

УДК 616.12-008.331.1:616.89:159.9]-07

DOI: 10.22141/2224-1485.2.52.2017.101295

Доценко Н.Я., Герасименко Л.В., Боев С.С., Шехунова И.А.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»,

г. Запорожье, Украина

Состояние когнитивных функций и психоэмоциональный статус у больных гипертонической болезнью в зависимости от уровня общительности

Резюме. Актуальность. Многочисленные исследования продемонстрировали роль артериальной гипертензии как независимого фактора риска развития и прогрессирования когнитивных расстройств. В настоящее время придается большое клиническое значение факторам, проявляющим протективные свойства в отношении когнитивных нарушений, таким как динамическая физическая активность (вне профессиональных обязанностей), достаточная когнитивная деятельность, ориентированная на изучение нового и широкий круг общения. В связи с этим представляется интересной проблема активности человека в общении у больных гипертонической болезнью и связь уровня общительности с показателями когнитивных функций. **Целью работы** явилось изучение влияния уровня общительности на развитие когнитивных нарушений и психоэмоциональный статус у больных артериальной гипертензией. **Материалы и методы.** Обследовано 99 больных гипертонической болезнью II стадии без сопутствующих заболеваний, средний возраст которых $50,34 \pm 0,79$ года. Продолжительность заболевания в среднем составила $8,96 \pm 0,61$ года. Пациенты были разделены в зависимости от самооценки уровня общительности по визуальной аналоговой шкале на три группы. Для изучения когнитивных нарушений и психоэмоционального статуса применяли ряд нейропсихологических тестов. **Результаты.** Первую группу составили 22 больных с низким уровнем общительности (2,55 балла по визуальной аналоговой шкале), вторую группу — 42 пациента со средним уровнем общительности (6,02 балла), третью — 35 пациентов с высоким уровнем общительности (8,83 балла). Нами установлено снижение когнитивных функций по МоСА-тесту у обследуемых групп пациентов с уменьшением уровня общительности. Доля пациентов, показавших наличие когнитивных нарушений, в группах с разным уровнем общительности составила 39,5, 50 и 72,7 % соответственно. Корреляционный анализ позволил установить связи умеренной силы между уровнем общительности и показателями МоСА-теста ($r = +0,40$; $p < 0,05$), а также между когнитивными нарушениями по МоСА-тесту и уровнем тревожности ($r = -0,48$; $p < 0,01$) всех наблюдаемых больных. По данным теста Спилбергера и результатам шкалы Бека установлено, что со снижением уровня общительности пациентов по визуальной аналоговой шкале регистрируется увеличение реактивной тревожности и увеличение симптомов депрессии. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная отрицательная связь умеренной силы ($r = -0,44$; $p < 0,05$) между уровнем общительности и показателями теста Спилбергера. **Выводы.** Оценка уровня общительности является объективным инструментом оценки активности образа жизни у пациентов с артериальной гипертензией. Установлена зависимость когнитивной функции от уровня общительности у пациентов с гипертонической болезнью II стадии. При этом по мере уменьшения уровня общительности выявлено снижение когнитивных функций, увеличение выраженности реактивной тревожности и симптомов депрессии.

Ключевые слова: когнитивные нарушения; артериальная гипертензия; уровень общительности

© «Артериальная гипертензия», 2017

© Издатель Заславский А.Ю., 2017

© «Hypertension», 2017

© Publisher Zaslavsky O.Yu., 2017

Для корреспонденции: Доценко Николай Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии, ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», бул. Винтера, 20, г. Запорожье, 69096, Украина; e-mail: zmapo40@gmail.com; контактный тел.: +38 (061)-224-37-37.

For correspondence: Nikolaj Dotsenko, MD, Professor at the Department of Cardiology, State Institution "Zaporizhia Medical Academy of Post-Graduate Education of Ministry of Health of Ukraine", Vintera boulevard, 20, Zaporizhzhia, 69096, Ukraine; e-mail: zmapo40@gmail.com; phone: +38 (061)-224-37-37.

Введение

Известен общепризнанный перечень органов, которые являются мишенями поражения при артериальной гипертензии (АГ). В отношении поражения головного мозга среди последних указываются инсульт, транзиторная ишемическая атака, гипертензивная энцефалопатия и сосудистая деменция. Современная тенденция в кардиологии — поиск наиболее ранних маркеров поражения — субклинических. Применительно к АГ привлекает внимание гипотеза, согласно которой когнитивные нарушения (КН) могут быть одним из ранних маркеров поражения головного мозга. Аргументацией такого положения является известный факт, что умеренные КН обычно предшествуют инсульту и деменции [1–3].

Среди факторов, которые при АГ способствуют развитию и прогрессированию КН, наиболее часто указывают на неконтролируемую АГ, гипертонические кризы, значительную вариабельность артериального давления (АД), старший возраст, высокую ночную гипертензию (night-peaker) либо чрезмерное снижение АД ночью (over-dipper) [4, 5]. Большее клиническое значение придается факторам, проявляющим протективные свойства в отношении КН, таким как динамическая физическая активность (вне профессиональных обязанностей), достаточная когнитивная деятельность, ориентированная на изучение нового, решение проблем, задачи на стратегические навыки, а также обязательно широкий круг общения [6].

Современные исследования в области психологии личности потребность в общении относят к фундаментальным потребностям человека. Наряду с другими формами человеческой активности общение рассматривается как сплав общественно-го и индивидуального в социальном бытии людей. Описаны два противоположных типа активности человека: первый тип «активен в общении, характеризуется большим объемом общительности, легко сходится с людьми, имеет большой круг товарищей и друзей, пользуется авторитетом», второй тип «замкнут, застенчив, стеснителен, молчалив, избирательно общителен в узком кругу лиц» [7].

С другой стороны, степень общительности может быть критерием активного образа жизни. Общепринятого определения активного образа жизни нам обнаружить не удалось. Обычно под активным/здоровым образом жизни понимают здоровое питание, достаточную физическую активность и отказ от вредных привычек, нередко добавляя нормативы эмоционального, интеллектуального и духовного самочувствия [8–11].

Как аргументация приводятся многочисленные наблюдения, подтверждающие тесную взаимосвязь типов поведения, реагирования на различные события и состояния сердечно-сосудистой системы, кардиологической патологии [12, 13].

Социологи и психологи отмечают, что для более полного анализа активного образа жизни важен ин-

тегрированный подход, определяющий способ бытия индивида во внешнем и внутреннем мире как системе взаимоотношений человека с самим собой и факторами внешней среды [14].

При оценке активного образа жизни обычно изучается объем физических нагрузок, наличие вредных привычек, число часов, проведенных перед телевизором, приверженность к диетическим рекомендациям и прочее. Нам не удалось обнаружить исследований в медицине, посвященных изучению уровня общительности. В связи с этим представляет интерес изучение уровня общительности и его связь с показателями когнитивной функции (КФ) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Цель работы: изучить влияние уровня общительности на развитие КН и психоэмоциональный статус у больных АГ.

Материалы и методы

Нами было обследовано 99 больных ГБ II стадии без сопутствующих заболеваний, средний возраст — $50,34 \pm 0,79$ года. Критериями исключения были тяжелые соматические заболевания, перенесенные инсульт и транзиторные ишемические атаки, черепно-мозговые травмы с потерей сознания. Продолжительность заболевания в среднем составила $8,96 \pm 0,61$ года. Среди обследуемых пациентов было 69 мужчин (69,7 %) и 30 женщин (30,3 %). АГ 2-й степени была выявлена у 39 (39,4 %) пациентов, АГ 3-й степени — у 60 (60,6 %). Все пациенты регулярно не получали антигипертензивную терапию (принимали препараты только при ухудшении самочувствия) или лечились не должным образом (без достижения целевых уровней АД). Диагноз АГ устанавливался согласно рекомендациям и приказу МЗ Украины № 384 от 2012 г. Уровень АД оценивался при офисном измерении и суточном мониторингировании АД.

Исследование КФ проводилось в первой половине дня и оценивалось при помощи опросника самооценки памяти McNair и Монреальской шкалы оценки КФ (MoCA-тест) [15, 16]. Опросник самооценки памяти McNair заполнялся пациентом самостоятельно и демонстрировал субъективное восприятие состояния памяти самим пациентом. Основываясь на шкале McNair, исследуемые отмечали, как часто они проявляли забывчивость в повседневных ситуациях, выбирая категории «никогда» (0), «редко» (1), «иногда» (2), «часто» (3) или «всегда» (4). Результаты опросника выражались в баллах, где при сумме 43 балла и более предполагалось наличие КН.

С помощью MoCA-теста оценивали следующие составляющие КФ: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Результат теста определяли путем суммирования баллов по каждому из пунктов. Максимально возможное количество баллов — 30; норма — 26 и больше, наличие КН определяли при показателях менее 26 баллов.

Уровень реактивной тревожности оценивали по тесту Спилбергера. Показатели реактивной тревожности, не превышающие 30 баллов, расценивали как низкий уровень, от 31 до 45 баллов — умеренный уровень и более 45 баллов — высокий уровень тревожности [15].

Выраженность симптомов депрессии определяли по шкале Бека (Beck Depression Inventory). Результат оценивался по сумме баллов: нормальное значение составляло от 0 до 9 баллов, легкий уровень депрессии — 10–15 баллов, умеренная степень — 16–19 баллов, сильная степень — 20–29 баллов, выраженная депрессия — 30 баллов и выше [15].

Самооценку уровня общительности проводили по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), которая представляла собой полоску бумаги длиной 10 см, градуированную через 1 см. Отметка «0» на шкале соответствовала самому низкому уровню, а «10» — максимально высокому уровню общительности. Пациент отмечал на шкале точку, соответствующую состоянию уровня общительности, по его мнению, на текущее время. Результат от 0 до 3 см по ВАШ оценивали как низкий уровень общительности, 4–7 см — как средний и от 8 до 10 см — как высокий. Также мы определяли в каждой группе больных АГ круг общения, то есть количество лиц, с которыми контактировал пациент за сутки вне профессиональных обязанностей.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics 22.

Результаты

Обследуемые больные были разделены на три группы в зависимости от количества баллов по ВАШ. Первую группу составили 22 больных с низким уровнем общительности (2,55 балла по ВАШ), вторую группу — 42 пациента со средним уровнем

общительности (6,02 балла) и третью — 35 пациентов с высоким уровнем общительности (8,83 балла) (табл. 1).

Возраст, длительность АГ, индекс массы тела, длительность образования (обучения в учебных заведениях различного уровня), показатели среднесуточного систолического (срСАД) и диастолического АД (срДАД) по данным суточного мониторирования у наблюдаемых групп больных существенно не отличались ($p > 0,05$). У пациентов 3-й группы наблюдалось достоверно меньшее количество кризов в течение года до госпитализации — на 41,7 % по сравнению с пациентами 1-й группы.

Уровень общительности по ВАШ у пациентов 1-й группы был достоверно ниже по сравнению со 2-й и 3-й группами. Такая же динамика наблюдается и при оценке круга общения: у пациентов 1-й группы достоверно меньше круг общения по сравнению со 2-й и 3-й группами.

Анализ результатов по шкале Бека показал (табл. 2), что средние значения показателей во всех трех группах обследуемых пациентов соответствуют легкому уровню депрессии. Причем у больных 3-й группы наблюдается достоверно меньший показатель при сравнении с 1-й группой (то есть симптомы депрессии у пациентов с высоким уровнем общительности менее выражены). Доля пациентов с умеренной депрессией в 1-й группе составила 40,9 %, а в 3-й группе — 21,1 %. Доля пациентов с отсутствием депрессии в 1-й и 3-й группах — 31,8 и 44,7 % соответственно. Необходимо подчеркнуть, что со снижением уровня общительности наблюдается увеличение симптомов депрессии по шкале Бека.

По данным теста Спилбергера установлено, что со снижением уровня общительности пациентов по ВАШ регистрируется увеличение реактивной тревожности. Так, показатели реактивной тревожности в группах 1 и 2 (с низким и средним уровнем

Таблица 1. Характеристика наблюдаемых больных в зависимости от уровня общительности

Показатели, единицы измерения	Уровень общительности		
	Низкий, 1-я группа (n = 22)	Средний, 2-я группа (n = 42)	Высокий, 3-я группа (n = 35)
Возраст, лет	52,23 ± 1,32	50,36 ± 1,43	49,14 ± 1,19
Длительность заболевания, лет	8,59 ± 1,08	9,70 ± 1,02	8,27 ± 1,01
Индекс массы тела, кг/м ²	27,92 ± 0,72	28,51 ± 0,75	28,56 ± 0,61
Образование, лет	12,18 ± 0,60	13,23 ± 0,32	13,49 ± 0,38
СрСАД, мм рт.ст.	141,36 ± 3,65	142,17 ± 2,14	139,20 ± 2,47
СрДАД, мм рт.ст.	87,77 ± 2,48	86,41 ± 1,82	86,23 ± 1,59
Общительность, ВАШ, баллы	2,55 ± 0,17	6,02 ± 0,16 [°]	8,83 ± 0,13 ^{#,*}
Круг общения, кол-во лиц за сутки	9,73 ± 1,23	16,11 ± 1,72 [°]	16,72 ± 2,43 [#]
Число гипертонических кризов за год	1,99 ± 0,34	1,39 ± 0,19	0,91 ± 0,10 [#]

Примечания: # — отличия показателей при сравнении 1-й и 3-й групп достоверны ($p < 0,05$); * — отличия показателей при сравнении 2-й и 3-й групп достоверны ($p < 0,05$); ° — отличия показателей при сравнении 1-й и 2-й групп достоверны ($p < 0,05$).

общительности) относятся к умеренному уровню тревожности и достоверно не различаются. При этом у пациентов 3-й группы регистрируется достоверно более низкий уровень тревожности. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная отрицательная связь умеренной силы ($r = -0,44$; $p < 0,05$) между уровнем общительности и показателями теста Спилбергера.

Нами установлено существенное снижение КФ по МоСА-тесту у обследуемых групп пациентов с уменьшением уровня общительности по ВАШ. Причем зафиксированы достоверные отличия показателей КФ как между пациентами 1-й и 2-й групп, так и между 1-й и 3-й, 2-й и 3-й группами. При анализе персональных данных доля пациентов, у которых установлены КН, составила в 1-й группе 72,7 %, во 2-й — 50 % и в 3-й группе — 39,5 %. Корреляционный анализ позволил установить связи умеренной силы между уровнем общительности и показателями МоСА-теста ($r = +0,40$; $p < 0,05$), а также между КН по МоСА-тесту и уровнем тревожности ($r = -0,48$; $p < 0,01$) у всех наблюдаемых больных в целом. При проведении подобного анализа показателей отдельно по группам такая зависимость не достигала достоверной величины ($p > 0,05$), что можно объяснить малочисленностью групп наблюдения. Установлена корреляционная связь слабой силы между показателями круга общения и показателями теста Спилбергера, шкалы Бека, опросника McNair и результатами МоСА-теста ($p > 0,05$).

Результаты опросника McNair демонстрируют такую же тенденцию, как и тест МоСА: у пациентов 2-й и 3-й групп величина показателей на 19,9 и 36,1 % достоверно ниже относительно 1-й группы. Доля пациентов, набравших 43 балла и более по опроснику McNair (достигла патологических значений), в 1-й, 2-й и 3-й группах составила 27,3, 7,1 и 5,3 % соответственно. При помощи корреляционного анализа не удалось установить существенные связи между данными опросника McNair и другими изучаемыми показателями.

Отличия показателей КФ по МоСА-тесту и опроснику McNair заключаются в следующем. Средние показатели по группам по данным опрос-

ника McNair лежат в пределах «здоровых лиц», а по МоСА-тесту — только у пациентов 3-й группы.

Таким образом, по мере снижения уровня общительности отмечается нарастание КН и регистрируются неблагоприятные характеристики психофизиологического статуса пациентов. Большее снижение КФ и увеличение выраженности реактивной тревожности наблюдалось у больных с низким уровнем общительности.

Обсуждение

Для адекватной трактовки полученных данных необходимо определиться, что такое общительность касательно проведенного исследования. Так, термин «активность» происходит от латинского *activus* и означает энергичную, усиленную деятельность; деятельное участие в чем-либо; инициативность. Латинское *communico* означает «соединять», «сообщать», в английском языке *communication* применяется в том же значении, что и в русском языке «общение». Антиподом коммуникативной активности выступает пассивность, отсутствие интереса к общению, безучастное отношение к окружающим. Коммуникативная активность личности в психологической литературе определяется как [7]:

а) состояние взаимодействующих людей, которое характеризуется стремлением к установлению межличностных контактов, волевыми усилиями при их налаживании, целеустремленностью и инициативой в познании друг друга;

б) качество коммуникативной деятельности, в которой проявляется личность человека с его отношением к целям, форме и результатам общения и стремлением мобилизовать свои познавательные-волевые усилия на решение различных задач;

в) личностное образование, выражающее познавательный, эмоциональный и поведенческий отклик на обращение другого человека.

Безусловно, данное определение общительности является академически взвешенным. Однако необходимо выделить ключевые термины. Таковыми могут быть: «волевые усилия при налаживании межличностных контактов», «качество коммуникативной деятельности, в которой проявляется лич-

Таблица 2. Показатели психоземotionalной сферы и когнитивной функции у наблюдаемых больных в зависимости от уровня общительности, баллы

Показатели	Уровень общительности		
	Низкий, 1-я группа (n = 22)	Средний, 2-я группа (n = 42)	Высокий, 3-я группа (n = 35)
Шкала Бека	14,46 ± 1,09	11,76 ± 0,94	11,29 ± 0,98 [#]
Тест Спилбергера	40,05 ± 2,89	35,88 ± 1,57	27,20 ± 1,46 ^{#, *}
Тест самооценки памяти McNair	32,46 ± 2,67	25,98 ± 1,58 [°]	21,17 ± 1,61 ^{#, *}
МоСА-тест	24,46 ± 0,44	25,69 ± 0,29 [°]	26,80 ± 0,30 ^{#, *}

Примечания: [#] — отличия показателей при сравнении 1-й и 3-й групп достоверны ($p < 0,05$); [°] — отличия показателей при сравнении 1-й и 2-й групп достоверны ($p < 0,05$); * — отличия показателей при сравнении 2-й и 3-й групп достоверны ($p < 0,05$).

ность человека», «личностное образование». Перефразируя данные термины, хотим определить, что общительность по отношению к теме нашего исследования есть качество человека, реализуемое через волевые усилия, характеризующее его как социально активную личность и требующее существенной когнитивной активности.

Признано, что антиподом коммуникативной активности выступает пассивность, безучастное отношение к окружающим [17, 18].

Применительно к нашему исследованию антиподом общительности является депрессивное настроение. И это положение нашло подтверждение в результатах нашего исследования (связь показателей общительности и депрессивности, тревоги). Мы не можем согласиться с особенностями перевода с английского языка, что «коммуникабельность» является синонимом «общительности». Ведь как принято понимать в русской речи, коммуникабельность — это свойство человека легко и быстро устанавливать контакты с незнакомцами. А общительность — это нечто другое: свойство человека активно контактировать со многими людьми, быть в курсе новостей, активно заводить новых знакомых и поддерживать контакты со старыми друзьями.

Итак, общительность применительно к проведенному нами исследованию — один из критериев (социально) активного образа жизни и, что не менее важно, является активной когнитивной деятельностью.

Сложнее объяснить взаимосвязь КН и общительность. Прежде всего необходимо определиться, о каких именно КН идет речь. Изучаемые нами КН у пациентов с АГ относятся к разряду додементных КН, которые с 2003 года определяются как синдром умеренных когнитивных нарушений (СУКН) ([19].

Обычно развитие КН объясняют возрастной инволюцией головного мозга, развитием дисциркуляторной энцефалопатии, нарушением обмена катехоламинов в головном мозге. Однако если говорить о наблюдаемых нами пациентах с АГ, то у них следует предполагать гипертензивную энцефалопатию, генез которой укладывается в рамки гипертензивной ангиопатии [20, 21].

Однако понятие и генез энцефалопатии на международном уровне не являются общепризнанными. Именно поэтому в практику введено промежуточное между нормой и деменцией определение — СУКН.

В плане изучения СУКН наиболее актуальным вопросом является поиск оптимальных направлений профилактики и коррекции такого состояния, и прежде всего КН. Проведенные исследования позволяют утверждать, что целенаправленная фармакотерапия КН, лежащих в рамках СУКН, современными фармпрепаратами недостаточно эффективна. Большинство авторов признается, что наиболее эффективными средствами предупреждения развития и прогрессирования СУКН являются контроль

известных сердечно-сосудистых факторов риска, аэробные упражнения и когнитивная активность [22–24].

Если сердечно-сосудистые факторы риска известны, степень необходимой физической активности установлена, то определение степени когнитивной активности выполнить сложно. Так, некоторые авторы для предупреждения КН рекомендуют больше времени работать в Интернете. Однако в условиях Украины это трудновыполнимо — многие пациенты с АГ не имеют доступа/не владеют навыками работы с компьютером. К тому же в пожилом возрасте (основная группа риска КН) длительно работать за компьютером затруднительно. Поэтому мы сочли, что вышеуказанный критерий не будет достаточно объективным в наших условиях.

Именно поэтому для оценки степени когнитивной активности мы попытались оценить степень общительности. Хотим обратить внимание, что при оценке общительности мы избрали два критерия — круг общения (за исключением профессиональных контактов, например, продавец в магазине) и степень общительности по визуальной аналоговой шкале. Оказалось, данные ВАШ являются более объективным критерием оценки степени общительности, что подтверждается большим числом зависимостей между ВАШ и изучаемыми показателями. Отсюда вытекает вывод, который мы считаем принципиальным: предложенные нами критерии уровня общительности являются объективным инструментом оценки активности образа жизни, в частности при АГ, и связаны с течением АГ, КФ и эмоциональным состоянием пациентов.

Исходя из полученных результатов можно утверждать, что сам по себе уровень общительности не предопределяет развитие АГ. Так, пациенты, включенные в исследование, набирались случайным образом. При этом группы наблюдения в целом сравнимы по числу пациентов (то есть частота развития АГ не зависит от уровня общительности). Длительность АГ до включения пациентов в исследования между группами наблюдения также существенно не отличалась. Иначе говоря, АГ развивается вне зависимости от уровня общительности. Однако уровень общительности влияет на течение АГ: при низком ее уровне достоверно чаще развиваются гипертензивные кризы.

Важно то, что если примененные нами критерии оценки общительности достоверно связаны с показателями тревожности и депрессии (и это подтверждается другими исследователями), то, скорее всего, установленные нами зависимости других тестов также объективны и могут быть подтверждены в других условиях.

Взаимосвязи индивидуально-типологических свойств личности и развития АГ посвящено немало клинических, психологических исследований [25, 26]. Их трактовка рассматривается с нескольких позиций:

— признается, что изменение личности и заострение каких-либо ее черт происходит под непосредственным воздействием болезни и зависит от тяжести и течения патологического процесса;

— предполагается, что определенные свойства личности могут вести к развитию АГ.

Концепция кольцевой зависимости рассматривает соматические и психические расстройства при АГ как единый патологический процесс, при котором возникает порочный круг взаимовлияния соматического страдания и психических расстройств [26].

В нашем исследовании по мере снижения уровня общительности выявлено нарушение КФ, связанное с ростом тревожности и симптомов депрессии. Это положение не является новым, находит отражение в современных рекомендациях. Так, депрессия и тревога в свое определение включают элементы общительности, однако это разные понятия. В любом случае, рассматривать вопросы общительности без учета уровня тревоги и депрессии некорректно [27]. Однако наши результаты не позволяют ответить на вопрос, являются ли первичными нарушениями социальных контактов, что и вызывает усиление тревожных и депрессивных симптомов, либо депрессия ведет к снижению направленности на общение.

Выводы

1. Оценка уровня общительности является эффективным инструментом оценки активности образа жизни, в частности у пациентов с АГ.

2. Установлена зависимость КФ от уровня общительности у пациентов АГ II стадии. При этом по мере уменьшения уровня общительности выявлено снижение КФ, увеличение выраженности реактивной тревожности и симптомов депрессии. Установлена достоверная корреляционная связь умеренной силы КН с уровнем общительности ($r = +0,40$; $p < 0,05$) и тревожности ($r = -0,48$; $p < 0,05$) у обследуемых пациентов.

3. Уровень общительности оказывает влияние на ее течение: при низком уровне общительности развивается большее число гипертензивных кризов.

4. У наблюдаемых больных с низким уровнем общительности симптомы умеренной депрессии встречаются существенно чаще, чем у лиц с высоким уровнем общительности (40,9 и 21,1 % соответственно).

5. У пациентов с низким уровнем общительности признаки тревожности более выражены и достигают умеренной степени по сравнению с группой пациентов с высоким уровнем общительности, у которых признаки тревожности менее выражены и соответствуют низкому уровню. Установлена корреляционная связь между уровнем общительности обследуемых пациентов и реактивной тревожностью ($r = -0,44$; $p < 0,05$).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Захаров В.В. Когнитивные нарушения при артериальной гипертензии / В.В. Захаров, Н.В. Вахнина // *Нервные болезни*. — 2013. — № 3. — С. 16-21.
2. Черний В.И. Церебральная ишемия и когнитивные нарушения: актуальные вопросы / В.И. Черний, В.А. Яворская, Н.Ю. Бачинская // *Здоров'я України*. — 2016. — № 2(37). — С. 12-13.
3. Baskys A., Hou A.C. Vascular dementia: pharmacological treatment approaches and perspectives / A. Baskys, A.C. Hou // *Clinical Interventions in Aging*. — 2007. — № 2(3). — P. 327-335.
4. Артериальное давление и когнитивные функции у больных артериальной гипертензией в отдаленном периоде после инсульта / И.В. Дроздова, В.В. Храмова, Ю.А. Гончар [и др.] // *Международный медицинский журнал*. — 2015. — № 3. — С. 50-54.
5. Пилипович А.А. Умеренные когнитивные расстройства / А.А. Пилипович // *Consilium Medicum*. — 2016. — № 18(2). — С. 44-49.
6. Скугаревский О.А. Когнитивный дефицит второй половины жизни: поле неразрешимых противоречий терапевтических подходов / О.А. Скугаревский // *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*. — 2013. — № 1. — С. 58-70.
7. Васюра С.А. Коммуникативная активность представителей разных профессиональных групп / С.А. Васюра // *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. — 2009. — № 105. — С. 129-136.
8. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань». Наказ МОЗ України № 564 від 13.06.2016 / Офіційний сайт МОЗ України. — Режим доступу: www.moz.gov.ua.
9. Гакман А.В. Закордонний досвід рекреаційно-оздоровчої діяльності у рамках дозвілля з людьми похилого віку / А.В. Гакман, М.Ю. Байдюк // *Молодий вчений*. — 2016. — № 11(38). — С. 116-119.
10. Dajak Lidija. Health-related quality of life and mental health in the process of active and passive ageing / Lidija Dajak, Miroslav Mastilica, Stjepan Orešković Gorka Vuletić // *Psychiatry Danubina*. — 2016. — Vol. 28, № 4. — P. 404-408.
11. David Carlessa. The Bristol Active Life Project: Physical Activity and Sport for Mental / Health David Carlessa, Ketrina Douglas // *Sports-Based Health Interventions*. — 2015. — P. 101-115.
12. Challa Venkata Suresh Influence of various psychological correlates in cardiovascular disease patients / Challa Venkata Suresh, Nagendar Rao Yeedulapally // *IAIM*. — 2016. — № 3(5). — P. 24-28.
13. Jarett D. Berry. Social Avoidance and Long-Term Risk for Cardiovascular Disease Death in Healthy Men: The Western Electric Study / Jarett D. Berry, Donald M. Lloyd-Jones, Daniel B. Garside, Renwei Wang, Philip Greenland // *Annals of Epidemiology*. — 2007. — Vol. 17. — P. 591-596.
14. Чернышкова Е.В. Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей / Е.В. Чернышкова // *Фундаментальные исследования*. — 2012. — № 3. — С. 358-361.

15. Молчанова Ж.И. Исследование когнитивных функций у больных неврологического профиля: Методическое пособие // Ж.И. Молчанова, А.А. Соколова, Л.И. Анищенко. — Ханты-Мансийск: ХМГМА, 2013. — 38 с.
16. Nasreddine Z.S. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment / Z.S. Nasreddine // J. Am. Geriatr. Soc. — 2005. — № 53. — P. 695-699.
17. Беседин А.Н. Психология общения и конфликта / А.Н. Беседин. — Харьков: ХНАДУ, 2007. — 460 с.
18. Журавлева Л.А. К вопросу о классификациях видов общения / Л.А. Журавлева // Инновационная наука. — 2015. — № 7. — С. 181-186.
19. Petersen R.C. Mild cognitive impairment: a concept in evolution / R.C. Petersen, B. Caracciolo, C. Brayne [et al.] // Journal of Internal Medicine. — 2014. — Vol. 275. — P. 214-228.
20. Трусова Н.А. Дисциркуляторная энцефалопатия — letztesieue отечественной ангионеврологии / Н.А. Трусова, Н.О. Левина, О.С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2016. — № 2. — С. 11-17.
21. Свиридова Н.К. Когнітивні та емоційно-особистісні порушення у хворих на гіпертензивну енцефалопатію. Стан мозкового кровообігу при артеріальній гіпертензії (науковий огляд та особисті спостереження) / Свиридова Н.К. // Международный неврологический журнал. — 2016. — № 1(79). — С. 123-130.
22. Kenneth M. Langa. The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment. A Clinical Review / Kenneth M. Langa, Deborah A. Levine // JAMA. — 2014. — Vol. 312(23). — P. 2551-2561.
23. Tiia Ngandu. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FIN-GER): a randomised controlled trial / Tiia Ngandu, Jenni Lehtisalo, Alina Solomon [et al.] // The Lancet. — 2015. — Vol. 385, № 9984. — P. 2255-2263.
24. Sheung-Tak Cheng Mental and Physical Activities Delay Cognitive Decline in Older Persons with Dementia / Sheung-Tak Cheng, Pizze K. Chow, You-Qiang Song [et al.] // The American Journal of Geriatric Psychiatry. — 2014. — Vol. 22. — P. 63-74.
25. Ким А.С. Психологические факторы в структуре патоморфоза гипертонической болезни / А.С. Ким, Л.П. Юлдашева, В.В. Полетаев // Вестник КРСУ. — 2016. — Т. 16, № 3. — С. 8-41.
26. Косенкова О.И. Психосоциальные особенности больных артериальной гипертензией / О.И. Косенкова // Экология человека. — 2008. — № 7. — С. 43-46.
27. Марута Н.А. Тревожные расстройства в структуре психосоматической патологии (клинические проявления, диагностика, терапия) / Н.А. Марута // Здоров'я України. — 2016. — № 1(374). — С. 34-35.

Получено 10.04.2017 ■

Доценко М.Я., Герасименко Л.В., Боев С.С., Шехунова І.О.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Стан когнітивних функцій і психоемоційний статус у хворих на гіпертонічну хворобу залежно від рівня комунікабельності

Резюме. Актуальність. Численні дослідження продемонстрували роль артеріальної гіпертензії як незалежного фактора ризику розвитку та прогресування когнітивних розладів. На даний час надається велике клінічне значення факторам, що виявляють протективні властивості відносно когнітивних порушень, такі як динамічна фізична активність (поза професійних обов'язків), достатня когнітивна діяльність, орієнтована на вивчення нового і широкі спілкування. У зв'язку з цим видається цікавою проблема активності людини в спілкуванні у хворих на гіпертонічну хворобу і зв'язок рівня комунікабельності з показниками когнітивних функцій. **Метою роботи** було вивчення впливу рівня комунікабельності на розвиток когнітивних порушень і психоемоційний статус у хворих на артеріальну гіпертензію. **Матеріали та методи.** Обстежено 99 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії без супутніх захворювань, середній вік яких $50,34 \pm 0,79$ року. Тривалість захворювання в середньому становила $8,96 \pm 0,61$ року. Пацієнти були розділені залежно від самооцінки рівня комунікабельності за візуальною аналоговою шкалою на три групи. Для вивчення когнітивних порушень і психоемоційного статусу застосовували ряд нейропсихологічних тестів. **Результати.** Першу групу становили 22 хворих із низьким рівнем комунікабельності (2,55 бала за візуальною аналоговою шкалою), другу групу — 42 пацієнти із середнім рівнем комунікабельності (6,02 бала), і третю — 35 пацієнтів із високим рівнем комунікабельності (8,83 бала). Нами встановлено зниження когнітивних функцій по МоСА-тесту у обстежуваних груп пацієнтів зі зменшенням рівня комунікабельності. Частка пацієнтів, які показали наявність когнітивних порушень, у групах із різним рівнем комунікабельності становила 39,5, 50 і 72,7 % відповідно. Кореляційний аналіз дозволив встановити зв'язок помірної сили між рівнем комунікабельності і показниками МоСА-тесту ($r = +0,40$; $p < 0,05$), а також між когнітивними порушеннями за МоСА-тестом і рівнем тривожності ($r = -0,48$; $p < 0,01$) в усіх спостережуваних хворих. За даними тесту Спілбергера і результатами шкали Бека встановлено, що зі зниженням рівня комунікабельності пацієнтів за візуальною аналоговою шкалою реєструється збільшення реактивної тривожності і збільшення симптомів депресії. При проведенні кореляційного аналізу виявлено достовірний негативний зв'язок помірної сили ($r = -0,44$; $p < 0,05$) між рівнем комунікабельності і показниками тесту Спілбергера. **Висновки.** Оцінка рівня комунікабельності є об'єктивним інструментом оцінки активності способу життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Встановлено залежність когнітивної функції від рівня комунікабельності у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії. При цьому за мірою зменшення рівня комунікабельності виявлено зниження когнітивних функцій, збільшення вираженості реактивної тривожності і симптомів депресії.

Ключові слова: когнітивні порушення; артеріальна гіпертензія; рівень комунікабельності

N.J. Dotsenko, L.V. Gerasimenko, S.S. Boev, I.A. Shekhunova

State Institution "Zaporizhia Medical Academy of Post-Graduate Education of Ministry of Health of Ukraine",
Zaporizhzhia, Ukraine

The state of cognitive functions and psychoemotional status of the hypertensive patients depending on sociability level

Abstract. Background. Numerous studies have demonstrated the role of arterial hypertension as an independent risk factor of development and cognitive disorders progression. Currently, great clinical significance is attached to factors showing protective properties for cognitive functions, such as dynamic physical activity (outside professional duties), sufficient cognitive activity, focused on learning new and wide communication range. In this regard the problem of human activity in communication among hypertensive patients and the relationship between the level of sociability and cognitive functions are of interest. The **purpose** of the work was to study the influence of sociability level on the development of cognitive impairment and psychoemotional status in hypertensive patients. **Materials and methods.** 99 patients with hypertensive disease of stage II without comorbid diseases were examined; mean age was 50.34 ± 0.79 years. The average duration of the disease was 8.96 ± 0.61 years. Patients were divided into 3 groups according to the self-estimated level of sociability by visual analogue scale. The number of neuropsychological tests were used to study cognitive impairment and psychoemotional status. **Results.** The first group involved 22 patients with a low level of sociability (2.55 points by the visual analogue scale), the second group included 42 with an average level of sociability (6.02 points), and the third group included 35 patients with a high level of sociability (8.83 points).

It was established the decrease in cognitive functions according to the MoCA test in the patients of examined groups with poor sociability. The portion of patients showing cognitive impairment in the examined groups with different sociability level was 39.5, 50 and 72.7 %, respectively. The correlation analysis allowed reveal moderate relationship between the sociability level and the MoCA test ($r = +0.40$; $p < 0.05$), as well as between cognitive impairment according to the MoCA test and anxiety level ($r = -0.48$; $p < 0.01$) of all observed patients. According to the Spielberger test and the results of the Beck scale, it was found the increase in reactive anxiety and increase in symptoms of depression with decrease in the level of patients' sociability by the visual analogue scale. Correlation analysis revealed a significant moderate negative association ($r = -0.44$; $p < 0.05$) between the level of sociability and the Spielberger score. **Conclusions.** Estimation of sociability level is an objective tool for estimating lifestyle activity in hypertensive patients. The dependence of cognitive function deterioration on sociability level in hypertensive patients is established in patients with stage II. With decreasing of sociability level the deterioration of cognitive functions and increased reactive anxiety level and symptoms of depression are observed.

Keywords: cognitive impairment; arterial hypertension; level of sociability