

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.С. Галявич, С.В. Давыдов

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. А.С. Галявич), кафедра биомедицинской этики и медицинского права с курсом истории медицины (зав. — проф. В.Ю. Альбицкий) Казанского государственного медицинского университета

Создание условий для максимально возможного увеличения продолжительности жизни людей является наиболее важной задачей, а сохранение состояния активного долголетия — непреходящей ценностью любого современного общества [5]. Одним из условий является готовность следовать рекомендациям медицинских работников и соблюдать врачебные назначения, то есть приверженность к лечению [2, 4, 6-10].

Целью нашего исследования была оценка взаимосвязи суммарного показателя качества жизни (СПКЖ) и интегрального показателя приверженности к лечению (ИППКЛ) с определенными уровнями артериального давления систолического (АДС) и диастолического (АДД) в целом на примере всех обследованных больных гипертонической болезнью (ГБ), а также в группах лиц с различной выраженностью артериальной гипертонии (АГ) с поражением и без поражения сосудов головного мозга.

Для выполнения поставленных задач мы обследовали 284 человека (мужчин и женщин) в возрасте 28—78 лет с ГБ. Больные были подразделены на 4 группы, каждая из которых состояла из 71 человека: с АГ 1-й степени, так называемой мягкой гипертонией (АДС — от 140 до 159 мм Hg, АДД — от 90 до 99 мм Hg), с АГ 2-й степени — умеренной гипертонией (160 - 179/100 - 109 мм Hg), с АГ 3-й степени — выраженной гипертонией (>180/>110 мм Hg), а также с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения на фоне выраженной АГ. Здоровые субъекты (71 чел.) составили 5-ю группу.

У каждого больного АД измеряли трижды по методу Рива-Роччи в соответствии с рекомендациями экспертов АНА (1993). Градации АД и выраженность АГ определяли согласно классификации ВОЗ/МОГ по уровню АД (1999). Последствия острого нарушения кровообращения по церебральным со- 198 судам в виде геморрагического инсульта оценивали клинически. СПКЖ рассчитывали по методу А. Г. Гладкова и соавт. [3], адаптированному Т.А. Айвазян и В.П. Зайцевым [1] для исследования аспектов общего благополучия у больных ГБ. Приверженность к лечению (готовность соблюдать назначения) определяли по методу С.В. Давыдова (2000), суть которого состоит в вычислении ее интегрального (суммарного) показателя с учетом выраженности силы влияния факторов, характеризующих готовность индивидуума следовать рекомендациям медицинских работников. Здесь было бы уместным пояснить следующее.

В ряде литературных источников [2, 6, 9] приводится описание некоторых факторов, влияющих на приверженность (комплаенс) индивидуума к лечению (стоимость лекарственного препарата, неясные инструкции, недостаточные знания о плане лечения, неудобный режим терапии, побочные эффекты лечения и т.п., а также уровень качества жизни пациента). В то же время, несмотря на активное развитие подходов к изучению этой важнейшей составляющей медицинского аспекта качества жизни как совокупной интегральной характеристики, ее оценка по сей день проводится субъективно. Таким образом, мы предстали перед необходимостью разработать метод объективной (количественной) оценки приверженности к лечению.

В процессе решения поставленной задачи отправной точкой наших изысканий явилось представление о том, что уровень приверженности к лечению у индивидуума формируется в силу определенной выраженности влияния следующих 9 факторов комплаенса, выделяемых нами как наиболее значимых: 1) финансовая готовность оплачивать лечение; 2) медико-социальная адаптированность индивидуума; 3) медико-социальная информированность; 4) отсутствие приверженности к лечению нетрадиционными способами; 5) медико-социальная коммуникабельность; 6) удовлетворенность режимом назначенной терапии; 7) отсутствие склонности к медико-социальной изоляции; 8) доверие к терапевтической стратегии лечащего врача; 9) результативность проводимой или ранее проведенной терапии. Собственно методика представляет собой анкетный опросник, включающий в себя 9 оценочных шкал (9 вопросов), каждая из которых предназначена для оценки силы влияния соответствующего ей фактора комплаенса. В свою очередь, каждый из 9 вопросов содержит формулировку, раскрывающую особенности влияния рассматриваемого фактора, а также по 5 альтернатив (вариантов ответа) с присвоенным каждой из них определенным числовым значением баллов в диапазоне от -2 до +2, характеризующим выраженность силы влияния данного фактора на приверженность к лечению: -2 (низкая степень влияния), -1 (степень влияния фактора ниже средней), 0 (средняя степень), +1 (степень влияния фактора выше средней), +2 (высокая степень влияния фактора комплаенса). В анкетном опроснике в каждом из 9 вопросов против каждой из 5 альтернатив обозначена одна из заглавных букв алфавита (А, Б, В, Г, Д). В ходе тестирования опрашиваемый имеет право в каждом вопросе выбрать только один вариант ответа. Для этого он должен обвести кружком ту букву, которая соответствует выбранной им альтернативе. Далее, в целях вычисления ИППКЛ необходимо суммировать числовые значения тех 9 альтернатив, которые были выбраны анкетиремым в качестве вариантов ответа в ходе тестирования по шкалам разработанного нами метода. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ “STATISTICA” (V. 5.0).

Средний уровень АДС у всех обследованных нами больных ГБ (284 чел.) составил $180,6 \pm 1,7$ мм Hg, в то время как средний уровень АДД оказался равным $101,3 \pm 1,0$ мм Hg. Согласно классификации ВОЗ/МОГ (1999), указанное сочетание цифр свидетельствует о том, что среднее значение данного гемодинамического

параметра в нашей когорте соответствует АГ 3-й степени (выраженной гипертонии). Весомость последнего обстоятельства подтверждалась результатом вычисления СПКЖ в группе больных АГ 3, который, составляя $-9,2 \pm 0,4$ балла, достоверно отличался от такового у здоровых субъектов ($P < 0,001$), а также от показателей в группах с АГ 1 и АГ 2: соответственно $-0,8 \pm 0,1$ ($P < 0,001$) и $-3,9 \pm 0,2$ ($P < 0,01$). Не менее важной находкой являлось и обнаружение статистически достоверного различия суммарного показателя общего благополучия всех протестированных нами больных в целом ($-7,2 \pm 0,4$) от такового у здоровых лиц, а также от показателей в группах с АГ 1 и АГ 2 (соответственно $P < 0,001$, $P < 0,01$ и $P < 0,05$). Следовательно, качество жизни больных ГБ по сравнению с таковым у здоровых субъектов находится на значительно более низком уровне. Здесь нелишним будет добавить, что СПКЖ у больных с АГ 1, составляя $-0,8 \pm 0,1$, практически не отличался от такового у здоровых субъектов, то есть повышение АД до 140-159/90-99 мм Hg не приводит к изменению либо к существенному снижению уровня общего благополучия. Важно отметить, что дальнейшее повышение АД до 160-179/100-109 мм Hg у больных с АГ 2 по сравнению с таковым у представителей предыдущей группы достоверно ухудшало качество жизни лиц с АГ 2 ($-3,9 \pm 0,2$; $P < 0,05$), причем указанная тенденция имела продолжение. Так, значительное ухудшение состояния здоровья у больных с АГ 3 и мозговыми инсультами на фоне АГ 3 подтверждалась высокой степенью достоверности различий в показателях общего благополучия последних 2 групп и групп с АГ 1 и АГ 2. Примечательно, что уровень качества жизни у больных с АГ 3, оказываясь много ниже такового у здоровых субъектов, а также у больных с АГ 1 и АГ 2, был значительно более благоприятным, чем у лиц с последствиями мозговых инсультов на фоне АГ 3 ($-14,8 \pm 0,5$; $P < 0,01$). Весомость полученных нами данных подтверждается ежегодно возрастающим числом случаев смерти и первичного выхода на инвалидность по причине влияния угрожающих жизни осложнений, развивающихся на фоне АГ, в том числе сосудистых поражений головного мозга. Таким образом, в отличие от групп больных ГБ без нарушения церебрального кровообращения, для лиц с поражением сосудов головного мозга на фоне АГ 3 характерен более низкий уровень общего благополучия.

На примере всех больных в целом (без разделения на группы) можно указать на сильную отрицательную корреляцию между СП ВСЖ у больных ГБ и АД С ($r = -0,84$), а также АДД ($r = -0,77$). Эта корреляция самым наглядным образом свидетельствует о пагубном влиянии превышения АД установленных для него оптимальных и нормальных значений, а в последствии и дальнейшего роста этого показателя гемодинамики на состояние здоровья и общего благополучия больных ГБ как с поражением, так и без поражения сосудов головного мозга. Рассмотренная закономерность прослеживалась и в каждой из групп последовательного усиления выраженности АГ, являясь основанием для формирования более внимательного и, возможно, настороженного отношения специалистов даже к самому незначительному, на первый взгляд, подъему АД свыше 140/90 мм Hg. Необходимо знать, что начало проведения лечебно-профилактических мероприятий при наиболее близких к нормальным значениях АД позволяет добиться более качественных результатов гипотензивной терапии и тем самым избежать стойкого повышения АД, а также предотвратить развитие угрожающих жизни осложнений и, как следствие, летального исхода.

В этой связи исключительно актуальным представляется изучение у больных (а в случае со здоровыми субъектами имеет значение определение потенциальной или гипотетической) готовности регулярно лечиться и в полном объеме соблюдать рекомендации медицинских работников (для определения готовности подобного рода проф. В.И. Метелица [8] ввел в отечественную литературу термин "приверженность к лечению", однако какие-либо методы количественной оценки указанной характеристики не были разработаны).

У всех 284 больных в целом, согласно нашему методу, ИППкЛ оказался равным $4,2 \pm 0,4$, достоверно отличаясь от такового у здоровых субъектов ($P < 0,01$). В ходе проведения группового анализа, как и следовало ожидать, ИППкЛ был наиболее отрицательным в группе больных с мозговыми инсультами на фоне АГ 3 ($-11,2 \pm 0,4$ балла), что может быть обусловлено сильным неблагоприятным влиянием последствий острого нарушения мозгового кровообращения, а также выраженных проявлений ГБ. Далее ИППкЛ в 4-й группе обнаружил достоверные различия с таковым в группе с АГ 3 ($-7,6 \pm 0,5$; $P < 0,05$), в группе с АГ 2 ($-0,2 \pm 0,4$; $P < 0,001$), в группе с АГ 1 ($+2,3 \pm 0,4$; $P < 0,001$), а также значимо отличался от ИППкЛ у здоровых субъектов. Статистические различия ИППкЛ были обнаружены также между группами АГ 1, АГ 2 и АГ 3. Важно подчеркнуть, что степень приверженности к лечению у больных с АГ 1 достоверно не отличалась от таковой у здоровых субъектов ($+2,5 \pm 0,4$; $P > 0,05$). Вероятно, это объясняется влиянием преимущественно индивидуальных психологических особенностей у лиц данной группы, нежели симптомов заболевания, на процесс принятия ими решения относительно согласия или отказа следовать предлагаемым терапевтическим стратегиям. В то же время сильное различие между ИППкЛ больных с АГ 2 и АГ 3 ($P < 0,001$) свидетельствует в пользу все еще весьма существенного влияния психологического фактора в группе с АГ 2.

Что касается взаимозависимости основных изучаемых параметров, то на примере всех больных в целом невозможно обойти вниманием сильные отрицательные корреляции между ИППкЛ и АД С ($r = -0,88$), а также АДД ($r = -0,85$). Указанные тенденции прослеживались и в каждой из групп, усиливаясь при последовательном переходе из АГ 1 в АГ 2 и далее в АГ 3. Последнее можно объяснить, с одной стороны, отсутствием у больных удовлетворенности характером, а главное — результатами проводимой или ранее проведенной терапии, что особенно четко проявляется при подъемах АД до высоких значений. С другой стороны, это связано с выраженностью неблагоприятного влияния самой симптоматики заболевания, что существенно ухудшает состояние общего благополучия пациентов, в том числе их повседневную активность и, как следствие, настойчивость в отношении регулярного лечения. Отсюда вытекает актуальность сопоставления аспектов качества жизни и приверженности к лечению.

Отнюдь не случайно у всех больных (без разделения на группы) была выявлена сильная положительная

корреляция между СПКЖ и ИППкЛ ($r = +0,73$), причем степень выраженности указанной связи возрастала с повышением АД.

Здесь будет уместно пояснить некоторые особенности взаимного влияния обсуждаемых характеристик. Так, повышение качества жизни, а значит, и уровня общего благополучия индивидуума означает повышение степени удовлетворенности жизнью, повседневной активности, уровня финансового благосостояния, медико-социальной адаптированности, информированности, коммуникабельности, склонности к тому, чтобы в случае необходимости тщательно соблюдать назначения лечащего врача, что приводит к усилению приверженности к лечению. Очевидно, ухудшение качества жизни является отражением негативного влияния перечисленных факторов и соответственно последующего снижения приверженности к лечению. В свою очередь, повышение готовности соблюдать назначения способствует достижению более высоких результатов Стечения, что приводит к оптимизации главным образом медицинского аспекта общего благополучия с последующим повышением качества жизни. Снижение степени приверженности к лечению, как правило, означает прекращение соблюдения врачебных назначений, что ведет к прогрессированию заболевания и нередко к развитию угрожающих жизни осложнений, а это снижает уровень общего благополучия и, следовательно, качество жизни.

В то же время нельзя не отметить, что выявленные при повышении АД (АГ 1 - * АГ 2 — АГ 3) тенденции к усилению отрицательных корреляций между парами показателей: АДД - СПКЖ ($r = -0,19$; $r_2 = -0,39$; $r_3 = -0,43$; $r_4 = -0,13$), АДС - ИППкЛ ($r = -0,22$; $r_2 = -0,52$; $r_3 = -0,71$; $r_4 = -0,56$), АДД - ИППкЛ ($r = -0,62$; $r_2 = -0,62$; $r_3 = -0,83$; $r_4 = -0,40$) становились, к удивлению, несколько более “благоприятными” в группе больных с мозговыми инсультами, но отрицательный характер связи в этих 3 парах по-прежнему сохранялся. Интересно, что в паре показателей АДС — СПКЖ (у всех больных $r = -0,84$) с повышением АД сила отрицательной связи также нарастала, однако при переходе АГ 1 в АГ 2 претерпевала некоторое ослабление ($r = -0,73$; $r_2 = -0,60$) с последующим возвратом на прежний уровень в группе с АГ 3 ($r_3 = -0,74$), в то время как в группе больных с мозговыми инсультами на фоне АГ 3 происходила инверсия корреляционной зависимости ($r_4 = +0,19$). Последнее отчасти подтверждает справедливость высказывания об АГ как о “таинственном молчаливом убийце”. Дело в том, что в ряде случаев стойкое повышение АД до высоких значений не сопровождается клиническими проявлениями заболевания, и при всей очевидности серьезного ухудшения состояния здоровья пациенты заявляют о своем хорошем самочувствии. Подобное положение формирует ошибочное мнение больных о необязательности лечения, что чревато развитием угрожающих их жизни осложнений. В этой связи любопытно отметить, что корреляция в паре СПКЖ - ИППкЛ, будучи положительной в целом у всех больных ($r = +0,73$), а также в группах лиц с АГ 1, АГ 2, АГ 3 ($r = +0,03$; $r_2 = +0,31$; $r_3 = +0,76$), становилась отрицательной у больных с поражением сосудов головного мозга ($r_4 = -0,31$). Полученные в 4-й группе результаты выявляют следующую закономерность: ухудшение самочувствия больных с АГ 3 после перенесенного инсульта усиливает стремление последних сделать все возможное, чтобы избежать повторного развития того или иного угрожающего жизни осложнения, а также максимально продлить жизнь. Последнее же обстоятельство находит свое отражение в повышении готовности больных соблюдать назначения лечащего врача. Если же в состоянии здоровья больных с выраженной гипертензией после развития острого нарушения мозгового кровообращения прослеживается тенденция к улучшению, то больные демонстрируют снижение готовности следовать рекомендациям медицинских работников, мотивируя это желанием “немного отдохнуть от лечения” или вовсе отказаться от дальнейших терапевтических мероприятий. В то же время нельзя исключить, что подобный подход к необходимости лечиться может быть обусловлен не вполне адекватной оценкой больных, перенесших мозговой инсульт, состояния своего здоровья и общего благополучия.

ВЫВОДЫ

1. Качество жизни и приверженность к лечению больных ГБ по сравнению со здоровыми субъектами находятся на значительно более низком уровне.

2. У больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения на фоне выраженной АГ уровень качества жизни и степень приверженности к лечению достоверно ниже, чем у пациентов с выраженной гипертензией без сосудистых поражений головного мозга. Аналогично статистически достоверные различия по показателям качества жизни и приверженности к лечению существуют между группами с выраженной и умеренной, а также с умеренной и мягкой АГ.

3. С повышением АДС и АДД качество жизни больных ГБ ухудшается, а приверженность к лечению снижается. Указанные тенденции прослеживаются на примере всех больных в целом, а также в группах лиц с мягкой, умеренной и выраженной АГ.

4. У больных с последствиями мозговых инсультов на фоне выраженной АГ с повышением АДС качество жизни и приверженность к лечению снижаются, с повышением АДД эти показатели еще более ухудшаются, причем, сохраняя отрицательный характер, указанные тенденции в этой группе развиваются, однако, несколько более “благоприятно,” чем в группах больных ГБ без поражений сосудов головного мозга.

5. У больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения на фоне выраженной АГ обнаружена слабо положительная корреляция между качеством жизни и величинами АДС.

6. У больных ГБ существует сильная положительная корреляция между качеством жизни и степенью

приверженности к лечению, проявляющаяся содружественным ухудшением обоих показателей по мере возрастания как АДС, так и АДД.

7. У больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения на фоне выраженной АГ между показателями качества жизни и приверженности к лечению существует отрицательная корреляция средней силы.

8. Полученные результаты вычисления ИППкЛ при различных уровнях АД, количественная оценка причин изменения последней, а также сопоставимость данного параметра с прочими изучаемыми характеристиками свидетельствуют об определенной дискриминативной способности и валидности разработанной нами методики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян Т.А., Зайцев В.П. // Кардиология. — 1989.-№9.-С. 43-46.
2. Галявич А.С. Диагностика и лечение артериальных гипертоний. — Казань, 2000.
3. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфиадель М.Г. // Кардиология. — 1982. - № 2. - С. 100-103.
4. Давыдов С. В. // Казанский мед. ж. - 2001. - №1.-С. 35 - 37.
5. Леви Л., Андерсон А. Народонаселение, окружающая среда и качество жизни: Пер. с англ. — М., 1979.
6. Bittar N. // Clin. Cardiol. — 1995; 18 (Suppl. III): III-12-III-16.
7. Haynes R.B., McKibbin K.A., Kanni R. // Lancet —1996. - Vol. 348. - P. 383 - 387.
8. Metelitsa V.I. et al. // III Intern, conference on preventive cardiology. — Norway Oslo. — 27 June —1 July, 1993.
9. Rudd P., Marshall G. Medication-taking in hypertension. Hypertension, Pathophysiology, Diagnosis and Management, ed. Laragh J.H., Brenner B.M.: - Raven Press, New York, 1990.
10. Schoenberger J.A. Quality of Life Issues with Cardiovascular Drug Therapy in Cardiovascular Pharmaco-therapeutics: — McGraw Hill, New York, 1997.

Поступила 04.04.01.

QUALITY OF LIFE AND COMPLIANCE WITH TREATMENT IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

A.S. Galiavitch, S. И Davydov

Summary

The relation of the total index of the quality of life and the integral index of compliance with treatment in definite levels of systolic and diastolic blood pressure as a whole by the example of all examined patients - with hypertension, as well as in groups of persons with various manifestation of arterial hypertension with lesion and without lesion of brain vessels, is estimated. The obtained results of calculating the integral index of compliance with treatment in various levels of blood pressure, the estimation of its variation causes, as well as the correlation of this parameter with other characteristics show the definite discriminative ability and validity of the method developed.