

Вплив факторів ризику на розвиток та перебіг хвороб системи кровообігу

В.М. Корнацький

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хвороби системи кровообігу, фактори ризику, перебіг, прогноз

Для вивчення чинників впливу (спадкових, соціально-економічних, умов праці, сімейного статусу та психічного здоров'я) проведено дослідження 508 пацієнтів (256 чоловіків, 252 жінки), які перебували на лікуванні в клініці ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України.

Критеріями включення були: вік до 65 років (21–74 роки, в середньому – (53,6±8,56) року), ішемічна хвороба серця – ІХС (з інфарктом міокарда в анамнезі та без нього), артеріальна гіпертензія (АГ), поєднані стани (ІХС + АГ), цереброваскулярні захворювання, міокардіопатія. Критерії виключення: стани, які потребують невідкладної допомоги, онкопатологія, захворювання шлунково-кишкового тракту і хронічні обструктивні захворювання легень, посттравматичні стани.

Мінімальний середній вік був у пацієнтів з некоронарогенними захворюваннями серця (НЗС) – (40±3,3) року, максимальний – у групі АГ + ІХС – (61±2,8) року. Частка осіб з АГ – 26±2,4 %, ІХС – 22±1,7 %, аритміями – 19±2,01 %.

Міське населення – 362 (71±2,5 %) особи, сільське – 146 (9±2,2 %). За освітою: 50 % – пацієнти з вищою освітою і 50 % – із середньою та середньою спеціальною.

Показники індексу маси тіла (ІМТ): у межах норми – у 21,66±1,9 % хворих, надлишкова вага та ожирінням різних ступенів – у 42,5±1,8 % осіб ($p<0,05$), з них першого ступеня – у 24±1,6 %, другого та третього – 8,5 та 3 % відповідно.

Найбільша частка осіб з нормальною масою тіла серед осіб з НЗС – 35,5 %, надлишкову масу мали чверть (24,5±2,6 %) хворих з порушенням

ритму та третина (27,3±1,2 %) пацієнтів з ІХС. Кожен третій (38,3±3,1 %) хворий з АГ має ожиріння.

До госпіталізації на лікуванні перебувало 48,0±2,5 %. На диспансерному обліку було 275 осіб (54,1±3,1 %).

Займаються фізичною активністю 95 (18±1,9 %) осіб, взагалі не займаються – 296 (58±3,1 %) ($p<0,05$), нерегулярно – 117 (23±1,7 %).

Суттєвими чинниками впливу на серцево-судинну систему є шкідливі звички, такі як паління та зловживання алкоголем. За результатами дослідження 157 (30,9±5,96 %) пацієнтів зазначили, що палять, з них 52 (33,0±2,5 %) хворих припинили палити одразу після госпіталізації у зв'язку з настанням ургентної ситуації (інфаркт міокарда, гіпертонічний криз, нестабільна стенокардія та інше). Не палили 351 (70,1±2,6 %) обстежених.

За соціальним статусом: працівники з повною зайнятістю – 254 (50±2,3 %) особи, з частковою – 27 (5±2,3 %), з інвалідністю – 11 (2±1,1) %, безробітних – 51 (10±2,3 %) особа, з них 30 (5,9±2,5 %) чоловіки, осіб пенсійного віку – 165 (32±2,8 %), з них 65 (12,2±2,2 %) чоловіків.

Задоволення від роботи, якою займаються, отримують 158 (56±2,4 %) особи ($p<0,05$), з них 88 (31,3 %) чоловіків та 70 (24,9 %) жінок ($p=0,05$). Частково задоволені – 83 (30 %), взагалі не задоволені – 40 (14 %) осіб.

Санітарно-технічні умови роботи оцінювали за 10-бальною шкалою, де відмінні умови відзначили 111 (39±1,8 %) осіб, добрі – 87 (31±2,3 %), задовільні – 60 (22±2,6 %) та погані – 23 (8±2,8 %) пацієнти.

Таким чином, відсоток хворих, які мають відмінні та добрі санітарно-технічні умови праці, достовірно переважає частку респондентів з задовільними та поганими умовами праці – $70 \pm 1,9\%$ та 30% відповідно ($p < 0,05$).

Психологічні умови роботи пропонувалось оцінити за 10-бальною шкалою. За результатами опитування відмінні (9–10 балів) умови відзначили 46 ($16 \pm 0,9\%$) осіб, добрі (7–8 балів) – 64 ($23 \pm 1,1\%$), задовільні (5–6 балів) – 94 ($34 \pm 1,4\%$) та погані (4 та менше балів) – 77 ($27 \pm 1,8\%$).

$60 \pm 2,6\%$ пацієнтів відзначають, що працюють у стресових умовах. Майже кожен третій ($27 \pm 0,9\%$) вказав, що психологічні умови є вкрай стресовими, ще $34 \pm 1,2\%$ визнає їх незадовільними. Серед стресових факторів називалися конфліктні ситуації, високий ступінь відповідальності за виконувану роботу, керівна посада, робота з великою кількістю людей. Відмінні та добрі психологічні умови праці мали $39 \pm 1,5\%$ пацієнтів.

Серед причин, що впливають негативно на психологічний клімат робочого середовища, відзначають конфлікти з колегами та керівництвом, невідповідність оплати праці та затрачених зусиль, «вимушеність» перебування на займаній посаді через фінансові мотиви, потреба «дотягти» до пенсії.

Не менш важливим фактором впливу на психоемоційний стан є сімейний стан. Більшість пацієнтів перебувають у шлюбі – 397 ($78 \pm 1,91\%$) осіб, неодружених – 17 ($4 \pm 1,5\%$), розлучених – 47 ($9 \pm 2,3\%$), з них 29 $62 \pm 1,6\%$ жінок та 18 ($38 \pm 1,7\%$) чоловіків ($p < 0,05$), вдівців – 47 ($9 \pm 2,3\%$), з них 42 ($89,4 \pm 1,9\%$) жінки та 5 ($10,6 \pm 2,7\%$) чоловіків.

При оцінюванні сімейних стосунків 388 ($76 \pm 2,07\%$) осіб відзначали гармонійні (7–10 балів), 120 ($24 \pm 2,7\%$) – конфліктні (6 та нижче балів). Серед причин конфліктів матеріальні труднощі, непорозуміння з дітьми та/або батьками, стан здоров'я, навантаження на роботі.

Аналізуючи, оцінювали суб'єктивне сприйняття свого фінансового стану. Більшість осіб оцінювали свій матеріальний стан, як середній – 325 ($63 \pm 3,15\%$) осіб ($p < 0,05$); як поганий – 104 ($20 \pm 2,4\%$), з них $63 \pm 1,9\%$ – пенсіонери, інваліди та безробітні; як добрий – 77 ($15 \pm 2,9\%$), як дуже поганий та дуже добрий – по одній особі.

Обтяжена спадковість встановлена у 330 ($64,0 \pm 3,07\%$) осіб, 178 осіб ($36,0 \pm 2,8\%$) не відзначали подібні захворювання серед найближчих родичів ($p < 0,05$).

Вважалось суттєвим аспектом релігійність хворого, оскільки це сприяє здоровому способу життя, незалежно від віросповідання. Позитивно відповіли 442 ($87,2 \pm 1,13\%$) пацієнта, негативно – 66 ($12,8 \pm 3,1\%$) ($p < 0,05$).

Для оцінки психічного здоров'я використовувались: госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), опитувальник здоров'я (PHQ), шкала рівня якості життя, які вважаються загальноприйнятими у світі.

За шкалою HADS депресивні ознаки (8 та більше балів) виявлені у 39 ($7,7 \pm 1,8\%$) осіб, тривога – у 159 ($31,3 \pm 3,1\%$), тривожно-депресивні стани – у 115 ($22,6 \pm 2,8\%$). Загалом, частота порушень становила $61,6 \pm 3,3\%$.

За даними опитувальника PHQ для діагностики на рівні ПМСД, соматоформний розлад відзначали у 35 ($6 \pm 0,9\%$) пацієнтів; депресивний – у 88 ($17 \pm 1,4\%$), з них виражений у 49 ($9,6 \pm 1,1\%$); тривожний – у 234 ($46 \pm 1,9\%$), з них панічний у 91 ($17 \pm 1,4\%$); невротичну булімію – у 9 ($1,8 \pm 0,5\%$); переїдання – у 2 ($0,4 \pm 1,2\%$); зловживання алкоголем – у 8 ($1,5 \pm 0,4\%$) опитаних.

Загальна кількість порушень у загальній вибірці досягає $74,2 \pm 1,6\%$, при цьому серед жінок майже вдвічі частіше ($42,92 \pm 1,9\%$), ніж у чоловіків ($28,19 \pm 1,7\%$) при $p < 0,05$. Частка тривожних порушень (разом з панічним синдромом), як серед чоловіків, так і серед жінок (відповідно $60,5 \pm 1,8\%$ та $63,2 \pm 2,3\%$). Депресивні розлади переважають у чоловіків – $29,6 \pm 1,7\%$, порівняно з $19,7 \pm 1,5\%$ у жінок ($p < 0,05$).

З віком, спостерігають тенденцію до зростання кількості психічних розладів, крім тривоги, яку частіше виявляють у чоловіків до 55 років ($43,9 \pm 2,9\%$), та соматоформних розладів, які переважають у жінок до 55 років ($15,4 \pm 3,5\%$).

Таким чином, за результатами опитувальника PHQ, тривожні та депресивні стани є найбільш поширеними психічними розладами серед хворих з ХСК. Панічний синдром відзначають у $24,2 \pm 1,9\%$, великий депресивний синдром – у $13 \pm 2,5\%$, соматоформний розлад – у $9,3 \pm 3,2\%$, невротичну булімію – у $2,4 \pm 1,6\%$, зловживання алкоголем – у $2,1 \pm 2,3\%$, переїдання – у $0,5 \pm 1,9\%$.

Якість життя залежить від стану здоров'я та навпаки – захворювання змінює біосоціальний статус, що відображається на якості життя. Переважна більшість осіб – (211 ($42 \pm 0,9\%$) осіб) відзначили середній рівень, 185 ($37 \pm 1,5\%$) –

високий, 78 (15±1,9 %) – низький, 27 (5±2,6 %) – дуже високий та 7 (1±0,8 %) – дуже низький.

Важливим є аналіз чинників, які призводять до зниження якості життя.

На першому місці показники здоров'я (середній бал 1,2). Наступні три соціальної сфери – «соціальний статус» (1,4), «робота» (1,5), «соціальна активність» (1,5). Більшість втішені сімейним життям, мають друзів.

За критерій «любов» отриманий найвищий середній бал – 2,5, «друзі» – 2,2 та «сім'я» – 1,9. Наступні мають посередню оцінку – «задоволення від життя» – 1,8, «фінансове благополуччя» – 1,7, «реалізованість» – 1,6.

Аналіз соціальних факторів показав, що кожного другого хвилюють політичні події, матеріальні труднощі та погіршення стосунків з рідними. Третину – засоби масової інформації, чутливі до навколишнього середовища, переймаються нестабільністю сьогодення та непередбаченістю майбутнього.

Досліджено тривогу, депресію та поєднані тривожно-депресивні стани у взаємозв'язку з чинниками впливу на здоров'я (вік, стать, ІМТ, регіон проживання, освіта, нозологія, характер лікування, фізична активність, паління, зловживання алкоголем, робота, сімейні стосунки, матеріальний стан, віра) та взаємозалежність між ними.

Найбільша частка тривожних порушень (47,2±1,5 %) у віковій групі 50–59 років, депресивних – у 50–59, 60–69 (по 38,5±1,9 %), тривожно-депресивних – 50–59, 60–69 (36,5±2,1 %, 34,8±2,3 %). Спостерігається тенденція до збільшення частки всіх психоемоційних порушень з віком, з піком в періоді 50–59 років, з поступовим зменшенням після 69 років. В абсолютному вимірі найбільше у групі 50–59 років, модальне значення – 55,7 років.

Найбільше депресивних (11,3±2,5 %) у групі 60–69 років, тривожних (45,2±1,2 %) – у 40–49 років та тривожно-депресивних – у групі 20–29 (34,6±1,8 %).

Всіх порушень найбільше у віці 40–49 (71,2±2,4 %) та 20–29 років (69,2±2,5 %). Загалом 61,6±3,34 %.

При аналізі гендерного розподілу тривожний та тривожно-депресивний синдром має більший прояв серед жінок – відповідно 62,9±0,8 % та 61,7±0,9 %; у чоловіків – 37,1±3,1 % та 38,3±3,4 % (p<0,05). Частка депресивних порушень вища у чоловіків – 56,4±2,6 % проти 43,6±2,8 % у жінок (p>0,05).

Аналіз виявив, що до 60 років вірогідність психічних порушень підвищується, тенденція до поступового зниження після 70 років (OR=0,52; 95 % CI: 0,19–1,39). Найвищий ризик виникнення у віці 50–59 років (OR=7,77; 95 % CI: 2,18–27,63).

При аналізі ІМТ достовірно вищий відсоток (26,7±2,1 %) тривожно-депресивних розладів у групі з ожирінням (p<0,05), а з нормальною масою тіла тривожних (38,2±2,5 %) та депресивних (8,2±3,6 %).

У розвитку порушень залежно від ІМТ, не виявлено залежності з надлишковою масою (OR=0,74; 95 % CI: 0,46–1,19) та ожирінням (OR=0,89; 95 % CI: 0,54–1,46), що може бути обґрунтовано здатністю пацієнтів з тривогою та депресією використовувати вживання їжі, як спосіб справляння зі стресовими ситуаціями – «заїдати стрес».

У сільській місцевості частка тривожно-депресивних розладів достовірно вища (42,0±1,3 %) порівняно з містом (20,2±2,3 %) при p<0,01.

Залежно від освіти тривога переважає серед пацієнтів з вищою – (36,9±1,3 %), тоді як із середньою – (25,7±1,7%) (p>0,01); депресія – з середньою (9,1±2,4 %) порівняно (6,3±2,7 %) із вищою освітою (p>0,01). Тривожно-депресивні прояви майже на 10 % вище у хворих із середньою освітою (27,7±2,1 %) порівняно з вищою (17,7±2,5 %) при p>0,01.

Найбільше тривожних з артеріальною гіпертензією – (28,3±0,5 %), депресивних – з ІХС (38,5±0,7 %), тривожно-депресивних – із НЗС (27,1±1,7 %).

Сумарна частка всіх непсихотичних психічних порушень у вибірці становила (61,6±3,3 %). Найбільший відсоток (78 %) у групі хворих з некоронарогенними захворюваннями серця, 64 % – з ішемічною хворобою серця, 63,5 % – ішемічна хвороба з артеріальною гіпертензією. Найменша кількість (41,5 %) спостерігається у групі з інфарктом міокарда.

Частка порушень у групі регулярного лікування вдвічі (при депресії – втричі) перевищує з частковим та без нього (p<0,01), а серед депресивних найменше у раніше нелікованих – 15,4 %, вказуючи на те, що хвороба поки не змінила біосоціальний статус пацієнта, ставлення до себе та оточення. Навпаки, у групі з постійним лікуванням висока питома вага депресивних проявів може підтверджувати факт впливу хронічних захворювань на зниження рівня серотоніну, та, як наслідок – розвиток депресії.

Ці процеси схильні запускати тривожний компонент, що з плином часу може поєднуватись з депресивними розладами. Як наслідок, людина, яка не знає про існування хвороби й не лікується, не має підстав для хвилювання.

Гіподинамія як один з факторів ризику розвитку ХСК підтверджує вірогідність розвитку у групах нерегулярної фізичної активності (OR=1,24; 95 % CI: 0,71–2,16) та її відсутності (OR=1,03; 95 % CI: 0,65–1,66).

Паління як фактор ризику заслуговує окремої уваги. При розподілі тривожних та депресивних порушень не отримано достовірної різниці в показниках жодної з груп ($p > 0,01$) (значна частина курців вважають паління, як спосіб справлятися зі стресовими ситуаціями).

Значна роль належить соціальним факторам, таким як робота та сім'я. Майже кожен третій пацієнт з повною та частковою зайнятістю – тривожний (35,4±1,6 % та 40,7±0,8 %) та кожен четвертий пенсіонер (23,6±1,9 %).

Найбільша частка депресивних розладів виявлена серед пенсіонерів (11,5±3,1 %) та безробітних (11,8±3,0 %), тривожно-депресивний синдром також у групі пенсіонерів (29,7±1,7 %) та безробітних (25,5±1,9 %).

За аналізом залежності психічного стану та санітарно-технічних умов роботи, найвищий відсоток тривожних осіб серед тих, хто оцінює технічні умови своєї роботи, як добре (34±2,2 %) та відмінно (43±1,7 %); кожен другий має тривожно-депресивні прояви серед тих, хто працює в добрих умовах (46,8±1,3 %) та кожен третій серед тих, хто має задовільні умови.

Не отримано достовірного підтвердження, що погані та задовільні санітарно-технічні умови роботи підвищують шанс виникнення психічних розладів, а навіть отримали тенденцію до

збільшення вірогідності при добрих умовах (OR=2,31; 95 % CI: 1,29–4,13), що може бути пояснено закономірним хвилюванням у ситуації соціально-політичної нестабільності у державі, будь-що утриматись на робочому місці з гарними умовами.

Найвища частка тривожних пацієнтів (32,0±0,9 %) серед тих, хто вважає психологічні умови роботи поганими, депресивних та тривожно-депресивних – серед задовільних психологічних умов роботи (61,5±0,5 % та 38,3±2,3 %), у групі з відмінними, найнижча частка тривожно-депресивних (4,3±2,8 %), тривожних (13,0±2,6 %) та не відзначались депресивні.

Частка тривожних виявилась найвищою серед неодружених (41,2±2,2 %) ($p > 0,01$), депресивних – серед розлучених (17,0±3,3 %) ($p > 0,01$), тривожно-депресивних розладів серед вдівців (46,8±0,9 %) ($p < 0,01$).

Найвищий рівень всіх психічних неспсихотичних порушень у групі з поганим матеріальним станом (74±0,5 %) при $p < 0,01$. Групи «дуже добрий» та «дуже поганий» є малочисельні.

Вивчено вплив рівня якості життя на психоемоційний стан. Найвищі рівні депресивних та тривожно-депресивних розладів у групах низького (22,1±3,2 % та 57,1±2,1 %) та дуже низького (50±1,9 % та 50±2,1 %) рівнів. Частка тривоги найвища у середньої оцінки (40,6±2,3 %). У вірогідності розвитку виявлено пряму залежність між низьким (OR=10,19; 95 % CI: 4,83–21,49) та дуже низьким (OR=7,98; 95 % CI: 0,94–67,43).

Таким чином, комплексна оцінка чинників впливу на розвиток та перебіг хвороб системи кровообігу дозволила виявити фактори, які належать до факторів ризику ХСК та доведено погіршують перебіг та прогноз кардіологічної патології.