

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 13, №1

2014



УДК 616-055.26

ФАКТОРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

© Конышко Н.А.

Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме: Цель: уточнить, какие психосоматические, социальные и конституциональные факторы преобладают в представленных группах наблюдаемых беременных женщин с высоким артериальным давлением. Методы и результаты исследования. Под наблюдением находились беременные женщины, разделённые нами на четыре группы. 1 группа – беременные с гестационной гипертензией, 2 – первородящие женщины с артериальной гипертензией, 3 – пациентки с ожирением и высоким АД, и 4 – контрольная группа соматически здоровых первородящих женщин. Оценены социальные, анамнестические и психосоматические параметры, качество жизни. Выводы: повышение артериального давления женщин фертильного возраста определяется совокупностью социальных факторов и психологических механизмов; распространённость курения как важнейшего поведенческого фактора риска различных заболеваний среди женщин увеличивается; состояние психофизического здоровья женщин с соматической патологией характеризуется депрессией, беспокойством, тревожностью, нарушением сна.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, беременные женщины

FACTORS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN FERTILE WOMEN

Konyshko N.A.

Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

Summary: The aim of the study was to clarify which of psychosomatic, social and constitutionally factors prevail in pregnant women with high blood pressure. Methods of the study involved observation of pregnant women divided into four groups. Group 1 involved pregnant woman with gestational hypertension. Group 2 included women with arterial hypertension (AH). Group 3 consisted of patients with obesity and high blood pressure as well as Group 4 – was a control one and involved somatically healthy nulliparous women. Social factors, medical history and psychosomatic parameters as well as quality of life parameters were assessed. Conclusions: increased blood pressure in fertile women is determined by a complex of social factors and psychological mechanisms; smoking can be considered as a major behavioral risk factor for various diseases; mental and physical health of women with somatic pathology is characterized by depression, anxiety and sleep disorders.

Key words: arterial hypertension, pregnant women

Введение

Повышенное артериальное давление (АД), нередко выявляется уже при первичном амбулаторном обследовании, предпринятом с целью оценки риска и/или диагностики сердечнососудистых заболеваний, а также случайно. Согласно данным крупных эпидемиологических регистров, оно имеется не менее чем у 31% взрослых жителей, проживающих в городах. Согласно данным научной литературы, детерминантой предгипертензии является ИМТ более 23,0 кг/м: даже формально нормальные его величины (23,0-24,9 кг/м³) были сопряжены с увеличением вероятности повышенного АД в 1,47 раза [5]. Явное ожирение (ИМТ более 30 кг/м²) обусловило рост вероятности гипертензии у женщин в 4,23 раза. К гипертензии предрасполагали также дислиппротеидемия и увеличение возраста на каждые 10 лет, что было сопряжено с ростом вероятности повышенного нормального АД на 12 % у мужчин и на 48 % у женщин. Наличие артериальной гипертензии (АГ) у родственников значительно увеличивали риск возникновения гипертонии у женщин [1, 2].

Цель настоящего исследования – уточнить психологические, социальные и конституциональные факторы, преобладающие в группах беременных женщин с повышенным артериальным давлением.

Методика

Под наблюдением находились беременные женщины, разделённые нами на четыре группы. 1 группа – беременные с гестационной гипертензией, 2 группа – первородящие женщины с артериальной гипертензией, 3 группа – пациентки с ожирением и высоким АД, и 4 – контрольная группа соматически здоровых первородящих женщин. Оценены медико-демографические параметры: общая численность населения, естественное движение, половозрастные показатели, средняя продолжительность жизни, заболеваемость. Инструментарий исследования качества жизни – опросник 36-Item Short-Form Health-Survey SF-36 J.E. Ware et al., The Health Institute, New England Medical Center, Boston, USA (1993), включал систему индикаторов, объединённых в блоки: физическое благополучие, психологическое благополучие, социальное благополучие. Всем беременным четырех групп было проведено клиническое психодиагностическое обследование: HADS (клиническая шкала определения уровня депрессивности и тревожности), личностный опросник Леонгарда и тест поведенческих реакций во время фрустрации Розенцвейга.

Результаты исследования и их обсуждение

У беременных первых 3-х групп наблюдалось высокое артериальное давление. В таблице представлены социальные, анамнестические и соматические параметры наблюдаемых различных групп.

Таблица. Социальные, анамнестические и соматические параметры наблюдаемых женщин

Исследуемые параметры	Группа I	Группа II	Группа III	Контрольная группа
Средний возраст	27,8±4,7	31,4± 2,8	29,5± 4,7	27,6± 4,5
Средний ИМТ	25,36±3,81	21,68± 2,4	32,0±2,8	21,5± 1,9
Проживание в городе	123 (73,2%)	12 (80%)	58 (64,4%)	152 (78,8%)
сельской местности	47 (26,8%)	3 (20%)	32 (35,6%)	41 (21,2%)
Семенное положение				
Замужем	87 (51,8%)	9 (60%)	64 (71,1%)	157 (81,3%)
Не замужем	21 (12,5%)	2 (13,3%)	4 (4,4%)	2 (1%)
неофициальный брак	60 (35,7%)	4 (26,67%)	22 (24,4%)	24 (12,4%)
Наследственный анамнез по материнской линии у двух поколений	48 (28,6%)	3 (20%)	36 (40%)	50 (25,9%)
В одном поколении	29 (17,3%)	3 (20%)	13 (14,4%)	40 (20,7%)
Анамнез не отягощён	91 (54,17%)	9 (60%)	41 (45,6%)	103 (53,3%)
Анамнез по отцовской линии у двух поколений	20 (%)	0	21 (23,3%)	16 (8,3%)
В одном поколении	19 (%)	2 (13,3%)	13 (14,4%)	22 (11,4%)
Анамнез не отягощён	129 (%)	13 (86,67%)	56 (62,2%)	155 (80,3%)
Социальный статус				
Рабочая	23 (13,7%)	0	13 (14,4%)	12 (6,2%)
Служащая	126 (75%)	13 (86,67%)	56 (62,2%)	148 (76,7%)
д/х	21 (11,31%)	2 (13,3%)	21 (23,3%)	33 (17,1%)
Доход выше среднего	47 (32,64%)	1 (6,67%)	22 (24,4%)	49 (25,4%)
Средний	76 (52,78%)	6 (40%)	39 (43,3%)	88 (45,6%)
Ниже среднего	19 (13,19%)	2 (13,3%)	17 (18,9%)	18 (9,3%)
низкий	2 (1,39%)	2 (13,3%)	3 (3,3%)	5 (2,6%)
Образование высшее	79 (47,0%)	10 (66,7%)	38 (42,2%)	100 (51,8%)
среднее специальное	65 (38,7%)	3 (20%)	37 (41,1%)	68 (35,2%)
среднее	24 (14,3%)	1 (6,7%)	15 (16,7%)	22 (11,4%)
Курение более 5 п/лет	35 (20,8%)	2 (13,3%)	24 (26,7%)	27 (14%)
1-5 п/лет	23 (13,7%)	2 (13,3%)	15 (16,7%)	25 (13%)
Менее 1 п/лет	11 (6,6%)	0	8 (8,9%)	10 (5,2%)
некурящие	99 (58,9%)	11 (73,3%)	43 (47,8%)	131 (67,9%)
Уровень систолического АД	137,3±9,8	130,0±4,1	137,0±14,2	133,2± 9,7

В группах наблюдаемых соотношение городского и сельского населения, свойственное региону в целом. Достоверно больше сельских жительниц среди беременных III группы (34 %) ($p < 0,05$), состоящих в официальном браке достоверно больше в контрольной группе (81,8%) соматически здоровых женщин, меньше замужних женщин среди пациенток с гестационной гипертензией (51,8%), которые предпочитают неофициальные отношения (35,7%) ($p < 0,05$). Физическим трудом занято 14,4% беременных с ожирением, домохозяйек больше среди дам с ожирением и с высоким нормальным артериальным давлением (23,3 и 21,9%). В тех же группах отмечается наименьший уровень физической активности (67,8 и 68,8% соответственно против 45,5% дам контрольной группы) и материального благосостояния. Группа пациенток с гестозом лёгкой степени была сопоставима по уровню дохода с группой контроля.

Во 2 группе наибольшее число женщин с высшим образованием, в группах 1 и 3 – таковых достоверно меньше, чем в контрольной. Наибольшее количество некурящих женщин наблюдалось в контрольной группе (67,9%). Самыми злостными курильщицами были беременные III группы (26,67%). Наследственная отягощённость по материнской линии в двух поколениях по сердечно-сосудистым заболеваниям достоверно выше в группе пациенток с АГ и ожирением.

Следует отметить общие тенденции недостаточного уровня физической активности всех наблюдаемых, низкий процент рабочих специальностей, средний уровень дохода в пересчёте на члена семьи и около трети активных курильщиц во всех группах. Чем старше возраст женщин, тем хуже показатели качества жизни. На основании проведенного многофакторного анализа в общей выборке можно утверждать, что совокупный доход семьи, рассчитанный на одного её члена и физическая активность женщины в период беременности оказывают существенное влияние на жировую массу тела и уровень среднесуточного артериального давления. Достоверной статистической связи не выявлено между уровнем образования и объёмом рассчитанной жировой массы тела, качеством жизни и уровнем систолического артериального давления женщин.

Из психосоциальных факторов принято уделять внимание трём главным составляющим:

1. Степени и форме внешнего стрессорного воздействия на пациента. Особое значение здесь приобретает острый по форме и тяжелый по интенсивности стрессовый агент, а также хронический по форме и средний по интенсивности.
2. Личностным характеристикам женщин, чаще детерминируемых наследственно и дошкольным воспитанием. До конца еще не получены точные данные о наиболее «неблагоприятных» личностных профилях.
3. Видам поведенческого реагирования на стрессорные и фрустрационные стимулы. Есть основания полагать, что существует связь формы внешнего (социального) реагирования на стрессор и внутреннего (по типу повышения АД) поведения.

Данные по HADS свидетельствуют об отсутствии достоверных различий уровня тревожности и депрессивности у групп 2, 3, 4 (группа 2 – 6,2 балла, группа 3 – 6,8 баллов, группа 4 – 7,8 баллов). Достоверно ($p < 0,05$) имеет отличие показатели группы 1 – 9,6 баллов. Показатели теста Леонгарда свидетельствуют о достоверно завышенных среднеличных показателях только в группе 3 (18,6 баллов) относительно других групп (8,4 баллов, 12,8 баллов и 12,6 баллов соответственно). О социальной дезадаптации в момент фрустрации можно говорить по тесту Розенцвейга только в группе 1.

Долговременное изменение артериального давления, веса и соотношения мышечной и жировой массы у большинства женщин формируются именно в период беременности. Этому способствуют психологические, социально-бытовые, соматические и конституциональные предпосылки. Беременность характеризуется серией метаболических изменений, которые способствуют накоплению жировой ткани в раннем периоде, чтобы удовлетворять возросшие метаболические потребности. Соответственно увеличивается энергетическое потребление и гормональный статус, в результате изменяется баланс вазоконстрикторов. Этот факт связан не только с несбалансированным питанием, вредными привычками, но и с юным и, наоборот поздним, возрастом беременных [1, 2]. Rasmussen К.М. (2007) в популяционном исследовании 464 беременных женщин определил, что факторами риска в данном случае являются высокий рост, юношеский возраст беременных, их раннее или, наоборот, позднее половое созревание, избыточный вес в детстве. Показана зависимость между социально-экономическими факторами, конституциональными особенностями, соматической патологией и метаболическими заболеваниями [5].

Кроме избыточного веса и нарушения питания, определяющих нарушение метаболизма и сердечнососудистых заболеваний являются курение в течение беременности, незамужний статус, уровень образования гестационный диабет, стресс, гиподинамия и функциональная и морфологическая перестройка органов и систем [3, 4].

Для данной когорты характерны изменения в психической сфере. В начале болезни наблюдается аффективная возбудимость, больные становятся агрессивными, грубыми. В последующем происходят изменения личности, круг интересов концентрируется вокруг вопросов, связанных с приемом пищи, наблюдается ослабление памяти, плаксивость, заторможенность, эгоцентризм – частые спутники до- и послеродовой депрессии, усугубляющие метаболические нарушения. Не вызывает сомнения, что у пациентов с предгипертензией особое значение приобретают немедикаментозные методы лечения – меры, направленные на коррекцию образа жизни. Содружественная деятельность врачей соматического и психологического профиля в первичной, вторичной профилактике и лечения гипертензии существенным образом может оптимизировать процесс борьбы с повышенным АД различного генеза.

Выводы

1. Повышение артериального давления женщин фертильного возраста определяется совокупностью социальных факторов: проживанием в сельской местности, тяжестью физического труда, недостатком физической нагрузки, уровнем дохода, наследственной отягощенностью при наличии компонентов метаболического синдрома.
2. Распространенность курения как важнейшего поведенческого фактора риска различных заболеваний среди женщин увеличивается. Курение табака связано с избыточным весом и низкими показателями качества жизни.
3. В развитии и формировании повышенного артериального давления большое значение имеют психологические механизмы опосредованно действуя на формирующуюся гипертензивную патологию через образ жизни человека.
4. Состояние психофизического здоровья характеризуется депрессией, беспокойством, тревожностью, нарушением сна.

Литература

1. Канаева Т.В. Психосоматические особенности беременных и родильниц с артериальной гипертензией // Мат. II Всерос. науч.-практич. конф. «Артериальная гипертония в практике врача терапевта, невролога, эндокринолога и кардиолога». – Москва, 2006. – С. 31.
2. Морозова Т.Е., Андрущишина Т.Б., Ошорова С.Д. Оптимизация фармакотерапии артериальной гипертензии у больных с метаболическим синдромом // Рос. кардиол. журнал. – 2011. – №4. – С. 63-68.
3. Морозова Т.Е., Латыпова Е.Р. Большой АГ с ожирением: влияние на биомаркеры как инструмент персонализированного подхода к терапии // Рос. кардиол. журнал. – 2013. – №3 (101). – С. 94-99.
4. Chen H., Simar D. Hypothalamic neuroendocrine circuitry is programmed by maternal obesity: interaction with postnatal nutritional environment// P.Lo.S. One. – 2009. – V.4, N7. – P. 6259.
5. Rasmussen K.M. Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance // Ann. Rev. Nutr. – 2007. – V.27. – P. 103-21.

Информация об авторе

Коньшико Наталья Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: Nkonyshko@yandex.ru