

УДК 616.12-008.331.1 (575.2)

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА
(ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ “ИНТЕРЭПИД”)**

*А.Г. Полупанов, А.Н. Халматов, А.Т. Алтымышева, М.Т. Махмудов,
Ж.А. Мамасаидов, Н.Б. Ческидова, Т.А. Романова, А.С. Джумагулова*

Изучена частота встречаемости артериальной гипертензии, тревожных и депрессивных расстройств с учетом пола, возраста, семейного положения и общеобразовательного уровня населения.

Ключевые слова: факторы риска; сердечно-сосудистые заболевания; артериальная гипертензия; тревожно-депрессивные нарушения.

**PREVALENCE OF ESSENTIAL HYPERTENSION AND PSYCHOSOCIAL FACTORS
AMONG WORKING-AGE POPULATION OF THE KYRGYZ REPUBLIC
(DATA OF INTERNATIONAL STUDY “INTEREPID”)**

*A.G. Polupanov, A.N. Khalmatov, A.T. Altymysheva, M.T. Makhmudov,
Zh.A. Mamasaidov, N.B. Cheskidova, T.A. Romanova, A.S. Dzhumagulova*

It was studied the prevalence of essential hypertension, anxiety and depressive disorders by sex, age, marital status and education level of the population.

Key words: risk factors; cardiovascular disease; hypertension; anxiety and depressive disorders.

Артериальная гипертензия (АГ) – важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), во многом определяющий высокую смертность в нашей стране. Величина АД рассматривается как один из элементов стратификации общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска, является определяющей в силу своей высокой прогностической значимости и наиболее регулируемой переменной.

Многочисленные эпидемиологические исследования во всём мире [1–8] убедительно показали, что АГ многократно увеличивает частоту инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), поражений сосудов, глаз, почек. При этом АГ приводит к развитию МИ в 62 % случаев (по данным ВФС – в 50 % случаев), ИМ – в 49 %. Вследствие АГ ежегодно в мире умирают около 7,1 млн человек [9]. По данным ВОЗ, АГ имеют от 15 до 37 % взрослого населения в мире, а у лиц старше 60 лет АГ встречается у каждого второго [9].

Научный поиск за последние 50 лет убедительно показал, что независимыми факторами риска ССЗ, неблагоприятных исходов и смерти от кардиальной патологии являются некоторые психосоциальные факторы [10]. Психосоциальные факторы в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, существенно снижают приверженность больных к лечению и выполнению немедикаментозных рекомендаций по коррекции образа жизни, ухудшают качество жизни больных, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения. Среди психосоциальных факторов наиболее весомая научная база в отношении влияния на заболеваемость и смертность от ССЗ накоплена по негативным эмоциональным состояниям, прежде всего, депрессивным.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии и психосоциальных факторов (наличие стресса, тревожных и депрессивных нару-

Таблица 1 – Половозрастная структура обследованного населения

Возраст, лет	Всего (n=1330)	Мужчины (n=567)	Женщины (n=763)
До 30	277 (20,8%)	148 (26,1%)	129 (16,9%)
30–39	279 (21,0%)	139 (24,5%)	140 (18,4%)
40–49	328 (24,7%)	112 (19,8%)	216 (28,3%)
50–59	285 (21,4%)	100 (17,6%)	185 (24,2%)
Старше 60	161 (12,1%)	68 (12,0%)	93 (12,2%)

шений) среди трудоспособного населения нашей республики.

Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено в рамках международного проекта “ИнтерЭпид”, в котором помимо Кыргызстана приняли участие Российская Федерация, Казахстан и Индия. Тип исследования: одномоментное эпидемиологическое сплошное. На основании избирательных списков жителей г. Кант и пгт. Орловка случайным методом была сформирована когорта, состоящая из 1672 человек, которая являлась репрезентативной по половозрастному составу населения и включающая не менее 10 % жителей, проживающих в указанных населенных пунктах в возрасте 18–65 лет. Выборка формировалась методом случайных чисел специалистами по клинической эпидемиологии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (Москва, Россия). Из 1672 человек, включенных в когарту, нами было обследовано 1330 человек, что составило 79,5 % от общей численности выборки, что считается достаточным для получения достоверных данных при проведении подобного рода исследований. У всех больных было получено согласие на проведение исследования.

Половозрастная структура обследованного населения представлена в таблице 1.

Большинство обследованных нами лиц были кыргызами – 744 человека (55,9 %), русских – 463 человека (34,8 %). На долю остальных национальностей (казахи, немцы, корейцы, дунгане, татары, узбеки, уйгуры, украинцы, грузины, армяне, азербайджанцы, белорусы) приходилось 9,3 %.

Большинство обследованных лиц были женаты/замужем (68,3 %), неженатых – 16,1 %, разведенных – 7,6 %, вдовствующих – 8,0 %. Высшее образование имели 494 человека (37,1 %), остальные 836 обследованных (62,9 %) – среднее или начальное образование. Работающих среди обследованных лиц было 780 человек (58,6 %), никогда не работали 148 человек (11,1 %), временно безработными являлись 246 человек (18,5 %), пенсионеры составляли 134 человека (10,1 %) и не работали по

инвалидности 22 пациента (1,7 %). Всего на инвалидности находилось 29 обследованных. Из них I группу имели 2 пациента (0,15 %), II – 24 пациента (1,8 %) и III группу – 3 больных (0,23 %).

Все обследованные с помощью интервьюера (врач НЦКТ) заполняли специальную анкету “Карта профилактического обследования”, разработанную Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (Москва, Россия). “Карта профилактического обследования” состояла из 9 блоков информации и включала паспортную часть, вопросы по семейному и личному анамнезу, наличию факторов риска, включая структуру питания, данные по обращаемости за медицинской помощью и нетрудоспособности, объективные данные, а также вопросники: Роузе, на наличие симптомов сердечной недостаточности, вопросник на уровень стресса (Reeder L., 1973), вопросник по качеству жизни, а также госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS. Помимо заполнения анкеты нами были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, измерение АД и ЧСС, снятие ЭКГ, а также определение ряда биохимических показателей: уровня сахара, креатинина крови и липидного спектра (уровни общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов).

АД измерялось на обеих руках по методу Короткова с помощью анеиридного сфигмоманометра в положении испытуемого сидя, придерживаясь общепринятых правил измерения давления (ВОЗ, 1986). Для анализа рассчитывался средний показатель из двух последовательных измерений. Критериями АГ служили: систолическое АД (САД) 140 мм рт. ст. и выше и/или диастолическое АД (ДАД) – 90 мм рт. ст. и выше, а также факт приема антигипертензивных средств. При выявлении повышенного АД пациент осматривался повторно через 2–3 дня.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ Statistica 6.0 и Biostat с использованием пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий между группами определяли с помощью

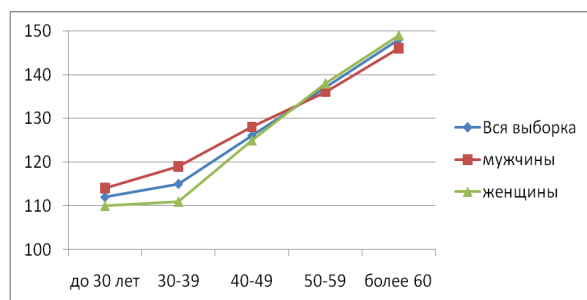


Рисунок 1 – Уровни систолического АД в зависимости от возраста

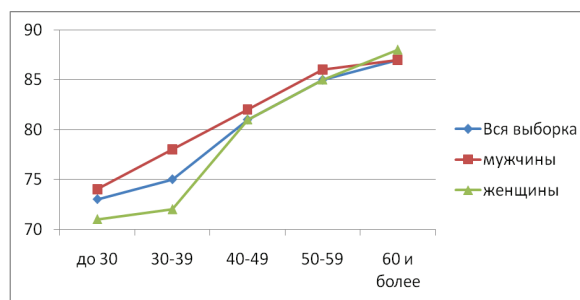


Рисунок 2 – Уровни диастолического АД в зависимости от возраста

непараметрического критерия Z, критерия Манна – Уитни, а также параметрического t-критерия Стьюдента. Взаимосвязь между показателями оценивалась с помощью корреляционного анализа по Спирмену. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среднее систолическое АД (САД) в обследованной популяции составило $126,2 \pm 22,1$ мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) – $79,8 \pm 12,3$ мм рт. ст., значимо не различаясь у мужчин и женщин ($126,1 \pm 19,9/80,3 \pm 11,6$ мм рт. ст. и $126,3 \pm 24,2/79,5 \pm 12,8$ мм рт. ст. соответственно, $p > 0,05$).

Как показано на рисунках 1 и 2, уровни как систолического, так и диастолического АД прогрессивно увеличивались с возрастом. Так, в возрасте до 30 лет уровни АД составляли $112,5 \pm 11,0/72,7 \pm 8,0$ мм рт. ст., в возрасте 30–39 лет – $115,2 \pm 13,6/75,5 \pm 10,4$ мм рт. ст., 40–49 лет – $126,3 \pm 19,8/80,9 \pm 12,0$ мм рт. ст., 50–59 лет – $137,7 \pm 23,8/85,4 \pm 12,3$ мм рт. ст. и в возрасте старше 60 лет – $148,3 \pm 24,7/87,4 \pm 12,6$ мм рт. ст. При этом отметим, что до 40-летнего возраста уровни САД и ДАД у мужчин превышали аналогичные показатели у женщин. Так, у мужчин до 30 лет уровень АД составил $114,4 \pm 8,3/73,8 \pm 8,3$ мм рт. ст. превышал таковой у женщин ($110,4 \pm 11,1/71,4 \pm 7,5$ мм

рт. ст., $p < 0,01$). В возрастной группе 30–39 лет отмечалась аналогичная ситуация ($119,3 \pm 11,7/78,4 \pm 10,0$ мм рт. ст. у мужчин и $111,1 \pm 14,2/72,7 \pm 10,1$ мм рт. ст. у женщин, $p < 0,001$). После 40 лет существенных гендерных различий по уровням САД и ДАД нами выявлено не было ($p > 0,05$).

Повышенный уровень АД регистрировался у 453 респондентов (34,1 %), причем частота встречаемости АГ была выше среди женщин, чем среди мужчин (36,7 против 30,5 % соответственно, РД – 0,06; 95 % ДИ 0,01–0,11; $p = 0,021$). I степень повышения АД имели 20,8 % обследованных (20,1 % мужчин и 21,2 % женщин), II степень – 7,8 % (5,5 % мужчин и 9,9 % женщин) и III степень повышения АД – 5,5 % респондентов (4,9 % мужчины, 5,9 % женщин).

Распространенность АГ в зависимости от пола и возраста представлена в таблице 2.

Как следует из данных, представленных в таблице 2, в нашем исследовании отмечался закономерный рост распространенности АГ с возрастом, достигая в возрастной группе 60 лет и старше 75,2 %. Существенных гендерных различий в частоте АГ в различных возрастных группах нами выявлено не было ($p > 0,05$). Однако при этом выявляется следующая закономерность: в возрасте до 40 лет распространенность АГ несколько выше у мужчин,

Таблица 2 – Половозрастная распространенность курения среди обследованного населения

Возраст, лет	Всего (n=1330)	Мужчины (n=567)	Женщины (n=763)	РД, 95 % ДИ, p
До 30	16 (5,8%)	9 (6,1%)	7 (5,4%)	нд
30–39	39 (14,0%)	24 (17,3%)	15 (10,7%)	нд
40–49	110 (33,5%)	36 (32,1%)	74 (34,3%)	нд
50–59	167 (58,6%)	55 (55%)	112 (60,5%)	нд
60 и более	121 (75,2%)	49 (72,1%)	72 (77,4%)	нд

Примечание: РД – разность долей; ДИ – доверительный интервал; p – достоверность различий между мужчинами и женщинами; нд – различия недостоверны.

Таблица 3 – Частота встречаемости тревожно-депрессивных состояний среди жителей Кыргызстана трудоспособного возраста

Показатель	Все	Мужчины	Женщины	РД; 95 % ДИ; p
Тревога	323 (24,3%)	98 (17,3%)	225 (29,5%)	0,12 (0,08-0,17); <0,001
Депрессия	138 (10,4%)	56 (9,9%)	82 (10,7%)	нд
Тревожно-депрессивные нарушения	273 (20,5%)	58 (10,2%)	215 (28,2%)	0,18 (0,14-0,22); <0,001
Все психоэмоциональные нарушения	734 (55,2%)	212 (37,4%)	522 (68,4%)	0,31 (0,26-0,36); <0,001

Примечание: РД – разность долей; ДИ – доверительный интервал; p – достоверность различий между мужчинами и женщинами; нд – различия недостоверны.

а после 50 лет частота встречаемости повышенного АД превалирует у женщин (см. таблицу 2).

Нами была выявлена зависимость частоты АГ от семейного положения. Так, женатые мужчины достоверно чаще страдали АГ, чем неженатые (36,6 % против 13,4 % соответственно, РД – 0,23; 95 % ДИ 0,15–0,32; $p < 0,001$). Однако возраст женатых мужчин составил $52,3 \pm 9,8$ года и существенно превышал возраст неженатых мужчин – $39,5 \pm 15,4$ года ($p < 0,001$), что возможно и явилось причиной выявленных различий в распространенности АГ. У женщин не было выявлено существенных различий в частоте АГ в зависимости от семейного положения (36,3 % у замужних и 37,4 % у незамужних, $p > 0,05$).

При изучении взаимосвязи распространенности АГ с уровнем образования установлено, что у лиц с высшим образованием средний уровень АД и частота встречаемости данной патологии оказались ниже по сравнению с респондентами со средним образованием (31,3 и 37,9 % соответственно, РД – 0,07; 95 % ДИ 0,01–0,12; $p = 0,027$). Данная тенденция отмечалась как у мужчин (28,1 и 35,3 % соответственно), так и у женщин (34,9 и 39,4 % соответственно). Средний уровень АД у лиц с высшим образованием составил $123,3 \pm 19,9/78,6 \pm 11,4$ мм рт. ст., у лиц со средним образованием – $128,0 \pm 23,8/80,5 \pm 12,8$ мм рт. ст. ($p < 0,001$ –0,01).

Психоэмоциональные нарушения были выявлены нами у 734 респондентов (55,2 %), причем у женщин почти в 2 раза чаще, чем у мужчин (68,4 % против 37,4 %, РД – 0,31; 95 % ДИ 0,26–0,36; $p < 0,001$). У женщин выявлялась более высокая частота изолированных тревожных и тревожно-депрессивных нарушений ($p < 0,001$). По частоте развития изолированных депрессивных состояний существенных гендерных различий нами выявлено не было ($p > 0,05$) (таблица 3).

Поло-возрастная частота встречаемости психоэмоциональных нарушений в изучаемой нами популяции представлена в таблице. 4. Как из неё следует, у мужчин наибольшая частота тревожных

нарушений приходится на возрастной период от 40 до 59 лет, достигая 32,1 %. В возрасте старше 60 лет распространенность тревоги несколько снижается и составляет 26,5 %. Аналогичная ситуация у мужчин наблюдается и в отношении депрессивных нарушений. Наиболее высокая частота депрессий среди мужчин также приходится на возраст 40–59 лет, составляя в этом возрастном диапазоне 25,9–28,0 %. После 60 лет частота депрессий снижается до 14,7 % (см. таблицу 4). Распространенность психо-эмоциональных нарушений во всех возрастных группах у женщин существенно выше, чем у мужчин ($p < 0,001$), однако их возрастная динамика несколько иная. Частота тревожных нарушений у женщин почти во всех возрастных диапазонах превышает 50 %. Пик заболеваемости приходится на возраст 40–49 лет (67,6 %). В дальнейшем частота тревоги несколько снижается, составляя в возрасте более 60 лет 47,3 %. Распространенность депрессивных нарушений у женщин наименьшая в возрасте до 30 лет (27,1 %). После 30 лет частота депрессий возрастает, достигая уровня 40 % (39,3–42,7 %) и в дальнейшем не претерпевает существенных изменений до возраста 65 лет (см. таблицу 4).

Таким образом, по результатам нашего исследования повышенный уровень АД регистрировался у 34,1 % респондентов, причем частота встречаемости АГ была выше среди женщин, чем среди мужчин. С возрастом отмечался закономерный рост распространенности АГ, достигая в возрастной группе 60 лет и старше 75,2 %. Существенных гендерных различий в частоте АГ в различных возрастных группах нами выявлено не было ($p > 0,05$), однако при этом выявляется следующая закономерность: в возрасте до 40 лет распространенность АГ несколько выше у мужчин, а после 50 лет частота встречаемости повышенного АД превалирует у женщин.

Нами была выявлена зависимость частоты АГ от семейного положения. Так, женатые мужчины достоверно чаще страдали АГ, чем неженатые. Однако возраст женатых мужчин существенно превышал

Таблица 4 – Половозрастная распространенность психоэмоциональных нарушений

Возраст, лет	Тревога		p	Депрессия		p
	муж.	жен.		муж.	жен.	
До 30	31 (20,9%)	64 (50,8%)	<0,001	21 (14,2%)	35 (27,1%)	<0,001
30–39	39 (28,1%)	81 (57,9%)	<0,001	26 (18,7%)	55 (39,3%)	<0,001
40–49	36 (32,1%)	146 (67,6%)	<0,001	29 (25,9%)	89 (39,4%)	<0,001
50–59	32 (32,0%)	105 (56,8%)	<0,001	28 (28,0%)	79 (42,7%)	<0,001
60 и более	18 (26,5%)	44 (47,3%)	<0,001	10 (14,7%)	39 (41,9%)	<0,001

возраст неженатых, что возможно и явилось причиной выявленных различий в распространенности АГ. У женщин не было выявлено существенных различий в частоте АГ в зависимости от семейного положения. При изучении взаимосвязи распространенности АГ с уровнем образования установлено, что у лиц с высшим образованием средний уровень АД и частота встречаемости АГ оказались ниже по сравнению с респондентами со средним образованием, что было характерно как для мужчин, так и для женщин.

В современных условиях значительной интенсификации и индивидуализации образа жизни с ослаблением социальных связей значимость психосоциальных факторов риска повышается. Исследования, проведенные в целом ряде стран, свидетельствуют, что вклад психосоциальных факторов в развитие ССЗ увеличивается в периоды коренных социально-экономических и политических преобразований в обществе, который в настоящее время отмечается и в нашей стране.

Психоэмоциональные нарушения были выявлены нами у 734 респондентов (55,2 %), причем у женщин почти в 2 раза чаще, чем у мужчин. У женщин выявлялась более высокая частота изолированных тревожных и тревожно-депрессивных нарушений. По частоте развития изолированных депрессивных состояний существенных гендерных различий нами выявлено не было. Наибольшая частота тревожных и депрессивных нарушений приходится на возрастной период от 40 до 59 лет, затем их распространенность начинает снижаться. Наличие тревожно-депрессивных нарушений было тесно ассоциировано с общеобразовательным уровнем респондентов. Так, лица с высшим образованием существенно реже страдали как тревожными, так и депрессивными нарушениями по сравнению с респондентами со средним образованием. Зависимости частоты встречаемости тревожно-депрессивных состояний от семейного статуса респондентов нами выявлено не было.

Литература

1. Boersma E., Keil U., De Bacquer D. et al. EUROASPIRE I and II Study Groups. Blood pressure

is insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. // J. Hypertens. 2003. Vol. 21. P. 1831–1840.

2. Cooney M.T., Storey S., Taylor L. et al. EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) III-a comparison of Irish and European results // Ir. Med J. 2009. Vol. 102. N 4. P. 113–116.
3. Danaei G., Ding E.L., Mozaffarian D. et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. // PLoS. Med. 2009. Vol. 6. N. 4. P. e1000058.
4. Donald Lloyd-Jones, Robert Adams, Mercedes Carnethon, Giovanni De Simone, T. et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2009 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee // Circulation. 2009. Vol. 119. P. e21–e181.
5. Scholte op Reinmer W., Gitt S., Boersma E., Simoons M. Cardiovascular diseases in Europe. Euro Heart Survey and National registries of cardiovascular diseases and patient management. European Society of cardiology. France, 2004.
6. Scholte op Reinmer W., Gitt S., Boersma E., Simoons M. Cardiovascular diseases in Europe. Euro Heart Survey. European Society of cardiology. France, 2006.
7. Williams B. The changing face of hypertension treatment: treatment strategies from the 2007 ESH/ESC hypertension Guidelines // J. Hypertens. 2009. V. 27. Suppl 3. P. S19–26.
8. World Health Organization. Report. Preventing Risks, Promoting Healthy Life, 2002.
9. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // Lancet. 2004. Vol. 364. P. 937–952.
10. Погосова Г.В. Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка / Г.В. Погосова // Кардиология. 2007. № 2. С. 65–74.