

# Якість життя хворих на гіпертонічну хворобу: гендерний аспект

## Ключові слова:

якість життя, гіпертонічна хвороба, стать, симптоми, тривога.

Незважаючи на значні успіхи у вивченні патогенезу та розробці нефективних схем лікування, гіпертонічна хвороба (ГХ) у всьому світі залишається провідним предиктором серцево-судинних ускладнень, а поширеність її серед населення невпинно зростає [6]. Кінцева мета лікування конкретного пацієнта полягає у зниженні кардіоваскулярного ризику, що потребує постійного виконання ним рекомендацій лікаря та модифікації способу життя. Своєю чергою, прихильність до лікування нерозривно пов'язана із якістю життя (ЯЖ) пацієнта, адже його мотивація до терапії залежить не тільки від зусиль лікаря, а й від ступеня впливу хвороби та її лікування на життя хворого. За даними ВООЗ, саме ЯЖ поряд зі зниженням смертності слугує об'єктивним критерієм оцінки ефективності діагностики та лікування [9]. Водночас ускладнення ГХ, нерідко спричинені неадекватним лікуванням, не тільки підвищують ризик смерті та скорочують життя, а й значно погіршують його якість. За даними літератури, наявність на тлі есенційної гіпертензії ішемічної хвороби серця чи цереброваскулярного захворювання часто пов'язана зі значним незворотним зниженням ЯЖ у всіх складових [16]. Тому актуальність профілактики ускладнень обумовлена не лише подовженням життя пацієнта, а й збереженням та покращенням його якості.

Дані літератури, а також результати наших попередніх досліджень свідчать, що пацієнти з ГХ мають знижені показники ЯЖ у компонентах фізичного та психічного благополуччя порівняно зі здоровими людьми [2, 5]. Проте залишаються недостатньо вивченими гендерні особливості ЯЖ, взаємозв'язки між показниками ЯЖ та особливостями перебігу захворювання, а саме: симптомністю, ступенем підвищення артеріального тиску, тривалістю хвороби, психоемоційними порушеннями в пацієнтів. Суперечливі дані отримано і щодо впливу субклінічного ураження органів-мішеней на ЯЖ.

**Метою роботи** стала оцінка якості життя хворих на гіпертонічну хворобу II стадії в гендерному аспекті та аналіз основних чинників, що на неї впливають.

## Матеріали та методи

Обстежено 134 хворих на ГХ II стадії (68 чоловіків та 66 жінок), які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні та в центрі метаболічних розладів УНМЦ «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету. Середній вік пацієнтів склав  $(50 \pm 7,6)$  року. Верифікацію діагнозу проводили згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів 2008 р. Критеріями вилучення з дослідження були ішемічна хвороба серця (ІХС), серцева недостатність, порушення ритму серця, цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, порушення функції щитоподібної залози, супут-



**В.І. Кривенко,  
І.С. Качан**

Запорізький державний  
медичний університет

## КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Качан Ігор Сергійович**  
аспірант кафедри сімейної  
медицини та терапії факультету  
післядипломної освіти

69035, м. Запоріжжя,  
пр-т Маяковського, 26  
Тел. (061) 224-64-69  
E-mail: kachan44ik@rambler.ru

Стаття надійшла до редакції  
3 січня 2012 р.

ні захворювання у фазі загострення. Контрольну групу склали 63 практично здорових людей (28 чоловіків, 35 жінок), які були зіставні із пацієнтами основної групи за віком та антропометричними показниками. Усі обстежені підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

З усіма учасниками дослідження проводилося структуроване інтерв'ю з оцінкою, зокрема, обставин виявлення ГХ, тривалості хвороби, виразності симптомів та частоти їх виникнення, частоти гіпертензивних кризів (ГК) та їх провокативних факторів, кратності попередніх госпіталізацій, що підтверджувалося даними із амбулаторних карт або виписних епікризів.

Клінічний огляд поряд із традиційними етапами, такими як вимірювання артеріального тиску (АТ) на обох верхніх та нижніх кінцівках, визначення зросту та маси тіла із розрахунком індексу маси, включав також вимірювання окружності талії та стегон із розрахунком їх співвідношення. Проводили пробу Мартіне: фіксували час відновлення частоти серцевих скорочень (ЧСС) після 20 присідань, який вважається самостійним предиктором серцево-судинних ускладнень [15].

ЯЖ хворих оцінювали за допомогою адаптованого загального опитувальника SF-36 із розрахунком показників у діапазоні значень від 0 до 100 балів згідно з алгоритмом авторів опитувальника за такими шкалами: GH — самооцінка здоров'я в цілому, PF — фізичне функціонування; RP — рольове фізичне функціонування, що відображає вплив фізичного стану на життєдіяльність; RE — емоційне функціонування, тобто вплив емоційного стану на життєдіяльність; SF — соціальне функціонування; BP — показник больових відчуттів та їх впливу на життєдіяльність; VT — енергійність, тобто відчуття себе повним сил та енергії; MH — психічне здоров'я. При цьому вищий бал свідчить про кращу ЯЖ у відповідному компоненті. Також використовували адаптовану госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), яка, за даними метааналізу, слугує надійним інструментом для скринінгу психоемоційних порушень серед пацієнтів соматичного стаціонару [8]. Показники за шкалами тривоги та депресії оцінювали в балах. Результат від 0 до 7 балів вважали нормальним, рівень від 8 до 10 балів відповідав субклінічним порушенням, а результати вище за 10 балів свідчили про клінічні вияви тривоги або депресії.

Інструментальне обстеження включало ЕКГ у 12 загальноприйнятих відведеннях, а також дослідження варіабельності серцевого ритму шляхом 5-хвилинних записів у стані спокою за допомогою діагностичного комплексу «Кардіолаб» («ХАІ-Медика», Харків, Україна). Оцінку

субклінічного ураження серця проводили на підставі даних двовимірної трансторакальної доплерехокардіоскопії на ультразвуковому діагностичному приладі «MyLab 50 XVision» («Esaote», Італія) з використанням фазованого давача PA230E 2—4 МГц. При цьому визначали товщину міжшлуночкової перетинки, задньої стінки, кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка, розраховували масу міокарда (ММ) за формулою Американського товариства ехокардіографії та індекси маси міокарда (ІММ) шляхом поділу ММ на площу поверхні тіла та на зріст у степені 2.7.

Для визначення ступеня ураження судин, користуючись лінійним давачем LA523, вимірювали товщину комплексу інтима—медіа (ТІМ) в лівій сонній артерії згідно з рекомендаціями Американської асоціації ехокардіографії та Товариства судинної медицини та біології (2006).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета статистичних програм STATISTICA 6.0 («Statsoft», США). Відповідність кількісних даних нормальному розподілу визначали з використанням критерію Шапіро—Уїлка. Центральні тенденції нормально розподілених змінних описували як середнє арифметичне та стандартне відхилення у вигляді  $M \pm SD$ , а показники, розподіл яких не відповідав нормальному, — як медіану та інтерквартильний розмах у вигляді  $Me$  (25 % квартиль; 75 % квартиль). Якісні показники характеризували абсолютною кількістю та частками, які виражали відсотками з розрахунком їх довірчих інтервалів. Значущість відмінностей між двома незалежними групами визначали за критерієм Манна—Уїтні. Порівняння якісних показників здійснювали за допомогою аналізу таблиць спряженості за критерієм  $\chi^2$  Пірсона, а також за відмінністю часток з урахуванням довірчих інтервалів. Силу та направленість взаємозв'язків між кількісними параметрами визначали за допомогою парного коефіцієнта рангової лінійної кореляції Спірмена та коефіцієнта гамма за умови повторюваності рангів у групі після попереднього візуального аналізу діаграм розсіювання. Зв'язки двох підмножин ознак досліджували з використанням канонічної кореляції. Силу зв'язку якісних показників встановлювали за коефіцієнтом  $\phi$ . Усі статистичні критерії були двобічними, значущим вважали рівень  $p < 0,05$ .

### Результати та обговорення

Отримані результати свідчать про значні порушення ЯЖ як у фізичній, так і у психічній сфері серед пацієнток порівняно зі здоровими жінками (табл. 1).

Таблиця 1. ЯЖ хворих на ГХ порівняно зі здоровими особами

Параметри ЯЖ	Контрольна група (жінки), n = 35	Основна група (жінки), n = 66	p	Контрольна група (чоловіки), n = 28	Основна група (чоловіки), n = 68	p	p*
GH	77 (62; 87)	55 (45; 70)	< 0,001	77 (62; 87)	67 (58; 77)	0,007	0,001
PF	95 (90; 95)	80 (65; 90)	< 0,001	95 (90; 100)	95 (85; 95)	0,011	< 0,001
RP	100 (50; 100)	50 (0; 75)	0,002	100 (75; 100)	75 (50; 100)	0,14	0,001
RE	67 (34; 100)	67 (0; 100)	0,29	100 (34; 100)	100 (34; 100)	0,27	0,033
SF	75 (62; 100)	62 (50; 75)	0,01	88 (75; 100)	88 (62; 100)	0,63	< 0,001
BP	84 (51; 100)	52 (41; 74)	< 0,001	84 (62; 100)	84 (62; 100)	0,64	< 0,001
VT	70 (60; 80)	55 (35; 65)	< 0,001	70 (55; 85)	70 (50; 80)	0,29	< 0,001
MN	68 (56; 84)	56 (44; 72)	0,001	72 (56; 84)	68 (56; 80)	0,3	0,001

Примітка. Показники представлені у вигляді медіан із кватильними розмахами, значення p отримано за критерієм Манна—Уїтні;

\* — значення p при порівнянні показників між жінками та чоловіками основної групи.

Статистично і клінічно значущі відмінності максимально виражені в компонентах фізичного функціонування (PF), загального здоров'я (GH), впливу фізичного стану на життєдіяльність (RP), соціального функціонування (SF), енергійності (VT) та болю (BP). Водночас між хворими та здоровими чоловіками різниця спостерігалась лише в компонентах загального здоров'я (GH) та фізичного функціонування (PF). За даними літератури, клінічно значущими вважаються рівні відмінностей параметрів ЯЖ більші ніж 10 % [4]. Серед чоловіків у нашому дослідженні такої різниці не отримано.

Порівняння показників ЯЖ в основній групі між чоловіками та жінками також свідчить про відмінності у всіх компонентах за опитувальником SF-36. Ці дані, а також відсутність аналогічних розбіжностей у контрольній групі, що підтверджено аналізом діаграм розмаху, дозволяють припустити, що зниження ЯЖ серед хворих жінок значною мірою зумовлене особливостями перебігу ГХ.

Для підтвердження цієї гіпотези ми проаналізували анамнез, клінічні вияви ГХ у чоловіків та жінок. Виявлено вірогідний зв'язок між суб'єктивними виявами та статтю ( $\chi^2 = 16,2$ ,  $p < 0,001$ ). Так, частка пацієнтів із безсимптомним перебігом серед чоловіків була достовірно більшою — 41 % (95 % ДІ 29–53), тоді як серед жінок вона складала лише 10 % (95 % ДІ 5–19). Водночас у жінок частіше реєстрували скарги, пов'язані із підвищенням АТ. Так, головний біль спостерігався у 80 % жінок (95 % ДІ 68–80) та лише у 54 % чоловіків (95 % ДІ 43–66).

Запаморочення відзначали 44 % жінок (95 % ДІ 32–56), а серед чоловіків цей показник становив 16 % (95 % ДІ 8–26). При цьому асоціація між статтю та запамороченням була тісніша, ніж між головним болем (для запаморочення

$\chi^2 = 12,3$ ,  $\phi = 0,3$ ,  $p < 0,001$ , для головного болю  $\chi^2 = 9$ ,  $\phi = 0,27$ ,  $p = 0,003$ ).

Необхідно зазначити, що чоловіки із безсимптомним перебігом ГХ, як правило, не визнають себе хворими, що, безперечно, не сприяє прихильності їх до лікування та модифікації способу життя. Так, виявлено достовірно вищий рівень переважної більшості показників ЯЖ у пацієнтів чоловічої статі із безсимптомним перебігом порівняно із хворими чоловіками, які мали симптоми підвищення АТ або ГК (табл. 2). Водночас при порівнянні ЯЖ здорових чоловіків та пацієнтів із безсимптомним перебігом ГХ показники не різнилися.

Серед жінок переважали не тільки суб'єктивні вияви ГХ, а й об'єктивні ускладнення — гіпертензивні кризи ( $p < 0,001$ ), частота яких закономірно корелювала із кратністю госпіталізацій (коефіцієнт гамма 0,34,  $p < 0,001$ ) та негативно впливала на ЯЖ. Так, було виявлено зворотні кореляції між частотою кризів та всіма показниками ЯЖ. Максимальна сила зв'язку отримана у сферах рольового фізичного, емоційного та соціального функціонування (коефіцієнт гамма — 0,38, –0,36 та –0,39 відповідно,  $p < 0,001$ ).

Головний біль, запаморочення та ГК також були першими виявами артеріальної гіпертензії, що зумовили звертання за допомогою та обстеження у 68 % жінок (95 % ДІ 57–80), тоді як у чоловіків цей показник становив 33 % (95 % ДІ 22–45), а в більшості пацієнтів чоловічої статі (64 % — 95 % ДІ 55–78) виявлення захворювання було пов'язане із профілактичним оглядом або випадковим вимірюванням АТ. Таким чином, обставини виявлення ГХ мають істотну гендерну відмінність ( $\chi^2 = 16$ ,  $\phi = 0,35$ ,  $p < 0,001$ ) унаслідок переважання суб'єктивних виявів у жінок. Ці результати узгоджуються з даними Р.Е. Korhonen [13] та А. Alsuwaida [7], які встановили, що чоловіки значно

**Таблиця 2.** ЯЖ чоловіків основної групи із безсимптомним перебігом ГХ порівняно із чоловіками контрольної групи та чоловіками основної групи, які мали симптоми підвищення АТ

Параметри ЯЖ	Контрольна група (чоловіки), n = 28	Основна група (чоловіки із безсимптомним перебігом), n = 28	Основна група (чоловіки, які мали симптоми підвищення АТ), n = 40	p	p*
GH	77 (62; 87)	68,5 (56; 77)	66 (58,5; 76)	0,073	0,524
PF	95 (90; 100)	95 (87,5; 95)	90 (85; 95)	0,084	0,446
RP	100 (75; 100)	100 (62,5; 100)	75 (25; 100)	0,84	0,048
RE	100 (34; 100)	100 (67; 100)	67 (34; 100)	0,79	0,025
SF	100 (75; 100)	100 (88; 100)	75 (62; 88)	0,6	0,000
BP	100 (62; 100)	100 (84; 100)	74 (56,5; 100)	0,62	0,008
VT	70 (55; 85)	75 (65; 82,5)	62,5 (50; 75)	0,68	0,023
MN	72 (56; 84)	72 (62; 82)	64 (50; 74)	0,76	0,022

Примітка. Показники представлені у вигляді медіан із кватильними розмахами, значення p отримано за критерієм Манна—Уїтні при порівнянні показників між чоловіками основної групи із безсимптомним перебігом ГХ та контрольною групою;

\* — значення p при порівнянні показників між чоловіками основної групи із безсимптомним перебігом та чоловіками, що мали симптоми підвищення АТ.

рідше обізнані про наявність у них АГ, при цьому ЯЖ істотно вища в осіб, котрі не мають суб'єктивних виявів захворювання.

Підґрунтям виявлених відмінностей ЯЖ внаслідок симптомного та кризового перебігу ГХ у жінок поряд із іншими факторами може бути гормональний та вегетативний дисбаланс періоду перименопаузи [1, 3], адже середній вік жінок основної групи складав ( $51 \pm 7,3$ ) року. Підтвердженням цього стали результати аналізу взаємозв'язків показників ЯЖ та ВСР у жінок. Так, було виявлено зворотні кореляції між рівнем фізичного функціонування (PF), рольового фізичного (RP) й соціального функціонування (SF) та компонентом VLF%, який, за даними літератури, відображає нейрогуморальні та метаболічні впливи та функцію надсегментарних відділів вегетативної нервової системи [11] (R для VLF% та PF —  $-0,45$ ;  $p < 0,001$ , для VLF% та RP —  $-0,32$ ;  $p = 0,009$ , для VLF% та SF —  $-0,28$ ;  $p = 0,02$ ). Водночас між показником, що характеризує активність парасимпатичного відділу нервової системи, та рівнем фізичного функціонування отримані прямі кореляції (R для HF% та PF  $-0,27$ ;  $p = 0,007$ ). У чоловіків залежностей між ЯЖ та ВСР у нашому дослідженні виявлено не було.

Окрім особливостей перебігу та виявів хвороби на ЯЖ та прихильність до лікування пацієнтів кардіологічного профілю, за даними літератури, значно впливають тривожно-депресивні розлади [8]. З огляду на це ми оцінили частоту тривоги та депресії за допомогою шкали HADS, а також проаналізували взаємозв'язки між психоемоційними порушеннями, особливостями перебігу ГХ та ЯЖ.

За результати аналізу особливої уваги у хворих на ГХ заслуговує тривога субклінічного рів-

ня, яка була зареєстрована у 41 % пацієнтів (95 % ДІ 33–49) та лише у 24 % здорових осіб (95 % ДІ 14–32). Виявилося, що, на відміну від здорових людей, у групі яких асоціація між статтю й виявами тривоги не була статистично значущою ( $\chi^2 = 0,33$ ,  $p = 0,59$ ), в основній групі означений зв'язок був достовірним ( $\chi^2 = 15$ ,  $\phi = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ). Так, субклінічні рівні тривоги виявлено у 58 % жінок (95 % ДІ 45–70) та лише у 25 % чоловіків (95 % ДІ 15–35). Водночас відмінності серед жінок основної та контрольної групи також були значущі ( $\chi^2 = 9,33$ ,  $p = 0,002$ ), адже тривожність було виявлено тільки у 26 % здорових жінок (95 % ДІ 11–40).

Отримані дані свідчать не тільки про значну частоту субклінічної тривоги серед хворих, а також, можливо, про взаємозв'язки між психоемоційними порушеннями та перебігом захворювання. Адже, за даними літератури, високий рівень тривожності вважається незалежним предиктором розвитку ГХ [12]. У нашому дослідженні кореляція між балом тривоги за опитувальником HADS та частотою ГХ виявлена саме серед жінок (коефіцієнт гамма  $0,25$ ,  $p = 0,02$ ). Також ми припустили, що психоемоційні порушення в жінок пов'язані із вегетативним дисбалансом. Так, у підгрупі із субклінічним рівнем тривоги виявлено зниження показників, які віддзеркалюють активність парасимпатичного відділу нервової системи, — RMSSD та pNN50 ( $p = 0,01$ ). Водночас отримано пряму кореляцію (R =  $0,32$ ,  $p = 0,009$ ) між балом тривоги та VLF, що, за даними науковців, відображає центральні та психогенні впливи на регуляцію серцевого ритму [11]. Аналогічних взаємозв'язків у чоловіків виявлено не було.

Закономірно, що рівні як тривоги, так і депресії були пов'язані з ЯЖ. Так, за результатами

канонічної кореляції найтісніші взаємозв'язки отримані між балами тривоги та психологічними компонентами ЯЖ (RE, VT, MN,  $R^2 = 0,65$ ,  $\chi^2 = 40$ ,  $p < 0,001$ ). Нижчі рівні цих показників у підгрупах із субклінічним рівнем тривоги отримані як серед чоловіків, так і серед жінок.

Проте дещо несподіваною виявилися залежності між тривожністю та фізичними компонентами ЯЖ, такими як фізичне функціонування (PF) та рольове фізичне функціонування (RP) у хворих на ГХ чоловічою статі. Так, нижчі рівні цих показників були отримані при порівнянні підгруп, а взаємозв'язки виявлено при канонічному аналізі ( $R^2 = 0,64$ ,  $\chi^2 = 44,5$ ,  $p < 0,001$ ) та за допомогою коефіцієнта парної кореляції Спірмена ( $R = -0,45$ ;  $p < 0,001$  та  $R = -0,31$ ;  $p = 0,01$  відповідно). Очевидно, що, на відміну від жінок, у чоловіків тривога обумовлена саме порушенням фізичного стану та обмеженням повсякденної активності. Підтвердженням цього стало збільшення часу відновлення ЧСС після навантаження при проведенні проби Мартіне в чоловіків із субклінічним рівнем тривоги на 31 % ( $p = 0,02$ ), що, своєю чергою, мало зворотній зв'язок із фізичними компонентами ЯЖ (між PF і часом відновлення ЧСС ( $R = -0,32$ ;  $p = 0,015$ ) та між RP і часом відновлення ЧСС ( $R = -0,35$ ;  $p = 0,002$ )).

У літературі існують суперечливі дані щодо впливу тривалості хвороби та ступеня АГ на ЯЖ. Так, результати дослідження D.K. Nauges та співавт. [10] свідчать про відсутність безпосереднього впливу цифр АТ і стажу ГХ на ЯЖ. Водночас, за даними A. Alsuwaia [7], ЯЖ залежить від успіхів у досягненні цільових цифр АТ. У дослідженні Г.Д. Радченко виявлено слабку зворотну кореляцію між офісним систолічним АТ та фізичним компонентом ЯЖ ( $r = -0,14$ ;  $p = 0,035$ ), а також помірну зворотну кореляцію між тривалістю АГ та фізичним здоров'ям ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,001$ ), що було зумовлено приєднанням серцевої недостатності [5]. У нашому дослідженні ускладнення, зокрема серцева недостатність, були критерієм вилучення. Вірогідних зв'язків між тривалістю ГХ, ступенем АГ, з одного боку, та ЯЖ — із другого, виявлено не було. Очевидно, це пояснюється тим, що сприйняття хвороби та її вплив на життєдіяльність пацієнтів залежить переважно від особливостей самопочуття та обмежень повсякденної активності. При цьому поріг чутливості та обставини виникнення симптомів мають великі розбіжності серед пацієнтів без ускладнень і не завжди пов'язані із тривалістю хвороби та ступенем АГ [14, 16].

Важливо зазначити, що всі обстежені хворі мали такі субклінічні ураження органів-мішеней,

як гіпертрофія лівого шлуночка (середній ІММ у жінок — 50 г/м<sup>2</sup> (95 % ДІ 47–54) при нормі до 47 г/м<sup>2</sup>; у чоловіків — 55 г/м<sup>2</sup> (95 % ДІ 53–58) при нормі до 53 г/м<sup>2</sup>) та/або збільшення ТІМ, а отже, високий та дуже високий ризик кардіоваскулярних ускладнень. При цьому значущих взаємозв'язків між суб'єктивними виявами хвороби, що істотно впливають на ЯЖ, та ступенем ураження серця й судин виявлено не було. У сучасній літературі думки щодо взаємозв'язків між ЯЖ та ураженнями органів-мішеней залишаються суперечливими. Логічно припустити, що саме порушення на субклінічному рівні в пацієнтів довгий час перебігають приховано, не завжди впливають на самопочуття та активність хворих. Це особливо актуально для пацієнтів чоловічої статі без суб'єктивних виявів підвищення АТ, адже мотивація до лікування в них виявляється дуже низькою. За даними літератури, саме розвиток супутніх хвороб та ускладнень ГХ зумовлює зниження ЯЖ [5, 14, 16].

### Висновки

1. Якість життя хворих на гіпертонічну хворобу має істотні гендерні відмінності. У пацієнтів жіночої статі виявлено вірогідне зниження всіх складових якості життя, тоді як у хворих чоловіків зареєстровано достовірне зниження тільки показників загального здоров'я та рольового фізичного функціонування.

2. Отримані статеві відмінності якості життя значною мірою зумовлені вірогідно суттєвішими суб'єктивними виявами основного захворювання у пацієнтів жіночої статі ( $\chi^2 = 16,2$ ;  $p < 0,001$ ), а також достовірно більшою частотою гіпертензивних кризів ( $p < 0,001$ ). При цьому виявлено зворотній взаємозв'язок між частотою кризів та всіма показниками якості життя. Максимальна сила зв'язку отримана в компонентах рольового фізичного, емоційного та соціального функціонування (коефіцієнт гамма  $-0,38$ ,  $-0,36$  та  $-0,39$  відповідно,  $p < 0,001$ ). У той же час у 41% пацієнтів чоловічої статі (95 % ДІ 29–53) перебіг захворювання мав безсимптомний характер, а показники їх якості життя не різнилися порівняно з контрольною групою.

3. На якість життя хворих істотно впливає також тривожність субклінічного рівня, яка вірогідно частіше виявлялася в жінок (58 % жінок (95 % ДІ 45–70) та 25 % чоловіків (95 % ДІ 15–35)). Найтісніші взаємозв'язки отримано між тривожною та психологічними компонентами якості життя (RE, VT, MN,  $R^2 = 0,65$ ,  $\chi^2 = 40$ ,  $p < 0,001$ ). Крім того, одержано пряму взаємозалежність між рівнем тривоги та частотою гіпертензивних

кризів (коефіцієнт гамма 0,25;  $p = 0,02$ ) у хворих жіночої статі. На відміну від жінок, у пацієнтів чоловічої статі підвищення рівня тривожності зумовлено зниженням показників фізичного та рольового фізичного функціонування ( $R = -0,45$ ;  $p < 0,001$  та  $R = -0,31$ ;  $p = 0,01$  відповідно).

З огляду на результати нашого дослідження можна ствердити, що для ефективного лікування хворих на гіпертонічну хворобу необхідно

враховувати стать пацієнтів та їх психоемоційні особливості.

**Перспективи подальших досліджень.** Плануємо проаналізувати взаємозв'язки між якістю життя, особливостями перебігу гіпертонічної хвороби та прихильністю до терапії як головної умови досягнення кінцевої мети лікування — зниження кардіоваскулярного ризику.

## Список літератури

1. Горач Н.В. Дослідження якості життя у жінок, хворих на гіпертонічну хворобу у перименопаузі // Медичні перспективи.— 2004.— Т. IX, № 3.— С. 104—108.
2. Кривенко В.І., Грінченко Т.Ю., Качан І.С. Якість життя хворих на гіпертонічну хворобу і цукровий діабет // Запорозький мед. журн.— 2010.— Т. 12, № 6.— С. 9—10.
3. Малацівська О.В., Горбась І.М. Зв'язок між традиційними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань та тривожно-депресивними станами у жінок // Укр. кардіол. журн.— 2005.— № 6.— С. 97—99.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.— М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.— 320 с.
5. Радченко Г.Д., Сіренко Ю.М. Якість життя в пацієнтів з м'якою та помірною формою артеріальної гіпертензії. Зміни під впливом антигіпертензивного лікування // Укр. кард. журн.— 2008.— № 1.— С. 42—50.
6. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность — статистика по европейским странам (2008) // Medicine review.— 2009.— № 1 (06)— С. 6—12.
7. Alsuwaida A., Alghonaim M. Gender disparities in the awareness and control of hypertension // Clinical and Experimental Hypertension.— 2011.— Vol. 33, N 5.— P. 354—357.
8. Brennan C., Worrall-Davies A., McMillan D. et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability // Journal of Psychosomatic Research.— 2010.— Vol. 69.— P. 371—378.
9. Brown M.T., Bussell J.K. Medication Adherence: WHO Cares? // Mayo. Clin. Proc.— 2011.— Vol. 86, N 4.— P. 304—314.
10. Hayes D.K., Denny C.H. et al. Health-related quality of life and hypertension status, awareness, treatment, and control: National Health and Nutrition Examination Survey, 2001—2004 // Hypertens.— 2008.— Vol. 264.— P. 641—647.
11. Hoikkala H., Haapalahti P., Viitasalo M. et al. Association between vasomotor hot flashes and heart rate variability in recently postmenopausal women // Menopause.— 2010.— Vol. 17, N 2.— P. 315—320.
12. Jonas B.S., Franks P., Ingram D.D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study // Arch. Fam. Med.— 1997.— Vol. 6, N 1.— P. 43—49.
13. Korhonen P.E., Kivelä S.L., Kautiainen H. et al. Health-related quality of life and awareness of hypertension // J. Hypertens.— 2011.— Vol. 29, N 11.— P. 2070—2074.
14. Martinelli L.M.B., Mizutani B.M. Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a community health care program population // Clinics.— 2008.— Vol. 63 (6)— P. 783—788.
15. Sung J., Choi Y.C., Park J.B. Metabolic syndrome is associated with delayed heart rate recovery after exercise // J. Korean Med. Sci.— 2006.— Vol. 21.— P. 621—626.
16. Trevisol D.J., Moreira L.B., Kerkhoff A. et al. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies // J. Hypertens.— 2011.— Vol. 29, N 2.— P. 179—188.

## В.И. Кривенко, И.С. Качан

### Качество жизни больных гипертонической болезнью: гендерный аспект

В статье представлены результаты исследования качества жизни пациентов с гипертонической болезнью в гендерном аспекте в зависимости от особенностей течения заболевания, психоэмоциональных нарушений, степени повышения артериального давления, субклинического поражения органов-мишеней. Выявлено более существенное снижение качества жизни у женщин, что обусловлено особенностями течения заболевания, большей частотой гипертензивных кризов и субклинической тревоги у пациенток. У значительной части мужчин заболевание не влияет на качество жизни, что не способствует приверженности к лечению.

## V.I. Krivenko, I.S. Kachan

### Gender-related aspect of the quality of life of patients with arterial hypertension

The article presents results of investigation of quality of life of patients with arterial hypertension from the point of view of gender-related aspects, depending on the characteristics of disease, psycho-emotional disorders, level of arterial blood pressure, subclinical organ damage. The significant decrease of quality of life has been established in women's, resulting from the peculiarities of disease, higher hypertensive crises frequency and subclinical anxiety in patients. In the most cases, the disease does not affect quality of life in males, and this does not facilitate the patients' compliance.