

УДК 616.12-008.331.1:312-056.316.356.2-051

О. О. АЛІФЕР

/Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна/

Динаміка показників якості життя як критерій ефективності лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів різних вікових груп

Резюме

Артеріальна гіпертензія (АГ) незмінно залишається головним фактором ризику серцево-судинних захворювань, інвалідизації та передчасної смерті. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, АГ – найбільша в історії людства неінфекційна пандемія, яка визначає структуру серцево-судинної захворюваності та смертності.

Метою дослідження було визначення змін якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від вікового аспекту.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих на АГ, вік яких коливався від 51 до 76 років, в середньому (58,19±0,80) років. Серед жінок 11 були віком від 51 до 59 років (18,3 %), 12 – від 60 до 69 років (19,9 %), 9 – від 70 до 76 років (14,9 %); серед чоловіків 16 були віком від 54 до 65 років (26,6 %) та 12 – 66 років та старше (19,9 %).

Усім хворим на початку та наприкінці дослідження проводили офісне вимірювання систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску, оцінку якості життя за допомогою опитувальника SF-36.

Висновки. Показники ЯЖ пацієнтів з АГ статистично значно знижені за усіма шкалами опитувальника SF-36, за винятком шкали соціального функціонування (СФ). Чим вищим був ступінь зниження САТ і ДАТ, тим більше зростала оцінка фізичного та психічного компонентів здоров'я.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, якість життя, віковий аспект, опитувальник SF-36

За прогнозами ВООЗ, до 2020 року серцево-судинні захворювання (ССЗ) витіснять інфекційні хвороби як провідну причину смерті та інвалідності. Ці причини тісно пов'язані з артеріальною гіпертензією (АГ) – одним із найпоширеніших хронічних захворювань людини.

В Україні за останні 30 років епідеміологічна ситуація щодо хвороб системи кровообігу значно погіршилася: їх поширеність серед населення зросла в 3,5 раза, а рівень смертності – на 46 %. Найпоширенішою серед них є саме АГ – нараховується 11,9 млн хворих, з яких 5,0 млн хворих – особи працездатного віку. Станом на 1 січня 2017 року в Україні зареєстровано 12,1 млн хворих на АГ, що становить 32,2 % дорослого населення країни [1, 2].

Проблема лікування артеріальної гіпертензії, з огляду на очікувану в 2025 р. кількість в 1,5 млрд осіб з підвищеним артеріальним тиском, свідчить про необхідність впровадження як сучасних методів діагностики, так і найефективніших підходів до лікування.

На сьогоднішній день поширення артеріальної гіпертензії у чоловіків становить 42 %, у жінок – 38 %, і збільшується з віком.

Поінформованість пацієнтів про наявність у них підвищеного артеріального тиску теж залишає бажати кращого: 37,1 % чоловіків і 58,9 % жінок знають про наявність у них захворювання (отже, більше 60 % чоловіків і 40 % жінок не підозрюють про наявність артеріальної гіпертензії); отримують лікування 21,6 % чоловіків і 45,7 % жінок, але ефективність терапії (тобто досягнення цільових рівнів артеріального тиску) відзначена всього лише у 5,7 % чоловіків і 17,5 % жінок. Ці дані змушують пильно вивчати причини такого

становища. Слід підкреслити асоціацію АГ з іншими факторами ризику: з гіперхолестеринемією, курінням, надмірною масою тіла, гіподинамією [6–8].

З віком частота виявлення артеріальної гіпертензії збільшується більш ніж утричі: з 16,1 % у віці 25–34 роки до 51,5 % – у 55–64 роки. Поширення ІХС збільшується майже в 5 разів: з 7,2 % у віці 25–34 роки до 33,3 % – у 55–64 роки. Аналогічні тенденції характерні для динаміки поширення аритмій, однак їх частота зростає меншою мірою: з 1,5 % в осіб у 25–34 роки до 5,3 % – у віці 55–64 роки, тобто в 3,5 раза [9, 10].

В останні десятиліття підвищується інтерес до досліджень якості життя (ЯЖ) і роль цих досліджень у медицині зростає. Дослідження ЯЖ у медицині – це унікальний підхід, що дозволив принципово змінити традиційний погляд на проблему хвороби і хворого [13–15].

ЯЖ розглядається як пов'язана зі здоров'ям інтегральна характеристика фізичного, психологічного та соціального функціонування здорової або хворої людини, заснована на її суб'єктивному сприйнятті [17–19]. Кінцевою метою будь-якої терапії є збільшення тривалості життя і поліпшення його якості, у цьому зв'язку науковці приділяють увагу дослідженню ЯЖ дорослих пацієнтів з ВВС та розробці ефективних методів фізичної реабілітації та психосоціальної адаптації хворих.

На сьогодні вважають, що якість життя є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, що має в основі суб'єктивне сприйняття. У медицині якість життя стосу-

ється передусім стану здоров'я, тому в даному випадку коректно застосовувати поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (в англійській літературі «health-related quality of life») [21].

Основним інструментом для «кількісного» визначення якості життя є опитувальник. Усі існуючі на сьогодні опитувальники можна поділити за певними ознаками: за специфічністю, об'ємом, побудою та способом аналізу результатів, за респондентом, способом отримання інформації тощо [11, 12].

Мета – визначення змін у якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від вікового аспекту.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили на базі денного стаціонару ДАХК «АРТЕМ» м. Києва, що є однією з баз кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Об'єктом дослідження були хворі на гіпертонічну хворобу з помірним та високим ступенем ризику з урахуванням серцево-судинного ризику, ліпідного профілю та індексу маси тіла. ЯЗ визначали шляхом добровільного анкетування пацієнтів з використанням опитувальника SF-36.

На сьогодні обстежено 60 пацієнтів з АГ, серед яких 32 жінки (53,3 %) та 28 чоловіків (46,6 %). Вік обстежених коливався від 51 до 76 років та в середньому становив 58,19±0,80 років. При цьому 11 пацієнтів були віком від 51 до 59 років (18,3 %), 12 пацієнтів – від 60 до 69 років (19,9 %), 9 пацієнтів – від 70 до 76 років (14,9 %) жіночої статі та 16 пацієнтів чоловічої статі віком від 54 до 65 років (26,6 %), та 12 пацієнтів – у віці 66 років та старше (19,9 %).

Контрольну групу склали 36 практично здорових осіб.

Есенціальну артеріальну гіпертензію діагностували у пацієнтів з АГ, які не отримували раніше лікування з приводу цього захворювання, з 160 мм рт. ст. ≤ САТ < 180 мм рт. ст. і 100 мм рт. ст. ≤ ДАТ < 110 мм рт. ст. або з ізольованою систолічною гіпертензією (160 мм рт. ст. ≤ САТ < 180 мм рт. ст.) або у пацієнтів з АГ, у яких АТ не контролюється належним чином і які зараз отримують монотерапію протягом щонайменше 4 тижнів (за винятком пацієнтів, які отримують периндоприл 10 мг або амлодипін 10 мг) з приводу поєднаної систолічної й діастолічної гіпертензії (150 мм рт. ст. ≤ САТ < 180 мм рт. ст. і 95 мм рт. ст. ≤ ДАТ < 110 мм рт. ст.) або ізольованої систолічної гіпертензії (150 мм рт. ст. ≤ САТ < 180 мм рт. ст.).

Критеріями виключення з дослідження були наявна симптомна ортостатична гіпотензія; вторинна артеріальна гіпертензія; ізольована діастолічна артеріальна гіпертензія, яка визначалася при ДАТ > 90 мм рт. ст.; ускладнена артеріальна гіпертензія: відома гіпертензивна ретинопатія III або IV стадій, мікроальбумінурія; цукровий діабет 1 або 2 типів; ожиріння, яке визначалося при індексі маси тіла ≥ 32 кг/м²; наявність в анамнезі або на даний момент лімфатичного набряку або набряку нижніх кінцівок (однобічного або двобічного) венозного походження: раніше відомого або виявленого при клінічному огляді на візиті відбору, обумовленого блокуваннями кальцієвих каналів, особливо амлодипіном (що призвело до зниження дози амлодипіну шляхом титрування або відміни препарату); нестабільна стенокардія; порушення шлуночкового ритму; набряки, пов'язані із попереднім застосуванням інгібітора АПФ.

Тривалість участі пацієнтів у дослідженні становила 14 тижнів та включала візит на 4 та 12 тиждень лікування.

Більшість проаналізованих хворих на АГ були похилого і старечого віку. Контроль стану пацієнтів і результати клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень проводили на 4 та 12 тижні лікування.

Усім хворим на початку та наприкінці дослідження проводили офісне вимірювання САТ і ДАТ артеріального тиску з визначенням ЧСС, електрокардіографію (ЕКГ), біохімічне дослідження крові з визначенням кліренсу креатиніну.

Оцінку якості життя на початку та в процесі лікування визначали за допомогою опитувальника SF-36.

Обстежені на початку дослідження мали значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за шкалами РА, ЗЗ, СФ, РФЕ та ПЗ. За загальними показниками психічний компонент здоров'я був значно меншим від норми, тоді як фізичний компонент майже не відрізнявся від такого в нормальній популяції. Це свідчить про те, що в пацієнтів з м'якою та помірною АГ спостерігали більш значно виражене погіршення психоемоційного стану, ніж фізичного.

Ми визначили, що основні показники клініко-інструментального та біохімічного обстежень незалежно корелювали з показниками, що характеризували якість життя пацієнтів. Показник РФ достовірно корелював з віком (чим більшим він був, тим більше фізичний стан обмежував можливість виконувати роботу), рівнем середньодобового, денного та нічного САТ (чим вищим був тиск, тим більші фізичні обмеження мав пацієнт при виконанні повсякденної роботи).

Больові відчуття були пов'язані з тривалістю АГ (чим вона була більшою, тим частіше біль обмежував активність пацієнта), індексом маси тіла, наявністю ішемічної хвороби серця – стенокардії, наявністю цукрового діабету.

Оцінка ЗСЗ частіше була заниженою в пацієнтів з ознаками серцевої недостатності, з більш високим офісним САТ. Відчуття пацієнтом повноти життя залежало від віку (у людей похилого віку оцінка була вищою).

Оцінка обмежень пацієнта в спілкуванні залежала від рівня офісного САТ та наявності ознак серцевої недостатності.

Як виявилось, у хворих обох груп вихідні показники фізичного функціонування виявилися гіршими за аналогічні показники у практично здорових людей; на тлі лікування в 1 групі приріст становив 10,0, а в 2 – 3,1 бала (відмінність абсолютних значень 7) (табл. 1). Вплив фізичного стану на рольове функціонування (РФ) виявилось також меншим, ніж у здорових, причому навіть на тлі лікування, в процесі якого спостерігалось зростання показника, його величина так і не досягла належних значень у групі контролю. Інтенсивність болю (ІБ) мало відрізнялася від аналогічного показника здорових і в процесі лікування його величина достовірно не змінювалася.

Життєва активність (ЖА) на тлі лікування (12 тиждень) зросла в 2 групі з 50,2±3,9 до 38,8±3,9 балів. Соціальне функціонування (СФ) виявилось гіршим за відповідну величину показника у здорових, але в процесі лікування цей показник достовірно збільшився з 30,6±3,6 до 46,1±5,2 балів. Жодна з лікувальних програм не впливала на «вплив емоційного стану на рольове функціонування», «оцінку психічного здоров'я» і «психічний компонент здоров'я».

Таблиця 1. Зміни показників якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Показник за шкалою SF-36	Контрольна група (1-а група)		Базисна група (2-а група)	
	4 тиж-день	12 тиж-день	4 тиж-день	12 тиж-день
ФА – фізична активність, бали	22,3±3,6	43,8±4,2	21,4±2,8	26,8±1,7
РФ – рольове (фізичне) функціонування, бали	24,7±2,6	41,2±3,8	22,6±2,1	51,2±3,9
ІБ – інтенсивність болю, бали	33,5±2,8	50,9±3,2	28,4±3,7	55,9±4,8
ЗЗ – загальне здоров'я, бали	32,1±3,1	46,2±5,1	26,2±4,6	56,4±2,4
ЖА – життєва активність, бали	27,6±3,3	38,8±3,9	21,2±4,8	50,2±3,9
СФ – соціальне функціонування, бали	33,8±2,7	48,3±3,8	30,6±3,6	46,1±5,2
ПЗ – психологічне здоров'я, бали	38,1±4,6	40,2±3,5	27,4±2,7	45,8±3,2

Величина впливу емоційного стану на рольове функціонування після лікування в обох групах не досягла рівня здорової людини.

Під впливом антигіпертензивної терапії не тільки достовірно зменшувався АТ, а й значно покращувалася ЯЖ хворих (особливо психічний стан, значне погіршення якого спостерігали на початку дослідження).

У пацієнтів середнього і похилого віку спостерігали більш значне погіршення психічного стану здоров'я, ніж фізичного, яке тісно корелювало з рівнем АТ та наявністю ураження органів-мішеней або супутньої патології.

Висновки

Якість життя у хворих на АГ характеризується комплексним погіршенням показників якості життя: ФФ, впливу фізичного стану на РФ, ЗСЗ, ЖА, СФ, ПЗ. При цьому більшою мірою порушеними виявилися показники, що відображають фізичний стан здоров'я.

На початку дослідження обстежені мали значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за шкалами РФ, ЗСЗ, СФ, РФЕ та ПЗ. Показник РФ достовірно корелював з віком (чим він був більшим, тим більше фізичний стан обмежував можливість виконувати роботу), рівнем середньодобового, денного та нічного САТ (чим вищим був тиск, тим більші фізичні обмеження мав пацієнт при виконанні повсякденної роботи).

В обстежених пацієнтів з м'якою та помірною артеріальною гіпертензією фізичний стан здоров'я майже не відрізнявся від такого в здоровій популяції, тоді як психічний стан був значно гіршим, що тісно корелювало з рівнем артеріального тиску та наявністю ураження органів-мішеней або супутньої патології.

У пацієнтів середнього і похилого віку спостерігали більш значне погіршення психічного стану здоров'я, ніж фізичного, яке тісно корелювало з рівнем АТ та наявністю ураження органів-мішеней або супутньої патології. У хворих похилого віку значно частіше відмічалися ускладнення АГ, особливо порушення мозкового кровообігу. Після лікування таких хворих антигіпертензивними

фармакологічними засобами значно знижувалися як захворюваність, так і смертність від цієї патології

Психологічні показники виявилися менш зниженими, порівняно із показниками, що відображають фізичний стан здоров'я. Такі порушення мають вторинний характер, що залежить саме від фізичних характеристик.

Ефективна антигіпертензивна терапія сприяла покращенню оцінки стану здоров'я. Чим вищим був ступінь зниження систолічного і діастолічного артеріального тиску, тим більше зростала оцінка фізичного та психічного компонентів здоров'я.

Позитивні зміни оцінки стану якості життя залежали не тільки від зниження артеріального тиску, а й від вибору препарату та можливостей пацієнта придбати медикаменти (чим вона була більшою, тим більше покращувався психічний компонент здоров'я у хворих, які отримували стандартну антигіпертензивну терапію).

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

- Горбась І. М. Контроль артеріальної гіпертензії серед населення: стан проблеми за даними епідеміологічних досліджень / І. М. Горбась // Український терапевтичний журнал. – 2012. – № 2. – С. 21–26.
- Малая Л. Т. Артеріальна гіпертонія. Внутрішні хвороби / Л. Т. Малая, Л. А. Лапшина. – Харків: Університетська книга, 2012.
- Шейко Є. П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реалії та перспективи / Є. П. Шейко // Український терапевтичний журнал. – 2012. – № 1. – С. 13–16.
- Сіренко Ю. М. Артеріальна гіпертензія / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Родченко, І. М. Марзовенко // Український терапевтичний журнал – 2012. – № 4. – Р. 7–23.
- Adherence to long-term therapies: Evidence for action. – Geneva, WHO, 2013. – 198 p.
- Bardage C. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden / C. Bardage, D. Isacson // J. Clin. Epidemiol. – 2014. – Vol. 54. – P. 172–181.
- Functional status outcomes of patients with a coronary artery by pass graft over time / S. Barnason, L. Zimmermann, A. Anderson [et al.] // Heart Lung. – 2015. – Vol. 29. – P. 33–46.
- Quality of the life in treated hypertension: a cause-control community based study / C. Battersby, K. Hartley, A. Fletcher [et al.] // J. Hum. Hypertens. – 2015. – Vol. 9. – P. 981–986.
- Baroletti S. Medication Adherence in cardiovascular disease / S. Baroletti, H. Dell'Orfano // Circulation. – 2015. – Vol. 121. – P. 1455–1458.
- The effects of gender and age on health related behaviors / A. Deeks, C. Lombard, J. Michelmore, H. Teede // BMC Public Health. – 2009. – Vol. 9. – P. 213.
- Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension. – 2013. – Vol. 31. – P. 1281–1357.
- Factors associated with lack of awareness and uncontrolled high blood pressure among Canadian adults with hypertension / M. E. Gee, A. Bienek, F. A. McAlister [et al.] // Can. J. Cardiol. – 2012. – Vol. 28(3). – P. 375–382.
- Gender differences in hypertension treatment, drug utilization patterns, and blood pressure control among US adults with hypertension: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2004 / Q. Gu, V. L. Burt, R. Paulose-Ram, C. F. Dillon // Am. J. Hypertens. – 2013. – Vol. 21 (7). – P. 789–798.
- Antihypertensive medication use among US adults with hypertension / Q. Gu, R. Paulose-Ram, C. Dillon, V. Burt // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 213–221.
- Treatment of hypertension in the elderly / H. H. L. Ooi, P. L. Coleman, J. Duggan, Y. M. O'Meara // Current Opinion in Nephrology and Hypertension. – 2013. – Vol. 6 (5). – P. 504–509.
- Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1998 to 2014 / Y. Ostchega, C. F. Dillon, J. P. Hughes [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2015. – Vol. 55. – P. 1056–1065.
- Quality of life in arterial hypertension / A. Roca-Cusachs, J. Ametlla, S. Calero [et al.] // Med. Clin. (Barc). – 2014. – Vol. 98. – P. 486–490.

18. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension / A. Roca-Cusachs, A. Dalfo, X. Badia [et al.] // J. Hypertens. – 2013. – Vol. 19. – P. 1913–1919.
19. Sang Hui Chu. Gender Differences in Hypertension Control Among Older Korean Adults: Korean Social Life, Health, and Aging Project / Sang Hui Chu, Ji Won Baek, Eun Sook Kimetal // J. Prev. Med. Public Health. – 2015. – Vol. 48. – P. 38–47.
20. Stokes G. S. Management of hypertension in the elderly patients / G. S. Stokes // Clin. Interv. Aging. – 2014. – Vol. 4. – P. 379–389.
21. Amlodipine reduces predicted risk of coronary heart disease in high-risk patients with hypertension in Spain (The CORONARIA Study) / J. Zamorano, P. Rodriguez, J. Cosin [et al.] // J. Int. Med. Res. – 2013. – Vol. 36 (6). – P. 1399–1417.

Резюме

Динамика показателей качества жизни как критерий эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов разных возрастных групп

О. А. Алифер

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

Артериальная гипертензия (АГ) неизменно остается главным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, инвалидизации и преждевременной смерти. По определению Всемирной организации здравоохранения, АГ – крупнейшая в истории человечества неинфекционная пандемия, определяющая структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Целью исследования было определение изменений качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от возрастного аспекта.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных АГ, возраст которых колебался от 51 до 76 лет, в среднем (58,19±0,80) лет. Среди женщин 11 были в возрасте от 51 до 59 лет (18,3%), 12 – от 60 до 69 лет (19,9%), 9 – от 70 до 76 лет (14,9%); среди мужчин 16 были в возрасте от 54 до 65 лет (26,6%) и 12 – 66 лет и старше (19,9%).

Всем больным в начале и в конце исследования проводили офисное измерение систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, оценку качества жизни с помощью опросника SF-36.

Выводы. Показатели КЖ пациентов с АГ статистически значительно снижены по всем шкалам опросника SF-36, за исключением шкалы социального функционирования (СФ). Чем выше была степень снижения САД и ДАД, тем больше возрастала оценка физического и психического компонентов здоровья.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, возрастной аспект, опросник SF-36

Summary

Dynamics of quality of life indicators as a criterion for the effectiveness of treatment of arterial hypertension in patients of different age groups

O. O. Alifer

O. O. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Arterial hypertension is invariably the main risk factor for cardiovascular disease, disability and premature death. According to the World Health Organization, arterial hypertension – the largest in the history of mankind is a non-infectious pandemic that determines the structure of cardiovascular morbidity and mortality.

The purpose of the study was to determine the changes in quality of life in patients with hypertension, depending on the age aspect.

Materials and methods. We examined 60 patients with hypertension, ages ranging from 51 to 76 years, on average (58,19±0,80) years. Among women, 11 were 51 to 59 years of age (18.3%), 12 – from 60 to 69 years (19.9%), 9 – from 70 to 76 years (14.9%); Among men, 16 were 54 to 65 years of age (26.6%) and 12 – 66 years and older (19.9%).

All patients at the beginning and at the end of the study performed office measurement of systolic and diastolic arterial pressure, life quality assessment using the SF-36 questionnaire.

Conclusions. The incidence of AA in patients with hypertension is statistically significantly lowered in all scales of the SF-36 questionnaire, with the exception of the social functioning scale (SF). The higher the degree of reduction of the CAT and DAT, the greater the assessment of the physical and mental components of health.

Key words: arterial hypertension, quality of life, age aspect, questionnaire SF-36