

А.А. Сесоров, Е.С. Салогуб

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.Л. Месникова

Кафедра поликлинической терапии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.A. Sesorova, E.S. Salogub

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COMPLICATED HYPERTENSION

Tutor: PhD, associate professor. I.L. Mesnikova

Department of Polyclinic Therapy

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье приведены результаты исследования качества жизни (КЖ) амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией (АГ), осложненной ОНМК. Показатели КЖ этих пациентов, относящиеся к физической сфере жизнедеятельности, достоверно ниже, чем у пациентов с неосложненной АГ. При этом КЖ пациентов, ставших инвалидами, достоверно ниже КЖ лиц, оставшихся трудоспособными.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, острое нарушение мозгового кровообращения, качество жизни, инвалидность.

Resume. The article presents the results of a study of the quality of life (QoL) of outpatients with arterial hypertension (AH) complicated by stroke. The QoL indicators of these patients, related to the physical sphere of life, are significantly lower than in patients with uncomplicated AH. At the same time, the QoL of patients who became disabled is significantly lower than the QoL of those who remained able-bodied.

Keywords: arterial hypertension, acute cerebrovascular accident, quality of life, disability.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний в амбулаторной практике. Согласно результатам общенационального эпидемиологического исследования факторов риска неинфекционных заболеваний STEPS (2017) в Республике Беларусь артериальной гипертензией страдает 44,9% населения, в возрасте от 30 до 59 лет -- 29,7%-63,9% [1]. Это заболевание требует пожизненного лечения и медицинского наблюдения. Нередко АГ сопровождается развитием осложнений, некоторыми из которых являются острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Осложнения АГ способны приводить к существенному снижению качества жизни (КЖ). Поэтому, исследования в этой сфере в Республике Беларусь имеют высокую социальную и экономическую актуальность.

Цель: исследовать качество жизни амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией, осложненной острым нарушением мозгового кровообращения.

Задачи:

1. Сравнить показатели КЖ пациентов с АГ, перенесших ОНМК, и пациентов с неосложненной АГ.

2. Сравнить показатели КЖ пациентов с АГ, перенесших ОНМК и получивших группу инвалидности, и пациентов с сохраненной трудоспособностью.

Материалы и методы. Нами проведено проспективное контролируемое исследование пациентов с верифицированным диагнозом первичной АГ на базе ряда

поликлиник г. Минска. Исследуемые были разделены поровну на 2 группы (по 20 чел.). В основную группу №1 входили пациенты с АГ, перенесшие ОНМК в течение последних трех лет, прошедшие восстановительный этап лечения в стационаре и реабилитацию на амбулаторном этапе. В этой группе АГ 2 степени диагностирована у 12 чел. (60 %), и по 4 чел. (20 %) имели 1 и 3 степень АГ, в том числе было 14 мужчин (70,0 %) и 6 женщин (30,0 %), их средний возраст составил $58,9 \pm 2,43$ лет.

Контрольная группа сравнения № 2 была представлена пациентами с неосложненной АГ, в том числе 1 степени – 3 чел. (15 %), 2 степени – 13 чел. (65 %) и 3 степени – 4 чел. (25 %), из них 12 мужчин (60,0 %) и 8 женщин (40,0 %), их средний возраст составил $60,05 \pm 1,62$ лет.

Верификация диагноза вышеуказанных пациентов проводилась общепринятыми лабораторными и инструментальными методами исследования.

В основную группу были включены только те пациенты, которые после реабилитации могли без сопровождения посещать поликлинику по месту жительства. Критериями исключения были пациенты с сопутствующими хроническими заболеваниями в фазе обострения или стадии декомпенсации, онкологическими и инфекционными заболеваниями, пациенты после перенесенного инсульта, находящиеся под домашним наблюдением (инвалиды 1 и частично 2 группы), а также отказывающиеся выполнять протокол исследования в полном объеме.

Исследование проводилось при помощи следующих методов: 1) анамнестического с заполнением анкеты собственной разработки); 2) антропометрического с измерением роста, массы тела; 3) русскоязычного общего опросника RAND-36 для оценки КЖ [2].

Для исследования КЖ использовалась русская версия общего опросника The RAND-36-Item Health Survey (обзор здоровья, содержащий 36 вопросов), разработанного в 1992 году в центре изучения медицинских результатов в США. Данный опросник рассчитан на изучение КЖ как здоровых лиц, так и имеющих различные заболевания. Опросник RAND-36 включает 36 вопросов, подразделённых на 8 концепций здоровья (шкал): **PF** (Physical functioning) – физическое функционирование; **RP** (Role limitations due to physical health) – ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья; **RE** (Role limitations due to emotional problems) – ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами; **EF** (Energy/fatigue) - энергичность/усталость; **EW** (Emotional well-being) –эмоциональное самочувствие; **SF** (Social functioning) – социальное функционирование; **BP** (Bodily pain) – телесная боль; **GH** (General health) – общее восприятие здоровья; **HC** (Health change) – изменение здоровья.

Опросник валидизирован и адаптирован к условиям Республики Беларусь на кафедре поликлинической терапии БГМУ. Оценка производится в баллах от 0 до 100, чем выше балл, тем лучше состояние здоровья.

При нормальном распределении количественные величины представлялись в виде средних значений и стандартных ошибок ($M \pm m$), а при отличных от нормального распределений – в виде медианы и нижних и верхних квартилей – Me (25%; 75%). Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента (при нормальном распределении) и критериям Вилкоксона и Манна-Уитни (при распределениях, отличных от нормального). Сравнение частотных характеристик

проводили с использованием статистики χ^2 . Различие между параметрами считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Клинико-демографическая характеристика групп исследования представлена в табл.1.

Табл. 1. Клинико-демографическая характеристика групп исследования

Клинико-демографическая характеристика	Основная группа	Контрольная группа
Пол: Мужской	14 (70%)	12 (60%)
Женский	6 (30%)	8 (40%)
Возраст, лет	58,9 ± 2,43	60,05 ± 1,62
АГ 1 ст.	4 (20%)	3 (15%)
АГ 2 ст.	12 (60%)	12 (60%)
АГ 3 ст.	4 (20%)	5 (25%)
Инвалидность:		
Нет	9 (45%)	20 (100%)
3 группа	9 (45%)	
2 группа	2 (10%)	

Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу, возрасту и степени тяжести АГ.

Анализ КЖ показал, что у пациентов, перенесших ОНМК, снижены практически все показатели КЖ (табл.2). Особенно низкие показатели определены по шкалам, указывающим на неблагополучие в следующих сферах жизнедеятельности: физической – PF (физическое функционирование), RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья); в психоэмоциональной – EF энергичность/усталость, а также по шкале общего восприятия здоровья GH и сравнение с предыдущим годом HC.

Табл. 2. Сравнение показателей КЖ обеих групп исследуемых Me (Q25 - Q75)

Показатели КЖ	Основная группа	Контрольная группа
PF	52,0 (35,00-70,0)*	70,0 (50,0-87,5)
RP	40,75 (0,00-75,0)	51,25 (12,5-87,5)
RE	74,9 (66,6-100,0)	71,69 (49,95-100,0)
EF	53,0 (40,0-70,0)	57,15 (45,00-67,5)
EW	61,6 (52,0-78,0)	61,0 (50,0-74,0)
SF	71,25 (65,0-87,5)	79,37 (62,5-100,0)
BP	69,85 (55,0-90,0)	70,0 (46,25-87,5)
GH	44,0 (35,0-52,5)	48,75 (40,0-55,0)
HC	33,75 (25,0-50,0)*	46,25 (45,0-50,0)

Примечание: * - достоверность различий в группах сравнения, $P < 0,05$.

При сравнении с контрольной группой установлен достоверный более низкий показатель КЖ по шкале физического функционирования PF и тенденция к ухудшению показателя RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), что указывает на то, что пациенты с АГ, перенесшие ОНМК, в большей степени ограничены в выполнении различных физических нагрузок в

процессе своей жизнедеятельности. Достоверно ниже и показатель НС, указывающим на отрицательную динамику заболевания.

Нами проанализировано КЖ пациентов с АГ в зависимости от трудоспособности (наличия или отсутствия группы инвалидности после перенесенного ОНМК) (табл.3).

Табл. 3. Показатели качества жизни пациентов с АГ, перенесших ОНМК, в зависимости от трудоспособности Me (Q25 - Q75)

Показатели КЖ	Пациенты, имеющие инвалидность	Пациенты без инвалидности
PF	43,2 (35,00-70,00)	62,8 (35,00-65,00)
RP	18,2 (0,00-75,00) *	68,3 (0,00-100,00)
RE	66,65 (33,00-100,00)	85,2 (66,60-100,00)
EF	45,45 (40,00-70,00) *	62,2 (35,00-60,00)
EW	54,5 (52,00-84,00)	70,2 (48,00-72,00)
SF	60, 2 (75,00-87,50) *	84,7 (75,00-87,50)
BP	63,2 (55,00-90,00)	78,05 (55,00-100,00)
GH	39,5 (35,00-50,00)	49,4 (35,00-55,00)
НС	34,1 (25,00-50,00)	33,3 (25,00-50,00)

Примечание: * - достоверность различий в группах сравнения, $P < 0,05$.

Установлено, что у амбулаторных пациентов, получивших преимущественно 3 группу инвалидности вследствие перенесенного ОНМК, КЖ существенно ниже, чем у пациентов, сохранивших трудоспособность. У пациентов, признанных инвалидами, отмечено достоверное снижение показателей КЖ, указывающих на ограничение во всех сферах жизнедеятельности: в физической – выполнение работы и/или повседневной активности, связанной с физическим состоянием (RP); в психоэмоциональной – энергичность/усталость (EF), в социальной – социальное функционирование (SF), а также имеется тенденция к ухудшению показателей КЖ по всем остальным шкалам опросника.

Выводы:

1. У пациентов с АГ, перенесших ОНМК в течение последних 3 лет, прошедших восстановительный этап лечения в стационаре и реабилитацию на амбулаторном этапе, все показатели качества жизни, оцененные при помощи опросника RAND-36, снижены, но существенно не отличаются от показателей качества жизни пациентов с неосложненным течением АГ, за исключением достоверно более низкого показателя PF (физическое функционирование).

2. У пациентов с АГ, сохранивших трудоспособность после перенесенного ОНМК, определены достоверно более высокие показатели качества жизни по шкалам RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), EF (энергичность/усталость), SF (социальное функционирование) и тенденция к улучшению показателей качества жизни по всем остальным шкалам в сравнении с пациентами, ставших инвалидами.

Литература

1. Сачек, М.М. Выявление распространенности риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь: Шаги-исследование [Электронный ресурс] / М.М. Сачек, И.И. Новик, В.М. Писарик // Современные аспекты здоровьесбережения: сб. материалов юбил. науч.-практ. конф.с

междунар. участием, посвящ.55-летию мед-проф. фак-та УО БГМУ, Минск, 23-24 мая 2019 г. / под ред.А.В. Сикорского, А.В Гриндюка, Т.С. Борисовой. – Минск, 2019. – С.277-281.

2. Месникова, И.Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации. / И.Л. Месникова // Бел. гос. мед. ун-т. – Мн., 2005. – 20 с.