

**ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Смирнова Л.Е., Смирнова Е.Н.
ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь

**INFLUENCE OF THE ARTERIAL HYPERTENSION ON THE
PSYCHOLOGICAL STATE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH
THE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

Smirnova L.E., Smirnova E.N.

Tver State Medical University

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – яркий пример заболевания, которому свойственно сочетание с другой патологией. Более чем у 50% больных ХОБЛ обнаруживаются сердечно-сосудистые заболевания, в том числе артериальная гипертония (АГ), характеризующаяся большой клинической и социальной значимостью. Частота АГ при ХОБЛ варьирует в широких пределах: от 34,3% до 62,2%. Как при ХОБЛ, так и при АГ часто встречаются изменения психологического состояния и качества жизни (КЖ) пациентов. В случае с ХОБЛ – это чаще тревожно-депрессивные проявления. Так, тревога наблюдается у 20-50% больных, а депрессия – у 12-50%. КЖ у больных ХОБЛ также существенно снижается. Что касается АГ, то тревога встречается у 40-84%, а депрессия – у 55-70% больных. КЖ пациентов с АГ заметно ниже (на 15-20%), чем у лиц без АГ. В то же время аспекты влияния АГ на психологическое состояние и КЖ у больных ХОБЛ с АГ изучены недостаточно. Только в отдельных работах прослеживается связь психологических расстройств и снижение КЖ у больных ХОБЛ с сопутствующей АГ или ее тяжестью. Таким образом, изучение влияния АГ на психологическое состояние и КЖ у больных ХОБЛ представляется актуальным и может способствовать более полному

пониманию развития этих заболеваний, механизмов их формирования и повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования – изучить особенности влияния АГ на психологическое состояние и КЖ у больных ХОБЛ с АГ.

Материалы и методы. В исследовании случай-контроль обследовано 74 больных ХОБЛ (мужчин) в возрасте от 45 до 80 лет (средний возраст $66,3 \pm 9,40$). В зависимости от наличия АГ больные были разделены на две группы: 1-я (группа сравнения; 13 пациентов) – ХОБЛ без АГ, 2-я (основная группа; 61) – ХОБЛ с АГ. По степени АГ в основной группе пациенты распределялись следующим образом: с 1 степенью АГ – 14 (30%), со 2 – 39 (64%), с 3 – 8 (6%). Согласно критериям включения, в исследование вошли больные ХОБЛ 2-3 стадии с дыхательной недостаточностью I-II степени в периоде ремиссии без АГ и в сочетании с АГ. Критериями исключения стали женский пол, дыхательная недостаточность III степени, тяжелая сопутствующая патология и другие заболевания в стадии обострения или декомпенсации. Верификация ХОБЛ проводилась в соответствии с глобальной стратегией диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ – GOLD (2011). Степень АГ оценивалась согласно рекомендациям ВНОК (2010).

Для получения комплексной диагностической информации были разработаны специальные регистрационные карты. Помимо лабораторного и клинико-функционального исследований, проводилось психологическое тестирование. Оно включало следующие психодиагностические методики: шкалу психосоциального стресса Л. Ридера, сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ), госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу депрессии Гамильтона (HDRS), шкалу КЖ (КНЦ РАМН).

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программы Statistica 6.1. Все параметры предварительно проверялись на нормальность распределения. Для каждой группы вычислялось среднее значение признака и его стандартное отклонение $M \pm \sigma$; различия считались достоверными при $p < 0,05$ (по U-критерию Манна–Уитни и χ^2 с поправкой Йетса).

Результаты и обсуждение

Выраженность психосоциального стресса у больных ХОБЛ по шкале Л. Ридера была низкой у 6 (47%) и средней – у 7 (53%) больных (таблица 1). При сочетании ХОБЛ с АГ также преобладал низкий – у 22 (37%) и средний уровни стресса – у 26 (42%). Однако в основной группе появилась категория лиц с высокими показателями стресса – у 13 (21%) больных. Средний суммарный балл стресса был выше во 2-й группе, чем в 1-й. Обнаружены внутригрупповые различия по частоте высокого уровня стресса ($\chi^2=3,31$; $0,05 < p < 0,10$) и среднему суммарному баллу ($p < 0,05$) между 1 и 3 степенью АГ, что отражает повышение психосоциальной напряжённости у больных ХОБЛ с увеличением степени АГ.

Таблица 1 – Показатели психосоциального стресса по шкале Л. Ридера у больных ХОБЛ и при ее сочетании с АГ, абс. (%)

Уровень стресса	1-я (ХОБЛ) (n=13)	Группа наблюдения			
		Всего (n=61)	2-я (ХОБЛ с АГ)		
			Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Низкий	6 (47)	22 (37)	6 (43)	14 (36)	2 (25)
Средний	7 (53)	26 (42)	8 (57)	15 (38)	3 (37,5)
Высокий	0 (0)	13 (21)	0 (0)	10 (26)	3 (37,5)
Средний суммарный I балл	0,9±0,56	1,2±0,69	1,0±0,52	1,2±0,72	1,5±0,63

Примечание. * – достоверность различия показателей между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна–Уитни ($p < 0,05$)

Усредненные профили СМОЛ в обеих группах имели ипохондрическую конфигурацию с более высоким расположением профиля во 2-й группе (основной) по сравнению с 1-й (рисунок 1). Различия между группами наблюдались по шкалам невротической триады: 1 (ипохондрии) и 3 (истерии), что свидетельствует об усилении психологических нарушений при ХОБЛ с АГ ($p < 0,05-0,02$).

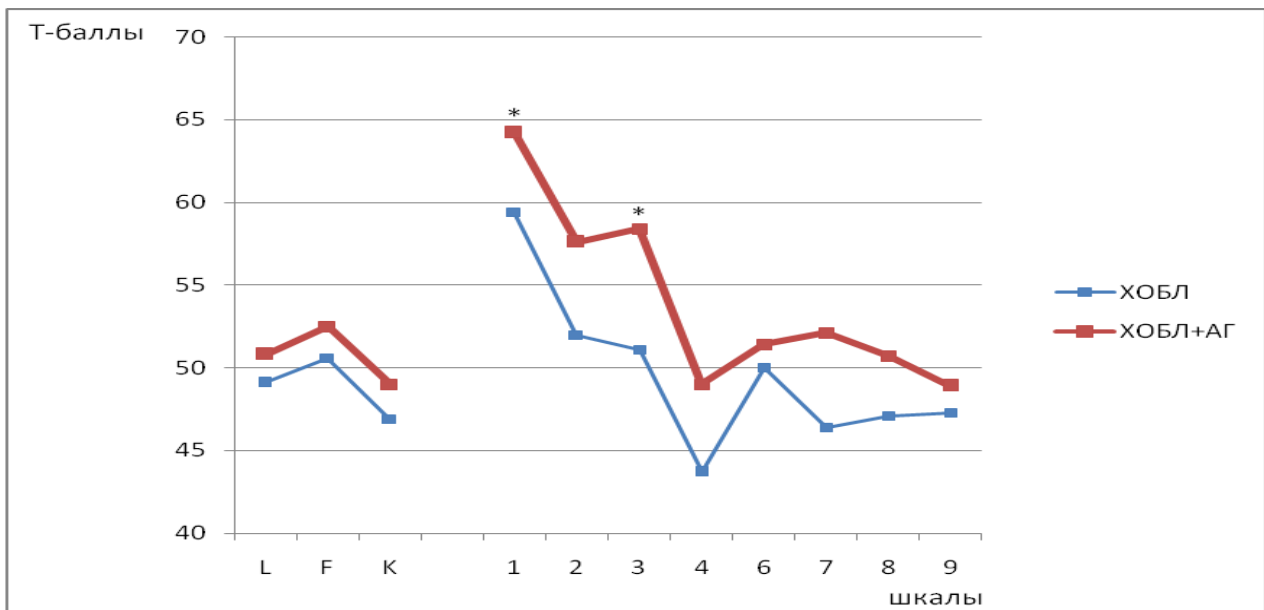


Рисунок 1 – Усредненные профили СМОЛ больных ХОБЛ и ХОБЛ с АГ

Примечание. * – достоверность различия между группами по критерию Манна-Уитни ($p < 0,05-0,02$)

В основной группе достоверные различия были получены в подгруппах с 1 и 3 степенью АГ по шкалам: F (достоверности), 1, 3, 6 (паранойи) и 7 (фиксации тревоги), что отражает усугубление психопатологической симптоматики у больных с АГ 3 степени (рисунок 2).

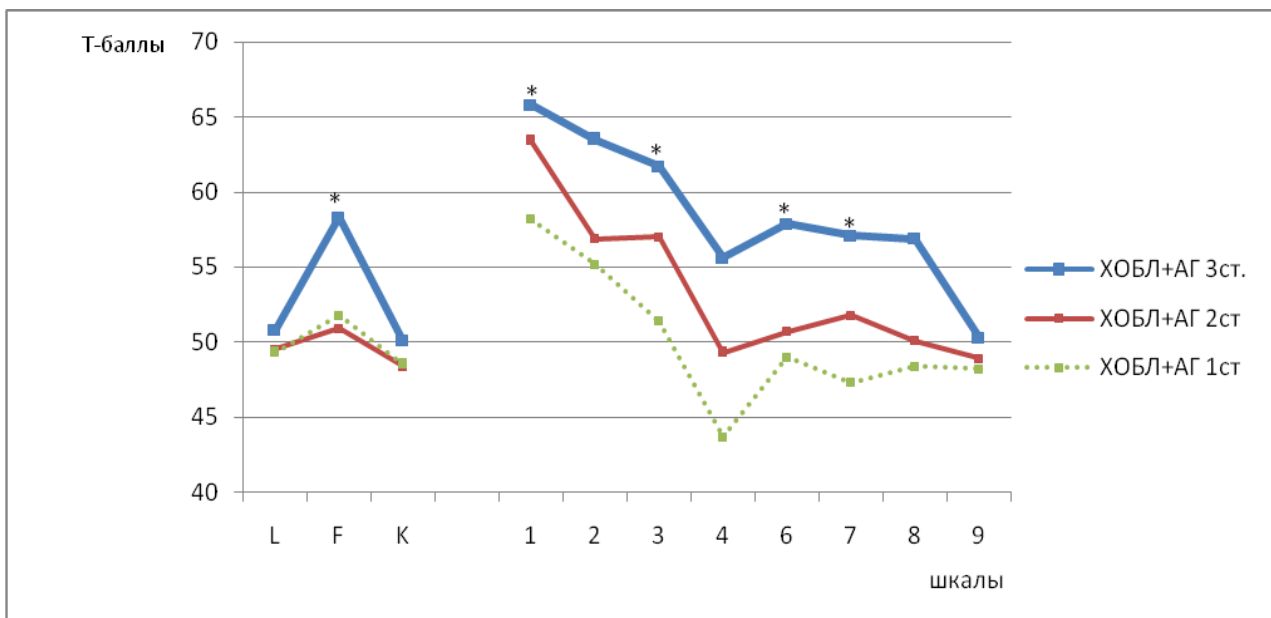


Рисунок 2 – Усредненные профили СМОЛ больных ХОБЛ с АГ

Примечание. * – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна-Уитни ($p < 0,01$)

По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (таблица 2) тревога в 1-й группе выявлялась у 3 (23%), а во 2-й – у 22 (36%) больных. Депрессия диагностировалась у 3 (23%) больных 1-й группы и у 25 (40%) – 2-й. Усредненные показатели тревоги и депрессии оказались несколько выше во 2-й группе, чем в 1-й, в большей степени по категории тревоги – на 23%. Обнаружено достоверное внутригрупповое различие по уровню тревоги – увеличение ее выраженности от 1 к 3 степени АГ ($4,9 \pm 2,23$ и $8,6 \pm 3,43$ соответственно; $p < 0,05$).

Таблица 2 – Показатели тревоги и депрессии по шкале HADS у больных ХОБЛ и при ее сочетании с АГ, абс. (%)

Показатель	Группа наблюдения				
	1-я ХОБЛ) (n=13)	Всего (n=61)	2-я (ХОБЛ с АГ)		
			Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Тревога	3 (23)	22 (36)	3 (21)	14 (35)	5 (62,5)
Депрессия	3 (23)	25 (40)	3 (22)	17 (44)	5 (65,5)
Уровень тревоги (в баллах)	$4,7 \pm 2,28$	$6,1 \pm 3,18$	$4,9 \pm 2,23$	$5,8 \pm 3,37$	$8,6 \pm 3,43^*$
Уровень депрессии (в баллах)	$6,0 \pm 2,28$	$6,8 \pm 2,71$	$6,0 \pm 2,74$	$6,8 \pm 2,70$	$8,1 \pm 2,93$

Примечание. * – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна–Уитни ($p < 0,05$)

Для уточнения характера депрессивных нарушений была использована шкала депрессии Гамильтона (таблица 3), согласно которой у большинства пациентов были обнаружены депрессивные нарушения (77% в 1-й группе и 85% – во 2-й). У 9 (61%) больных ХОБЛ был диагностирован малый и только у 1 (8%) – большой депрессивный эпизод, в остальных 3 (26%) случаях депрессия отсутствовала. Другие соотношения отмечались при наличии АГ: малый депрессивный эпизод выявлялся у 30 (49%), большой – у 22 (36%; в 4,5 раза чаще, чем при ХОБЛ) и у 9 (15%) больных депрессия отсутствовала. Различия между группами были получены по наличию большого депрессивного эпизода ($\chi^2 = 2,81$; $0,05 < p < 0,10$) и среднему суммарному баллу депрессии, который составил в 1-й группе $10,0 \pm 4,08$,

а во 2-й – $13,7 \pm 5,03$ ($p < 0,02$). Внутригрупповые различия между больными ХОБЛ с АГ 1 и 3 степени также выявлялись по частоте большого депрессивного эпизода (у 14% и 75% соответственно; $\chi^2 = 5,70$; $p < 0,02$) и среднему суммарному баллу ($11,2 \pm 4,49$ и $18,2 \pm 1,98$ соответственно; $p < 0,05$). Таким образом, у больных ХОБЛ в присутствии АГ частота и тяжесть депрессии нарастают, особенно при увеличении степени АГ от 1 к 3.

Таблица 3 – Показатели депрессии по шкале Гамильтона у больных ХОБЛ и при ее сочетании с АГ, абс. (%)

Показатель, баллы	Группа наблюдения				
	1-я ХОБЛ (n=13)	Всего (n=61)	2-я (ХОБЛ с АГ)		
			Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Отсутствие депрессии (0–6)	3 (23)	9 (15)	3 (22)	6 (16)	0 (0)
Малый депрессивный эпизод (7–16)	9 (69)	30 (49)	9 (64)	19 (48)	2 (25)
Большой депрессивный эпизод (>16)	1 (8)	22 (36)*	2 (14)	14 (36)	6 (75)**
Средний суммарный балл	$10,0 \pm 4,08$	$13,7 \pm 5,03^*$	$11,2 \pm 4,49$	$13,4 \pm 5,03$	$18,2 \pm 1,98^{**}$

Примечание * – достоверность различия между группами по χ^2 ($0,05 < p < 0,10$) и критерию Манна-Уитни ($p < 0,02$); ** – достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по χ^2 ($p < 0,02$) и критерию Манна-Уитни ($p < 0,05$)

При оценке КЖ (таблица 4) в 1-й группе снижение КЖ в основном было легкой и умеренной степени – у 9 (68%) больных. Выраженное снижение КЖ наблюдалось лишь у 1 (8%) больного, при отсутствии значительного снижения КЖ. Во 2-й группе снижение КЖ чаще соответствовало умеренной и выраженной степени – у 35 (57%) больных, а значительное его снижение встречалось у 6 (11%) больных. Выявлены достоверные различия между группами по индексу КЖ – $-4,0 \pm 2,75$ (1-я группа) и $-6,1 \pm 4,45$ (2-я группа; $p < 0,05$), а также внутригрупповые различия между больными с 1 и 3 степенью АГ ($-4,7 \pm 2,98$ и $-8,1 \pm 5,71$

соответственно; $p < 0,001$). Причем, у больных ХОБЛ с АГ 3 степени значение индекса КЖ (более 8 баллов) соответствовало выраженному снижению КЖ, что отличало данную категорию больных от всех остальных.

Таблица 4 – Уровни КЖ у больных ХОБЛ и при её сочетании с АГ, абс. (%)

Уровень КЖ, баллы	Группа наблюдения				
	1-я ХОБЛ) (n=13)	2-я (ХОБЛ с АГ)			
		Всего (n=61)	Степень АГ		
			1 (n=14)	2 (n=39)	3 (n=8)
Не снижено (0 и выше)	2 (15)	5 (8)	2 (14)	3 (8)	0 (0)
Снижено значительно (-1, -2)	1 (8)	7 (11)	2 (14)	5 (12)	0 (0)
Снижено в легкой степени (-3, -4)	5 (38)	8 (13)	3 (21)	4 (11)	1 (12,5)
Снижено умеренно (-5...-7)	4 (30)	17 (27)	5 (37)	11 (28)	3 (37,5)
Снижено в выраженной степени (-8...-11)	1 (8)	18 (30)	2 (14)	12 (30)	2 (25)
Значительно снижено (-12 и ниже)	0 (0)	6 (11)	0 (0)	4 (11)	2 (25)
Индекс КЖ	-4,0±2,75	-4,45*	-2,98	-4,91	-5,71**

Примечание. * – достоверность различия между группами по критерию Манна-Уитни ($p < 0,05$) **–достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна-Уитни ($p < 0,001$)

Усредненный профиль КЖ больных ХОБЛ с АГ (рисунок 4) располагался значительно ниже по восьми шкалам, в сравнении с профилем у больных ХОБЛ, что отражает существенное снижение КЖ при ХОБЛ, сочетающейся с АГ. К ухудшению КЖ в обеих группах чаще всего приводили такие факторы, как необходимость лечиться (шкала 3), изменение отношения близких (шкала 5), изменение отношения друзей, приятелей или сослуживцев (шкала 6), ограничения на работе (шкала 7), снижение заработной платы (шкала 8), ограничения в проведении досуга (шкала 10), ограничения в питании (шкала 14), изменения в

половой жизни (шкала 16). По этим шкалам были получены достоверные различия между группами (все $p < 0,001$).

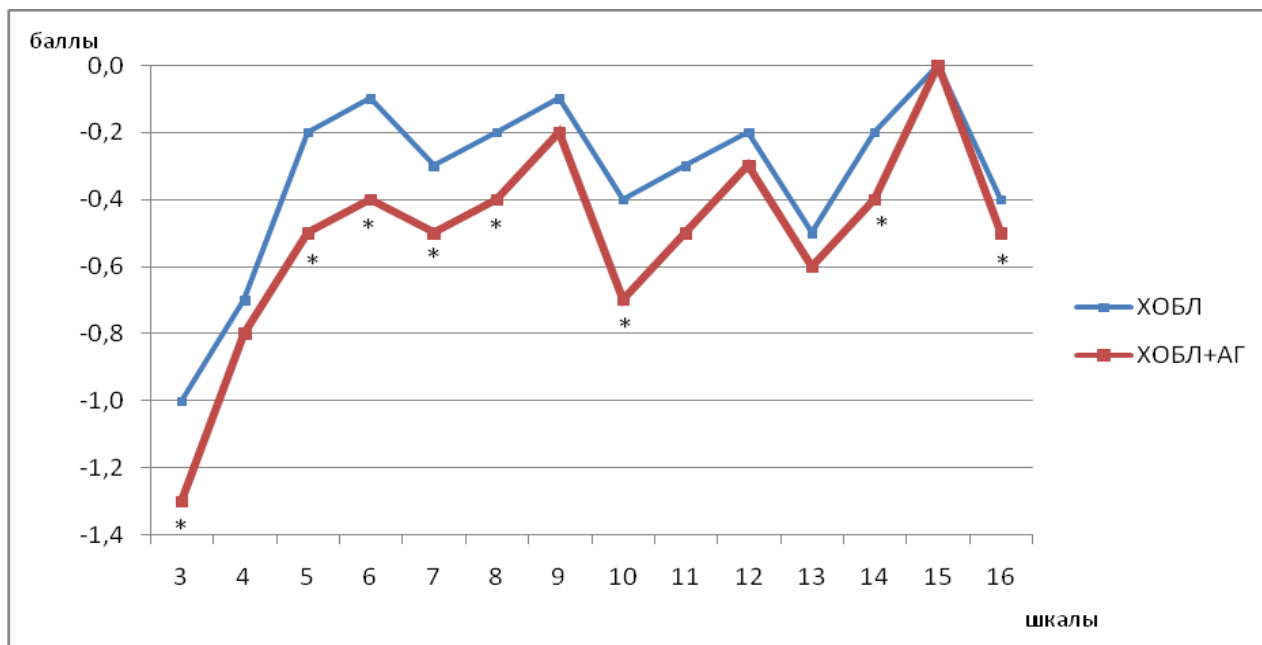


Рисунок 4 – Усредненные профили КЖ больных ХОБЛ и ХОБЛ с АГ

Примечание. * – достоверность различия между группами по критерию Манна-Уитни ($p < 0,001$)

Внутригрупповые различия (рисунок 5) определялись у больных с 1 и 3 степенью АГ по 5 и 6 шкалам профиля КЖ ($p < 0,05$), отражая ухудшение КЖ больных ХОБЛ с увеличением степени сопутствующей АГ.

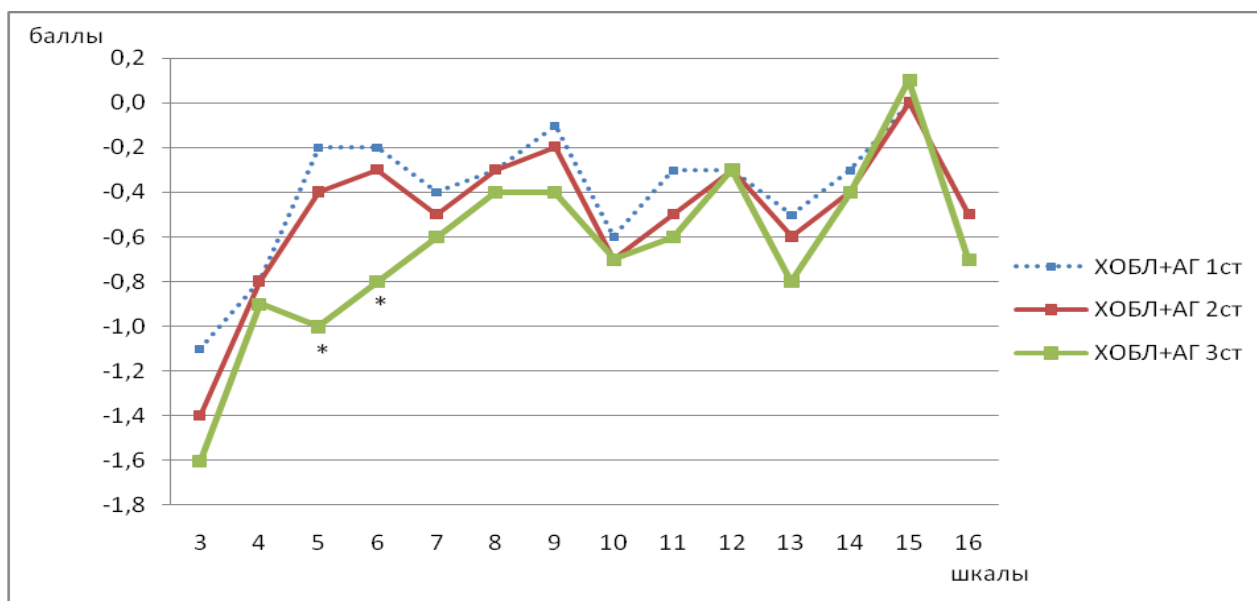


Рисунок 5 – Усредненный профиль КЖ больных ХОБЛ в зависимости от степени АГ

Примечание. *—достоверность различия между 1 и 3 степенью АГ по критерию Манна-Уитни ($p < 0,05$)

Интересным наблюдением явилось отсутствие снижения КЖ по 15-й шкале (необходимость ограничить курение или отказаться от него) у обследованных больных, что может быть связано с недостаточной мотивацией пациентов бросить курить.

Заключение

У больных ХОБЛ выявляются различные психологические нарушения со снижением КЖ, которые нарастают при коморбидном течении ХОБЛ с АГ. Психопатологические изменения, включающие психосоциальный стресс, тревогу, депрессию, ипохондрические реакции, встречаются чаще и более выражены у больных ХОБЛ с АГ, чем при её отсутствии. КЖ больных ХОБЛ также значительно ухудшается под влиянием АГ. Выявленные закономерности целесообразно учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий и прогнозировании течения заболевания у данной категории больных.

Список литературы

1. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD). National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, updated 2013.
2. Смирнова Л.Е. К проблеме коморбидности язвенноэрозивных поражений гастродуоденальной зоны и артериальной гипертензии // Клиническая медицина. - 2003. - Т. 81. - № 3. - С. 9-15.
3. Братолобова Т.Н., Смирнова Л.Е. Психовегетативные нарушения у больных дискинезией желчевыводящих путей // Клиническая медицина. - 1983. - № 11. - С. 133.
4. Волков В.С., Смирнова Л.Е. Особенности психического статуса больных язвенной болезнью и хроническим холециститом // Терапевтический архив. - 1995. - № 2. - С. 20.

5. Волков В.С., Смирнова Л.Е. Влияние психических нарушений на течение язвенной болезни // Клиническая медицина. - 1996. - Т. 74. - № 6. - С. 81.
6. Смирнова Л.Е., Шпак Л.В., Виноградов В.Ф. Особенности коморбидного течения язвенно-эрозивных поражений гастродуоденальной зоны и артериальной гипертонии // Клиническая медицина. - 2005. - Т. 83. - № 4. - С. 43-47.
7. Смирнова Л.Е., Шпак Л.В., Виноградов В.Ф., Соловьев В.А. Сочетанное течение язвенной болезни и артериальной гипертонии (системные нарушения и возможности их амбулаторной коррекции) // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. - Т. 8. - № 1. - С. 51.
8. Смирнова Л.Е., Виноградов В.Ф., Смирнов А.В., Ковтунова Н.П., Качалова А.С. Метаболический синдром с позиции кардиолога и гастроэнтеролога: современные аспекты проблемы // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. - Т. 10. - № 2. - С. 11-15.
9. Смирнова Л.Е., Волков В.С., Кириленко Н.П. Синдром послевиральной астении в практике участкового терапевта // Терапевтический архив. - 1993. - Т. 65. - № 1. - С. 64.
10. Смирнова Л.Е., Соловьев В.А. Особенности микроциркуляции в слизистой оболочке желудка при гастродуоденальной патологии // Морфология. - 2004. - Т. 126. - № 4. - С. 114.
11. Смирнова Л.Е., Ковтунова Н.П., Вороненко О.В. Диагностика геликобактериоза у больных и инвалидов с оперированным желудком // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2011. - Т. 21. - № 5. - С. 149.
12. Виноградов В.Ф., Смирнова Л.Е. Опыт применения комбинированной пищевой добавки у кардиологических больных // Российский кардиологический журнал. 1999. № 4. С. 25.
13. Волков В.С., Зайцев В.П., Смирнова Л.Е. Об особенностях личности больных с дискинезией желчевыводящих путей // Российский медицинский журнал. - 1981. - № 11. - С. 22.

14. Смирнова Л.Е., Смирнова Е.Н., Вороная Ю.Л. Психосоматические аспекты коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертонии // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 3. - С. 11.
15. Смирнова Л.Е. Дуоденогастральный рефлюкс и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Расставлены ли точки над «I»? // Верхневолжский медицинский журнал. - 2010. - Т. 8. - № 1. - С. 50.
16. Червинец Ю.В., Червинец В.М., Беляева Е.А., Смирнова Л.Е., Чаркова А.Р. Влияние пищевого потребления шоколада с пребиотиками на микрофлору кишечника и полости рта // Верхневолжский медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 26-30.
17. Смирнова Л.Е., Виноградов В.Ф., Смирнов А.В., Ковтунова Н.П., Качалова А.С. современные представления о метаболическом синдроме с позиции кардиолога и гастроэнтеролога // Тверской медицинский журнал. - 2014. - № 2. - С. 14-24.
18. Мазур В.В., Мазур Е.С., Пун Ч.Б. Особенности постинфарктного ремоделирования левого желудочка сердца у больных артериальной гипертонией // Кардиология. - 2004. - Т. 44. - № 7. - С. 53-56.
19. Дубенский В.В., Дубенский В.В. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога. вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза, диагностики // Вестник дерматологии и венерологии. - 2008. - № 6. - С. 22-40.
20. Кириленко Н.П., Жмакин И.А. Участие Тверской медакадемии в формировании здорового образа жизни среди населения Тверской области: опыт прошлого и настоящего, к будущему // Верхневолжский медицинский журнал. - 2009. - Т. 7. - № 4. С. 31-33.
21. Егорова Е.Н., Кузьмина М.И., Мазур В.В., Сергеева С.И., Калинин М.Н., Мазур Е.С. Маркеры системного воспаления и микробиоценоз толстого кишечника при хронической сердечной недостаточности // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. - Т. 9. - № 1. - С. 3-7.

- 22.Калинкин М.Н., Волков В.С. О патоаутокинезе гиперлипопротеидемии и его клиническом значении // Верхневолжский медицинский журнал. - 2012. - Т. 10. - № 2. - С. 21-24.
- 23.Васильев П.В., Дербенев Д.П., Жмакин И.А., Алексеева Ю.А. Формирование физического здоровья подростков, проживающих в различных санитарно-гигиенических условиях // Санитарный врач. - 2012. - № 3. - С. 018-025.