

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОЛИПРАГМАЗИИ С ФИЗИЧЕСКИМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ КОМПОНЕНТАМИ ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Романова М.М.<sup>1</sup>, Посметьева О.С.<sup>1</sup>, Блащенко Е.Ю.<sup>1</sup>, Муравицкая М.Н.<sup>1</sup>, Ханина Е.А.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, e-mail: mmromanova@mail.ru*

В последнее время все больший интерес вызывает проблема изучения качества жизни (КЖ) пациентов с хроническими заболеваниями. Снижение КЖ, связанное с проводимым лечением, нередко является причиной низкого комплаенса пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и приводит к отказу от регулярной гипотензивной терапии. Проведен анализ взаимосвязи параметров первичной артериальной гипертензии (стадии, степени, риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО)), индивидуальных особенностей пациентов (возраста, половой принадлежности, наличия сопутствующих заболеваний, количества принимаемых лекарственных средств, комплаентности) с физическим и психологическим компонентами здоровья по опроснику для оценки качества жизни (КЖ) SF-36. Обследовано 60 больных первичной артериальной гипертензией, находящихся на амбулаторном лечении. Установлено, что увеличение стадии, степени АГ, риска ССО значимо коррелирует с ухудшением КЖ. Средние показатели КЖ у больных АГ также снижаются с увеличением возраста пациентов. Гендерная принадлежность и уровень комплаенса пациентов не влияли на показатели КЖ в данной выборке. Наличие коморбидной патологии значимо ухудшает показатели КЖ у больных АГ. Увеличение количества принимаемых лекарственных средств коррелирует с ухудшением показателей КЖ по физическому и психологическому компонентам здоровья.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, индивидуальные особенности, полипрагмазия.

## **THE RELATIONSHIP OF THE CHARACTERISTICS OF THE DISEASE AND POLYPHARMACY WITH THE PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF HEALTH IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

**Romanova M.M.<sup>1</sup>, Posmeteva O.S.<sup>1</sup>, Blaschenko E.Y.<sup>1</sup>, Muravitskaya M.N.<sup>1</sup>, Khanina E.A.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko, Voronezh, e-mail: mmromanova@mail.ru*

In recent years, an increasing interest is the problem of study of quality of life (QOL) of patients with chronic diseases. The decrease in QOL associated with the treatment is often the cause of low compliance of patients with arterial hypertension (AH) and leads to rejection of regular antihypertensive therapy. The analysis of interrelation of parameters of the primary arterial hypertension (stage, extent of risk of cardiovascular complications (CVC)), the individual characteristics of patients (age, gender, presence of comorbidities, number of drugs, compliance) with the physical and psychological components of health questionnaire to assess QOL SF-36. The study included 60 patients with primary arterial hypertension receiving outpatient treatment. It is established that the increase in stage and grade of hypertension, the risk of CVC was significantly correlated with deterioration of QOL. The average QOL in hypertensive patients is also reduced with increasing age of patients. Gender and level of compliance of the patients did not influence QOL in this sample. The presence of comorbid pathology significantly impairs QOL in hypertensive patients. The increase in the number of drugs correlates with deterioration of QOL for the physical and psychological components of health.

Keywords: arterial hypertension, quality of life, individual characteristics, polypharmacy.

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистыми заболеваниями обусловлено 17 млн смертей в год, при этом 9,4 млн пациентов умирают от осложнений АГ [1; 2]. В связи с этим раннее выявление заболевания и эффективная профилактика АГ являются важной частью государственной стратегии в сфере

здравоохранения в РФ. Разработка Национальных клинических рекомендаций позволила стандартизировать подходы к терапии АГ. Однако необходимо учитывать, что данная группа пациентов включает в основном лиц пожилого возраста, зачастую с коморбидной патологией, что может привести к проблеме полипрагмазии. Так, при приеме пациентом 5 и более лекарственных препаратов одновременно, риск непредсказуемых взаимодействий возрастает в 1,5 раза, также увеличивается и вероятность развития побочных эффектов на 10% и более [3].

В последнее время все больший интерес вызывает проблема изучения качества жизни (КЖ) пациентов с хроническими заболеваниями. Понятие КЖ охватывает различные аспекты здоровья пациента: физическое функционирование, психоэмоциональный и социальный статусы. Снижение КЖ, связанное с проводимым лечением, нередко является причиной низкого комплаенса пациентов с АГ и приводит к отказу от регулярной гипотензивной терапии [4].

**Цель исследования:** изучение особенностей и взаимовлияния клинического течения заболевания, качества жизни, уровня комплаенса и фармакотерапии больных с артериальной гипертензией.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 60 больных с подтвержденным диагнозом первичной АГ в возрасте от 46 до 80 лет (средний возраст –  $61,3 \pm 1,02$  года), в том числе 14 мужчин и 46 женщин, находящихся под диспансерным наблюдением в районной поликлинике г. Воронежа у участкового врача-терапевта. Сведения о стадии, степени, уровне риска ССО при АГ, наличии сопутствующих заболеваний, характеристике и количестве принимаемых препаратов получены путем анализа данных амбулаторных карт пациентов (форма 025/у). Исследование степени комплаенса пациентов проводилось с использованием теста-опросника Мориски-Грина: к группе высококомплаентных были отнесены пациенты, набравшие 4 балла, к группе низкокомплаентных – набравшие 3 и менее балла по тесту-опроснику. С целью оценки физического и психологического компонентов здоровья каждому исследуемому предлагалось заполнить опросник SF-36. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Статистический анализ проведен методами описательной и непараметрической статистики с использованием пакета программ для Windows Statistica 10 (StatSoft). Оценка различия между двумя независимыми группами проведена по критерию Манна-Уитни. Для оценки взаимосвязи между исследуемыми параметрами применен анализ ранговых корреляций Спирмена.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе стадии, степени АГ и уровня риска ССО общая выборка распределилась следующим образом. 1 стадию АГ имели 4 чел. (7%), 2

стадию – 29 чел. (48%), 3 стадию – 27 чел. (45%). 1 степень АГ была достигнута у 11 чел. (18%), 2 степень – у 24 чел. (40%), 3 степень зарегистрирована у 25 чел. (42%). Риск 1 имели 2 чел. (3%), риск 2 – 6 чел. (10%), риск 3 - 17 чел. (28%), риск 4 – 35 чел. (59%). Таким образом, в выборке преобладали пациенты со 2-3 стадией АГ, 2-3 степенью АГ и очень высоким риском (риск 4).

Средние показатели КЖ по шкалам опросника SF-36 в зависимости от параметров заболевания представлены в табл. 1.

Таблица 1

Средние значения по шкалам опросника SF-36 у больных АГ в зависимости от стадии, степени АГ и риска ССО

Параметр АГ	Средний балл шкалы КЖ по опроснику SF-36							
	Физическое функционирование (PF)	Физическое состояние (RP)	Боль (P)	Общий уровень здоровья (GH)	Жизненная активность (VT)	Социальное функционирование (SF)	Роль функционирование (RE)	Ментальное здоровье (MH)
Стадия 1	55,0 ±3,5	31,2 ±6,2	55,0 ±4,1	43,7 ±1,2	35,0 ±3,5	50,0 ±5,1	49,9 ±9,6	48,0 ±1,6
Стадия 2	51,7 ±1,3	16,3 ±3,3	49,5 ±1,8	37,2 ±1,9	30,8 ±1,1	43,1 ±2,1	51,7 ±4,5	45,2 ±0,9
Стадия 3	49,2 ±1,2	7,4 ±2,2	46,1 ±1,2	31,9 ±2,1	26,6 ±1,3	37,5 ±2,1	25,7 ±5,0	44,0 ±1,0
Степень 1	54,1 ±2,3	22,7 ±5,2	49,5 ±1,7	39,6 ±2,8	30,8 ±1,8	42,0 ±2,5	48,4 ±8,2	46,5 ±0,9
Степень 2	51,6 ±1,4	16,6 ±3,2	49,8 ±2,2	33,9 ±2,5	30,2 ±1,8	41,7 ±2,9	44,4 ±6,2	45,8 ±1,2
Степень 3	48,6 ±1,2	6,0 ±2,6	45,8 ±1,1	34,7 ±2,1	27,6 ±0,8	40,0 ±2,0	42,6 ±4,1	43,2 ±0,9
Риск 1	67,5 ±2,5	50,0 ±0,0	56,5 ±5,5	47,0 ±5,0	40,0 ±5,0	50,0 ±0,0	83,3 ±6,7	50,0 ±2,0
Риск 2	57,5 ±2,8	37,5 ±5,5	60,1 ±5,2	41,8 ±4,6	43,3 ±1,1	56,2 ±7,0	49,9 ±4,2	50,6 ±1,6
Риск 3	52,3 ±1,5	20,6 ±2,4	48,5 ±1,6	36,2 ±2,7	29,4 ±1,1	44,1 ±1,9	50,9 ±5,8	45,8 ±1,1
Риск 4	47,7	4,2	45,4	33,2	26,3	35,8	36,6	43,5

	±0,9	±1,7	±1,0	±1,7	±0,7	±1,6	±4,3	±0,8
--	------	------	------	------	------	------	------	------

В результате корреляционного анализа были выявлены статистически значимые обратные зависимости умеренной силы между стадией АГ и ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием (RP), общим уровнем здоровья (GH), жизненной активностью (VT) и социальным функционированием (SF) ( $r=-0,4$ ,  $p<0,05$ ). Степень АГ также обратно коррелировала с ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием (RP) ( $r=-0,4$ ,  $p<0,05$ ). Уровень риска ССО продемонстрировал умеренную и сильную обратную зависимость с большинством показателей КЖ: физическим функционированием (PF) ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ), ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием (RP) ( $r=-0,8$ ,  $p<0,05$ ), интенсивностью боли (P) ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ), жизненной активностью (VT) ( $r=-0,6$ ,  $p<0,05$ ), социальным функционированием (SF) ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ), психическим здоровьем (MH) ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ). Таким образом, можно сделать вывод, что как прогрессирование заболевания, так и более высокий уровень АД и степень сердечно-сосудистого риска значимо ухудшают и физические, и психологические компоненты здоровья.

Были установлены умеренные обратные корреляционные зависимости между средними значениями по шкалам опросника SF-36 и возрастом обследуемых ( $r=-0,6$ ,  $p<0,05$ ), что свидетельствует об ухудшении всех компонентов здоровья у больных АГ в более старшем возрасте. Так, у пациентов с АГ зрелого возраста на фоне ухудшения физического и психологического компонентов здоровья снижается уровень социально-психологической адаптации, наблюдается склонность к нервно-психическим срывам, что осложняет процесс их социализации [5].

На рис. 1 представлены сравнительные значения средних баллов по опроснику SF-36 в зависимости от половой принадлежности пациентов.

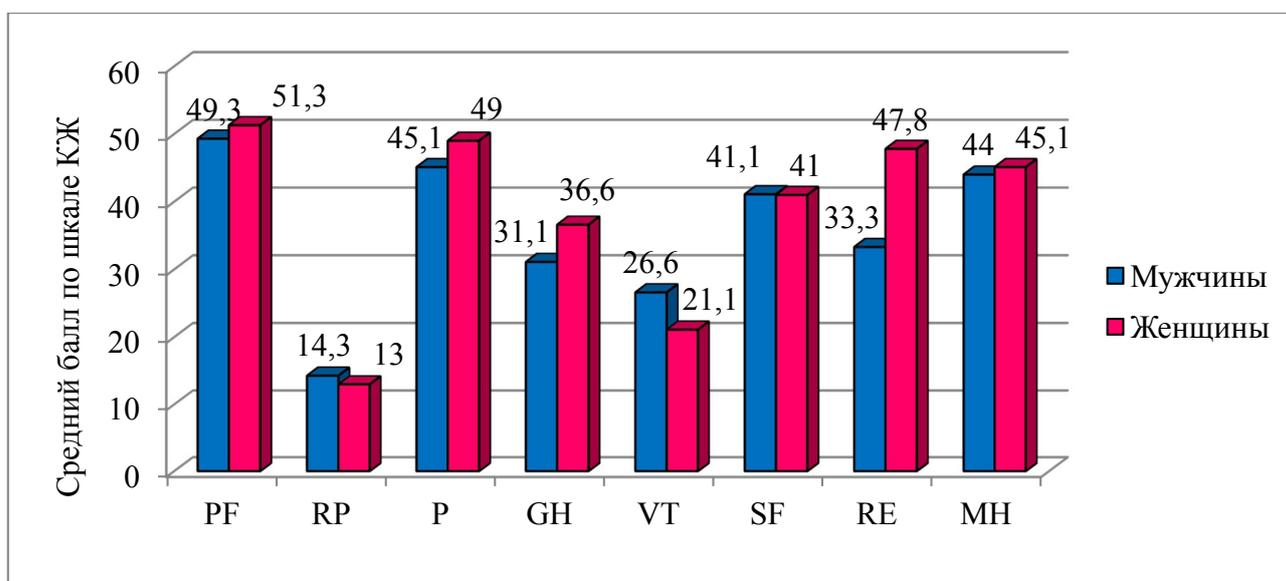


Рис. 1. Показатели КЖ больных АГ в зависимости от пола

Примечание: PF - физическое функционирование, RP - физическое состояние, P - боль, GH - общий уровень здоровья, VT - жизненная активность, SF - социальное функционирование, RE - ролевое функционирование, MH - ментальное здоровье.

Статистический анализ не выявил значимых различий по показателям КЖ у мужчин и женщин, однако у женщин по всем шкалам отмечены более высокие баллы. Лишь по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием и жизненной активностью, лучшие результаты демонстрировали мужчины ( $14,3 \pm 0,2$  балла против  $13,0 \pm 0,4$  балла у женщин и  $26,6 \pm 0,1$  балла против  $21,1 \pm 0,2$  балла у женщин соответственно). Сходные данные об ухудшении физического компонента здоровья у женщин с АГ в сравнении с мужчинами были получены при обследовании пациентов, проживающих в северных регионах РФ [6].

При исследовании уровня комплаенса к группе высококомплаентных было отнесено 26 пациентов, к группе низкокомплаентных – 34 пациента.

В табл. 2 представлены средние значения по шкалам опросника SF-36 в зависимости уровня комплаенса пациентов.

Таблица 2

Средние значения по шкалам опросника SF-36 в зависимости от комплаентности больных АГ

Уровень комплаенса	Средний балл шкалы КЖ по опроснику SF-36							
	Физическое функционирование (PF)	Физическое состояние (RP)	Боль (P)	Общий уровень здоровья (GH)	Жизненная активность (VT)	Социальное функционирование (SF)	Ролевое функционирование (RE)	Ментальное здоровье (MH)
Высокий	52,5	14,4	48,2	34,1	29,4	42,3	48,7	44,9

комплаенс (n=26)	±1,4	±3,4	±1,9	±2,3	±1,3	±1,2	±4,9	±1,1
Низкий комплаенс (n=34)	49,5±1,1	12,5 ±2,6	48,1 ±1,2	36,2 ±1,8	36,2 ±1,8	29,1 ±1,2	41,1 ±4,4	44,8 ±0,8

При анализе полученных данных по критерию Манна-Уитни установлено, что уровень комплаенса значимо не влиял на показатели качества жизни в данной выборке.

Исследование амбулаторных карт пациентов выявило, что сопутствующая патология диагностирована у 41 пациента, 19 чел. не имели сопутствующих заболеваний. Наиболее часто регистрировались ИБС, сахарный диабет 2 типа, ожирение, дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз позвоночника. Данные сравнительного анализа показателей КЖ в зависимости от наличия сопутствующей патологии представлены на рис. 2.

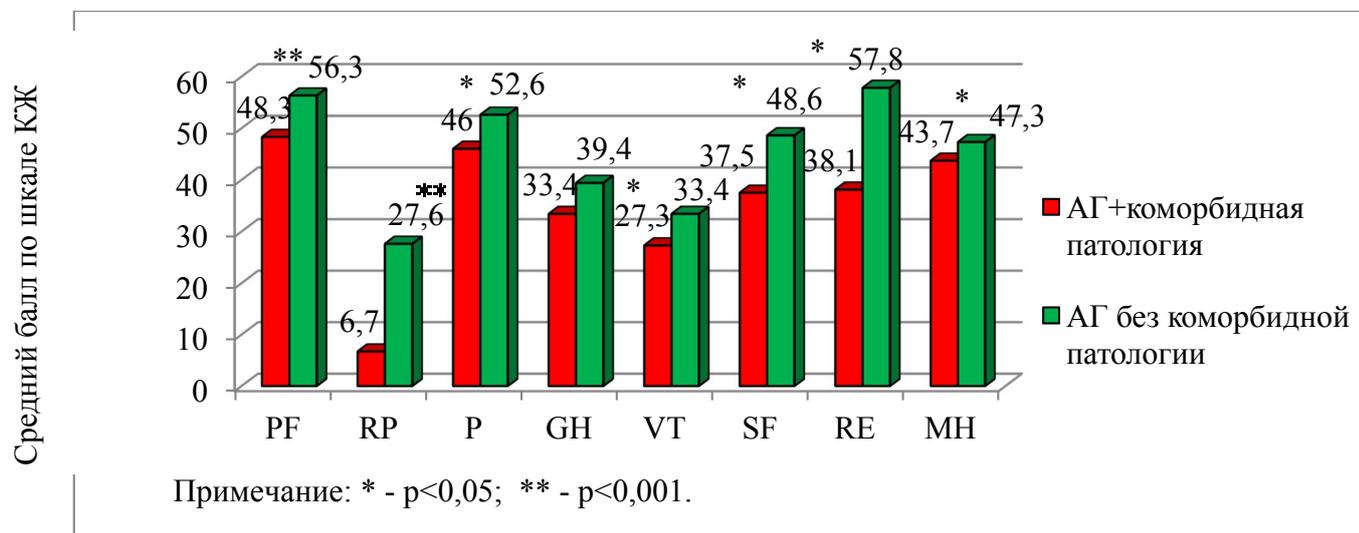


Рис. 2. Сравнение средних значений баллов по шкалам опросника SF-36 в зависимости от наличия сопутствующей патологии

Примечание: PF - физическое функционирование, RP - физическое состояние, P - боль, GH - общий уровень здоровья, VT - жизненная активность, SF - социальное функционирование, RE - ролевое функционирование, MN - ментальное здоровье.

Из представленных данных следует, что у пациентов без сопутствующих заболеваний качество жизни практически по всем исследуемым шкалам достоверно выше, чем у больных АГ, имеющих сопутствующую патологию (p<0,05). Данные литературы также свидетельствуют о негативном влиянии сопутствующей патологии, в частности ожирения, на КЖ больных АГ. Причем снижение массы тела позволяет добиться не только контроля АГ, но и улучшить КЖ пациентов [7]. У ряда пациентов наличие дисциркуляторной

энцефалопатии приводит как к снижению КЖ вследствие заболевания, так и к снижению приверженности к лечению (из-за забывчивости могут пропускать прием ЛС). Коррекция легких и умеренных когнитивных нарушений позволяет добиться повышения комплаенса, улучшения контроля АД и показателей КЖ [8]. Следовательно, одной из приоритетных задач в лечении больных АД необходимо считать коррекцию сопутствующей патологии, что позволит как предотвратить поражение органов-мишеней, так и улучшить субъективные показатели здоровья.

Проведенный анализ медикаментозной терапии больных АД выявил, что оптимальное число препаратов (менее 5) принимали 25 пациентов; 5 и более лекарственных средств одновременно принимали 35 чел. В табл. 3 представлены средние значения по шкалам КЖ в группах больных АД в зависимости от количества принимаемых препаратов.

Таблица 3

Средние значения по шкалам опросника SF-36 в зависимости от количества принимаемых лекарственных средств (ЛС)

Количество ЛС	Средний балл шкалы КЖ по опроснику SF-36							
	Физическое функционирование (PF)	Физическое состояние (RP)	Боль (P)	Общий уровень здоровья (GH)	Жизненная активность (VT)	Социальное функционирование (SF)	Ролевое функционирование (RE)	Ментальное здоровье (MH)
Менее 5 (n=25)	52,4 ±1,6	19,0 ±3,6	49,0 ±1,4	38,1 ±2,2	32,4 ±1,3	44,5 ±1,9	49,2 ±4,7	46,1 ±0,9
Более 5 (n=35)	49,7± 1,1	9,3 ±2,3	47,4 ±1,5	33,3 ±1,7	27,0 ±1,1*	38,6 ±2,1*	40,1 ±4,5	44,0 ±0,9

Примечание: \* -  $p < 0,05$ .

По всем исследуемым шкалам пациенты, принимавшие 5 и более препаратов, демонстрировали худшие результаты в сравнении с больными АД, получавшими менее 5 ЛС. Статистически значимое различие было получено по показателям социальное функционирование (SF) и жизненная активность (VT) ( $p < 0,05$ ). Корреляционный анализ подтвердил полученные различия. Количество принимаемых ЛС обратно коррелировало с показателями физического функционирования (PF) ( $r = -0,3$ ,  $p < 0,05$ ), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP), ( $r = -0,4$ ,  $p < 0,05$ ), уровнем боли (P), ( $r = -0,3$ ,  $p < 0,05$ ), общим уровнем здоровья (GH) ( $r = -0,3$ ,  $p < 0,05$ ), жизнеспособностью

(VT) ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ), социальным функционированием (SF) ( $r=-0,4$ ,  $p<0,05$ ), эмоциональным функционированием (RE) ( $r=-0,3$ ,  $p<0,05$ ), психологическим здоровьем (MH) ( $r=-0,3$ ,  $p<0,05$ ).

Таким образом, с ростом числа принимаемых ЛС у больных АГ наблюдалось значимое снижение и по показателям физического, и по показателям психологического компонентов здоровья. Однако полученные результаты также можно объяснить тем, что большее количество ЛС вынуждены принимать пациенты, имеющие сопутствующую патологию. Следовательно, ухудшение показателей КЖ может быть связано не только с побочными эффектами ЛС, неудобством их приема, но и с симптомами сопутствующих заболеваний, что требует дальнейшего изучения. Тем не менее существуют данные, свидетельствующие, что эффективно подобранная антигипертензивная терапия позволяет значимо улучшить КЖ, особенно у пациентов среднего и пожилого возраста [8]. Рациональный выбор антигипертензивных средств в пользу комбинированных и пролонгированных форм ЛС, препаратов с плеiotропным эффектом, позволил бы снизить количество принимаемых препаратов, уменьшить стоимость лечения и повысить комплаенс, что может привести к улучшению КЖ больных с АГ.

### **Выводы**

Таким образом, согласно полученным результатам исследования, увеличение стадии, степени АГ, риска ССО, наличие коморбидной патологии и увеличение возраста пациентов значимо ухудшают показатели КЖ у больных АГ. Увеличение количества принимаемых лекарственных средств при АГ коррелирует с ухудшением показателей КЖ по физическому и психологическому компонентам здоровья. Полученные данные следует учитывать при назначении комплекса лечебных мероприятий больным с артериальной гипертензией.

### **Список литературы**

1. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень № 317. Январь 2015 г. [Электронный ресурс]. - URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/> (дата обращения: 13.02.2018).
2. Потапова А.И. Анализ сердечно-сосудистой заболеваемости на амбулаторном поликлиническом приеме / А.И. Потапова, О.С. Посметьева // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. - № 66. – С. 242-245.
3. Манешина О.А., Белоусов Ю.Б. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия у пожилых пациентов // Качественная клиническая практика. – 2008. – № 3. – С. 90–93.

4. Соболева М.С. Оценка влияния приверженности к лечению, качества жизни и затрат пациентов на эффективность антигипертензивной терапии / М.С. Соболева, Е.В. Слободенюк // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 9-13.
5. Пфау Т.В. Качество жизни больных артериальной гипертонией в зрелом возрасте / Т.В. Пфау, А.В. Вайс // Наука. Мысль: электронный периодический журнал. – 2016. - № 9. – С. 55-59. [Электронный ресурс]. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-bolnyh-arterialnoy-gipertoniey-v-zreлом-voznраste> (дата обращения: 13.02.2018).
6. Сирусина Ад.В. Латентные переменные качества жизни у больных артериальной гипертензией / Ад.В. Сирусина, Аэ.В. Сирусина, О.Н. Рагозин, И.В. Радыш // Технологии живых систем. – 2014. – Т. 11, № 1. – С. 19-23.
7. Блинова В.В. Качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями в зависимости от динамики степени ожирения при диспансерном наблюдении различной кратности / В.В. Блинова, Ю.И. Скворцов, А.П. Бурлака // Медицинские интернет-конференции [Электронный ресурс]. - URL: <http://medconfer.com/node/2308> (дата обращения: 13.02.2018).
8. Чернявская Т. Повышение комплаентности и качества жизни пожилых пациентов с артериальной гипертензией // Врач. – 2010. - № 5. – С. 20-25.