

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ

Ж. С. Шомоді, О. П. Венгер

*Берегівська обласна психіатрична лікарня
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У статті викладено сучасні дані щодо визначення параметрів якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу ІІ ступеня та їх гендерні особливості.

PARAMETERS OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION STAGE 2

Z. S. Shomodi, O. P. Venher

*Berehovo Regional Psychiatric Hospital
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University*

The article presents current data on the determination of life quality parameters in patients with hypertension stage 2 and their gender characteristics.

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) займає перше місце за поширеністю серед хронічних неінфекційних захворювань у більшості країн світу. Близько 90 % артеріальної гіпертензії становить гіпертонічна хвороба (ГХ), що діагностується в Україні в 40 % жінок та 39 % чоловіків [1]. Її ускладнення мають значну питому вагу в структурі причин смертності та інвалідизації населення України.

Водночас до найпоширеніших хвороб належить ожиріння. Варто зауважити, що ожиріння як глобальна епідемія, на даний час спостерігається як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються [2, 3]. Надмірну масу тіла у світі мають близько 1,7 млрд осіб, серед них хворі на ожиріння становлять 320 млн, а у Європі ці показники становлять 400 млн та 130 млн відповідно [4].

В Україні, за оцінками ВООЗ, надмірну масу тіла мають 50,5 % чоловіків, з них 16 % хворіють на ожиріння, і 56 % жінок, у 26 % з яких діагностовано ожиріння [5].

Паралельно з гіпертензією психічні розлади також становлять значний тягар для здоров'я. Депресивні та тривожні розлади (наприклад, панічний розлад і генералізований тривожний розлад) є найчастіше діагностованими [6]. Кілька метааналітичних досліджень

показали, що розлади настрою збільшують ризик розвитку серцево-судинних захворювань в геометричній прогресії [7].

Мета дослідження – вивчити провідні чинники, які впливають на якість життя хворих на ГХ ІІ стадії.

Основна частина. У дослідження було включено 30 пацієнтів середнього віку (44–60 років) із діагнозом ГХ ІІ стадії, 2-го ступеня (рівень артеріального тиску менше 180/110, але більше 159/99 мм рт. ст. із нормальною масою тіла (ІМТ до 24,9 кг/м²)), які перебували на амбулаторному лікуванні у поліклінічному відділенні Берегівської центральної районної лікарні імені Берталона Ліннера. Для оцінки якості життя використано коротку версію Опитувальника здоров'я-36 (МОС-36 – Short-Form Health Survey, або MOS SF-36), розробленого в США, на основі інших, вже існуючих тестів [8]. Він дозволяє оцінювати задоволеність пацієнтів своїм фізичним, психічним і соціальним функціонуванням за допомогою 8 шкал і 36 питань. Ці шкали можуть бути умовно поділені на 2 групи: 1 – фізична (4 шкали) і 2 – розумова (4 шкали). 1 група включає такі шкали: фізичне функціонування (ФФ) – самообслуговування і самостійне пересування з різними навантаженнями; рольове фізичне функціонування (РФФ) – повсякденна і професійна робота

залежно від фізичного дефекту; тілесний біль (ТБ) – самооцінка інтенсивності болювого синдрому і його впливу на повсякденну і професійну роботу; загальне здоров'я (ЗЗ) – самооцінка свого здоров'я на даний час і в перспективі.

2 група включає шкали: життєздатність (ЖЗ) – відчуття енергії, сил або, навпаки, ослаблення, знесилення, втомленості; соціальне функціонування (СФ) – задоволення рівнем своєї соціальної діяльності; рольове емоційне функціонування (РЕФ) – обмеження виконання повсякденної й професійної роботи залежно від емоційної лабільності, нестійкості; психічне здоров'я (ПЗ) – самооцінка настрою спокою, позитивних емоцій або, навпаки, занепокоєння, депресії, горя.

У результаті порівняльного аналізу було виявлено вірогідне зниження якості життя у хворих, на відміну від практично здорових осіб, за усіма параметрами. Параметр фізичного функціонування у хворих на ГХ достовірно знизився на 44,3 % порівняно з нормативом якості життя здорових людей. Зниження показника в шкалі фізичного функціонування зумовлює і його зниження в шкалі рольового фізичного функціонуван-

ня на 20,6 % як відображення порушення у виконанні повсякденної та професійної роботи.

Достовірне зниження ж параметрів за шкалами рольового емоційного функціонування на 21,8 %, загального здоров'я і життєздатності на 44,1 % є наслідком розвитку негативних емоцій, тривожності та депресії, що відображається в шкалі психічного здоров'я падінням її показника на 29,0 %. Незважаючи на досить виражену невротизацію, більшість пацієнтів демонструють порівняно невелику ступінь обмеження щоденної (домашньої) і трудової діяльності внаслідок емоційної нестійкості. Як загальний наслідок порушень психічного і фізичного здоров'я відбувається зниження параметра соціального функціонування на 37,6 %. Інтегративний параметр (QL) падає на 36,7 %. Недостатня ефективність терапії та песимістична перспектива лікування призводять до розвитку невротизації, занепокоєння, синдрому «занурення у хворобу» і невпевненості щодо перспектив життя. Це негативно відображається на суб'єктивній самооцінці хворого на ГХ і його ставленні до життєвих ситуацій (табл. 1).

Таблиця 1. Параметри якості життя пацієнтів із гіпертонічною хворобою II стадії

Назва шкали	Норматив якості життя практично здорових людей	Параметри якості життя осіб із ГХ II стадії
Фізичне функціонування	90,5±1,2	50,4±3,2 p<0,05
Рольове фізичне функціонування	75,7±2,0	60,1±2,5 p<0,05
Шкала болю	80,1±0,9	47,4±2,9 p<0,05
Загальне здоров'я	70,2±3,4	39,2±3,0 p<0,05
Життєздатність	74,3±3,6	41,1±1,9 p<0,05
Соціальне функціонування	80,5±2,2	50,2±1,5 p<0,05
Рольове емоційне функціонування	77,8±1,2	60,8±1,7 p<0,05
Психічне здоров'я	67,5±1,6	47,9±2,0 p<0,05
Інтегративний параметр	70,8±2,5	44,8±1,5 p<0,05

Примітка: p – різниця достовірна порівняно з практично здоровими людьми.

При порівнянні якості життя в групі хворих між чоловіками та жінками було виявлено значущі відмінності всіх досліджуваних параметрів за Опитувальником SF-36. При цьому найвиразніше зниження спостерігали у параметрах болю – на 60 % (p<0,05), рольового фізичного – на 50 % (p<0,05), рольового

емоційного – на 49 % (p<0,05) та соціального функціонування – на 42 % (p<0,05). Життєздатність, загальне та психічне здоров'я, фізичне функціонування різнилися менш істотно – на 27 % (p<0,05), 22 % (p<0,05), 21 % (p<0,05), 19 % (p<0,05) відповідно. Виявлені зміни якості життя у жінок вказують на те, що ГХ не тільки

зумовлює підвищення кардіоваскулярного ризику, але й заважає їм відчувати себе здоровими. За даними анкети В. П. Зайцева, більшість хворих на ГХ вказала на погіршення якості життя у зв'язку з повсякденними обмеженнями – 52,2 %. Потреба у зверненні за допомогою до лікаря та лікуванні позначається на повноцінному житті 38,8 % пацієнтів (ДІ 28,3–50,0). Частка жінок, які мали вказані чинники, була вірогідно більшою. Зміни у статевому житті зазначили 25,4 % хворих незалежно від статі.

Логічно припустити, що зниження якості життя серед жінок значною мірою зумовлене особливостями перебігу ГХ. Так, частка пацієнтів із безсимптомним перебігом серед чоловіків була достовірно більшою – 40,6 %, тоді як серед жінок вона склала лише 10,8 %. У той же час, головний біль спостерігали у 80,0 % жінок

і лише у 53,6 % чоловіків. Запаморочення відзначали 44,6 % жінок, а серед чоловіків цей показник становив 15,9 %. Аналогічні закономірності характерні для кардіалгій, які відзначали 34,8 % хворих жіночої статі і лише 14,5 % чоловіків.

Висновки. Гіпертонічна хвороба II стадії достовірно погіршує якість життя пацієнтів, що проявляється зниженням показників як фізичного (особливо рольового функціонування, зумовленого фізичним станом, інтенсивності болю та загального стану здоров'я), так і психологічного станів (особливо життєвої активності та соціального функціонування). При цьому виявлені гендерні особливості, що найвиразніше спостерігали у параметрах болю, рольового фізичного, рольового емоційного та соціального функціонування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Рекомендації Української Асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – К.: ПП ВМБ, 2008. – 80 с.

2. Bradshaw T. Obesity and serious mental ill health: A critical review of the literature / T. Bradshaw, H. Mairs // *Healthcare*. – 2014. – Vol. 2. – P. 166–182.

3. Корниенко Е. А. Ожирение и кишечная микробиота: современная концепция взаимосвязи / Е. А. Корниенко, О. К. Нетребенко // *Педиатрия*. – 2012. – Т. 91, № 2. – С. 110–122.

4. Москаленко В. Ф. Формування глобальної комплексної інтегральної міжсекторальної системи профілактики – інноваційний підхід до вирішення сучасних проблем громадського здоров'я (огляд літератури та власних досліджень) / В. Ф. Москаленко // *Журнал АМН України*. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 516–542.

5. Приступа Л. Н. Вплив поліморфізму генів β 1-адренорецепторів та α -субодиниці g-білка на ризик

розвитку аліментарного ожиріння (огляд літератури) / Л. Н. Приступа, І. О. Дудченко // *Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень*. – 2013. – Т. 1, № 3. – С. 285–291.

6. Pulse pressure and nocturnal fall in blood pressure are predictors of vascular, cardiac and renal target organ damage in hypertensive patients (LOD-RISK study) / L. Garcia-Ortiz, M. A. Goyez-Marcos, J. Martini-Moreiras [et al.] // *Blood Press Monit.* – 2009. – Vol. 14. – P. 145–151.

7. Day-night dip and early-morning surge in blood pressure in hypertension: prognostic implications / P. Verdecchia, F. Angeli, G. Mazzotta [et al.] // *Hypertension*. – 2012. – Vol. 60. – P. 34–42.

8. Ware J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // *Med. Care*. – 1992. – Vol. 30(6). – P. 473–483.

Отримано 04.04.18