

DOI: 10.29296/25877305-2018-04-15

ДИНАМИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

**С. Воронцов,
И. Макарова**

Медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва
E-mail: innamakarova@mail.ru

Оценена эффективность санаторно-курортного лечения как этапа общей программы медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией и факторами риска развития хронической болезни почек, сочетающимися с когнитивными нарушениями.

Ключевые слова: неврология, кардиология, артериальная гипертензия, когнитивные нарушения, психосоматический статус пациентов, санаторное лечение.

Для цитирования: Воронцов С., Макарова И. Динамика психосоматического статуса пациентов с артериальной гипертензией и факторами риска развития хронической болезни почек на санаторном этапе лечения // Врач. – 2018; 29 (4): 70–73. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-15

Артериальная гипертензия (АГ) и хроническая болезнь почек (ХБП) – две тесно сопряженные друг с другом (патогенетически и клинически) медико-социальные проблемы, оказывающие существенное влияние на здоровье нации и связанные со значительными материальными затратами [1, 7]. Оба заболевания широко распространены среди населения стран мира [8], в том числе и в Российской Федерации (РФ) [4]. Заболевания характеризуются высокими показателями инвалидизации и смертности, в первую очередь – из-за частоты сердечно-сосудистых осложнений [7].

Поскольку медикаментозная терапия пациентов с АГ в стационарных условиях оказывается экономически малорациональной, приоритетным направлением становится организация реабилитационных программ на санаторном этапе. Но место санаторно-курортного звена в общем объеме лечения больных АГ до конца не определено, а научное обоснование его целесообразности фрагментарно.

Относительно новым аспектом проблемы оказания медицинской помощи больным АГ и ХБП, приобретающим все большее медицинское и социально-

экономическое значение, становятся выявление и коррекция у этих больных когнитивных нарушений (КН), патофизиологической основой развития которых являются микроциркуляторные поражения вещества головного мозга. Присоединение нарушений когнитивных функций (КФ) и их прогрессирование оказывает значительное влияние на качество жизни больных, ее продолжительность и эффективность лечения [2, 6].

Оценена эффективность санаторно-курортного лечения как этапа общей программы медицинской помощи пациентам с АГ и факторами риска (ФР) развития ХБП, сочетающимися с КН.

Обследованы 72 пациента с АГ, имеющие ФР развития ХБП. Согласно рекомендациям KDIGO [3] и Научного общества нефрологов России [5], как ФР развития ХБП рассматривались повышение альбуминурии (АУ) в диапазоне 10–29 мг/л, снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в пределах >60 и <90 мл/мин/1,73м². У 20 (27,8%) пациентов данной группы отмечено снижение СКФ в указанных пределах, у 4 (5,6%) больных отмечен уровень СКФ <60 мл/мин/1,73м², что соответствует критериям ранней стадии ХБП. В 9 (12,5%) случаях наблюдалось изолированное повышение АУ в рамках значений ФР развития ХБП, в 39 (54,1%) – одновременное снижение СКФ и повышение АУ до уровня, соответствующего критериям ФР развития ХБП. Все пациенты получали антигипертензивную терапию (в среднем 2–3 препарата ≥2 раз в сутки).

Все пациенты – 31 (43,0%) женщина и 41 мужчина (51,0%), средний возраст – 61,3±4,1 года – проходили курс лечения в Объединенном санатории «Подмосковье» Управления делами Президента РФ. Курс лечения состоял из комплекса бальнео- и физиотерапевтических процедур, включая электро- и светолечение, лечебную физкультуру (ЛФК) в спортивном зале и бассейне, терренкур, групповую и индивидуальную психотерапию, диетическое питание. Средний срок пребывания в санатории составил 16,4±3,7 дня. В исследование не включали пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом, обострением АГ по типу гипертонического криза, обострением стенокардии, а также лиц, нуждающихся в смене медикаментозной терапии на момент пребывания в санатории.

Все пациенты проходили обследование дважды: в 1–2-й день после прибытия в санаторий и за 1–2 дня до отъезда. Обследование включало в себя общее клиническое (антропометрические показатели, измерение АД, ЭКГ), клинический и биохимический анализ крови, анализ на АУ, определение скорости СКФ, а также нейропсихологическое тестирование, направленное на изучение состояния когнитивных процессов (слухорече-

вая память – тест «10 слов», зрительная память – тест «Пять фигур», произвольное внимание – таблицы Шульце, умственная работоспособность – «Отсчитывание», комплексная оценка когнитивных функций – шкала MMSE, лобная дисфункция – шкала FAB).

До начала санаторного лечения у обследованных наблюдалось повышение АД (систолическое АД – САД – 148,3±8,6 мм рт. ст., диастолическое АД – ДАД – 94,8±8,8 мм рт. ст.) преимущественно II степени; средняя длительность АГ составила 12,5±2,6 года; СКФ – в среднем 69,1±3,4 мл/мин/1,73м²; АУ – 14,8±1,7 мг/л (табл. 1).

У большей части пациентов отмечено снижение физической активности, которая оценивалась по уровню двигательной активности в течение дня (ходьба пешком <2 км, крайне редкое выполнение физических упражнений); 65% обследованных курили 15,6±4,2 сигареты ежедневно (см. табл. 1).

Среди обследованных до начала санаторного лечения было много пациентов с избыточной массой тела (средний индекс массы тела – ИМТ – 34,7±3,2 кг/м²); табл. 2. Отмечались нарушения липидного спектра: достоверное повышение уровней общего холестерина (ОХС) – 6,6±0,7 ммоль/л; липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 4,8±2,9 ммоль/л; коэффициента атерогенности (КА) – 4,5±0,3. Наряду с дислипидемией отмечалась тенденция к гиперурикемии (содержание мочевой кислоты – 382,4±11,2 мкмоль/л). Уровень глюкозы в среднем также был несколько повышен (6,4±0,2 ммоль/л); см. табл. 2.

До начала санаторного лечения у пациентов отмечалось снижение КФ в виде более низкого объема запоминания слухоречевых стимулов и худших показателей слухоречевой памяти по сравнению с нормой (6,3±1,4 балла), снижения фиксации слухоречевых стимулов в условиях гетерогенной интерференции (4,5±0,8 балла); табл. 3.

Наблюдалась также достоверно более низкая по сравнению с нормой концентрация произвольного внимания (75,1±5,7 с), скорость умственной работоспособности (81,8±5,9 с) при большей отвлекаемости и как следствие – большем числе ошибок в пробе

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов с АГ и ФР развития ХБП до и после санаторного лечения (M±σ)

Показатель	До лечения	После лечения	p
САД, мм рт. ст.	148,3±8,6	139,2±3,4	<0,05
ДАД, мм рт. ст.	94,8±8,8	91,6±6,2	<0,05
АУ, мг/л	14,8±1,7	11,9±1,2	<0,05
СКФ, мл/мин/1,73м ²	69,1±3,4	74,8±4,1	<0,05
Курение, %	65	56	–
Сниженная физическая активность, %	89	42	–

«Отсчитывание» ($3,5 \pm 0,5$; результаты недостоверны); см. табл. 3.

Средний балл по шкале MMSE пациентов составил $24,8 \pm 1,2$, что соответствует легким КН (табл. 4). У 31,3% обследованных по данной шкале отмечены умеренные когнитивные расстройства ($21,8 \pm 1,5$ балла).

Средние показатели исследования лобной дисфункции по шкале FAB находились в рамках нормы, но имели тенденцию к снижению ($16,0 \pm 0,3$ балла).

После курса санаторного лечения отмечена положительная динамика большинства указанных параметров, включая уровень ФР развития ХБП. Достоверно снизился показатель АУ (с $14,8 \pm 1,7$ до $11,9 \pm 1,2$ мг/л; $p < 0,01$) – признанный ранний критерий развития ХБП. Кроме того, достоверно повысилась СКФ (с $69,1 \pm 3,4$ до $74,8 \pm 4,1$ мл/мин/1,73м²; $p < 0,01$) и снизился уровень кре-

атинина (с $87,9 \pm 4,8$ до $85,4 \pm 3,8$ мкмоль/л; $p < 0,01$), что представляется важным, поскольку свидетельствует об ослаблении влияния ФР поражения почек (см. табл. 1).

Средние показатели САД снизились с $148,3 \pm 86,0$ до $139,2 \pm 3,4$ мм рт. ст. (на 7,2%), ДАД – с $94,8 \pm 8,8$ до $91,6 \pm 6,2$ мм рт. ст. (на 4,3%). Достигнутые показатели оставались стабильными до конца наблюдения, усиления медикаментозной терапии не требовалось. Достоверное улучшение показателей АД отражает общее воздействие санаторно-курортного лечения на регуляторные системы организмы.

За время пребывания в санатории 9% курящих пациентов приняли решение прекратить курение или существенно сократили дневную табачную нагрузку до 2–3 сигарет. Более половины обследованных значительно повысили физическую нагрузку, увеличив дистанцию пеших прогулок, чаще посещая ЛФК и бассейн (см. табл. 1).

После санаторного лечения у пациентов с АГ и ФР развития ХБП отмечались достоверное снижение ИМТ (с $34,7 \pm 3,2$ до $32,8 \pm 2,6$ кг/м²), положительная динамика некоторых показателей липидного спектра. Так, снизился уровень в сыворотке крови ОХС (с $6,6 \pm 0,7$ до $5,7 \pm 0,9$ ммоль/л), КА (с $4,5 \pm 0,3$ до $4,1 \pm 0,4$), значимо снизился уровень ЛПНП (с $4,8 \pm 2,9$ до $4,2 \pm 1,6$ ммоль/л).

Достоверно снизился уровень мочевой кислоты (с $382,4 \pm 11,2$ до $373,5 \pm 9,8$ мкмоль/л) и глюкозы (с $6,4 \pm 0,2$ до $5,9 \pm 0,4$ ммоль/л). По-видимому, это – результат скорректированной и индивидуально подобранной во время санаторного лечения диеты (см. табл. 2).

После курса санаторного лечения достоверно улучшились практически все показатели когнитивных процессов. Так, значительно вырос показатель краткосрочной памяти (с $6,3 \pm 1,4$ до $7,6 \pm 1,1$ балла) и отсроченного воспроизведения (с $4,5 \pm 0,8$ до $4,9 \pm 0,2$ балла). Улучшились концентрация произвольного внимания (с $75,1 \pm 5,7$ до $70,4 \pm 3,7$ с) и скорость умственной работоспособности (с $81,8 \pm 5,9$ до $76,6 \pm 4,6$ с), что определяет повышение концентрации и объема произвольного внимания, улучшение интеллектуального функционирования по динамическому компоненту, снижение утомляемости. Снижение числа ошибок в пробе «Отсчитывание» (с $3,5 \pm 0,5$ до $2,6 \pm 0,4$) свидетельствует о

Таблица 2
Данные клиничко-лабораторного обследования пациентов с АГ и ФР развития ХБП до и после санаторного лечения (M±σ)

Показатель	До лечения	После лечения	p
ИМТ, кг/м ²	$34,7 \pm 3,2$	$32,8 \pm 2,6$	<0,05
ОХС, ммоль/л	$6,6 \pm 0,7$	$5,7 \pm 0,9$	<0,05
ЛПВП, ммоль/л	$1,2 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,1$	–
ЛПНП, ммоль/л	$4,8 \pm 2,9$	$4,2 \pm 1,6$	<0,05
Триглицериды, ммоль/л	$2,4 \pm 0,2$	$2,3 \pm 0,4$	–
КА	$4,5 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,4$	<0,05
Мочевая кислота, мкмоль/л	$382,4 \pm 11,2$	$373,5 \pm 9,8$	<0,05
Глюкоза, ммоль/л	$6,4 \pm 0,2$	$5,9 \pm 0,4$	<0,05

Примечание. ЛПВП – липопротеиды высокой плотности.

Таблица 3
Данные нейропсихологического обследования пациентов с АГ и ФР развития ХБП до и после санаторного лечения (M±σ)

Показатель	До лечения	После лечения	p
Слухоречевая память – краткосрочная, баллы	$6,3 \pm 1,4$	$7,6 \pm 1,1$	<0,05
Слухоречевая память – отсроченное воспроизведение, баллы	$4,5 \pm 0,8$	$4,9 \pm 0,2$	<0,05
Зрительная память, баллы	$4,7 \pm 0,4$	$4,8 \pm 0,3$	–
Концентрация произвольного внимания, мин	$75,1 \pm 5,7$	$70,4 \pm 3,7$	<0,05
Скорость умственной работоспособности, с	$81,8 \pm 5,9$	$76,6 \pm 4,6$	<0,05
Скорость умственной работоспособности (п – ошибки)	$3,5 \pm 0,5$	$2,6 \pm 0,4$	<0,05

Таблица 4
Результаты изучения КФ до и после санаторного лечения (M±σ)

Шкала	До лечения	После лечения	p
MMSE, баллы	$24,8 \pm 1,2$	$26,9 \pm 2,3$	<0,05
FAB, баллы	$16,0 \pm 0,3$	$16,9 \pm 0,4$	<0,05

росте темпа мыслительной деятельности и ее продуктивности (см. табл. 3).

По шкале MMSE у пациентов с АГ и ФР развития ХБП определено достоверное улучшение когнитивных процессов (с $24,8 \pm 1,2$ до $26,9 \pm 2,3$ балла) с выраженной тенденцией к достижению нормативных показателей (27–30 баллов). Показатель лобных функций, отраженный в результатах проб по шкале FAB, также достоверно улучшился (с $16,0 \pm 0,3$ до $16,9 \pm 0,4$ балла); см. табл. 4.

Таким образом, у пациентов с АГ и ФР развития ХБП после санаторного лечения улучшились клинико-лабораторные и антропометрические показатели, а также состояние КФ, что свидетельствует о целесообразности введения санаторно-курортного звена в общую программу медицинской помощи таким больным. Базовая программа санаторно-курортного лечения больных АГ с ФР развития ХБП, скорректированная с учетом выраженности и спектра КН, оказывает благоприятное влияние на многие сферы жизнедеятельности пациентов, повышая качество их жизни.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации // Системные гипертензии. – 2010; 5: 26.
2. Парфенов В.А., Старчина Ю.А. Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией и их лечение // Неврол., нейропсихиат., психосомат. – 2011; 3 (1): 27–33.
3. Практические рекомендации KDIGO по диагностике, профилактике и лечению минеральных и костных нарушений при хронической болезни почек (ХБП-МКН). Краткое изложение рекомендаций // Нефрология. – 2011; 15 (1): 88–95.
4. Сигитова О.Н., Архипов Е.В. Хроническая болезнь почек: новое в классификации, диагностике, нефропротекции // Вестн. соврем. клин. мед. – 2014; 7: 103–6.
5. Смирнов А.В. и др. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению // Клин. нефрол. – 2012; 4: 43.
6. Dregan A., Stewart R., Gulliford M. Cardiovascular risk factors and cognitive decline in adults aged 50 and over: a population-based cohort study // Age Ageing. – 2013; 42: 338–45. DOI: 10.1093/ageing/afs166.
7. Kimura G. Hypertension and chronic kidney disease // J. Japan. Soc. Intern. Med. – 2011; 100: 784–8.
8. Ritz E. World Kidney Day Organising Committee. World Kidney Day: hypertension and chronic kidney disease // Lancet. – 2009; 373: 1157–8.

CHANGES IN THE PSYCHOSOMATIC STATUS OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AND RISK FACTORS FOR CHRONIC KIDNEY DISEASE AT THE SANATORIUM TREATMENT STAGE

S. Vorontsov, I. Makarova

Medical Center, Presidential Administration of the Russian Federation, Moscow

The authors have evaluated the efficiency of sanatorium-and-spa treatment in the general medical care program for patients with hypertension and risk factors for chronic kidney disease in conjunction with cognitive impairment.

Key words: *neurology, cardiology, hypertension, cognitive impairment, patients' psychosomatic status, sanatorium treatment.*

For citation: *Vorontsov S., Makarova I. Changes in the psychosomatic status of patients with hypertension and risk factors for chronic kidney disease at the sanatorium treatment stage // Vrach. – 2018; 29 (4): 70–73. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-15*