

врожденном пороке сердца: автореф. дис. на соиск. научн. степени канд. психол. наук: спец 19.00.04 «Психология» / А. С. Султанова. – Москва, 2000. – 22 с.

11. Статистична обробка даних / [В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка та ін.]. – К.: МІВВЦ, 2001. – 388 с.

12. Туманян М. Р. Нейропсихологический статус пациентов в отдаленном периоде после ради-

кальной коррекции тетрады Фалло, выполненной в раннем возрасте / М. Р. Туманян, Т. Г. Горячева, Т. И. Мусатова // Кардиология. – 2001. – № 9. – С. 26–28.

13. Роль особистісних факторів в обмеженні життєдіяльності у хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції / А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, О. М. Лисунець [та ін.]. – Д.: Пороги, 2011. – 30 с.



УДК: 616.118:616.1-001.8.003.12

КАРДИОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА НОЗОГЕНІЯХ

І. В. Дроздова¹, Г. Б. Чумак², А. О. Власенко³

¹ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

²Санаторій «Зорі України», ³санаторій «Дюльбер», м. Ялта

Резюме

У 427 больных артериальной гипертензией (АГ) 1-й и 2-й стадий изучались распространенность нозогений, факторов риска (с учетом стрессов и психологических особенностей), стратификация общего сердечно-сосудистого риска. У 81,9 % больных АГ выявлены нозогении и комбинации 4–7 факторов риска, что привело к высокому риску возникновения сердечно-сосудистых осложнений при АГ у 86,5–95,2 % больных с дистимией, у 100,0 % больных с другими стойкими изменениями личности, у 74,6 – 94,3 % больных с неврастенией, у 94,1–100,0 % больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством, у 81,8–88,9 % больных с ипохондрическим расстройством, у 94,3–95,0 % у больных с легким депрессивным эпизодом, у 89,6–89,7 % больных без нозогений. Сделан вывод о значимости нозогений при АГ в стратификации общего сердечно-сосудистого риска, которые даже при нормальном артериальном давлении требуют коррекции.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, нозогении, стратификация, сердечно-сосудистый риск.

Summary

Prevalence of nosogenies, risk factors (with regard for stresses and psychological features), stratification of common cardiovascular risk was studied in 427 patients with the 1st and the 2d stages of arterial hypertension (AH). Nosogeny and combination of 4–7 risk factors were revealed in 81,9 % patients, what have led to high and very high risk of cardiovascular complications in 86,5–95,2 % AH patients with dysthymia, in 100,0 % patients with another personal disorders, in 74,6–94,3 % patients with neurasthenia, in 94,1–100,0 % patients with mixed anxious-depressive disorder, in 81,8–88,9 % AH patients with mild depressive episode, in 89,6–89,7 % patients without nosogenies. The conclusion of nosogenies significance for common cardiovascular risk stratification in AH, which require correction even in normal arterial pressure, was drawn.

Key words: arterial hypertension, nosogenies, stratification, cardiovascular risk.

Ризик, пов'язаний із артеріальною гіпертензією (АГ), реалізується через розвиток її кардіоваскулярних ускладнень. У хворих на АГ порівняно із особами, у яких артеріальний тиск (АТ) знаходиться у межах норми, у 7 разів вища частота виникнення мозкових інсультів (МІ), у 6 разів – серцевої недостатності, у 4 рази – ішемічної хвороби серця, у 2 рази – ураження периферійних артерій. Ризик смерті від гіпертензивного ураження нирок підвищується у десятки разів у хворих із тяжкою АГ [3, 5].

Ризик виникнення основних кардіоваскулярних ускладнень залежить від ступеня підвищення АТ. Незалежно від віку і статі пацієнта кардіоваскулярний ризик зростає на 30–40 % на кожні 10 мм рт. ст. підвищення систолічного артеріального тиску (САТ). При стійкому збільшенні діастолічного артеріального тиску (ДАТ) на 5 мм рт. ст. ризик МІ підвищується на 34 %, а інфаркту міокарда (ІМ) – на 21 %. Існує тісний кореляційний зв'язок між рівнем АТ та загальною смертністю: ризик неупинно зростає з підвищенням АТ [3].

Останнім часом для оцінки перебігу й можливих ускладнень АГ практичного значення набула стратифікація загального серцево-судинного ризику. За шкалою SCORE низькому ризику відповідає величина нижче 4%, помірному ризику – 4–5%, високому – 5–8 % і дуже високому – вище 8 %. В системі SCORE використані такі фактори ризику (ФР), як стать, вік, паління, рівні загального холестерину і холестерину ліпопротеїдів високої щільності, рівні САТ та ДАТ [11].

У директивах з діагностики й лікування артеріальної гіпертензії 2007 року до ФР належать: рівні САТ і ДАТ, рівень пульсового АТ, вік, паління, дисліпідемія, рівень глюкози натще, порушена толерантність до глюкози, патологічне ожиріння, обтяжений сімейний анамнез щодо серцево-судинних захворювань у молодому віці [5].

Існуючі моделі прогнозування перебігу та виникнення ускладнень при АГ базуються на оцінці генотипових значень параметрів геодинаміки [1], зміни показників

варіабельності ритму серця [9], вікових аспектах динаміки АТ [4], кількісної оцінки обтяженої спадковості [4, 6, 9], гіпертрофії лівого шлуночка [10], аналізі організації системного гомеостазу [12], біологічних та соціальних корелятах [13], психосоціальних факторів [7]. Усі наявні на сьогоднішній день моделі оцінки серцево-судинного ризику мають обмеження: вони не враховують різноманітності, сполучення та тривалості впливу ФР й такі фактори, як особистісні відмінності, стреси та фізична активність хворих.

Мета дослідження – визначення кардіоваскулярного ризику у хворих на АГ із нозогеніями.

Матеріал та методи досліджень

Критерієм включення до дослідження, яке охоплювало 427 хворих на АГ, була есенціальна АГ у хворих віком 28–59 років. Критерії виключення: вторинні форми АГ; порушення ритму; інфаркт міокарда, гострі й хронічні порушення мозкового кровообігу; кардіохірургічні втручання; наявність ендогенних психічних розладів і супутніх захворювань, які впливають на виживання та якість життя хворих; відмова від лікування.

Дизайн дослідження: 24-денне рандомізоване порівняльне дослідження. Усі хворі отримували інформацію для пацієнтів і підписували інформовану згоду на участь у дослідженні.

Серед обстежених було 263 жінки і 164 чоловіка. Хворих із 1- стадією АГ було 201 особа (46,7 %), середній вік – $46,7 \pm 0,6$ роки; із 2-ю стадією АГ – 226 осіб (52,3 %), середній вік $52,3 \pm 0,5$ роки. Тривалість захворювання на АГ становила від 2 до 15 років, тривалість нозогеній – від декількох місяців до 5 років. Серед усіх пацієнтів було виділено сім груп: шість груп із різними формами нозогеній і одна – без нозогеній. Неврастенію діагностовано у 164, іпохондричний розлад – у 67, легкий депресивний епізод – у 38, дистимію – у 36, змішаний тривожно-депресивний розлад – у 36, а у 9 осіб діагностовано стійкі зміни особистості. Не виявлено нозогеній у 86 хворих на АГ.

Психопатологічна діагностика базувалась на принципі відповідності психічних

розладів критеріям об'єктивності, репрезентативності та верифікованості, на субстратному і структурному аналізі, діахронічній структурі психічних розладів [6]. Вивчення ФР та стратифікацію загального серцево-судинного ризику проводили згідно з директивами з діагностики та лікування артеріальної гіпертензії 2007 року [5]. Для визначення особистісних відмінностей хворих на АГ використовували методику багатостороннього дослідження особистості [2].

Клінічні дослідження відповідали протоколам надання медичної допомоги хворим на есенціальну артеріальну гіпертензію 1-й та 2-й стадій [8].

Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel та Access за допомогою персональної ЕОМ із обчисленням критерію t-Стюдента для порівняння середніх величин та критерію χ^2 для порівняння відносних величин.

Результати та їх обговорення

У результаті вивчення психічного стану хворих на АГ 1-й та 2-й стадій було діагностовано такі нозогенії: афективні розлади: легкий депресивний епізод (по 8,9 %), дистимія (7,5 і 9,3 %); невротичні розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади: змішаний тривожно-депресивний розлад (8,5 і 8,4 %), неврастенія (37,3 і 39,4 %); іпохондричний розлад (10,9 і 19,9 %); стійкі зміни особистості, не пов'язані з ушкодженням або захворюванням головного мозку: стійкі зміни особистості (3,0 і 1,3 %). Нозогенії формуються у переважній більшості хворих на АГ (81,9 %) [6].

Обстеження хворих із різними нозогеніями дозволило встановити, що у хворих на АГ із дистимією найбільш поширеними основними ФР (відповідно при АГ 1-й та 2-й стадій) були: стрес (90,5 і 93,3 %), зловживання вуглеводами (80,0 і 90,5 %), низька фізична активність (53,3 і 81,0 %), обтяжена спадковість (60,0 і 80,9 %), високий соціально-економічний статус (60,0 і 71,4 %), збільшення маси тіла (40,0 і 71,4 %). Ці хворі відзначались підвищенням рівня Нs-іпохондрії, зменшенням паління. Серед них найчастіше спостеріга-

лось поєднання 5–7 факторів ризику: п'ять факторів зустрічались у 46,7 і 52,4 %, шість – у 26,7 і 33,3 %, сім – у 13,3 і 14,3 % випадків у хворих на АГ 1-й та 2-й стадій відповідно. Високий прогностичний ризик було встановлено у 66,6 та 71,4 %, дуже високий – у 20,0 і 23,8 % пацієнтів.

У хворих на АГ 1-й та 2-й стадій з легким депресивним епізодом найбільш поширеними основними факторами ризику були відповідно: високий соціально-економічний статус (72,2 і 100,0 %), стрес (88,9 і 90,0 %), зловживання вуглеводами (83,3 і 90,0 %), обтяжена спадковість (77,7 і 80,0 %), низька фізична активність (61,1 і 75,0 %). Ці хворі відзначались підвищенням рівня D-депресії, високим соціально-економічним статусом, зменшенням паління. Значною мірою у хворих на АГ 1-й і 2-й стадій поєднувались 3–6 факторів ризику відповідно: три фактори – у 5,5 і 25,0 %, чотири – у 16,7 і 30,0 %, п'ять – у 27,8 і 40,0 %, шість – у 16,7 і 25,0 % випадків. Високий прогностичний ризик відзначено у 88,8 і 90,0 %, дуже високий – у 5,5 і 5,0 % пацієнтів.

У хворих із змішаним тривожно-депресивним розладом найпоширенішими факторами ризику (відповідно при 1-й та 2-й стадій захворювання) були: стрес (94,1 і 100,0 %), низька фізична активність (64,7 і 89,5 %), високий соціально-економічний статус (70,6 і 89,5 %), обтяжена спадковість (82,4 і 89,5 %), зловживання вуглеводами (64,7 і 73,7 %), підвищення рівня D-депресії (70,6 і 73,7 %). Ці пацієнти мали знижену фізичну активність, зловживали надлишок солі, у них спостерігався підвищений рівень D-депресії та Нs-іпохондрії. У даній групі хворих спостерігалось поєднання 5–7 факторів ризику: п'ять факторів ризику – у 23,5 % при АГ 1-й стадії та у 42,1 % при АГ 2-й стадії, шість факторів – відповідно у 41,2 і 47,3 %, сім факторів – у 11,8 і 10,6 % обстежених. Високий прогностичний ризик був у 76,5 та 94,7 %, дуже високий – у 17,6 і 5,3 % осіб.

Серед хворих на АГ 1-й та 2-й стадій із неврастенією найбільш поширеним були: стрес (96,0 і 100,0 %), обтяжена спадковість (72,0 і 95,5 %), низька фізична ак-

тивність (86,7 і 83,1 %), зловживання вуглеводами (76,0 і 83,1 %), високий соціально-економічний статус (57,3 і 84,3 %). Ці особи зловживали кавою й сім'яною, мали підвищений рівень Нs-іпохондрії та Ну-істерії, менше курили. Найчастіше у них спостерігалось поєднання 4–7 факторів ризику: чотири фактори зустрічались при 1-й та 2-й стадії АГ відповідно у 6,7 і 22,5 %, п'ять – у 26,7 і 36,0 %, шість – у 21,3 і 33,7 %, сім факторів – у 8,0 і 7,8 % випадків. Високий прогностичний ризик був у 61,3 та 87,6 %, дуже високий – у 13,3 і 6,7 % пацієнтів.

Серед хворих на АГ 1-й та 2-й стадії з іпохондричним розладом найбільш поширеними були відповідно: стрес (по 100,0 %), підвищення рівня Нs-іпохондрії (по 100,0 %), рівні Ну-істерії (70,0 і 80,0 %) та D-депресії (68,2 і 73,3 %), зловживання вуглеводами (81,8 і 93,3 %) та кавою (54,5 і 73,3 %), високий соціально-економічний статус (77,3 і 86,7 %), обтяжена спадковість (по 80,0 %), низька фізична активність (70,0 і 73,3 %). Ці особи мали підвищений рівень Ну-істерії, D-депресії, Нs-іпохондрії, зловживали вуглеводами та кавою. Хворі цієї групи найчастіше мали поєднання 5–7 факторів ризику – у 22,7 і 31,1 %, шість – у 27,3 і 48,9 %, сім факторів – у 18,2 і 40,0 % хворих відповідно при АГ 1-й та 2-й стадій. Високий прогностичний ризик був у 63,6 і 66,7 %, дуже високий – у 18,2 і 22,2 % пацієнтів.

Серед хворих на АГ 1-й та 2-й стадій з іншими стійкими змінами особистості найбільш поширеними були відповідно: стрес (по 100,0 %), обтяжена спадковість (по 100,0 %), зловживання алкоголем (66,7 і 100,0 %) та вуглеводами (50,0 і 100,0 %), низька фізична активність (83,3 і 100,0 %), паління (по 66,7 %), підвищення рівнів Нs-іпохондрії (50,0 і 100,0 %) та D-депресії (50,0 і 100,0 %). Ці особи відзначались обтяженою спадковістю, зниженням фізичної активності, збільшенням вживання вуглеводів й алкоголю, підвищенням рівнів Нs-іпохондрії та D-депресії. Найчастішими у них були поєднання 5–8 факторів ризику: п'ять факторів при АГ 1-й та 2-й стадій зустрічались по 16,6 %, шість, сім і вісім факторів – відповідно у 16,6 та 33,3 % випадків. Високий прогностичний ризик був

у 50,0 і 66,7 %, дуже високий – у 50,0 і 33,3 % цих пацієнтів.

Серед хворих на АГ без нозогеній найбільш поширеними були (відповідно при 1-й та 2-й стадіях АГ): стрес (93,8 і 96,6 %), обтяжена спадковість (77,1 і 93,1 %), високий соціально-економічний статус (79,2 і 86,2 %), зловживання вуглеводами (62,5 і 82,8 %), низька фізична активність (62,5 і 72,4 %). При відсутності нозогеній у хворих на АГ 1-й та 2-й стадій найчастіше спостерігалось поєднання 4–6 факторів ризику: чотири фактори зустрічались відповідно у 10,4 і 17,2 %, п'ять – у 35,4 і 51,7 %, шість факторів – у 27,1 і 34,5 % обстежених. Високий прогностичний ризик був у 58,3 і 82,8 %, дуже високий – у 31,3 і 6,9 % пацієнтів.

Отримані нами дані свідчать, що найпоширенішими факторами ризику у хворих на АГ є стрес, спадкоємна обтяженість серцево-судинними захворюваннями, низька фізична активність, зловживання вуглеводами, вища освіта та високий соціально-економічний статус, які підвищують невротизацію та посилюють депресію, погіршують якість їхнього життя. На ранній стадії АГ найсуттєвішим є вплив високого соціального статусу й порушень здорового способу життя, тоді як прогресування АГ сполучене з обтяженою спадковістю й зниженням соціального статусу. Із прогресуванням АГ зростає поширеність нозогеній та підвищується АТ, кількість й частота ФР, ураження органів-мішеней, які обтяжують одне одного за механізмом замкнутого кола, що суттєво збільшує відсоток хворих із високим та дуже високим прогностичним ризиком.

Формуванню дистимії у хворих на АГ сприяють збільшення маси тіла та рівень Нs-іпохондрії; легкого депресивного епізоду – високий соціальний статус і рівень D-депресії; неврастенії – рівні Нs-іпохондрії, Ну-істерії й порушення здорового способу життя; іпохондричного розладу – рівні Нs-іпохондрії, D-депресії та Ну-істерії; змішаного тривожно-депресивного розладу та стійких змін особистості – рівні Нs-іпохондрії, D-депресії, обтяжена спадковість і порушення здорового способу життя. Запобігають формуванню нозогеній

дотримання здорового способу життя і відсутність дисгармонійних рис особистості.

Статистично значущими факторами прогресування АГ є невротизація (тенденція виглядати «у сприятливому світлі»), підвищення АТ, гіпертрофія лівого шлуночка та його діастолічна дисфункція, фактори ризику (вік, стать, обтяжена спадковість, паління, окружність талії, зловживання сіллю), соціальна ізоляція (Ссшизоїдність, Ма-інтроверсія) [6].

Таким чином, визначено місце нозогеній у стратифікації загального серцево-судинного ризику і показано, що нозогенії при АГ необхідно розглядати як фактор ризику виникнення серцево-судинних ускладнень, а тому вони вимагають корекції навіть за нормального рівня АТ у хворих.

Висновки

1. Нозогенії посідають суттєве місце в стратифікації загального серцево-судинного ризику при артеріальній гіпертензії й тому вимагають корекції навіть за нормального рівня артеріального тиску у хворих.

2. Наявність нозогеній, асоційованих із дисгармонійними особистісними відмінностями, з обтяженою спадковістю за серцево-судинними захворюваннями та з вищою освітою, призводить до страху втрати високого соціально-економічного статусу, підвищеної вразливості до стресу, зниження фізичної активності та зловживання вуглеводами, що суттєво погіршує прогноз при артеріальній гіпертензії.

3. Із прогресуванням артеріальної гіпертензії зростає поширеність нозогеній і підвищується артеріальний тиск, кількість та частота факторів ризику, ураження органів-мішеней, які обтяжують одне одного за механізмом замкнутого кола, що суттєво збільшує відсоток хворих із високим та дуже високим прогностичним ризиком.

Література

1. Батюшкин М. М. Популяционное и индивидуальное прогнозирование уровня артериального

давления / М. М. Батюшкин, В. П. Терентьев // Рос. кардиол. журн. – 2006. – № 2. – С. 50–61.

2. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 175 с.

3. Глобальное бремя артериальной гипертензии. Мировая статистика // *Medicinereview*. – 2009. – № 4. – С. 6–11.

4. Динамика артериального давления и прогнозирование артериальной гипертензии: данные 20-летнего наблюдения детской когорты / Ю. Клубене, Ж. Милашаускене, И. Мисявичене [и др.] // *Кардиология*. – 2004. – Т. 44, № 2. – С. 30–34.

5. Директивы по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2007 года // *Медицина світу*. – 2007. – Т. XXI, № 1. – С. 20–39.

6. Кришталь В. В. Нозогенії при артеріальній гіпертензії / В. В. Кришталь, И. В. Дроздова, Г. В. Дзяк. – Днепропетровск: Пороги, 2008. – 288 с.

7. Лебедева Н. Б. Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда / Н. Б. Лебедева, О. Л. Барабаш // *Рос. кардиол. журн.* – 2003. – № 4. – С. 98–101.

8. Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» – 55 с. [WWW-документ]. URL: <http://www.ifp.kiev.ua>

9. Прогностическое значение параметров variability ритма сердца как фактора риска развития артериальной гипертензии / В. П. Подпалов, А. Д. Деев, В. П. Сиваков [и др.] // *Кардиология*. – 2006. – Т. 46, № 1. – С. 39–42.

10. Радченко Г. Д. Гіпертрофія лівого шлуночка, її регрес та прогноз у пацієнтів, які пройшли лікування у спеціалізованому відділенні / Г. Д. Радченко, Ю. М. Сіренко // *Український кардіологічний журнал*. – 2007. – № 1. – С. 54–62.

11. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: [посібник до Національної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії]. – К., 2004. – 83 с.

12. Сараев И. А. Диагностика и прогнозирование острых сердечно-сосудистых расстройств на основе анализа организации системного гомеостатического процесса: автореф. дис. на соискание науч. степени докт. мед. наук: спец. 05.13.06 «Автоматизированные системы управления и информационные технологии» / И. А. Сараев. – Курск, 2003. – 42 с.

13. Сарсембаев К. Т. Биологические и социальные корреляты благоприятного и неблагоприятного течения невротозов / К. Т. Сарсембаев // *Журн. неврол. и психиат.* – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 66–70.

