УДК 616.895.4

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Песковец Р.Д., Штарик С.Ю., Евсюков А.А.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России», Красноярск, e-mail: roman_peskovets@inbox.ru

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с артериальной гипертензией среди взрослого населения г. Красноярска с учетом половой принадлежности, приема и эффективности антигипертензивной терапии. Материалы и методы. Обследованию подлежала неорганизованная популяция из 1123 лиц (в возрасте 25–64 лет), постоянно проживающих на территории г. Красноярска. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника EuroQol-5D. Результаты. Согласно опроснику частоты выраженных нарушений здоровья между лицами с артериальной гипертензией и нормальным артериальным давлением были статистически сопоставимы (p>0,05). У лиц с артериальной гипертензией умеренные нарушения встречались значимо чаще (p<0,05), за исключением нарушений психической сферы (p=0,182). Среди лиц с артериальной гипертензией умеренные нарушения здоровья у женщин встречались значимо чаще, чем у мужчин (за исключением способности к самообслуживанию, p=0,733). Среди лиц с артериальной гипертензией величина индекса EQ-VAs была значимо ниже в сравнении с лицами без артериальной гипертензии (0,84 [0,8; 1,0] vs 1,0 [0,83; 1,0], p=0,000). Среди лиц с артериальной гипертензией, не принимающих антигипертензивную терапию, величина индекса EQ-VAs была выше в сравнении с лицами, лечащимися как неэффективно (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,84 [0,78; 1,0], p=0,000), так и эффективно (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,84 [0,77; 1,0], p=0,000). Лица, принимающие лечение, между собой по данному показателю значимо не отличались (0,84 [0,78; 1,0] vs 0,84 [0,77; 1,0], p=0,369). Среди лиц с артериальной гипертензией среднее значение по VAs-шкале было значимо ниже, чем среди лиц без артериальной гипертензии (70 [52; 80] баллов vs 75 [70; 80] баллов, p=0,000). Лица с артериальной гипертензией, не принимающие лечение, имели балл, сопоставимый с баллом лиц без артериальной гипертензии (74 [60; 80] vs 75 [70; 80], p=0,137), но более высокий по сравнению с лицами, получающими лечение (p<0,001). Среди пациентов, лечащихся по поводу артериальной гипертензии как неэффективно, так и эффективно, средние значения по VAs-шкале были статистически сопоставимы (65 [50; 70] баллов vs 60 [50; 70] баллов, p=0,629). Выводы. Наличие артериальной гипертензии снижает качество жизни, как у мужчин, так и у женщин, причем у женщин негативное влияние выражается сильнее. Одним из факторов, снижающих качество жизни пациентов с артериальной гипертензией, является прием лекарственной терапии. Данное исследование актуализирует важность индивидуализации терапии каждого пациента с артериальной гипертензией.

Ключевые слова: качество жизни пациентов с артериальной гипертензией, эффективность антигипертензивной терапии, контроль антигипертензивной терапии, EQ-5D опросник

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AMONG ADULT POPULATION OF INDUSTRIAL CENTER OF EASTERN SIBERIA

Peskovets R.D., Shtarik S.Y., Evsyukov A.A.

Krasnoyarsk State Medical University n.a. Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, e-mail: roman_peskovets@inbox.ru

The purpose of this study was to assess the quality of life of patients with arterial hypertension among the adult population of Krasnoyarsk taking into account gender, reception and effectiveness of antihypertensive therapy. Materials and methods. The data was obtained from 1123 participants aged 25–34 years who participated in the study titled «Epidemiology of Cardio-Vascular Diseases in Russian Federation – 2012». The assessment of quality of life was conducted using the questionnaire EuroQol-5D. Results. The frequency of expressed health disorders among patients with hypertension and without arterial hypertension were statistically comparable (p>0.05). In patients with arterial hypertension of moderate violations were found significantly more often (p<0.05), except for violations in mental sphere (p=0.182). Among patients with hypertension, moderate health impairment in women was more common than males (except self-care ability, p=0.581). Among patients without hypertension index EQ-VAs was significantly higher than among patients with arterial hypertension (1.0 [0.83; 1.0] vs 0.84 [0.8; 1.0], p=0.000). In patients not taking treatment, the index EQ-VAs was higher in comparison with patients receiving as ineffectiveness (1.0 [0.83; 1.0] vs 0.84 [0.78; 1.0], p=0.000) and effectiveness (1.0 [0.83; 1.0] vs 0,84 [0.77; 1.0], p=0.000). Patients receiving treatment on this index were not significantly different (0.84 [0.78; 1.0] vs 0.84 [0.77; 1.0], p=0.369). Among patients with hypertension the mean value on VAs scale was significantly lower than among patients without hypertension (70 [52; 80] points vs 75 [70; 80] points, p=0.000). Among patients with hypertension, who didn't receiving therapy, the score was comparable at median with the scores of patients without hypertension (74 [60; 80] vs 75 [70; 80], p=0.137), but higher compared with those receiving treatment (p<0.001). Among patients receiving treatment ineffective and effective mean values on the VAs-scale were statistically comparable (65 [50; 70] points vs 60 [50; 70] points, p=0.629). Conclusions. The presence of hypertension reduces the quality of life in men and women, and women have a negative impact are more pronounced. One of the factors that reduce the quality of life of patients with hypertension is receiving drug therapy. Our study highlights the importance of individualization of therapy for every patient with hypertension.

Keywords: the quality of life of patients with arterial hypertension, the effectiveness of antihypertensive therapy, the control of antihypertensive therapy, the EQ-5D questionnaire

Результаты недавно завершившихся исследований, посвященных мониторингу факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Российской Федерации (РФ) показали, что на современном этапе сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в отношении артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения нашей страны [4]. Причинами высокой распространенности АГ в популяции традиционно принято считать неадекватный контроль артериального давления (АД) и низкую эффективность антигипертензивной терапии (АГТ) [11].

Между тем, понятие эффективности АГТ подразумевает лишь достижение целевого уровня АД, клиницисту же на практике важно учитывать и собственную удовлетворенность пациента от назначенного лечения (удобство и прием АГТ, стоимость препаратов, наличие побочных явлений и др.) [12]. Подсчитано, что за десятилетний срок более половины пациентов с АГ самостоятельно прекращают прием АГТ по той или иной причине [3]. В связи с этим современная медицина оперирует таким показателем, как качество жизни (КЖ) пациента, который характеризует не только физическое, но и психоэмоциональное, а также социальное состояние человека на его субъективном восприятии [10, 13]. Понятие КЖ пациента тесно связано с приверженностью (комплайенсом) пациента к терапии, однако последнее характеризует лишь степень соответствия между поведением больного и рекомендациями от врача. Показатель КЖ носит интегральный характер и напрямую отражает состояние здоровья пациента [7,8].

На КЖ пациентов с АГ влияет не только нормализация АД, но и ряд демографических (пол, возраст), социальных (уровень образования и дохода), поведенческих (информированность и мотивация, наличие депрессии) факторов, а также особенности АГТ (количество и кратность приема препаратов, их стоимость, наличие побочных явлений) и др.[7, 19].

Основным методом оценки КЖ является интервьюирование при помощи стандартизированных опросников (The Short Form – SF-36, MHP-Ноттингемский профиль здоровья, EuroQol-5D и др.) [13]. В большинстве случаев для каждого заболевания (например, АГ или остеоартроз) разрабатывается определенный опросник. Однако все они построены по сходному принципу – учитывается та или иная степень изменения в конкретной сфере жизни пациента (например, умеренные нарушения двигательной сферы или выраженные изменения в психической сфере) [1, 9].

Цель исследования: на современном этапе оценить КЖ пациентов с АГ трудоспособного возраста г. Красноярска с учетом половой принадлежности, приема и эффективности АГТ.

Материалы и методы исследования

Характеристика исследования. Работа выполнена в рамках многоцентрового наблюдательного исследования Эпидемиология Сердечно-Сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации – 2012 «ЭССЕ РФ-2012» в соответствии с этическими положениями Хельсинской декларации и Национальным стандартом Российской Федерации «Надлежащая клиническая практика Good Clinical Practice (GCP)» ГОСТ Р52379–2005. У каждого обследуемого было получено письменное информированное согласие на его прохождение. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 66 от 15.12.2015). Минимальный объем репрезентативной выборки рассчитывался по формуле (M. Bland, 2000) с учетом частоты АГ, полученной для г. Красноярска в предыдущих эпидемиологических исследованиях (Штарик С.Ю., 2010) [14, 15, 16]. За стандарт принята Европейская структура населения в возрастном диапазоне 25–64 лет.

Характеристика пациентов. Критерии включения: все взрослые лица в возрасте от 25 до 64 лет. Критерии исключения: 1) лица моложе 25 лет и старше 64 лет; 2) лица, проживающие в общежитиях, поскольку среди них миграция много больше, чем у «обычного» населения.

Обследование пациентов. Оценка КЖ проводилась с использованием валидизированной русской версии опросника EuroQol-5D – EQ-5D, которая состоит из двух частей [1]. Первая включает 5 компонентов, отражающих повседневную сферу человека: 1 – активность в повседневной жизни (UA – usually activity), 2 – передвижение в пространстве (MO – mobility), 3 – самообслуживание (SF – self care), 4 – боль и дискомфорт (PD – pain and discomfort), 5 – тревога и депрессия (AD – anxiety and depression). Для каждого из компонентов имеется три степени выраженности нарушения: 1 – отсутствие нарушений; 2 – нарушения умеренной степени; 3 – выраженные нарушения. Опросник позволяет получить 245 возможных состояний, выраженных 5-значным кодом (например, 21211 – имеются некоторые нарушения в повседневной активности и самообслуживании) [1, 9, 13]. Вторая часть опросника – VAS-шкала (от англ. «visual analogue scale» – визуально-аналоговая шкала (ВАШ)), или «термометр здоровья». Представляет собой вертикальный отрезок, градуированный от 0 до 100 баллов в зависимости от состояния респондента: отметка «0» отождествляет наихудшее состояние обследуемого, отметка «100» – наилучшее, которое можно себе представить. Таким образом, респонденту предлагается поставить отметку на шкале, отражающую его состояние здоровья на момент интервьюирования.

Рассчитывали значение «индекса качества жизни» EQ-VAs – интегрального взвешенного коэффи-

циента, соотнесенного с популяцией при помощи специального калькулятора EQ-5D index calculator с учетом состояния, полученного в 1-й части опросника. Процедура преобразования подробно описана на сайте разработчиков EQ-5D-опросника [17].

Измерение АД производили на правой руке с точностью до 2 мм рт. ст. двукратно с интервалом 5 мин в положении сидя. В анализ включали среднее значение из 2 измерений. За АГ принимали уровень АД≥140/90 мм рт. ст. или АД<140/90 мм рт. ст. на фоне АГТ. Все пациенты были разделены на 4 группы 1-я – лица без АГ; 2-я – пациенты с АГ, не получающие АГТ; 3-я – пациенты с АГ, получающие АГТ и имеющие повышенный уровень АД; 4-я – лица с АГ, имеющие уровень АД<140/90 мм рт.ст. на фоне приема АГТ.

Статистическая обработка данных. Для проверки нормальности распределения выборки применялся критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Поскольку во всех случаях распределение было отличным от нормального, количественные данные представлялись в виде медианы (Me) и межквартильного диапазона [C25;C75], где C25 – 25-й процентиль, C75 – 75-й процентиль за 4 анализируемые декады жизни (25–34, 35–44 лет и т.д.). Статистическую значимость различий между независимыми группами при проверке нулевой гипотезы оценивали согласно критерию Манна-Уитни-Вилкоксона. В случае дихотомических признаков в независимых группах применялся критерий $\chi 2$ Пирсона. Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали при 95% уровне значимости ($p<0,05$). При множественных парных сравнениях групп критический уровень значимости учитывался с поправкой Бонферрони, рассчитываемой по формуле $p' = p/n$, где p' – искомый уровень значимости, p – 95%-й уровень значимости, n – количество групп сравнения [5]. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладных программ SPSS version 23 (США) и электронных таблиц Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В конечном итоге из пациентов 4 городских поликлиник в исследовании приняли участие 1123 человека: 36,4% мужчин (n=409) и 63,5% женщин (n=714). Возраст мужчин составил 41 [32; 53] лет, возраст женщин – 46 [34; 55] лет. Из общего числа обследованных АГ диагностирована у 44,2% лиц: 52,1% мужчин (n=213) и 39,6% женщин (n=283), p=0,000. Это дало право заключить, что частота АГ среди взрослого населения в г. Красноярске сопоставима со средней по РФ [4]. Охваченность АГТ оказалась равной 58% (n=273) от числа всех лиц с АГ (45% мужчин и 68% женщин, p=0,000), из них лишь 31% (n=89) лечился эффективно (24% мужчин vs 35% женщин, p=0,067).

Анализ КЖ респондентов согласно EQ-5D опросника показал наличие проблем со здоровьем той или иной степени у пациентов с АГ. Выраженные нарушения отметили 14 человек (2,8% от числа лиц с АГ): 1 человек – в повседневной активности, 7 – в оценке боли и дискомфорта и 6 – в оценке психической сферы. Статистических различий в крайней степени нарушения здоровья между пациентами с АГ и без АГ выявлено не было ($p>0,05$). Умеренные ограничения в повседневной деятельности отметили 71 пациент с АГ (14,3%), в подвижности – 156 человек (31,5%) и в самообслуживании – 24 (4,8%). Умеренные нарушения в ноцицептивной сфере (PD) испытывали 172 пациента с АГ (34,7%) и 163 пациента (32,9%) – в психической сфере. В целом умеренные нарушения в зависимости от анализируемого компонента встречались значимо чаще среди пациентов с АГ в сравнении с лицами без АГ ($p<0,05$). Исключение составили нарушения по AD-компоненту опросника (p=0,182).

Анализ КЖ пациентов с АГ с учетом половой принадлежности показал, что среди женщин значимо чаще, чем среди мужчин встречались умеренные нарушения повседневной активности (19,1% vs 8,0%, p=0,001) и подвижности (40,6% vs 19,2%, p=0,000). Женщины сильнее, чем мужчины были восприимчивы к боли и дискомфорту умеренной степени (42,0% vs 24,9%, p=0,000), а также к аффективным расстройствам (44,7% vs 16,9%, p=0,000). Гендерных различий в умеренных нарушениях самообслуживания мы не обнаружили (5,3% vs 4,2%, p=0,733). Таким образом, согласно первой части EQ-5D опросника, КЖ у пациентов с АГ было значимо ниже среди женщин (за исключением способности к самообслуживанию).

Задачей следующего этапа анализа стала оценка КЖ пациентов с АГ с учетом «индекса качества жизни» EQ-VAs. Для этого состояние каждого пациента согласно опроснику шифровалось в виде 5-значного кода, которому соответствовало определенное значение индекса EQ-VAs в калькуляторе EQ-5D index calculator. Идентификация каждого значения EQ-VAs индекса проходила с учетом климатогеографического положения, пола, возраста, уровня образования, наличия сопутствующей патологии [2].

Для мужчин было характерно более высокое значение индекса EQ-VAs по сравнению с женщинами (EQ-VAs мужчин = 1,0 [0,84; 1,0] vs EQ-VAs женщин = 0,84 [0,8; 1,0], p=0,000). У лиц без АГ значение индекса EQ-VAs было выше, чем у лиц с АГ (1,0 [0,83; 1] vs 0,84 [0,8; 1,0], p=0,000). Среди мужчин с АГ значение индекса EQ-Vas было значимо выше, чем среди женщин с АГ (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,84 [0,77; 1,0], p=0,000). Это еще раз свидетельствовало

о том, что АГ снижает КЖ лиц трудоспособного возраста, причем КЖ у женщин с АГ ниже, чем у мужчин с АГ.

Далее все лица с АГ были разделены на 3 группы с учетом приема и эффективности АГТ (таблица).

Оценка качества жизни пациентов с учетом пола, наличия АГ, а также приема и эффективности АГТ

Показатель	Группа 1 – лица без АГ	Пациенты с АГ			P*
		Группа 2 – не лечатся	Группа 3 – неэффективно лечатся	Группа 4 – эффективно лечатся	
	n=627	n=209	n=198	n=89	
	Me [C_{25};C_{75}]	Me [C_{25};C_{75}]	Me [C_{25};C_{75}]	Me [C_{25};C_{75}]	
Общая выборка					
индекс здоровья	1,0 [0,83; 1,0]	1,0 [0,83; 1,0]	0,84 [0,78; 1,0]	0,84 [0,77; 1,0]	p_{12}=0,890 p_{13}=0,000 p_{14}=0,008 p_{23}=0,000 p_{24}=0,000 p_{34}=0,369
VAS-шкала, баллы	75 [70; 80]	74 [60; 80]	65 [50; 70]	60 [50; 70]	p_{12}=0,137 p_{13}=0,000 p_{14}=0,000 p_{23}=0,000 p_{24}=0,000 p_{34}=0,629
Мужчины					
Показатель	1	2	3	4	P*
	n=196	n=117	n=73	n=23	
индекс здоровья	1,0 [0,84; 1,0]	1,0 [0,84; 1,0]	1,0 [0,82; 1,0]	0,85 [0,8; 1,0]	p_{12}=0,792 p_{13}=0,053 p_{14}=0,022 p_{23}=0,149 p_{24}=0,044 p_{34}=0,394
VAS-шкала, баллы	77 [70; 85]	75 [70; 85]	70 [60; 80]	70 [60; 85]	p_{12}=0,726 p_{13}=0,000 p_{14}=0,342 p_{23}=0,000 p_{24}=0,466 p_{34}=0,183
Женщины					
Показатель	1	2	3	4	P*
	n=431	n=92	n=125	n=66	
индекс здоровья	1,0 [0,83; 1,0]	0,85 [0,79; 1,0]	0,82 [0,76; 1,0]	0,83 [0,76; 0,85]	p_{12}=0,151 p_{13}=0,000 p_{14}=0,000 p_{23}=0,011 p_{24}=0,015 p_{34}=0,991
VAS-шкала, баллы	75 [70; 80]	70 [60; 80]	60 [50; 70]	60 [50; 70]	p_{12}=0,004 p_{13}=0,000 p_{14}=0,000 p_{23}=0,000 p_{24}=0,000 p_{34}=0,508

* – p <0,0125 при сравнении двух групп по критерию Манна-Уитни.

У пациентов с АГ, не принимающих лечение, показатель индекса EQ-VAs был значимо выше, чем у лиц, лечащихся как неэффективно (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,84 [0,78; 1,0], p=0,000), так и эффективно (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,84 [0,77; 1,0], p=0,000). Полученные данные говорят о неудовлетворенности пациентов назначаемым лечением. Пациенты, принимающие АГТ, между собой по данному показателю значимо не различались (0,84 [0,78; 1,0] у неэффективно леченых vs 0,84 [0,77; 1,0] у эффективно леченых, p=0,369). Таким образом, ключевым фактором, влияющим на КЖ пациентов с АГ, являлся факт приема гипотензивных препаратов, а не эффективность лечения.

Статистически значимых различий показателя EQ-VAs в группах пациентов, не принимающих АГТ, принимающих АГТ как неэффективно, так и эффективно среди мужчин мы не выявили. Совершенно иные результаты были получены для женщин. Различия индекса EQ-Vas среди женщин без АГ и женщин с АГ, не принимающих АГТ, были статистически незначимы (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,85 [0,79; 1,0], p=0,151). Однако среди женщин без АГ величина данного показателя была значимо выше в сравнении с женщинами с АГ, получающими АГТ (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,82 [0,76; 1,0], p=0,000 в сравнении с неэффективно леченными и 1,0 [0,83; 1,0] vs 0,83 [0,76; 0,85], p=0,000 в сравнении

с эффективно лечеными). Иными словами, как только пациентки с АГ начинали принимать лечение, их КЖ уменьшалось по сравнению с пациентками без АГ. Данная зависимость вполне закономерна, так как прием любого препарата ассоциирован с финансовыми затратами на его приобретение, а сам факт приема лекарства в сознании пациента ассоциируется с признанием себя больным. Однако внутри группы пациенток с АГ взаимоотношения оказались сложнее. Значение индекса EQ-Vas среди пациенток с АГ, не принимающих терапию, было статистически сопоставимо с данным показателем эффективно леченых пациенток с АГ (0,85 [0,79; 1,0] vs 0,83 [0,76; 0,85], p=0,015), но значимо выше, чем у неэффективно леченых пациенток с АГ (0,85 [0,79; 1,0] vs 0,82 [0,76; 1,0], p=0,01). Различия показателей между пациентками, получающими лечение, были незначимы (p=0,991). Из этого следовало, что эффективность АГТ не повышала КЖ пациенток с АГ, а отсутствие целевого уровня на фоне терапии (прием препаратов «вхолостую») снижало КЖ таких пациенток.

Результаты оценки VAs-шкалы по EQ-5D-термометру показали, что у пациентов с АГ среднее значение было значимо ниже, чем у лиц без АГ (70 [52; 80] баллов vs 75 [70; 80] баллов, p=0,000). Среди пациентов с АГ лица, не получающие АГТ, имели балл, сопоставимый с баллом пациентов без АГ (74 [60; 80] vs 75 [70; 80], p=0,137), но более высокий по сравнению с пациентами, получающими терапию (p<0,001). Среди пациентов, лечащихся по поводу АГ как неэффективно, так и эффективно, средние значения по VAs-шкале были статистически сопоставимы (65 [50; 70] баллов vs 60 [50; 70] баллов, p=0,629). У мужчин значимые различия наблюдались между неэффективно лечащимися пациентами с АГ со всеми группами (табл.), в то же время пациенты без АГ и эффективно леченые пациенты с АГ были статистически сопоставимы по среднему значению, то есть в данном случае у мужчин КЖ снижало отсутствие эффективности АГТ. Среди женщин прослеживалась статистически значимая закономерность, аналогичная взаимоотношениям в общей популяции.

Обзор литературы, посвященной данной проблеме, свидетельствует о том, что пациенты с АГ могут не осознавать и отрицать необходимость медикаментозной коррекции АД в силу малого количества симптомов заболевания, особенно на его ранних стадиях [12]. Поэтому, КЖ таких лиц при приеме АГТ будет ниже. Важную роль играет количество и кратность приема препаратов, их стоимость, отсутствие навыков профилактического консультирования врача и т.д. [18, 19]. Кроме того, по данным С.Ю. Штарик и др., прием АГТ оказывает негативное влияние на психическое состояние пациентов с АГ, поэтому КЖ у них может быть ниже, чем у пациентов, не принимающих лечение [14]. Одномоментность проведенного исследования не дает нам права изучать причинно-следственные отношения. Вместе с тем, очевидно, что на современном этапе имеет место неудовлетворенность пациентов с АГ назначаемым лечением. Таким образом, каждый пациент с АГ требует индивидуализации лечения. Возможно, в недалеком будущем успехи персонализированной медицины помогут решить этот вопрос. Например, открытие мутаций в генах CYP2C9 и VKORC1, кодирующих ферменты метаболизма варфарина, позволило уже сегодня облегчить коррекцию дозы препарата у пациентов с лабильным международным нормализованным отношением (МНО), существенно повышая КЖ таких пациентов [6].

Заключение. Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод, что при появлении АГ КЖ снижается как у мужчин, так и у женщин. Наличие АГ усугубляет основные составляющие КЖ пациентов (повседневная активность, передвижение, самообслуживание, восприятие боли), причем на женщин негативное влияние заболевания выражается сильнее, чем на мужчин. Одним из факторов, снижающих КЖ пациентов с АГ, является прием АГТ. Повышение мотивации пациента к приему АГТ и здоровому образу жизни, изменение стратегии терапии (включение фиксированных комбинаций, уменьшение кратности приема лекарств), учет побочных явлений, то есть индивидуальный подход со стороны врача к каждому пациенту сможет повысить КЖ таких пациентов. Свою статью мы хотим завершить словами выдающегося ученого, основоположника профилактической медицины в России, Матвея Яковлевича Мудрова: «Одна и та же болезнь, но у двух разных больных требует весьма разного подхода».

Список литературы

1. Амирджанова В.Н., Эрдес Ш.Ф. Валидация русской версии общего опросника EuroQol-5D (EQ-5D) // Научно-практическая ревматология. – 2007. – №3. – С. 69–76. – DOI: 10.14412/1995–4484–2007–691.

2. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Евстифеева С.Е., Муромцева Г.А., Имаева А.Э., Бойцов С.А. Качество жизни лиц с артериальной гипертензией в России – есть ли связь со статусом лечения (по данным популяционного исследования ЭССЕ-РФ) // Российский кардиологический журнал. – 2016. – (9):7–13. – DOI: 10.15829/1560–4071–2016–9–7–13.

3. Баранова Е.И. Приверженность к лечению пациентов с артериальной гипертензией… Как исправить ситуацию? Второе в этом году заседание кардиоклуба «Пульс» // Фармацевтический вестник. – 2010. – №. 11. – С. 585.

4. Бойцов С.А., Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков А.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.А., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Чазова И.Е., Шляхто Е.В. Артериальная гипертония среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13. – №. 4. – С. 4–14.

5. Гржибовский А. М. Анализ трех и более независимых групп количественных данных // Экология человека. – 2008. – №. 3. – С.48–57.

6. Зотова И. В., Никитин А.Г., Фаттахова Э.Н., Бровкин А.Н., Ходырев Д.С., Лаврикова Е.Ю., Исаева М.Ю., Косухина А.С., Носиков В.В., Затейщиков Д.А. Влияние полиморфизма генов CYP2C9 И VKORC1 на безопасность терапии варфарином // Клиническая практика. – 2013. – №4. – С. 3–10.

7. Козловский В.И., Симанович А.В. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени. Обзор литературы и собственные данные // Вестник ВГМУ. – 2014. – № 12(2). – С. 6–16.

8. Котов М.С., Подолужный В.И. Оценка качества жизни пациентов, связанного со здоровьем // Медицина в Кузбассе. – 2007. – № 3. – С. 15–18.

9. Лыткина К.А., Сидорова Л.В., Воробьев П.А. и др. Качество жизни больных остеоартрозом // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 5. – С. 54–60.

10. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине // СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 140 с.

11. Оганов Р.Г., Гиляревский С.Р., Агеев Ф.Т. и др. Как улучшить приверженность к лечению пациента с артериальной гипертензией // Здоровье Украины. – 2008. – № 9. – С.47–49.

12. Парахонский А.П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертонией // Фундаментальные исследования. – 2006. – №12. – С. 33–35.

13. Сизова Л.В. Оценка качества жизни в современной медицине // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 2. – С. 38–46.

14. Штарик С.Ю., Петрова М.М., Гарганеева Н.П. Некоторые аспекты коморбидности тревожно-депрессивных расстройств и артериальной гипертензии // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т. 24, №. 4–2. – С. 46–48.

15. Штарик С.Ю., Петрова М.М., Гарганеева Н.П. Эпидемиология тревожно-депрессивных расстройств среди взрослого населения крупного индустриального города Восточной Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – Т. 57. – № 6. – С. 18–22.

16. Bland J.M., Peacock J. Statistical questions in evidence-based medicine. – Oxford University Press, 2000.

17. Calculating the U.S. Population-based EQ-5D Index Score. Research Initiative in Clinical Economics. [Electronic resource]. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. – URL: http://www.ahrq.gov/rice/EQ5Dscore.htm.

18. Chapman R.H., Benner J.S., Petrilla A.A., Tierce J.C., Collins S.R., Battleman D.S., Schwartz J.S. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy // Arch Intern Med. – 2005 May. – Vol. 165, N 10. – P. 1147–1152.

19. Determinants of persistence in hypertensive patients treated with Irbesartan: results of a postmarketing survey / M. Burnier [et al.] // BMC Cardiovasc. Disords. – 2005. – N 5. – P.13.