

Особливості емоційного стану пацієнтів з артеріальною гіпертензією

В.М. Корнацький, І.В. Третяк, В.В. Чаплінська

Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: тривога, депресія, якість життя, артеріальна гіпертензія

Артеріальну гіпертензію (АГ) вважають однією з найбільш актуальних проблем здоров'я. Підвищений артеріальний тиск (АТ) є фактором ризику розвитку ішемічної хвороби серця, серцевої та ниркової недостатності, захворювань периферійних судин, причиною 7 млн смертей у світі щорічно, становить 12,8 % загального тягаря хвороб населення у Європі та 13,9 % – в Україні [5]. Незважаючи на багатий арсенал засобів антигіпертензивної терапії, за даними епідеміологічних досліджень, у країнах Європи ефективно контролюють тиск лише 9–32 % хворих з АГ [2]. Однією з причин такої ситуації вважають багатокомпонентність патогенетичних механізмів підвищення АТ, серед яких психогенні фактори можуть відігравати значну роль [10].

У хворих на АГ досить часто спостерігають психоемоційні розлади. В Росії в 2001–2004 рр. проведено два епідеміологічних дослідження КОМПАС та КООРДИНАТА (загальна кількість хворих – понад 12 тис.), в яких розлади тривожно-депресивного спектра при АГ траплялися в 52 % випадків, а виражена симптоматика, що з високим ступенем вірогідності свідчила про наявність клінічно значущих тривоги та депресії, мала місце у 28 % випадків [7, 9].

Існує кілька поглядів на зв'язок психічних і соматичних розладів при АГ (під психічними розладами розуміють непсихотичні невротичні розлади психіки тривожно-депресивного спектра – генералізований тривожний розлад, панічні атаки, іпохондричний та фобічний синдроми). Згідно з одним із них, у осіб з певними психоемоційними порушеннями в умовах стресу виявляють більш виражену та тривалу гіпертензивну реакцію, яка є передумовою для розвитку сталої АГ [4]. Так, за даними дослідження NHANES I (National Health and Nutrition Examination Survey I), високий рівень тривоги збільшував

відносний ризик АГ в осіб віком 45–64 років з первинно нормальним АТ в 1,82 разу, а з уже існуючою АГ на тлі антигіпертензивної терапії – в 2,36 разу [11].

За іншою точкою зору, психоемоційні розлади виникають соматогенно – тривала АГ сприяє формуванню невротичних реакцій та невротоподібних станів [6]. Окремі автори вважають, що розлади емоційної сфери за АГ обумовлені особливостями особистості хворого і не залежать від наявності підвищеного АТ [1].

Отже, є багато публікацій, які свідчать про зв'язок між емоційними розладами (тривогою і депресією) та перебігом і прогнозом серцево-судинних захворювань, зокрема АГ, проте досі немає чітких уявлень, яким саме чином реалізується цей зв'язок. Та, незалежно від походження тривоги і депресії, їх наявність погіршує прихильність до лікування та якість життя пацієнтів [13, 16].

Мета дослідження – визначити особливості емоційного стану та якості життя у пацієнтів випадкової вибірки з артеріальною гіпертензією і з нормальним артеріальним тиском, а також у хворих на гіпертонічну хворобу I–II стадії, які перебували на стаціонарному лікуванні.

Матеріал і методи

Вивчали емоційний стан 187 пацієнтів п'ятивідсоткової випадкової вибірки (91 чоловіка та 96 жінок) віком від 20 до 60 років, яких було обстежено у відділі популяційних досліджень ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска». АГ виявлено у 24 (26,4 %) чоловіків та 15 (15,6 %) жінок. Середній вік чоловіків з нормальним АТ становив $(34,0 \pm 1,1)$ року, з АГ – $(38,6 \pm 1,5)$ року, жінок – відповідно $(37,0 \pm 1,0)$ та $(42,6 \pm 2,3)$ року.

Також протягом трьох місяців 2008 р. було обстежено 34 пацієнти (10 чоловіків та 24 жінки) з гіпертонічною хворобою (ГХ) I–II стадії, які перебували на стаціонарному лікуванні у клініках ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска». Середній вік чоловіків у цій групі становив $(45,5 \pm 3,6)$ року, жінок – $(53,9 \pm 1,4)$ року.

У всіх обстежених визначали рівні тривоги, депресії та якість життя. Для дослідження психоемоційних розладів використовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), розроблену A.S. Zigmond та R.P. Snaithe у 1983 р. Шкала містить 14 пунктів, кожен з яких може бути оцінений у діапазоні від 0 до 3 балів. Сім з них спрямовані на визначення рівня тривоги, а інші сім – депресії. При інтерпретації результатів підраховують загальну кількість балів і виділяють три області значень: 0–7 балів – норма, 8–10 – пограничний стан, 10 і більше – ймовірність клінічно значущого тривожного або депресивного розладу.

Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника MQLI [14]. Він належить до групи опитувальників загального типу і характеризує якість життя в цілому, без врахування специфіки захворювання та лікування. Опитувальник містить 10 пунктів, які стосуються різних сфер життя: фізичне благополуччя, емоційне благополуччя, самообслуговування, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціоемоційна підтримка, суспільна та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація та загальне сприйняття якості життя. Досліджувані оцінювали якість свого життя в кожній сфері за 10-бальною шкалою, при обробці результатів підраховували суму всіх балів.

Статистичну обробку даних дослідження проведено за допомогою програми Statistica 6.0. Достовірність різниці двох середніх або відносних величин визначали за t-критерієм Стьюдента, Q-критерієм Розенбаума або φ -критерієм Фішера. Для встановлення кореляційних зв'язків між досліджуваними параметрами використано коефіцієнт r лінійної кореляції Пірсона (для непараметричних розподілів – коефіцієнт r_s рангової кореляції Спірмена).

Результати та їх обговорення

Аналіз поширеності тривожних розладів у пацієнтів випадкової вибірки показав, що у чоловіків з нормальним рівнем АТ підвищений

рівень тривоги (8 балів і більше) спостерігали в 20,3 % випадків, у жінок – у 37,0 % випадків. Наявність стійкої АГ у чоловіків не супроводжувалася достовірним збільшенням частоти тривожних розладів (22,7 %, $P > 0,05$), а у жінок підвищений рівень тривоги виявлено уже в 50,0 % випадків, однак зміни також були недостовірні, ймовірно, внаслідок невеликої кількості пацієнтів у групі.

У пацієнтів з ГХ I–II стадії, які перебували на стаціонарному лікуванні, підвищений рівень тривоги відзначено у 90,0 % чоловіків та у 95,8 % жінок (в обох групах різниця достовірна ($P < 0,001$) порівняно з групами амбулаторних пацієнтів відповідної статі з АГ та без АГ).

Дослідження поширеності депресивних розладів у випадковій вибірці виявило, що у чоловіків з нормальним рівнем АТ підвищені рівні депресії (8 балів і більше) спостерігали у 7,8 % випадків, у жінок – у 21,1 % випадків (різниця достовірна – $P \leq 0,013$). АГ у чоловіків не супроводжувалася збільшенням частоти депресивних розладів (9,1 % випадків, $P > 0,05$). У жінок з АГ підвищені рівні депресії спостерігали вже у 57,1 % випадків ($P < 0,001$ порівняно з групою жінок без АГ). У стаціонарних хворих підвищені рівні депресії виявляли значно частіше, ніж в амбулаторних умовах, – у 90,0 % чоловіків та в 87,5 % жінок.

При дослідженні вираженості психоемоційних розладів встановлено, що у чоловіків випадкової вибірки рівні тривоги та депресії були в межах норми і практично однаковими в групах з АГ та без АГ.

У жінок з нормальними показниками АТ середні рівні тривоги та депресії також залишалися в межах норми, хоча і були вищими, ніж у чоловіків, – тривоги на 27,7 % ($P > 0,05$), депресії на 26,5 % ($P \leq 0,013$). АГ у жінок супроводжувалася збільшенням середніх рівнів тривоги і депресії – відповідно на 21,0 % ($P > 0,05$) та 33,0 % ($P < 0,001$), і середній рівень тривоги вийшов за межі нормальних значень.

У хворих на ГХ I–II стадії, які перебували на стаціонарному лікуванні, порушення настрою реєстрували частіше, і вони були значно більш вираженими, ніж у амбулаторних пацієнтів, – середні рівні тривоги та депресії свідчили про наявність клінічно значущого відповідного розладу. Так, у чоловіків-пацієнтів стаціонару середній рівень тривоги був утричі, а депресії – в 2,7 рази вищим, ніж у чоловіків з АГ випадкової

Таблиця 1
Показники тривоги, депресії та якості життя у досліджуваних пацієнтів

| Показник | Величина показника (M±m) у групах | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------|------------------------|----------------|----------------------------|
| | чоловіків | | | жінок | | |
| | без АГ (n=64) | з АГ (n=24) | з ГХ I–II стадії (n=10) | без АГ (n=81) | з АГ (n=15) | з ГХ I–II стадії (n=24) |
| Рівень тривоги, бали | 5,48±0,37 | 5,29±0,58 | 16,60±1,39*° | 7,00±0,41 | 8,47±0,89 | 17,79±0,79*° |
| Рівень депресії, бали | 4,12±0,30 | 4,13±0,36 | 11,00±1,31*° | 5,21±0,35 ^Δ | 6,93±0,91* | 12,15±0,66*° |
| Якість життя, бали | 76,58±1,72 | 76,25±3,13 | 35,50±4,95*° | 73,42±1,53 | 69,60±4,30** | 27,25±2,09*° |

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими у групі відповідної статі без АГ: * – $P < 0,001$, ** – $P \leq 0,019$; у групі відповідної статі з АГ: ° – $P < 0,001$; у групі чоловіків без АГ: ^Δ – $P \leq 0,013$.

вибірки. Відповідно у жінок рівень тривоги був вищим удвічі, а депресії – в 1,8 разу. Середні рівні досліджуваних показників представлено в табл. 1.

При дослідженні якості життя встановлено, що у чоловіків випадкової вибірки без АГ та з АГ цей показник достовірно не відрізнявся, а у жінок з АГ був незначно (на 5,5 %, $P \leq 0,019$), але достовірно нижчим, ніж у жінок з нормальним АТ. У групах пацієнтів стаціонару якість життя була достовірно значно гіршою (у чоловіків у 2,1 разу, у жінок – більш ніж у 2,5 разу), ніж у відповідних групах амбулаторних пацієнтів. Слід зауважити, що низько були оцінені пацієнтами всі параметри якості життя – навіть такі, як міжособистісна взаємодія, суспільна підтримка та духовна реалізація, які безпосередньо не пов'язані з хворобою (рисунок).

Аналіз кореляційних зв'язків між окремими досліджуваними показниками показав, що вік пацієнтів достовірно не впливав на рівні тривоги, депресії та якість життя. У всіх групах обстежених існував позитивний кореляційний зв'язок від помірному до середнього між рівнями тривоги та депресії, що узгоджується з даними літератури про коморбідність тривоги та депресії [8]. Крім того, у всіх групах встановлено негативний зв'язок від середнього до сильного між рівнями тривоги, депресії та якістю життя. У чоловіків та жінок з ГХ, які перебували на стаціонарному лікуванні, рівень тривоги мав значний достовірний негативний вплив на якість життя (табл. 2).

Отже, отримані нами дані свідчать про наявність гендерних особливостей у реалізації зв'язків між емоційним станом досліджуваних пацієнтів та наявністю АГ, а також про непряму залежність між тривогою, депресією і підвищеним АТ.

Встановлено, що підвищені рівні тривоги та депресії закономірно не призводили до розвитку стійкої АГ – у жінок частота і вираженість емоційних розладів була вищою, ніж у чоловіків, однак АГ відзначали в 1,75 разу рідше. Тобто, жінки менше хворіли на АГ, при тому що тривожно-депресивні розлади настрою у них зустрічалися частіше. Зв'язок між емоційним станом та АГ у цьому випадку може бути опосередкований, зокрема, соціально обумовленими гендерними особливостями реагування у стресовій ситуації. Жінки переважно дозволяють собі досить емоційно реагувати на стресові ситуації, тоді як для чоловіків соціально прийнят-



— Чоловіки без АГ — Жінки без АГ Чоловіки з АГ
 Жінки з АГ — . . . Чоловіки з ГХ Жінки з ГХ

Рисунок. Показники якості життя пацієнтів.

Таблиця 2

Аналіз кореляційних зв'язків між окремими показниками в обстежених пацієнтів (коефіцієнт кореляції r)

| Показник | Чоловіки | | | Жінки | | |
|-------------------------|----------|--------|--------|---------|---------|--------|
| | без АГ | з АГ | з ГХ | без АГ | з АГ | з ГХ |
| Тривога – депресія | 0,41** | 0,36 | 0,63 | 0,58 | 0,42 | 0,55** |
| Якість життя – тривога | -0,54** | -0,40 | -0,77* | -0,42** | -0,28 | -0,70* |
| Якість життя – депресія | -0,60** | -0,47* | -0,50 | -0,56** | -0,73** | -0,27 |
| Вік – тривога | -0,04 | -0,10 | -0,16 | 0,13 | -0,04 | -0,38 |
| Вік – депресія | 0,20 | 0,16 | -0,24 | 0,31 | 0,08 | -0,15 |
| Вік – якість життя | -0,12 | 0,03 | -0,01 | -0,21 | -0,16 | 0,001 |

Примітка. * – $P \leq 0,05$; ** – $P \leq 0,01$.

ною є емоційна стриманість. При неможливості емоційного відреагування, яка супроводжується відчуттям безпомічності та втрати контролю над ситуацією, відбувається надлишкове виділення кортизолу [17]. Останнім часом з'явилися публікації про те, що тип D особистості, описаний J. Denollet, тобто спосіб реагування, для якого характерними є негативна збудливість (тенденція відчувати переважно негативні емоції) та соціальне пригнічення (пригнічення емоцій та поведінкових реакцій під час соціальної взаємодії), може розглядатися як хронічний психологічний фактор ризику, який негативно впливає на прогноз та результати лікування різних серцево-судинних захворювань [12]. Зокрема, було показано, що кількість балів за шкалою соціального пригнічення пов'язана з підвищеною реактивністю АГ [15].

У нашому дослідженні стійка АГ не викликала закономірного збільшення рівня тривоги та депресії у чоловіків випадкової вибірки, у той час як у жінок АГ супроводжувалася посиленням тривоги та депресії.

Безперечно, привертає увагу виявлена в дослідженні значна різниця між емоційним станом амбулаторних хворих і пацієнтів стаціонару, яка може бути пояснена таким чином. Тривога і депресія є способом реагування людини на різноманітні, найчастіше соціально-психологічні стресори. Депресія, на думку низки психологів, – це відсутність майбутнього в уявленнях пацієнта. Тривога – це реакція, яка розвивається у відповідь на невизначену та очікувану в майбутньому загрозу життю, здоров'ю або самооцінці. Розрізняють реактивну (або ситуативну) тривожність як стан тривоги, пов'язаний з певною ситуацією, та особистісну тривожність як стійку схильність реагувати на стрес певним індивідуальним рівнем тривоги [3]. Ймовірно, в розглянутих випадках хвороба та госпіталізація з

її приводу були тією стресовою ситуацією, яка призвела до підвищення рівня тривоги. У повсякденному житті пацієнти з АГ, яка не надто обмежує їх можливості, не зосереджені на хворобі. В умовах стаціонару вони, навпаки, впритул зустрічаються зі своїм захворюванням, яке загрожує їх життю, – тому і наростає тривога. Досить великий її приріст може свідчити про те, що рівень особистісної тривожності у хворих з АГ вищий, ніж у середньому в популяції, однак таке припущення потребує подальших досліджень.

Оскільки тривога та депресія значною мірою пов'язані зі сприйняттям та перебігом захворювання, ймовірно, їх можливо зменшити шляхом корекції ставлення пацієнтів до хвороби. Необхідність коригування емоційних розладів підтверджується їх впливом на якість життя.

Висновки

1. У чоловіків випадкової вибірки поширеність і вираженість тривоги та депресії були практично однаковими в групах з артеріальною гіпертензією та з нормальним артеріальним тиском, а їх середні рівні були в межах норми.

2. У жінок випадкової вибірки з нормальним артеріальним тиском середні рівні тривоги та депресії були вищими, ніж у чоловіків, і підвищений рівень тривоги реєстрували в 1,8 разу, а депресії – майже втричі частіше, ніж у відповідній групі чоловіків. Артеріальна гіпертензія у жінок супроводжувалася статистично достовірним збільшенням частоти та вираженості тривожних, і депресивних розладів.

3. У хворих на гіпертонічну хворобу I–II стадії – пацієнтів стаціонару обох статей поширеність і вираженість тривожних та депресивних розладів була в 2–3 рази вищою, ніж у амбулаторних хворих. Рівні тривоги та депресії не залежали від віку.

4. У всіх групах пацієнтів посилення тривоги та депресії супроводжувалося закономірним погіршенням якості життя. У пацієнтів випадкової вибірки на якість життя більшою мірою впливав рівень депресії, а у хворих стаціонару – достовірно і сильно рівень тривоги.

5. Пацієнти з гіпертонічною хворобою, які перебувають на стаціонарному лікуванні, потребують дослідження і корекції їх психоемоційного стану для поліпшення якості життя, що вимагає залучення до їх ведення фахівців-психологів та психотерапевтів.

Література

1. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Рос. мед. журн. – 1998. – № 8. – С. 43-49.
2. Горбась І.М. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти артеріальної гіпертензії // Укр. кардіол. журн. – 2010. – Додаток 1. – С. 16-21.
3. Елисеєв О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2006. – С. 215.
4. Задионченко В.С., Хруленко С.Б., Петухов О.И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. – 2002. – № 8. – С. 15-19.
5. Москаленко В.Ф. Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної. – К.: ВД «Авіценна», 2009. – 240 с.
6. Наталевич Э.С., Королев В.Д. Депрессии в начальных стадиях гипертонической болезни: клиника, диагностика,

лечение. – Минск: Наука и техника, 1988. – 135 с.

7. Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5(5). – С. 75-78.
8. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86-90.
9. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Белова Ю.С., Сказин Н.В. Эмоции и сердце // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5(8). – С. 70-73.
10. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / Под. ред. В.И. Симаненкова. – СПб.: СпецЛит, 2008. – 335 с.
11. Старостина Е.Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5(3). – С. 111-121.
12. Сумин А.Н. Поведенческий тип личности Д (ди-стрессорный) при сердечно-сосудистых заболеваниях // Кардиология. – 2010. – № 10. – С. 66-73.
13. Сыромятникова Л.И. Качество жизни кардиологических больных, факторы его определяющие // Уральский мед. журн. – 2009. – № 9(63) Кардиология. – http://www.urmj.ru/2009/arh9_63.htm
14. Cohen M., Mansoor D., Langut H., Lorber A. Quality of life, depressed mood, and self-esteem in adolescents with heart disease // Psychosomatic Medicine. – 2007. – № 69(4). – P. 313-318.
15. Habra M.E., Linden W., Anderson J.C., Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress // J. Psychosom. Res. – 2003. – № 55. – P. 235-245.
16. Pineiro-Chousa F., Gil-Guillen V.F., Pastot-Lopez R., Merino-Sances J. Noncompliance with scheduled appointment in hypertensive patients: profile of noncompliant patient // Rev. Clin. Esp. – 1998. – № 10. – P. 669-672.
17. Sher L. Type D personality: The heart, stress, and cortisol // Q. J. Med. – 2005. – № 98. – P. 323-329.

Надійшла 14.02.2011 р.

Features of emotional state of patients with arterial hypertension

V.M. Kornatskyi, I.V. Tretiak, V.V. Chaplinska

The study aim was to determine the characteristics of emotional state and quality of life in 187 random patients (91 males, 96 females) with and without hypertension, and 34 patients (10 male, 24 female) with essential hypertension (EH) 1–2 grade, who received hospital treatment. In men the levels of anxiety and depression were almost identical in groups with and without hypertension and were within normal limits. In women with normal blood pressure mean level of anxiety and depression also remained within normal limits, although it was higher than in men. Arterial hypertension in women was accompanied by increase in the average levels of anxiety and depression, and the average level of anxiety beyond the limits of normal values. In patients who received hospital treatment the emotional disorders were revealed in 87–95 % cases and were much more pronounced than in outpatients. Levels of anxiety and depression did not depend on age. In all patient groups increased levels of anxiety and depression were accompanied by the deterioration of quality of life. In outpatients quality of life was largely influenced by depression, and in inpatients – anxiety. These data suggest the need for investigation and correction of mental and emotional state of hypertensive inpatients.