

УДК 616.12-008.331.1

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Филимонова Л.А.¹, Давыдов Е.Л.¹, Яскевич Р.А.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. Ф.В. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, e-mail:devgenii@bk.ru;

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», Красноярск, e-mail:cardio@impn.ru

В статье представлен обзор доступной отечественной и зарубежной литературы по проблемам, характерным для пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией. Изучены литературные источники, исследующие причины высокой распространенности артериальной гипертензии (АГ) у геронтов, большой объем коморбидных и ассоциированных состояний, высокий риск смертности. Охарактеризованы основные подходы к медикаментозной терапии АГ в пожилом и старческом возрасте, описаны тенденции низкой приверженности к лечению среди геронтов с АГ, высокого уровня тревожно-депрессивных состояний, низких показателей качества жизни, нарушение когнитивных функций в пожилом и старческом возрасте. Отмечено, что тревожно-депрессивные состояния являются одной из основных причин низкой приверженности к лечению пациентов с АГ, выполнению рекомендаций по реабилитации и вторичной профилактике.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пожилой и старческий возраст.

PSYCHOSOMATIC PROBLEMS OF ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Filimonova I.A.¹, Davidov E.L.¹, Yaskевич R.A.^{1,2}

¹State budget institution of higher professional education "Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voyno-Yasenezkiy" Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail:devgenii@bk.ru;

²Federal State Budgetary Scientific Institution «Scientific Research Institute of medical problems of the North», Krasnoyarsk, e-mail:cardio@impn.ru

The article presents an overview of the available domestic and foreign literature on the problems characteristic of elderly patients with hypertension. Studied literature, which examines the causes of the high prevalence of arterial hypertension (AH) of the surveyed, a large amount of comorbid and associated conditions, high risk of mortality. Describes the main approaches to drug therapy of hypertension in elderly and senile age, describes the trend of low adherence to treatment among people of old age with hypertension, high levels of anxiety and depression, lower quality of life, cognitive dysfunction in elderly and senile age. Noted that anxiety and depression is one of the main causes of low adherence to treatment of patients with hypertension, implementation of recommendations for rehabilitation and secondary prevention.

Keywords: arterial hypertension, elderly and senile age.

Разрыв между результатами клинических исследований и реальной медицинской практикой обусловлен рядом причин социально-экономического и медицинского характера. Среди них определяющее значение имеют недостаточное внимание людей к своему здоровью, их низкая приверженность (комплаентность) к выполнению рекомендаций врачей по применению медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, несоблюдение самими врачами современных принципов лечения [2,8,17,19,26].

Согласно определения, которое принято ВОЗ, комплаинс-приверженность к лечению (ПКЛ) – это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и/или других изменений образа жизни) рекомендации врача или медицинского работника. Однако, по мнению ряда авторов и групп экспертов, без активного участия самого пациента трудно добиться решения поставленных задач. Исходя из этого,

появились термины: «concordance» – согласие, «alliance» – сотрудничество, «adherence» – соблюдение рекомендаций. В настоящее время принято разделять ПКЛ на персистенцию и собственно комплайнс. Персистенция определяется длительностью периода терапии и оценивается процентом больных, продолжающих лечение на протяжении определенного длительного времени [2,26].

В последние годы низкая ПКЛ пациентов АГ расценивается все большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска развития заболевания, неблагоприятных исходов и смерти [2,26]. ПКЛ трудно измерить, поэтому в клинической практике низкие ее показатели остаются не диагностированными. Врачи склонны видеть причину отсутствия успеха в резистентности к лечению. Однако рефрактерная АГ отмечается только у 2–5 % больных, а псевдорезфрактерная гипертония по причине нерегулярности терапии или приема неадекватных доз препаратов – у 2/3 пациентов [8,40]. Плохой контроль АГ ассоциирован с более высокими затратами на ее лечение, а адекватное лечение позволяет снизить затраты и рационально использовать ресурсы здравоохранения [10,11]. Самый распространенный вид низкой ПКЛ – это пропуски в приеме ЛС на несколько дней, а также прием только при плохом самочувствии, самостоятельное изменение схемы приема, прием препаратов в некорректных дозах, отказ от приема некоторых из рекомендованных ЛС [2,26].

Вопросам изучения причин неадекватного контроля АГ было посвящено эпидемиологическое исследование «Cardiomonitor» в 5 европейских странах. Исследование показало, что существует значительное расхождение между мнениями врачей и больных относительно эффективности лечения АГ. Так, реальное достижение целевого уровня АД наблюдалось лишь в 37 % случаев, в то время как врачи считали, что целевое АД достигается у 76 % леченных ими больных, а 95 % больных были уверены, что АД адекватно контролируется. При отсутствии адекватного контроля уровня АД лишь в 16 % случаев врачи действительно проводят коррекцию терапии, а остальные больные (84 %) продолжают получать прежнее лечение. При этом ПКЛ сохраняют только 1/3 больных, остальные прекращают прием медикаментов [26].

Обобщая данные эпидемиологических исследований ССЗ, в 1959 году американские кардиологи М. Friedman и R. Rosenman сообщили, что таких факторов риска, как гиперхолестеринемия, курение, низкая физическая активность, избыточная масса тела, АГ, наследственность, недостаточно для объяснения ССЗ [4,5,6,19,23,24,28]. Классические факторы риска способны объяснить лишь около половины случаев этого заболевания [5,34,36,37,44]. Значительное число случаев ССЗ наблюдалось у лиц, не имевших большинство из этих факторов риска. Психосоциальные факторы объясняют 40–50 % ССЗ, не связанных со стандартными факторами риска [4,5,38,43]. В настоящее время не подлежит

сомнению связь психосоциальных явлений с развитием АГ, атеросклероза коронарных артерий, стенокардии, инфаркта миокарда, нарушений ритма сердца [1,4,5,12,13,16,23,24,27,28].

Основной причиной, способствовавшей росту заболеваемости и смертности населения в России в 90-е г. прошлого века, являлось состояние хронического стресса, по его данным резко возросли психоэмоциональное напряжение, стресс, истощение жизненных сил и депрессия [14,15,21,22,25]. Количественный анализ данных аутопсий показал, что выраженный коронарный атеросклероз встречается с одинаковой частотой в группе больных, погибших от внезапной смерти и в группе умерших от совершенно других заболеваний. Более чем у 10 % здоровых американских солдат, погибших во время боевых действий во Вьетнаме, был обнаружен выраженный коронаросклероз со стенозом, превышающим 75 % просвета сосудов – по данным проспективного исследования, на основании 886 аутопсий. При обследовании более чем 500 мужчин среднего возраста и установлено, что психологический стресс стоит среди факторов развития атеросклероза коронарных артерий на втором месте, уступая лишь уровню холестерина [4,5,34,35].

В ряде исследований обнаружена прямая корреляция артериальной гипертонии с таким хроническим эмоциональным состоянием, как чувство тревоги и депрессии, а также с хроническим чувством гнева и враждебности. Особого внимания заслуживают данные, которые указывают на то, что хронические отрицательные эмоциональные переживания могут играть роль в возникновении и развитии ССЗ [23,24,30,35,36]. В ряде эпидемиологических исследований, выполненных с применением многофакторного анализа, психологические факторы, как предшественники ССЗ, оказались более значимыми, чем классические факторы риска – гиперхолестеринемия, курение, гиподинамия [14,15,20,24,29]. При оценке причин внезапной смерти у 100 военнослужащих было установлено, что 23 % из них испытали сильный стресс за 30 мин до смерти; 40 % – в течение последнего дня и 23 % испытывали постоянный стресс в течение последних 6 месяцев [35].

Ни одно заболевание в настоящее время не рассматривается, как чисто психосоматическое. Среди психологических факторов в развитии ССЗ большое значение имеют такие характеристики и механизмы, как особенности мотивации, характерологические свойства, эмоциональные состояния и способы эмоционального реагирования на стрессовые ситуации, способы преодоления стрессовых ситуаций, защитные механизмы, тип поведения, привычки (курение, физическая активность, характер питания), информированность, отношение к вопросам здоровья, установки на здоровый образ жизни [3,4,5,9,18].

В 50-х годах XX-го века М. Friedman и R. Rosenman описали психологический тип А, у которого имеется риск развития ССЗ [5,9,36]. В дальнейшем дополнялись и уточнялись поведенческие реакции типа А и Б [5]. К типу А относится человек, поглощённый делами, с сильным мотивом соперничества, нетерпеливости и враждебности. Обычно он небольшого роста, среднего возраста, много курящий, с чрезмерной массой тела. Он находится в постоянном создании и поиске стрессовых ситуаций, формировании стрессогенного образа жизни. Это человек «идуший к инфаркту» [24,33,36,43].

В последние годы несколько расширилось представление о психологическом типе А. Было выяснено, что особую роль для этого типа личности играет такая психологическая характеристика, как враждебность. Следует отметить, что поведение типа А и при отсутствии клинических признаков ССЗ (ИБС, АГ) взаимосвязано с симпатической гиперактивацией, повышенным уровнем липидов в крови, атеросклеротической облитерацией коронарного русла, повышением коагуляционного звена системы гемостаза, т.е. положительно коррелирует со всеми звеньями патогенеза ССЗ [4,5,23,32,34,42]. Наибольшее число работ по выявлению связи индивидуально-личностных особенностей при ССЗ было посвящено рассмотрению характерологических особенностей и некоторых защитных механизмов. В основном в них применялись тест ММПИ, тест Кеттела, тест Роршаха, шкала Спилбергера, рисуночные пробы, различные шкалы, изучающие отдельные характерологические особенности, например враждебность, невротизм, экстраверсию, интраверсию и другие. Во многих странах проводились ретроспективные и проспективные популяционные исследования, в которых получены доказательства участия психологических факторов в этиологии и патогенезе ССЗ, отмечается связь с тревожностью, депрессией, ипохондрией (соматизацией), нарушением сна [4,6,21,24,30,35,37,38,39,43,44].

Основным препятствием в изменении поведения типа А является то, что в современных индустриально развитых странах этот тип поведения часто приводит к положительным результатам – помогает сохранить работу, повысить уровень доходов. Попытки изменить поведение могут вызвать тревогу [5,36,40]. Отмечается, что пациенты, имеющие АГ, часто более мотивированы, чем здоровые лица, к изменению факторов риска, включая поведение типа А [4,5,3,24,36,37,44].

Таким образом, резюмируя обзор доступной отечественной и зарубежной литературы по проблематике исследования, необходимо отметить, что характерным для пациентов старших возрастных групп с АГ посвящено большое количество работ. В них показаны и причины высокой распространенности АГ у геронтов, большой объем коморбидных и ассоциированных состояний, высокий риск смертности. Охарактеризованы основные подходы к медикаментозной терапии АГ в пожилом и старческом возрасте, описаны

тенденции низкой ПКЛ среди геронтов с АГ, высокого уровня тревожно-депрессивных состояний, низких показателей качества жизни, нарушение когнитивных функций в пожилом и старческом возрасте.

Список литературы

1. Артюхов И.П., Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. Социально-экономическая характеристика больных с артериальной гипертонией старших возрастных групп // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 6. – С. 78-83.
2. Викторова И.А., Лисняк М.В., Трухан Д.И. Влияние социально-демографических и психологических факторов на приверженность к антигипертензивной терапии // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 5. – С. 75-78.
3. Гайдаров Г.М. Инновационная модель медицинского обслуживания льготных категорий граждан // Здоровоохранение. – 2006. – № 6. – С. 42-45.
4. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. Особенности диагностики "психосоматических симптомокомплексов" в практике терапевта // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2006. – Т. 21, № 3. – С. 100.
5. Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф., Семке В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема // Клиническая медицина. – 2004. – Т. 82, № 1. – С. 35-42.
6. Давыдов Е.Л. Значение тревожных и депрессивных состояний у больных старших возрастных групп с артериальной гипертензией // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 3. – С. 442-447.
7. Давыдов Е.Л. Как пациенты с артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста оценивают качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе? // Cardio Соматика. – 2011. – № S1. – С. 35-36.
8. Давыдов Е.Л. Приверженность к лечению пациентов артериальной гипертонией в пожилом и старческом возрасте // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 4S2. – С. 46.
9. Давыдов Е.Л., Горянец Д.И., Кожевников И.А. и др. Особенности представлений о проблемах жизни с артериальной гипертонией пациентов старших возрастных групп // Медицинский вестник МВД. – 2012. – № 5 (60). – С. 25-30.
10. Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Харьков Е.И., Кусаев В.В. Особенности применения антигипертензивной терапии у пациентов старших возрастных групп // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 4. – С. 661-667.
11. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. Социально-гигиеническая и медико-

экономическая характеристика пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией // Клиническая геронтология. – 2012. – Т. 18, № 5-6. – С. 20-25.

12. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Медико-социальные аспекты и качество жизни пациентов с артериальной гипертонией старших возрастных групп // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 4. – С.15.

13. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Медико-демографическая и социально-гигиеническая характеристика больных пожилого возраста с артериальной гипертонией // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 4. – С. 67.

14. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Роль медико-социальных факторов у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 6 (88). – С. 113-118.

15. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Социально-экономические и медико-организационные проблемы оказания скорой и амбулаторно-поликлинической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (по данным социологического мониторинга) // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 4. – С. 707-713.

16. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Волжанина Т.Ю. и др. COMPLIANCE больных артериальной гипертонией старших возрастных групп // Медицинский вестник МВД. – 2011. – № 4 (53). – С. 12-14.

17. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Волжанина Т.Ю. и др. Особенности применения антагонистов кальция у пациентов с артериальной гипертонией пожилого возраста // Медицинский вестник МВД. – 2012. – № 1 (56). – С. 21-26.

18. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Горянец Д.И. и др. Проблемы, влияющие на течение артериальной гипертонии // Медицинский вестник МВД. – 2014. – № 1 (68). – С. 22-27.

19. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Шапиро Л.А. Особенности приверженности к лечению пациентов артериальной гипертонией старших возрастных групп в зависимости от уровня образования // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 3 (75). – С. 63-67.

20. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Шульмин А.В., Иванов А.Г. Особенности питания пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 5 (77). – С. 66-69.

21. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Барон И.И. и др. Конфликтологические аспекты взаимоотношений между пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертонией и медицинскими работниками // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 5 (93). – С. 123-126.

22. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В. Медико-социальная помощь в рамках организационно-функциональной модели пациентам старших возрастных групп с

артериальной гипертонией в г. Красноярске // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3-1. – С. 54-59.

23. Капустенская Ж.И., Шпрах В.В., Зайцева О.И. Аффективные и когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2010. – № 2. – С. 52-54.

24. Каспаров Э.В., Гоголашвили Н.Г., Прахин Е.И., Тучков А.А. Ожирение, избыток массы тела и сердечно-сосудистые заболевания (современные подходы к предупреждению urgentных последствий) // Доктор.Ру. – 2012. – № 10 (78). – С. 40-42.

25. Максимова Т.М., Лушкина Н.П., Огрызко Е.В. Проблемы медицинского обеспечения кардиологических больных // Вестник РАМН. – 2012. – № 3. – С. 15-22.

26. Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Яскевич Р.А., Балашова Н.А. Особенности приверженности к лечению артериальной гипертонии среди женщин пожилого возраста // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 490.

27. Поликарпов Л.С., Хамнагадаев И.И., Манчук В.Т. и др. Социально-эпидемиологическая характеристика артериальной гипертонии в условиях Севера и Сибири // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – № 4 (52). – С. 92-95.

28. Пуликов А.С., Москаленко О.Л., Зайцева О.И. и др. Индивидуально-типологическая характеристика и особенности латерального фенотипа у юношей // Современные исследования социальных проблем. – 2013. – № 1 (21). – С. 39.

29. Хамнагадаев И.И., Яскевич Р.А., Поликарпов Л.С., Новгородцева Н.Я. Распространенность артериальной гипертонии и избыточной массы тела среди сельского населения северных регионов // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2004. – Т. 19, № 4. – С. 94-96.

30. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Особенности качества жизни и психологические характеристики больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и пути коррекции последних // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 3 (83). – С. 53-57.

31. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Проблемы информационного обмена между пациентами пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией и медицинскими работниками // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 5 (83). – С. 88-92.

32. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте. Сообщение 1 // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 99, № 5. – С. 131-134.

33. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В. Особенности

фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте. Сообщение II // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т 99, № 8. – С. 174-177.

34. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Шульмин А.В. Пожилой пациент и артериальная гипертония: особенности течения и терапии (Сообщение I) // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 3 (63). – С. 3-8.

35. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Шульмин А.В. Пожилой пациент и артериальная гипертония: особенности течения и терапии (Сообщение II) // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 5 (65). – С. 3-7.

36. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Шульмин А.В. Пожилой пациент и артериальная гипертония: особенности течения и терапии (Сообщение III) // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 6 (66). – С. 7-7.13

37. Яскевич Р.А., Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С. и др. Оценка качества жизни у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 4. – С. 652-657.

38. Яскевич Р.А., Хамнагадаев И.И., Деревянных Е.В. и др. Тревожно-депрессивные расстройства у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27, № 4. – С. 672-677.

39. Davydov E.L. The significance of nervous and depressive states in elderly patients with arterial hypertension // Advances in Gerontology. – 2013. – Т. 3., № 2. – P. 112-117.

40. Mohundro M., Ransey L.A. Pharmacologic considerations in geriatric patients // Adv. Nurse Pract. – 2003. – Vol. 11, № 9. – P. 21-28.

41. Hohl, C. M., Dankoff J., Colacone A. et al. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department // Ann. Emer. Med. – 2001. – Vol. 38. – P. 666-671.

42. Rollanson V., Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist // Drug Aging. – 2003. – Vol. 20, № 11. – P. 817-832.

43. Yaskevich R.A., Khamnagadaev I.I., Dereviannikh Ye.V. et al. Anxiety depressive disorders in elderly migrants of the far north in the period of readaptation to new climatic conditions // Advances in Gerontology. – 2015. – Т.5, № 3. – P. 157-162.

44. Yaskevich R.A., Polikarpov L.S., Gogolashvili N.G. et al. Estimation of the quality of life in elderly migrants of the far north in the period of readaptation to new climatic conditions // Advances in Gerontology. – 2014. – Т.4, № 3. – P. 213-217.