

Динаміка якості життя пацієнтів з гіпертонічною хворобою в залежності від особливостей лікування

В. І. Кривенко, І. С. Качан*, О. В. Нікітюк, Е. В. Котляревська

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

*Corresponding author. E-mail: kachan44ik@rambler.ru

Paper received ; Revised ; Accepted for publication .

Анотація. Стаття присвячена визначенню провідних чинників лікувального процесу, які впливають на динаміку якості життя хворих на гіпертонічну хворобу II стадії. Виявлено, що провідним чинником підвищення якості життя є прийнятна прихильність до медикаментозного лікування та модифікація способу життя. Показано, що фіксована комбінація препаратів інгібітор АПФ/діуретик або інгібітор АПФ/блокатор кальцієвих каналів з кратністю прийому 1 таблетка на добу є оптимальним варіантом терапії для підвищення показників якості життя та підтримання прихильності до лікування пацієнтів.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, якість життя, прихильність до лікування

Вступ та огляд публікацій за темою. Критеріями ефективності лікування у світовій медичній практиці є тривалість та якість життя (ЯЖ) пацієнта [7]. На жаль, робота лікаря загальної практики – сімейної медицини пов'язана з формальними критеріями оцінки результативності лікувально-діагностичних заходів. При цьому напруженість праці медичного персоналу первинної ланки, а також система фінансування закладів охорони здоров'я не сприяє своєчасному впровадженню в практику сучасних алгоритмів визначення показників ефективності терапії, зокрема, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ). Основними джерелами інформації про адекватність лікування пацієнтів залишаються статистичні показники – процент та частота госпіталізації, смертність, число інфарктів та інсультів тощо [3, 4]. Проте, кінцева мета допомоги хворим полягає не лише в стабілізації артеріального тиску, корекції факторів ризику та профілактиці фатальних ускладнень. Належної уваги потребує подовження *якісного життя*. Тому, актуальним є визначення чинників, які сприяють підвищенню ефективності лікування хворих, що, в свою чергу, залежить від параметрів якості життя пацієнтів.

Метою нашої роботи стало визначення провідних чинників лікувального процесу, які впливають на динаміку якості життя хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 134 хворих на ГХ II стадії (69 чоловіків та 65 жінок) в умовах ННМЦ «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету. Середній вік пацієнтів склав $50 \pm 7,6$ років. Верифікацію діагнозу проводили згідно з уніфікованим клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією [5]. Всі пацієнти раніше спостерігались у лікаря з діагнозом ГХ, дали згоду на участь у дослідженні. Медіана тривалості захворювання (з моменту вперше встановленого діагнозу гіпертонічної хвороби) склала 6,3 (2,7;6,8) роки. Критеріями виключення були ІХС, серцева та ниркова недостатність, порушення ритму серця, окрім одиничних екстрасистол, цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, порушення функції щитоподібної залози, супутні захворювання в фазі загострення, ожиріння III ступеню.

ЯЖ хворих аналізували за допомогою адаптованого загального опитувальника SF-36 із розрахунком показників у діапазоні значень від 0 до 100 балів згідно з алгоритмом авторів опитувальника. При цьому вищий бал свідчить про кращу якість життя у відповідній сфері.

Прихильність хворих до лікування оцінювали за допомогою оригінального опитувальника, який склався з 30 питань (свідомство про реєстрацію авторського права на твір № 39834 від 30.08.2011) [1].

В період первинного обстеження та лікування всім хворим була підібрана адекватна антигіпертензивна терапія, досягнуті цільові цифри АТ, ініціювалася корекція ожиріння та дисліпідемії. Контроль за виконанням рекомендацій та оцінка ефективності лікування був покладений на лікарів первинної ланки та суміжних спеціалістів другого рівня медичної допомоги. Оцінка ЯЖ в залежності від прихильності хворих до лікування та його особливостей була проведена через 6 місяців після первинного обстеження та підбору терапії.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакету статистичних програм STATISTICA 6.0 («Statsoft», США). Якісні показники відображали абсолютної кількістю та частками, які позначали відсотками з розрахунком 95% довірчих інтервалів (ДІ). Порівняння якісних показників та порядкових даних здійснювали за критерієм χ^2 . Взаємозв'язки між кількісними параметрами визначали за допомогою парного коефіцієнта рангової лінійної кореляції Спірмена. Багатомірний аналіз проводили з використанням лог-лінійної та логістичної регресії, результати якої подавали у вигляді відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (ДІ). Усі статистичні критерії були двобічними, значущим вважали рівень $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. В процесі аналізу ми звернули увагу на гендерні особливості змін ЯЖ у хворих. Так, було встановлено, що, згідно з опитувальником SF-36, у обстежених пацієнток ЯЖ покращилася. Статистично значущими виявилось зростання показників фізичного (PF), соціального функціонування (SF) та психологічного благополуччя (MH).

В той же час, у чоловіків вірогідно підвищився показник психологічного благополуччя (MH). Показник болю (BP) та енергійність (VT) мали тенденцію до зростання, а загальне здоров'я (GH), фізичне (PF)

та соціальне (SF) функціонування мали тенденцію до зниження.

Виявилось, що показники ЯЖ як в підгрупі жінок, так і чоловіків були неоднорідні. Логічно припустити, що це обумовлено особливостями лікування пацієнтів. Тому при проаналізували варіанти рекомендацій, які були надані хворим після первинного обстеження, а також прихильність пацієнтів до нього.

Результати оцінки прихильності пацієнтів до лікування свідчили, що 51,7% пацієнтів (ДІ 42,7-60,6)

припинили щоденний прийом антигіпертензивних препаратів та статинів (табл. 1). З них 35,0% (ДІ 26,7-43,8) відмовилися від лікування протягом першого місяця після первинного обстеження. Достатню фізичну активність (ходьба щонайменше 30 хвилин на добу, фізичні вправи) через 6 місяців після первинного обстеження мали лише 53,3% пацієнтів (ДІ 44,3-62,2). Дотримувалися дієти тільки 60,8% хворих (ДІ 51,9-69,4).

Таблиця 1. Показники прихильності до лікування хворих на ГХ II стадії через 6 місяців після первинного обстеження

Параметри прихильності до лікування	Процент задовільних результатів із 95% ДІ відносно кількості усіх обстежених пацієнтів, n=120	Процент задовільних результатів із 95% ДІ серед хворих жінок, n=64	Процент задовільних результатів із 95% ДІ серед хворих чоловіків, n=56
Прихильність до лікування в цілому (прийом препаратів, модифікація способу життя та самоконтроль артеріального тиску)	32,5 (24,4-41,2)	42,2 (30,2-54,6)	21,4 (10,5-32,4)
Постійний щоденний прийом препаратів	48,3 (39,4-57,3)	57,8 (45,4-69,8)	37,5 (25,2-50,7)
Достатня фізична активність та дотримання дієти	35,0 (26,7-43,8)	37,5 (25,9-49,8)	32,1 (20,5-45,1)
Щоденний самоконтроль артеріального тиску	32 (24-40)	40 (28-52)	24,5 (15-35,6)

За даними літератури, провідними підставами відмови від розпочатого лікування є недостатня обізнаність пацієнтів, вартість препаратів та їх побічна дія [2, 6]. Отримані нами дані свідчать, що основною причиною припинення постійного прийому препаратів була незадовільна обізнаність хворих, адже її мали 78,4% пацієнтів (ДІ 61,6-97), які відмовилися від регулярного лікування. У моделі лог-лінійного аналізу з включенням інформованості, матеріальних складнощів, розвитку побічної дії препаратів достовірна асоціація з регулярним прийомом отримана лише для першого чинника ($\chi^2=20,1$, $p<0,05$). Збільшення частки хворих, які регулярно приймали антигіпертензивні була пов'язана саме із зростанням кількості задовільно інформованих ($\chi^2=12,2$, $p<0,05$). Жоден достатньо обізнаний після первинного обстеження і лікування хворий не припинив прийом препаратів у зв'язку з їх вартістю.

В подальшому проаналізовано взаємозв'язки прихильністю до лікування та ЯЖ. Встановлено, що у жінок в перші місяці після стаціонарного лікування показники загального здоров'я (GH) та психічні складові ЯЖ мали прямі взаємозв'язки з параметрами прихильності до лікування.

Отримана неоднорідність варіантів медикаментозного лікування пацієнтів та модифікації способу життя протягом 6 місяців обумовила необхідність аналізу особливостей щоденного лікування та їх впливів на ЯЖ обстежених хворих. Тому в подальшому були проаналізовані різновидності медикаментозного лікування серед тих пацієнтів, які протягом 6 місяців продовжували щоденний прийом антигіпертензивних препаратів. Встановлено, що питома вага комбінацій ліків, які були рекомендовані пацієнтам після первинного обстеження, змінилась за період спостереження з різних причин. Самостійно віддали

перевагу іншим препаратам 27,6% хворих (ДІ 16,8-39,9), ще 17,2% пацієнтів (ДІ 7,4-27,1) замінили медикаменти після консультації з дільничним лікарем.

Отримані дані свідчать про зменшення частоти приймання статинів через 6 місяців після лікування (на 56%, $p<0,05$). Незадовільною також була прихильність до трьохкомпонентної антигіпертензивної терапії, що включала прийом більше, ніж 1 таблетки на день, що, перш за все, стосується прийому фіксованої комбінації інгібітор АПФ/діуретик + блокатор кальцієвих каналів (зниження частоти прийому на 14%, $p<0,05$). Логічно припустити, що це може бути пов'язано з незручністю для пацієнтів та відносним підвищенням вартості лікування. В той же час, частина хворих перейшла на монотерапію, в тому числі із застосуванням препаратів, які приймалися 2 рази на день. Можливо, це пояснюється особистими вподобаннями пацієнтів, вартістю препаратів або попереднім досвідом лікування. Питома вага прийому фіксованих комбінацій інгібітор АПФ/діуретик та інгібітор АПФ/блокатор кальцієвих каналів істотно не змінилась.

Необхідно зазначити, що частка хворих, які мали цільові цифри АТ під час повторного обстеження, серед прихильних до лікування пацієнтів в порівнянні з хворими, які припинили прийом антигіпертензивних препаратів, закономірно була більшою (82,8% пацієнтів (ДІ 72,9-92,6) проти 24,2% (ДІ 13,3-35,0), $p<0,05$). Крім того, серед хворих, які протягом 6 місяців продовжували прийом ліків, відмічалось вірогідне зменшення кількості пацієнтів, які мали суб'єктивні симптоми ГХ, порівняно з даними первинного обстеження (29,3% (ДІ 18,2-41,8) проти 69,0% (ДІ 56,3-80,3), $p<0,05$). У підгрупі пацієнтів, які відмовилися від медикаментозного лікування, достовірних відмінностей означених показників виявлено не було.

Виявлені особливості лікування пацієнтів протягом 6 місяців обумовили проведення оцінки взаємозв'язків між параметрами ЯЖ хворих та варіантами медикаментозної терапії.

Був проаналізований вплив таких чинників, як прихильність до медикаментозного лікування та модифікації способу життя протягом 6 місяців, особливостей медикаментозної терапії, змін ІМТ та ОТ на динаміку показників ЯЖ пацієнтів за допомогою багатомірного аналізу. У зв'язку з виявленими

раніше взаємозв'язками між фізичним функціонуванням (PF) та ІМТ, а також істотною кореляцією між ним та ОТ, у моделі включали саме динаміку маси тіла, яка теж була перетворена у якісну категорію в залежності від зниження на 5 кг або більше (табл. 2).

Результати аналізу свідчать, що достатня фізична активність пацієнтів підвищує ймовірність зростання всіх показників ЯЖ. При цьому, величина ВШ була максимальною у параметрі фізичного функціонування (PF).

Таблиця 2. Вплив чинників на динаміку якості життя хворих на ГХ II стадії за результатами логістичного регресійного аналізу

Підвищення показника ЯЖ щонайменше на 10 балів через 6 місяців	Щоденний прийом антигіпертензивних препаратів	Щоденний прийом фіксованої комбінації (інгібітор АПФ/діуретик або інгібітор АПФ/антагоніст кальцію)	Достатня фізична активність	Достатня фізична активність + зниження маси тіла щонайменше на 5 кг	Коефіцієнт конкордації
PF	-	-	2,2 (1,11-3,91)	2,7 (1,2-5,8)	71%
RP	1,13 (1,01-3,1)	2,42 (1,3-6,1)	1,07 (1,008-2,8)	-	68%
RE	2,5 (1,44-6,3)	2,8 (1,3-6,2)	1,17 (1,03-3,9)	-	67%
SF	2,3 (1,2-5,8)	2,4 (1,35-6,0)	1,22 (1,03-3,6)	-	70%
VT	-	-	1,14 (1,02-3,1)	2,1 (1,08-3,8)	65%
MH	-	-	1,07 (1,03-4,1)	-	72%

Примітка: приведені відношення шансів з 95% ДІ.

Крім того, за умови зниження маси тіла пацієнтом щонайменше на 5 кг ймовірність підвищення названого показника ЯЖ щонайменше на 10 балів зростала у 2,7 рази. Аналогічні залежності достатня фізична активність мала з показником енергійності (VT). Взаємозв'язки з підвищенням рольового фізичного (RP), рольового емоційного (RE) та соціального функціонування (SF) мали прихильність до медикаментозного лікування, яка полягала у щоденному безперервному прийомі антигіпертензивних препаратів. Наведені показники ЯЖ характеризують повсякденну активність пацієнтів та відображають, наскільки їх фізичний та емоційний стан заважає виконувати роботу, поточні справи, спілкуватися з родиною та друзями. Необхідно зазначити, що, згідно з показниками відношення шансів регресійної моделі, ймовірність позитивного впливу щоденного медикаментозного лікування на ЯЖ зростала за умови прийому хворими однієї з фіксованих комбінацій антигіпертензивних препаратів з кратністю прийому 1 раз на добу: інгібітор АПФ/блокатор кальцієвих каналів або інгібітор АПФ/діуретик. Інші варіанти медикаментозної терапії вірогідного впливу на ЯЖ пацієнтів не чинили.

Висновки

1. Провідним чинником підвищення якості життя є прийнятна прихильність пацієнтів до медикаментозного лікування та модифікації способу життя: щоденний прийом антигіпертензивних препаратів (ВШ від 1,13 до 2,3) та достатня фізична активність (ВШ від 1,07 до 1,22) протягом 6 місяців асоціюються із зростанням показників рольового фізичного, рольового емоційного та соціального функціонування. Покращення параметрів фізичного функціонування та енергійності вірогідно пов'язане з достатньою фізичною активністю (ВШ відповідно 1,14 та 2,2), позитивний ефект якої посилюється при зниженні маси тіла пацієнтів щонайменше на 5 кг (ВШ відповідно 2,1 та 2,7).

2. Фіксована комбінація препаратів інгібітор АПФ/діуретик або інгібітор АПФ/блокатор кальцієвих каналів з кратністю прийому 1 таблетка на добу є оптимальним варіантом антигіпертензивної терапії для підвищення показників якості життя та підтримання прихильності до лікування хворих на ГХ II стадії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Качан І. С. Оцінка прихильності до лікування хворих на гіпертонічну хворобу / І. С. Качан // Запорозж. мед. журн. – 2012. – № 1. – С. 70–72.
2. Прихильність до лікування як наріжний камінь сучасної терапії артеріальної гіпертензії / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, К. В. Міхеєва [та ін.] // Укр. кардіол. журн. – 2011. – Додаток № 1. – С. 5–15.

3. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України : (аналітико-статистичний посібник) / за ред. В. М. Коваленка, В. М. Корнацького. – К., 2011. – 165 с.
4. Симпозіум «Лікарська інерція як важливий чинник на шляху до ефективного лікування АГ» / Ю. М. Сіренко, Г. Д. Радченко, О. О. Торбас, І. М. Марцовенко // Артеріальна гіпертензія. – 2012. – № 1. – С. 153–162.
5. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія (2012 рік) // Артериальная гипертензия. – 2012. – № 1. – С. 67–95.
6. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence / Barbosa C. D., Balp M. M., Kulich K. [et al.] // Patient Prefer Adherence. – 2012. – Vol. 6. – P. 39–48.
7. Health-related quality of life and awareness of hypertension / P. E. Korhonen, S. L. Kivelä, H. Kautiainen [et al.] // J. Hypertens. – 2011. – Vol. 29, N 11. – P. 2070–2074.

REFERENCES

1. Kachan I. S. The adherence to treatment assessment in the hypertensive / I. S. Kachan // Zaporozh. Med. J. – 2012. – № 1. – P. 70-72.
2. The Adherence to treatment as the cornerstone of modern therapy of arterial hypertension / Y. M. Sirenko, G. D. Radchenko, V. K. Mikheyeva [et al.] // Ukr. Cardiol. J. – 2011. - N 1. – P. 5-15.
3. Regional peculiarities of health of the people of Ukraine (analytical and statistical manual) / under the editorship of V. M. Kovalenko, V. M. Kornatsky. – K., 2011. – 165 p.
4. Symposium "Medical inertia as an important factor towards effective treatment of hypertension" / Yu. M. Sirenko, G. D. Radchenko, A. A. Torbas, I. M. Martsovenko // Arterial hypertension. – 2012. – № 1. – P. 153-162.
5. Unified clinical Protocol of medical care. Arterial hypertension (2012) // Arterial hypertension. – 2012. – N 1. – P. 67-95.
6. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence / Barbosa C. D., Balp M. M., Kulich K. [et al.] // Patient Prefer Adherence. – 2012. – Vol. 6. – P. 39–48.
7. Health-related quality of life and awareness of hypertension / P. E. Korhonen, S. L. Kivelä, H. Kautiainen [et al.] // J. Hypertens. – 2011. – Vol. 29, N 11. – P. 2070–2074.

The dynamics of the quality of life in patients with essential hypertension depending on the features of treatment

V. I. Krivenko, I. S. Kachan, O. V. Nikituk, E. V. Kotlyarevska

Abstract. The article is devoted to optimize the quality of life of patients with essential hypertension. Revealed that a significant factor in improving the quality of life of patients is acceptable adherence to medication and lifestyle modifications. The fixed drug combination ACE inhibitor/diuretic or ACE inhibitor/calcium channel blocker with taking 1 pill a day is the best variant of therapy to improve quality of life and maintain adherence to treatment.

Keywords: hypertension, quality of life, adherence to treatment.

Динамика качества жизни пациентов с гипертонической болезнью в зависимости от особенностей лечения

В. И. Кривенко, И. С. Качан, О. В. Никитюк, Э. В. Котляревская

Резюме. Статья посвящена оптимизации качества жизни пациентов с гипертонической болезнью. Выявлено, что значимым фактором повышения качества жизни является приемлемая приверженность пациентов к медикаментозному лечению и модификации образа жизни. Фиксированная комбинация препаратов ингибитор АПФ/диуретик или ингибитор АПФ/блокатор кальциевых каналов с кратностью приема 1 таблетка в сутки является оптимальным вариантом терапии для повышения показателей качества жизни и поддержания приверженности пациентов к лечению.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, качество жизни, приверженность к лечению.