

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

АЛІФЕР Ольга Олександрівна

УДК: 616.12-008.331.1-052:[616-051:316.356.2

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

14.01.38 – загальна практика – сімейна медицина

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Запоріжжя – 2018

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця Міністерства охорони здоров'я України

Науковий керівник: Доктор медичних наук, професор
Барна Ольга Миколаївна,
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, кафедра загальної практики
(сімейної медицини), завідувач кафедри

Офіційні опоненти: Доктор медичних наук, професор
Потабашній Валерій Аркадійович,
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»,
кафедра терапії, кардіології та сімейної
медицини факультету післядипломної освіти,
завідувач кафедри

Доктор медичних наук, професор
Волошина Олена Борисівна,
Одеський національний медичний університет
МОЗ України, завідувач кафедри загальної
практики та медичної реабілітації

Захист дисертації відбудеться «___» _____ 2018 р. о ___ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 17.613.02 у ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: Україна, 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, буд. 20.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: Україна, 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, буд. 20.

Автореферат розісланий «___» _____ 2018 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради
д. мед. н., доцент

Н. О. Скороходова

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я вважають артеріальну гіпертензію найбільш значущою причиною смертності та інвалідності з-поміж усіх серцево-судинних захворювань (Сіренко Ю. М., 2015). Близько третини дорослих, старших за 25 років, та 90 % осіб старших за 80 років, у світі страждають від артеріальної гіпертензії, до того ж, кількість хворих невідомо зростає (Корж А. Н., 2015).

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найпоширенішим захворюванням серцево-судинної системи в Україні, значно випереджаючи за кількістю хворих на ішемічну хворобу серця, що свідчить про необхідність активного виявлення і лікування цього захворювання (Корж А. Н., 2015; Потабашній В.А., 2017). Підвищений артеріальний тиск (АТ) спричиняє близько 18 % смертей в цілому (Коваленко В. М., 2015). За 10 років (2003–2013 рр.) смертність, обумовлена високим артеріальним тиском, зросла на 18,2 % (Mozaffarian D., 2016). За даними Фремінгемського дослідження, артеріальний тиск, вищий за 160/90 мм рт. ст., порівняно із його нормальним рівнем, спричиняє зростання ризику серцево-судинних подій утричі у чоловіків та вшестеро в жінок (S. S. Franklin, N. D. Wong, 2013).

Попри беззаперечну загрозу, яку становить артеріальна гіпертензія, й потужні можливості сучасної антигіпертензивної терапії (АГТ), результати нещодавніх досліджень (EURIKA, 2016; BP-CARE, 2010) свідчать, що у різних країнах Європи в 50–70 % пацієнтів лікувальних закладів загальної практики АТ перевищує цільові рівні, попри призначене лікування. В Україні рівень контролю артеріального тиску не перевищує 16,5 % та є найнижчим показником у Східній Європі (Joffres M., 2013; Byrd J. B., 2016). Середній рівень артеріального тиску у популяції українських хворих на АГ значно вищий, ніж в інших країнах Східної та Центральної Європи, й становить 155/93 мм рт. ст. (Grassi G., 2014), тобто, наші пацієнти потребують розроблення нових, ефективніших підходів до лікування цього захворювання вже сьогодні.

Відмінності між медичним висновком лікаря про ефективність лікування на підставі результатів клінічного обстеження і оцінкою хворим якості свого життя можуть бути значними. Це пов'язано з особливостями особистості пацієнта, з обтяжливістю деяких діагностичних та лікувальних процедур, побічною дією ліків та їх впливом на психоемоційну сферу (Потабашній В.А., 2018). Усе це доводить необхідність широкого впровадження в клінічну практику комплексного підходу до оцінки стану хворих у процесі лікування з включенням інтегральних критеріїв оцінки їх суб'єктивного стану, а саме якості життя (ЯЖ), як міри фізичного, психічного та соціального благополуччя. В Україні питання якості життя хворих на артеріальну гіпертензію вивчене недостатньо. Оцінка якості життя і факторів, що впливають на неї, допоможе вирішити проблему більш ефективного індивідуального лікування хворих з цією патологією.

Якість життя визнана невід'ємною частиною комплексного аналізу нових методів діагностики, лікування, профілактики, оцінки ефективності лікування та надання медичної допомоги (Osamor P. E., 2015). Покращення стану здоров'я

пацієнтів, регрес клінічних проявів захворювання, підвищення функціональних показників, максимальне наближення ЯЖ хворого до рівня здорової людини є основними завданнями лікування та зумовлює необхідність удосконалення оцінки ефективності лікування та якості життя пацієнта.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана згідно з планом НДР Національного медичного університету імені О. О. Богомольця і є фрагментом НДР кафедри загальної практики (сімейної медицини) «Профілактика і контроль симптомів хронічних неінфекційних захворювань на рівні первинної медико-санітарної допомоги» (Державний реєстраційний номер 0116U004907). Дисертант є співвиконавцем фрагментів цієї роботи.

Мета дослідження: Провести аналіз динамічних змін показників якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією у віковому та статевому аспекті при досягненні цільового рівня артеріального тиску в залежності від її ступеня та рівня серцево-судинного ризику на тлі базисної антигіпертензивної терапії та при включенні в схему лікування ноотропних засобів в умовах амбулаторії загальної практики-сімейної медицини.

Завдання дослідження:

1. Визначити вихідні показники якості життя пацієнтів з різними ступенями артеріальної гіпертензії та рівнями серцево-судинного ризику.

2. Провести порівняльний аналіз вихідних показників якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією у статевому та віковому аспектах.

3. Визначити динаміку показників якості життя при досягненні цільового рівня артеріального тиску під впливом базисної антигіпертензивної терапії у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в залежності від її ступеня та рівня серцево-судинного ризику в статевому аспекті.

4. Дослідити динаміку показників якості життя при досягненні цільового рівня артеріального тиску на тлі базисної антигіпертензивної терапії у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в залежності від її ступеня та рівня серцево-судинного ризику у віковому аспекті.

5. Оцінити динаміку показників якості життя при досягненні цільового рівня артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією 3-го ступеня та дуже високим серцево-судинним ризиком на тлі ноотропної терапії.

Об'єкт дослідження: артеріальна гіпертензія, ступені, серцево-судинний ризик, якість життя.

Предмет дослідження: показники якості життя пацієнтів з різним ступенем артеріальної гіпертензії та серцево-судинним ризиком та її зміни під впливом різних видів терапії.

Методи дослідження: загальноклінічні та параклінічні – для оцінки клінічних проявів АГ та вивчення етіологічних чинників захворювання; антропометричні – для оцінки статури та індексу маси тіла (ІМТ); лабораторні: біохімічні – для визначення наявності гіперхолестеринемії; інструментальні: електрокардіографія, домашнє моніторування артеріального тиску, «офісне» моніторування артеріального тиску, добове моніторування артеріального тиску

для визначення проявів АГ та виключення серцевих аритмій, що спричинюють порушення гемодинаміки та потребують медикаментозної корекції; соціологічні – анкетування: адаптовані опитувальники SF-36, шкала САН для визначення якості життя, опитувальник Моріски–Гріна для визначення прихильності до лікування; визначення 10-річного ризику фатальних серцево-судинних подій за шкалою SCORE; біостатистичні – з метою математичної обробки математичних даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше вивчено вплив вікового та статевих факторів, різних ступенів артеріальної гіпертензії та серцево-судинного ризику на показники якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, які перебувають під спостереженням сімейного лікаря. Автором уперше проведена порівняльна оцінка впливу комбінованої антигіпертензивної терапії в пацієнтів з артеріальною гіпертензією 2 та 3 ступенів та помірним, високим і дуже високим серцево-судинним ризиком на показники якості життя. Дисертант обґрунтувала доцільність використання ноотропної терапії в пацієнтів з артеріальною гіпертензією 3 ступеня з урахуванням її впливу на показники якості життя. Вперше обґрунтовано можливість поліпшення якості життя хворих на артеріальну гіпертензію з урахуванням їх клініко-психологічного статусу та характеру антигіпертензивної терапії у загальній амбулаторній практиці сімейного лікаря.

Практичне значення одержаних результатів. Обґрунтована необхідність оцінки показників якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією з метою контролю за перебігом цього захворювання.

Запропонований алгоритм оцінки ефективності терапевтичного впливу з урахуванням якості життя в практиці сімейного лікаря.

Основні результати дисертації впроваджені в практику, що підтверджено відповідними актами впроваджень.

Впровадження результатів дослідження. Отримані результати впроваджені в навчальний процес кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, кафедри внутрішньої медицини № 1 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», кафедри внутрішньої медицини стоматологічного факультету ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України», кафедри неврології, психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет МОЗ України» у м. Рубіжне.

Практичні результати, що базуються на основних положеннях дисертації, впроваджені в практичну роботу амбулаторії № 1, амбулаторії № 2 ЦПМСД № 2 Шевченківського району м. Києва, амбулаторного відділення поліклініки ДАХК «Артем», поліклініки ДКЛ № 2 ст. Київ ДТГО ПЗЗ, медичного центру «Євролаб», кардіологічного диспансерного відділення Тернопільської університетської лікарні, терапевтичного відділення № 1 Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні, Кремінської МЛА ПМСД, реабілітаційного відділення КЗ «Луцька міська клінічна лікарня».

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею здобувача. Внесок автора полягає в обґрунтуванні актуальності проблеми,

розробці завдань та методів дослідження, здійсненні патентно-інформаційного пошуку, виборі та обстеженні хворих, спостереженні за ними на амбулаторно-поліклінічному етапі. Здобувач брала участь у проведенні лабораторних та інструментальних досліджень, особисто провела науковий аналіз отриманих статистичних даних, написала всі розділи дисертаційної роботи, підготувала й оформила всі матеріали до друку. Мета, завдання дослідження, висновки і практичні рекомендації та основні положення роботи сформульовані разом із науковим керівником. Участь здобувача в опублікованих у співавторстві наукових працях є основною і полягає в підборі й обстеженні хворих, проведенні лабораторно-біохімічних та інструментальних досліджень, статистичній обробці даних, аналізі отриманих результатів і формулюванні висновків. Сформульовані положення і висновки, розроблені практичні рекомендації. Підготовлені до друку наукові праці та доповіді про отримані результати на наукових конференціях та з'їздах.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи оприлюднені на науково-практичних конференціях з міжнародною участю: IV Національному конгресі «Профілактика. Антиейджинг. Україна» (9–10 липня 2015 р., м. Одеса), V Міжнародному конгресі «Профілактика. Антиейджинг. Україна» (17 травня 2016 р., м. Львів), Тренінг-програмі для лікарів «Мистецтво лікування: від профілактики до якості життя (16 лютого 2017 р., м. Полтава), Всеукраїнському конгресі «Мистецтво лікування: від профілактики до якості життя» (2–3 березня 2017 р., м. Київ), Тренінг-програмі для лікарів «Мистецтво лікування: від профілактики до якості життя (6 квітня 2017 р., м. Черкаси), V Міжнародній науково-практичній конференції «Гендер. Екологія. Здоров'я» (20–21 квітня 2017 р., м. Харків), Тренінг-програмі для лікарів «Мистецтво лікування: від профілактики до якості життя (8 червня 2017 р., м. Суми).

Апробація дисертації проведена на засіданні кафедри загальної практики (сімейної медицини) за участі кафедри психосоматичної медицини і психотерапії, кафедри терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика від 09.11.2017 року, протокол № 7.

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 11 наукових праць, з яких 7 статей у фахових періодичних наукових виданнях України, 3 статті в журналах, які входять до наукометричних баз, 2 публікації у вигляді тез.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 198 сторінках і складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (111 – кирилицею, 83 – латиницею) та додатків. Текст ілюстрований 57 таблицями та 8 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети роботи та вирішення задач було обстежено 126 осіб з АГ II стадії, 2 і 3 ступенів, з помірним, високим та дуже високим серцево-судинним ризиком (ССР), серед яких було 68 жінок (54,0 %) та 58 чоловіків (46,0 %) у віці від 40 до 81 року. Середній вік обстежених становив $(60,8 \pm 0,4)$ років.

Діагноз АГ встановлювали згідно з сучасною класифікацією Українського товариства кардіологів та Клінічними рекомендаціями з АГ Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension (ESH)) та Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology (ESC)) 2013 року.

Критеріями включення пацієнтів до дослідження були: наявність АГ, з приводу якої пацієнти раніше не отримували лікування або отримували нерегулярно; наявність у пацієнтів ССР за шкалою SCORE.

Критерії виключення: симптомна ортостатична гіпотензія; вторинна АГ; ізольована діастолічна АГ (ДАГ >90 мм рт. ст.); цукровий діабет; наявність в анамнезі або на даний момент лімфатичного набряку або набряку нижніх кінцівок (однобічного або двобічного) венозного походження; раніше відомий або виявлений при клінічному огляді на візиті відбору, обумовленого блокаторами кальцієвих каналів, особливо амлодипіном; порушення шлуночкового ритму; каліємія $>5,2$ ммоль/л; протипоказання до застосування блокаторів кальцієвих каналів та / або інгібіторів АПФ.

У досліджуваних нами хворих переважала II стадія гіпертонічної хвороби, найчастіше в пацієнтів реєстрували: гіпертрофію лівого шлуночка (91,6 %) за даними електрокардіограми (ЕКГ), генералізоване звуження артерій сітківки (78,9 %), незначну мікроальбумінурію (82,3 %).

За даними результатів дослідження всі відібрані пацієнти були поділені на три групи. До першої групи увійшли 40 пацієнтів з АГ 2 ступеня з помірним ССР, які отримували амлодипін у дозі 5 мг на добу. Другу групу склали 44 пацієнти з АГ 2 ступеня з високим та дуже високим ССР, які отримували фіксовану комбіновану терапію – периндоприл / амлодипін у дозі 4/5 мг на добу. До третьої групи увійшли 42 пацієнти з АГ 3 ступеня та надто високим ССР. Вони отримували фіксовану комбіновану терапію – периндоприл / амлодипін у дозі 8/5 мг на добу. За потреби дозу збільшували до 8/10 мг на добу. Контрольну групу склали 43 практично здорових особи, в тому числі 22 жінки та 21 чоловік, які були репрезентативними за демографічними показниками і не відрізнялися від відібраних для дослідження пацієнтів.

АГ 2 ступеня з помірним ССР мали 40 осіб (31,7 %), серед яких 21 жінка та 19 чоловіків, АГ 2 ступеня з високим та дуже високим ССР – 44 пацієнти (34,9 %), серед яких 23 жінки та 21 чоловік, АГ 3 ступеня та надто високим ССР – 42 особи (33,3%), серед яких 22 жінки та 20 чоловіків. Серед включених у дослідження пацієнтів переважали жінки: 68 проти 58 чоловіків. Середній вік чоловіків складав $(61,9 \pm 0,3)$ років, жінок – $(63,1 \pm 0,6)$ років. Середня тривалість АГ у жінок та у чоловіків суттєво не відрізнялася: у жінок – $(9,4 \pm 0,4)$ років, у чоловіків – $(8,6 \pm 0,4)$ років.

Тривалість дослідження становила 6 місяців. Пацієнтів, включених у дослідження, обстежували 4 рази (до лікування, після 1-го, 3-го та 6-го місяця лікування) згідно з протоколом дослідження.

Залучення хворих у дослідження та виконання усіх передбачених протоколом дослідження процедур здійснювалось на базі денного стаціонару ДАХК «АРТЕМ» м. Київ, що є однією з баз кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Усім включеним до дослідження хворим було проведено клінічне обстеження: збір скарг і анамнезу, об'єктивне обстеження, лабораторно-інструментальні дослідження. Для оцінки ЯЖ пацієнтів застосовували метод анкетування з використанням опитувальників SF-36 та САН.

Під час візитів у хворих збирали анамнез, проводили анкетування за (Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36) та шкалою «Самопочуття. Активність. Настрій»), вимірювали офісний АТ за стандартною методикою, ЧСС, проводили добове моніторування АТ (ДМАТ) за допомогою реєстратора «АВРМ-04» («Meditech», Угорщина), електрокардіографію з використанням 12-канального електрокардіографа (ЮКАРД – 100, 2013 р., Україна).

ССР визначали за допомогою шкали SCORE. На протязі дослідження, за необхідності, проводили корекцію АГТ, визначали прихильність до лікування за допомогою валідованого опитувальника Моріски-Гріна, реєстрацію побічних явищ.

У всіх хворих визначали додаткові фактори ризику розвитку АГ: періодичні або хронічні стресові ситуації, надлишкову масу тіла або ожиріння, обтяжену за АГ спадковість, наявність шкідливих звичок, а також фактори ССР: куріння, обтяжена спадковість за серцево-судинними захворюваннями, наявність дисліпідемії, зловживання сіллю, споживання алкоголю.

Найчастіше хворі скаржилися на головний біль, в основному в потиличній ділянці, іноді з запамороченням. Часом хворі відмічали задишку, яка турбувала їх при фізичному навантаженні. У 47 пацієнтів (37,3 %) спостерігали біль у ділянці серця, частіше у вигляді кардіалгії.

З анамнезу відомо, що всі хворі мали певний стаж захворювання: 17 пацієнтів (13,5 %) хворіли на АГ трохи більше 1 року, 34 (27 %) – від 1 до 10 років, 61 (48,4 %) – від 10 до 20 років, 14 (11,1 %) – більше 20 років.

У всіх пацієнтів, як і в групі контролю, визначали ІМТ, який в нормі має бути не більше $24,9 \text{ кг/м}^2$. Як у більшості осіб контрольної групи, так і в пацієнтів з АГ, була надлишкова маса тіла – середній ІМТ дорівнював ($27,23 \pm 0,22$) у чоловіків і ($29,38 \pm 1,31$) кг/м^2 у жінок. У 19 хворих (15,1 %) ІМТ був менше $18,5 \text{ кг/м}^2$, що вказувало на недостатню масу тіла, 23 пацієнти (18,2 %) мали нормальний показник ІМТ, тобто в межах $18,5 - 24,9 \text{ кг/м}^2$. Надлишкову вагу (ІМТ $24,6 - 29,9 \text{ кг/м}^2$) виявлено у 34 пацієнтів (27,0 %), ожиріння I ступеня (ІМТ $30,0 - 34,9 \text{ кг/м}^2$) – у 39 (31,0 %), ожиріння II ступеня (ІМТ $35,0 - 39,9 \text{ кг/м}^2$) – у 7 (5,5 %) та ожиріння III ступеня (ІМТ $>40,0 \text{ кг/м}^2$) – у 4 (3,2 %) обстежених осіб.

Для виявлення гіперліпопротеїнемії визначали вміст ліпідів і ліпопротеїдів у сироватці крові натще через 12 – 16 годин після останнього прийому їжі. Рівні

загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності у сироватці крові визначали ферментативним методом після осадження холестерину ліпопротеїдів низької щільності та холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності. У 67 (53,2 %) пацієнтів спостерігалось підвищення рівня ЗХ (>5,2 ммоль/л) та у 37 (29,4 %) – ТГ сироватки крові (не більше 2,96 ммоль/л).

Офісний АТ вимірювали в положенні пацієнта сидячи, вранці, між восьмою та десятою годинами. Реєстрацію систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску проводили на одній і тій же руці тричі з інтервалом у дві хвилини, якщо величини АТ не різнилися більше як на 5 мм рт. ст. При виявленні більшої різниці між отриманими величинами проводили четверте вимірювання та обчислювали середнє значення з трьох послідовних вимірювань. Частоту серцевих скорочень визначали після другого вимірювання. Реєстрацію ЕКГ проводили на початку та наприкінці дослідження.

Анкетування хворих з метою оцінки ЯЖ проводили за допомогою Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36, версія 1, з адаптованим українським перекладом, рекомендована Міжнародним центром дослідження ЯЖ) під час кожного візиту. Анкета включає 36 пунктів, що згруповані у 8 шкал. Пацієнт вибирає одну з відповідей на запропоноване запитання. Кожна відповідь оцінюється в балах. При формуванні тієї чи іншої шкали ці бали додаються та математично обробляються за стандартними формулами. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я. Фізичне функціонування (ФФ) відображає ступінь, в якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, хода, підйом по сходах, переміщення важких речей тощо). Рольове функціонування (РФ) характеризує вплив фізичного стану на щоденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Тілесний біль (ТБ) визначає вплив болю на можливість займатися активною повсякденною діяльністю, включаючи домашню роботу. Загальне здоров'я (ЗЗ) визначає оцінку пацієнтом стану свого здоров'я на сучасний момент та в перспективі лікування. Життєва активність (ЖА) відображає відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, безсилим. Соціальне функціонування (СФ) визначається мірою, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕФ) припускає оцінку міри, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Психічне здоров'я (ПЗ) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій.

Для оцінки елементів психофізіологічного статусу в пацієнтів з артеріальною гіпертензією 3 ступеня використана шкала «Самопочуття. Активність. Настрій» («САН»). Цей опитувальник являє собою карту (таблицю), яка містить 30 пар слів, що відображають досліджувані особливості психоемоційного стану (самопочуття, активність, настрій). Отримана за цією методикою оцінка 4 і нижче

вказує на зниження самопочуття, активності, настрою. Оцінка 5 і вище свідчить про сприятливий стан досліджуваного.

При кожному візиті проводили реєстрацію побічних явищ та визначали необхідність зміни АГТ. Якщо пацієнт припиняв участь у дослідженні, визначали причину: наявність побічних ефектів, неефективність терапії, порада родичів або друзів, економічний фактор тощо.

Прихильність до лікування визначали за допомогою валідованого опитувальника Моріски-Гріна.

Дані лабораторних методів дослідження порівнювали з контрольними показниками.

Цифровий матеріал, отриманий при клінічних спостереженнях та лабораторних дослідженнях, обробляли за допомогою методів варіаційного аналізу. Для створення бази даних і аналізу отриманих результатів використовували електронні таблиці Excel-2010 і програму статистичної обробки матеріалу Statistica 10.0 for Windows 2010 для роботи з персональним комп'ютером. Для оцінки міжгрупової різниці застосовували параметричний t-критерій Стюдента. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$. Результати представлені у вигляді $M \pm m$.

Результати на їх обговорення. Вивчені показники ЯЖ у фізичній і психічній сферах у 40 пацієнтів з 2 ступенем АГ II стадії та помірним ССР за шкалою SCORE (група 1), 44 пацієнтів з 2 ступенем АГ та високим ССР за шкалою SCORE (група 2), 42 пацієнтів з 3 ступенем АГ та дуже високим ССР за шкалою SCORE (група 3).

На початку дослідження у групі 1 середні показники САТ і ДАТ склали $(165,03 \pm 0,63)$ мм рт. ст. та $(83,65 \pm 1,43)$ мм рт. ст., ЧСС – $(73,90 \pm 1,26)$ хв⁻¹. У групі 2 показники САТ і ДАТ були $(169,05 \pm 0,86)$ мм рт. ст. та $(95,23 \pm 0,71)$ мм рт. ст., ЧСС – $(80,14 \pm 0,73)$ хв⁻¹. У групі 3 САТ і ДАТ склали $(183,88 \pm 1,64)$ мм рт. ст. та $(98,17 \pm 1,18)$ мм рт. ст., ЧСС – $(80,33 \pm 1,67)$ хв⁻¹.

Щодо показників ЯЖ, відзначено достовірне погіршення ЯЖ у хворих групи 1 за всіма шкалами психічної сфери: показник ЖА склав $(57,13 \pm 2,03)$ балів, СФ – $(60,00 \pm 1,65)$ балів, РЕФ – $(57,59 \pm 2,46)$ балів, ПЗ – $(58,00 \pm 1,54)$ балів. У пацієнтів групи 2 показник ЖА склав $(58,64 \pm 1,26)$ балів, СФ – $(58,24 \pm 2,01)$ балів, РЕФ – $(56,11 \pm 2,67)$ балів, ПЗ – $(56,55 \pm 1,13)$ балів.

При аналізі ЯЖ у хворих 2 групи виявлено також погіршення за шкалою емоційного стану, порівняно з контрольною групою, при цьому достовірних відмінностей в якості життя пацієнтів 1 і 2 груп не знайдено.

У хворих групи 3 виявлено зниження ЯЖ, порівняно з хворими групи 1 і 2, за всіма шкалами. Отримані нами дані свідчать про те, що зростання артеріального тиску погіршує суб'єктивну оцінку ЯЖ пацієнтами.

Аналіз показників ЯЖ хворих на АГ виявив, що в пацієнтів 1 групи, порівняно з представниками 2 групи, були вірогідно ($p < 0,05$) вищі показники ЯЖ за такими шкалами, як ЖА – $(57,13 \pm 2,03)$ балів, СФ – $(60,00 \pm 1,65)$ балів, РЕФ – $(57,59 \pm 2,46)$ балів, ПЗ – $(58,00 \pm 1,54)$ балів. У пацієнтів 2 та 3 груп спостерігали суттєве зниження всіх показників ЯЖ, особливо виражене за шкалами СФ та ПЗ –

до $(56,11 \pm 2,67)$ балів і $(45,89 \pm 2,60)$ балів відповідно у групі 2, та до $(56,55 \pm 1,13)$ балів і $(46,67 \pm 1,10)$ балів у групі 3. Це свідчить про суттєвий вплив захворювання на ЯЖ пацієнтів.

Найгіршими виявилися результати пацієнтів групи 3 - показники РФ та ЗЗ склали $(45,83 \pm 2,10)$ балів та $(44,76 \pm 1,45)$ балів відповідно, ФФ та ТБ – $(46,90 \pm 1,86)$ балів та $(46,00 \pm 1,43)$ балів відповідно, що свідчить про наявність зв'язку між ступенем захворювання та його впливом на складові ЯЖ, що стосуються фізичного функціонування та загального стану здоров'я пацієнтів у цілому.

При порівнянні показників ЯЖ компонента «фізичне здоров'я» у групах 1 та 2 виявлено, що до початку лікування показник ФФ у чоловіків групи 2 був найвищим та становив $(59,29 \pm 2,79)$ балів, на відміну від чоловіків групи 1, у яких він склав $(58,16 \pm 2,81)$ балів. При аналізі показника РФ виявлено, що найвищим він був у чоловіків груп 1 та 2 – $(55,26 \pm 3,72)$ балів та $(55,95 \pm 4,30)$ балів відповідно, найгіршим цей показник був у жінок групи 2 – $(50,00 \pm 3,76)$ балів, що свідчить про більший вплив захворювання на фізичний стан жінок, ніж чоловіків. Це можна пояснити тим, що чим вищі ступінь АГ та ССР, тим сильніше захворювання впливає на здатність пацієнта займатися повсякденною діяльністю, що значно обмежує його активність.

У групі 3 показники у чоловіків та у жінок були низькими за всіма шкалами. Найгіршими у чоловіків виявилися показники ЗЗ та ТБ, які склали $(45,89 \pm 2,18)$ балів та $(46,17 \pm 2,32)$ балів відповідно. ФФ у чоловіків склало $(47,50 \pm 2,33)$ балів, РФ – $(47,22 \pm 4,10)$ балів. У жінок усі показники ЯЖ компонента «фізичне здоров'я» були дещо нижчими, ніж у чоловіків. Так, показник ФФ становив $(46,46 \pm 2,83)$ балів, РФ – $(44,79 \pm 2,16)$ балів, ТБ – $(45,88 \pm 1,90)$ балів, ЗЗ – $(43,92 \pm 2,00)$ балів ($p < 0,05$). При аналізі показників ЯЖ компонента «психічного здоров'я» у групі 1 виявлено, що у чоловіків найнижчими були показники РЕФ – $(52,63 \pm 3,36)$ балів, та ЖА – $(54,21 \pm 3,22)$ балів, у жінок найгіршим був лише показник РЕФ, який склав $(55,92 \pm 3,67)$ балів ($p < 0,05$).

Аналіз компонента «психічного здоров'я» до лікування у групі 2 виявив, що у чоловіків, на відміну від жінок, усі складові мали гірші результати. Зокрема, ЖА у чоловіків становив $(55,00 \pm 1,97)$ балів проти $(61,96 \pm 1,32)$ балів у жінок, СФ – $(55,95 \pm 3,26)$ балів проти $(60,33 \pm 2,50)$ балів, ПЗ – $(56,00 \pm 1,81)$ балів проти $(57,04 \pm 1,46)$ балів. Результати групи 2 суттєво не відрізнялися від показників групи 1, що свідчить про збереження соціальних контактів при АГ 2 ступеня з помірним, високим та дуже високим ССР.

У групі 3 найгіршим виявився показник РЕФ, який становив у чоловіків $(44,44 \pm 3,97)$ балів, у жінок – $(47,17 \pm 1,65)$ балів. У чоловіків показник ЖА становив $(46,11 \pm 1,61)$ балів, СФ – $(46,53 \pm 3,16)$ балів, ПЗ – $(46,00 \pm 1,74)$ балів. Показники психічного компонента якості життя у жінок виявилися вищими за всіма складовими: ЖА становив $(50,21 \pm 1,82)$ балів, СФ – $(48,96 \pm 2,42)$ балів, РЕФ – $(47,22 \pm 3,37)$ балів, ПЗ – $(47,17 \pm 1,65)$ балів, що обумовлено більшою мірою адаптації жінок.

До початку лікування найгіршими, порівняно з групою 1 та 2, виявились показники якості життя у групі 3, за всіма складовими, що пов'язано зі ступенем захворювання та його впливом на ЯЖ пацієнтів, як серед чоловіків, так і серед жінок. Порівнюючи результати у групах залежно від статі, ми виявили, що у жінок фізичний компонент відстає за всіма його складовими, незважаючи на ступінь захворювання та ССР.

При порівнянні усіх показників ЯЖ компонента «фізичне здоров'я» представників двох вікових категорій групи 1 на початку лікування ми виявили, що найгіршими були показники ТБ, як у пацієнтів віком до 60, так і понад 61 рік. Вони склали $(55,76 \pm 3,35)$ балів та $(50,16 \pm 3,02)$ балів відповідно, що свідчить про низьку оцінку хворими стану свого здоров'я, особливо це стосується пацієнтів віком понад 61 рік.

Пацієнти групи 2 віком до 60 років мали нижчі показники, порівняно із показниками ЯЖ здорових осіб: ФФ склав $(58,18 \pm 2,46)$ балів, РФ – $(51,14 \pm 3,48)$ балів, ТБ – $(56,55 \pm 2,48)$ балів та ЗЗ – $(56,00 \pm 1,94)$ балів, що у 1,61, у 1,67, у 1,65 та у 1,73 разу нижче за показники контрольної групи ($p < 0,05$). У пацієнтів віком старше 61 року були зафіксовані наступні показники: показник ФФ склав $(54,55 \pm 2,13)$ балів, РФ – $(51,14 \pm 3,48)$ балів, ТБ – $(51,18 \pm 2,28)$ балів та ЗЗ – $(50,91 \pm 2,26)$ балів, що, відповідно, у 1,63, у 1,68, у 1,82, та у 1,86 разу нижче за показники контрольної групи ($p < 0,05$). Найгіршими показники ЯЖ у пацієнтів групи 2 виявились у віковій категорії понад 61 рік.

Результати хворих групи 3 майже не відрізнялися від результатів інших двох груп. У пацієнтів віком до 60 років показник ФФ склав $(55,00 \pm 1,87)$ балів, РФ – $(51,19 \pm 3,14)$ балів, ТБ – $(56,67 \pm 2,98)$ балів та ЗЗ – $(55,05 \pm 2,39)$ балів, що, відповідно, у 1,7, у 1,78, у 1,65, у 1,76 разу нижче за показники контрольної групи ($p < 0,05$).

У пацієнтів вікової категорії понад 61 рік отримано найгірші результати. Так, ФФ у них склав $(52,14 \pm 2,22)$ балів, РФ – $(52,38 \pm 2,44)$ балів, ТБ – $(53,29 \pm 2,96)$ балів та ЗЗ – $(54,00 \pm 2,36)$ балів, що, відповідно, у 1,7, у 1,64, у 1,74, у 1,75 разу нижче за показники контрольної групи ($p < 0,05$). Як і в інших двох групах, показники фізичного здоров'я в групі 3 виявились гіршими у старших пацієнтів (понад 61 рік). При порівнянні усіх показників ЯЖ компонента «фізичне здоров'я» двох вікових категорій групи 1 ми виявили, що на початку лікування найгіршими були показники ЗЗ у пацієнтів до 60 та понад 61 рік – $(47,63 \pm 3,16)$ балів та $(38,32 \pm 2,9)$ балів відповідно, що свідчить про низьку оцінку стану свого здоров'я, особливо це стосується пацієнтів, старших 61 року.

Аналізуючи показники ЯЖ пацієнтів групи 3 ми виявили, що у них, порівняно з показниками ЯЖ здорових осіб та з показниками двох попередніх досліджуваних груп, при першому візиті була вірогідно знижена ЯЖ компонента «фізичного здоров'я» за всіма шкалами в усіх вікових категоріях. У пацієнтів віком до 60 років показник ФФ склав $(60,00 \pm 1,9)$ балів, РФ – $(60,42 \pm 1,96)$ балів, ТБ – $(51,83 \pm 2,98)$ балів та ЗЗ – $(42,96 \pm 3,36)$ балів, що, відповідно, у 1,52, у 1,67, у 1,81, у 1,92 разу нижче за показники контрольної групи ($p < 0,05$).

У пацієнтів вікової категорії понад 61 рік отримано найгірші результати. Показник ФФ у них склав $(50,24 \pm 2,98)$ балів, РФ – $(51,89 \pm 1,96)$ балів, ТБ – $(51,36 \pm 0,96)$ балів та ЗЗ – $(38,31 \pm 0,94)$ балів, що, відповідно, у 1,76, у 1,94, у 1,90, у 2,30 разу нижче за показники контрольної групи ($p < 0,05$). Отже, найгіршими виявились результати пацієнтів групи 3 вікової категорії понад 61 рік, що можна пояснити тяжкістю захворювання, його впливом на фізичну активність та життєдіяльність хворих.

Через місяць лікування загальне самопочуття пацієнтів поліпшилося, що проявлялося у зменшенні скарг, зниженні рівня АТ, проте показники якості життя мали тенденцію до покращення не в усіх досліджуваних групах пацієнтів.

Під впливом алгоритмізованого лікування АТ за даними офісного вимірювання у хворих групи 1 на 1-й місяць показники САТ і ДАТ вірогідно зменшились з $(165,03 \pm 0,63) / (83,65 \pm 1,43)$ мм рт. ст. до $(139,7 \pm 1,08) / (78,65 \pm 0,68)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Аналіз показників ЯЖ у групі 1 (з АГ 2 ступеня та помірним ССР) показав, що найкраще прореагували показники ФФ та РФ, які склали $(62,25 \pm 2,07)$ та $(61,25 \pm 2,21)$ балів відповідно, що свідчить про вплив захворювання на фізичний стан пацієнтів. У групі пацієнтів з високим ССР (група 2) найкраще прореагував лише показник ФФ – $(60,00 \pm 1,78)$ балів. Щодо компонента «психічного здоров'я», то у пацієнтів з АГ 2 ступеня та помірним ССР найкращим (група 1) виявився показник – ПЗ, що склав $(64,70 \pm 1,51)$ балів ($p < 0,05$). У пацієнтів з АГ 2 ступеня та високим ССР (група 2) підвищилися показники ЖА до $(63,07 \pm 2,21)$ балів. У групі 3, у пацієнтів з АГ 3 ступеня та надто високим ССР, показники компонента «психічне здоров'я» були досить низькими за всіма шкалами, що можна пояснити тяжкістю захворювання та його впливом на психічний стан пацієнтів.

У пацієнтів групи 1 вікової категорії до 60 років показники ЯЖ компонента «фізичного здоров'я» були наступними: показник ФФ через 1 місяць лікування склав $(63,81 \pm 2,42)$ балів, тобто покращився на 7,2 %, порівняно з вихідними значеннями; РФ склав $(64,29 \pm 2,83)$ балів, тобто покращився на 14,9 %, порівняно з вихідними значеннями. Пацієнти віком старше 61 року, порівняно з попередньою віковою категорією, мали гірші показники, але, порівняно з вихідними значеннями, була наявна позитивна динаміка. Зокрема, показник ФФ склав $(60,53 \pm 2,83)$ балів, РФ – $(57,89 \pm 3,13)$ балів, що, відповідно, на 13,8 % та 9,9 % вище за вихідні показники ($p < 0,05$).

Високі показники компонента «психічне здоров'я» виявлено у пацієнтів вікової категорії до 60 років у групі 1 вже через 1 місяць лікування. Зокрема, показник ЖА досяг рівня $(64,29 \pm 1,19)$ балів, що на 4,6 % більше від вихідних значень. Показник СФ склав $(68,45 \pm 1,43)$ балів, що на 11,6 % більше від вихідних значень ($p < 0,05$). Зміни свідчать про правильний підбір терапії та її ефективний вплив на ЯЖ у пацієнтів вікової категорії до 60 років. Показник ПЗ, порівняно з вихідними значеннями, збільшився на 9,2 % і склав $(64,95 \pm 1,85)$ балів ($p < 0,05$). У пацієнтів віком понад 61 рік ми отримали наступні зміни: показник ЖА зріс на 10,0 %, СФ – у 11,2 %, РЕФ – 25,0 %, ПЗ – 14,1 % відповідно, порівняно з вихідними показниками ($p < 0,05$).

За даними офісного вимірювання АТ у пацієнтів групи 2 на 1-й місяць рівень САТ і ДАТ знизились з $(169,05 \pm 0,86) / (95,23 \pm 0,71)$ мм рт. ст. до $(161,18 \pm 0,78) / (81,16 \pm 1,39)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

У групі 2 показники ЯЖ компонента «психічного здоров'я» також зросли в обох вікових категоріях, порівняно з вихідними значеннями. Найвищим виявився показник життєвої активності у пацієнтів віком до 60 років – на 6,7 % більше від вихідних даних. Показник соціального функціонування зріс на 8,5 % від вихідних значень. Показник РЕФ у віковій категорії до 60 років на 1-й місяць лікування на 2,4 % перевищував вихідні значення. Показник ПЗ підвищився на 9,6 % від вихідних даних. У пацієнтів віком понад 61 рік ми отримали наступні дані: показник ЖА покращився на 5,1 %, СФ – на 7,9 %, РЕФ – на 18,6 %, ПЗ – на 8,6 % від вихідних показників. Параметри ПЗ серед осіб літнього віку різнилися суттєво. Це свідчить про наявність у них депресивних, тривожних переживань, обумовлених власне ступенем захворювання.

За даними офісного вимірювання АТ у пацієнтів групи 3 на 1-й місяць показники САТ і ДАТ знизились з $(183,88 \pm 1,64) / (98,17 \pm 1,18)$ мм рт. ст. до $(175,71 \pm 0,84) / (90,71 \pm 0,84)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Аналізуючи показники ЯЖ пацієнтів групи 3 ми виявили, що при першому візиті показники ЯЖ компонента «фізичного здоров'я» були вірогідно знижені за всіма шкалами в усіх вікових категоріях, порівняно з двома попередніми досліджуваними групами. Так, у пацієнтів віком до 60 років показник ФФ покращився на 13,2 %, РФ – 12,8 %, ТБ – 13,1 %, ЗЗ – 9,0 % за вихідні показники ($p < 0,05$). Пацієнти вікової категорії понад 61 рік мали найгірші результати. Так, показник ФФ зріс на 15,3 %, РФ – 10,5 %, ТБ – 6,8 %, ЗЗ – 12,4 % у порівнянні з вихідними показниками ($p < 0,05$).

У пацієнтів групи 3 також відмічені суттєві зміни складових компонента «психічного здоров'я» в обох вікових категоріях. У хворих вікової категорії до 60 років показник ЖА зріс на 7,7 %, порівняно з вихідним значенням ($p < 0,05$). Показник СФ покращився на 6,0 % ($p < 0,05$); РЕФ – на 20,0 %; ПЗ – на 8,43 % порівняно з вихідними значеннями ($p < 0,05$).

Таким чином, найгіршими були результати у пацієнтів групи 3 вікової категорії понад 61 рік. Вищий рівень ЯЖ пацієнтів з АГ віком до 60 років можна пояснити їх кращою адаптацією до хвороби та меншою кількістю супутньої патології, ніж у людей старшої категорії.

Аналіз зміни складових ЯЖ показав, що у групі 1, як у чоловіків, так і у жінок, усі показники підвищились, порівняно з вихідними, через 1 місяць лікування, проте несуттєво. Порівняно з вихідними значеннями, у чоловіків групи 1 показники ЯЖ «фізичного компонента» покращились: ФФ зріс на 10,4 %, РФ – 14,3 %, ТБ – 8,7 %, ЗЗ – 6,6 % ($p < 0,05$). У жінок групи 1, порівняно з вихідними значеннями, показник ФФ підвищився на 9,9 %, РФ – на 11,1 %, ТБ – на 7,1 %, ЗЗ – на 7,8 % ($p < 0,05$). У чоловіків групи 1 приріст на 1-й місяць лікування, порівняно з вихідними даними, склав: ФФ – 10,4 %, РФ – 14,3 %, ТБ – 8,7 %, ЗЗ – 6,6 %, а у жінок – ФФ покращився на 9,9 %, РФ – на 11,1 %, ТБ – на 7,1 %, ЗЗ – 7,8 %.

Порівняно з вихідними, показники у чоловіків у групі 2 змінилися наступним чином: показник ФФ зріс на 10,4 %, РФ – на 14,3 %, ТБ – на 8,7 %, ЗЗ – на 6,6 % ($p < 0,05$). У жінок ми отримали наступні зміни – показник ФФ зріс на 4,4 %, РФ – на 6,4 %, ТБ – на 2,9 %, ЗЗ – на 4,1 % ($p < 0,05$).

У групі 3 на 1-й місяць лікування показники якості життя «фізичного компонента» залишалися низькими за всіма шкалами, як у чоловіків, так і у жінок: зросли порівняно з вихідними даними за всіма шкалами склав: у чоловіків – на 14,6%; 11,7 %; 7,1 %; 7,8 %; у жінок – на 13,9 %; 11,6 %; 8,6 %; 11,4 % ($p < 0,05$).

Через 3 місяці лікування у групах 1 та 2 показники компонента «фізичне здоров'я» значно підвищились залежно від ССР, віку та статі. Зокрема, у пацієнтів з помірним ССР усі компоненти вирівнялись і стали практично однаковими за значеннями, що свідчить про позитивний вплив лікування на фізичний компонент за всіма його складовими. У пацієнтів з помірним ССР усі показники рівномірно покращились, що свідчить про правильний підбір терапії. У пацієнтів групи 2 з високим ССР два показники – ЖА та СФ – досягли найвищих значень – ($70,68 \pm 1,34$) балів та ($72,73 \pm 1,85$) балів.

Окрім змін у складових якості життя, суттєво покращилися показники домашнього, офісного та добового моніторингу артеріального тиску.

У групі 1 вірогідно знизилась частота виникнення головного болю. У групах 2 та 3 у зв'язку із нормалізацією гемодинаміки значно покращилося самопочуття пацієнтів. Це проявлялось у зменшенні інтенсивності таких симптомів як головний біль, запаморочення, порушення чіткості зору, підвищена втомлюваність та кардіалгії. Впродовж усього дослідження спостерігалась стабільна позитивна динаміка середніх «офісних» величин САТ, ДАТ та ЧСС в усіх досліджуваних групах, що свідчить про ефективність лікування.

Виявлений позитивний кореляційний зв'язок у групах 1 та 2 між досягненням цільових рівнів АТ та фізичним здоров'ям вже на 1-й місяць лікування у групі 1 ($r = 0,322$) та на 3-й місяць лікування – у групі 2 ($r = 0,287$).

Показники пацієнтів групи 3 з надто високим ССР лишалися низькими – ФФ склав ($58,57 \pm 1,31$) балів, РФ – ($56,55 \pm 2,45$) балів, ТБ – ($58,36 \pm 1,46$) балів, ЗЗ – ($58,07 \pm 1,42$) балів ($p < 0,05$), що вказує на необхідність зміни терапії або призначення додаткового лікування. Тому, оскільки на 3-й місяць лікування у пацієнтів групи 3 не було суттєвого покращення, що пов'язано з тяжкістю захворювання та наявністю супутньої патології – гіпертензивної енцефалопатії, було вирішено додати до основного лікування ноотропну терапію. Усі пацієнти групи 3 були поділені на дві підгрупи, одній з яких додатково було призначено монотерапію у вигляді пірацетаму, другій – комбінацію пірацетам / гамма-аміномасляна кислота (ГАМК) курсом лікування на 3 місяці.

Після додавання до лікування ноотропної терапії у чоловіків групи 3 спостерігали суттєві зміни за всіма складовими компонента фізичного здоров'я – показники ФФ та ТБ збільшилися, порівняно з вихідними, на 72,5 % та 76,8 % відповідно ($p < 0,05$). Показники РФ та ЗЗ змінилися також у досить великому процентному співвідношенні – 72,5 % і 68,2 % ($p < 0,05$). У жінок групи 3 відмічені

зміни за тими ж шкалами, що й у чоловіків, а саме ФФ та ТБ досягли ($80,21 \pm 2,21$) балів та ($78,08 \pm 2,08$) балів ($p < 0,05$). Приріст за цими шкалами склав 72,6 % та 70,1 %, порівняно з вихідними даними ($p < 0,05$). Показники РФ та ЗЗ склали ($77,08 \pm 2,63$) та ($74,17 \pm 1,18$) балів, що на 72 % та 68,8 % більше від вихідних даних.

Після 3-місячного курсу ноотропної терапії всі показники (самопочуття, активність, настрої) поліпшилися, а також вирівнялися їх пропорційні співвідношення. Зазначені зміни мали місце в обох підгрупах, особливо виражена позитивна динаміка була у пацієнтів, які отримували комбінацію пірацетам / ГАМК.

Отже, на початку лікування ноотропами більшою мірою від наявності хронічних судинних захворювань головного мозку (ХСЗГМ) у хворих з АГ залежали показники суб'єктивної оцінки загального стану здоров'я, життєвої (енергійність, настрої) і соціальної (достатня емоційна і фізична здатність до спілкування з іншими людьми) активності.

Оцінка ЯЖ у пацієнтів з АГ та ХСЗГМ показала, що при застосуванні ноотропних препаратів, незважаючи на віковий розподіл, наприкінці дослідження відбулося суттєве підвищення показників якості життя, як фізичного, так і психологічного здоров'я.

Через 6 місяців лікування у групі 1 ми отримали зниження САТ і ДАТ до ($134,63 \pm 0,55$) мм рт. ст. та ($76,40 \pm 0,52$) мм рт. ст. відповідно, показник ЧСС знизився до ($66,90 \pm 0,91$) хв^{-1} . У групі 2 відмічене зниження САТ і ДАТ до ($137,73 \pm 2,22$) мм рт. ст. та ($78,36 \pm 0,52$) мм рт. ст. відповідно, показник ЧСС знизився до ($69,82 \pm 0,63$) хв^{-1} . У групі 3 відмічене достовірне зниження САТ до ($153,38 \pm 1,03$) мм рт. ст., ДАТ до ($78,81 \pm 0,66$) мм рт. ст., та ЧСС до ($73,86 \pm 0,74$) хв^{-1} .

Щодо показників ЯЖ, то в обох вікових категоріях групи 1 порівняно з вихідними даними приріст за всіма складовими фізичного та психічного компонентів практично досяг вихідних значень. Так, за основними складовими фізичного компонента у групі 1 показник ФФ покращився на 51,6 % у категорії до 60 років, а у пацієнтів за 61 рік – на 64,4 %. Щодо психічного компонента, то найкраще прореагував показник ЖА, який покращився на 59,2 % у пацієнтів віком до 60 років та на 78,4 % - у пацієнтів за 61 рік у порівнянні з вихідними даними ($p < 0,05$).

Під впливом терапії на 6-й місяць лікування у чоловіків та у жінок показники ЯЖ практично наблизилися до значень контролю. Приріст за шкалою ЖА становив 69,4 %, СФ – 58,1 %, РЕФ – 69,9 %, ПЗ – 55,2 %, порівняно з вихідними значеннями ($p < 0,05$). Подібні результати отримано і в жінок – приріст за шкалою ЖА становив 55,7 %, СФ – 43,9 %, РЕФ – 53,8 %, ПЗ – 56,7 % ($p < 0,05$).

Зокрема, на фоні динамічного спостереження протягом 6 місяців, під впливом алгоритмізованого лікування величина АТ, за даними офісного вимірювання, у хворих вірогідно зменшилась. У групі 1 відмічене достовірне зниження ($p < 0,05$) САТ на 18,4 %, ДАТ – на 5,1 %. У групі 2 також виявлено зниження гемодинамічних показників: САТ на 18,5 %, ДАТ на 14,5 % ($p < 0,05$). У групі 3 відмічене достовірне зниження САТ на 16,5 %, ДАТ – на 19,9 % ($p < 0,05$).

За даними домашнього вимірювання, під впливом алгоритмізованого лікування, величина АТ у пацієнтів вірогідно зменшилася. Зокрема, у групі 1 відмічене достовірне зниження САТ на 22,2 %, ДАТ – на 12,7 % ($p < 0,05$); у групі 2 – САТ на 20,4 %, ДАТ на 21,8 % ($p < 0,05$); у групі 3 – САТ на 19,1 %, ДАТ – на 22,7 % ($p < 0,05$).

За показниками ДМАТ у пацієнтів групи 1, що приймали амлодипін, спостерігали більш істотне зниження середньодобового САТ (на 10 % – до $(130 \pm 1,2)$ мм рт. ст.) при зменшенні середньоденного САТ на 9,5 % ($p < 0,05$) та середньонічного САТ на 4,2 % ($p < 0,05$); середньодобового ДАТ – на 3,4 % (до $(78,8 \pm 1,1)$ мм рт. ст.) при зниженні середньоденного ДАТ на 1,1 % ($p < 0,05$) і середньонічного ДАТ на 4,1 % ($p < 0,05$).

У пацієнтів групи 2 до лікування середньодобові показники АТ були наступні: САТ добовий становив $(146,4 \pm 1,7)$ мм рт. ст., ДАТ – $(94,8 \pm 1,3)$ мм рт. ст., САТ денний – $(149,4 \pm 1,4)$ мм рт. ст., ДАТ – $(99,3 \pm 1,1)$ мм рт. ст.; САТ нічний – $(136,6 \pm 1,3)$ мм рт. ст., ДАТ – $(84,4 \pm 1,2)$ мм рт. ст.

Порівняно з даними на 6-й місяць комбінованої АГТ периндоприлом / амлодипіном у дозуванні 4/5 мг, усі показники знизились та досягли цільових рівнів. Так, САТ добовий знизився на 10,1 %, ДАТ добовий – на 14,1 %, САТ денний – на 10,1 %, ДАТ денний – на 15,0 %, САТ нічний – на 7,6 %, ДАТ нічний – на 6,8 %.

Під час аналізу показників ДМАТ у групі 3, які приймали АГТ периндоприлом / амлодипіном у дозуванні 8/10 мг, середньодобовий рівень АТ в усіх хворих знизився до цільових значень. Зокрема, САТ знизився на 15,2 % (до $(149,2 \pm 1,1)$ мм рт. ст.), ДАТ – на 20,4 % (до $(78,6 \pm 1,1)$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$). Спостерігалось також зниження середньодобового САТ на 12,6 % (до $149,2 \pm 1,1$ мм рт. ст.) за рахунок зменшення середньоденного САТ на 12,8 % ($p < 0,001$) та середньонічного САТ на 11,5 % ($p < 0,001$); середньодобового ДАТ – на 20,4 % (до $(68,3 \pm 6,72)$ мм рт. ст.) внаслідок зниження середньоденного ДАТ на 26,3 % ($p < 0,001$) і середньонічного ДАТ на 13,7 % ($p < 0,001$).

У групі 3 позитивний кореляційний зв'язок виявлений між досягненням цільових рівнів АТ, фізичним та психічним здоров'ям лише на 6-й місяць лікування ($r = 0,296$; $r = 0,284$).

При порівнянні середньодобових, денних, нічних і максимальних показників АТ й індексів навантаження підвищеним АТ при проведенні ДМАТ у чоловіків і жінок статистично достовірних відмінностей виявлено не було.

Прихильність до лікування пацієнтів з АГ усіх груп була зіставною, незалежно від кількості призначених антигіпертензивних препаратів та дози лікарських засобів ($p > 0,05$). Сукупна частка осіб з низьким рівнем комплаєнсу становила – 91 (72,2 %), з помірним – 27 (21,4 %) та з високим – 8 (6,4 %). Причини нерегулярного прийому медикаментозних препаратів відрізнялися залежно від ССР, віку та статі. Зокрема, у групі 1 пацієнти з помірним ССР в більшості випадків пропускали прийом препаратів через їх велику кількість (40 %), недостатній контроль АТ (22,5 %) та високу вартість (25 %). У пацієнтів груп 2 та 3 з високим та дуже високим ССР низька прихильність до лікування

пояснювалась переважно поганою контрольованістю АГ (у групі 2 – 41 %, у групі 3 – 33,3 %), неефективністю терапії (у групі 2 – 32 %, у групі 3 – 38,1 %) та високою вартістю препаратів (у групі 1 – 16 %, у групі 3 – 19 %).

З віком набагато складніше підібрати ефективне лікування, тому в групі пацієнтів віком понад 61 рік найчастішими причинами, серед усіх інших, були неефективний підбір терапії (55,7 %) та висока вартість препаратів (27 %). До того ж, пацієнти старшого віку схильні забувати про прийом ліків, що особливо відмічається у старечому віці.

На початку дослідження прихильність до лікування найнижчою була у чоловіків – 72,6 %, на відміну від жінок. У чоловіків найчастішою причиною нерегулярного прийому ліків була велика кількість препаратів – 55,4 % випадків, на відміну від жінок, у яких найчастішими причинами були неефективність терапії – 62,1 % та поганий контроль АГ – 13,6 % випадків.

Через 6 місяців лікування кількість пацієнтів, у яких вдалося досягти цільового рівня артеріального тиску, у групі 1 становила 88 %, у групі 2 – 76 %, у групі 3 – 72 %.

На тлі лікування відмічено достовірне підвищення комплаєнсу в усіх групах пацієнтів. Високий рівень комплаєнсу наприкінці лікування був у 85 пацієнтів (67,4 %), помірний – у 37 (29,4 %), низький – у 4 (3,2 %). Причому, в групі з початково низькою прихильністю до лікування відзначено більш виражену зміну відповідей на питання тесту Моріски–Гріна.

Проведені лікувальні заходи (підбір терапії, рекомендації щодо зміни способу життя і харчування) дозволили скорегувати основні фактори ризику. При цьому відмічали покращення якості життя пацієнтів (про що свідчать дані опитувальника SF-36). Це сталося, можливо, завдяки зниженню частоти нападів стенокардії, зменшенню вираження задишки та серцебиття, а також досягненню цільових рівнів артеріального тиску.

Результати дослідження довели ефективність стратегії призначення монотерапії препаратом амлодипін пацієнтам з АГ 2 ступеня та помірним ССР і фіксованої комбінації периндоприл/амлодипін пацієнтам з АГ 2 та 3 ступенів з високим та надто високим ССР у щоденній клінічній практиці лікарів загальної практики, що дозволить пацієнтам уникнути значного числа серцево-судинних ускладнень та суттєво покращить якість їх життя. Позитивний вплив гіпотензивної терапії на прогноз життя у пацієнтів із клінічними проявами атеросклерозу не викликає сумнівів.

Добра переносимість препаратів та позитивний вплив лікування на якість життя можуть допомогти сімейному лікарю підвищити мотивацію пацієнтів до проведення тривалого лікування в повному обсязі. Призначення фіксованих лікарських комбінацій може спростити розуміння схеми лікування хворим та зменшити кількість прийнятих щодня таблеток.

ВИСНОВКИ

У роботі наведено узагальнені та нові підходи до оцінки якості життя хворих на артеріальну гіпертензію, теоретично обґрунтована та практично вирішена актуальна

задача загальної практики – сімейної медицини – на основі вивчення показників якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією оптимізовано підходи до курації хворих з урахуванням ступеня артеріальної гіпертензії, ССР, статевого та вікового аспектів.

1. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією 2 ступеня та помірним ССР, порівняно з пацієнтами з АГ 3 ступеня з високим та надто високим ССР, відмічені кращі показники якості життя за даними компонента фізичного здоров'я (фізичне функціонування у групі 1 склало $(56,50 \pm 1,59)$ балів, у групі 2 – $(50,42 \pm 1,56)$ балів, у групі 3 – $(44,90 \pm 1,86)$ балів ($p < 0,05$ між групами 1 і 2 та 2 і 3). Показник загального здоров'я був на 19,7 % вищим у групі 1, порівняно з групою 3 ($p < 0,05$). Психічний компонент якості життя був найнижчим у пацієнтів з артеріальною гіпертензією 3 ступеня та дуже високим ССР: життєва активність у групі 3 була на 18,1 % нижчою, ніж у групі 1, та на 16,2 % – ніж у групі 2 ($p < 0,05$). Тобто, якість життя пацієнтів з АГ за показниками фізичного, загального та психічного здоров'я залежить від ступеня АГ і рівня ССР.

2. Фізичний стан здоров'я чоловіків з артеріальною гіпертензією кращий, порівняно з жінками, про що свідчать показники за шкалами «фізичне функціонування» та «загальне здоров'я», які склали $(55,65 \pm 2,64)$ балів ($53,66 \pm 2,17$) балів, що на 18,8 % та 19,2 % вище, ніж у жінок ($p < 0,05$). Чоловікам порівняно з жінками властива більш виразна дезадаптація і послаблення соціальних контактів у повсякденному житті (психічне здоров'я – $(53,88 \pm 1,11)$ балів проти $(44,54 \pm 1,32)$ балів; $p < 0,05$). Пацієнти віком до 60 років мали показники фізичного функціонування та загального здоров'я вищі на 13 % та 14,2 % порівняно з віковою категорією понад 60 років. Показники загального здоров'я та життєвої активності у останніх склали $(49,85 \pm 2,16)$ та $(47,74 \pm 2,02)$ балів, що на 12,7 % та 13,2 % нижче за такі в пацієнтів віком до 60 років ($p < 0,05$). Вищий рівень якості життя хворих на артеріальну гіпертензію віком до 60 років можна пояснити їх кращою адаптацією до хвороби та меншою кількістю супутньої патології, ніж у літніх осіб.

3. Антигіпертензивна терапія, яка відповідає рівню АГ та серцево-судинного ризику, за умови досягнення цільового АГ у пацієнтів чоловічої та жіночої статі, сприяла покращенню показників якості життя як фізичного, так і психічного компонентів, які практично наблизилися до значень контролю. У статевому аспекті найкраща динаміка якості життя за компонентом «фізичного здоров'я» була в пацієнтів чоловічої статі (через 6 місяців лікування показник фізичного функціонування зріс на 53,6 % проти 46,7 %; загального здоров'я – на 51,7 % проти 45,8 %). Щодо компонента «психічного здоров'я», то найкраща динаміка спостерігалась у осіб жіночої статі. Приріст за шкалою життєва активність, порівняно з вихідними значеннями, у жінок становив 51,1 % проти 40,8 % у чоловіків, а психічне здоров'я – 45,8 % проти 42,0 % ($p < 0,05$).

4. Базисна антигіпертензивна терапія, яка відповідає рівню АГ та серцево-судинного ризику, за умови досягнення цільового АГ у пацієнтів віком понад 60 років у порівнянні з віковою категорією до 60 років сприяє позитивній динаміці якості життя через 6 місяців лікування за показниками фізичного функціонування на 54,2 % і 48,8% ($p < 0,05$); загального здоров'я на 55,6 % і 48,7 % ($p < 0,05$), життєвої

активності на 44,5% і 54,7 % ($p<0,05$) і психічного здоров'я – на 44,5 % і 40,8% ($p<0,05$) відповідно.

5. Адитивна терапія ноотропними препаратами (комбінація гамма-аміномасляна кислота 0,125 г та пірацетам 0,25 г курсом лікування на 3 місяці) у пацієнтів з АГ з високим і дуже високим серцево-судинним ризиком сприяла збільшенню прихильності до базисного антигіпертензивного лікування з досягненням цільового АГ на 67,4 % ($p<0,05$) та покращенню якості життя за показниками фізичного функціонування на 44,0 % ($p<0,05$), загального здоров'я на 34,1 % ($p<0,05$), підвищенню життєвої активності на 18,5 % ($p<0,05$) та психічного здоров'я – на 23,7 % ($p<0,05$). Отримані результати обґрунтовують включення ноотропних препаратів у лікування пацієнтів з АГ з високим і дуже високим серцево-судинним ризиком для підвищення прихильності та ефективності базисної антигіпертензивної терапії.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Лікарям загальної практики для оцінки ефективності лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією, окрім контрольованості рівня артеріального тиску, рекомендовано використовувати оцінку якості життя за опитувальником SF-36.

2. Враховуючи відмінності в прихильності до довготривалої медикаментозної терапії, особливу увагу в роботі з пацієнтом лікарям загальної практики слід приділяти хворим із артеріальною гіпертензією 3 ступеня та надто високим серцево-судинним ризиком, особам чоловічої статі та хворим вікової категорії понад 60 років.

3. Оцінку якості життя в практиці сімейного лікаря рекомендовано проводити впродовж лікування пацієнтів з АГ 2 та 3 ступенів з помірним, високим та дуже високим ССР один раз на 3 місяці з метою додаткового отримання інформації про перебіг захворювання, вчасного корегування терапії, підвищення об'єктивності оцінки лікування в динаміці та удосконалення якості надання допомоги пацієнтам.

4. Для швидшого покращення якості життя пацієнтів з АГ 3 ступеня та надто високим серцево-судинним ризиком до антигіпертензивного лікування доцільно додавати ноотропну терапію.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Аліфер О. О. Оцінка якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією / О. О. Аліфер // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – № 2 (30). – С. 122–125.

2. Аліфер О. О. Зміни показників якості життя залежно від ступеня артеріальної гіпертензії у віковому аспекті / О. О. Аліфер // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – № 3 (31). – С. 12–17.

3. Барна О. М. Зміни показників якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією при використанні ноотропної терапії за наявності супутніх хронічних захворювань головного мозку / О. М. Барна, Я. В. Корост, О. О. Аліфер // Ліки України плюс. – 2017. – № 3. – С. 58–64.;

4. Аліфер О. О. Зміни показників якості життя залежно від ступеня артеріальної гіпертензії в гендерному аспекті / О. О. Аліфер // Український терапевтичний журнал. – 2017. – № 4. – С. 125–131.

5. Сочетание гипотензивной и гиполипидемической терапии у пациентов с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском / Я. В. Корост, О. В. Гдыря, О. А. Алифер, М. М. Шимон // Ліки України. – 2016. – № 9. – С. 15–20.

6. Новицька А. В. Спіронолактон у лікуванні пацієнтів із резистентною артеріальною гіпертензією / А. В. Новицька, О. О. Аліфер // Ліки України. – 2017. – № 2. – С. 50–57.

7. Аліфер О. О. Динаміка показників якості життя в процесі лікування у пацієнтів з артеріальною гіпертензією / О. О. Аліфер // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Біологія. – 2017. – № 4 – С. 56–61.

8. Барна О. М. Оцінка якості життя у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / О. О. Аліфер, А. В. Новицька, Я. В. Корост // Ліки України плюс. – 2015. – № 4 (25). – С. 9–12.

9. Барна О.М. «Якість життя та її зміни під впливом лікування у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в практиці сімейного лікаря» / Аліфер О.О. // Ліки України плюс. – 2017. - № 4 (33). – С. 21-25.

10. Аліфер О. О. Оцінка якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією у практиці сімейного лікаря / О. О. Аліфер, О. М. Барна // Ліки України плюс. – 2015. – № 4 (25). – С. 9.

11. Аліфер О. О. Ефективність комбінованої терапії у пацієнтів з артеріальною гіпертензією / О. О. Аліфер // Ліки України плюс. – 2016. С. 14.

АНОТАЦІЯ

Аліфер О. О. Оцінка якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією в практиці сімейного лікаря. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.38 – загальна практика – сімейна медицина. – ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Запоріжжя, 2018.

Встановлено, що у чоловіків в оцінці якості життя, за даними опитувальника SF-36, превалює фізичний компонент за шкалами фізичного і рольового функціонування. При оцінці показників загального здоров'я відмінностей у чоловіків і жінок не виявлено. У віковому аспекті найгірші показники виявлені у осіб вікової категорії понад 61 рік. Вищий рівень ЯЖ хворих на АГ молодших 60 років можна пояснити їх кращою адаптацією до хвороби та меншою кількістю супутньої патології, ніж у літніх. Симптомами, які найбільше погіршували якість життя пацієнтів вікової категорії понад 61 рік, були біль різної локалізації, порушення функціонування опорно-рухового апарату, задишка, серцебиття, кардіалгії. Важливе значення мали також відомі соціально-психологічні чинники, характерні для осіб похилого віку.

Низькі показники якості життя в пацієнтів похилого віку можна пояснити особливістю геріатричного контингенту хворих, для яких характерна поліморбідність, а також наявністю супутніх захворювань, які більшою мірою, ніж артеріальна гіпертензія, визначають фізичне функціонування хворих.

У пацієнтів, яким був встановлений діагноз АГ 3 ступеня, отримали кращі результати після додавання після 3-х місячного комплексного антигіпертензивного лікування ще й ноотропної терапії, що свідчить про необхідність більш ретельного підходу до лікування пацієнтів з АГ 3 ступеня з надто високим серцево-судинним ризиком.

Доведено, що ЯЖ, як і динаміка самого захворювання, змінюються під впливом різних схем лікування, що дозволяє лікарю загальної практики – сімейному лікарю здійснювати моніторинг ефективності лікування, і, в разі необхідності, – його корекцію.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, антигіпертензивна терапія, ноотропна терапія, оцінка якості життя, загальна практика – сімейна медицина, опитувальник SF-36.

АННОТАЦІЯ

Алифер О. А. Оценка качества жизни пациентов с артериальной гипертензией в практике семейного врача. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (доктора философии) по специальности 14.01.38 – общая практика – семейная медицина. – ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Запорожье, 2018.

Установлено, что у мужчин в оценке качества жизни, по данным опросника SF-36, превалирует физический компонент по шкалам физического и ролевого функционирования. При оценке показателей общего здоровья различий у мужчин и женщин не выявлено. В возрастном аспекте худшие показатели выявлены у лиц возрастной категории старше 61 года. Более высокий уровень качества жизни больных артериальной гипертензией моложе 60 лет можно объяснить их лучшей адаптацией к болезни и меньшим количеством сопутствующей патологии, чем у пожилых. У пациентов, которым был установлен диагноз артериальная гипертензия 3 степени, получили лучшие результаты после добавления на 3-м месяце к комплексному антигипертензивному лечению ноотропной терапии, что свидетельствует о необходимости более тщательного подхода к лечению пациентов с артериальной гипертензией 3 степени с очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Доказано, что качество жизни, как и динамика самого заболевания, изменяются под влиянием различных схем лечения, что позволяет врачу общей практики – семейному врачу осуществлять мониторинг эффективности лечения, и, в случае необходимости, – его коррекцию. В отличие от лиц старше 61 года, у лиц до 60 лет показатели качества жизни были выше по всем шкалам, кроме шкалы ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным

состоянием, по которой достоверных различий не выявлено. Симптомами, наиболее ухудшающими качество жизни пациентов возрастной категории старше 61 года, были боль различной локализации, нарушения функционирования опорно-двигательного аппарата, одышка, сердцебиение, кардиалгия. Важное значение имели также известные социально-психологические факторы, характерные для пожилых людей.

Низкие показатели качества жизни у пациентов пожилого возраста можно объяснить особенностью гериатрического контингента больных, для которых характерна полиморбидность, а также наличием сопутствующих заболеваний, которые в большей степени, чем артериальная гипертензия, определяют физическое функционирование больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, ноотропная терапия, оценка качества жизни, общая практика – семейная медицина, опросник SF-36.

SUMMARY

Alifer O. O. Assessment of quality of life in patients with arterial hypertension in the practice of a family doctor. – Manuscript.

Thesis for the degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.38 - general practice – family medicine. – State institution "Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine", Zaporizhzhya, 2018.

It was established that in men in assessing the quality of life according to the questionnaire SF-36 the physical component prevails on the scale of physical and role functioning. When assessing the overall health outcomes, no differences were found between men and women. As for the age aspect, the worst indicators were found in the age group of 61 years. A higher level of QoL in patients with hypertension up to 60 years can be explained by their better adaptation to the disease and a lower amount of concomitant illness than in the elderly. Patients who were diagnosed with grade 3 AH gave better results after addition to the 3rd month of treatment to complex antihypertensive therapy, also nootropic therapy, indicating the need for a more careful approach to treating patients with hypertension grade 3 with very high cardiovascular risk general practitioners.

It has been proved that Health-related Quality of life (HR-QoL), , as well as the dynamics of the disease itself, change under the influence of different treatment regimens, which allows monitoring the effectiveness of treatment, and, if necessary, its correction in the practice of a general practitioner – family doctor. Compared with individuals after 61 years, people below the age of 60 were above the QoL scores on all scales, except for the REF scale, which did not reveal any significant differences.. Symptoms that aggravated the quality of life of patients of the age group 61 were the most painful lesions of different localization, disturbance of the functioning of the musculoskeletal system, dyspnea, palpitations, and cardialgia. As well as known socio-psychological factors characteristic of for the elderly. The low quality of life in elderly patients can be explained by the peculiarity of the geriatric contingent of patients, for

which polymorbidity is characteristic, as well as the presence of concomitant diseases, which, more than arterial hypertension, determine the physical functioning of patients.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive therapy, nootropic therapy, life quality assessment, general practice – family medicine, questionnaire SF-36.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ	–	артеріальна гіпертензія
АГТ	–	антигіпертензивна терапія
АТ	–	артеріальний тиск
ГАМК	–	гамма-аміномасляна кислота
ДАТ	–	діастолічний артеріальний тиск
ДМАТ	–	добовий моніторинг АТ
ЕКГ	–	електрокардіографія
ЖА	–	життєва активність
ЗЗ	–	загальне здоров'я
ЗХ	–	загальний холестерин
ІМТ	–	індекс маси тіла
ПЗ	–	психічне здоров'я
РЕФ	–	рольове функціонування, обумовлене емоційним станом
САТ	–	сistolічний артеріальний тиск
ССР	–	серцево-судинний ризик
СФ	–	соціальне функціонування
ТБ	–	тілесний біль
ТГ	–	тригліцериди
ФФ	–	фізичне функціонування
ХСЗГМ	–	хронічні судинні захворювання головного мозку
ЧСС	–	частота серцевих скорочень
ЯЖ	–	якість життя