

Л. П. Сидорчук, Г. В. Дроздовська, Т. М. Никифорул, Д. В. Юрку

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І ТРИВОЖНІСТЬ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ЗМІНИ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Високий рейтинг психосоціальних стресів підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, які є причиною кожного третього випадку смерті в світі. За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. цей показник виросте до 37 % [1]. У серцево-судинному континуумі чільне місце посідає артеріальна гіпертензія. При даній недугі 90–95 % пацієнтів змушені пожиттєво приймати антигіпертензивні ліки. Виникає така проблема — поява низького комплаєнсу (compliance) та адгеренсу (adherence) хворих до лікування, що, безумовно, зменшує ефективність терапії та можливості вторинної профілактики [2–4].

Причини низької прихильності та чутливості хворих на артеріальну гіпертензію до медикаментозного і немедикаментозного лікування численні, в тому числі важливим є і добре самопочуття [5; 6]. У зв'язку з цим, актуальним є вивчення якості життя (ЯЖ) таких пацієнтів, тому що цей показник оцінює не стан і функцію уражених органів-мішеней, а те, як хворий переносить своє захворювання. Даний показник уже понад 20 років використовується в роботі лікарів США і Західної Європи. Він характеризує здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно до свого соціального становища й отримувати задоволення від життя [7]. Визначення ЯЖ базується на оцінці хворим рівня свого благополуччя в фізичному, психічному, соціальному і економічному відношеннях.

На жаль, в Україні мало звертають увагу на ЯЖ пацієнта, а національних опитувачів, що базувалися б на міжнародних стандартах, у доступних джерелах інформації ми не виявили. Тому скористалися найбільш популярним американським опитувачем оцінки статусу здоров'я, схваленим ВООЗ, "Rand Corporation's Medical Outcomes Study (MOS), Short-Form (SF-36) Health Survey" [7].

**Мета** дослідження — оцінити ЯЖ і тривожність пацієнтів із есенціальною гіпертензією (ЕГ) та їх зміни під впливом лікування.

### Матеріали та методи дослідження

Усі дослідження проводилися з дотриманням основних положень GCP (1996), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участі людини (1964–2000) і Наказу МОЗ України № 281 від 01.11.2000 р. Карта досліджень і формуляр інформованої згоди пацієнта схвалені комісією з питань біомедичної етики Буковинського державного медичного університету МОЗ України (Чернівці).

Об'єктом дослідження стали 70 хворих на есенціальну гіпертензію (ЕГ) I–III стадій тяжкості відповідно до класифікації ВООЗ—МОАГ (1999) [8], середній вік ( $56,72 \pm 8,32$ ) року, тривалість захворюван-

ня від 3 до 30 років ( $15,12 \pm 7,25$ ), за умов, що через 7 днів після відміни антигіпертензивних препаратів середнє значення АТ, виміряного у першій половині дня, у положенні сидячи, перевищувало 140/90 мм рт. ст.; і 20 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю ( $P > 0,05$ ). Обстеження пацієнтів проводили до лікування та після лікування протягом місяця. Як базову терапію призначали хворим на ЕГ-I еналаприл чи низькодозову комбінацію еналаприлу/гідрохлортиазиду ("KRKA", Словенія); хворим на ЕГ-II, III — додатково призначали метопрололу тартрат ("Egis", Угорщина) в індивідуально підібраних дозах 1 раз на добу.

Групи дослідження сформовані залежно від тяжкості ЕГ: 1-ша група — 15 хворих на ЕГ-I; 2-га група — 30 хворих на ЕГ-II; 3-тя група — 25 хворих на ЕГ-III, ускладненої в усіх серцевою недостатністю II ФК (NYHA), у 18 осіб — ІХС, у 6 — стабільною стенокардією, у 3 — нестабільною стенокардією, у 3 — цукровим діабетом II типу, а у 6 хворих на ЕГ-III спостерігали порушення ритму та провідності. Групу контролю утворили 20 практично здорових осіб.

### Матеріали та методи дослідження

Офісний середній систолічний АТ (САТ) і діастолічний АТ (ДАТ), ЧСС вимірювали згідно з рекомендаціями Американської асоціації кардіологів. Також усім хворим проведено комплекс обстежень:



ЕКГ, Ехо-КГ, РЕГ, УЗО нирок, загальноклінічні та біохімічні аналізи, консультації офтальмолога і невропатолога.

Якість життя оцінювали за показниками SF-36: шкалою фізичної активності — Physical Functioning (PF); фізично-рольової активності — Role-Physical (RP); больовою шкалою — Bodily Pain (BP); соціальною активністю — Social Functioning (SF); психічним здоров'ям — Mental Health (MH); емоційно-рольовою активністю — Role-Emotional (RE); життєздатністю — Vitality (VT); загальним станом здоров'я — General Health (GH); станом здоров'я порівняно з минулим роком — Compared Health in general to one year ago (CGH).

Рівень тривожності пацієнтів оцінювали методом Ч. Спілбергера в модифікації Ю. Ханіна за інтегративними показниками: стійкої особистісної тривожності (То) і динамічної реактивної тривожності (Тр) [9].

Статистичну обробку проводили за допомогою прикладних програм MS® Excel® 2003™ і Primer of Biostatistics® 6.05 та

спеціалізованого on-line сервісу Інституту алгоритмічної медицини (США). Вірогідність отриманих даних вираховували методом парного тесту із застосуванням t-критерію Стьюдента і рангової кореляції Spearman.

### Результати дослідження та їх обговорення

Рівні реактивної та особистісної тривожності, а також їх зміни під час лікування наведено в табл. 1. Отримані результати свідчать, що дані показники не відрізнялися суттєво у хворих на ЕГ-I від групи контролю, при цьому і в групі контролю, і в I групі дані показники були дещо підвищеними, відзначалася помірно підвищена тривожність. У пацієнтів із ЕГ-II спостерігали незначне підвищення Тр ( $P>0,05$ ) із більш вагомих ростом за показником особистісної тривожності на 25,7 % ( $P<0,001$ ) відносно контролю до рівня високої, що свідчить про підвищену емоційну реакцію у стресових ситуаціях як прояв активації відділів вегетативної нервової системи

та виражену тривожність із приводу власної самооцінки. У хворих на ЕГ-III Тр і То зростали відповідно на 26,5 % ( $P<0,001$ ) і 36,9 % ( $P<0,001$ ) зі збереженням суттєвої міжгрупової різниці за реактивною тривожністю. У цілому, це вказує на появу вагомих порушень у сприйнятті загрозливих ситуацій, можливість неадекватних емоційних реакцій на стресові фактори, схильність до сприйняття широкого кола подій як загрозливих для власного престижу, самооцінки й самоповаги.

Лікування терміном один місяць не привело до суттєвих змін Тр і То у хворих на ЕГ-I із незначним зниженням у пацієнтів із ЕГ-II відповідно на 5,9 % ( $P>0,05$ ) і 10,0 % ( $P>0,05$ ). При цьому показник особистісної тривожності все ще значно відрізнявся від контрольних величин. У хворих на ЕГ-III виявили вірогідне зниження реактивного психоемоційного напруження після лікування на 26,1 % ( $P<0,001$ ), який опустився з «високого» на «середній» із дещо меншими змінами за рівнем особистісного сприйняття тривожних ситуацій на 10,3 % ( $P>0,05$ ), що продовжував залишатися все ще «високим».

Аналіз показників ЯЖ засвідчив (табл. 2) відсутність змін у хворих на ЕГ-I відносно контролю, за винятком емоційно-рольової активності, яка була дещо нижчою, однак знаходилась у межах нормальних величин. У пацієнтів із ЕГ-II–III виявили вагоме зниження всіх показників ЯЖ, особливо при III стадії захворювання, що вказує на значні порушення як фізичного, так і психічного здоров'я обстежуваних, хоча показник соціальної активності, незважаючи на вірогідне зниження, знаходився на нижній межі норми у хворих на ЕГ-II.

Лікування протягом одного місяця привело до змін у фізичному статусі пацієнтів із

Таблиця 1  
Рівні реактивної (Тр) та особистісної тривожності (То) у хворих на есенціальну гіпертензію різних стадій до та після лікування,  $M \pm m$

Групи хворих	Рівень тривожності до лікування, бали		Рівень тривожності після лікування, бали	
	Тр	То	Тр	То
Контроль (практично здорові), n=20	42,79±4,61	41,78±1,62	42,79±4,61	41,78±1,62
ЕГ-I стадії (перша група), n=15	41,50±7,51	42,25±2,98	42,05±5,24	42,98±3,49
ЕГ-II стадії (друга група), n=30	46,25±4,99	52,50±4,43 $P<0,001$ $P_1=0,009$	43,50±4,65	47,25±2,21 $P=0,008$
ЕГ-III (третья група), n=25	54,12±2,58 $P<0,001$ $P_1=0,001$ $P_2<0,03$	57,20±2,68 $P<0,001$ $P_1<0,001$	40,00±2,07 $P_4<0,001$	51,33±4,96 $P<0,001$

Примітка. P — ступінь вірогідності різниць показників відносно контролю;  $P_1$  — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів першої групи до лікування;  $P_2$  — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів другої групи до лікування;  $P_3$  — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів другої групи після лікування;  $P_4$  — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів того ж ступеня тяжкості до лікування; n — кількість спостережень.



Показники якості життя у хворих на есенціальну гіпертензію різних стадій до лікування,  $M \pm m$ , %

Показники якості життя, %	Контроль (практично здорові), n=20	ЕГ I стадії (перша група), n=15	ЕГ-II стадії (друга група), n=30	ЕГ-III (третя група) n=25,
Фізична активність (PF)	93,50±2,66	88,85±7,83	58,30±5,83 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001	30,24±2,92 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Фізично-рольова активність (RP)	88,16±4,19	81,25±6,29	33,75±5,91 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001	7,04±1,36 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Фізичний біль (BP)	82,11±5,65	89,37±4,61	53,75±5,45 P<0,001 P <sub>1</sub> =0,002	32,40±2,49 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Соціальна активність (SF)	83,55±8,46	81,25±5,75	68,75±5,22 P<0,05 P <sub>1</sub> <0,05	47,20±2,29 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Психічне здоров'я (MH)	69,16±4,84	76,00±5,66	58,00±5,45 P <sub>1</sub> <0,03	40,40±2,14 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> =0,002
Емоційно-рольова активність (RE)	82,36±3,38	74,95±2,36 P<0,05	58,32±5,28 P<0,001 P <sub>1</sub> =0,001	29,30±3,72 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Життєздатність (VT)	63,42±5,97	75,00±6,45	55,00±4,08 P <sub>1</sub> =0,04	24,80±3,39 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Загальне здоров'я (GH)	65,53±4,95	63,75±4,79	28,75±3,15 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001	32,00±2,76 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001
Здоров'я в порівнянні з минулорічним (CGH)	53,95±4,29	57,50±7,50	31,25±3,14 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,02	28,00±2,31 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001

*Примітка.* P — ступінь вірогідності різниць показників відносно контролю; P<sub>1</sub> — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів першої групи; P<sub>2</sub> — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів другої групи; n — кількість спостережень.

ЕГ II–III (табл. 3). Фізична активність (PF) значно підвищилась у першій та другій групах відповідно на 23,9 % (P=0,006) і 55,4 % (P<0,001), однак все ще залишалася нижчою за показник контролю (P<0,001). Вплив фізичного стану на буденну діяльність за останні чотири тижні (RP) зріс у хворих на ЕГ-II на 29,6 % (P<0,02) і не змінився у пацієнтів із ЕГ-III. Інтенсивність больових відчуттів зменшилася відповідно на 24,0 % (P=0,006) і 28,0 % (P<0,001). Отримані дані вка-

зують на поліпшення у пацієнтів здатності до виконання фізичних навантажень, підвищення активності в щоденній життєдіяльності та зменшення нападів болю під впливом лікування, особливо у хворих на ЕГ-II (PF і BP зросли до нормальних значень); ці показники не нормалізувалися у хворих на ЕГ-III.

Психічний статус за параметром соціальної активності (SF) покращився на 16,4 % (P<0,05) у хворих на ЕГ-II і на 23,6 % (P<0,001) у пацієнтів із

ЕГ-III; суб'єктивна оцінка обстежуваними свого настрою, відчуття задоволення, щастя, спокою (MH) впродовж місяця зросла відповідно на 26,7 % (P<0,03) і 28,7 % (P=0,002); однак на фоні лікування невірогідно зменшився показник обмеження буденної діяльності, зумовленої емоційними проблемами (RE), — на 8,9 % у хворих на ЕГ-II і на 13,6 % (P>0,05) — у пацієнтів із ЕГ-III. Підвищення показників SF і MH після проведеної терапії свідчить про покращання соці-



Таблиця 3

Показники якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію різних стадій після лікування,  $M \pm m$ , %

Показники якості життя, %	Контроль (практично здорові), n=20	ЕГ-II стадії (перша група), n=30,	ЕГ-III стадії (друга група), n=25
Фізична активність (PF)	93,50±2,66	72,25±3,20 P<0,001 P <sub>2</sub> <0,006	46,98±3,48 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Фізично-рольова активність (RP)	88,16±4,19	43,75±2,39 P<0,001 P <sub>2</sub> <0,02	7,00±0,72 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001
Фізичний біль (BP)	82,11±5,65	66,65±2,35 P<0,03 P <sub>2</sub> =0,006	45,00±1,63 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Соціальна активність (SF)	83,55±8,46	80,00±5,77 P <sub>2</sub> <0,05	58,33±5,26 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Психічне здоров'я (MH)	69,16±4,84	73,50±3,69 P <sub>2</sub> <0,03	52,00±3,39 P=0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> =0,003
Емоційно-рольова активність (RE)	82,36±3,38	63,50±2,59 P<0,001	33,30±1,62 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001
Життєздатність (VT)	63,42±5,97	75,50±4,41 P <sub>2</sub> <0,02	41,67±3,33 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001 P <sub>2</sub> <0,001
Загальне здоров'я (GH)	65,53±4,95	43,75±2,39 P<0,001 P <sub>2</sub> =0,009	41,65±3,32 P<0,001 P <sub>2</sub> =0,003
Здоров'я порівняно з минулорічним (CGH)	53,95±4,29	37,50±3,23 P=0,003	25,00±0,89 P<0,001 P <sub>1</sub> <0,001

Примітка. P — ступінь вірогідності різниць показників відносно контролю; P<sub>1</sub> — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів першої групи; P<sub>2</sub> — ступінь вірогідності різниць показників відносно таких у пацієнтів того ж ступеня тяжкості до лікування; n — кількість спостережень.

альної взаємодії обстежуваних із колегами по роботі, друзями, родичами, появу відчуття спокою, задоволення, покращання настрою. Відсутність суттєвих змін RE засвідчує, що емоційні проблеми все ще продовжували обмежувати повсякденну діяльність пацієнтів, особливо із ЕГ-III, де даний показник в 2,5 рази (P<0,001) був меншим за контрольні дані.

Загальний стан здоров'я за показниками суб'єктивної оцін-

ки пацієнтами стану свого здоров'я на момент обстеження і можливостей лікування (GH) підвищився у хворих на ЕГ-II і ЕГ-III на 52,2 % (P=0,009) і 30,2 % (P=0,003), а оцінка обстежуваними свого життєвого тону (енергійність, жвавість, життєздатність — VT) зроста відповідно на 37,3 % (P<0,02) і 68,0 % (P<0,001). Це опосередковано свідчить про покращання соматичного здоров'я пацієнтів під впливом лікування, однак не нормалізацію його.

Привертає увагу додатковий критерій оцінки стану власного здоров'я пацієнтами порівняно з минулим роком (CGH), що характеризує динаміку змін загального самопочуття впродовж 12 міс. Незважаючи на проведену терапію, CGH істотно не змінився в обстежуваних із ЕГ-II, і навіть, незначно погіршився у хворих на ЕГ-III (P>0,05). Таким чином, внутрішня напруженість, стійке занепокоєння за своє життя, майбутнє, аналіз вегетативних проявів захворювання вельми позначилися на оцінці ЯЖ і психологічних показниках. Суб'єктивізм відіграє важливу роль в аналізі самого захворювання і наслідків його лікування, оскільки стан здоров'я, задоволення життям, відчуття щастя, радості мають суб'єктивний характер і прямо залежать від пріоритетів у індивідуальній системі цінностей пацієнта.

## Висновки

1. Зміни стійкого та динамічного показників тривожності у хворих на ЕГ характеризуються підвищенням як реактивної, так і особистісної тривожності зі стійким превалюванням останньої.

2. Лікування протягом місяця не змінює суттєво показники тривожності у хворих на ЕГ-I, II при вірогідному зниженні динамічної реактивної тривожності у пацієнтів із ЕГ-III.

3. У хворих на ЕГ погіршуються показники ЯЖ внаслідок фізичного, психічного та соціального компонентів із перевагою погіршення фізичного та психічного здоров'я.

4. Призначення низькодозових комбінацій еналаприлу/гідрохлортіазиду і метопрололу терміном один місяць нормалізує у хворих на ЕГ-II фізичну активність, зменшує больові відчуття, підвищує соціальне, емоційно-рольове функціонування і життєздатність. Аналогічна терапія хворих на ЕГ-III вагомо покращує показ-



ники ЯЖ, однак не нормалізує їх.

Перспектива даного дослідження полягає в розробці й аналізі ефективності фармакогенетично обґрунтованого лікування хворих на ЕГ із подальшою оцінкою якості життя пацієнтів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Амосова К. М. Новые возможности снижения кардиоваскулярного риска у больных с артериальной гипертензией // Укр. кардіол. журнал. — 2006. — № 1. — С. 19-25.

2. Артеріальна гіпертензія — медико-соціальна проблема: Метод. посібник. — К.: Ін-т кардіології ім. М. Д. Стражеска АМН України, 2002. — 101 с.

3. Сіренко Ю. М., Горбась І. М., Смирнова І. П. Динаміка статистико-епідеміологічних показників реалізації Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Укр. кардіол. журнал. — 2006. — № 1. — С. 9-13.

4. Guidelines Committee, 2003 European Society of Hypertension — European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. — 2003. — Vol. 21. — P. 1011-1053.

5. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни / А. В. Буриков, С. Е. Ушакова, И. Е. Мишина и др. // Клиническая медицина. — 2004. — № 7. — С. 20-22.

6. Исследование качества жизни больных с артериальной гипертензией на фоне лечения энalapрилом / И. М. Фуштей, Л. Л. Подсева-

хина, А. И. Паламарчук и др. // Укр. мед. альманах. — 2005. — Т. 8, № 1. — С.183-185.

7. The WHO QOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHO QOL): Position Paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. — 1995. — Vol. 41. — P. 1403-1409.

8. Guidelines Subcommittee of the World Health Organization — International Society of Hypertension (WHO-ISH). 1999 World Health Organization — International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension // J. Hypertension. — 1999. — Vol. 17. — P. 151-183.

9. Спилбергер Ч. Д. Коцептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте: Междунар. сб. науч. статей; Сост. Ю. Л. Ханнин. — М.: ФиС, 1983. — С. 12-24.

УДК 572:155.9:314:575

О. В. Філіпцова<sup>1</sup>, О. Л. Луценко<sup>2</sup>, Л. О. Атраментова<sup>2</sup>

## СТАТЕВА СПЕЦИФІКА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

<sup>1</sup>Національний фармацевтичний університет, Харків,

<sup>2</sup>Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна

Тривожність є однією з центральних властивостей особистості. Вона являє собою адаптовану ознаку, тому що необхідна для попередження про потенційну небезпеку і включення захисних психологічних і фізіологічних реакцій. Останнім часом люди стали настільки більш стривожені, чим у минулому, що вчені називають ХХ століття «століттям тривожності». До джерел небезпеки належать безробіття, зростання злочинності, стурбованість із приводу війн, страх перед хворобами — СНІДом і раком, а також перед такими явищами, як клонування, генетично модифіковані організми тощо. У сучасну епоху економічні умови визначають можливість успішної репродукції, і таким чином, можуть викликати тривожність як у дорослих, так і у дітей. У низці досліджень встановлено, що рівень осо-

бистісної тривожності вищий серед людей більш низького соціального статусу. Тривожність посилюється при виключенні із соціальних груп або при розриві соціальних зв'язків, а статистичні дані в багатьох популяціях свідчать саме про збільшення розлучень, більш пізні шлюби та все більшу частку самотніх людей [1].

Тривожність має біологічні основи і зв'язок з ГАМКергічною, норадренергічною і серотонінергічною системами мозку, лімбічною системою та гіпокампом [2]. Виявлено спадковий компонент тривожності [3]. Підвищена тривожність є фактором ризику хвороб тривожності — генералізованої тривожної хвороби, панічних атак, специфічних фобій, соціофобії, посттравматичного стресового синдрому, обсессивно-компульсивного синдрому [4]. Тривожність сприяє розвитку

уніполярного депресивного синдрому, суїцидальних спроб, астми, коронарної хвороби серця, анорексії, диспепсії, виразки шлунка, гіпертензії тощо [5; 6]. Людям із підвищеною тривожністю властиве відкладання візитів до лікарів, медичних обстежень, які можуть дати загрозливу інформацію. Високий рівень особистісної тривожності погіршує пізнавальні здібності, призводить до проблем у шлюбі й іноді призводить до алкоголізму та наркоманії [7; 8]. Таким чином, підвищення тривожності в цілому веде до ослаблення психічного та соматичного здоров'я людини. Проте зв'язок між особистісною тривожністю і станом здоров'я більш складний, ніж здається на перший погляд, оскільки дана особистісна властивість може бути як причиною, так і наслідком захворювання. Так, іпохондрія та ін-

