© КОЗЛОВСКИЙ В.И., СИМАНОВИЧ А.В., 2014

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ

КОЗЛОВСКИЙ В.И., СИМАНОВИЧ А.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Республика Беларусь

Резюме.
Целью исследования было оценить качество жизни и тревожность у пациентов с артериальной гипертензией II степени, выделить их уровни, которые ассоциированы с повышенным риском формирования неблагоприятных событий.
Обследовано 239 пациентов с артериальной гипертензией II степени. Качество жизни оценивали опросником SF-36, уровень реактивной и личностной тревожности – опросником Спилбергера-Ханина. Оценка неблагоприятных событий включала регистрацию количества транзиторных ишемических атак, инсультов, инфарктов миокарда, пароксизмов аритмии, летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний, количества вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций в кардиологическое отделение, обращений в поликлинику по поводу сердечно-сосудистых заболеваний в течение 13,1±1,8 месяцев.
Определено, что относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий у пациентов с физическим компонентом здоровья 26-50% и высоким уровнем реактивной или личностной тревожности был соответственно в 2,4 (ДИ 1,1–5,7) и 2,2 (ДИ 1,0–4,5) раза выше в сравнении с пациентами с физическим компонентом здоровья 51-75% и средним уровнем реактивной или личностной тревожности.
Относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий у пациентов с психологическим компонентом здоровья 26-50% и высоким уровнем реактивной или личностной тревожности был соответственно в 2,1 (ДИ 1,0–4,6) и 3,0 (ДИ 1,5–5,9) раза выше в сравнении с пациентами с психологическим компонентом здоровья 51-75% и средним уровнем реактивной или личностной тревожности.
Выделены показатели, ассоциированные с повышенным риском формирования неблагоприятных событий – физический и психологический компоненты здоровья ниже 25%, уровни реактивной и личностной тревожности выше 46 баллов, либо сочетание физического или психического компонентов здоровья 26-50% и уровней реактивной или личностной тревожности выше 46 баллов.
Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, тревожность, неблагоприятные события.

Abstract.
The aim of this study was to evaluate life quality and the level of anxiety in patients with arterial hypertension of the 2nd degree, to reveal their levels, which are associated with an increased risk of adverse events development.
The study involved 239 patients with arterial hypertension of the 2nd degree. Their life quality was evaluated with the use of SF-36 questionnaire, the level of reactive and personal anxiety was assessed by means of Spielberger-Hanin questionnaire. The evaluation of adverse events included the registration of the number of transient ischemic attacks, strokes, myocardial infarctions, arrhythmia paroxysms, deaths from cardiovascular diseases, the quantity of emergency aid calls, admissions to the cardiological departments, visits to the out-patient departments because of cardiovascular diseases during 13,1±1,8 months.
The relative risk of the total number of adverse events in patients with physical health component of 26-50% and a high level of reactive and personal anxiety was respectively 2,4 (CI 1,1–5,7) and 2,2 (CI 1,0–4,5) times higher compared to the patients with physical health component of 51-75% and an average level of reactive or personal anxiety.
The relative risk of the total number of unfavorable events in patients with psychological health component of 26-50% and a high level of reactive or personal anxiety was respectively 2,1 (CI 1,0–4,6) and 3,0 (CI 1,5–5,9) times

higher compared to the patients with the psychological component of the health of 51-75% and an average level of reactive or personal anxiety.
The indicators associated with an increased risk of adverse events development have been determined, such as the physical and psychological health components less than 25%, the levels of reactive and personal anxiety more than 46 points, or combination of the physical and psychological health components of 26-50% and the levels of reactive or personal anxiety more than 46 points.
Key words: arterial hypertension, quality of life, anxiety, adverse events.

Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу наиболее распространенных социально значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы [1, 2]. Она является одним из факторов риска развития ишемической болезни сердца, инсульта, инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности, заболеваний почек и периферических сосудов [3]. Экономический ущерб, обусловленный временной или стойкой утратой трудоспособности, летальными исходами, а также материальные затраты, связанные с лечением и реабилитацией данной категории пациентов, постоянно возрастают [2].

В настоящее время одним из перспективных методов комплексной оценки состояния здоровья пациента является оценка качества жизни (КЖ). Качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального благополучия человека, основанная на его субъективном восприятии этих качеств [4, 5].

При артериальной гипертензии выявлено снижение качества жизни, что обусловлено симптомами самого заболевания [6], побочными эффектами лекарственных средств [7, 8], поражением органов-мишеней [9], развитием сердечно-сосудистых осложнений [10, 11], прежде всего инфаркта миокарда и инсульта.

Исследование качества жизни при АГ используют для мониторирования состояния здоровья пациента в ранние и отдаленные сроки, решения вопросов об эффективности лечебных мероприятий, индивидуализации лечебного подхода, в качестве прогностического фактора [12].

Важными факторами, влияющими на развитие и течение артериальной гипертензии, являются психологические особенности личности. Для пациентов с АГ характерен высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств, частота которых колеблется от 14% до 40% [13, 14]. Согласно результатам исследования «КОМПАС» данные состояния обнаружены у 52% пациентов с АГ [15]. В настоящее время появляется всё больше данных о том, что тревожные расстройства ассоциируются с повышением риска поражения органов-мишеней, развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности от них. При повышенном уровне тревожности отмечается не только повышение артериального давления, но и ухудшение клинического и социального прогноза, качества жизни, эффективности лечения, приверженности к терапии и выполнению немедикаментозных рекомендаций [16, 17].

Следует отметить, что в настоящее время недостаточно разработаны методы прогноза, в которых учитывались бы как уровень тревожности, так и качество жизни. Остается недостаточно ясным, какие уровни качества жизни и тревожности достоверно ассоциированы с повышением частоты неблагоприятных событий.

Целью исследования было оценить качество жизни и тревожность у пациентов с АГ II степени, выделить их уровни, которые ассоциированы с повышенным риском формирования неблагоприятных событий.

Методы

В исследование включено 239 пациентов с АГ II степени. Из них 177 женщин (74,1%) и 62 мужчины (25,9%) в возрасте от 40 лет до 77 лет. Средний возраст составил 56,0±5,9 года; для женщин – 56,7±5,9 года, для мужчин – 54,0±6,0 года.

Диагноз артериальной гипертензии устанавливался на основании клинического обследования и исключения симптоматиче-

ской артериальной гипертензии [18]. Средний риск установлен у 32,5% пациентов с АГ, высокий – у 67,5% пациентов.

В контрольную группу включены 33 практически здоровых лица (мужчин было 33,3%, женщин – 66,7%, средний возраст 54,7±6,5 лет), у которых при объективном, лабораторном, инструментальном обследованиях патологических отклонений со стороны сердечно-сосудистой и других систем выявлено не было. Группа здоровых сопоставима по полу и возрасту с группой пациентов с АГ.

Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование, оценка антропометрических данных, лабораторные методы (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с оценкой уровня мочевины, креатинина, глюкозы, общего холестерина и липидного спектра, общего белка, общего билирубина, аланиновой и аспарагиновой трансаминаз), инструментальные методы исследования (электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография).

КЖ исследовалось с помощью русской версии общего опросника RAND-36, разработанного в 1992 г. в США – SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) [19]. Вопросник SF-36 включал 36 вопросов, подразделенных на 8 шкал здоровья: 1. ФФ – физическое функционирование. 2. РФ – ролевое функционирование. 3. ТБ – телесная боль. 4. ОЗ – общее здоровье. 5. Ж – жизнеспособность. 6. СФ – социальное функционирование. 7. ЭФ – эмоциональное функционирование. 8. ПЗ – психологическое здоровье. Шкалы группировались в два интегральных показателя: физический компонент здоровья (ФКЗ) (шкалы ФФ, РФ, ТБ, ОЗ) и психологический компонент здоровья (ПКЗ) (шкалы Ж, СФ, ЭФ, ПЗ).

У человека с сохраненными функциями, довольного всеми сторонами своей жизни, интегральный показатель КЖ равен 100% или приближается к этому уровню: незначительное снижение КЖ – до 75%, умеренное снижение – до 50%, значительное – до 25%, резко выраженное – ниже 25%.

Личностная и реактивная тревожность определялись с помощью опросника Спилбергера-Ханина (1978), состоящего из 40 вопросов [20]. Испытуемый отвечал на вопросы, указав, как он себя чувствует в данный момент (реактивная тревожность) и как он себя чувствует обычно (личностная тревожность). На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа по степени интенсивности реактивной тревожности и по частоте выраженной личностной тревожности. Показатели варьируют от 20 (минимальное значение) до 80 баллов (максимальное значение). Низкий уровень тревожности отмечали при результате до 30 баллов; умеренный – 31-45 баллов; высокий – 46 баллов и более.

Оценка качества жизни и уровня тревожности пациентов проводилась на момент поступления, при выписке из стационара (7-15 день).

Пациенты получали ингибиторы иАПФ (эналаприл 10-40 мг/сутки, лизиноприл 10-20 мг/сутки), блокаторы кальциевых каналов (амлодипин 5-10 мг/сутки), диуретики (гидрохлортиазид 25-50 мг/сутки, индап 2,5 мг/сутки), β-адреноблокаторы (метопролол 25-50 мг/сутки, бисопролол 2,5-10 мг/сутки), блокаторы ангиотензиновых рецепторов (лозартан 50-100 мг/сутки), а также комбинации антигипертензивных средств - эналаприл (10-40 мг/сутки) + гидрохлортиазид (25-50 мг/сутки); лизиноприл (10-20 мг/сут.) + гидрохлортиазид (25-50 мг/сут.); эналаприл (10-40 мг/сут.) + амлодипин (5-10 мг/сут.); эналаприл (10-40 мг/сут.) + метопролол (25-50 мг/сут.); лизиноприл (10-20 мг/сут.) + метопролол (25-50 мг/сут.); эналаприл (10-40 мг/сут.) + метопролол (25-50 мг/сут.) + гидрохлортиазид (25 мг/сут.); эналаприл (10-20 мг/сут.) + амлодипин (5-10 мг/сут.) + гидрохлортиазид (25 мг/сут); лозартан (50-100 мг/сутки) + гидрохлортиазид (25-50 мг/сут.).

Одно антигипертензивное средство получали 8,0% пациентов, комбинированную терапию двумя препаратами – 35,7%, тремя – 45,7%, комбинированную терапию с использованием четырех и более препаратов –10,1%.

Период наблюдения составил 13,1±1,8 месяцев. Оценка исходов и числа различных событий за период наблюдения включала регистрацию количества транзиторных ишемических атак, инсультов, нестабильных стенокардий, инфарктов миокарда (ИМ),

пароксизмов фибрилляции предсердий, летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), количества вызовов скорой медицинской помощи (СМП), госпитализаций в кардиологическое отделение, обращений в поликлинику по поводу сердечно-сосудистых заболеваний в течение периода наблюдения.

Регистрация событий произведена путем анализа медицинской документации (амбулаторные карты, статистические талоны, талоны скорой помощи, истории болезни, журналы регистрации умерших, протоколы патологоанатомических вскрытий, справки о смерти) в течение указанного периода наблюдения, а также опроса пациентов по телефону и/или при самостоятельном их визите.

Статистический анализ проводили при помощи пакета статистических программ STATISTICA 8.0. Данные представлены в виде M±SD.

Результаты и обсуждение

Длительность артериальной гипертензии составила от 1 месяца до 35 лет, в среднем 10,7±7,1 лет. В начале обследования средний уровень систолического АД (САД) был 182,5±20,9 мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) – 103,7±9,2 мм рт.ст. После стационарного лечения наблюдалось статистически значимое снижение САД до 124,9±6,3 мм рт.ст., ДАД – до 80,3±1,5 мм рт.ст. Целевой уровень артериального давления был достигнут у 87,4% пациентов.

Средний уровень холестерина в сыворотке крови у пациентов с АГ составил 6,5±1,0 ммоль/л, триглицеридов – 2,2±1,15 ммоль/л, ЛПНП – 4,1±0,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,4±0,3 ммоль/л, что достоверно отличалось по сравнению с аналогичными показателями в группе практически здоровых людей ($p<0,05$).

У 41,1% пациентов по данным ЭКГ, эхокардиографии или рентгенографии была обнаружена гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ).

У пациентов с АГ как в 1 так и 7-15 сутки отмечалось достоверное снижение как физического, так и психического здоровья в сравнении с контрольной группой (табл. 1). Самые низкие показатели отмечены по шкалам ролевого и эмоционального функционирования.

На 10-15 сутки обследования не обнаружено статистически значимых изменений в КЖ у пациентов с АГ, что возможно связано с недостаточной длительностью наблюдения.

Выраженное снижение качества жизни (ниже 25%) по шкалам ФКЗ и ПКЗ соответственно было у 8,3% и 6,7% пациентов с АГ. Снижение качества жизни до 26-50% было у 38,6% пациентов по шкале ФКЗ и 37,2% - по шкале ПКЗ, что достоверно выше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Частота встречаемости незначительного снижения (76-100%)

Таблица 1 – Уровень качества жизни у здоровых и пациентов с артериальной гипертензией

Показатели	КЖ пациентов с АГ в 1 сутки обследования, % M±SD	КЖ пациентов с АГ на 10-15 сутки обследования, % M±SD	КЖ в контрольной группе, % M±SD
ФФ	67,6±20,5*	71,1±19,1*	85,0±11,9
РФ	37,8±35,0	45,5±40,9*	72,2±27,9
ТБ	58,8±21,6*	57,1±17,8*	78,2±18,5
ОЗ	51,8±12,6*	52,5±13,2*	61,7±8,6
Ж	51,0±15,2*	55,9±19,1*	66,9±9,7
СФ	64,4±17,4*	65,9±16,5*	86,6±10,4
ЭФ	43,3±32,4*	46,9±37,3*	71,6±27,3
ПЗ	58,1±14,6*	59,8±15,9*	71,3±12,1
ФКЗ	53,9±15,9*	56,5±16,4*	74,3±11,8
ПКЗ	55,7±16,9*	57,2±19,3*	74,1±12,6

Примечание: * - достоверное отличие показателя в сравнении с контрольной группой; ($p<0,05$).

КЖ выше у здоровых лиц, чем у пациентов с АГ (p<0,05).

Уровень реактивной и личностной тревожности имел обратную корреляцию с физическим компонентом здоровья (соответственно r= -0,3; r= -0,41; p<0,05) и психическим компонентом здоровья (соответственно r= -0,46; r= -0,58; p<0,05).

Число неблагоприятных событий оценили у 164 пациентов с АГ. В течение периода наблюдения зарегистрированы 6 инфарктов миокарда, 2 инсульта, 8 пароксизмов фибрилляции предсердий, 1 нестабильная стенокардия. Число вызовов СМП – 132, госпитализаций в кардиологическое отделение – 67, обращений в поликлинику по поводу ССЗ – 256. Случаи летальных исходов от ССЗ, транзиторные ишемические атаки не зарегистрированы.

В таблице 2 показано число неблагоприятных событий в течение периода наблюдения у пациентов при различных уровнях качества жизни.

Таким образом, при выраженном снижении физического и психического компонента здоровья ниже 25% в течение периода наблюдения отмечается достоверно больше обращений в поликлинику по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, госпитализаций в кардиологическое отделение, вызовов СМП, а также суммарное число неблагоприятных событий (обращения в поликлинику + госпитализации + вызовы СМП + пароксизмы аритмии + инсульты + инфаркты миокарда) (p<0,05), чем при незначительном снижении этих показателей (76-100%).

Относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий (обращения в поликлинику + госпитализации + вызовы СМП + пароксизмы аритмии + инсульты + ИМ) был в 3,8 (ДИ 1,9 – 7,5) раза выше у пациентов с ФКЗ ниже 25%, чем у пациентов с ФКЗ 76-100%.

Относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий у пациентов с ПКЗ ниже 25% был в 5,4 (ДИ 2,3 – 12,4) раза выше, чем у пациентов с ПКЗ 76-100%.

Отмечалась статически значимая отрицательная корреляция между суммой сердечно-сосудистых осложнений (ИМ+ОНМК+пароксизмы аритмии) и уровнем ФКЗ и ПКЗ (соответственно r=-0,23; r=-0,14; p<0,05), свидетельствующая о снижении качества жизни при развитии ССО.

Высокий уровень реактивной тревожности зарегистрирован у 43,2% пациентов, у

Таблица 2 – Число неблагоприятных событий у пациентов с различным уровнем качества жизни

Показатели	Физический компонент здоровья, %				Психический компонент здоровья, %			
	< 25 n=17	26-50 n=56	51-75 n=61	76-100 n=30	<25 n=11	26-50 n=54	51-75 n=67	76-100 n=32
Обращения в поликлинику	59	102	60*^	35*	38	96	105◊	17◊§¥
Госпитализации	9	31	20	7*	4	26	33	4§¥
Вызовы СМП	43	36*	42*	11*	5	60	61	6§¥
Пароксизмы аритмии	2	4	2	0	2	2	4	0
Нестабильные стенокардии	0	1	0	0	0	1	0	0
Инсульты	1	1	0	0	1	0	1	0
ИМ	2	3	0	1	2	3	1	0
Суммарное число событий	116	178*	124*	54*	50	190	205	27◊§¥

Примечание: статистически значимые различия (p<0,05) показателя в сравнении с физическим компонентом здоровья: * - <25%; ^ - 26-50%; с психическим компонентом здоровья: ◊ - <25%; § - 26-50%; ¥ - 51-75%.

52,6% пациентов определен средний уровень тревожности, у 4,2% - низкий уровень.

Высокий уровень личностной тревожности зарегистрирован у 54,8% пациентов, средний уровень – у 43,8% пациентов, низкий уровень – у 1,4%.

Частота встречаемости низкого уровня реактивной и личностной тревожности достоверно выше в контрольной группе, а частота высокого уровня как реактивной, так и личностной тревожности достоверно выше у пациентов с АГ (p<0,05).

У пациентов с АГ уровни реактивной и личностной тревожности достоверно выше, чем в контрольной группе (соответственно: уровень РТ – 40,2±3,2 и 36,7±2,5 баллов; уровень ЛТ – 40,6±2,7 и 38,7±5,7 баллов) (p<0,05).

Число различных событий в течение периода наблюдения при различном уровне реактивной и личностной тревожности у пациентов с АГ показано в таблице 3.

При высоком уровне личностной и реактивной тревожности было достоверно больше обращений в поликлинику и суммарное число неблагоприятных событий (обращения в поликлинику + госпитализации + вызовы СМП + пароксизмы аритмии + инсульты + ИМ), чем при низком уровне (p<0,05).

Относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий (обращения в поликлинику + госпитализации + вызовы СМП + пароксизмы аритмии + инсульты + ИМ) был в 2,4 (ДИ 1,0 – 5,0) раза выше у пациентов с высоким уровнем реактивной тревожности, чем с низким уровнем.

Относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий был в 10,8 (ДИ 3,1 – 37,3) раза выше у пациентов с высоким уровнем личностной тревожности, чем с низким уровнем.

Проанализировано число неблагоприятных событий у пациентов с умеренным снижением КЖ и средним уровнем РТ и ЛТ в сравнении с пациентами с выраженным снижением КЖ и высоким уровнем РТ и ЛТ (табл. 4).

Определено, что у пациентов с АГ при значительном снижении ФКЗ и ПКЗ (25-50%) и высоком уровне личностной или реактивной тревожности статистически значимо больше суммарное число неблагоприятных событий в течение периода наблюдения, чем у пациентов при незначительном снижении КЖ (до 75%) и среднем уровне тревожности

Таблица 3 – Число неблагоприятных событий у пациентов с артериальной гипертензией при различном уровне тревожности

Показатели	Уровень реактивной тревожности			Уровень личностной тревожности		
	низкий n=12	средний n=56	высокий n=41	низкий n=8	средний n=47	высокий n=54
Обращения в поликлинику	14	95	122*^	1	56#	164#¥
Госпитализации	4	21	28	1	21	32
Вызовы СМП	8	60	52	1	24	91#¥
Пароксизмы аритмии	0	3	3	1	2	3
Нестабильные стенокардии	0	1	0	0	1	0
Инсульты	0	1	1	0	1	1
Инфаркты миокарда	0	1	2	0	1	2
Суммарное число	26	182	209*	4	106#	293#¥

Примечание: статистически значимые различия (p<0,05) показателя в сравнении * - с низким уровнем реактивной тревожности; ^ - со средним уровнем реактивной тревожности; # - с низким уровнем личностной тревожности; ¥ - со средним уровнем личностной тревожности.

Таблица 4 – Число неблагоприятных событий у пациентов с АГ при различном уровне качества жизни и тревожности

Показатели	ФКЗ 51-75%		ФКЗ 26-50%		ПКЗ 51-75%		ПКЗ 26-50%	
	Средний уровень тревожности		Высокий уровень тревожности		Средний уровень тревожности		Высокий уровень тревожности	
	РТ n=16	ЛТ n=15	РТ n=16	ЛТ n=20	РТ n=27	ЛТ n=30	РТ n=12	ЛТ n=17
Обращения в поликлинику	20	26	48*	72	38	32	31	45¥
Госпитализации	8	10	17	21	10	10	11	11
Вызовы СМП	13	16	23	57^	11	16	14#	46¥
Пароксизмы аритмии	0	1	2	2	1	1	2	1
Инсульты	0	0	2	2	1	1	0	0
Инфаркты миокарда	0	0	1	1	1	1	1	1
Суммарное число событий	42	54	93*	155^	62	61	59#	104¥

Примечание: статистически значимые различия (p<0,05) показателя в сравнении * - со средним уровнем РТ и ФКЗ 51-75%; ^ - со средним уровнем ЛТ и ФКЗ 51-75%; # - со средним уровнем РТ и ПКЗ 51-75%; ¥ - со средним уровнем ЛТ и ПКЗ 51-75%.

(p<0,05). При высоком уровне личностной тревожности и уровне ФКЗ и ПКЗ 25-50% достоверно больше вызовов СМП, а при высоком уровне реактивной тревожности – обращений в поликлинику (p<0,05).

Относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий (обращения в поликлинику + госпитализации + вызовы СМП + пароксизмы аритмии + инсульты + ИМ) у пациентов с ФКЗ 26-50% и высоким уровнем реактивной или личностной тревожности был соответственно в 2,4 (ДИ 1,1 – 5,7) раза и в 2,2 (ДИ 1,0 – 4,5) выше в сравнении с пациентами с ФКЗ 51-75% и средним уровнем реактивной и личностной тревожности.

Определено, что относительный риск суммарного числа неблагоприятных событий у пациентов с ПКЗ 26-50% и высоким уровнем реактивной или личностной тревожности был соответственно в 2,1 (ДИ 1,0 – 4,6) раза и в 3,0 (ДИ 1,5 – 5,9) выше в сравнении с пациентами с ПКЗ 51-75% и средним уровнем реактивной и личностной тревожности.

Выделены факторы, статистически значимо коррелирующие с суммарным числом неблагоприятных событий (обращения в поликлинику + госпитализации + вызовы СМП + пароксизмы аритмии + инсульты + ИМ) в течение периода наблюдения: длительность артериальной гипертензии (r=0,37; p<0,05), уровень мочевины и креатинина (соответственно r=0,32 и r=0,43; p<0,05), уровень реактивной и личностной тревожности (соответственно r=0,47 и r=0,45; p<0,05), физический и психический компонент здоровья (соответственно r=-0,52; r=-0,62; p<0,05).

Таким образом, риск развития неблагоприятных событий был достоверно повышен у пациентов с артериальной гипертензией II степени при физическом и психическом компонентах здоровья ниже 25%, уровнях реактивной и личностной тревожности выше 46 баллов, либо сочетании физического или психического компонента здоровья 25-50% и уровня реактивной или личностной тревожности выше 46 баллов.

Заключение

1. Качество жизни пациентов с артериальной гипертензией значительно ниже, чем практически здоровых лиц.

2. У 43,0% пациентов с артериальной гипертензией зарегистрирован высокий уровень реактивной тревожности, у 54,4% – высокий уровень личностной тревожности. Высокий уровень как реактивной, так и личностной тревожности статистически чаще встречается у пациентов с артериальной гипертензией, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

3. Суммарное число неблагоприятных событий у пациентов с артериальной гипертензией II степени было больше у пациентов с высоким уровнем реактивной и личностной тревожности (более 45 баллов) или выраженным (ниже 25%) снижением физического или психического качества жизни. Одновременное снижение физического или психического качества жизни до 26-50% и повышение уровня реактивной или личностной тревожности до 46 баллов и более также ассоциировано с повышением риска суммарного числа неблагоприятных событий.

Литература

1. Агеев, Ф. Т. Распространенность артериальной гипертонии в Европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2003 / Ф. Т. Агеев [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 11. – С. 50-53.
2. Оганов, Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний - реальный путь улучшения демографической ситуации в России / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиология. – 2007. – № 1. – С. 4-7.
3. Beevers, D. G. ABC of hypertension / D. G. Beevers, G. Y. H. Lip, E. O'Brien. – BMG Books, 2007. – 88 p.
4. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
5. What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment // World Health Forum. – 1996. – Vol. 17, N 4. – P. 354–356.
6. Profile and predictor of health related quality of life among hypertensive patients in south western Nigeria / M. O. Ogunlana [et al.] // BMC Cardiovascular Disorders. – 2009. – N 9. – P. 25.
7. Garko, B. Sexual dysfunction in hypertensive patients: implication for therapy / B. Garko, M. O. Ogunsina, S. S. Danbauchi // Annals of African Medicine. – 2005. – Vol. 4, N 2. – P. 46-51.
8. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни / А. В. Бурсиков [и др.] // Клиническая медицина. – 2004. – № 7. – С. 20-22.
9. Gusmao, J. L. Health-Related Quality of Life and Blood Pressure Control in Hypertensive Patients with and without Complications / J. L. Gusmao, D. Jr. Mion, A. M. Pierin // Clinics. – 2009. – Vol. 64, N 7. – P. 619–628.
10. Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life / T. Poljicanin [et al.] // BMC Public Health. – 2010 Jan. – Vol. 10. – P. 12.
11. Глезер, М. Г. Качество жизни у мужчин и женщин с артериальной гипертонией. Результаты программы БОЛЕРО / М. Г. Глезер, Р. Т. Сайгитов // Проблемы женского здоровья. – 2008. – № 1. – С. 15-21.
12. Юрлова, С. В. Оценка качества жизни больных гипертонической болезнью / С. В. Юрлова, Л. Е. Кривенко // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – Р. 48-51.
13. Артериальная гипертония и качество жизни (тревога, депрессия, когниция) / С. И. Дроздецкий [и др.] // Медицинский альманах. – 2011. – № 3. – С. 48-50.
14. Петрова, Н. Н. Личностные и клинические факторы качества жизни у пожилых больных с коморбидными депрессивными и сердечно-сосудистыми расстройствами / Н. Н. Петрова, Е. В. Красавина, Л. С. Круглов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11, Медицина. – 2006. – Вып. 3. – С. 16-22.
15. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48-54.
16. Бурячковская, Л. И. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний / Л. И. Бурячковская, Е. О. Полякова, А. Б. Сумароков // Терапевтический архив. – 2006. – № 11. – С. 87-92.
17. Cardiovascular disorders and depression: a review of epidemiological and possible etiological data / L. Peter [et al.] // Neuropsychopharmacol Hung. – 2008 May. – Vol. 10, N 2. – P. 81-90.
18. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии : национал. клин. рек. / Белорусское научное общество кардиологов. – Минск, 2010. – 52 с.
19. Ware, J. E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne //

Medical Care. – 1992. – Vol. 30, N 6. – P. 473-483.
20. Reips, U.-D. Interval level measurement with visual analogue scales in Internet-based research: VAS Generator / U.-D. Reips, F. Funke // Behavior Research Methods. – 2008 Aug. – Vol. 40, N 3. – P. 699-704.
21. Ханин, Ю. Л. Краткое руководство к применению теста реактивной и личностной тревоги Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин. – Л. : Медицина, 1976. – 18 с.

Поступила 22.09.2014 г.
Принята в печать 07.10.2014 г.

Сведения об авторах:
Козловский В.И. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;
Симанович А.В. - аспирант кафедры факультетской терапии УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра факультетской терапии. Тел. моб.: +375 (29) 749-25-51 – Симанович Анна Валерьевна.