

МОРФОЛОГІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ЛЮДИНИ І ТВАРИН

УДК 616.12-008.331.1-036.17-085:612.013.004.12

О. О. АЛІФЕР

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
бульвар Тараса Шевченка, 13, Київ, 01601

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

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

Мета дослідження – оцінити зміни показників якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та встановити їх динаміку під впливом комбінованої антигіпертензивної терапії.

Досліджено 126 хворих з верифікованим діагнозом первинної АГ, що були поділені на 3 групи залежно від ступеня захворювання та контрольну групу, яку склали 43 особи. Пацієнти 1,2,3 груп приймали упродовж 6 місяців комбінацію препаратів Периндоприл+Амлодипін, у контрольній групі було призначено моно компонентну терапію у вигляді препарату Амлодипіна. Порівняльну оцінку параметрів якості життя проводили за допомогою опитувальника SF-36.

Після 6 місячної терапії в групах пацієнтів, які отримували лікування у вигляді фіксованої комбінації Периндоприл+Аторвастатин, на відміну від контрольної, спостерігалася позитивна динаміка зміни ЯЖ по всіх шкалах опитувальника SF-36, а статистично значущі відхилення спостерігались по шкалах ФФ, ІБ, ПЗ, Ж, ОЗ.

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

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) незмінно залишається головним фактором ризику серцево-судинних захворювань, інвалідизації та передчасної смерті.

Оскільки існуючі методи оцінки ефективності терапевтичних втручань, як правило, відображають суто біологічний підхід і не враховують різноманіття життя людини, інтерес клініцистів до питань якості життя (ЯЖ) у пацієнтів з хронічними захворюваннями останні десятиліття суттєво підвищився [1-3, 10, 11, 14].

В останні 30 років із розвитком комп'ютерних та інформаційних технологій стало можливим проводити достовірні та валідні «вимірювання» якості життя. Одним з найпоширеніших опитувальників на цей момент є SF-36 [15, 16]. SF-36 було нормовано для загальної популяції у США, країнах Європи (Франції, Італії, Данії) та Австралії. У літературі не так багато джерел, присвячених вивченню якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), і погіршення цього показника у таких хворих дослідники пов'язують саме з ускладненнями АГ [2, 4-7, 8, 9, 12-13]. При цьому зазначають, що погіршення якості життя

може бути пов'язано із самою АГ та її ускладненнями, з призначеною для лікування АГ терапією та із психологічними симптомами, які виникають після діагностування АГ.

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

Мета дослідження – оцінити зміни показників якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та встановити їх динаміку під впливом комбінованої антигіпертензивної терапії.

Матеріал і методи досліджень

Обстежено 126 пацієнтів на АГ, серед яких було 86 жінок (68%), 40 чоловіків (32%) у віці від 40 до 81 років. Середній вік обстежених становив $61,9 \pm 0,3$ років. АГ I ступеня мали 19 осіб (15,1%), АГ II ступеня – 65 пацієнтів (51,6%), АГ III ступеня – 42 особи (33,3%).

Пацієнти були розділені на 3 групи згідно від ступеня захворювання – в першу групу увійшло 19 осіб, в другу – 65, третю – 42 особи та контрольну групу, яку склали 43 особи, що були співставні по строкам розвитку, важкості та клінічним проявам захворювання.

Пацієнти 1,2,3 груп приймали упродовж 6 місяців комбінацію препаратів Периндоприл+Амлодипін, у контрольній групі було призначено моно компонентну терапію у вигляді препарату Амлодипін.

Пацієнти, включені у дослідження, обстежувалися 4 рази (до лікування, на 7 день лікування, 1 місяць та 6 місяць). Збір анамнезу проводили згідно зі свідченнями пацієнтів та даними медичної документації. Офісний АТ вимірювався в положенні сидячи вранці між восьмою та десятою годинами. Реєстрацію систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) АТ проводили на одній і тій самій руці три рази з інтервалом у дві хвилини. 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 на початку лікування та наприкінці.

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

Для кількісної оцінки якості життя використовували наступні характеристики:

1. Фізичне функціонування (ФФ), що відображає ступінь, у якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, перенесення тяжких предметів і тому подібне). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.
2. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФФ) - вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.
3. Інтенсивність болю (ІБ) та її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по будинку і зовні удома. Низькі показники свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.
4. Загальний стан здоров'я (ЗЗ) – оцінка хворим свого стану здоров'я, здоров'я на даний момент та перспектив лікування. Чим нижче бал по цій шкалі, тим нижче оцінка стану здоров'я.
5. Життєва активність (ЖА) має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про стомлення пацієнта, зниження життєвої активності.
6. Соціальне функціонування (СФ) визначається мірою, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного і емоційного стану.
7. Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕФ) припускає оцінку міри, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров'я (ПЗ) характеризує настрої, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя.

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: наявність побічного ефекту, неефективність терапії, порада родичів або друзів, економічний фактор, інші.

У більшості пацієнтів (42 хворих, 33,3 %) спостерігалось помірне підвищення АТ, у 65 (51,6 %) хворих — м'яка АГ. Лише незначна частка пацієнтів — 19 (15,6 %) — контролювали АГ (рівень АТ < 140/90 мм рт.ст.).

Більшість включених у дослідження пацієнтів були жінки, середній вік у яких становив $60,1 \pm 0,3$ у чоловіків та $63,1 \pm 0,6$ у жінок. Тривалість АГ у жінок та чоловіків суттєво не відрізнялася: у жінок становила $9,4 \pm 0,4$, у чоловіків — $8,6 \pm 0,4$.

Рівень САТ був достовірно вищим у пацієнтів жіночої статі — $162,78 \pm 0,32$ порівняно з чоловіками, показник САТ у яких становив $158,80 \pm 0,46$.

На початку дослідження за рівнем ДАТ та ЧСС групи достовірно не відрізнялися. Потрібно зазначити, що до включення у дослідження лише 12 чоловіків із 22 або 54,5% та 38 жінок з 54 жінок, або 70,4% регулярно приймали антигіпертензивні препарати. Це свідчить про те, що мала кількість людей знає про наявність у них артеріальної гіпертензії, та ще нижчу кількість людей, яка регулярно приймає ліки від АГ.

Крім того, в пацієнтів визначено наявність додаткових незалежних факторів серцево-судинного ризику, які впливають на АГ: паління – 15 чоловіків, або 38%, у жінок — 11 (12,8%; $P < 0.05$) від загальної кількості жінок; обтяжена спадковість за наявністю серцево-судинних захворювань – 8 (20%) чоловіків та 14 жінок (16,2%; $P < 0.0005$).

Результати досліджень та їх обговорення

Досягнення цільового рівня артеріального тиску (АТ) за допомогою одного антигіпертензивного препарату можливе лише в 30 - 60% хворих із м'якою й помірною артеріальною гіпертензією (АГ), а в пацієнтів із важкою АГ за наявності ураження органів-мішеней, цукрового діабету монотерапія ефективна ще рідше. У зв'язку з цим 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.

Таблиця 1

Показники якості життя компонента «психологічного здоров'я» з різними ступенями артеріальної гіпертензії (згідно з даними опитувальника SF-36; $M \pm m$).

Ступінь АГ, група, кількість хворих	Показники ЯЖ			
	ЖС (життєва сила)	СФ (соціальне функціонування)	РЕФ (рольове функціонування)	ПЗ (психічне здоров'я)
Контрольна група, n=43	Бали			
	97,6±0,92	96,7±2,68	84,6±1,26	98,8±2,46
I(1), n=19	80,0±3,93	31,5±5,19	56,0±3,29	40,31±2,23
II(2), n=65	56,6±3,54	34,5±6,08	57,56±3,86	36,9±2,79
III(3), n=42	53,9±4,7	31,5±5,19	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
P _k -P ₁	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
P _k -P ₂	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
P _k -P ₃	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

МОРФОЛОГІЯ ТА ФІЗІОЛОГІЯ ЛЮДИНИ І ТВАРИН

Аналіз показників ЯЖ хворих на АГ виявив, що у пацієнтів з АГ I ступеню в порівнянні з АГ II ступеня достовірно ($P < 0,001$) більш високі показники ЯЖ по таких шкалах, як життєва сила (ЖС) – $80,0 \pm 3,93$ балів та рольове функціонування (РФ) – $77,1 \pm 4,04$ балів. Дещо знижені показники соціальне функціонування (СФ) та психічне здоров'я (ПЗ) – $48,7 \pm 7,35$ та $47,41 \pm 2,39$ балів відповідно. У пацієнтів з АГ II та III ступенів спостерігається суттєве зниження усіх показників ЯЖ, але особливо по шкалах СФ та ПЗ – до $31,5 \pm 5,19$ та до $40,31 \pm 2,23$ балів відповідно, та свідчить про суттєвий вплив захворювання на ЯЖ пацієнта.

При порівнянні показників ЯЖ хворих з АГ I ступеню і хворих з АГ III ступеню достовірні відмінності виявлені по шкалах життєва сила (ЖС) ($P_1-P_3 < 0,001$) та соціальне функціонування (СФ) ($P_1-P_3 < 0,5$). У хворих же II і III ступенів АГ показники ЯЖ були не високими самі по собі і достовірно не розрізнялися ні по одній з шкал опитувальника (P_2-P_3 (ЖС) $< 0,001$; P_2-P_3 (СФ) $> 0,5$; P_2-P_3 (РФ) $< 0,5$; P_2-P_3 (ПЗ) $> 0,5$).

Отже, підвищення артеріального тиску вище першого ступеня 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 I ступеня в першу чергу, зростало загальне сприйняття здоров'я (ЗЗ) – $87,1 \pm 3,16$ балів, фізичне функціонування (ФФ) – $82,6 \pm 2,86$ балів та тілесний біль (ТБ) – $87,1 \pm 3,16$ балів.

Таблиця 2

Показники якості життя компонента «фізичного здоров'я» з різними ступенями артеріальної гіпертензії (згідно з даними опитувальника SF-36; $M \pm m$).

Ступінь АГ, група, кількість хворих	Показники ЯЖ			
	ФФ (фізичне функціонування)	РФФ (рольове функціонування)	ТБ (тілесний біль)	ЗЗ (загальне здоров'я)
Контрольна група, n=43	Бали			
	$96,4 \pm 0,86$	$94,6 \pm 2,18$	$92,6 \pm 1,42$	$98,8 \pm 0,54$
I(1), n=19	$82,6 \pm 2,86$	$68,7 \pm 4,02$	$87,1 \pm 3,16$	$88,2 \pm 2,78$
II(2), n=65	$54,2 \pm 4,68$	$32,4 \pm 5,19$	$36,0 \pm 6,12$	$42,26 \pm 2,68$
III(3), n=42	$49,8 \pm 3,4$	$28,6 \pm 4,12$	$47,1 \pm 3,92$	$28,8 \pm 4,16$
Достовірність відмінностей (P) між групами 1, 2, 3				
P_1-P_2	$< 0,001$	$< 0,1$	$< 0,1$	$< 0,05$
P_1-P_3	$< 0,01$	$< 0,5$	$< 0,05$	$< 0,01$
P_2-P_3	$< 0,001$	$> 0,5$	$< 0,5$	$> 0,5$
P_k-P_1	$< 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$
P_k-P_2	$> 0,05$	$> 0,05$	$> 0,05$	$< 0,05$
P_k-P_3	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$

В той же час, у групі пацієнтів з АГ II ступеня спостерігалось суттєве зниження таких показників як рольове функціонування (РФ) – $32,4 \pm 5,19$ балів, тілесний біль (ТБ) та загальне здоров'я (ЗЗ) $36,0 \pm 6,12$ та $42,26 \pm 2,68$ балів відповідно, що свідчить про те, що фізична активність пацієнтів значно обмежена станом його здоров'я.

При аналізі показників ЯЖ в групі здорових виявлено, що у чоловіків рівень ЯЖ значно вищий, ніж у здорових жінок (P_1-P_2 (ТБ, РФ) $< 0,05$; P_1-P_2 (ФФ) $< 0,001$; P_1-P_2 (ФЗ) $> 0,5$), за винятком шкали загального здоров'я, де P_1-P_2 (ЗЗ) $< 0,01$, що свідчить про те, що оцінка свого стану здоров'я у здорових жінок суттєво нижча на відміну від чоловіків ($77,20 \pm 3,02$ проти $63,75 \pm 2,81$).

Якість життя хворих на артеріальну гіпертензію визначається ступенем артеріальної гіпертонії і добовим профілем артеріального тиску: погіршення якості життя відзначається вже при I ступеня артеріальної гіпертонії, найгірші показники якості життя спостерігаються при АГ III ступеня; при порушеному добовому профілі артеріального тиску якість життя погіршується незалежно від ступеня артеріальної гіпертонії.

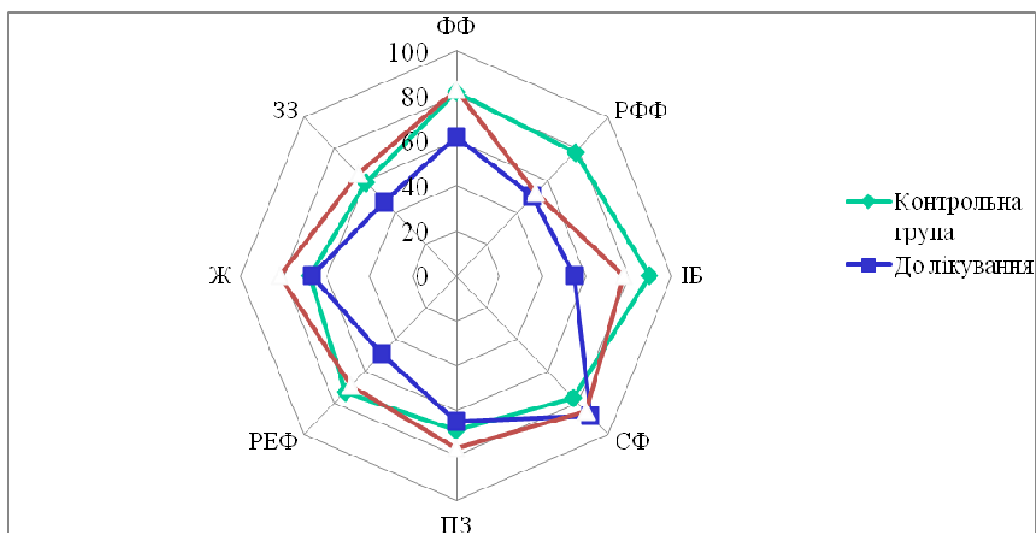


Рис. 1. Динаміка показників якості життя в обстежених хворих упродовж антигіпертензивного лікування

Після 6 місячної терапії в групах пацієнтів (рис. 1), які отримували лікування у вигляді фіксованої комбінації Периндоприл+Аторвастатин, спостерігалася позитивна динаміка зміни ЯЖ по всіх шкалах опитувальника SF-36, а статистично значущі відхилення спостерігались по шкалах ФФ, ІБ, ПЗ, Ж, ОЗ.

Таблиця 3

Зміна показників якості життя в обстежених пацієнтів на фоні АГТ на початку та наприкінці дослідження (згідно з 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
ІБ	63,6 ± 0,8	62,20 ± 0,42	НД
НД	43,8 ± 0,5	47,7 ± 0,5	< 0,001
ЖА	53,1 ± 0,3	52,5 ± 0,6	НД
НД СФ	48,90 ± 0,23	66,70 ± 0,37	< 0,001
РФЕ	41,7 ± 1,3	51,9 ± 1,4	< 0,001
ПЗ	55,10 ± 0,5	58,9 ± 0,5	< 0,001
ФПЗ	35,1 ± 0,47	48,60 ± 0,15	< 0,001
ППЗ	53,9 ± 0,6	56,2 ± 0,7	< 0,001

Найбільші позитивні зміни (збільшення відповідно на 22,1, 26,7 та 19,7 %) відбувалися з показниками РФ, СФ та РФЕ (табл. 3). Тобто під впливом АГТ покращувалася адаптація пацієнта у суспільстві. Фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) змінився значно більше, ніж психічний компонент здоров'я (ПКЗ), що і зрозуміло, адже саме ФКЗ був значно нижчий за нормальні значення, тоді як ПКЗ суттєво не відрізнявся від норми.

Висновки

1. В обстежених пацієнтів з артеріальною гіпертензією реєстрували значне, порівняно із 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, у той час як загальний показник психічного компонента здоров'я значно не відрізнявся від нормального для популяції.
2. При рівні систолічного артеріального тиску > 160 мм рт. ст., наявності обтяженої спадковості чи супутніх захворювань, вірогідність виявлення високого фізичного компонента здоров'я зменшувалася відповідно на 38; 54; 65 та 24 %.
 3. Ймовірність виявлення високого психологічного компонента здоров'я зменшувалася при рівні систолічного артеріального тиску > 160 мм рт. ст. на 32 %, високого рівня холестерину – на 41 % та збільшувалася при високій фізичній активності на 37 %.
 4. Антигіпертензивна терапія сприяла поліпшенню якості життя – достовірно збільшилися всі показники, що вивчалися, за винятком інтенсивності болю та життєвої активності, які достовірно не змінилися. Спостерігали найбільші позитивні зміни таких показників, як рольове функціонування, соціальне функціонування та рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, – збільшення відповідно на 22,1; 26,7 та 19,7 %. Фізичний компонент здоров'я змінився значно більше, ніж психологічний компонент здоров'я.
 5. Якість життя хворих на артеріальну гіпертензію визначається ступенем артеріальної гіпертензії і добовим профілем артеріального тиску: погіршення якості життя відзначається вже при I ступеня артеріальної гіпертонії, найгірші показники якості життя спостерігаються при АГ III ступеня; при порушеному добовому профілі артеріального тиску якість життя погіршується незалежно від ступеня артеріальної гіпертонії.
1. *Bardage C.* Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden / Bardage C., Isacson D. // J. Clin. Epidemiol. — 2001. — Vol. 54. — P. 172—181.
 2. *Barnason S.* Functional status outcomes of patients with a coronary artery by pass graft over time / [Barnason S., Zimmermann L., Anderson A. et al.] // Heart Lung. — 2000. — Vol. 29. — P. 33—46.
 3. *Battersby C.* Quality of the life in treated hypertension: a cause-control community based study / [Battersby C., Hartley K., Fletcher A. et al.] // J. Hum. Hypertens. — 2010. — Vol. 9. — P. 981—986.
 4. *Berkhuysen M.* Effect of high versus low-frequency exercise training in multidisciplinary cardiac rehabilitation on health-related quality of life / [Berkhuysen M., Nieuwland W., Buuk B. et al.] // J. Cardiopulmonary Rehabil. — 2012. — Vol. 19. — P. 22—28.
 5. *Beto J.* Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials / Beto J., Bansal V. // Amer. J. Hypertens. — 2011. — Vol. 5. — P. 125—133.
 6. *Coelho A.* Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance and quality of life / [Coelho A., Coelho R., Barros H. et al.] // Rev. Port. Cardiol. — 2013. — Vol. 16. — P. 873—883.
 7. *Coelho R.* Differences in behavior profile between normotensive subjects and patients with whitecoat and sustained hypertension / [Coelho R., Santos A., Ribero L. et al.] // J. Psychosom. Res. — 2011. — Vol. 46. — P. 15—27.
 8. *DeForge B.* The relationship between health status and blood pressure in urban African Americans / [DeForge B., Stewart D., DeVoe-Weston M. et al.] // J. Nat. Med. Assoc. — 2012. — Vol. 90. — P. 658—664.
 9. *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 / Doll H., Petersen S., Stewart-Brown S. // Obes. Res. — 2013. — Vol. 8. — P. 160—170.
 10. *Erickson S.* Perceived symptoms and health-related quality of life reported by unreported by uncomplicated hypertensive patients compared to normal control / Erickson S., Williams B., Gruppen L. // J. Hum. Hypertens. — 2012. — Vol. 15. — P. 539—548.
 11. *Girerd X.* The compliance evaluation test: a validated tool for detection of nonadherence among hypertensive treated patients / [Girerd X., Fourcade J., Brillat G. et al.] // J. Hypertens. — 2011. — Vol. 19. — P. 74.
 12. *Girerd X.* Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service specialise / [Girerd X., Hanon O., Anagnostopoulos K. et al.] // Presse Med. — 2011. — Vol. 30. — P. 1044—1048.
 13. *Goncalves C.B.C.* Adverse events of blood pressure lowering drugs: evidence of high incidence in a clinical setting / Goncalves C.B.C., Moreira L.B., Gus M., Fuchs F.D. // Eur. J. Clin. Pharmacol. — 2007. — Vol. 63. — P. 973—978.
 14. *Grimm R.* Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study / [Grimm R., Grandits G., Cutler J. et al.] // Arch. Intern. Med. — 1997. — Vol. 157. — P. 638—648.

15. Han T.S. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution / Han T.S., Tijhuis M., Lean M., Seidell J. // Amer. J. Public Health. — 1998. — Vol. 88. — P. 1814—1820.
16. <http://www.sf-36.com>

О. А. Алифер

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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 - оценить изменения показателей качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией и установить их динамику под влиянием комбинированной АД.

В исследование включено 126 больных с верифицированным диагнозом первичной АГ, которые были разделены 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 Периндоприл + амлодипин, в контрольной группе был назначен монокомпонентную терапию в виде препарата амлодипин. Сравнительную оценку параметров качества жизни проводили с помощью опросника SF-36.

После 6 месячной терапии в группах пациентов, получавших лечение в виде фиксированной комбинации периндоприла + аторвастатин, в отличие от контрольной, наблюдалась положительная динамика изменения КЖ по всем шкалам опросника SF-36, а статистически значимые отклонения наблюдались по шкалам ФФ, ИБ, ПЗ, ЖА, ОЗ.

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

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

О. А. Alifer

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

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE INDICATORS IN THE PROCESS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Arterial hypertension (AH) is one of the most important health problems around the world, which is associated with complications such as stroke, myocardial infarction, cardiac and renal failure, which lead to high levels of disability and high economic costs.

The aim of the study is to assess changes in the quality of life indicators in patients with arterial hypertension and to determine their dynamics under the influence of combined antihypertensive therapy.

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 the control group of 43 persons. Patients in 1,2,3 groups took a combination of preparations of perindopril + amlodipine for 6 months; in the control group, mono-component therapy was prescribed as Amlodipine. A comparative estimation of quality of life parameters was performed using the questionnaire SF-36.

When comparing QoL in patients with AH I degree and patients with AH III degree, significant differences were revealed on the VE scales (P1-P3 <0,001) and SF (P1-P3 <0,5). The QoL indices were low in themselves and differed according to the RF scale of the questionnaire in patients with II and III degrees of hypertension (P2-P3 (LC) > 0.5, P2-P3 (UV) > 0.5, P2-P3 (RF) < 0.5, P2-P3 (PO) > 0.5). After 6 months of treatment in patients treated with the fixed combination of perindopril + atorvastatin, in contrast to the control, there was a positive change in QOL changes in all scales of the SF-36 questionnaire, and statistically significant deviations were observed on the scales of PF, B, PH, VT, GH.

In all patients with hypertension at baseline showed a reduction in quality of life scores compared to healthy individuals. The study found that improving the quality of life of patients depends on the effectiveness of treatment.

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

Рекомендує до друку

Надійшла 04.10.2017

В. В. Грубінко

УДК: 576.32/.36 : 576.343 : 615.272 : 616.441-008.63

Н. Г. КОПЧАК, О. С. ПОКОТИЛО

Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя
вул. Руська, 56, Тернопіль, 46000

ВПЛИВ ЙОДУ НА СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ БІЛИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

В статті подано результати дослідження метаболічного профілю сироватки крові 4-х місячних самок і самців білих щурів з експериментальним аліментарним ожирінням (ЕАО) при внутрішньошлунковому введенні їм біологічно активного йоду у складі «Йодіс-концентрату» та неорганічного йоду у складі «Йодомарину». Встановлено, що у самок і самців білих щурів з ЕАО активність АЛТ і АСТ, вміст альбуміну, глюкози, триацилгліцеролів, холестеролу, загального білка, активність лужної фосфатази збільшується, зменшується вміст фосфору та не змінюється вміст кальцію і магнію. Внутрішньошлункове введення «Йодіс-концентрату» самкам і самцям білих щурів з ЕАО призводило до достовірного зниження активності АСТ, АЛТ та лужної фосфатази, вмісту холестеролу в сироватці їх крові, порівняно із тваринами з ЕАО. Внутрішньошлункове введення «Йодомарину» самкам і самцям білих щурів також призводило до зниження активності АСТ, АЛТ та лужної фосфатази, вмісту глюкози, триацилгліцеролів в сироватці їх крові, проте ці дані були не достовірні у самок.

Ключові слова: білі щури, стать, ожиріння, кров, Йод, Йодіс, Йодомарин

Вступ. Йод – життєво необхідний мікроелемент, в першу чергу, для синтезу гормонів щитоподібної залози, трийодтироніну і тироксину, які є біорегуляторами метаболізму та життєвих процесів в організмі тварини і людини [7]. Трийодтиронін впливає на метаболічний та енергетичний гомеостаз, масу тіла, термогенез, і ліпідний обмін [4]. Тироксин відіграє значну роль при метаболізмі речовин, у розвитку та диференціації всіх клітин організму [1]. Тривалий дефіцит йоду призводить до гіпотиреозу [14]. Серед дорослого населення гіпотиреоз зустрічається у 1,5-2% жінок і у 0,2% чоловіків, з віком захворювання зростає, серед людей старших 60 - 6% жінок і 2,5% чоловіків [12].

Згідно з даними деяких авторів [8], тиреоїдні гормони мають ліполітичний ефект, саме тому їх недостатність призводить до зниження утилізації і сповільнення розпаду ліпідів, що в свою чергу сприяє зростанню у крові концентрації холестеролу і триацилгліцеролів. Нестача тиреоїдних гормонів викликає порушення всіх видів обміну речовин, зниження основного обміну і теплообміну, погіршення функцій різних органів і систем. Розпад холестерину в печінці при гіпотиреозі сповільнюється внаслідок чого зростає його рівень в крові. Майже у всіх хворих, через нестачу йоду, трапляються порушення ліпідного обміну [14].

Причиною надмірної маси тіла виступають ендокринні порушення. Особливо із збільшенням ваги асоціюється гіпотиреоз, за якого застосовують йодовану кухонну сіль,