

ПАЦИЕНТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ НАЛИЧИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

PATIENT WITH HYPERTENSION: MODERN ASPECTS OF ASSESSING QUALITY OF LIFE IN THE PRESENCE OF COMORBID PATHOLOGY

**D. Kalashnik
M. Baklanov
V. Romantsov**

Summary. This article focuses on evaluating the well-being of individuals at high risk for cardiovascular issues and aims to analyze the impact of various risk factors, such as smoking, obesity, and gender, on their quality of life. The research identifies that these factors contribute to a decline in the overall quality of life, affecting both the physical and mental condition of these patients. Furthermore, the study highlights that the deterioration in quality of life is particularly pronounced in individuals with comorbidities, especially those with a history of heart attack or stroke.

Keywords: hypertension, comorbid pathology, patient's quality of life, risk factors, SF-36 questionnaire.

Калашник Дарья Николаевна

Кандидат медицинских наук, доцент,
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский
университет» министерства здравоохранения России,
г. Краснодар;

Врач терапевт высшей категории,
заведующая приемным отделением,
ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина»
города Краснодар»
darunika@rambler.ru

Бакланов Михаил Викторович

Директор, ЧУЗ «Клиническая больница
«РЖД-Медицина» города Краснодар»
baklanov_mv@kokb-rzd.ru

Романцов Виктор Викторович

Лаборант, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет» министерства
здравоохранения России, г. Краснодар;
Врач приёмного отделения, Госпиталь ФКУЗ «МСЧ МВД
России по Краснодарскому краю», г. Краснодар
pandrodor777@gmail.com

Аннотация. Данная статья посвящена оценке качества жизни лиц с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний. В ней изучается, каким образом такие факторы, как курение, ожирение и пол, влияют на качество жизни пациентов. В результате исследования выявлено, что психическое и физическое состояние больных способствуют снижению всех показателей качества жизни. Продемонстрировано, что ухудшение показателей качества жизни у пациентов с коморбидностью зависит от наличия перенесенного в анамнезе инфаркта или инсульта.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, коморбидная патология, качество жизни пациента, факторы риска, опросник SF-36.

Введение

На сегодняшний день артериальная гипертония продолжает занимать одну из лидирующих позиций среди кардиоваскулярных патологий в мире. Она является вторым по значимости фактором кардиоваскулярного риска (КВР), уступая лишь дислипидемии при оценке вероятности летального исхода [1]. Однако к настоящему моменту при ведении пациента с гипертонической болезнью важное клиническое значение на популяционном уровне играет не только повышенный КВР, но и наличие коморбидной патологии, определяющее, как индивидуальный прогноз больного, так и социально-экономические последствия течения болезни [2, 3]. Согласно исследованиям отечественных и зарубежных

исследователей, в зависимости от возраста, коморбидные заболевания отмечаются у пациентов в диапазоне от 25 до 98 % случаев [4].

На фоне всего перечисленного, а также стабильно сохраняющегося высокого уровня смертности от гипертонической болезни, лидирующего в структуре общей смертности населения России от сердечно-сосудистых заболеваний, именно коморбидность и высокий КВР выступают первоочередными задачами, требующими незамедлительного решения [5, 6].

Значительную важность в данном вопросе имеет факт оценки у пациентов с гипертонической болезнью показателей качества жизни, изменяющихся на фоне

течения заболевания. Если немного расширить понятие Всемирной организации здравоохранения о том, что такое здоровье человека, можно сказать, что оно представляет собой не только полное физическое, духовное и социальное благополучие. Кроме того, психологическое и эмоциональное состояние, которое основано на субъективном восприятии конкурирующего индивидуума [7, 8], оценивается в общепринятой в мировой и отечественной медицинской литературе концепцией «качество жизни, ассоциированное со здоровьем» или «Health-related quality of life». Она включает в себя компоненты, которые связаны, но не прямо зависят от заболевания, и позволяет определить, как болезнь и лечение влияют на эмоциональное и психологическое состояние пациента [9, 10]. Показатели качества жизни могут изменяться в зависимости от состояния пациента, что позволяет контролировать проводимое лечение и при необходимости вносить корректировки. Подобный подход позволяет в значительной мере усилить качество профилактических мероприятий и прогноза дальнейшей жизни, в том числе и при коморбидной патологии у пациентов с гипертонической болезнью [11]. Это обуславливает актуальность ведения пристального и динамического анализа за особенностями качества жизни больных с ГБ, в особенности при наличии у них сочетанных заболеваний, что способствует оптимизации процесса ведения таких пациентов на амбулаторном этапе.

В клинических и научных целях для оценки качества жизни (QoL) широко используется ряд исследований. Эти анкеты эффективно определяют конкретные аспекты жизни пациента, на которые существенно влияет состояние их здоровья, предоставляя ценную информацию об их истинном состоянии. Исследование качества жизни в настоящее время является ключевым компонентом большинства многоцентровых исследований фармацевтических препаратов [12]. Различные заболевания стали предметом обширных исследований, в результате которых были созданы опросники. Эти опросники различаются по формату, измерению показателей, количеству вопросов и времени, необходимому для заполнения каждого из них [10]. Один из самых распространенных и широко используемых опросников, направленных на уточнение КЖ пациента, является «SF-36 Health Status Survey». Он применяется в популяционных и специализированных исследованиях с целью установления количественной характеристики эмоционального, физического и социального аспекта качества жизни больных [13, 14, 15].

Целью данного исследования является оценка качества жизни и установить особенности влияния факторов риска у пациентов с гипертонической болезнью и сочетанной патологией.

Материалы и методы исследования

Клинической базой исследования выступила ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Краснодар». Исследование проводилось при поддержке и непосредственном участии кафедры поликлинической терапии с курсом ОВП, ФПК и ППСФГБОУ ВО «КубГМУ» МЗ России. Материал исследования получен в ходе очного анкетирования пациентов с гипертонической болезнью и коморбидной патологией (n=143), которые проходили обследование и лечение в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Краснодар» в 2021–2023 календарном году.

Чтобы изучить влияние сопутствующих заболеваний на качество жизни, все участники были разделены на пять групп. В исходную группу вошли лица, страдающие как гипертонической болезнью (ГБ), так и ишемической болезнью сердца (ИБС) (n=39). Следующую группу составили пациенты с диагнозом артериальная гипертензия и сахарный диабет II типа (СД II), (n=34). Третью группу составили больные с ГБ и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) или инсультом (ИНС) в анамнезе (n=26). В четвертую группу вошли больные с ГБ и хронической болезнью почек (ХБП) (n=23). Пятую группу составили пациенты с ГБ и нарушением сердечного ритма (НСР) в виде постоянной формы фибрилляции предсердий (n=21).

В ходе работы были применены социологический (анкетный), статистический и аналитический методы. Качество жизни обследуемых определялось посредством наиболее отвечающего критериям наибольшей удобства и доступности в амбулаторных условиях (скринингового) метода — опросника SF-36. Ввиду наличия различных коморбидных патологий у обследуемых было решено отказаться от применения специфических опросников. Согласно анкете, опросник содержит 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 категорий, а именно: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), ощущение боли (Б), общее состояние здоровья (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). В ходе прохождения анкеты (при выборе ответа на предложенный вопрос) пациент набирал в итоге определенный балл. Затем эти баллы складывались и, согласно стандартным формулам, математически обрабатывались. Показатели каждой шкалы имели значения от 0 до 100, где 100 — это полное здоровье. По завершению прохождения анкеты производилось выделение двух общих показателей: физическое и душевное благополучие, которые охватывают определенные шкалы. Так, комплексный аспект физического благополучия (ФКЗ) включает метрики Б, ФФ, РФФ, ОЗ. Психологическое благополучие (ПКЗ) включает показатели Ж, РЭФ, ПЗ, СФ. Со-

гласно установленным критериям, показатели здоровья должны превышать значение 50 для общей оценки [16].

Предварительная обработка полученных материалов выполнялась с применением программы Excel пакета Microsoft Office 2019 (Microsoft Corp., Redmond, Washington, USA). Последующая статистическая обработка осуществлялась посредством использования программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., Tulsa, Oklahoma, USA).

Результаты и обсуждения

Согласно полученным результатам, была проведена характеристика групп.

Так первая группа была представлена 22 мужчинами (56,4 %) и 17 женщинами (43,6 %), средний возраст (56,2±7,4) лет. В данной группе у 22 человек (56,4 %) отмечалась избыточная масса тела, средний индекс массы тела среди них 33,7 кг/м². Никотиновая зависимость отмечалась у 24 человек (61,5 %), преимущественно среди мужчин, средний индекс курильщика составлял 13,1. Вторая группа была представлена 15 мужчинами (44,1 %) и 19 женщинами (55,9 %), средний возраст (52,1±5,7) лет. В данной группе у 29 человек (85,3 %) отмечалась избыточная масса тела, средний индекс массы тела среди них 38,2 кг/м². Никотиновая зависимость отмечалась у 27 человек (79,4 %), преимущественно среди женщин, средний индекс курильщика составлял 15,4. Третья группа была представлена 16 мужчинами (61,5 %) и 10 женщинами (38,5 %), средний возраст 57,3±8,1 лет. В данной группе у 11 человек (42,3 %) отмечалась избыточная масса тела, средний индекс массы тела среди них 34,3 кг/м². Никотиновая зависимость отмечалась у 8 человек (30,8 %), преимущественно среди мужчин, средний индекс курильщика составлял 10,7. Четвёртая группа была представлена 14 мужчинами (60,9 %) и 9 женщинами (39,1 %), средний возраст (58,6±6,1) лет. В данной группе у 9 человек (39,1 %) отмечалась избыточная масса тела, средний индекс массы тела среди них 30,5 кг/м². Никотиновая зависимость отмечалась у 17 человек (73,9 %), преимущественно среди мужчин, средний индекс курильщика составлял 14,1. Пятая группа была представлена 12 мужчинами (57,1 %) и 9 женщинами (42,9 %), средний возраст (51,2±7,4) лет. В данной группе у 11 человек (61,9 %) отмечалась избыточная масса тела, средний индекс массы тела среди них 32,9 кг/м². Никотиновая зависимость отмечалась у 14 человек (66,7 %), в равной степени распространённости среди обоих полов, средний индекс курильщика составлял 12,6.

В ходе исследования было обнаружено, что у всех пациентов, прошедших обследование, наблюдалось заметное ($p < 0,05$) снижение показателей по всем шкалам по сравнению с общей здоровой популяцией. Наиболее

существенное снижение наблюдалось во влиянии физического благополучия на повседневную продуктивность и показатели, которые связаны с ограничением исполнения повседневной работы в результате ухудшения эмоционального, психологического состояния пациента (в особенности у третьей группы пациентов). Пациенты отмечали, что расходовали больше времени на выполнение привычной повседневной работы. Так, показатели ролевого физического функционирования среди всех обследованных пациентов ($p < 0,05$) были значительно ниже (41,8±4,7) аналогичных средних показателей у здоровых людей (68,4±21,3), полученных в качестве сравнения у пациентов в ходе диспансерных осмотров, а также больных без коморбидной патологии при ГБ (51,1±13,8). Показатели ролевого эмоционального функционирования у прошедших анкетирование (49,5±3,2) были также статистически ниже здоровых (72,6±27,0) и коморбидных больных с АГ (56,1±8,4). Два общих показателя: физический и психологический компонент здоровья были значительно ниже нормальных значений для популяции в целом и составили (40,8±2,7) и (42,0±5,1) соответственно, против (57,3±7,9) и (62,5±8,5).

При проведении сравнительного анализа показателей КЖ у больных с сочетанной патологией по полу и статусу курения, нами было выявлено, что у женщин наблюдались достоверно худшие показатели ФФ (58,9±3,4), Ж (45,2±2,3), ПЗ (50,9±2,2) и ФКЗ (40,0±1,2). Таким образом женщины хуже переносили физические нагрузки, чувствовали себя бессильными, чаще уставали, не чувствовали себя полными энергии, были более чем мужчины склонны к депрессиям и обеспокоенности. В целом имели худший показатель физического компонента здоровья. У мужчин вышеописанные показатели были лучше, чем у женщин ($p < 0,05$), хотя и ниже, чем в популяции здоровых лиц в целом: (79,6±3,0), (53,3±3,4), (63,1±2,95), (45,5±1,4), соответственно. Но показатель влияния боли на повседневную активность у мужчин был хуже и составил (50,4±2,6) по сравнению с (62,5±4,3) у женщин. Что говорит о том, что скорее всего мужчины хуже переносят боль и при появлении боли происходит более выраженное ограничение физической активности пациента. Такой показатель, как психологический компонент здоровья (ПКЗ) у мужчин имел тенденцию к более низким показателям, чем у женщин, но это было статистически не достоверно.

Интересным явилось изучение качества жизни у пациентов с разными степенями ожирения. Следует отметить, что достоверно качество жизни у пациентов с разными степенями не отличалось, статистически значимое отличие было только между 1 и 3 степенями ожирения в виде сложности в выполнении физических нагрузок. Таким образом, у людей, страдающих ожирением 3 степени, наблюдалось заметное снижение качества жизни по различным показателям, включая ФФ (сни-

Таблица 1.

Среднее значение показателей качества жизни у больных с сочетанной патологией

Показатели	ГБ + ИБС (n = 39)	ГБ + СД (n = 34)	ГБ + ИМ/ГБ + ИНС (n = 26)	ГБ + ХБП (n = 23)	ГБ + НР (n = 21)
Физическое функционирование	74,6 ± 3,5	67,9 ± 4,8	45,8 ± 6,2	65,0 ± 5,7	55,1 ± 4,2
Ролевое физическое функционирование	40,3 ± 6,2	43,2 ± 8,5	14,3 ± 8,5	52,4 ± 8,2	47,8 ± 6,1
Боль	59,2 ± 4,6	59,0 ± 4,1	42,9 ± 3,2	47,5 ± 4,7	52,6 ± 5,8
Общее здоровье	60,9 ± 4,2	52,8 ± 3,8	45,7 ± 3,3	53,8 ± 4,2	51,4 ± 3,2
Жизнеспособность	46,8 ± 4,6	51,5 ± 4,4	37,7 ± 4,9	46,2 ± 3,8	42,2 ± 1,9
Социальное функционирование	61,3 ± 4,0	64,8 ± 5,9	58,3 ± 6,0	64,6 ± 3,2	61,1 ± 5,1
Ролевое эмоциональное функционирование	42,5 ± 6,2	65,2 ± 9,2	23,5 ± 10,6	54,1 ± 9,0	52,6 ± 4,5
Психическое здоровье	52,7 ± 3,4	56,8 ± 3,2	45,7 ± 4,1	54,2 ± 3,9	51,3 ± 5,2
Физический компонент здоровья	45,1 ± 1,8	42,2 ± 2,2	35,4 ± 2,0	41,6 ± 2,9	40,1 ± 1,4
Психологический компонент здоровья	43,1 ± 2,3	45,1 ± 2,8	37,2 ± 2,4	42,4 ± 2,0	39,7 ± 2,0

жение на 9,46 %), РФФ (снижение на 6,27 %), ОЗ (снижение на 9,35 %), СФ (снижение на 6,74 %) и ПЗ (снижение на 12,84 %) по сравнению с пациентами с ожирением 1 степени ($p < 0,05$). Следовательно, люди с ожирением 3 степени столкнулись с проблемами не только в физической активности, но и в общении из-за снижения эмоционального благополучия.

Установлено, что у пациентов с табачной зависимостью незначительно выше был показатель психического здоровья ($48,3 \pm 3,8$), чем у тех, кто не употреблял каким-либо способом никотин ($41,7 \pm 5,5$). Такие результат могут свидетельствовать о возможном психологическом воздействии процесса курения на ментальное здоровье пациента и требует дальнейшего углубленного анализа. А вот физический компонент здоровья был значимо хуже у курильщиков по сравнению с теми, кто не курил.

При обследовании лиц с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и сопутствующих состояний (таких как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, инфаркт/инсульт, ХБП и нарушения ритма сердца) комплексное обследование выявило снижение по различным параметрам качества жизни. Наиболее существенные наблюдались в сфере повседневной деятельности, связанные как с физическим, так и с психическим благополучием, о чем свидетельствуют шкалы РЭФ и РФФ.

Снижение показателей качества жизни наблюдалось у людей, страдающих как ГБ, так и другими заболеваниями

ми, что привело к заметному снижению качества жизни и повседневной деятельности. Прилагаемая таблица 1 иллюстрирует влияние на параметры психического и физического здоровья.

У пациентов с ишемической болезнью сердца, диабетом, перенесшими инфаркт и инсульт в анамнезе наблюдалось заметное снижение ролевого эмоционального и ролевого физического функционирования. Во всех пяти группах наблюдалось снижение как психологических, так и физических аспектов здоровья. Особенно сниженные показатели наблюдались у лиц с артериальной гипертензией в сочетании с инфарктом или инсультом в анамнезе: значения ФКЗ и ПКЗ составляли ($35,4 \pm 2,0$) и ($37,2 \pm 2,4$) соответственно ($p < 0,05$). Во второй и третьей группе отмечались изменения практически во всех показателях.

Таким образом, можно сделать выводы, что у пациентов с коморбидностью и высоким кардиоваскулярным риском отмечается снижение оценок по всем показателям качества жизни, особенно ролевое функционирование. Выявлены гендерные отличия у пациентов с ГБ и сочетанной патологией. У женщин наблюдались выраженные негативные последствия в отношении физического здоровья и некоторых психологических аспектов. Результаты продемонстрировали заметное ухудшение физического и психологического здоровья по мере роста уровня ожирения. Кроме того, на снижение качества жизни людей с коморбидностью существенно повлияли предшествующие сердечно-сосудистые инциденты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каретникова, В.Н. Особенности ведения коморбидного пациента с артериальной гипертензией на современном этапе / В.Н. Каретникова, Т.Н. Зверева, О.Л. Барбараш // Медицинский алфавит. — 2019. — № 2(30). — С. 6–11. [https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-30\(405\)-6-11](https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-30(405)-6-11)
2. Макарова, Н.В. Коморбидная патология у лиц с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью: что показывают результаты эпидемиологического исследования/ Н.В. Макарова, Л.В. Тарасова, Е.И. Бусалаева, И.В. Опалинская//Вестник СурГУ. Медицина. — 2019. — № 2(40). — С. 43–49.
3. Корсунский, Д.В. Коморбидность у пациентов с артериальной гипертензией в терапевтической практике / Д.В. Корсунский, С.А. Бернс, А.Р. Новикова, О.М. Драпкина// Профилактическая медицина. — 2023. — № 26(8). — С. 100–106. <https://doi.org/10.17116/profmed202326081100>
4. Храмченко, М.А. Кардиоваскулярная патология в клинической практике участкового врача-терапевта на примере города Красноярск / М.А. Храмченко, А.Д. Карпенкова, М.М. Петрова, Д.С. Каскаева//Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. — 2020. — № 35(2). — С. 167–173. <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2020-35-2-167-173>
5. Самородская, И.В. Смертность от артериальной гипертензии в регионах Российской Федерации в период с 2013 г. по 2019 г / И.В. Самородская, В.Ю. Семёнов //Кардиология. — 2021. — №61(12). — С. 59–65. <https://doi.org/10.18087/cardio.2021.12.n1643>
6. Турушева, А.В. Влияние артериальной гипертензии на смертность и развитие гериатрических синдромов / А.В. Турушева, Ю.В. Котовская, Е.В. Фролова, Т.А. Богданова, О.Ю. Кузнецова //Артериальная гипертензия. — 2022. — № 28(4). — С. 419–427. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2022-28-4-419-427>
7. Обухова, К.А. Понятие здоровья в философском изложении / К.А. Обухова, Л.И. Пономарева, Н.Ю. Ган// Образовательный вестник Сознание. — 2020. — Т. 22, № 11. — С. 16–19. <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6846-2020-22-11-16-19>
8. Калев, О.Ф. Качество здоровья человека / О.Ф. Калев, Н.Г. Калева, Д.А. Яшин // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — № 4. [Электронное издание] URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25004> (дата обращения: 05.11.2023).
9. ZawZawPhyo, A. Health-related quality of life and incident cardiovascular disease events in community-dwelling older people: A prospective cohort study / A.ZawZawPhyo, J. Ryan, D.A. Gonzalez-Chica[et al.] //International Journal of Cardiology. — 2021. — № 339. — P. 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2021.07.004>
10. Pogossova, N.V. Validation of the macnew questionnaire for the assessment of health-related quality of life in patients with ischemic heart disease/ N.V. Pogossova, A.A. Kursakov, I.H. Boycharov[et al.]// Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2014. — № 10(6). — P. 584–596. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2014-10-6-584-596>
11. Баланова, Ю.А. Качество жизни лиц с артериальной гипертензией в России — есть ли связь со статусом лечения? (по данным популяционного исследования ЭССЕ-РФ) / Ю.А. Баланова, А.В. Концевая, С.А. Шальнова [и др.] //Российский кардиологический журнал. — 2016. — № 9(137). — С. 7–13.
12. Ахмедова, Э.Б. Исследование качества жизни и параметров клинико-биохимического спектра у больных артериальной гипертензией и коморбидными состояниями / Э.Б. Ахмедова, Б.У. Марданов, К.К. Бадейникова, М.Н.О. Мамедов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2017. — №1. — С. 31–35. DOI: <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-1-31-35>
13. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /А.А. Новик, Т.И. Ионова. — М.: «ОЛМА МЕДИА ГРУПП», 2007. — 320 с.
14. Беспалова, И.Д. Качество жизни больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом / И.Д. Беспалова, Ю.А. Медянцев, В.В. Калюжин // Артериальная гипертензия. — 2012. — № 18(4). — С. 304–309. <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2012-18-4-304-309>
15. Пономарев, Д.С. К вопросу оценки качества жизни у больных с гипертонической болезнью // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. — 2016. — №1. — С. 168–173.
16. Ware, J.E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. Boston, Mass: The Health institute, New England Medical Center; 1993. — 314 p.

© Калашник Дарья Николаевна (darunika@rambler.ru); Бакланов Михаил Викторович (baklanov_mv@kokb-rzd.ru);

Романцов Виктор Викторович (pandrodor777@gmail.com)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»