

УДК 616.12-008.331.1-06:616.831-085:612.013.004.12

О.М. БАРНА, д. мед. н., професор; О.О. АЛІФЕР

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

Якість життя та її зміни під впливом лікування у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в практиці сімейного лікаря

Резюме

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одна з найбільш значущих проблем охорони здоров'я у всьому світі, пов'язана з виникненням таких ускладнень як інсульт, інфаркт міокарда, серцева і ниркова недостатність, які зумовлюють високу інвалідизацію людей і значні економічні витрати.

Мета дослідження – вивчення фізичного і психічного компонентів якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в процесі лікування.

Матеріали та методи. У дослідження включено 126 хворих з верифікованим діагнозом первинної АГ, які були поділені на 3 групи залежно від ступеня захворювання і контрольну групу, яку склали 43 особи. Пацієнти 1, 2, 3 груп отримували впродовж 6 місяців комбінацію препаратів – інгібіторів АПФ і антагоністів кальцію (Са). Порівняльну оцінку параметрів якості життя проводили за допомогою опитувальника SF-36.

Результати. Після 6-місячної терапії в групах пацієнтів, які отримували лікування у вигляді фіксованої комбінації інгібіторів АПФ і антагоністів Са, спостерігали позитивну динаміку зміни ЯЖ за всіма шкалами опитувальника SF-36, а статистично значущі відхилення спостерігали за шкалами ФФ, ТБ, ПЗ, ЖА, ЗЗ.

Висновки. У процесі проведеного лікування виявлено, що показники якості життя безпосередньо залежать від ефективності лікування.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, антигіпертензивна терапія, якість життя, опитувальник SF-36

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найпоширеніших хронічних захворювань, метою терапії яких на сьогодні є не стільки одужання, скільки поліпшення функції кровообігу при задовільній якості життя [5, 6, 8, 13].

Відмінності між медичним висновком про ефективність лікування, зробленим лікарем на підставі результатів клінічного обстеження, і оцінкою хворим свого життя, можуть бути значними [12]. Це пов'язано із особливостями особи пацієнта, із обтяжливістю деяких діагностичних і лікувальних процедур (певні види терапії суб'єктивно можуть бути неприємнішими, ніж саме захворювання) та з побічними ефектами лікарських засобів, їх впливом на психоемоційну сферу тощо [1, 4, 7, 11]. Усе це переконує в необхідності широкого впровадження в клінічну практику комплексного підходу до оцінки стану хворих у процесі лікування і реабілітації з включенням інтегральних критеріїв їх суб'єктивного стану, а саме якості життя (ЯЖ), як заходів їх фізичного, психічного та соціального благополуччя [3, 10]. Критеріями ефективності лікування у світовій медичній практиці є тривалість та якість життя пацієнта [7, 14–16].

На жаль, робота лікаря загальної практики – сімейної медицини пов'язана з формальними критеріями оцінки результативності лікувально-діагностичних заходів. Кінцева мета допомоги хворим полягає не лише в стабілізації артеріального тиску, корекції факторів ризику та профілактиці фатальних ускладнень. Належної уваги потребує подовження якісного життя. Тому актуальним є визначення чинників, які сприяють підвищенню ефективності лікування хворих, що, в свою чергу, залежить від параметрів якості життя пацієнтів.

Мета дослідження – вивчення фізичного та психологічного компонентів якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в процесі лікування.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення мети роботи було обстежено 126 осіб з АГ II–III ступенів з помірним, високим та дуже високим серцево-судинним ризиком, серед яких було 72 жінки (57,2 %) та 54 чоловіки (42,8 %) у віці від 35 до 68 років. Середній вік обстежених становив $54,22 \pm 6,86$ роки. АГ II ступеня з помірним серцево-судинним ризиком мали 40 осіб (31,7 %), серед яких 22 жінки та 18 чоловіків; АГ II ступеня з високим та дуже високим серцево-судинним ризиком – 44 пацієнти (34,9 %), з них 24 жінки та 16 чоловіків; АГ III ступеня – 42 особи (33,3 %), з яких 24 жінки та 18 чоловіків.

Контрольну групу склали 43 практично здорових особи, які за гендерними та віковими показниками не відрізнялися від основної групи. Дані лабораторних методів дослідження порівнювали з контрольними показниками.

Пацієнтів, включених у дослідження, обстежували 4 рази (до лікування, на 1, 3 та 6 місяць лікування). Залежно від ступеня артеріальної гіпертензії та виду застосованого лікування всі пацієнти були поділені на три групи.

До першої групи ввійшли 40 пацієнтів з артеріальною гіпертензією II ступеня з помірним серцево-судинним ризиком, які отримували антагоністи кальцію (Са) в дозі 5 мг на добу.

Другу групу склали 44 пацієнти з артеріальною гіпертензією II ступеня з високим та дуже високим серцево-судинним ризиком,

які отримували комбіновану терапію: інгібітори АПФ та антагоністи Са в дозі 4/5 мг на добу.

До третьої групи увійшли 42 пацієнти з артеріальною гіпертензією III ступеня. Вони отримували комбіновану терапію – інгібітори АПФ та антагоністи Са в дозі 8/5 мг на добу. За потреби дозу збільшували до 8/10 мг на добу.

Залучення хворих до дослідження та виконання всіх передбачених протоколом дослідження процедур здійснено 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.

Визначення ступеня та стадії АГ проводили на підставі сучасної класифікації Українського товариства кардіологів та Клінічних рекомендацій з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension (ESH)) та Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology (ESC)) 2013 року. Згідно з цією класифікацією, артеріальною гіпертензією вважають підвищення систолічного артеріального тиску (САТ) до 140 мм рт. ст. і вище або діастолічного артеріального тиску (ДАТ) до 90 мм рт. ст. і вище, якщо таке підвищення є стабільним, тобто підтверджується при повторних вимірюваннях артеріального тиску (АТ).

При кожному візиті проводили реєстрацію побічних явищ та визначали необхідність зміни антигіпертензивної терапії (АГТ). Окрім того, у випадку, коли пацієнт припиняв участь у дослідженні, проводили визначення причини: наявність побічного ефекту, неефективність терапії, порада родичів або друзів, економічний фактор тощо.

Збір анамнезу проводили згідно зі свідченнями пацієнтів та даними медичної документації. Офісний АТ вимірювали в положенні пацієнта сидячи вранці між восьмою та десятою годинами. Реєстрацію САТ та ДАТ проводили на одній і тій же руці три рази з інтервалом у дві хвилини, якщо величини АТ не різнилися більше як на 5 мм рт. ст. При виявленні більшої різниці між отриманими величинами проводили четверте вимірювання та обчислювали середнє значення з трьох послідовних вимірювань. Частоту серцевих скорочень (ЧСС) визначали після другого вимірювання. Реєстрацію електрокардіограми (ЕКГ) проводили перед початком лікування та наприкінці.

Анкетування хворих з метою оцінки якості життя проводили за допомогою Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36, російськомовна версія, з адаптованим українським перекладом, рекомендована Міжнародним центром дослідження якості життя) при кожному візиті.

Анкета включає 36 пунктів, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольова діяльність (РФ), тілесний біль (ТБ), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), емоційний стан та психічне здоров'я (ПЗ). Пацієнт вибирав відповідь на запропоноване запитання, кожна відповідь оцінювалася у балах. При формуванні тієї або іншої шкали ці бали складали та математично обробляли за стандартними формулами. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я.

Фізичне функціонування (ФФ) відображає ступінь, у якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом сходами, переміщення важких речей тощо). Низькі показники за даною шкалою означають, що фізична активність пацієнта значно обмежена станом його здоров'я.

Рольове функціонування (РФ) – вплив фізичного стану на щоденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних

обов'язків). Низькі показники за даною шкалою означають, що повсякденна діяльність значно обмежена станом пацієнта.

Тілесний біль (ТБ) – вплив болю на можливість займатися активною повсякденною діяльністю, включаючи домашню роботу. Низькі показники за даною шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

Загальний стан здоров'я (ЗСЗ) – оцінка пацієнтом свого стану здоров'я на сучасний момент та в перспективі лікування. Чим нижчий показник, тим нижча оцінка стану здоров'я.

Життєва активність (ЖА) – відображає відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, безсилим.

Цифровий матеріал, отриманий при клінічних спостереженнях та лабораторних дослідженнях, оброблено за допомогою методів варіаційного аналізу. Для створення бази даних і аналізу отриманих результатів використовували електронні таблиці Excel-2010 і програму статистичної обробки матеріалу Statistica 10.0 for Windows 2010 для роботи з персональним комп'ютером. Для оцінки міжгрупової різниці застосовували параметричний t-критерій Стьюдента; для визначення зв'язків між показниками – кореляційний аналіз за Пірсоном та ранговий за Спірменом; для порівняння частоти змін – критерій Фішера. Проводили перевірку гіпотези про рівність середніх значень параметрів у досліджуваних групах при заданій достовірності 0,95 і на основі цього робили висновок щодо значимості відповідного показника. Достовірно вважали різницю при $p < 0,05$. Результати представлені у вигляді $M \pm \sigma$.

Результати та їх обговорення

Останніми роками як оптимальну схему антигіпертензивної терапії все частіше розглядають комбіноване застосування двох класів препаратів з альтернативним механізмом дії. Комбінована терапія найефективніше запобігає ураженню органів-мішеней і сприяє зменшенню числа серцево-судинних ускладнень. Результати оцінки якості життя у пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36 наведені у таблиці 1.

Аналіз показників ЯЖ хворих на АГ на початку дослідження виявив, що у пацієнтів з АГ II ступеня з помірним серцево-судинним ризиком, порівняно з пацієнтами з АГ II ступеня з високим серцево-судинним ризиком достовірно ($P < 0,001$) більш високі показники ЯЖ за такими шкалами як життєва активність (ЖА) – $80,0 \pm 3,93$ балів, та рольове емоційне функціонування (РЕФ) – $56,0 \pm 3,29$ балів. Дещо знижені показники соціального функціонування (СФ), психічного здоров'я (ПЗ) – $34,5 \pm 5,19$ та $40,31 \pm 2,23$ балів відповідно. У пацієнтів з АГ II ступеня з високим серцево-судинним ризиком та III ступеня спостерігали суттєве зниження всіх показників ЯЖ, особливо виражене за шкалами СФ та ПЗ – до $34,5 \pm 5,2$ та $40,31 \pm 2,23$ балів відповідно, що свідчить про суттєвий вплив захворювання на ЯЖ пацієнта.

При порівнянні показників ЯЖ хворих з АГ II ступеня з високим серцево-судинним ризиком і хворих з АГ III ступеня достовірні відмінності виявлені за шкалами життєвої активності (ЖА) ($P1-P3 < 0,001$) та соціального функціонування (СФ) ($P1-P3 < 0,5$). У хворих з АГ II ступеня з високим серцево-судинним ризиком і III ступеня показники ЯЖ були невисокими самі по собі і достовірно не відрізнялися за жодною з шкал опитувальника ($P2-P3$ (ЖА) $< 0,001$; $P2-P3$ (СФ) $> 0,5$; $P2-P3$ (РФ) $< 0,5$; $P2-P3$ (ПЗ) $> 0,5$).

Отже, підвищення артеріального тиску асоціюється зі зниженням параметрів ЯЖ практично за усіма складовими життєдіяльності пацієнтів, що додатково вказує на необхідність відповідної корекції показника АТ.

Серед показників, що характеризують фізичний стан (табл. 2), у пацієнтів з АГ II ступеня з високим та дуже високим серцево-судинним ризиком в першу чергу зростали показники загального стану здоров'я (ЗСЗ) – 88,2±2,78 балів, фізичного функціонування (ФФ) – 82,6±2,86 балів та тілесного болю (ТБ) – 87,1±3,16 балів.

У хворих першої групи якість життя на початку дослідження, порівняно з показниками ЯЖ обстежених групи контролю, була вірогідно ($p < 0,05$) зниженою за всіма шкалами: фізичне функціонування (ФФ) було нижчим у 1,56 раза, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) – у 1,63 раза, інтенсивність болю (ТБ) у 1,26 раза, загальний стан здоров'я (ЗЗ) у 1,25 раза, життєва активність (ЖА) у 0,12 раза, соціальне функціонування (СФ) у 1,51 раза, роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) у 1,41 раза, психічне здоров'я (ПЗ) у 1,25 раза, ($p < 0,05$).

У процесі лікування показники ЯЖ за шкалами ФФ, РФ, ТБ, ЗЗ, що відображають фізичний стан пацієнта, та за шкалами СФ, РЕФ, ПЗ, ЖА, які характеризують психосоціальний статус, значно покращувались, але не сягали показників контролю, що підтверджува-

лося достовірним зниженням цих показників ($p < 0,05$). При аналізі показників компонента психічного здоров'я ЯЖ у хворих на АГ залежно від статі виявлено статистично достовірне ($P3-P4 < 0,5$) зниження показника РФ, який був у 2 рази вищим у чоловіків з АГ, ніж у жінок з АГ (53,8±0,01 проти 23,4±0,03 балів). Слід зазначити, що наявність високого показника СФ як у чоловіків, так і у жінок, хворих на АГ (62,7±0,01 проти 63,6±0,02 балів ($P3-P4 > 0,5$)), свідчить про збереження соціальних контактів при АГ, незважаючи на прогресування захворювання.

При порівнянні показників якості життя хворих другої групи з показниками ЯЖ обстежених групи контролю при першому візиті було встановлено, що наявність патології вірогідно ($p < 0,05$) погіршувала ЯЖ за всіма шкалами, що відображають фізичний стан та психосоціальний статус пацієнтів: ФФ було знижено у 1,99 раза, РФ у 1,80 раза, ТБ – у 1,35 раза, ЗСЗ – у 1,63 раза, ЖА – у 1,52 раза, СФ – у 2,03 раза, РЕФ – у 2,08 раза, ПЗ – у 1,58 раза.

При порівнянні показників якості життя у хворих третьої групи з показниками обстежених групи контролю на початку лікування

Таблиця 1. Показники якості життя за компонентом психологічного здоров'я у пацієнтів з різними ступенями артеріальної гіпертензії (за даними опитувальника SF-36; $M \pm m$)

Ступінь АГ, група, кількість хворих	Показники ЯЖ			
	ЖА (життєва активність), бали	СФ (соціальне функціонування), бали	РФ (рольове та емоційне функціонування), бали	ПЗ (психічне здоров'я), бали
Контрольна група n=43	97,6±0,92	96,7±2,68	84,6±1,26	98,8±2,46
I (1) n=40	80,0±3,93	31,5±5,19	56,0±3,29	40,31±2,23
II (2) n=44	56,6±3,54	34,5±6,08	57,56±3,86	36,9±2,79
III (3) n=42	53,9±4,7	34,5±5,2	56,0±3,29	40,31±2,23
Достовірність відмінностей (P) між групами 1, 2, 3				
P1–P2	<0,001	<0,1	<0,1	<0,05
P1–P3	<0,001	<0,5	<0,05	<0,01
P2–P3	<0,001	>0,5	<0,5	>0,5
Pk–P1	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Pk–P2	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Pk–P3	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Таблиця 2. Показники якості життя за компонентом фізичного здоров'я у пацієнтів з різними ступенями артеріальної гіпертензії (за даними опитувальника SF-36; $M \pm m$)

Ступінь АГ, група, кількість хворих	Показники ЯЖ			
	ФФ (фізичне функціонування), бали	РФ (рольове функціонування), бали	ТБ (тілесний біль), бали	ЗЗ (загальне здоров'я), бали
Контрольна група n=43	96,4±0,86	94,6±2,18	92,6±1,42	98,8±0,54
I (1) n=40	82,6±2,86	68,7±4,02	87,1±3,16	88,2±2,78
II (2) n=44	54,2±4,68	32,4±5,19	36,0±6,12	42,26±2,68
III (3) n=42	49,8±3,4	28,6±4,12	47,1±3,92	28,8±4,16
Достовірність відмінностей (P) між групами 1, 2, 3				
P1–P2	<0,001	<0,1	<0,1	<0,05
P1–P3	<0,01	<0,5	<0,05	<0,01
P2–P3	<0,001	>0,5	<0,5	>0,5
Pk–P1	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Pk–P2	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Pk–P3	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

реєстрували зниження ЯЖ за всіма шкалами, що відображають фізичний стан та психосоціальний статус пацієнтів. Так, ФФ був зниженим у 2,07 раза, РФ – у 1,96 раза, ТБ – у 1,44 раза, ЗСЗ – у 1,78 раза, ЖА – у 1,59 раза, СФ – у 2,10 раза, РЕФ – у 1,89 раза, ПЗ – у 1,99 раза ($p < 0,05$).

У процесі лікування в пацієнтів третьої групи показники ЯЖ за всіма шкалами, що відображають фізичний стан пацієнта, та за шкалами, які характеризують його психосоціальний статус, дещо покращувались, але через 6 місяців лікування ще значно відрізнялись від показників контролю ($p < 0,05$), при цьому вони залишались зниженими: ФФ у 1,86 раза, РФ – у 1,72 раза, ТБ – у 1,26 раза, ЗСЗ – у 1,23 раза, ЖА – у 1,32 раза, СФ – у 1,21 раза, РЕФ – у 1,20 раза, ПЗ – у 1,26 раза. В результаті, показник ФА у хворих третьої групи залишався нижчим за показник ФФ у хворих другої групи в 1,79 раза, РФП – у 1,58 раза, ТБ – у 1,22 раза, ЗСЗ – у 1,21 раза, ЖА – у 1,24 раза, СФ – у 1,13 раза, РЕФ – у 1,19 раза, ПЗ – у 1,24 раза ($p < 0,05$).

При порівнянні показників якості життя у хворих другої та третьої груп на початку лікування вірогідної різниці не спостерігали. Через 3 місяці лікування показники ЯЖ у хворих третьої групи, порівняно з показниками пацієнтів другої групи, були нижчими ($p < 0,05$) за всіма шкалами, що відображають фізичний стан та психосоціаль-

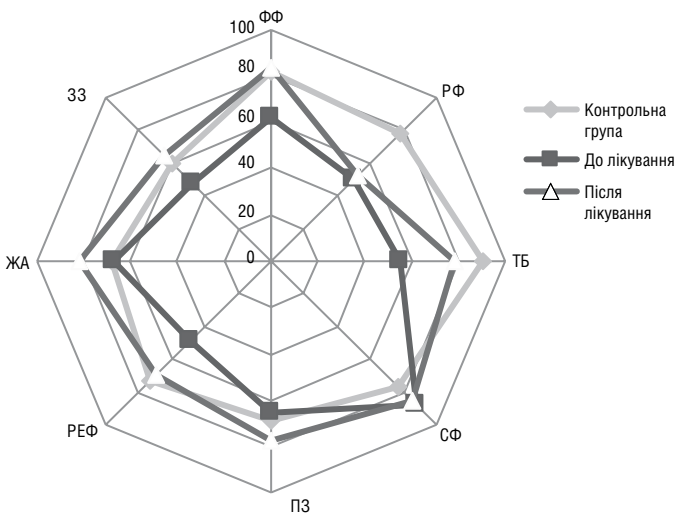


Рис. 1. Динаміка показників якості життя у обстежених хворих під час антигіпертензивного лікування

Таблиця 3. Зміна показників якості життя в обстежених пацієнтів на фоні антигіпертензивного лікування на початку та наприкінці дослідження (за даними опитувальника SF-36; $M \pm m$)

Показники, бали	На початку дослідження, n=126	Наприкінці дослідження, n=126	Достовірність різниці, P
ФФ	66,2±0,8	68,6±0,8	<0,05
РФ	37,7±1,2	48,4±1,3	<0,001
ТБ	63,6±0,8	62,20±0,42	НД
ЖА	53,1±0,3	52,5±0,6	НД
РЕФ	41,7±1,3	51,9±1,4	<0,001
СФ	55,10±0,5	58,9±0,5	<0,001
ЗСЗ	35,1±0,47	48,60±0,15	<0,001
ПЗ	53,9±0,6	56,2±0,7	<0,001

Примітка. ФФ – фізичне функціонування, РФ – рольове функціонування, ТБ – тілесний біль, ЖА – життєва активність, РЕФ – рольове емоційне функціонування, СФ – соціальне функціонування, ПЗ – психічне здоров'я.

ний статус пацієнтів, а через 6 місяців різниця між показниками стала ще більшою, оскільки їх позитивна динаміка в процесі лікування у пацієнтів другої групи була значущою.

Додавання ноотропної терапії у пацієнтів третьої групи на другому візиті показало, що на 30 добу лікування стан пацієнтів суттєво покращувався, що відобразилось на показниках ЯЖ: достовірно зросли всі показники психічного компонента: ФФ з 73,8±18,84 до 81,25±16,21; РФ з 53,8±29,55 до 73,75±28,65; ТБ з 44,2±19,42 до 61,65±14,87 та ЗСЗ з 45,1±8,54 до 55,2±6,87 ($p < 0,05$). Оцінка якості життя показала, що при застосуванні ноотропних препаратів, незважаючи на віковий розподіл, наприкінці дослідження спостерігалось суттєве підвищення показників якості життя, як фізичного, так і психологічного здоров'я.

Якість життя хворих на артеріальну гіпертензію визначається ступенем артеріальної гіпертонії і добовим профілем артеріального тиску: погіршення якості життя відзначається при наявності II ступеня артеріальної гіпертонії помірного, високого та дуже високого серцево-судинного ризику, найгірші показники якості життя спостерігаються при АГ III ступеня.

Через 6 місяців лікування показники за всіма шкалами прогресивно покращувались і майже сягали показників контролю, що підтверджувалося їх достовірними значеннями (рис. 1).

Найбільші позитивні зміни (збільшення відповідно на 22,1, 26,7 та 19,7 %) виявлено за показниками РФ, СФ та РЕФ (табл. 3). Тобто, під впливом АГ покращувалася адаптація пацієнта у суспільстві. Фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) змінився значно більшою мірою, ніж психічний компонент (ПКЗ), що й зрозуміло, адже саме фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) був значно нижчим за нормальні значення, тоді як психічний компонент здоров'я (ПКЗ) суттєво не відрізнявся від норми.

Висновки

У обстежених пацієнтів з артеріальною гіпертензією реєстрували значне, порівняно з контрольною групою, зниження оцінок за всіма показниками якості життя, а особливо значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним станом (рольове функціонування). Загальний показник фізичного здоров'я був значно зниженим, тоді як загальний показник психічного компонента здоров'я значно не відрізнявся від нормального для популяції.

Аналіз показників ЯЖ хворих на АГ на початку дослідження виявив, що у пацієнтів з АГ II ступеня з помірним серцево-судинним ризиком, порівняно з хворими з АГ II ступеня з високим та дуже високим серцево-судинним ризиком, достовірно ($P < 0,001$) вищі показники ЯЖ за такими шкалами як життєва активність (ЖА) – 80,0±3,93 балів, та рольове функціонування (РФ) – 56,0±3,29 балів. Це свідчить про те, що у пацієнтів цих двох груп найбільше страждає фізичний компонент якості життя.

У пацієнтів з АГ II ступеня з високим серцево-судинним ризиком та III ступеня на початку дослідження спостерігали суттєве зниження всіх показників ЯЖ за шкалами СФ та ПЗ – до 34,5±5,2 та до 40,31±2,23 балів відповідно, що свідчить про суттєвий вплив захворювання на психічний компонент ЯЖ пацієнта.

Після проведеного 6-місячного комбінованого антигіпертензивного лікування, найбільш позитивні зміни (збільшення відповідно на 22,1; 26,7 та 19,7 %) відбувалися з показниками РФ, СФ та РЕФ. Тобто, під впливом АГ покращувалася адаптація пацієнта у суспільстві. Фізичний компонент здоров'я змінився значно більше у першій та другій групах, а психічний компонент наблизився до

значень контролю у третій групі, що свідчить про ефективність лікування.

Додавання ноотропної терапії пацієнтам третьої групи на другому візиті показало, що на 30 добу лікування стан пацієнтів суттєво покращувався, що відобразилось на показниках ЯЖ: достовірно зросли всі показники психічного компонента: ФФ з $73,8 \pm 18,84$ до $81,25 \pm 16,21$; РФ з $53,8 \pm 29,55$ до $73,75 \pm 28,65$; ТБ з $44,2 \pm 19,42$ до $61,65 \pm 14,87$ та ЗЗ з $45,1 \pm 8,54$ до $55,2 \pm 6,87$ ($p < 0,05$).

Оцінка якості життя показала, що при застосуванні ноотропних препаратів, незважаючи на віковий розподіл, наприкінці дослідження спостерігалось суттєве підвищення показників якості життя, як фізичного, так і психологічного здоров'я.

Список використаної літератури

- Bardage C. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden / C. Bardage, D. Isacson // J. Clin. Epidemiol. – 2001. – Vol. 54. – P. 172–181.
- Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time / S. Barnason, L. Zimmermann, A. Anderson [et al.] // Heart Lung. – 2000. – Vol. 29. – P. 33–46.
- Quality of life in treated hypertension: a cause-control community based study / C. Battersby, K. Hartley, A. Fletcher [et al.] // J. Hum. Hypertens. – 2010. – Vol. 9. – P. 981–986.
- Effect of highversus low-frequency exercise training in multidisciplinary cardiac rehabilitation on health-related quality of life / M. Berkhuysen, W. Nieuwland, B. Buuk [et al.] // J. Cardiopulmonary Rehabil. – 2012. – Vol. 19. – P. 22–28.
- Beto J. Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials / J. Beto, V. Bansal // Amer. J. Hypertens. – 2011. – Vol. 5. – P. 125–133.
- Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance and quality of life / A. Coelho, R. Coelho, H. Barros [et al.] // Rev. Port. Cardiol. – 2013. – Vol. 16. – P. 873–883.
- Differences in behavior profile between normotensive subjects and patients with whitecoat and sustained hypertension / R. Coelho, A. Santos, L. Ribero [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2011. – Vol. 46. – P. 15–27.
- The relationship between health status and blood pressure in urban African Americans / B. DeForge, D. Stewart, M. DeVoe-Weston [et al.] // J. Nat. Med. Assoc. – 2012. – Vol. 90. – P. 658–664.
- Doll H. Obesity and physical and emotional well being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire / H. Doll, S. Petersen, S. Stewart-Brown // Obes. Res. – 2013. – Vol. 8. – P. 160–170.
- Erickson S. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by unreported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal control / S. Erickson, B. Williams, L. Gruppen // J. Hum. Hypertens. – 2012. – Vol. 15. – P. 539–548.
- The compliance evaluation test: a validated tool for detection of nonadherence among hypertensive treated patients / X. Girerd, J. Fourcade, G. Brillet [et al.] // J. Hypertens. – 2011. – Vol. 19. – P. 74.
- Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service specialise / X. Girerd, O. Hanon, K. Anagnostopoulos [et al.] // Presse Med. – 2011. – Vol. 30. – P. 1044–1048.
- Adverse events of blood pressure lowering drugs: evidence of high incidence in a clinical setting / C. B. C. Goncalves, L. B. Moreira, M. Gus, F. D. Fuchs // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 2007. – Vol. 63. – P. 973–978.
- Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study / R. Grimm, G. Grandits, J. Cutler [et al.] // Arch. Intern. Med. – 1997. – Vol. 157. – P. 638–648.
- Quality of life in relation to overweight and body fat distribution / T. S. Han, M. Tjhuis, M. Lean, J. Seidell // Amer. J. Public Health. – 1998. – Vol. 88. – P. 1814–1820.
- <http://www.sf-36.com>

Резюме

Качество жизни и ее изменения под влиянием лечения у пациентов с артериальной гипертензией в практике семейного врача

О.Н. Барна, О.А. Алифер

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Артериальная гипертензия (АГ) – одна из наиболее значимых проблем здравоохранения во всем мире, связанная с возникновением таких осложнений как инсульт, инфаркт миокарда, сердечная и почечная недостаточность, которые обуславливают высокую инвалидизацию людей и значительные экономические затраты.

Цель исследования – изучение физического и психического компонентов качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией в процессе лечения.

Материалы и методы. В исследование включено 126 больных с верифицированным диагнозом первичной АГ, которые были поделены на 3 группы в зависимости от степени заболевания и контрольную группу, которую составили 43 человека. Пациенты 1, 2, 3 групп принимали в течение 6 месяцев комбинацию препаратов ингибиторов АПФ и антагонистов Са. Сравнительную оценку параметров качества жизни проводили с помощью опросника SF-36.

Результаты. После 6-месячной терапии в группах пациентов, получавших лечение в виде фиксированной комбинации ингибиторов АПФ и антагонистов Са, наблюдалась положительная динамика изменения КЖ по всем шкалам опросника SF-36, а статистически значимые отклонения наблюдались по шкалам ФФ, ТБ, ПЗ, ЖА, ОЗ.

Выводы. В процессе проведенного лечения выявлено, что показатели качества жизни напрямую зависят от эффективности лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, качество жизни, опросник SF-36

Summary

Quality of life and its changes under the influence of treatment in patients with arterial hypertension in the practice of the family doctor

O. M. Barna, O. O. Alifer

O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv

Arterial hypertension (AH) is one of the most significant public health problems in the world, related to the occurrence of such complications as stroke, myocardial infarction, cardiac and renal insufficiency, which cause high disability of people and significant economic costs.

The **aim** of the study was to study the quality of life of the physical and mental component in patients with arterial hypertension during treatment.

Materials and methods. The study included 126 patients with a verified diagnosis of primary hypertension, which were divided into 3 groups depending on the degree of the disease and a control group of 43 people. Patients of 1,2,3 groups received within 6 months a combination of drugs of ACE inhibitors and Ca antagonists. A comparative assessment of the quality of life parameters was carried out using the SF-36 questionnaire.

Results. After a 6-month therapy in the groups of patients treated as a fixed combination of ACE inhibitors and Ca antagonists, there was a positive change in QoL in all scales of the SF-36 questionnaire, and statistically significant abnormalities were observed on the scales of PF, BP, PH, SF, GH.

Conclusions. In the process of treatment, it was revealed that the quality of life indicators directly depend on the effectiveness of treatment.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive therapy, quality of life, SF-36 questionnaire