

УДК 616.831-005

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОЖИРЕНИЕМ

С.О. Медведева

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра поликлинической терапии

Резюме: обследовано 99 больных артериальной гипертензией II стадии с хронической ишемией головного мозга I-II стадии, находившихся на диспансерном учете у врача общей практики, у которых оценивались, в зависимости от индекса массы тела, показатели качества жизни и выраженность тревожно-депрессивных расстройств. Оказалось, что у больных артериальной гипертензией в структуре эмоциональных нарушений с увеличением индекса массы тела наблюдается нарастание клинически выраженных депрессивных расстройств, которые сочетаются со снижением качества жизни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, церебральные расстройства, тревожно-депрессивные расстройства, качество жизни.

FEATURES OF EMOTIONAL DISORDERS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS OF ARTERIAL HYPERTENSION WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA AND OBESITY

Medvedeva S .O.

Tver State Medical University, Tver, Russia

Department of Polyclinic Therapy

Summary: 99 patients with stage II hypertension with stage I-II chronic cerebral ischemia, who were under medical examination by a general practitioner, were examined, and their quality of life indicators and the severity of anxiety-depressive disorders were assessed, depending on their body mass index. It turned out that in patients with arterial hypertension, in terms of emotional disorders with an increase in body mass index, there is an increase in clinically significant depressive disorders, which are combined with a decrease in quality of life.

Key words: arterial hypertension, cerebral disorders, anxiety and depressive disorders, quality of life.

Введение. Одним из важных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний считается ожирение. Ожирение связывают с повышенной вероятностью возникновения ишемической болезни сердца, застойной сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти [1]. Хорошо известно, что у лиц с ожирением артериальная гипертензия (АГ) встречается чаще, чем у лиц с нормальной массой тела [2], что отражается на особенностях течения заболевания. В настоящее время АГ по-прежнему остается ведущей причиной развития цереброваскулярной патологии. У больных АГ сосудистая патология головного мозга способствует не только изменению гемодинамики, но и приводит к дезадаптации нервно-психической сферы [3,4] и нарушению качества жизни [5,6]. Однако, функциональные соотношения психоэмоционального статуса и качества жизни у больных АГ с церебральной патологией и ожирением изучены недостаточно.

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь эмоциональных нарушений и качества жизни у больных АГ с ХИГМ I-II стадии и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 99 больных (мужчин – 19; женщин – 80; возраст $58,6 \pm 9,7$ лет) АГ II стадии с ХИГМ I-II стадии, которые находились на диспансерном наблюдении у врача общей практики и получали комбинированную гипотензивную терапию. В зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ), пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю составили 10 больных с нормальной массой тела (возраст $54,8 \pm 12,8$ лет), 2-ю –

38 больных с избыточной массой тела (возраст $59,1 \pm 9,8$ лет), 3-ю - 51 больной с ожирением 1, 2 и 3 степени (возраст - $58,9 \pm 9,0$ лет).

Критериями исключения были: сердечная недостаточность, постоянная форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, симптоматические артериальные гипертензии, острые инфекционные заболевания.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, анкетирование по выявлению факторов риска, антропометрия с расчетом индекса массы тела (ИМТ). Согласно классификации ВОЗ (1997 г.), значение ИМТ менее $24,9 \text{ кг/м}^2$ соответствовало нормальной массе тела; $25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$ свидетельствовало об избыточной массе тела; $30,0-34,9 \text{ кг/м}^2$ - ожирение I степени; $35,0-39,9 \text{ кг/м}^2$ - II степени; более 40 кг/м^2 - III степени [7]. Абдоминальное ожирение диагностировалось при окружности талии (ОТ) у мужчин более 102 см, у женщин более 88 см [7].

Оценивался неврологический статус, проводилось тестирование с помощью опросника шкалы HADS [8]. Шкала тревоги и депрессии HADS включает 7 вопросов по тревоге и 7 вопросов по депрессии. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. По сумме баллов определяется результат: 0-7 баллов - отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, 8-10 баллов - субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36 пункты которого сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (RF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» (1 - 4 шкалы) и «психологический компонент здоровья» (5 - 8 шкалы) [9].

Результаты полученных данных обрабатывались в программах статистической обработки IBM Statistics SPSS. Нормальность распределения выборки определялась по критерию Колмогорова-Смирнова. При обработке данных для количественных признаков рассчитывалось среднее арифметическое значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Сравнение трех групп по количественным шкалам проводилось на основе непараметрического критерия Краскелла-Уоллиса [10]. Статистическая значимость различных значений для номинальных и бинарных показателей определялась с использованием критерия Хи-квадрат. Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне 0,05.

Результаты. У больных 1-ой группы (мужчин - 3, женщин - 7) уровень АД составил $131,8 \pm 18,5/79,0 \pm 14,5$ мм рт. ст.; ОТ у мужчин - $87,1 \pm 2,3$ см, ОТ у женщин - $89,3 \pm 2,1$ см; ИМТ составил $23,4 \pm 1,7 \text{ кг/м}^2$

По данным шкалы тревоги и депрессии HADS у 6 (60,0%) больных симптомы тревоги отсутствовали, клинически выраженная тревога - у 4 (40,0%); субклинически выраженная тревога не выявлялась, уровень тревоги составил $9,8 \pm 5,8$ баллов. По данным шкалы депрессии у 3 (30,0%) симптомы депрессии отсутствовали, у 6 (60,0%) больных выявлялась субклинически выраженная депрессия, клинически выраженные симптомы депрессии - у 1 (10,0%); уровень депрессии составил $6,1 \pm 3,5$ баллов.

При оценке качества жизни физическое функционирование (PF) составило $73,3 \pm 13,2$ баллов, ролевое функционирование (RP) соответственно - $27,8 \pm 34,1$ баллов, боль (BP) - $31,1 \pm 28,5$ баллов, общее здоровье (GH) - $53,9 \pm 18,7$ баллов, жизнеспособность (VT) - $54,4 \pm 16,9$ баллов, социальное функционирование (SF) - $56,9 \pm 25,9$ баллов, эмоциональное функционирование (RE) - $44,4 \pm 44,1$ баллов, психологическое здоровье (MH) - $55,6 \pm 14,9$ баллов, физический компонент здоровья (PH) - $53,5 \pm 20,9$ баллов, психический компонент здоровья (MH) - $52,8 \pm 19,8$ баллов.

При проведении корреляционного анализа имелась статистически значимая отрицательная корреляция высокой силы между уровнем депрессии и PF ($r = -0,760$, $p < 0,05$),

между уровнем депрессии и RP ($r = -0,701$, $p < 0,05$), между уровнем депрессии и VT ($r = -0,809$, $p < 0,05$), между уровнем тревоги и МН ($r = -0,884$, $p < 0,05$), между ИМТ и PF ($r = -0,823$, $p < 0,05$), между ИМТ и RP ($r = -0,701$, $p < 0,05$).

У больных 2-ой группы (мужчин - 12, женщин - 26) уровень АД составил $139,5 \pm 15,0/85,1 \pm 10,3$ мм рт.ст.; ИМТ - $27,7 \pm 1,5$ ($p < 0,001$) кг/м², ОТ мужчин - $98,9 \pm 1,1$ ($p < 0,001$) см, ОТ женщин - $96,4 \pm 1,5$ ($p < 0,01$) см.

По данным шкалы тревоги и депрессии HADS у 21 (55,5%) больных симптомы тревоги отсутствовали, субклинически выраженная тревога выявлялась у 10 (26,3%), клинически выраженная тревога - у 7 (18,4%); уровень тревоги составил $7,3 \pm 3,5$ баллов. По данным шкалы депрессии у 28 (54,9%) симптомы депрессии отсутствовали, у 6 (15,8%) больных выявлялась субклинически выраженная депрессия, у 4 (10,5%) больных - клинически выраженная депрессия; уровень депрессии составил $5,6 \pm 3,6$ баллов.

При оценке качества жизни физическое функционирование (PF) составило $75,6 \pm 20,8$ баллов, ролевое функционирование (RP) соответственно - $59,7 \pm 40,2$ баллов, боль (BP) - $27,8 \pm 23,1$ баллов, общее здоровье (GH) - $54,7 \pm 14,3$ баллов, жизнеспособность (VT) - $50,3 \pm 16,8$ баллов, социальное функционирование (SF) - $70,8 \pm 14,0$ баллов, эмоциональное функционирование (RE) - $69,4 \pm 38,5$ баллов, психологическое здоровье (MH) - $67,7 \pm 15,1$ баллов, физический компонент здоровья (PH) - $63,1 \pm 17,5$ баллов, психический компонент здоровья (MH) - $67,1 \pm 15,4$ баллов.

При проведении корреляционного анализа имелась статистически значимая отрицательная слабая корреляционная связь между уровнем тревоги и SF ($r = -0,480$; $p < 0,05$), между уровнем тревоги и VT ($r = -0,448$; $p < 0,05$), между уровнем тревоги и GT ($r = -0,358$; $p < 0,05$); прямая корреляционная связь слабой силы между уровнем тревоги и уровнем депрессии ($r = 0,383$; $p < 0,05$); отрицательная корреляционная связь средней силы между уровнем тревоги и МН ($r = -0,577$; $p < 0,05$).

У больных 3 группы (мужчин - 4, женщин - 47) уровень АД составил $138,0 \pm 16,1/81,0 \pm 7,7$ мм рт.ст.; ИМТ - $34,6 \pm 3,7$ ($p < 0,001$ по отношению к 1-ой и 2-ой группе) кг/м²; ОТ мужчин - $98,9 \pm 1,1$ ($p < 0,001$ по отношению к 1-ой и 2-ой группе) см, ОТ женщин - $96,4 \pm 1,5$ ($p < 0,01$ по отношению к 1-ой и 2-ой группе) см.

По данным шкалы тревоги и депрессии HADS у 22 (53,1%) больных симптомы тревоги отсутствовали, субклинически выраженная тревога выявлялась у 17 (33,3%), клинически выраженная тревога - у 12 (23,5%); уровень тревоги составил $8,4 \pm 3,3$ баллов. По данным шкалы депрессии у 28 (54,9%) симптомы депрессии отсутствовали, у 17 (33,3%) больных выявлялась субклинически выраженная депрессия, у 6 (11,8%) больных - клинически выраженная депрессия; уровень депрессии составил $7,1 \pm 3,7$ ($p = 0,1694$ по отношению к 2-ой группе) баллов.

При оценке качества жизни физическое функционирование (PF) составило $62,4 \pm 24,1$ баллов (в 1,2 раза меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,0265$), ролевое функционирование (RP) соответственно - $42,7 \pm 40,3$ баллов (в 1,3 раза меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,1658$), боль (BP) - $38,8 \pm 22,5$ баллов (в 1,4 раза больше по сравнению со 2 группой, $p = 0,1285$), общее здоровье (GH) - $49,1 \pm 14,4$ баллов, жизнеспособность (VT) - $46,9 \pm 19,8$ баллов (в 1,28 раза меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,0102$), социальное функционирование (SF) - $53,9 \pm 21,1$ баллов (в 1,3 раз меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,0012$), эмоциональное функционирование (RE) - $42,4 \pm 40,5$ баллов (в 1,63 раза меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,0176$), психологическое здоровье (MH) - $58,1 \pm 18,2$ баллов (в 1,2 раза меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,0566$), физический компонент здоровья (PH) - $51,4 \pm 20,2$ баллов (в 1,2 раза меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,0403$), психический компонент здоровья (MH) - $50,3 \pm 19,5$ баллов (в 1,3 раза меньше по сравнению со 2 группой, $p = 0,0005$).

При проведении корреляционного анализа имелась статистически значимая отрицательная корреляционная связь слабой силы между уровнем тревоги и PF ($r = -0,355$, $p < 0,05$), между уровнем тревоги и BP ($r = -0,434$, $p < 0,05$), между уровнем тревоги и SF ($r =$

0,312, $p < 0,05$), между уровнем депрессии и PF ($r = - 0,254$, $p < 0,05$), между ИМТ и PF ($r = - 0,354$, $p < 0,05$), между ИМТ и ВР ($r = - 0,375$, $p < 0,05$); между ИМТ и VT ($r = - 0,370$, $p < 0,05$); отрицательная корреляционная связь средней силы между уровнем тревоги и VT ($r = - 0,560$, $p < 0,05$), между уровнем тревоги и МН ($r = - 0,607$, $p < 0,05$), между уровнем депрессии и VT ($r = - 0,515$, $p < 0,05$); прямая корреляционная связь средней силы между уровнем тревоги и уровнем депрессии ($r = 0,444$, $p < 0,05$).

У больных АГ с ХИГМ I-II стадии, находящихся на диспансерном наблюдении у врача общей практики, с увеличением ИМТ в структуре эмоциональных нарушений наблюдается нарастание клинически выраженных депрессивных расстройств, которые сочетаются со снижением качества жизни по показателю физического функционирования, жизнеспособности, социального функционирования, эмоционального функционирования. Имеется статистически значимая отрицательная корреляционная связь между уровнем депрессии и PF, между уровнем депрессии и VT; прямая корреляционная взаимосвязь средней силы между уровнем тревоги и уровнем депрессии.

Выводы: у больных АГ с ХИГМ I-II стадии, несмотря на достигнутые целевые цифры АД, с увеличением ИМТ отмечается нарастание депрессивных расстройств и существенное снижение качества жизни, что необходимо учитывать при построении индивидуальных программ реабилитации.

Список литературы:

1. George M. New and emerging drug molecules against obesity / M. George, M. Rajaram, E. Shanmugam // Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics – 2014 – Vol.19, №1. – P. 65–76.
2. Бубнова М. Ожирение и кардиометаболический риск пациента. Возможности профилактики // Врач. — 2009. – № 5. - С. 48-53.
3. Боголепова, А.Н. Депрессивные расстройства у больных с хронической ишемией мозга / А. Н. Боголепова // Consilium medicum. – 2013. – Т. 15. – № 9. – С. 40–44.
4. Вознесенская, Т.Г. Депрессия при сосудистых заболеваниях головного мозга / Т. Г. Вознесенская // Медицинский совет. – 2012. – № 4. – С. 12–16.
5. Медведева С.О. Депрессивные расстройства и качество жизни у больных артериальной гипертензией с церебральными нарушениями / С.О. Медведева // Медицинский алфавит. – 2017. - №32. – Том №3. – С. 20-22.
6. Коблова А.А. Медико-социальное обоснование социального функционирования качества жизни больных с психическими расстройствами / А.А. Коблова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова // Фундаментальные исследования. – 2013. - №10: - С.1381-1385.
7. Рекомендации по ведению больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями // Кардиологический вестник. - 2014. - №1. – Том XX, №XXII. - С.19.
8. Zigmond A.C. The Hospital Anxiety and Depression scale / A.C. Zigmond, R.P. Snaith // Act Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67 – P. 361-370.
9. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. - Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000. – 150 p.
10. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных: учеб. пособие для вузов / А.А. Халафян. - М.: БИНОМ, 2008. – 512 с.