудистого риска имеют ограничения: они не учитывают многообразие, сочетание и продолжительность воздействия факторов риска; пренебрегают такими факторами, как личностные и семейные особенности, стрессы и физическая активность [3; 4].

Цель исследования — определить место нозогений (психических реакций) при артериальной гипертензии в стратификации общего сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы исследования

Открытое контролируемое исследование, проведенное на базе Крымского республиканского НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, санаториев «Украина» и «Ай-Петри» (г. Ялта) после получения информированного согласия, охватывало 427 больных эссенциальной АГ 1 и 2-й стадии. Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошел 201 больной с АГ 1-й стадии (75 мужчин, 126 женщин) в возрасте ($46,7 \pm 0,6$) года. Во 2-ю — 226 больных с АГ 2-й стадии (89 мужчин, 136 женщин) в возрасте ($52,3 \pm 0,5$) года. Дизайн исследования: 24-дневное мультицентровое, рандомизированное, открытое с параллельными группами, сравнительное исследование; критерии включения — наличие стабильной АГ 1 и 2-й стадии, возраст 30–60 лет; критерии исключения — клинически весомая сопутствующая патология или ассоциированные состояния.

Клинические исследования проведены согласно протоколам оказания медицинской помощи больным эссенциальной АГ 1 и 2-й стадии, больным дисциркуляторной энцефалопатией [5; 6]. Основной метод диагностики нозогений — психопатологический. Диагностика базировалась на принципе соответствия психопатологических расстройств критериям

объективности, репрезентативности и верифицируемости, на субстратном и структурном анализе, диахронической структуре психических расстройств [7].

Выявление факторов риска проводилось анкетно-опросным методом с применением специально разработанной анкеты. Факторами риска считались: возраст (старше 55 лет у мужчин и 60 лет у женщин), пол (женский), наследственность (заболевание у родителей, сестер и братьев), масса тела (индекс массы тела > 29), алиментарные факторы (соль, микро- и макроэлементы, употребление кофе более 3 чашек и алкоголя — более 50 мл в день), курение (1 сигарета в день), стрессы (более 33 баллов по списку стрессовых ситуаций), высокий социально-экономический статус (социальное положение — служащий и наличие высшего образования), физическая активность (занятия спортом менее 30 мин 1 раз в день).

Личностные особенности больных АГ изучались при помощи Миннесотского многостороннего личностного теста. Оценивали 3 оценочных (L, F, K) и 10 клинических шкал: 1 — ипохондрии (Hs); 2 — депрессии (D); 3 — истерии (Hy); 4 — психопатии (Pd); 5 — мужественности — женственности (Mt); 6 — паранойи (Pa); 7 — психастении (Pt); 8 — шизоидности (Sc); 9 — гипомании (Ma); 0 — интроверсии (Si). Ответы на утверждения теста сначала оценивали условными единицами



— «сырыми очками», а затем перекодировали в особые T-баллы [8].

Качество жизни определяли при помощи «Способа оценки качества жизни, преимущественно у лиц с артериальной гипертензией» и изучали такие параметры, как физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье, сравнение самочувствия, общий, физический и психический статус [9].

Уровень стрессов у больных АГ изучали при помощи списка стрессовых ситуаций и оценивали стрессы на уровне аффективных связей, учебы, профессиональной жизни, личностных установок, здоровья, повседневной жизни, досуга, учитывали общее количество стрессов [10].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием автоматизированной системы «Ver-Med» обработки неоднородных медицинских данных, обеспечивающей поддержку принятия решений при диагностике заболеваний [11].

Результаты исследования и их обсуждение

Нозогения — диагностическая категория Международной классификации болезней (МКБ-10), предназначенная для обозначения состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующих социальному функционированию и продуктивности и возникающих в период адаптации к значительному изменению в стиле жизни или к стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной соматической болезни) [7].

Нозогении (психические реакции) встречались у 81,9 %

больных АГ. У 38,4 % пациентов выявлена неврастения, у 15,7 % — ипохондрическое расстройство, у 8,9 % — легкий депрессивный эпизод, у 8,4 % — дистимия, у 8,4 % — смешанное тревожно-депрессивное расстройство, у 2,1 % — тревожное (уклоняющееся) расстройство личности. Только у 18,1 % больных АГ не выявлены нозогении. Среди больных АГ 1-й стадии наиболее распространенными были: неврастения (37,3 %), ипохондрическое расстройство (8,9 %), легкий депрессивный эпизод (8,9 %); среди больных АГ 2-й стадии — неврастения (39,4 %), ипохондрическое расстройство (19,9 %), дистимия (9,3 %).

У больных АГ с дистимией наиболее распространенными основными факторами риска были: стрессы (90,5–93,3 %), злоупотребление углеводами (80,0–90,5 %), низкая физическая активность (53,3–81,0 %), отягощенная наследственность (60,0–80,9 %), высокий социально-экономический статус (60,0–71,4 %), увеличение массы тела (40,0–71,4 %). Эти пациенты отличались повышением ипохондрии и массы тела, уменьшением числа курильщиков.

Факторы риска ассоциированы с качеством жизни больных АГ с дистимией: высокий социально-экономический статус коррелировал с болью и курением; неустроенность личной жизни и отсутствие детей — со всеми параметрами качества жизни; отягощенная наследственность и индекс массы тела — с общим здоровьем; низкая физическая активность — с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности и болью; злоупотребление солью — с жизнеспособностью; насыщенными жирами — с ролью эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; углеводами — с общим статусом; алкоголем — с физической активностью и жизнеспособностью; длительность заболева-

ния — с физической активностью и физическим статусом.

Эти больные часто имели сочетание 5–7 факторов риска: 5 факторов встречались в 46,7–52,4 %; 6 — в 26,7–33,3 %; 7 — в 13,3–14,3 % случаев. Высокий прогностический риск был у 66,6–71,4 %; очень высокий — у 20,0–23,8 % пациентов с АГ 1 и 2-й стадии с дистимией.

Таким образом, больные АГ с дистимией отличались увеличением массы тела, повышением ипохондрии и уменьшением числа курильщиков. У них отмечалось увеличение комбинаций факторов риска до 5–7 с наиболее частыми сочетаниями большого количества стрессов, злоупотребления углеводами, низкой физической активности, высокого социально-экономического статуса. Значительная распространенность факторов риска увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений до 86,6–95,2 %.

У больных АГ с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности наиболее распространенными были: стрессы (100,0 %); отягощенная наследственность (100,0 %); злоупотребление алкоголем (66,7–100,0 %) и углеводами (50,0–100,0 %); низкая физическая активность (83,3–100,0 %); курение (66,7 %); повышение ипохондрии (50,0–100,0 %) и депрессии (50,0–100,0 %). Эти больные отличались большей наследственной отягощенностью, снижением физической активности, увеличением употребления углеводов и алкоголя, повышением ипохондрии и депрессии.

Факторы риска ассоциированы с качеством жизни больных АГ с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности: высокий социально-экономический статус коррелировал с жизнеспособностью, социальной активностью; неустроенность личной жизни и отсутствие детей — с жизнеспособнос-



тью, психическим здоровьем, сравнением самочувствия, психическим и общим статусом; отягощенная наследственность — с жизнеспособностью, социальной активностью и психическим здоровьем; низкая физическая активность — со сравнением самочувствия; злоупотребление солью — с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности; насыщенными жирами — с физической активностью и болью; углеводами — с психическим здоровьем; кофе — с социальной активностью; алкоголем — с психическим здоровьем; длительность заболевания — с физической активностью.

Эти больные чаще имели сочетание 5–8 факторов риска: 5 факторов встречались в 16,6–0 %; 6 — в 16,6–33,3 %; 7 — в 16,6–33,3 %; 8 — в 16,6–33,3 % случаев. Высокий прогностический риск был у 50,0–66,7 %, очень высокий — у 50,0–33,3 % пациентов с АГ 1 и 2-й стадии с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности.

Таким образом, больные АГ с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности отличались большей наследственной отягощенностью, снижением физической активности, злоупотреблением алкоголем и углеводами, повышением ипохондрии и депрессии. У них отмечалось увеличение комбинаций факторов риска до 5–8 с наиболее частыми сочетаниями большого количества стрессов, отягощенной наследственности, злоупотребления алкоголем и углеводами, низкой физической активности, курения, повышения ипохондрии и депрессии. Значительная распространенность факторов риска влияла на физический, психический и общий статус больных, увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений до 100,0 %.

У больных АГ со смешанным тревожно-депрессивным расстройством наиболее распро-

страненными были: стрессы (94,1–100,0 %); низкая физическая активность (64,7–89,5 %); высокий социально-экономический статус (70,6–89,5 %); отягощенная наследственность (82,4–89,5 %); злоупотребление углеводами (64,7–73,7 %); повышение уровня депрессии (70,6–73,7 %). Эти пациенты отличались снижением физической активности, злоупотреблением солью, повышением ипохондрии и депрессии.

Факторы риска ассоциированы с качеством жизни таких больных: женский пол коррелировал с физической активностью, ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, болью, сравнением самочувствия, физическим и общим статусом; высокий социально-экономический статус — со сравнением самочувствия и физическим статусом; неустраивенность личной жизни — с социальной активностью; отсутствие детей и злоупотребление солью — со всеми параметрами качества жизни; наследственная отягощенность — с болью; злоупотребление кофе — со сравнением самочувствия; алкоголем — с физической активностью, ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, болью, сравнением самочувствия, общим статусом; длительность заболевания — с жизнеспособностью больных.

Эти пациенты чаще имели сочетание 5–7 факторов риска: 5 факторов встречалось в 23,5–42,1 %; 6 — в 41,2–47,3 %; 7 — в 11,8–10,6 % случаев. Высокий прогностический риск был у 76,5–94,7 %; очень высокий — у 17,6–5,3 % больных АГ 1 и 2-й стадии со смешанным тревожно-депрессивным расстройством.

Таким образом, больные АГ со смешанным тревожно-депрессивным расстройством отличались снижением физической активности, злоупотреблением солью, повышением ипохондрии и депрессии. У них от-

мечалась комбинация 5–7 факторов риска с наиболее частыми сочетаниями большого количества стрессов, низкой физической активности, высокого социально-экономического статуса, отягощенной наследственности, злоупотребления углеводами и повышением депрессии. Значительная распространенность факторов риска пациентов увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений до 94,1–100,0 %.

У больных АГ с неврастенией наиболее распространенными были: стрессы (96,0–100,0 %); наследственная отягощенность (72,0–95,5 %); низкая физическая активность (86,7–83,1 %); злоупотребление углеводами (76,0–83,1 %); высокий социально-экономический статус (57,3–84,3 %). Эти пациенты отличались злоупотреблением кофе и соли, повышением ипохондрии и истерии, меньшим числом курильщиков.

Факторы риска ассоциированы с качеством жизни этих больных: женский пол коррелировал с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, болью, жизнеспособностью, психическим здоровьем, сравнением самочувствия, физическим, психическим и общим статусом; высокий социально-экономический статус — с психическим здоровьем; отягощенная наследственность — с физической активностью, жизнеспособностью, социальной активностью, общим здоровьем, физическим и общим статусом; низкая физическая активность — с болью и физическим статусом; курение — с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, физическим и общим статусом; злоупотребление солью — с общим здоровьем; насыщенными жирами — с жизнеспособностью и ролью эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, общим статусом; кофе — с ролью физичес-



ких проблем в ограничении жизнедеятельности, со сравнением самочувствия и физическим статусом; алкоголем — с физической и социальной активностью; длительность заболевания — с болью.

Эти пациенты чаще имели сочетание 4–7 факторов риска: 4 фактора встречались в 6,7–22,5 %; 5 — в 26,7–36,0 %; 6 — в 21,3–33,7 %; 7 — в 8,0–7,8 % случаев. Высокий прогностический риск был у 61,3–87,6 %; очень высокий — у 13,3–6,7 % лиц с АГ 1 и 2-й стадии с неврастениями.

Таким образом, больные АГ с неврастениями отличались злоупотреблением кофе и соли, повышением ипохондрии и истерии; меньшим числом курильщиков. У них отмечалось сочетание 4–7 факторов риска с наиболее частыми сочетаниями большого количества стрессов, наследственной отягощенности, низкой физической активности, злоупотребления углеводами, высоким социально-экономическим статусом. Значительная распространенность факторов риска увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений до 74,6–94,3 %.

У больных АГ с ипохондрическим расстройством наиболее распространенными были: стрессы (100,0 %); повышение ипохондрии (100,0 %), истерии (70,0–80,0 %), депрессии (68,2–73,3 %); злоупотребление углеводами (81,8–93,3 %) и кофе (54,5–73,3 %); высокий социально-экономический статус (77,3–86,7 %); отягощенная наследственность (80,0 %); низкая физическая активность (70,0–73,3 %). Эти пациенты отличались повышением ипохондрии, депрессии, истерии и злоупотреблением кофе.

Факторы риска ассоциированы с качеством жизни этих больных: женский пол коррелировал с физической активностью, ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, болью, жизнеспособностью, психическим здоровьем; высоким социально-экономическим статусом — с жизнеспособностью и социальной активностью; неустраивенность личной жизни — со всеми параметрами качества жизни; отсутствие детей — с жизнеспособностью, психическим здоровьем, сравнением самочувствия, психическим и общим статусом; отягощенная наследственность — с жизнеспособностью, социальной активностью и психическим здоровьем; низкая физическая активность — со сравнением самочувствия; длительность заболевания — с физической активностью. Злоупотребление солью ассоциировалось с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности; насыщенными жирами — с физической активностью, болью и общим статусом; углеводами — с психическим здоровьем; кофе — с социальной активностью; алкоголем — с психическим здоровьем.

Эти пациенты чаще имели сочетание 5–7 факторов риска: 5 факторов — в 22,7–31,1 %; 6 — в 27,3–48,9 %; 7 — в 18,2–40,0 % случаев. Высокий прогностический риск был у 63,6–66,7 %; очень высокий — у 18,2–22,2 % больных АГ 1 и 2-й стадии с ипохондрическим расстройством.

Таким образом, больные АГ с ипохондрическим расстройством отличались повышением ипохондрии, депрессии, истерии и злоупотреблением кофе. У них отмечалось сочетание 5–7 факторов риска с наиболее частыми комбинациями большого количества стрессов, повышения ипохондрии, депрессии и истерии, злоупотребления углеводами, высокого социально-экономического статуса, отягощенной наследственности и низкой физической активности. Значительная распространенность факторов риска увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений до 81,8–88,9 %.

У больных АГ с легким депрессивным эпизодом наиболее распространенными основными факторами риска были: высокий социально-экономический статус (72,2–100,0 %); стрессы (88,9–90,0 %); злоупотребление углеводами (83,3–90,0 %); отягощенная наследственность (77,7–80,0 %); низкая физическая активность (61,1–75,0 %). Эти больные отличались повышением депрессии, высоким социально-экономическим статусом, уменьшением числа курильщиков.

Факторы риска ассоциированы с качеством жизни этих пациентов: женский пол — со сравнением самочувствия; высшее образование — с психическим здоровьем; неустраивенность личной жизни и курение — со всеми параметрами качества жизни; отсутствие детей — с физическим и общим статусом; отягощенная наследственность — с жизнеспособностью; индекс массы тела — с жизнеспособностью и общим статусом; низкая физическая активность — с психическим статусом; злоупотребление солью — с общим статусом; кофе — с физической активностью.

Эти больные чаще имели сочетание 3–6 факторов риска: 3 фактора — в 5,5–25,0 %; 4 — в 16,7–30,0 %; 5 — в 27,8–40,0 %; 6 — в 16,7–25,0 % случаев. Высокий прогностический риск был у 88,8–90,0 %; очень высокий — у 5,5–5,0 % пациентов.

Таким образом, больные АГ с легким депрессивным эпизодом отличались повышением депрессии, высоким социально-экономическим статусом, уменьшением числа курильщиков. У них отмечалось сочетание 3–6 факторов риска с наиболее частыми комбинациями высокого социально-экономического статуса, стрессов, злоупотребления углеводами, отягощенной наследственности, низкой физической активности.

Эти пациенты чаще имели сочетание 3–6 факторов риска: 3 фактора — в 5,5–25,0 %; 4 — в 16,7–30,0 %; 5 — в 27,8–40,0 %; 6 — в 16,7–25,0 % случаев. Высокий прогностический риск был у 88,8–90,0 %; очень высокий — у 5,5–5,0 % пациентов.



Значительная распространенность факторов риска ухудшила физической, психической и общий статус больных, увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений до 94,3–95,0 %.

У больных АГ без нозогений наиболее распространенными были: стрессы (93,8–96,6 %); отягощенная наследственность (77,1–93,1 %); высокий социально-экономический статус (79,2–86,2 %); злоупотребление углеводами (62,5–82,8 %); низкая физическая активность (62,5–72,4 %). Больные АГ 2-й стадии отличались достоверно меньшим потреблением соли.

Факторы риска ассоциированы с качеством жизни этих пациентов: высокий социально-экономический статус коррелировал с общим здоровьем; неустроенность личной жизни и отсутствие детей — со всеми параметрами качества жизни; изменение массы тела — с жизне-неспособностью больных; курение — с болью; злоупотребление алкоголем — с ролью физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; длительность заболевания — с ролью физических проблем в ограничении жизнедеятельности, болью и социальной активностью.

Эти больные чаще имели сочетание 4–6 факторов риска: 4 фактора встречались у 10,4–17,2 %; 5 — у 35,4–51,7 %; 6 — у 27,1–34,5 % больных. Высокий прогностический риск был у 58,3–82,8 %; очень высокий — у 31,3–6,9 % больных АГ 1 и 2-й стадии без нозогений.

Таким образом, среди пациентов с АГ без нозогений существенно меньше лиц, злоупотреблявших солью. У них отмечалось уменьшение комбинаций факторов риска до 4–6 с наиболее частыми сочетаниями большого количества стрессов, отягощенной наследственности, высокого социально-эконо-

мического статуса, злоупотребления углеводами, низкой физической активности. Значительная распространенность факторов риска влияла на физический, психический и общий статус больных, увеличивала долю лиц с высоким и очень высоким риском возникновения сердечно-сосудистых осложнений до 89,6–89,7 %.

Выводы

1. Впервые выделено место нозогений (психических реакций) при артериальной гипертензии в стратификации общего сердечно-сосудистого риска, которые даже при нормальном артериальном давлении требуют коррекции.

2. Факторы риска, такие как личностные особенности, стрессы, высокий социальный статус, возраст, избыточная масса тела, злоупотребление солью и курение, существенно ухудшают прогноз при АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Современная терапия артериальной гипертензии* (Рекомендации Европейского общества по гипертензии и Европейского общества кардиологов, 2003) / Преображенский Д. В., Сидоренко Б. А., Маренич А. В. и др. // Кардиология. — 2003. — Т. 43, № 12. — С. 91-103.

2. *Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії* : посібник до Національної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. — К., 2004. — 83 с.

3. *Директиви по діагностиці та ліченню артеріальної гіпертензії 2007 года* // Медицина світу. — 2007. — Т. XXI, № 1. — С. 20-39.

4. *Директиви по діагностиці та ліченню артеріальної гіпертензії 2007 года* // Медицина світу. — 2007. — Т. XXI, № 2. — С. 79-94.

5. *Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія»* : наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006. — 55 с.

6. *Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія»* : наказ МОЗ України № 487 від 17.08.2007. — 23 с.

7. *Купер Д. Э. Карманное руководство к МКБ-10 : Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями)* / Д. Э. Купер ; пер. с англ. Д. Полтавца. — К. : Сфера, 2000. — 464 с.

8. *Березин Ф. Б. Методика много-стороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене)* : монография / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. — М. : Медицина, 1976. — 175 с.

9. *Деклараційний патент на винахід UA 65491 A A 61 B 5/00, A 61 B 10/00. Спосіб оцінки якості життя, переважно у осіб з артеріальною гіпертензією* : Пат. UA 65491 A / Г. В. Дзяк, І. В. Дроздова (Україна) ; заявник і патентовласник Дніпропетровська державна медична академія. — № 2003 121 1381 ; заявл. 11.12.2003 ; опубл. 15.03.2004, Бюл. № 3.

10. *Годфруа Ж. Что такое психология* / Ж. Годфруа. — М. : Мир, 1992. — 491 с.

11. *Мацуга О. М. Інформаційна технологія обробки неоднорідних медичних даних для підтримки прийняття рішень під час діагностики* : автореф. дис. ... канд. техн. наук. — Дніпропетровськ, 2007. — 18 с.

