

РАДЧЕНКО Г.Д.¹, МАРЦОВЕНКО І.М.², СІРЕНКО Ю.М.¹¹ІНЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ²Сумський кардіологічний диспансер

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ (РЕЗУЛЬТАТИ 6-МІСЯЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Резюме. У статті наведені результати оцінки якості життя пацієнтів із артеріальною гіпертензією, які брали участь у 6-місячному спостереженні, та її зміни під впливом антигіпертензивної терапії (АГТ). Для цього було обстежено 1055 пацієнтів із різним ступенем підвищення артеріального тиску (АТ), які були під наглядом лікарів загальної практики. Усім пацієнтам на початку та наприкінці спостереження проводили анкетування за шкалою SF-36 для оцінки якості життя.

Дослідження показало, що обстежені пацієнти мали значне порівняно зі здоровою популяцією зниження оцінок за всіма показниками якості життя, особливо відмічалися значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, обумовлені як фізичним, так і психічним станом (рольове функціонування). Загальний показник фізичного компонента здоров'я (ФКЗ) був значно зниженим, у той час як загальний показник психічного компонента здоров'я (ПКЗ) значно не відрізнявся від нормального для популяції. При рівні систолічного артеріального тиску (САТ) ≥ 160 мм рт.ст., наявності ішемічної хвороби серця (ІХС), захворювань нирок, більшої кількості додаткових візитів до лікаря вірогідність виявлення високого ФКЗ зменшувалася відповідно на 38, 54, 65 та 24 % і, навпаки, збільшувалася при зловживанні алкоголем на 40 %, при високій початковій прихильності до лікування — на 40 %. Вірогідність високого ПКЗ зменшувалася при рівні САТ ≥ 160 мм рт.ст. на 32 %, наявності ІХС — на 23 %, захворювань нирок — на 44 %, високого рівня холестерину — на 41 % та збільшувалася при високій фізичній активності на 37 % та високій прихильності до лікування на 30 %. АГТ сприяла покращенню якості життя: достовірно збільшилися всі показники, що вивчалися, за винятком інтенсивності болю та життєвої активності, що достовірно не змінилися. При цьому наприкінці дослідження показники якості життя не досягали рівня здорової популяції. Покращення фізичного компонента якості життя спостерігалось у 55,1 % пацієнтів і асоціювалося з рівнем досягнутого САТ 130–139 мм рт.ст. (відносний ризик (OR) = 1,2; конфіденційний інтервал (CI) — 1,08–1,60; достовірність (P) = 0,02), але не з більш високим або більш низьким рівнем, віком пацієнта (OR = 1,024; CI 1,009–1,040; P = 0,002), зловживанням алкоголем (OR = 0,74; CI 0,57–0,95; P = 0,017), рівнем САТ на початку дослідження (OR = 1,019; CI 1,001–1,030; P = 0,02), наявністю захворювання нирок (OR = 1,76; CI 1,2–2,6; P = 0,003), ступенем початкового кардіоваскулярного ризику (OR = 1,4; CI 1,09–1,78; P = 0,008), лікуванням інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (OR = 1,54; CI 1,1–2,2; P = 0,011) або антагоністами кальцію (OR = 1,4; CI 1,03–1,89; P = 0,03). Призначена АГТ в основному не погіршувала психічне здоров'я пацієнтів. Зменшення ПКЗ спостерігалось лише у 7,7 % пацієнтів, що достовірно було пов'язано з прийомом бета-адреноблокаторів.

Згідно з визначенням ВООЗ, під здоров'ям розуміється повне відчуття фізичного, психологічного та соціального благополуччя [17, 18]. Це означає не тільки відсутність захворювання, але й можливість людини виконувати соціальну роль на роботі, у сім'ї та суспільстві. Коли пацієнт приходить до лікаря, він думає перш за все не про запобігання смерті, а про покращення самопочуття (часто звільнення від болю). Він надіється на те, що лікар допоможе покращити пов'язану зі здоров'ям якість життя, іншими словами — покращити функціональний статус, пов'язаний зі здоров'ям.

Пацієнт, як ніхто інший, знає, як він почувається. Хворий є найкращим експертом щодо визначення, як терапія допомагає йому. Проте пацієнту необхідно до-

помогти оцінити свій стан та зробити це стандартизовано. В останні 30 років із розвитком комп'ютерних та інформаційних технологій стало можливим проводити достовірні та валідні вимірювання якості життя. Ці вимірювання є значною мірою суб'єктивними, відображають стабільні, здатні до повторювання, залежні інформаційно відчуття пацієнта. З'явилася окрема спеціальність у медицині — психометрія, розроблено багато анкет, найпоширенішою серед яких на сучасний момент є тест SF-36 [17, 18, 20, 33, 34]. Ця анкета була нормована для загальної популяції у США, країнах Європи (Франція, Італія, Данія) та Австралії. Окрім того, визначення якості життя за допомогою тесту SF-36 з успіхом застосовувалося при різних захворюваннях

(хірургічні втручання, бронхіальна астма, серцева недостатність (СН), захворювання опорно-рухового апарату та ін.) [3, 5, 17, 18, 30, 33, 34].

У літературі існує не так багато робіт, присвячених вивченню якості життя у пацієнтів із артеріальною гіпертензією (АГ). У цих роботах демонструється, що в пацієнтів погіршення якості життя пов'язано саме з ускладненнями АГ [2, 4, 7–9, 11, 23, 28–30]. При цьому вказується, що погіршення якості життя може бути пов'язано з АГ та її ускладненнями, з призначеною для лікування АГ терапією та з психологічними симптомами, що виникають після діагностування АГ. Вплив підвищеного артеріального тиску (АТ) на стан якості життя невідомий.

Динаміка змін якості життя під впливом лікування найчастіше вивчалася серед пацієнтів, у яких значно виражені скарги: із серцевою недостатністю, фібриляцією передсердь, після перенесеного інсульту. У пацієнтів із м'якою та помірною АГ підвищений артеріальний тиск частіше виявляється випадково, скарги майже відсутні і тому вплив лікування на якість життя оцінювати важко. У дослідженні ЕПІГРАФ-2, що було проведене в Росії, показано, що комбіноване лікування еналаприлом малеатом та індапамідом сприяло більш вираженому покращенню фізичного та рольового функціонування й емоційного сприйняття, ніж лікування стандартними препаратами (бета-блокатори, діуретики, антагоністи кальцію) [1]. У ряді інших досліджень доведено, що довготривала антигіпертензивна терапія (АГТ) має позитивний вплив на якість життя, причому цей вплив може бути як при застосуванні плацебо, так і власне антигіпертензивних препаратів [1, 6, 15, 36].

Таким чином, покращення якості життя пацієнта з підвищеним АТ є дуже важливим компонентом АГТ і може розглядатися як проміжна кінцева точка оцінки ефективності АГТ.

У цій статті проведено оцінку якості життя у 1054 пацієнтів із АГ, які брали участь у 6-місячному спостереженні, та її зміни під впливом антигіпертензивної терапії. Дані щодо подібної популяції в Україні відсутні, адже таких досліджень в Україні майже не проводилося.

Матеріали та методи

У дослідження було включено 1055 пацієнтів із різним ступенем АГ. У 127 (12,1 %) хворих була перша стадія АГ, у 701 (66,4 %) — друга, у 227 (21,5 %) — третя. Один пацієнт вибув із спостереження. Розподіл пацієнтів залежно від рівня підвищення АТ на момент включення у дослідження наведено на рис. 1.

Як видно з рис. 1, у більшості пацієнтів — 434 (41,1 %) — спостерігалася помірне підвищення АТ, у 379 (35,9 %) хворих — м'яка АГ. Лише незначна частка

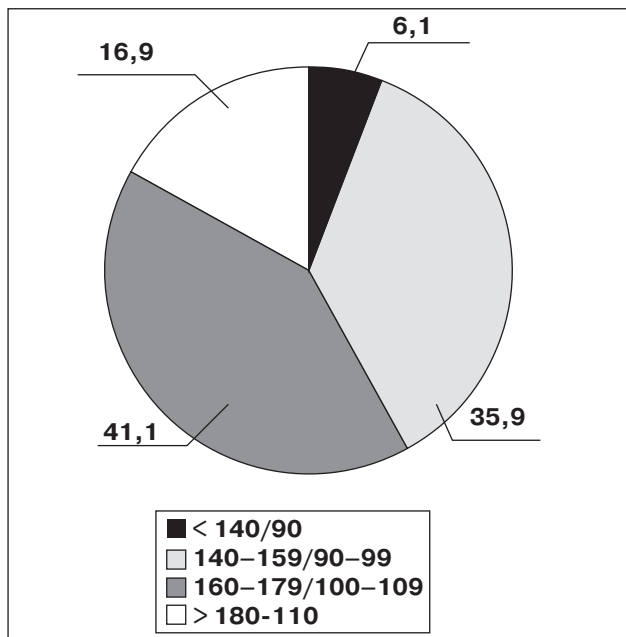


Рисунок 1. Розподіл обстежених пацієнтів залежно від рівня АТ (мм рт.ст.) на момент включення у дослідження

пацієнтів — 64 (6,1 %) — контролювали АГ (рівень АТ < 140/90 мм рт.ст.).

Основні клініко-демографічні характеристики включених у дослідження пацієнтів подано у табл. 1.

Як видно з табл. 1, більшість включених у дослідження пацієнтів були жінки середнім віком $53,6 \pm 0,3$ року з тривалістю АГ $9,4 \pm 0,4$ року. У 79,3 % хворих АГ була есенціальною. Середній індекс маси тіла пацієнтів становив $29,40 \pm 0,18$ кг/м². Це свідчило про те, що більшість із них мали надмірну масу тіла. У понад половини хворих із АГ (58,4 %) були супутні захворювання, а саме: 13,7 % перенесли мозковий інсульт, 39,5 % страждали від ІХС, 9,3 % перенесли інфаркт міокарда, 32 % мали клінічні ознаки СН (або на момент обстеження, або в анамнезі), 10,9 % — цукровий діабет переважно 2-го типу, 15,7 % — ураження нирок, серед них у більшості була діагностована протеїнурія (66,3 %); у 65,7 % виявлялася ретинопатія. Гіпертрофію лівого шлуночка, за даними ехокардіографії, мали 62,3 % обстежених хворих. Додаткові незалежні фактори серцево-судинного ризику: 13,8 % — паління (переважно чоловіки — 89 %), 59,4 % — обтяжена спадковість за наявності серцево-судинних захворювань, 55,5 % — підвищений рівень загального холестерину. Лише чверть обстежених мали вищу освіту, 41,8 % регулярно вживали алкоголь, 51,8 % — зловживали сіллю. За даними опитування, регулярно фізичні навантаження виконували 66,4 % пацієнтів, але майже у половини з них тривалість навантаження не перевищувала 30 хвилин, що є недостатнім для профілактики серцево-судинних ускладнень. Більшість (майже 70 %) виконували навантаження як рекомендовано — щонайменше 3 рази на тиждень.

Таблиця 1. Основні клініко-демографічні характеристики пацієнтів (n = 1055)

Показник, одиниці вимірювання	Значення показника (M ± m), n (%)
1	2
Вік, роки	53,6 ± 0,3
Чоловіки/жінки, n (%)	377 (35,7)/678 (64,3)
Індекс маси тіла, кг/м ²	29,40 ± 0,18
Середній рівень САТ, мм рт.ст.	159,80 ± 0,56
Середній рівень ДАТ, мм рт.ст.	95,60 ± 0,28
Середня ЧСС, уд/хв	78,1 ± 0,3
Есенціальна АГ, n (%)	837 (79,3)
Ренопаренхімна АГ, n (%)	218 (20,7)
Тривалість АГ, роки	9,4 ± 0,4
Супутні захворювання, n (%)	616 (58,4)
Освіта, n (%):	
— вища	261 (24,8)
— середня спеціальна	343 (32,5)
— середня	415 (39,4)
— незакінчена середня	36 (3,4)
Приймали ліки щодо АГ, n (%)	1014 (96,1)
— із них регулярно, n (%)	449 (44,3)
Інсульт в анамнезі, n (%)	145 (13,7)
Супутня ІХС, n (%)	417 (39,5)
Інфаркт міокарда в анамнезі, n (%)	98 (9,3)
Стенокардія напруження, n (%):	
— III ФК	34 (8,2)
— II ФК	254 (60,9)
— I ФК	70 (16,8)
Клінічні ознаки СН, n (%)	338 (32)
Цукровий діабет, n (%):	
— 1-й тип	115 (10,9)
— 2-й тип	108 (10,2)
	7 (0,7)
Із них лікують цукровий діабет, n (%):	
— дієтою	22 (20,4)
— пероральними препаратами	68 (63)
— інсуліном	10 (9,3)
Ураження нирок, n (%):	
— підвищення рівня креатиніну	166 (15,7)
— протеїнурія	31 (33,7)
— підвищення рівня креатиніну + протеїнурія	110 (66,3)
	25 (15,1)
Ретинопатія, n (%)	693 (65,7)
Підвищений рівень холестерину, n (%)	586 (55,5)
Паління:	
— жінки/чоловіки	146 (13,8)
— тривалість паління, роки	16 (11)/130 (89)
— кількість цигарок, шт/добу	19,10 ± 0,27
	13,80 ± 0,19
Наявність близьких родичів, які мали серцево-судинні захворювання в молодому віці, n (%)	627 (59,4)
Вогнищеві зміни на ЕКГ, n (%)	44 (4,2)
Динаміка на ЕКГ, n (%)	81 (7,7)
Індекс Соколова, мм	34,50 ± 0,27
Індекс тривалості Корнела, мм · мс	2240 ± 210

Закінчення табл. 1

1	2
ЕхоКГ-ознаки ГЛШ, n (%)	657 (62,3)
Регулярне вживання алкоголю, n (%)	441 (41,8)
Зловживання сіллю, n (%)	546 (51,8)
Регулярні фізичні навантаження, n (%)	700 (66,4)
Тривалість фізичного навантаження, n (%): — 10–15 хв — 15–30 хв — понад 30 хв	175 (25) 153 (21,9) 372 (53,1)
Частота фізичних навантажень, n (%): — 1–2 р/тижд — 3–4 р/тижд — понад 4 р/тижд	209 (29,9) 241 (34,4) 250 (35,7)

Примітка: ФК — функціональний клас.

Усім пацієнтам проводили вимірювання систолічного АТ (САТ) та діастолічного АТ (ДАТ) на початку дослідження й на етапах спостереження — 4 тижні та 6 місяців. Артеріальний тиск вимірювали в положенні сидячи тричі з інтервалом 1–2 хвилини. Визначали середнє з трьох вимірів. Частоту серцевих скорочень (ЧСС) визначали після другого вимірювання.

Визначення серцево-судинного ризику проводили на початку та наприкінці дослідження згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства артеріальної гіпертензії (2007). На розсуд лікаря пацієнтам проводили інші, крім указаних, інструментальні та лабораторні дослідження для визначення ураження органів-мішеней. При формуванні бази даних додатковий низький ризик приймали за 1, помірний — за 2, високий — за 3, дуже високий — за 4.

На кожному візиті проводили реєстрацію побічних явищ та визначали необхідність зміни АГТ. Окрім того, у випадку, коли пацієнт припиняв участь у дослідженні, проводили визначення причини: призначення іншого лікаря, наявність побічного ефекту, неефективність терапії, порада родичів або друзів, економічний фактор, інші.

На початку дослідження всім пацієнтам було запропоновано відповісти на запитання анкети: чи палите ви якщо палите, то скільки цигарок? скільки років палите? чи вживаєте алкоголь регулярно? скільки порцій на тиждень? якому алкогольному напою ви надаєте перевагу? яку освіту ви маєте? чи працюєте ви зараз? чи займаєтесь ви активними фізичними вправами? якщо так, то скільки часу ви приділяєте виконанню фізичних навантажень? чи вживаєте ви солону їжу? чи вживаєте ви свіжі овочі? як часто ви вживаєте свіжі овочі?

Анкетування пацієнтів, які були включені у дослідження для оцінки ефективності диспансеризації, включало визначення прихильності до терапії. Прихильність до АГТ визначалася за допомогою спеціальної анкети на основі бальної системи [12, 13]. Пацієнт

мав відповісти на 6 запитань. Якщо пацієнт ствердно відповідав на 3 і більше запитань, вважалося, що прихильність такого пацієнта дуже низька (приймається менше 50 % призначених ліків). Якщо він набирив 1–2 бали, прихильність визначалася як помірна (50–79 % призначених ліків) і якщо жодного балу, то прихильність дуже висока (80 % і більше призначених ліків).

Визначення якості життя проводили за допомогою спеціального тесту SF-36 [17, 18, 20, 33, 34]. Анкета включала 36 пунктів, що були згруповані у 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольова діяльність, інтенсивність болю (ІБ), 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 складаються та математично обробляються за стандартними формулами. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я. Фізичне функціонування відображає ступінь, у якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, хода, підйом по сходах, переміщення важких речей та ін.). 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. Інтенсивність болю — 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 — оцінка пацієнтом свого стану здоров'я на сучасний момент та в перспективі лікування. Чим нижчий показник, тим нижча оцінка стану здоров'я. Життєва активність — відображає відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, безсилим. Низький показ-

Таблиця 2. Середні показники якості життя новозеландської здорової популяції

Показники	Величина показника, бали	Кількість обстежених
ФФ	86,8 ± 21,6	3197
РФ	81,6 ± 34,5	3179
ІБ	78,7 ± 23,9	3167
ОСЗ	73,6 ± 20,3	3173
ЖА	67,9 ± 17,7	3170
СФ	88,1 ± 19,7	3204
РФЕ	87,3 ± 28,9	3142
ПЗ	80,0 ± 14,3	3164
ФКЗ	50,0 ± 9,8	3090
ПКЗ	51,3 ± 9,2	3090

ник свідчить про втому пацієнта, зниження його життєвої активності. Соціальне функціонування — визначає, якою мірою фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низький показник означає суттєве обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування через погіршення фізичного та емоційного стану. Рольове функціонування, що обумовлене емоційним станом (РФЕ), — дозволяє оцінювати, якою мірою емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Низький показник за цією шкалою інтерпретується як обмеження у виконанні повсякденної роботи, пов'язані з погіршенням емоційного стану. Психічне здоров'я — характеризує настрій, наявність депресії, стурбованості. Цей показник є загальним показником позитивних емоцій. Його низьке значення свідчить про існування депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя. Усі шкали формують два загальних показники: душевне та фізичне благополуччя. Фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) мають шкали ФФ, РФ, ІБ, ЗСЗ, психологічний компонент здоров'я (ПКЗ) — шкали ПЗ, РФЕ, СФ, ЖА. На цей час розроблено норми показників здоров'я [17]. Так, загальні показники мають бути більше 50. Нормальні показники за даними новозеландського популяційного дослідження наведено у табл. 2 [37].

Пацієнти, які були включені у дослідження, отримували лікування згідно з призначенням лікуючих лікарів. Лікування могло змінюватися залежно від потреби. Було рекомендовано 5 основних груп препаратів: бета-адреноблокатори, діуретики, антагоністи кальцію, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) або блокатори рецепторів до ангіотензину II. Якщо лікарі вважали, що потрібно призначити препарат іншої групи, то мали право це зробити. Окрім АГТ, ми враховували також призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) та статинів.

Статистичну обробку результатів проводили після створення баз даних у системах Microsoft Excel та Access.

Середні показники обстежених пацієнтів визначали за допомогою пакета аналізу в системі Microsoft Excel. Усі інші статистичні розрахунки проводили за допомогою програми SPSS 13.0. Достовірність різниці середніх між групами визначалася спочатку методом незалежного t-тесту для середніх. Після проведення аналізу на характер розподілу проводили кореляційний аналіз за методикою Spearman. Визначали коефіцієнт кореляції (r). Для визначення незалежних факторів кореляції проводили лінійний одно- та багатфакторний регресійний аналіз виявлення стандартизованого коефіцієнту β при достовірному 95% конфіденційному інтервалі (CI).

Результати та їх обговорення

Результати оцінки якості життя за 8 шкалами та загальними показниками здоров'я у пацієнтів, включених у дослідження, наведено на рис. 2 і 3. Як видно з рис. 2, на початку включення у дослідження обстежені пацієнти мали значне порівняно зі здоровою популяцією зниження оцінок за всіма шкалами. Особливо низькими були показники за шкалами, що характеризували рольове функціонування. Тобто у пацієнтів, включених у дослідження, відмічалися значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, обумовлені як фізичним, так і психічним станом. Загальний показник ПКЗ значно не відрізнявся від нормального для популяції значення, а загальний показник фізичного здоров'я був значно меншим (рис. 3).

Таким чином, у популяції пацієнтів, які були включені у наше дослідження, спостерігалася значне погіршення якості життя. У дослідженні F. Mena-Martin зі співавторами, в якому брали участь 466 пацієнтів, було показано, що погіршення якості життя у пацієнтів із АГ більшою мірою пов'язано з психологічними змінами, що відбуваються у людини після того, як вона довідується про наявність у неї захворювання. Адаже показники, що характеризують якість життя, були кращими саме у пацієнтів, які до включення у дослідження не знали про наявність у них АГ [25]. Серед пацієнтів із

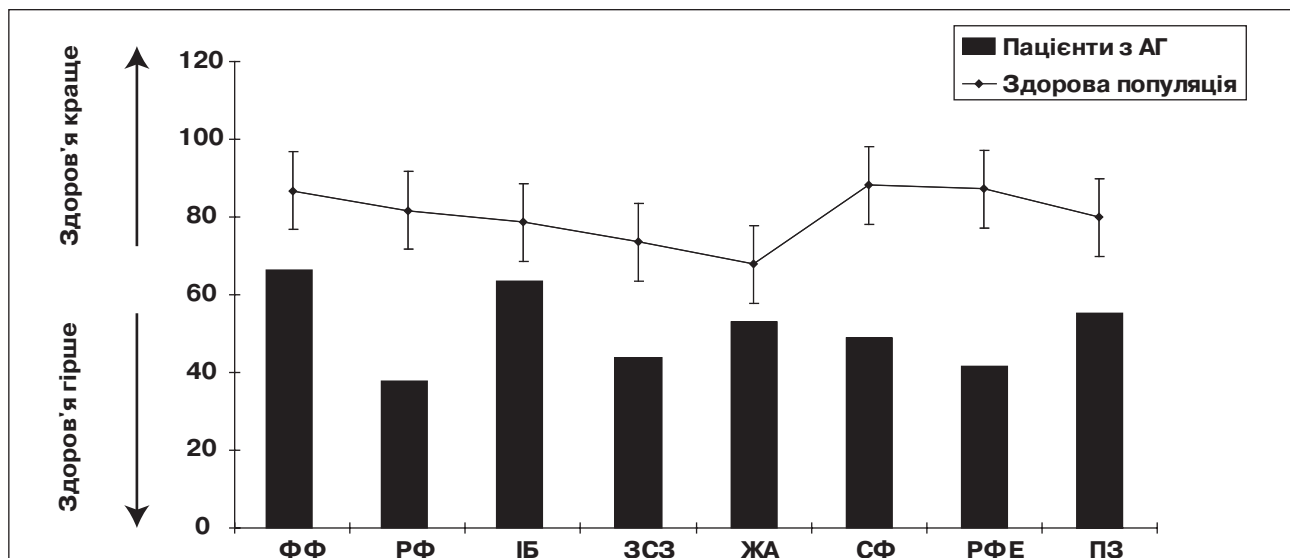


Рисунок 2. Оцінка здоров'я за 8 шкалами: ФФ — фізичне функціонування, РФ — рольове функціонування, ІБ — інтенсивність болю, ЗСЗ — загальний стан здоров'я, ЖА — життєва активність, СФ — соціальне функціонування, РФЕ — рольове функціонування, пов'язане з емоційним станом, ПЗ — психічне здоров'я

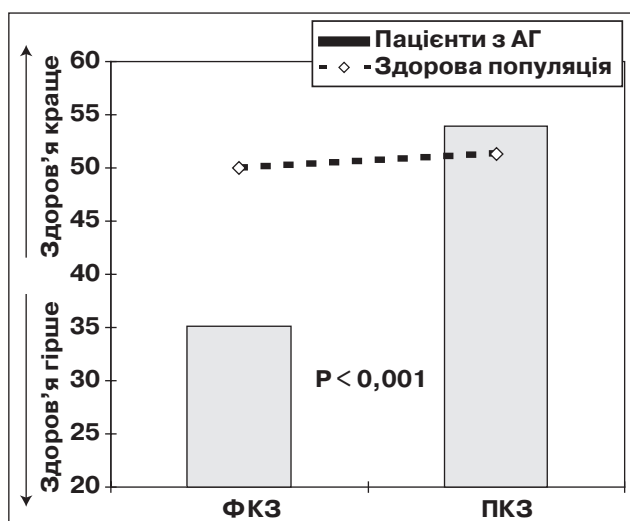


Рисунок 3. Загальні показники здоров'я (ФКЗ — фізичний компонент здоров'я, ПКЗ — психічний компонент здоров'я) в обстежених пацієнтів

неускладненою АГ достовірно більш низькою була лише величина фізичного функціонування та загального стану здоров'я. Загальні шкали, що характеризували фізичне та психічне здоров'я, за своїми величинами достовірно не відрізнялися між групами.

В аналогічному дослідженні Р. Korhonen зі співавторами у пацієнтів із середнім рівнем САТ/ДАТ 143/86 мм рт.ст. ФКЗ був вищим, ніж у наших пацієнтів, — $44,0 \pm 9,9$ бала у тих, хто знав про АГ, та $46,6 \pm 9,5$ бала у тих, хто не знав, проти $35,1 \pm 0,47$ бала в нашому дослідженні [22]. Частково це можна пояснити більшою тяжкістю стану хворих у нашому дослідженні: більший рівень АТ, наявність цереброваскулярних та серцевих захворювань (такі хворі у дослідження Р. Korhonen не виключалися). Щодо ПКЗ, то у нашо-

му дослідженні цей показник був порівнюваний із здоровою популяцією і майже такий, як у дослідженні Р. Korhonen ($53,2 \pm 9,3$ бала у тих, хто знав про АГ, та $52,1 \pm 10,3$ бала у тих, хто не знав). Тобто у більшості пацієнтів із АГ ментальний стан здоров'я страждає мало.

У подальшому було проведено кореляційний та регресивний аналізи для визначення основних показників клініко-інструментального обстеження, які незалежно корелювали з показниками, що характеризували загальну фізичну та психічну якість життя обстежених пацієнтів із АГ. Ці дані наведені у табл. 3 та 4. Як видно з табл. 3, показниками, з якими найбільше корелював ФКЗ, були: вік ($r = -0,24$; $P < 0,001$), тривалість АГ ($r = -0,23$; $P < 0,001$), ІХС ($r = -0,26$; $P < 0,001$), серцева недостатність ($r = -0,24$; $P < 0,001$), серцево-судинний ризик ($r = -0,3$; $P < 0,001$) та кількість додаткових візитів до лікаря ($r = -0,24$; $P < 0,001$), а також будь-які супутні захворювання ($r = -0,14$; $P < 0,001$), перенесений інсульт ($r = -0,109$; $P < 0,001$), рівень САТ ($r = -0,19$; $P < 0,001$) та ДАТ ($r = -0,124$; $P < 0,001$), захворювання нирок ($r = -0,149$; $P < 0,001$), зловживання алкоголем ($r = 0,138$; $P < 0,001$), прийом АСК ($r = -0,108$; $P < 0,001$) та підвищений рівень холестерину ($r = -0,16$; $P < 0,001$). Значно менша, але достовірна кореляція була з наявністю вищої освіти ($r = -0,063$; $P = 0,042$), прийомом антагоністів кальцію ($r = -0,067$; $P = 0,029$), блокаторів рецепторів до ангіотензину II ($r = -0,067$; $P = 0,021$) та фіксованих комбінацій ($r = -0,07$; $P = 0,025$), прихильністю хворих до лікування ($r = 0,062$; $P = 0,043$) та ЧСС на початку дослідження ($r = -0,062$; $P = 0,043$).

ПКЗ достовірно корелював із майже всіма показниками, що і ФКЗ, але не корелював із препаратами, які приймали пацієнти. Окрім того, спостерігалася до-

Таблиця 3. Показники, за якими спостерігалася достовірна кореляція за Spearman фізичного та психічного компонентів здоров'я пацієнтів на початку дослідження

Показники	ФКЗ	ПКЗ
Вік	-0,24; $P < 0,001$	-0,147; $P < 0,001$
Освіта (1 — вища, 0 — інша)	-0,063; $P = 0,042$	—
Тривалість АГ	-0,23; $P < 0,001$	-0,174; $P < 0,001$
Супутні захворювання	-0,14; $P < 0,001$	-0,14; $P < 0,001$
Прийом АК	-0,067; $P = 0,029$	-0,097; $P = 0,002$
Прийом блокаторів АІІ рецепторів	0,071; $P = 0,021$	—
Прийом фіксованих комбінацій	0,07; $P = 0,025$	—
Прийом АСК	-0,108; $P < 0,001$	—
Зловживання алкоголем	0,138; $P < 0,001$	0,082; $P = 0,008$
Фізична активність	—	0,14; $P < 0,001$
Прихильність до лікування на початку	0,062; $P = 0,043$	0,11; $P < 0,001$
Рівень САТ на початку	-0,19; $P < 0,001$	-0,26; $P < 0,001$
Рівень ДАТ на початку	-0,124; $P < 0,001$	-0,16; $P < 0,001$
ЧСС на початку	-0,062; $P = 0,043$	-0,094; $P = 0,002$
Маса тіла	—	-0,089; $P = 0,004$
Інсульт в анамнезі	-0,109; $P < 0,001$	-0,11; $P < 0,001$
ІХС	-0,26; $P < 0,001$	-0,22; $P < 0,001$
ІМ в анамнезі	-0,105; $P = 0,001$	-0,084; $P < 0,001$
СН	-0,24; $P < 0,001$	-0,21; $P < 0,001$
ЦД	-0,083; $P = 0,007$	-0,1; $P < 0,001$
Захворювання нирок	-0,149; $P < 0,001$	-0,18; $P < 0,001$
Підвищення холестерину	-0,16; $P < 0,001$	-0,22; $P < 0,001$
Серцево-судинний ризик	-0,3; $P < 0,001$	-0,3; $P < 0,001$
Кількість додаткових візитів до лікаря	-0,24; $P < 0,001$	-0,26; $P < 0,001$

стовірна кореляція з фізичною активністю ($r = 0,14$; $P < 0,001$) та масою тіла ($r = -0,089$; $P = 0,004$).

Показники ФКЗ та ПКЗ зворотно корелювали з фармако-економічними показниками, а саме з сумою грошей, яку пацієнт витрачав на придбання медикаментів за останні три місяці ($r = -0,22$; $P < 0,001$ та $-0,18$; $P < 0,001$); із кількістю днів непрацездатності ($r = -0,07$; $P = 0,023$ та $-0,12$; $P < 0,001$); із кількістю ($r = -0,19$; $P < 0,001$ та $-0,18$; $P < 0,001$) та тривалістю ($r = -0,2$; $P < 0,001$ та $-0,24$; $P < 0,001$) госпіталізацій; кількістю викликів бригади швидкої допомоги ($r = -0,21$; $P < 0,001$ та $-0,31$; $P < 0,001$). Це скоріше говорить про те, що пацієнти в більш тяжкому стані потребують більш затратного лікування та саме тяжкість стану призводить до зниження якості життя.

У подальшому для виявлення показників, які незалежно були пов'язані з якістю життя, ми провели регресійний аналіз. Результати наведено у табл. 4. Якщо ФКЗ або ПКЗ були більшими за 50 балів, то приймалися за 1, якщо менше — 0. Як видно з табл. 4, при однофакторному аналізі вік був фактором, що зменшував вірогідність високих як ФКЗ, так і ПКЗ. Наприклад,

при віці ≥ 55 років на 49 % рідше ФКЗ становив ≥ 50 балів та на 23 % — ПКЗ.

АГТ не була пов'язана достовірно з якістю життя, за винятком того, що прийом АК асоціювався зі зменшенням вірогідності високого ПКЗ на 19 %. Проте при високій прихильності хворих до АГТ вірогідність високих ФКЗ та ПКЗ збільшувалася достовірно на 40 та 30 % відповідно.

Зловживання алкоголем збільшувало вірогідність високої якості життя на 45 та 30 % відповідно для ФКЗ та ПКЗ, що викликало деяке здивування. Можливо, саме ті хворі, які мали кращу якість життя, могли дозволити собі зловживати алкоголем, а не ті, які мали більш значні обмеження щодо здоров'я. Підвищена фізична активність пацієнтів достовірно збільшувала вірогідність лише високого ПКЗ на 53 %.

Тяжкість стану пацієнтів також достовірно асоціювалася зі зменшенням якості життя. Так, при рівні САТ ≥ 160 мм рт.ст. вірогідність наявності ФКЗ та ПКЗ > 50 балів достовірно зменшувалася відповідно на 53 та 48 %, при наявності супутніх захворювань: перенесеного інсульту — на 62 та 44 %, ІХС — на 69 та 49 %,

Таблиця 4. Показники, за якими спостерігалася достовірна кореляція фізичного та психічного компонентів здоров'я пацієнтів на початку дослідження за даними одно- та багатфакторного регресійного аналізу

Показники	ФКЗ		ПКЗ	
	Однофакторний	Багатфакторний	Однофакторний	Багатфакторний
Вік	0,95; CI 0,93–0,97; P = 0,024	0,98; CI 0,96–0,99; P = 0,05	0,98; CI 0,95–0,99; P = 0,04	НД
Вік > 55 років	0,51; CI 0,38–0,69; P < 0,001	НД	0,77; CI 0,60–0,99; P = 0,043	НД
Тривалість АГ	НД		0,97; CI 0,96–0,99; P = 0,007	НД
Супутні захворювання	НД		0,98; CI 0,96–0,99; P = 0,001	НД
Прийом АК	НД		0,81; CI 0,70–0,94; P = 0,007	НД
Зловживання алкоголем	1,45; CI 1,1–1,9; P = 0,007	1,4; CI 1,01–1,8; P = 0,043	1,3; CI 1,01–1,66; P = 0,04	НД
Фізична активність	НД		1,53; CI 1,2–1,9; P = 0,001	1,33; CI 1,01–1,7; P = 0,039
Прихильність до лікування на початку	1,4; CI 1,2–1,7; P < 0,001	1,5; CI 1,2–1,8; P < 0,001	1,3; CI 1,1–1,6; P = 0,006	1,24; CI 1,03–1,51; P = 0,027
Рівень САТ на початку	0,98; CI 0,97–0,99; P = 0,001	0,99; CI 0,98–0,99; P = 0,021	0,97; CI 0,96–0,98; P < 0,001	0,98; CI 0,97–0,99; P < 0,001
Рівень САТ на початку > 160 мм рт.ст.	0,47; CI 0,34–0,62; P < 0,001	0,62; CI 0,46–0,85; P = 0,003	0,52; CI 0,40–0,67; P < 0,001	0,68; CI 0,51–0,89; P = 0,005
Рівень ДАТ на початку	НД		0,97; CI 0,95–0,98; P < 0,001	НД
ЧСС на початку	0,98; CI 0,95–0,99; P = 0,009		0,98; CI 0,96–0,99; P = 0,001	НД
Інсульт в анамнезі	0,38; CI 0,22–0,64; P < 0,001	НД	0,56; CI 0,4–0,8; P = 0,001	НД
ІХС	0,31; CI 0,22–0,43; P < 0,001	0,49; CI 0,33–0,73; P < 0,001	0,51; CI 0,4–0,6; P < 0,001	0,68; CI 0,51–0,9; P = 0,007
ІМ в анамнезі	0,61; CI 0,39–0,94; P = 0,028	НД	0,73; CI 0,5–0,99; P = 0,046	НД
СН	0,53; CI 0,39–0,70; P < 0,001	НД	0,63; CI 0,5–0,79; P < 0,001	НД
ЦД	0,44; CI 0,25–0,77; P = 0,004	НД	0,59; CI 0,41–0,85; P = 0,005	НД
Захворювання нирок	0,30; CI 0,18–0,51; P < 0,001	0,34; CI 0,20–0,59; P < 0,001	0,47; CI 0,33–0,65; P < 0,001	0,59; CI 0,41–0,85; P = 0,004
Підвищення холестерину	0,53; CI 0,39–0,70; P < 0,001	НД	0,461; CI 0,35–0,59; P < 0,001	0,63; CI 0,47–0,8; P = 0,002
Серцево-судинний ризик	0,52; CI 0,44–0,62; P < 0,001	НД	0,59; CI 0,5–0,7; P < 0,001	НД
Кількість додаткових візитів до лікаря	0,69; CI 0,61–0,78; P < 0,001	0,76; CI 0,67–0,87; P < 0,001	0,86; CI 0,81–0,92; P < 0,001	0,93; CI 0,86–0,99; P = 0,032

Примітка: тут і далі НД — недостовірно.

перенесеного інфаркту міокарда — на 39 та 27 %, ознак СН — на 47 та 37 %, ЦД — на 56 та 41 %, захворювань нирок — на 70 та 53 %. Чим більшим був ризик виникнення серцево-судинних ускладнень, тим меншою була кількість балів, що характеризували ФКЗ та ПКЗ. Окрім того, ПКЗ достовірно був пов'язаний із підви-

щеним рівнем холестерину. Можливо, через тяжкість стану пацієнти з гіршою якістю життя частіше відвідували лікарів.

При проведенні багатфакторного аналізу нами було виділено показники, які незалежно від інших достовірно асоціювалися з ФКЗ та ПКЗ. Ці дані подано у

табл. 4. Як видно з табл. 4, вірогідність високого ФКЗ зменшувалася при рівні САТ ≥ 160 мм рт.ст. на 38 %, ІХС — на 54 %, захворюваннях нирок — на 65 %, більшій кількості додаткових візитів до лікаря — на 24 % та збільшувалася при зловживанні алкоголем на 40 % та при високій прихильності до лікування — на 40 %. Вірогідність високого ПКЗ зменшувалася при рівні САТ ≥ 160 мм рт.ст. на 32 %, ІХС — на 23 %, захворюваннях нирок — на 44 %, високому рівні холестерину — на 41 % та збільшувалася при високій фізичній активності на 37 % та високій прихильності до лікування — на 30 %.

Зв'язок якості життя з прихильністю та ефективністю АГТ відмічено і в інших дослідженнях — чим краща якість життя, тим краща прихильність, тим більший ефект від призначеної терапії. І навпаки, чим краща прихильність, тим більший антигіпертензивний ефект, тим краща якість життя [7, 8]. За висловом F. Mena-Martin, покращення якості життя та забезпечення прихильності до терапії «дає можливість зупинити трансформування асимптомної людини в пацієнта» [25]. Тобто призначення лікування та наявність АГ не повинні ні фізично, ні психічно негативно впливати та стан людини.

За даними інших досліджень виявлено фактори, що мали зв'язок із якістю життя та, особливо, з її фізичним компонентом. Такими факторами були: серцево-судинні ускладнення, ожиріння, цукровий діабет, рівень АТ, побічні реакції при проведенні АГТ [10, 14, 16, 19, 21, 24, 26, 27, 31, 32, 35, 36]. Тобто саме ті, які й були виявлені у нашому дослідженні, що підтверджує відсутність будь-яких особливостей у популяції гіпертензивних пацієнтів в Україні.

Таким чином, пацієнти, які були включені у дослідження, мали низьку якість життя порівняно зі здоровою популяцією. Факторами, що були пов'язані зі зниженням фізичної та психічної активності, були рівень САТ та наявність таких супутніх станів, як ІХС та захворювання нирок. Більш висока якість життя асоцію-

валася також із високою прихильністю до лікування та зловживанням алкоголем.

Зміна показників, що характеризували якість життя на фоні призначеної АГТ, подана у табл. 5.

Як видно з табл. 5, на фоні лікування достовірно покращилася якість життя: збільшилися усі показники, що вивчалися, за винятком ІБ та ЖА, які достовірно не змінилися. При цьому наприкінці дослідження показники якості життя не досягали рівня здорової популяції (рис. 4). Найбільші позитивні зміни (збільшення відповідно на 22,1, 26,7 та 19,7 %) відбувалися з показниками РФ, СФ та РФЕ. Тобто під впливом АГТ покращувалася адаптація пацієнта у суспільстві. ФКЗ змінився значно більше, ніж ПКЗ, що і зрозуміло, адже саме ФКЗ був значно нижчий за нормальні значення, тоді як ПКЗ суттєво не відрізнявся від норми.

Наступним етапом нашої роботи було визначення показників, пов'язаних із покращенням загальних показників якості життя. Для цього за покращення вважали збільшення балів на величину, більшу за середнє стандартне відхилення від середнього значення ФКЗ на початку дослідження. В середньому ФКЗ становив $35,1 \pm 14,7$ бала ($M \pm SD$). Таким чином, за покращення вважали збільшення ФКЗ на величину $\geq 14,7$ бала.

Покращення фізичного компонента якості життя спостерігалось у 581 (55,1 %) пацієнта. Фактори, що корелювали (за Spearman) із покращенням ФКЗ, наведені у табл. 6.

Як видно з табл. 6, покращення фізичного стану пацієнтів на фоні АГТ частіше відбувалося у пацієнтів літнього віку, з більшою тривалістю АГ, у тих, хто приймав інгібітори АПФ або АК, або АСК, із наявністю ускладнень в анамнезі (перенесений інсульт, ІХС із стенокардією напруження, серцева недостатність), захворюваннями нирок. Тобто чим тяжчий стан був у хворих, тим більше в них покращувалася якість життя на фоні АГТ.

Таблиця 5. Зміна показників якості життя в обстежених пацієнтів на фоні АГТ

Показники, бали	На початку, n = 1055	Наприкінці дослідження, n = 1054	Достовірність різниці, P
ФФ	$66,2 \pm 0,8$	$68,6 \pm 0,8$	$< 0,05$
РФ	$37,7 \pm 1,2$	$48,4 \pm 1,3$	$< 0,001$
ІБ	$63,6 \pm 0,8$	$62,20 \pm 0,42$	НД
ЗСЗ	$43,8 \pm 0,5$	$47,7 \pm 0,5$	$< 0,001$
ЖА	$53,1 \pm 0,3$	$52,5 \pm 0,6$	НД
СФ	$48,90 \pm 0,23$	$66,70 \pm 0,37$	$< 0,001$
РФЕ	$41,7 \pm 1,3$	$51,9 \pm 1,4$	$< 0,001$
ПЗ	$55,10 \pm 0,5$	$58,9 \pm 0,5$	$< 0,001$
ФКЗ	$35,1 \pm 0,47$	$48,60 \pm 0,15$	$< 0,001$
ПКЗ	$53,9 \pm 0,6$	$56,2 \pm 0,7$	$< 0,001$

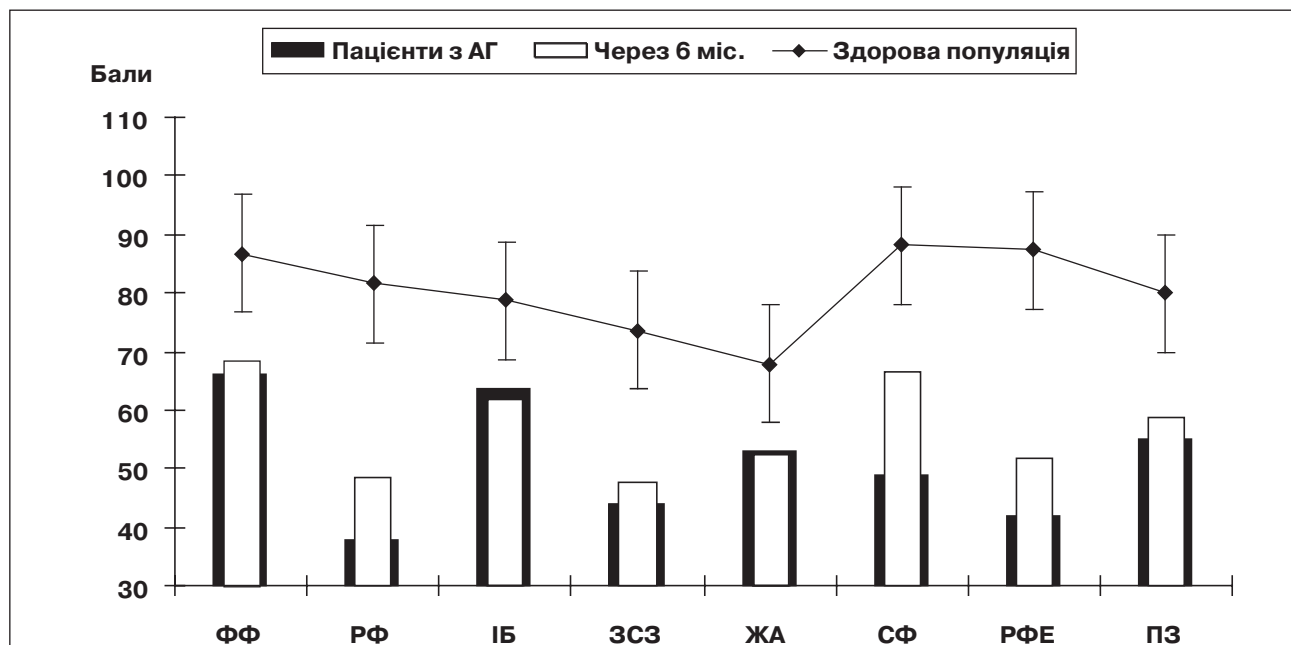


Рисунок 4. Зміни показників якості життя на фоні лікування: ФФ – фізичне функціонування, РФ – рольове фізичне функціонування, ІБ – інтенсивність болю, ЗСЗ – загальний стан здоров'я, ЖА – життєва активність, СФ – соціальне функціонування, РФЕ – рольове функціонування, пов'язане з психічним станом, ПЗ – психічне здоров'я

Покращення ФКЗ корелювало також із фармако-економічними показниками. Так, на початку дослідження у пацієнтів зі збільшенням ФКЗ витрати на АГТ були більшими ($r = 0,18$; $P < 0,001$). Кількість госпіталізацій ($r = 0,19$; $P < 0,001$), днів непрацездатності ($r = 0,076$; $P = 0,014$), викликів бригади швидкої допомоги ($r = 0,18$; $P < 0,001$), до-

даткових візитів до лікаря ($r = 0,19$; $P < 0,001$) також була більшою.

Рівень САТ і ДАТ на початку дослідження був більшим у пацієнтів зі збільшенням ФКЗ. У них на фоні лікування спостерігався більший ступінь зниження САТ. Але рівень САТ наприкінці дослідження також був більшим у пацієнтів із покращенням ФКЗ.

Таблиця 6. Фактори, що корелювали (за Spearman) із покращенням ФКЗ

Показник	r; P
Вік	0,167; < 0,001
Тривалість АГ	0,167; < 0,001
Прийом інгібіторів АПФ	0,11; < 0,001
Прийом антагоністів кальцію	0,126; < 0,001
Прийом АСК	0,081; 0,008
Зловживання алкоголем	-0,107; 0,001
Прихильність хворого до лікування на початку дослідження	-0,064; 0,036
ФКЗ на початку	-0,83; < 0,001
ПКЗ на початку	-0,64; < 0,001
Рівень САТ на початку	0,184; < 0,001
Рівень ДАТ на початку	0,137; < 0,001
Інсульт в анамнезі	0,067; 0,03
ІХС	0,19; 0,001
Стенокардія напруження	0,172; < 0,001
Серцева недостатність	0,19; < 0,001
Захворювання нирок	0,12; < 0,001
Рівень САТ наприкінці дослідження	0,14; 0,002
Δ САТ	0,075; 0,015

Таблиця 7. Зміни САТ на фоні лікування у підгрупах залежно від досягнутого рівня САТ та покращення ФКЗ

Показники	САТ ≤ 130 мм рт.ст., n = 95/82	САТ 130–139 мм рт.ст., n = 128/144	САТ ≥ 140 мм рт.ст., n = 250/356
Не спостерігалось покращення ФКЗ, n = 473			
ΔСАТ, мм рт.ст.	27,5 ± 0,2 ²	19,6 ± 1,3	13,2 ± 0,6 ¹
ΔДАТ, мм рт.ст.	12,2 ± 1,6	9,1 ± 0,7	6,2 ± 0,5 ²
САТ на початку, мм рт.ст.	144,9 ± 1,4 ¹	152,9 ± 1,3	162,3 ± 0,9 ¹
ДАТ на початку, мм рт.ст.	88,90 ± 0,85 ¹	93,6 ± 0,6	96,60 ± 0,57 ¹
САТ наприкінці, мм рт.ст.	117,4 ± 2,3 ¹	133,30 ± 0,26	148,3 ± 0,6 ¹
ДАТ наприкінці, мм рт.ст.	76,8 ± 1,5 ¹	84,50 ± 0,45	90,40 ± 0,42 ¹
Спостерігалось покращення ФКЗ, n = 581			
ΔСАТ, мм рт.ст.	29,9 ± 0,2 ^{1,3}	25,1 ± 1,4 ⁴	15,4 ± 0,8 ^{1,4}
ΔДАТ, мм рт.ст.	11,2 ± 1,1	10,8 ± 0,8	7,80 ± 0,42 ^{1,4}
САТ на початку, мм рт.ст.	151,4 ± 1,8 ^{2,4}	158,8 ± 1,4 ⁴	166,8 ± 1,0 ^{1,3}
ДАТ на початку, мм рт.ст.	90,6 ± 1,0 ¹	95,0 ± 0,7	98,6 ± 0,5 ^{1,4}
САТ наприкінці, мм рт.ст.	121,5 ± 0,9 ¹	133,7 ± 0,2	151,4 ± 0,6 ^{1,3}
ДАТ наприкінці, мм рт.ст.	79,4 ± 0,8 ¹	84,2 ± 0,5	90,8 ± 0,4 ¹

Примітки: ¹ — достовірність порівняно з підгрупою з рівнем досягнутого САТ 130–139 мм рт.ст., $P < 0,001$; ² — $P < 0,05$; ³ — достовірність різниці одного й того ж показника між підгрупами з покращенням або непокращенням якості життя, $P < 0,001$; ⁴ — $P < 0,05$.

Те, що покращення асоціювалося з більшим рівнем САТ і на початку, і наприкінці дослідження, викликало деяке здивування. Тому ми розподілили пацієнтів залежно від рівня досягнутого САТ та покращення ФКЗ і виявили, яким був рівень САТ і ДАТ наприкінці та на початку дослідження і ступінь їх змін. Ці дані наведено в табл. 7. Виявилось, що у підгрупі з покращенням ФКЗ достовірно більше було пацієнтів із рівнем досягнутого САТ > 140 мм рт.ст. (61,3 проти 52,9 %; $P < 0,01$) та менше пацієнтів із рівнем досягнутого САТ < 130 мм рт.ст. (14,1 проти 20,1 %; $P < 0,02$).

Як видно з табл. 7, пацієнти з більш високим досягнутим рівнем САТ, незалежно від підгрупи зміни величини ФКЗ, мали більш високий рівень АТ і на початку, і наприкінці дослідження. Ступінь же зниження АТ зменшувався у міру збільшення рівня досягнутого САТ. При цьому ступінь зниження САТ у підгрупі з покращенням ФКЗ був достовірно більший, ніж у підгрупі без покращення. Іншими словами, вірогідно, що покращення ФКЗ пацієнтів, включених у дослідження, асоціювалося не з рівнем досягнутого АТ, а зі ступенем його зниження.

У подальшому для проведення регресійного аналізу ми включили не рівень досягнутого САТ, а належність пацієнта до групи досягнутого САТ: < 130 мм рт.ст. — було прийнято за 0, 130–139 мм рт.ст. — за 1 і ≥ 140 мм рт.ст. — за 2. Виявилось, чим вищим був рівень досягнутого САТ, тим більшою була вірогідність покращення ФКЗ (OR = 1,29; CI 1,097–1,513; $P = 0,002$). При порівнянні окремих підгруп виявилось, що вірогідність збільшення ФКЗ зменшувалася при САТ > 140 мм

рт.ст. на 21 % (OR = 0,79; CI 0,68–0,98; $P = 0,02$) та при САТ < 130 мм рт.ст. на 20 % (OR = 0,8; CI 0,72–0,88; $P = 0,02$). Таким чином, оптимальним для покращення якості життя виявився рівень досягнутого САТ 130–139 мм рт.ст. Якщо цей рівень прийняти за 1, а будь-який інший за 0, то вірогідність покращення ФКЗ становитиме OR = 1,32; CI 1,09–1,93; $P = 0,015$.

При проведенні багатофакторного регресійного аналізу (табл. 8) було виявлено, що незалежними факторами, які достовірно асоціювалися з покращенням ФКЗ, були: рівень досягнутого САТ 130–139 мм рт.ст. (OR = 1,2; CI 1,08–1,60; $P = 0,02$), вік пацієнта (OR = 1,024; CI 1,009–1,040, $P = 0,002$), зловживання алкоголем (OR = 0,74; CI 0,57–0,95; $P = 0,017$), рівень САТ на початку дослідження (OR = 1,019; CI 1,001–1,030; $P = 0,02$), захворювання нирок (OR = 1,76; CI 1,2–2,6; $P = 0,003$), ступінь кардіоваскулярного ризику (OR = 1,4; CI 1,09–1,78; $P = 0,008$), лікування інгібіторами АПФ (OR = 1,54; CI 1,1–2,2; $P = 0,011$) або антагоністами кальцію (OR = 1,4; CI 1,03–1,89; $P = 0,03$).

ПКЗ на початку дослідження суттєво не відрізнявся від нормальних показників і в середньому був вищий за 50 балів. Стандартне відхилення для даного показника в загальній популяції обстежених було 19,4. Зменшення ПКЗ на дану величину ми вважали погіршенням психічного стану, що спостерігалось у 81 (7,7 %) пацієнтів. За даними кореляційного аналізу Spearman, погіршення психічного стану пацієнтів корелювало лише з прийомом бета-адреноблокаторів ($r = 0,065$; $P = 0,035$), освітою пацієнта ($r = 0,064$; $P = 0,038$), ФКЗ на початку дослідження ($r = 0,148$; $P < 0,001$), ПКЗ на

Таблиця 8. Показники, які достовірно та незалежно корелювали з покращенням фізичного компонента здоров'я пацієнтів за даними багатфакторного регресійного аналізу

Показники	OR; CI; P
Вік	1,024; 1,009–1,04; 0,002
Рівень досягнутого САТ 130–139 мм рт.ст.	1,2; 1,08–1,6; 0,02
Зловживання алкоголем	0,74; 0,57–0,95; 0,017
Рівень САТ на початку дослідження	1,019; 1,001–1,03; 0,02
Захворювання нирок	1,76; 1,2–2,6; 0,003
Ступінь кардіоваскулярного ризику на початку дослідження	1,4; 1,09–1,78; 0,008
Лікування інгібіторами АПФ	1,54; 1,1–2,2; 0,011
Лікування антагоністами кальцію	1,4; 1,03–1,89; 0,03

Примітки: OR – відносний ризик; CI – конфіденційний інтервал; P – достовірність.

початку дослідження ($r = 0,185$; $P < 0,001$). За даними багатфакторного аналізу, достовірними та незалежними факторами, що корелювали з погіршенням ПКЗ, були лише прийом бета-адреноблокаторів (OR = 1,98; CI 1,2–3,2; $P = 0,006$) та початковий більш високий ПКЗ (OR = 1,073; CI 1,037–1,109; $P < 0,001$).

Таким чином, наше дослідження довело, що на відміну від загальноприйнятої точки зору про те, що у пацієнтів із АГ якість життя не страждає, обстежені пацієнти мали значне порівняно зі здоровою популяцією зниження оцінок за всіма показниками якості життя, і АГТ сприяла покращенню значно зниженого на початку дослідження ФКЗ.

Висновки

1. Обстежені пацієнти мали значне порівняно зі здоровою популяцією зниження оцінок за всіма показниками якості життя, особливо відмічалися значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, обумовлені як фізичним, так і психічним станом (рольове функціонування). Загальний показник фізичного здоров'я був значно зниженим, у той час як загальний показник психічного компонента здоров'я значно не відрізнявся від нормального для популяції.

2. При рівні САТ ≥ 160 мм рт.ст., наявності ІХС, захворювань нирок, більшій кількості додаткових візитів до лікаря вірогідність виявлення високого ФКЗ зменшувалася відповідно на 38, 54, 65 та 24 % і, навпаки, збільшувалася при зловживанні алкоголем на 40 % та при високій початковій прихильності до лікування — на 40 %.

3. Вірогідність високого ПКЗ зменшувалася при рівні САТ ≥ 160 мм рт.ст. на 32 %, наявності ІХС — на 23 %, захворювань нирок — на 44 %, високого рівня холестерину — на 41 % та збільшувалася при високій фізичній активності на 37 % та високій прихильності до лікування — на 30 %.

4. АГТ сприяла покращенню якості життя: достовірно збільшилися усі показники, що вивчалися, за винятком ІБ та ЖА, що достовірно не змінилися. При

цьому наприкінці дослідження показники якості життя не досягали рівня здорової популяції. Найбільші позитивні зміни (збільшення відповідно на 22,1, 26,7 та 19,7 %) відбувалися з показниками РФ, СФ та РФЕ. ФКЗ змінився значно більше, ніж ПКЗ.

5. Покращення фізичного компонента якості життя спостерігалось у 55,1 % пацієнтів і асоціювалося з рівнем досягнутого САТ 130–139 мм рт.ст. (OR = 1,2; CI 1,08–1,60; $P = 0,02$), але не з більш високим або більш низьким рівнем, віком пацієнта (OR = 1,024; CI 1,009–1,040; $P = 0,002$), зловживанням алкоголем (OR = 0,74; CI 0,57–0,95; $P = 0,017$), рівнем САТ на початку дослідження (OR = 1,019; CI 1,001–1,030; $P = 0,02$), наявністю захворювання нирок (OR = 1,76; CI 1,2–2,6; $P = 0,003$), ступенем початкового кардіоваскулярного ризику (OR = 1,4; CI 1,09–1,78; $P = 0,008$), лікуванням інгібіторами АПФ (OR = 1,54; CI 1,1–2,2; $P = 0,011$) або антагоністами кальцію (OR = 1,4; CI 1,03–1,89; $P = 0,03$).

6. Призначена АГТ в основному не погіршувала психічне здоров'я пацієнтів. Зменшення ПКЗ спостерігалось лише у 7,7 % пацієнтів, що достовірно було пов'язано з прийомом бета-адреноблокаторів.

Список літератури

1. Беленков Ю. и рабочая группа исследования ЭПИГРАФ-2. Эналаприл Плюс Индапамид в лечении АГ: оценка эффективности и безопасности Рациональной Фармакотерапии. Применение нефиксированной комбинации Эналаприла и Индапамида (Энзикс). Дизайн и основные результаты исследования ЭПИГРАФ-2 // Сердце. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 3–10.
2. Bardage C., Isacson D. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden // J. Clin. Epidemiol. — 2001. — Vol. 54. — P. 172–181.
3. Barnason S., Zimmermann L., Anderson A. et al. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time // Heart Lung. — 2000. — Vol. 29. — P. 33–46.
4. Battersby C., Hartley K., Fletcher A. et al. Quality of the life in treated hypertension: a cause-control community based study // J. Hum. Hypertens. — 1995. — Vol. 9. — P. 981–986.

5. Berkhuisen M., Nieuwland W., Buuk B. et al. Effect of high-versus low-frequency exercise training in multidisciplinary cardiac rehabilitation on health-related quality of life // *J. Cardiopulmonary Rehabil.* — 1999. — Vol. 19. — P. 22-28.
6. Beto J., Bansal V. Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials // *Am. J. Hypertens.* — 1992. — Vol. 5. — P. 125-133.
7. Coelho A., Coelho R., Barros H. et al. Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance and quality of life // *Rev. Port. Cardiol.* — 1997. — Vol. 16. — P. 873-883.
8. Coelho R., Santos A., Ribero L. et al. Differences in behavior profile between normotensive subjects and patients with white-coat and sustained hypertension // *J. Psychosom. Res.* — 1999. — Vol. 46. — P. 15-27.
9. DeForge B., Stewart D., DeVoe-Weston M. et al. The relationship between health status and blood pressure in urban African Americans // *J. Nat. Med. Assoc.* — 1996. — Vol. 90. — P. 658-664.
10. Doll H., Petersen S., Stewart-Brown S. 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 // *Obes. Res.* — 2000. — Vol. 8. — P. 160-170.
11. Erickson S., Williams B., Gruppen L. Perceived symptoms and health-related quality of life reported by unreported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal control // *J. Hum. Hypertens.* — 2001. — Vol. 15. — P. 539-548.
12. Girerd X., Fourcade J., Brillet G. et al. The compliance evaluation test: a validated tool for detection of nonadherence among hypertensive treated patients // *J. Hypertens.* — 2001. — Vol. 19. — P. 74 S.
13. Girerd X., Hanon O., Anagnostopoulos K. et al. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service specialize // *Presse Med.* — 2001. — Vol. 30. — P. 1044-1048.
14. Goncalves C.B.C., Moreira L.B., Gus M., Fuchs F.D. Adverse events of blood pressure lowering drugs: evidence of high incidence in a clinical setting // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* — 2007. — Vol. 63. — P. 973-978.
15. Grimm R., Grandits G., Cutler J. et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study // *Arch. Intern. Med.* — 1997. — Vol. 157. — P. 638-648.
16. Han T.S., Tjhuis M., Lean M., Seidell J. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution // *Am. J. Public. Health.* — 1998. — Vol. 88. — P. 1814-1820.
17. <http://www.sf-36.com>
18. <http://www.qualitymetric.com>
19. Huang I.C., Frangakis C., Wu A.W. There lation ship of excess body weight and health related quality of life: evidence from a population study in Taiwan // *Int. J. Obes.* — 2006. — Vol. 30. — P. 1250-1259.
20. Jette D., Downing J. Health status of individuals entering a cardiac rehabilitation program as measured by the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Survey (SF-36) // *Phys. Ther.* — 1994. — Vol. 74. — P. 521-527.
21. Katz D.A., McHorney C.A., Atkinson R.L. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness // *J. Gen. Intern. Med.* — 2000. — Vol. 15. — P. 789-796.
22. Korhonen P., Kivela S., Kautiainen H. et al. Health-related quality of life and awareness of hypertension // *J. Hypertens.* — 2011. — Vol. 29. — P. 2070-2074.
23. Koursel-Wood M., Re R. Health status assessment in a hypertension section of an internal medicine clinic // *Am. J. Med. Sci.* — 1994. — Vol. 308. — P. 211-217.
24. LePen C., Levy E., Loos F. et al. Specific scale compared with generic scale: a double measurement of the quality of life in a French community sample of obese subjects // *J. Epidemiol Community Health.* — 1998. — Vol. 52. — P. 445-450.
25. Mena-Martin F., Martin-Escudero J., Simal-Blanco F. et al. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Horteiga study // *J. Hypertens.* — 2003. — Vol. 21. — P. 1283-1289.
26. Mond J.M., Baune B.T. Overweight, medical comorbidity and health-related quality of life in a community sample of women and men // *Obesity.* — 2009. — Vol. 17. — P. 1627-1634.
27. Renzaho A., Wooden M., Houg B. Associations between body mass index and health-related quality of life among Australian adults // *Qual Life Res.* — 2010. — Vol. 19. — P. 515-520.
28. Roca-Cusachs A., Ametlla J., Calero S. et al. Quality of life in arterial hypertension // *Med. Clin. (Barc).* — 1992. — Vol. 98. — P. 486-490.
29. Roca-Cusachs A., Dalfo A., Badia X. et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension // *J. Hypertens.* — 2001. — Vol. 19. — P. 1913-1919.
30. Stewart A., Greenfield S., Hays R. et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcome Study // *JAMA.* — 1989. — Vol. 262. — P. 907-913.
31. Sullivan M., Karlsson J., Sjostrom L. et al. Swedish obese subjects (SOS): an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health, psycho social functioning in the first 1743 subjects examined // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* — 1993. — Vol. 17. — P. 503-512.
32. Tapp R.J., Dunstan D.W., Phillips P., Tonkin A., Zimmet P.Z., Shaw J.E. Association between impaired glucose metabolism and quality of life: results from the Australian diabetes obesity and life style study // *Diabetes Res. Clin. Pract.* — 2006. — Vol. 74. — P. 154-161.
33. Ware J., Kosinski M., Keller S. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual.* Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
34. Ware J.E., Snow K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide.* Boston, Mass: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
35. Wiczinski E., Doring A., John J., Lengerke T.V., Group F.T. Obesity and health related quality of life: does social support moderate existing associations? // *Br. J. Health Psychol.* — 2009. — Vol. 14. — P. 717-734.
36. Wiklund I., Halling K., Ryden-Bergsten T., Fletcher A. Does lowering the blood pressure improve the mood? Quality-of-life results from the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study // *Blood Press.* — 1997. — Vol. 6. — P. 357-364.
37. www.moh.govt.nz

Отримано 10.04.12 □

Радченко А.Д.¹, Марцовенко И.М.², Сиренко Ю.Н.¹¹ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско»

НАМН Украины, г. Киев

²Сумской кардиологический диспансерRadchenko G.D.¹, Martsovenko I.M.², Sirenko Yu.M.¹¹NSC «Institute of Cardiology named after M.D.

Strazhesko» of NMSA, Kyiv

²Sumy Dispenser of Cardiology, Sumy, Ukraine**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ
(РЕЗУЛЬТАТЫ 6-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)**

Резюме. В статье приведены результаты оценки качества жизни пациентов с артериальной гипертензией, которые принимали участие в 6-месячном наблюдении, и ее изменений под влиянием антигипертензивной терапии (АГТ). Для этого было обследовано 1055 пациентов с различной степенью повышения артериального давления (АД), которые находились под наблюдением врачей общей практики. Всем пациентам в начале и конце наблюдения проводили анкетирование по шкале SF-36 для оценки качества жизни.

Исследование показало, что обследованные пациенты имели значительное в сравнении со здоровой популяцией снижение оценок по всем показателям качества жизни, особенно отмечались значительные ограничения в выполнении повседневной деятельности, обусловленные как физическим, как и психическим состоянием (ролевое функционирование). Общий показатель физического компонента здоровья (ФКЗ) был значительно снижен, в то время как общий показатель психического компонента здоровья (ПКЗ) значительно не отличался от нормального для данной популяции. При уровне систолического артериального давления (АД) ≥ 160 мм рт.ст., наличии ишемической болезни сердца (ИБС), заболеваний почек, большого количества дополнительных визитов к врачу вероятность выявления высокого ФКЗ уменьшалась на 38, 54, 65 и 24 % соответственно и, наоборот, увеличивалась при злоупотреблении алкоголем на 40 %, при высокой начальной приверженности к лечению — на 40 %. Вероятность высокого ПКЗ уменьшалась при уровне САД ≥ 160 мм рт.ст. на 32 %, наличии ИБС — на 23 %, заболеваний почек — на 44 %, высокого уровня холестерина — на 41 % и увеличивалась при высокой физической активности на 37 %, высокой приверженности к лечению — на 30 %. АГТ способствовала улучшению качества жизни: достоверно увеличились почти все показатели, которые изучались, за исключением интенсивности боли и жизненной активности. При этом в конце исследования показатели качества жизни не достигали уровня здоровой популяции. Улучшение ФКЗ наблюдалось у 55,1 % пациентов и ассоциировалось с уровнем достигнутого САД 130–139 мм рт.ст. (OR = 1,2; CI 1,08–1,60; P = 0,02), но не с более высоким или более низким уровнем, возрастом пациента (OR = 1,024; CI 1,009–1,040, P = 0,002), злоупотреблением алкоголем (OR = 0,74; CI 0,57–0,95; P = 0,017), исходным уровнем САД (OR = 1,019; CI 1,001–1,030; P = 0,02), наличием заболеваний почек (OR = 1,76; CI 1,2–2,6; P = 0,003), степенью исходного кардиоваскулярного риска (OR = 1,4; CI 1,09–1,78; P = 0,008), лечением ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (OR = 1,54; CI 1,1–2,2; P = 0,011) или антагонистами кальция (OR = 1,4; CI 1,03–1,89; P = 0,03). Назначенная АГТ в основном не ухудшала психическое здоровье. Уменьшение ПКЗ наблюдалось лишь у 7,7 % пациентов, что достоверно было связано с приемом бета-адреноблокаторов.

**EVALUATION OF QUALITY OF LIFE
IN HYPERTENSIVE PATIENTS WHILE OUT-PATIENT
TREATMENT:
RESULTS OF 6-MONTH OBSERVATION**

Summary. In this article there was provided the evaluation of quality of life in patients with arterial hypertension, participated in 6-month observational study, and its changes under antihypertensive treatment. There were included 1055 patients with different level of blood pressure increasing, observed by general practitioners. All patients were done SF-36 test baseline and at the end of observation.

It was shown that included patients had significant, in comparison with health people, decreasing of all patterns of quality of life, especially limited daily activity, caused by physical and mental condition (Role-Physical and Role-Emotional patterns). Physical Component Summary (PCS) was significant decreased, but not Mental Component Summary (MCS), in comparison with health population. At systolic blood pressure level ≥ 160 mmHg, concomitant ischemic heart disease, renal diseases, more frequent additional visits to doctor's office the probability of high PCS diminished by 38, 54, 65 and 24 %, respectively. The probability was increased if patient had abusing of alcohol (by 40 %) or high baseline compliance (by 40 %). Probability of high MCS decreased by 32 % at systolic blood pressure level ≥ 160 mmHg, by 23 % at concomitant ischemic heart disease, 44 % — at renal diseases, 41 % at high level of total cholesterol and increased by 37 % at high physical activity and 30 % at high baseline compliance. Antihypertensive treatment improved quality of life: we noted significant increase of all patterns. But at the end of the study changed patterns did not achieve the level of health population. Improving of PCS was noted in 55.1 % of patients and it was correlated with achieved systolic blood pressure level 130–139 mmHg (OR = 1.2, CI 1.08–1.6; P = 0.02), but not with higher or lower level, with age (OR = 1.024; CI 1.009–1.04; P = 0.002), alcohol abusing (OR = 0.74; CI 0.57–0.95; P = 0.017), baseline systolic blood pressure level (OR = 1.019; CI 1.001–1.03; P = 0.02), renal disease (OR = 1.76; CI 1.2–2.6; P = 0.003), baseline cardiovascular risk (OR = 1.4; CI 1.09–1.78; P = 0.008), treatment with ACE inhibitor (OR = 1.54; CI 1.1–2.2; P = 0.011) or calcium antagonist (OR = 1.4; CI 1.03–1.89; P = 0.03). Antihypertensive treatment mainly did not worsen the mental status. Decreasing of MCS was noted only in 7.7 % that was connected with beta-blocker treatment.