

УДК: 616.118:616.8-008.64:612.013.004.12

*І. В. Дроздова***АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ: ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ**

Кримський республіканський НДІ фізичних методів лікування і медичної кліматології ім. І.М. Сеченова, санаторій «Ай-Петрі», м. Ялта

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, афективні розлади, якість життя, SF-36

ВООЗ рекомендує визначати ЯЖ, як індивідуальне співвідношення свого стану в житті суспільства в контексті культури та систем цінностей цього суспільства, із завданням (бажаннями) даного індивідуума, з його планами, можливостями та ступенем загального невлаштування [4]. Виділено ряд критеріїв ЯЖ і їх складові, які в основному і вивчаються: фізичні (сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок); психологічні (позитивні емоції, мислення, пам'ять, концентрація уваги, самооцінка, вигляд, негативні переживання); рівень самостійності (буденна активність, працездатність, залежність від лікування та ліків); суспільне життя (взаємовідношення, суспільна цінність об'єкта, сексуальна активність); довколишнє середовище (благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, якість та доступність медичного та соціального забезпечення,

доступність інформації, можливість освіти та підвищення кваліфікації, дозволя, екологія); духовність (релігія, особисті переконання) [10].

Особливу актуальність набуває проблема патології афективної сфери, тривожних і депресивних розладів. Загалом, у популяції майже 30% дорослого населення зазнають відчутної депресії чи тривоги, які несприятливо впливають на соціальне функціонування людини. Зростаюча актуальність проблеми депресій, обумовлена їх значною розповсюдженістю, пояснюється суттєвим впливом захворювання на ЯЖ і соціальне функціонування особистості, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем обумовлених ними суїцидів.

Мета дослідження - визначення особливостей оцінки ЯЖ у хворих м'якою та помірною артеріальною гіпертензією (АГ) з афективними розладами.

Матеріал і методи дослідження

Відкрите контрольоване дослідження охоплювало 125 хворих есенціальною АГ 1-2 ступеня. Дизайн дослідження: критерії включення - наявність стабільної АГ 1-2 ступеня, вік від 30 до 60 років; критерії виключення - наявність клінічно вагомої супутньої патології.

Хворі були розподілені на 4 групи. У 1 групу увійшло 52 хворих м'якою АГ, що не мали на момент обстеження зниженого настрою - субдепресії (ЗНСД); у 2 групу - 21 хворий м'якою АГ, які мали ЗНСД; у 3 групу - 30 хворих помірною АГ без ЗНСД; у 4 групу - 22 хворих помірною АГ із ЗНСД. У 1 і 2 групи загалом увійшло 73 хворих м'якою АГ, середній вік яких складає $47,5 \pm 3,3$ роки; тривалість захворювання - $6,3 \pm 3,5$ роки; серед них чоловіків - 33; жінок - 40 осіб; службовців - 60; робітників - 5; не працюючих - 8 осіб; вищу освіту мали - 62; середню спеціальну - 5; середню - 6 осіб. Серцева недостатність I ст. (по NYNA) була у 4 осіб. У 3 і 4 групи увійшло 52 хворих помірною АГ; се-

редній вік яких складає $52,3 \pm 4,2$ роки; тривалість захворювання - $9,4 \pm 2,2$ роки; чоловіків - 24; жінок - 28; службовців - 48; робітників - 2; не працюючих - 2; вищу освіту мали - 50; середню спеціальну - 2 особи. Серцева недостатність I ст. (по NYNA) була у 51 особи, II ст. - у 1 особи.

Хворі АГ самостійно протягом 15 хвилин заповнювали ОП SF-36. Визначення критеріїв ЯЖ за ОП SF-36 відбувалося на основі перекодування первинних даних за методом сумації рейтингів Лікерта. Кількісно оцінювались наступні показники ЯЖ: фізична активність (ФА), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), біль (Б), загальне здоров'я (ЗЗ), життєздатність (ЖЗ), соціальна активність (СА), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ), психічне здоров'я (ПЗ), здоров'я в порівнянні з минулим роком (ЗР) [3].

Для визначення ступеня ЗНСД використовували шкалу зниженого настрою - субдепресії, яка базується на ОП В. Зунга, адаптованого Т.М.

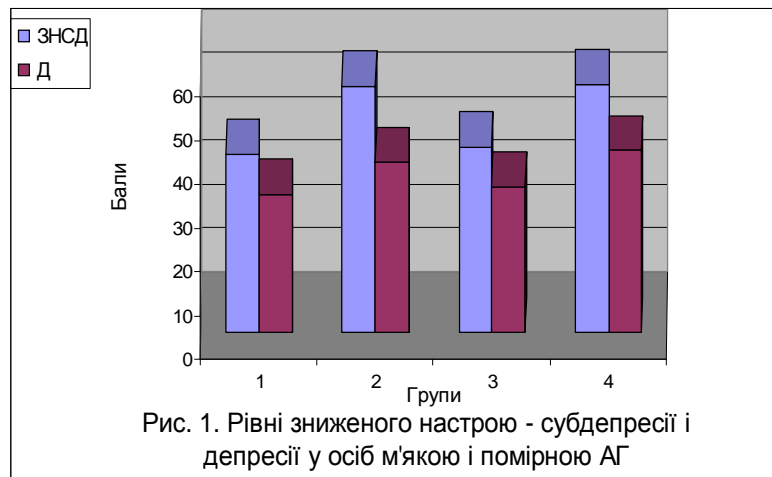
Балашовою. Для діагностики депресивних станів використовувалась шкала депресії науко-

во-дослідного інституту психоневрології ім. В.М. Бехтерева [1,2].

Результати дослідження та їх обговорення

У хворих АГ ЗНСД зустрічаються у 34,0% випадків; у хворих м'якою АГ - у 28,8%; у хворих помірною АГ - у 42,3% випадків. Рівень ЗНСД підвищується вірогідно у осіб 2 групи на 38,0% і у осіб 4 групи - на 39,1%; у осіб 3 групи спостерігається тенденція до підвищення на 4,2% у порівнянні з особами 1 групи (Рис.1).

Рівень Д підвищується вірогідно у осіб 2 групи на 23,1%; у осіб 4 групи - на 37,6%; у осіб 3 групи спостерігається лише тенденція до підвищення на 6,0% у порівнянні з особами 1 групи. З прогресуванням АГ значною мірою збільшуються рівні ЗНСД і Д, що, в свою чергу, призводить до більш негативної оцінки ЯЖ хворими АГ.



У хворих м'якою і помірною АГ знижена здатність виконання діяльності, що пов'язана із фізичними навантаженнями; фізичний стан хворих АГ обмежує їх повсякденну діяльність, заважає участі у виробничій діяльності. Значної інтенсивності досягає больовий синдром, знижена активність хворих, підвищена втомлюваність. Зниження фізичної активності хворих м'якою і помірною АГ вагомо впливає на обмеження соціального функціонування, незважаючи на досить високий рівень життєздатності.

Фізичний статус (ФС) хворих АГ характеризується трьома параметрами: фізична активність (ФА); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ), біль (Б) [3]. В порівнянні із особами 1 групи у осіб 2 групи мали тенденцію до зниження ФА на 2,0%, РФ - на 26,2%, Б - на 8,4%; у осіб 3 групи вірогідно знижувались ФА - на 11,8% і РФ - на 31,4%, мала тенденцію до зниження Б - на 3,3%; у осіб 4 групи вірогідно знижувались ФА - на 27,5%, РФ - на 47,1% і Б - на 31,8%. В порівнянні із особами 2 групи у осіб 4 групи вірогідно знижувалася ФА - на 26,0% і мали тенденцію до зниження РФ - на 16,9% і Б - на 21,6%. Зниженню показників ФА і РФ у хворих м'якою і помірною АГ відповідають обмеження можливості виконання ними значних фізичних навантажень та активності в буденній життєдіяльності. Навпаки,

зниження показника Б, свідчить про вагомий вплив больових відчуттів на щоденну діяльність хворих.

Психічний статус (ПС) оцінюється трьома параметрами: соціальна активність (СА), психічне здоров'я (ПЗ) та обмеження життєдіяльності внаслідок емоційних проблем (РЕ) [3]. В порівнянні із особами 1 групи у осіб 2 групи мали тенденцію до зниження ПЗ - на 25,4%, СА - на 13,3%, РЕ - на 33,6%; у осіб 3 групи - ПЗ - на 9,2%, СА - на 2,1%, РЕ - 17,7%; у осіб 4 групи - вірогідно знижувались ПЗ - на 39,4%, СА - на 24,0%, РЕ - на 64,6%. В порівнянні із особами 2 групи - у осіб 4 групи мають тенденцію до зниження ПЗ - на 11,2%, СА - на 23,2%, РЕ - на 11,2%. Зниження показників СА і ПЗ у осіб м'якою і помірною АГ при наявності ЗНСД свідчать про обмеження соціальної взаємодії, погіршення настрою і неспокій на протязі чотирьох тижнів перед обстеженням, а зниження показника РЕ - свідчить про значний вплив емоцій на буденну діяльність хворих.

Загальний стан здоров'я характеризується двома показниками: життєздатністю (ЖЗ) та загальною оцінкою стану здоров'я (ЗЗ) [3]. Існує ще один показник - погіршення стану здоров'я в порівнянні з минулим роком (ЗР), який характеризує суб'єктивну оцінку хворим свого здоров'я, та змін, що сталися протягом року. В порівнянні із особами 1 групи у осіб 2 групи мали

тенденцію до зниження ЖЗ - на 16,6%, ЗЗ - на 12,2%, ЗР - на 11,0%; у осіб 3 групи вірогідно знижувалось ЗЗ - на 23,4%, мали тенденцію до зниження - ЖЗ - на 1,8% і ЗР - на 4,8%; у осіб 4 групи вірогідно знижувалися ЖЗ - на 31,3% і ЗЗ - на 39,4%, мали тенденцію до зниження ЗР - 17,3%. У осіб 4 групи, в порівнянні із особами 2 групи знижувалися ЖЗ - на 12,4%, ЗЗ - на 11,2%, ЗР - на 19,5%, але це зниження не було статистично значущим. Зниження показників ЖЗ, ЗЗ і ЗР у хворих м'якою і помірною АГ при наявності ЗНСД свідчать про значне погіршення соматичного здоров'я.

Для хворих м'якою і помірною АГ із ЗНСД характерними є негативна оцінка особистості, зовнішнього світу і майбутнього. У осіб м'якою АГ із ЗНСД провідними причинами погіршення ЯЖ є роль фізичних і емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічне здоров'я і життєздатність. У осіб помірною АГ із ЗНСД збільшується кількість провідних причин погіршення ЯЖ: роль фізичних і емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічне і загальне здоров'я, біль, життєздатність. Для усіх хворих АГ із ЗНСД характерними є поява соматовегетативних порушень, зниження самооцінки та ідентифікація свого стану як захворювання.

Отримані результати свідчать про те, що у осіб із м'якою АГ із ЗНСД вірогідною причиною зниження ЯЖ є фізичний статус, тоді як у осіб із помірною АГ і ЗНСД - психічний і загальний статус.

Встановлення значення психологічних факторів у перебігу АГ у кожного конкретного пацієнта допоможе відповісти на питання про необхідність корекції цих факторів і призначення психотропних препаратів, надасть можливість визначити характер, тривалість і виразність впливу цих факторів на артеріальний тиск.

Висновки.

1. У хворих АГ виявлено значне погіршення ЯЖ за рахунок обмежень у фізичному, психологічному і соціальному аспектах життя.

2. Психологічні особливості хворих АГ значною мірою впливають на оцінку ЯЖ: у осіб м'якою АГ і ЗНСД провідною причиною зниження ЯЖ є фізичний статус, тоді як у осіб з помірною АГ і ЗНСД - психологічний і загальний статус.

3. Суб'єктивна оцінка ЯЖ за допомогою SF-36, поряд із об'єктивною оцінкою функціонального, психологічного і соціального статусу, мають бути покладені в основу оцінки ефективності реабілітації хворих АГ.

И.В. Дроздова

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова, санаторий «Ай-Петри», г. Ялта

Психологические особенности больных артериальной гипертензией (АГ) в значительной мере влияют на оценку качества жизни (КЖ): у больных мягкой АГ со сниженным настроением - субдепрессией (СНСД) ведущей причиной снижения КЖ является физический статус, тогда как у больных умеренной АГ с СНСД - психологический и общий статус. Субъективная оценка КЖ при помощи опросника SF-36 должна быть положена в основу оценки эффективности реабилитации больных АГ. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.122-124)

I. V. Drozdova

ARTERIAL HYPERTENSION AND AFFECTIVE DISORDERS: THE LIFE QUALITY ESTIMATION

Crimea Republican Scientific-Research Institute of Physical Methods of Treatment and Medical Climatology named after I.M. Sechenov, Yalta

Psychological peculiarities of patients with arterial hypertension (AG) influence considerably to life quality (LQ) estimation: in patients with mild AG and lower mood-subdepression (LMSD), the main reason for LQ reduction is patients' physical status, while in patients with moderate AG and LMSD it is their psychological and general status. Subjective estimation on SF-36 must become the base of patients with AG rehabilitation effectiveness estimation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.122-124)

Література

1. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. - М.: Антидор, 2002. - 440 с.
2. Марута Н.А., Мороз В.В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). - Харьков: Арис, 2002. - 144 с.
3. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Методы

оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. - М., 1999. - 30 с.

4. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. - 1995. - Vol. 41. - P. 1403-1409.

Поступила в редакцию 31.05.2004