

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 616.12-008.331.1:616-053-056.22

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Оленская Т. Л.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск, Белоруссия, e-mail: t_olen@tut.by

Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) определяется ее высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения. Распространенность артериальной гипертензии у лиц старше 65 лет превышает 50%. У пациентов с АГ старше 60 лет выявлено повышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2-3 раза. Несмотря на достаточное количество доступных и эффективных антигипертензивных средств, частота неудовлетворительного контроля уровня артериального давления остается достаточно высокой. Убедительно доказано, что краеугольным камнем эффективности лечебных мероприятий является самостоятельный контроль уровня артериального давления и ежедневный прием медикаментов. Неадекватный контроль может являться причиной развития ортостатических реакций у данной категории пациентов, что способствует изменению качества жизни пациента. Повышенное артериальное давление меняет качество жизни (КЖ) пациента, являясь интегральной характеристикой различных сфер его функционирования. Определение уровня является информативным методом оценки здоровья человека, как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Цель работы определение уровня самооценки здоровья у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в условиях кардиологического отделения. Уровень самооценки здоровья, указанный мужчинами, находящимися на лечении в кардиологическом отделении был достоверно выше, по сравнению с данными у женщин. Полученные результаты в данной группе могут быть связаны с социально-психологическим фактором и более требовательным отношением женщин к уровню своего здоровья.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, самооценка здоровья.

SELF-REPORTED HEALTH IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HER-OLDER AGE GROUPS WERE TREATED AT THE CARDIOLOGY DEPARTMENT OF CONDITIONS

Olenskaya T. L.

Vitebsk State Medical University of People's Friendship, Vitebsk, Belarus, e-mail: t_olen@tut.by

The relevance of arterial hypertension (AH) is defined by its high population rate, the impact on the health, performance and longevity of the population. The prevalence of hypertension in persons older than 65 years exceeds 50%. In patients with hypertension over 60 years showed increased mortality from cardiovascular diseases at 2-3. Despite a sufficient number of affordable and effective anti-hypertensive drugs, the incidence of poor control of blood pressure remains high. Conclusively proven that the cornerstone of the effectiveness of therapeutic interventions is self-monitoring of blood pressure and a daily dose of medication. Inadequate controls can cause the development of orthostatic reactions in these patients, which helps to change the quality of life of the patient. High blood pressure changes the quality of life (QoL) of the patient, as an integral characteristic of the various areas of its operation. Determining the level is a valuable method for assessing the health of a person, both on an individual and group level. The aim of determining the level of self-rated health in elderly patients with hypertension were hospitalized in the cardiology department. The level of self-rated health, said men who are treated in the cardiology department was significantly higher compared with those in women. The results obtained in this group may be related to socio-psychological factors and a more demanding attitude to the level of women's health.

Key words: hypertension, quality of life, self-reported health.

Введение. Актуальность проблемы артериальной гипертензии (АГ) определяется ее высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения.

Повышение артериального давления (АД) является одной из наиболее значимых причин развития поражений жизненно важных органов и затрат в связи с временной нетрудоспособностью, инвалидностью, развития летальных исходов [3].

Распространенность артериальной гипертензии у лиц старше 65 лет превышает 50% [5]. Наличие повышенных цифр артериального давления связано с повышенным риском развития инфарктов миокарда, инсультов, сердечной и почечной недостаточности. У пациентов с АГ старше 60 лет выявлено повышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2-3 раза.

Несмотря на достаточное количество доступных и эффективных антигипертензивных средств, частота неудовлетворительного контроля уровня артериального давления остается достаточно высокой [2]. Убедительно доказано, что краеугольным камнем эффективности лечебных мероприятий является

самостоятельный контроль уровня артериального давления и ежедневный прием медикаментов. Неадекватный контроль может являться причиной развития ортостатических реакций у данной категории пациентов, что способствует изменению качества жизни пациента.

Повышенное артериальное давление меняет качество жизни (КЖ) пациента, являясь интегральной характеристикой различных сфер его функционирования. Определение уровня является информативным методом оценки здоровья человека, как на индивидуальном, так и на групповом уровне.

Общие опросники измеряют широкий спектр функций восприятия здоровья и используются для оценки КЖ в популяции, тогда как специфические инструменты ориентированы в большей степени на проблемы, связанные с определенными заболеваниями [4]. Русские версии EuroQol – 5D (EQ-5D) и Health Assessment Questionnaire (HAQ), зарегистрированы Международным обществом по исследованию КЖ (ISOQOL). EuroQol – 5D состоит из двух частей. Его вторая часть представляет собой визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) и представляет собой индивидуальную количественную оценку качества жизни, связанного со здоровьем [1, 6, 7].

Анализ причин неудовлетворительного контроля уровня АД является обязательным подходом, позволяющим разрабатывать новые реабилитационные программы.

Цель работы. Определение уровня самооценки здоровья у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в условиях кардиологического отделения.

Материал и методы. Был обследован 41 пациент (старшая возрастная группа) с артериальной гипертензией II-III степени, которая находилась на лечении в кардиологическом отделении. При включении пациентов в исследование применен метод случайного отбора.

Обследуемые ответили на вопросы анкеты, уточняющие особенности лечения пациентов, наличия факторов риска и отношения к ним.

Во время анкетирования респондентам предлагали оценить состояние своего здоровья по визуальной аналоговой шкале, которая является составной частью опросника EuroQol – 5D.

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет так называемый «термометр здоровья», где 0 баллов означает самое плохое, а 100 — самое хорошее состояние

здоровья. Обследуемый делал отметку на «термометре» в том месте, которое отражает его самооценку здоровья на момент заполнения.

Данные были обработаны с помощью таблиц Excel 7 и пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. Обследуемая группа состояла из 18 мужчин (43,9%) и 23 женщин (56,1%) в возрасте от 52 до 88 лет. Средний возраст обследуемых составил $66,0 \pm 11,9$ лет.

По семейному положению мужчины – 18 состояли в браке; женщины 9 человек состояли в браке, 8 – вдовы, 6 - одинокие.

Высшее образование было у 9 человек, среднее – у 23, незаконченное среднее – у 6 опрошенных.

На момент обследования средний уровень систолического артериального давления составил $133,3 \pm 16,6$ мм.рт.ст.; диастолического АД - $84,6 \pm 7,8$ мм.рт.ст. Длительность заболевания артериальной гипертензией составила $15,0 \pm 11,4$ года (минимум - 2 года, максимум – 40 лет).

Только 63% пациента старших возрастных групп с артериальной гипертензией, проходящих лечение в условиях кардиологического отделения, имели дома тонометр для контроля уровня артериального давления.

У 84,6% респондентов был 1 тонометр, у 15,4% - 2 тонометра. В 60% случаях – anerоидный тонометр, 23% - электронный с манжетой на плечо, 17% - электронный на запястье.

Кроме того 43,9% пациентов обследуемой группы ответили, что умеют измерять артериальное давление самостоятельно, из них только половина проводит контроль ежедневно.

Средняя сумма, которую респонденты смогли бы потратить на покупку тонометра составила $83888,9 \pm 59465,21$ белорусских рублей (~ от 10 до 50 у.е.), 78,1% пациентов старших возрастных групп затруднились ответить на данный вопрос.

Антигипертензивные средства в домашних условиях принимали 63,4% опрошенных пациентов, из них только треть – ежедневно. На вопрос «Почему не принимаете ежедневно антигипертензивные препараты?» были получены ответы – «надоедает принимать ежедневно», «не люблю лекарства», «трудности с дозировкой». В 89% случаев пациенты отметили, что осуществляют лечение только при ухудшении состояния.

Пациенты старших возрастных групп с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе принимали следующие лекарственные средства: эналаприл – 30%, метопролол – 22%, амлодипин - 4%, берлиприл - 4%, лизиноприл - 4%, клофеллин - 4%, гипотиазид - 4%, экватор - 4%, нифедипин - 4%.

После завершения курса лечения в условиях кардиологического отделения, в домашних условиях антигипертензивную мототерапию осуществляли – 45,5% обследуемых пациентов, прием двух препаратов – 18,2%, трех – 36,3%.

Средняя сумма, которую респонденты смогли бы потратить на покупку антигипертензивных препаратов, составила 12591,1±14708,3 белорусских рублей (мин – 100 рублей, макс – 50000 рублей, ~ менее чем 1 у.е. до 15 у.е.).

Были изучены результаты визуальной аналоговой шкалы самооценки здоровья у обследуемых пациентов старших возрастных групп с разным подходом к самоконтролю за уровнем АД (таблица 1).

Таблица 1

Результаты ВАШ самооценки здоровья у пациентов старших возрастных групп с разным подходом к самоконтролю уровня артериального давления

№ пп	Подгруппа больных	Результаты ВАШ	р
1	Измеряют АД ежедневно (n=12)	51,7±17,8	0,16
	Не измеряют АД (n=29)	61,6±17,1	
2	Принимают антигипертензивные средства ежедневно (n=13)	53,4±15,7	0,27
	Не принимают антигипертензивные средства ежедневно (n=28)	61,3±21,4	

При оценке результатов, отмеченных респондентами на «градуснике здоровья», средний уровень самооценки здоровья составил 58,6±17,9 баллов, минимум 19, максимум -99.

При изучении показателей было отмечено, что данный показатель, отмеченный мужчинами был достоверно выше, по сравнению с данными у женщин - 49,6 ± 16,1 и 67,7 ± 15,3, соответственно; p = 0,003).

Распределение ответов у всех респондентов представлено в таблице 2.

Таблица 2

Значения визуальной аналоговой шкалы «термометра здоровья» у всех обследуемых

№ п/п	Значение ВАШ, балл	% ответов
1	10-19	0
2	20-29	3.33
3	30-39	0
4	40-49	13,3
5	50-59	43.4
6	60-69	10
7	70-79	10
8	80-89	10
9	90-99	10
10	100	10

Изучение взаимосвязи возраста и результатов самооценки здоровья по визуальной аналоговой шкале выявила наличие отрицательной корреляции ($r = -0,53$; $p = 0,003$). Достоверной взаимосвязи между ВАШ и длительностью течения артериальной гипертензии не выявлено.

Также была отмечена взаимосвязь результатов ВАШ и количество проведенных койко-дней в отделении. У пациента с ВАШ 60 баллов койко-день составил 9 дней, а у пациента с ВАШ 40 баллов – 19 дней.

Полученные результаты выявили значительно ниже результаты шкалы самооценки здоровья у обследуемых пациентов с артериальной гипертензией, которые осуществляли прием препаратов ежедневно, по сравнению с респондентами, принимавших препараты нерегулярно.

Таким образом, после стабилизации состояния и выписки из стационара только треть пациентов старших возрастных групп продолжала прием препаратов и самоконтроль артериального давления.

Полученные данные показали, что применение визуальной аналоговой шкалы для самооценки является рациональным у пациентов старших возрастных групп с

артериальной гипертензией. Полученные данные позволят врачу скорректировать тактику терапевтических и реабилитационных мероприятий для данной категории людей.

Проблема организации самостоятельного контроля уровня артериального давления не решена у пациентов с бедной клинической картиной и тем самым более высоким уровнем самооценки здоровья, что может являться фактором низкой приверженности к контролю уровня артериального давления и приема антигипертензивных средств.

Особенное внимание заслуживают люди старших возрастных групп, одиноко-проживающие, которые отметили достоверно ниже уровень самооценки здоровья. В связи с чем, требуется создание системы реабилитационных мероприятий для людей пожилого возраста, с включением работы не только лечащего врача, но и врача-психотерапевта, а также социального работника.

Выводы:

1. Впервые в Беларуси в условиях кардиологического отделения у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией была применена визуальная аналоговая шкала самооценки здоровья.
2. Уровень самооценки здоровья, указанный мужчинами, находящимися на лечении в кардиологическом отделении был достоверно выше, по сравнению с данными у женщин - $49,6 \pm 16,1$ и $67,7 \pm 15,3$; $p < 0,05$). Полученные результаты в данной группе могут быть связаны с социально-психологическим фактором (семейное положение – вдовы и одиноко-проживающие) и более требовательным отношением женщин к уровню своего здоровья.
3. Получены значительно ниже результаты шкалы самооценки здоровья у обследуемых пациентов, которые осуществляли прием препаратов ежедневно, по сравнению с респондентами, принимавших препараты нерегулярно. Это является фактором низкой приверженности к контролю уровня артериального давления и приему антигипертензивных препаратов.
4. Только 63% пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией имели дома тонометр для самоконтроля уровня АД, что снижает самоконтроль пациентов за эффективностью терапии артериальной гипертензии и уменьшает возможность достижения целевых значений АД.

5. Антигипертензивные препараты в домашних условиях продолжали принимать 63,4% пациента старших возрастных групп, из них только треть – ежедневно, что является недостаточным для профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений.

Статья подготовлена при поддержке Белорусского республиканского геронтологического общественного объединения.

Список литературы

1. Амирджанова В.Н. Шкалы боли и НАQ в оценке пациента с ревматоидным артритом / В.Н Амирджанова // Научно-практическая ревматология. – 2006. - № 2. - С. 60 – 70.
2. Давыдов Е.Л. Особенности применения антигипертензивной терапии у пациентов старших возрастных групп / Е.Л. Давыдов // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 4. - С. 661-667.
3. Кобалава Ж.Д. Проблемы взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертензии в России. Основные результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2 / Ж.Д. Кобалава // Кардиология. – 2007. - № 3. – С. 38-46.
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова - СПб.: Издательский дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
5. 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.
6. EQ-5D <http://www.euroqol.org>
7. EuroQol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. – 1990. - № 16. – P. 199-208.

References

1. Amirdzhanova V.N. *Nauchno-prakticheskaja revmatologija*. 2006, Vol. 2, pp. 60 – 70.

2. Davydov E.L. *Uspehi gerontologii*. 2012, Vol. 4. no 25, pp. 661-667.
3. Kobalava Zh.D. *Kardiologija*. 2007, Vol. 3, pp. 38-46.
4. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine*. SPb., 2002. 320 p.
5. Oganov, R.G. *Cardiology*. 2007, Vol. 1, pp. 4-7.
6. EQ-5D <http://www.euroqol.org>
7. EuroQol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990, Vol. 16, pp. 199-208.