

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Т. Василькова^{1,2}, доктор медицинских наук, профессор,
С. Матаев¹, доктор медицинских наук, профессор,
Д. Сорокин³, кандидат медицинских наук,
Ю. Рыбина²

¹ООО Многопрофильная клиника «Лимфомед», Тюмень

²Тюменский государственный медицинский университет

³Тюменская областная клиническая больница №1

E-mail: doctorulia555@mail.ru

Выявлены корреляционные взаимосвязи клиничко-функциональных показателей с неконвенционными факторами риска, что доказывает их отрицательное воздействие на прогрессирование как хронической обструктивной болезни легких, так и гипертонической болезни.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь, неконвенционные факторы риска.

Несмотря на позитивные тенденции, наметившиеся в последние годы, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания в нашей стране продолжает оставаться одной из самых высоких в Европе и составляет, по данным разных авторов, от 61 до 70% [1].

Наряду с этим по прогнозу экспертов ВОЗ, к 2020 г. в очередности 10 ведущих причин инвалидизации и смертности населения в мире произойдут существенные сдвиги. Ожидается, что тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) выйдут по значимости причин потери трудоспособности и смерти населения на 3-е место – после гипертонической болезни (ГБ) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) [2].

Политические и экономические преобразования в России сопровождаются ухудшением здоровья населения и ростом смертности от кардиореспираторной патологии, которую нельзя полностью объяснить с позиции конвенционных факторов риска (ФР). В связи с этим все большее внимание в научной литературе уделяется изучению неконвенционных, в том числе психосоциальных ФР коморбидной кардиореспираторной патологии, вносящих, по данным отечественных и зарубежных авторов, значительный вклад в заболеваемость и смертность [1].

Предполагается, что именно неконвенционные (психосоциальные) ФР (образование, брачный статус, ТДР и астенические расстройства, нарушение сна, враждебность, жизненное истощение, злоупотребление алкоголем, курение, ожирение) могут быть существенной причиной ухудшения состояния здоровья населения [3].

Кроме того, ТДР остаются наиболее частыми отклонениями непсихотического уровня у пациентов в клинике внутренних болезней. По данным последних популяционных исследований, психоэмоциональные нарушения выявляются у каждого 3-го пациента соматического профиля

[4]. В многочисленных работах показано негативное влияние ТДР на течение и прогноз хронических заболеваний [5]. Однако связь ХОБЛ, ГБ и ТДР во многом изучена недостаточно.

Так, не до конца ясны механизмы формирования психосоматических соотношений у больных ХОБЛ с различной степенью тяжести заболевания, отсутствуют алгоритмы выбора и назначения антидепрессантов, не уточнено их влияние на клиническое течение ХОБЛ и качество жизни (КЖ) пациентов. Многие авторы рассматривают ХОБЛ как «болезнь образа жизни», поскольку наиболее существенной ее причиной является курение табака [1].

Именно неконвенционные ФР (такие как курение, алкоголизм и ожирение) по существующей международной систематике болезней относится к психическим и поведенческим расстройствам, а именно к болезням зависимости, которые могут иметь решающее значение для формирования неблагоприятной эпидемиологической ситуации по сердечно-легочной заболеваемости и смерти от нее в российских популяциях в последние десятилетия, вместе с тем роль этих ФР применительно к сердечно-легочным заболеваниям изучена мало [3].

В настоящее время психосоциальные ФР не удается эффективно контролировать ни кардиопульмонологической службе, ни общественному здравоохранению, в то же время оценка нужд и потребностей конкретной популяции в отношении превентивных мер является основой разработки концепции качества оказания лечебно-профилактической помощи в здравоохранении [4].

В связи с изложенным представлялось актуальным исследование неконвенционных ФР у больных с сочетанием ХОБЛ и ГБ, а именно – изучение структуры неконвенционных ФР, их взаимосвязи и роли в прогрессировании ХОБЛ и ГБ.

Обследованные (n=82) были в возрасте 55–59 лет: 47 (57,3%) мужчин от 55 до 59 лет (средний возраст 56,02±1,2 года) и 35 (42,6%) женщин от 55 до 57 лет (средний возраст 55,1±2,2 года). Средняя длительность ХОБЛ у обследованных составила >6 лет (6,5±1,2 года), длительность ГБ – 8 лет (8,1±1,0 года). У большинства (64,4%) пациентов было среднее специальное образование.

Исследование проведено в соответствии с этическими стандартами биоэтического комитета, разработанными в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава России от 19.06.2003 №266. Все обследованные дали письменное информированное согласие на участие в клиническом исследовании.

При проведении комплексного клинического исследования выявляли заболевания и синдромы, послужившие основанием для включения в исследование и исключения из него.

Наличие избыточной массы тела и степени ожирения определяли с помощью индекса Кетле (индекс массы тела – ИМТ). Стаж курения и индекс курения (ИК) оценивали по формуле: $ИК = Ч \times С / 20$, где Ч – число выкуренных сигарет (в сутки), С – стаж курения (годы). Степень злоупотребления алкоголем верифицировали в соответствии с классификацией А.А. Портнова (1973).

Во время обследования пациенты не принимали антиастенические препараты, психостимуляторы, нейрелепти-

ки, ноотропные средства, антидепрессанты, анксиолитики и гипнотические препараты; миорелаксанты, седативные средства.

В исследовании участвовали пациенты в возрасте 40–59 лет с ХОБЛ средней степени тяжести и с ГБ II стадии. Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 49 больных ХОБЛ, 2-я группа – 33 больных ХОБЛ в сочетании с ГБ. Средний возраст обследованных в 1-й группе составил $55,6 \pm 2,2$ года, во 2-й – $57,8 \pm 5,4$ года. Группы были репрезентативны по полу, возрасту, длительности заболевания. Все больные ХОБЛ обследованы в период неполной ремиссии, которая характеризовалась относительно стабильными клиническими симптомами и показателями функции внешнего дыхания при проведении спирометрии в динамике. Все больные получали стандартную базисную терапию в соответствии со степенью тяжести заболеваний.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием параметрических методов в программе *Biostat* (2009). Для оценки правильности распределения рассчитывали показатель асимметрии (*As*), который составил 0,02, т.е. распределение правильное. Полученные данные представлены в виде $M \pm m$ (*M* – выборочное среднее, *m* – ошибка среднего). Достоверность показателей определена с помощью парного *t*-критерия Стьюдента; *p* – достигнутый уровень значимости; критический – при $p < 0,05$. Для определения линейной связи количественных признаков применяли коэффициент корреляции Пирсона.

При анализе семейного и социального (образование) статуса наиболее благоприятными оказались показатели у больных 1-й группы (с изолированной ХОБЛ), где выявлено наибольшее число лиц с высшим (9,1% по сравнению с 3,5% во 2-й группе;) и средним специальным образованием (соответственно 63,9 и 32,1%), а также наименьшее число разведенных (9,1 и 17,0%) и овдовевших (4,5 и 10,6%; во всех случаях различия достоверны).

Оценивали такие поведенческие ФР, как курение, злоупотребление алкоголем, ожирение.

При коморбидной кардиореспираторной патологии негативное влияние обусловлено воздействием прежде всего табачного дыма – очень важным неконвенционным ФР прогрессирования заболеваний. Установлено, что тяжесть табакозависимости прямо пропорциональна присоединению ГБ. Так у больных 2-й группы был больше стаж курения как в мужской (соответственно 23,0 и 19,7 года), так и в женской (10,3 и 3,5 года) популяции.

ИК – главный предиктор формирования obstructивных нарушений – в мужской популяции был достоверно выше ($p < 0,001$), чем в женской, особенно при сочетанной патологии. Так, у мужчин ИК во 2-й группе составил 28,4, в 1-й – 23,7; у женщин – соответственно 10,3 и 3,5.

Еще один неконвенционный ФР прогрессирования коморбидного кардиореспираторного состояния – злоупотребление алкоголем; этот фактор оказывает и непосредственное влияние на КЖ больных.

Оказалось, что женщины злоупотребляли алкоголем достоверно чаще, чем мужчины (соответственно 30,0 и 16,7% больных), причем это касалось и крепких спиртных напитков. В целом употребление алкоголя было редким у 26,0% больных, умеренным – у 52,0%, злоупотребляли им 22,0% обследованных.

Известно, что ХОБЛ и сердечно-сосудистые заболевания являются энергоемкими процессами и приводят к снижению

массы тела, но, как показали проведенные ранее исследования [6], часто при сочетании ХОБЛ и ожирения развивается системное субклиническое воспаление с прогрессированием заболеваний. В нашем исследовании у 9,5% мужчин установлен недостаток массы тела и у 75% – ее избыток. Среди женщин пациенток с недостатком массы тела не выявлено. Средний ИМТ у женщин был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у мужчин (соответственно $30,6 \pm 0,8$ и $25,6 \pm 0,7$ кг/м²), что соответствовало ожирению I степени (у 27,3%; среди мужчин ожирения не выявлено). Избыточной масса тела была у 72,7% женщин и 74,9% мужчин.

Коморбидные депрессивные расстройства, как правило, негативно влияют на течение основных заболеваний. Это отражается в худшем прогнозе основного заболевания и увеличении смертности больных с ТДР по сравнению с пациентами с теми же заболеваниями, но без депрессии. Оценка депрессии по шкале Гамильтона показала, что у больных 2-й группы наблюдались разной степени выраженности ТДР – от легкой степени до крайне тяжелой. Причем депрессия легкой степени достоверно чаще встречалась у мужчин, чем у женщин (соответственно 15,0 и 1,0%), средней степени тяжести – одинаково часто у мужчин и женщин (25,0 и 24,0%), ТДР тяжелой – чаще у мужчин (34,0 и 25,0%). Кроме того, у женщин со среднетяжелым течением ХОБЛ достоверно чаще отмечена крайне тяжелая депрессия (у 49,0%; среди мужчин – у 25,0%).

В 1-й группе у мужчин чаще, чем у женщин, была верифицирована депрессия легкой (соответственно у 50,0 и 20,0%) и среднетяжелой (33,0 и 20,0%) степени. Тяжелые ТДР чаще наблюдались у женщин (соответственно у 49,0 и 8,0%), а крайне тяжелая депрессия – у мужчин (у 8,0 и 1,0%). Полученные данные свидетельствуют о прогрессировании ХОБЛ в сочетании с ГБ, что сопровождалось нарастанием распространенности и глубины депрессивных нарушений. В структуре депрессии у больных с кардиореспираторной патологией преобладали астенические (98,0%) и тревожные (53,5%) расстройства с широко представленными соматовегетативными нарушениями, в 16,9% случаев была выявлена ипохондрическая, в 2,1% – истерическая и в 3,6% – адинамическая депрессия. Тревожная депрессия обнаружена у (53,5%) больных; в ее клинической картине наблюдались внутреннее беспокойство, тревога, страх смерти, расстройства сна (затруднение при засыпании, беспокойный сон, ранние утренние пробуждения). Выявлены повышенная тревожность и опасение за свое здоровье и жизнь, жизнь близких («как будут жить без меня», «что с ними будет»). В структуре ипохондрической депрессии (16,9%) преобладали: уход в болезнь, преувеличение тяжести своего состояния, стремление к постоянному лечению и обследованию. У больных с адинамической депрессией (3,6%) в клинической картине на первый план выступали невозможность выполнения или затруднения при умственных или физических нагрузках в результате отсутствия желания и стремления к какому-либо виду деятельности, снижение уровня побуждений. У больных с истерической депрессией отмечались демонстративность и манерность поведения. Нередко тоска сочеталась с раздражительностью, слезливостью, требованием повышенного внимания к себе. Больные во всем обвиняли окружающих, высказывали преувеличенные опасения по поводу своего здоровья.

Наряду с ТДР астеническая симптоматика диагностирована у 100% пациентов с кардиореспираторной патологией. Она характеризовалась общей слабостью, вялостью, повы-

шенной утомляемостью, снижением настроения с явлениями физического бессилия; любая физическая нагрузка вызывала у больных ощущение нехватки воздуха, сопровождалась утратой энергии, снижением толерантности к раннее адекватно переносимой физической нагрузке. Астения была постоянной и не зависела от внешних нагрузок. Сознательно пациенты избегали ситуаций малейшего напряжения, которые могли вывести их из хрупкого внутреннего равновесия; вызвать панику или тревогу, поскольку воспринимались как реальная угроза здоровью.

Среди внелегочной симптоматики у пациентов с ХОБЛ и ГБ, в отличие от больных 1-й группы, достоверно чаще выявлялись ранняя бессонница (соответственно у 32,1 и 22,7%), поздняя бессонница (у 36,3 и 9,0%), заторможенность (у 39,2 и 9,0) или, наоборот, раздражительность (у 35,7 и 27,2%). Соматическая тревога (у 40,9% 1-й и 100,0% больных 2-й группы) сопровождалась проявлениями со стороны желудочно-кишечного тракта: сухостью во рту (при сочетании ХОБЛ с ГБ – у 10,0% больных, при изолированной ХОБЛ – у 5,0%), диспепсией (соответственно у 7,0 и 1,0%), метеоризмом (у 5,0 и 3,0%; во всех случаях различия достоверны). Со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с ассоциацией ХОБЛ и АГ чаще преобладали: сердцебиение (соответственно у 78,0 и 25,0%), головная боль (у 45,6 и 20,0%), головокружение (у 45,0 и 15,0%), что наиболее характерно для вегетативных проявлений сочетанной соматической патологии и ведет к формированию астенического состояния.

Астеническое состояние непосредственно связано с воздействием соматической вредности; общая астения была выявлена у всех больных с ассоциацией ХОБЛ и ГБ, тогда как при изолированной ХОБЛ – у 84,9% больных, психическая астения (соответственно у 35,0 и 31,4%), физическая астения (у 25,0 и 20,0%), пониженная активность (у 10,0 и 6,8%), снижение мотивации (у 10,0 и 8,9%; различия достоверны). Таким образом, формирование астенических расстройств сопряжено с присоединением ГБ и приводит к снижению важных параметров КЖ.

При анализе КЖ больных выявлены достоверные различия между группами по всем показателям, кроме интенсивности боли. Эти различия были связаны как с психологическими проблемами, так и с физическим функционированием ($p < 0,001$). У пациентов с изолированной ХОБЛ значительных ограничений в установлении социальных контактов не отмечалось (средний показатель по шкале социального функционирования составил 58,3% балла), в то время как у обследуемых с ХОБЛ и ГБ уровень общения значительно уменьшался (37,1 балла), сочетанная патология сказывалась и на психическом состоянии больных (27,1 против 33,3 балла).

В целом можно отметить снижение у обследованных пациентов всех параметров КЖ. Больше всего беспокойств в повседневной жизни было связано с нарушенным болезнью физическим функционированием (шкала «Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» – РФ – 23,75 балла). Клиническая картина болезни характеризуется длительным кашлем, продукцией мокроты, одышкой, усиливающимися с присоединением ГБ. Пациенты, в общем чувствуя себя более или менее здоровыми, зачастую не способны выполнять физические нагрузки, вплоть до самообслуживания, поэтому негативно оценивают состояние своего здоровья на данный момент. Значительное влияние оказывает физическое состояние на ролевое функциони-

рование (профессиональная деятельность, выполнение повседневных обязанностей и т.д. – шкала «Физическая активность» – ФА – 38,8 балла).

Установлено ярко выраженное влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование («Роль эмоциональных проблем» – РЕ – 35,8 балла). Пациенты жаловались, что переживания по поводу заболевания делают их раздражительными, мешают осуществлять любую повседневную деятельность.

Болезнь и сопровождающие ее эмоциональные переживания существенно ограничивают социальную активность пациентов (шкала «Социальная активность» – СА – 47,07 балла). Они реже выходят из дома или практически вообще не покидают его, опасаясь за свое здоровье; особенно велика боязнь обострения, которое следует рассматривать как фактор прогрессирования соматического кардиореспираторного состояния. Возникают также сложности в общении – больные жалуются, что из-за несамостоятельности чувствуют себя неловко, говорят, что не хотят беспокоить друзей и близких постоянным кашлем, доставляющим, по их мнению, дискомфорт не только им, но и окружающим. Пациенты ощущают себя утомленными и уставшими, причем зачастую с утра, что также значительно снижает их КЖ (шкалы «Психическое здоровье» – ПЗ – 30,2 балла, «Жизнеспособность» – ЖС – 27,3 балла). Отчасти утомляемость у пациентов данной группы связана с нарушениями сна.

Наименьшее влияние на повседневную деятельность оказывает интенсивность боли (шкала «Боль» – Б – 90,55 балла), что связано с особенностями ХОБЛ, не сопровождающейся выраженным болевым синдромом.

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что при ХОБЛ в сочетании с ГБ происходит значительное снижение КЖ ($p < 0,05$). Статистически значимые различия между изолированной ХОБЛ и в ассоциации с ГБ обнаружены по всем шкалам опросника, кроме шкалы «Интенсивность боли». Следует отметить, что уровень положительных эмоций у пациентов с ХОБЛ изначально довольно низкий и с присоединением ГБ снижается незначительно. Основными факторами, негативно влияющими на КЖ пациентов с коморбидной кардиореспираторной патологией, являются не только выраженность функционально-гипоксических нарушений, но также ТДР и астенические расстройства, нарушение сна, враждебность, жизненное истощение, выраженность которых нарастает с присоединением ГБ. Выявлено взаимоотягощающее влияние неконвенционных (психосоциальных) ФР прогрессирования кардиореспираторной патологии.

При исследовании корреляционных взаимосвязей клинико-функциональных показателей и ФР у больных с ХОБЛ и ГБ установлены достоверное ($p < 0,05$) влияние курения на уровень АД – как систолического – САД ($r = 0,74$), так и диастолического – ДАД ($r = 0,55$), а также взаимосвязь между ИК и уровнем САД ($r = 0,68$) и ДАД ($r = 0,63$). Выявлены взаимосвязи ИМТ с частотой обострения изолированной ХОБЛ ($r = 0,38$) в случае ассоциации ХОБЛ и ГБ ($r = 0,77$). Установлено, что с нарастанием ИМТ увеличивается уровень как САД ($r = 0,78$), так и ДАД ($r = 0,41$). Корреляционный анализ продемонстрировал тесные взаимосвязи длительности ($r = 0,69$), частоты обострения ХОБЛ ($r = 0,69$) и степени повышения САД ($r = 0,81$) и ДАД ($r = 0,42$; во всех случаях различия достоверны; $p < 0,05$).

Поскольку прогрессирование и ХОБЛ, и ГБ тесно связано с воздействием табачного дыма, нами установлена

корреляция между ХОБЛ в ассоциации с ГБ и стажем курения ($r=0,98$), ИК ($r=0,71$) и депрессивными расстройствами ($r=0,58$). Все перечисленные неконвенционные факторы прогрессирования ХОБЛ и ГБ тесно взаимосвязаны между собой и с выраженностью астенодепрессивных расстройств, влияющих на КЖ больных.

При анализе в целом полученных данных становится очевидным, что клиническая картина при ассоциации ХОБЛ и ГБ характеризуется более тяжелым течением как ХОБЛ, так и ГБ. При этом данные изменения характеризуются не просто потенцированием негативных эффектов, а представляют собой новое качество.

Таким образом, комплексная оценка неконвенционных ФР позволила установить крайне отрицательное их воздействие на больных, что, в свою очередь, способствует прогрессированию клинических проявлений при указанной сочетанной патологии.

Итак, при сочетании ХОБЛ и ГБ (в отличие от больных с изолированной ХОБЛ) были распространены негативные поведенческие характеристики: злоупотребление алкоголем (54,0%), длительный стаж курения ($23,7 \pm 2,1$ года), ИК >10 , ИМТ >25 кг/м². Сочетание ХОБЛ с ГБ характеризуется большой частотой выявления высоких градаций неконвенционных (психосоциальных) ФР: низкий образовательный статус, высокая частота безбрачия, выраженные астенические расстройства, ТДР и их компоненты (нарушение сна, враждебность, жизненное истощение) на фоне низких показателей КЖ. Установленная корреляция между клинико-функциональными показателями с неконвенционными ФР доказывает их отрицательное воздействие на прогрессирование как ХОБЛ, так и ГБ.

Литература

1. Евдокимова А.А., Мамедов М.Н., Шальнова С.А., и др. Оценка распространенности факторов риска и определение суммарного сердечно-сосудистого риска в случайной городской выборке мужчин и женщин // Профилактическая медицина. – 2010; 2: 3–8.
2. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваск. тер. и профилактик. – 2007; 6: 7–14.
3. Поликарпов Л.С., Лапко А.В. Метеотропные реакции сердечно-сосудистой системы и их профилактика / Новосибирск: Наука, 2005; с. 196.
4. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по лечению больных хронической обструктивной болезнью легких. под ред. А.Г. Чучалина / М.: Изд-во BINOM, 2007; с. 225.
5. Шальнова С.А., Деев А.Д. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР // Кардиоваск. тер. и профилактик. – 2006; 6: 58–63.
6. Василькова Т.Н., Попова Т.Н., Медведева И.В. Метаболический синдром и бронхообструкция – две составляющие системного воспаления // Врач. – 2008; 8: 19–22.

RISK FACTORS FOR PROGRESSION OF CARDIORESPIRATORY DISEASE

Professor **T. Vasilkova**^{1,2}, MD; Professor **S. Mataev**¹, MD; **D. Sorokin**³, Candidate of Medical Sciences; **Yu. Rybina**²

¹Lymphomed Multidisciplinary Clinic, Tyumen

²Tyumen State Medical University

³Tyumen Regional Clinical Hospital One

The authors have revealed the correlations of clinical and functional parameters with nonconventional risk factors, proving their negative impact on the progression of both chronic obstructive pulmonary disease and hypertensive disease.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, hypertensive disease, nonconventional risk factors.