

# Зміни показників якості життя залежно від ступеня артеріальної гіпертензії в гендерному аспекті



**О.О. Аліфер**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

**Мета роботи** — визначення впливу різних ступенів артеріальної гіпертензії (АГ) на показники якості життя (ЯЖ) у пацієнтів жіночої та чоловічої статі.

**Матеріали та методи.** Обстежено 126 хворих на АГ, серед яких було 86 жінок (68 %) та 40 чоловіків (32 %) у віці від 40 до 81 року. Середній вік обстежених становив  $(61,9 \pm 0,3)$  року. АГ I ступеня мали 19 осіб (15,1 %), АГ II ступеня — 65 (51,6 %), АГ III ступеня — 42 (33,3 %). Контрольну групу склали 43 практично здорових особи, які за демографічними показниками не відрізнялися від основної групи. Анкетування хворих щодо оцінки ЯЖ проводилось за допомогою опитувальника SF-36 на кожному візиті.

**Результати та обговорення.** При аналізі показників ЯЖ у групі здорових осіб виявлено, що у чоловіків рівень ЯЖ значно вище, ніж у жінок ( $p_1-p_2$  (тілесний біль, рольове функціонування (РФ))  $> 0,5$ ;  $p_1-p_2$  (фізичне функціонування (ФФ))  $< 0,001$ ;  $p_1-p_2$  (фізичне здоров'я (ФЗ))  $> 0,5$ ), за винятком шкали загального здоров'я, де  $p_1-p_2 < 0,05$  ( $77,2 \pm 3,02$  проти  $63,75 \pm 2,81$ ). Яість життя чоловіків, хворих на АГ, достовірно не відрізняється від ЯЖ хворих на АГ жінок, за винятком показника ФФ  $72,63 \pm 5,12$  проти  $55,64 \pm 2,03$ , який у чоловіків був вищий на 24 % на відміну від жінок. Це може бути пов'язано з кращим фізичним розвитком чоловіків у цілому.

**Висновки.** Аналіз показників ЯЖ у компоненті «психологічного здоров'я» (ПЗ) з різними ступенями АГ виявив, що у пацієнтів з АГ I ступеня в порівнянні з АГ II ступеня достовірно більш високі показники ЯЖ за такими шкалами, як життєва активність —  $(80,0 \pm 3,93)$  бала та РФ —  $(77,1 \pm 4,04)$  бала. Відзначалося зниження показників соціального функціонування (СФ) та ПЗ —  $(48,7 \pm 7,35)$  та  $(47,41 \pm 2,39)$  бала відповідно. При аналізі показників ЯЖ (компонента ФЗ) хворих на АГ залежно від статі встановлено, що ЯЖ у чоловіків з АГ достовірно не відрізняється від ЯЖ хворих на АГ жінок, за винятком показника ФФ  $72,63 \pm 5,12$  проти  $55,64 \pm 2,03$ , який у чоловіків був вищий на 24 % порівняно до жінок. При аналізі показників ЯЖ (компонента ПЗ) у хворих на АГ залежно від статі виявлено статистично достовірне ( $p_3-p_4 < 0,5$ ) зниження показника РФ, який був у 2 рази вищим у чоловіків з АГ, ніж у жінок з АГ ( $(53,8 \pm 0,01)$  проти  $(23,4 \pm 0,03)$  бала). Слід зазначити, що наявність високого показника СФ як у чоловіків, хворих на АГ, так і у жінок ( $(62,7 \pm 0,01)$  проти  $(63,6 \pm 0,02)$  бала ( $p_3-p_4 < 0,5$ )), свідчить про збереження соціальних контактів при АГ, незважаючи на прогресування захворювання.

## Ключові слова:

артеріальна гіпертензія, якість життя, гендерний аспект, опитувальник SF-36.

Артеріальна гіпертензія (АГ) — одна з найбільш значущих проблем охорони здоров'я в усьому світі, що пов'язана з виникненням таких ускладнень, як інсульт, інфаркт міокарда, серцева та ниркова недостатність, які зумовлюють високу інвалідизацію людей та значні економічні витрати [17, 25].

За даними досліджень, понад 30 % дорослого населення України має підвищений артеріальний тиск (АТ) [14, 15]. Щодо офіційної статис-

## КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

**Аліфер Ольга Олександрівна**  
асист. кафедри загальної практики  
(сімейної медицини)

04050, м. Київ, вул. М. Пимоненка, 10  
Тел. (044) 484-08-96  
E-mail: olga.alifer@gmail.com

Стаття надійшла до редакції  
22 серпня 2017 р.

тики МОЗ України, на 1 січня 2016 р. в країні зареєстровано 12 122 512 хворих на АГ [2]. Поширеність АГ збільшується з віком і у жінок, і у чоловіків [1]. Сучасні настанови рекомендують однакові підходи до лікування АГ незалежно від статі пацієнта [7, 19, 20]. Проте, деякі дослідження показують існування відмінностей між чоловіками та жінками у контролі АТ і наголошують на необхідності формування різного підходу до ведення пацієнтів з АГ жіночої та чоловічої статі [10–13, 18, 22, 25]. При цьому в одних спостереженнях стверджується, що жінки мають гірший контроль АТ, в інших, навпаки, кращий [10, 16].

Дослідження з цієї проблеми говорять про те, що у жінок після менопаузи відбувається значне підвищення АТ через різке погіршення еластичних властивостей артерій [3, 8, 22]. Збільшена жорсткість судин обумовлює труднощі з контролем АТ [6, 21, 23]. Тому, можливо, причиною різного контролю АТ є особливості поведінки та способу життя пацієнта, його здатності сприймати поради та засвоювати освітні програми щодо лікування АГ, різний соціальний статус [4, 5, 9].

**Мета роботи** — визначення впливу різних ступенів АГ на показники якості життя (ЯЖ) у пацієнтів жіночої та чоловічої статі.

### Матеріали та методи

Обстежено 126 хворих на АГ, серед яких було 86 жінок (68 %) та 40 чоловіків (32 %) у віці від 40 до 81 року. Середній вік обстежених становив  $(61,9 \pm 0,3)$  року. АГ I ступеня мали 19 осіб (15,1 %), АГ II ступеня — 65 (51,6 %), АГ III ступеня — 42 (33,3 %).

Контрольну групу склали 43 практично здорових особи, які за демографічними показниками не відрізнялися від основної групи.

Пацієнти, включені у дослідження, обстежувалися чотири рази. Тривалість участі пацієнтів у дослідженні становила 14 тиж та включала візит відбору з наступним 12-тижневим періодом лікування.

Збір анамнезу проводили згідно із свідченнями пацієнтів та даними медичної документації. Офісний АТ вимірювався в положенні сидячи вранці, між 8-ю та 10-ю годинами. Реєстрацію систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) АТ проводили на одній і тій же руці тричі з інтервалом у 2 хв, якщо величини АТ не різнилися більш 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 (ЧСС) визначали після другого вимірювання. Реєстрацію електрокар-

діограми (ЕКГ) проводили на початку та наприкінці лікування.

Анкетування хворих щодо оцінки ЯЖ проводилось за допомогою Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36, російськомовна версія, з адаптованим українським перекладом, рекомендована Міжнародним центром дослідження якості життя) під час кожного візиту самостійно пацієнтами.

На розсуд лікаря пацієнтам проводили інструментальні та лабораторні дослідження для визначення ураження органів-мішеней на першому та останньому візитах.

При кожному візиті проводили реєстрацію побічних явищ та визначали необхідність зміни антигіпертензивної терапії (АГТ). Окрім того, у випадку, коли пацієнт припиняв участь у дослідженні, проводили визначення причини: наявність побічного ефекту, неефективність терапії, порада родичів або друзів, економічний фактор та ін.

Основні клініко-демографічні характеристики включених у дослідження пацієнтів наведено в табл. 1.

Як видно з табл. 1, більшість включених у дослідження пацієнтів були жінками, середній вік яких становив  $(63,1 \pm 0,6)$  року. Тривалість АГ у жінок та чоловіків суттєво не відрізнялася: у жінок становила  $(9,4 \pm 0,4)$ , у чоловіків —  $(8,6 \pm 0,4)$  року. У багатьох хворих на АГ на момент обстеження або в анамнезі були наявні супутні захворювання.

Рівень САТ був достовірно вищим у пацієнтів жіночої статі —  $(162,78 \pm 0,32)$  порівняно з чоловіками, показник САТ у яких становив  $(158,80 \pm 0,46)$  мм рт. ст. На початку дослідження за рівнем ДАТ та ЧСС групи достовірно не відрізнялися. Слід зазначити, що до включення у дослідження лише 12 чоловіків із 22, або 54,5 %, та 38 жінок з 54, або 70,4 %, регулярно приймали антигіпертензивні препарати. Це свідчить про те, що мало людей знають про наявність в них артеріальної гіпертензії, та ще нижчою є кількість людей, які регулярно приймають антигіпертензивне лікування.

Крім того, в пацієнтів визначено наявність додаткових незалежних факторів серцево-судинного ризику, які впливають на АГ: куріння — 15 чоловіків, або 38 %, тоді як у жінок — 11, або 12,8 % ( $p < 0,05$ ) від загальної їх кількості; обтяжена спадковість за наявністю серцево-судинних захворювань — 8 (20 %) чоловіків проти 14 (16,2 %) жінок ( $p < 0,0005$ ). Але зважаючи на гендерний розподіл, у чоловіків обтяжена спадковість зустрічається частіше; дисліпідемія частіше реєструвалась у жінок, ніж у чоловіків —

Таблиця 1. Основні клініко-демографічні характеристики включених у дослідження пацієнтів

Показник	Значення показника (M ± m), n (%)		p
	Чоловіки	Жінки	
Вік, роки	60,1 ± 0,3	63,1 ± 0,6	< 0,01
Чоловіки/жінки n (%)	40 (31,7)	86 (68,3)	< 0,005
Середній рівень САТ, мм рт. ст.	158,80 ± 0,46	162,78 ± 0,32	> 0,05
Середній рівень ДАТ, мм рт. ст.	81,2 ± 0,3	82,60 ± 0,32	> 0,05
Середня ЧСС, уд./хв	68,3 ± 0,3	74,2 ± 0,3	< 0,05
Тривалість АГ, роки	8,6 ± 0,4	9,4 ± 0,4	> 0,05
Супутні захворювання, n (%)	42 (33,3)	84 (66,7)	< 0,01
Регулярне вживання алкоголю, n (%)	3 (7,5)	—	< 0,0001
Зловживання сіллю, n (%)	24 (60,0)	42 (48,8)	< 0,0001
Регулярні фізичні навантаження, n (%)	6 (15,0)	8 (9,3)	< 0,0001
Приймали ліки щодо АГ, n (%)	22 (55,0)	54 (62,8)	< 0,001
із них регулярно, n (%)	12 (54,5)	38 (70,4)	< 0,05
Клінічні ознаки серцевої недостатності, n (%)	6 (15,0)	15 (17,4)	< 0,0001
Наявність дисліпідемії, n (%)	34 (85,0)	78 (90,7)	< 0,0001
Куріння:	15 (38,0)	11 (12,8)	> 0,05
тривалість куріння, роки	14,1 ± 0,26	12,4 ± 0,29	< 0,01
кількість цигарок, шт./добу	9,8 ± 0,19	6,2 ± 0,6	< 0,01
Наявність близьких родичів, які мали серцево-судинні захворювання в молодому віці, n (%)	8 (20,0)	14 (16,2)	< 0,0005
Ступінь АГ, n (%)*:			
I	7 (28,0)	10 (20,0)	< 0,005
II	10 (40,0)	23 (46,0)	< 0,005
III	8 (32,0)	17 (34,0)	< 0,005

Примітка. \* — без урахування осіб старечого віку.

85 % проти 90,7 % ( $p < 0,0001$ ). Більше половини пацієнтів зловживали сіллю — 52,4 %, частіше чоловіки, ніж жінки — 60 % проти 48,8 % ( $p < 0,0001$ ). Жінки не споживали алкоголь, рідше палили — 12,2 % ( $p < 0,05$ ) та рідше зловживали сіллю — 48,8 % ( $p < 0,05$ ). За даними опитування, регулярно фізичні навантаження мали 11,1 % пацієнтів, але майже в половини з них тривалість навантаження не перевищувала 30 хв, що є недостатнім для профілактики серцево-судинних ускладнень, а додаткова фізична активність була в переважній більшості пацієнтів чоловічої статі, що узгоджується з даними літератури [11, 12, 18, 23, 24].

Анкета включала 36 пунктів, розподілених за 8 шкалами: фізичне функціонування (ФФ), рольова діяльність, тілесний біль (ТБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), емоційний стан та психічне здоров'я (ПЗ). Пацієнт вибирав відповідь на запропоноване запитання. Кожна відповідь оцінювалася у балах. При формуванні тієї чи іншої шкали ці бали склалися та математично оброблялися за стандартними формулами. Показники кожної шкали мають значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я. Пацієнт міг вибрати кілька відповідей одночасно.

Фізичне функціонування відображає ступінь, у якому фізичний стан обмежує виконання

фізичних навантажень (самообслуговування, хода, підйом по сходах, переміщення важких речей та ін.). Низькі показники за даною шкалою означають, що фізична активність пацієнта значно обмежена станом його здоров'я.

Рольове функціонування (РФ) — вплив фізичного стану на щоденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за даною шкалою означають, що повсякденна діяльність значно обмежена станом пацієнта.

Тілесний біль — вплив болю на можливість займатися активною повсякденною діяльністю, включаючи домашню роботу. Низькі показники за даною шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

Загальний стан здоров'я — оцінка пацієнтом свого стану здоров'я на даний момент та в перспективі лікування. Чим нижчий показник, тим нижча оцінка стану здоров'я.

Життєва активність відображає відчуття себе повним сил та енергії або, навпаки, безсилим.

### Результати та обговорення

Результати оцінки ЯЖ у пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36 наведені у табл. 2.

Аналіз показників ЯЖ хворих на АГ (табл. 2) виявив, що у пацієнтів з АГ I ступеня порівняно з АГ II ступеня достовірно ( $p < 0,001$ ) вищі

**Таблиця 2.** Показники якості життя компоненти «психологічного здоров'я» з різними ступенями АГ (за даними опитувальника SF-36;  $M \pm m$ ), бали

Ступінь АГ, група, кількість хворих	Показники ЯЖ			
	ЖС	СФ	РФ	ПЗ
Контрольна $n = 43$	$97,6 \pm 0,92$	$96,7 \pm 2,68$	$84,6 \pm 1,26$	$98,8 \pm 2,46$
I (1) $n = 19$	$80,0 \pm 3,93$	$48,7 \pm 7,35$	$77,1 \pm 4,04$	$47,41 \pm 2,39$
II (2) $n = 65$	$56,6 \pm 3,54$	$31,5 \pm 5,19$	$56,0 \pm 3,29$	$40,31 \pm 2,23$
III (3) $n = 42$	$53,9 \pm 4,7$	$34,5 \pm 6,08$	$57,56 \pm 3,86$	$36,9 \pm 2,79$
<b>Достовірність відмінностей (<math>p</math>) між групами 1, 2, 3</b>				
$p_1-p_2$	$< 0,001$	$> 0,1$	$< 0,1$	$< 0,05$
$p_1-p_3$	$< 0,001$	$> 0,5$	$< 0,05$	$< 0,01$
$p_2-p_3$	$> 0,5$	$> 0,5$	$< 0,5$	$> 0,5$
$p_k$	$> 0,5$	$> 0,5$	$< 0,1$	$< 0,5$

**Таблиця 3.** Показники якості життя компоненти «фізичного здоров'я» з різними ступенями АГ (за даними опитувальника SF-36;  $M \pm m$ ), бали

Ступінь АГ, група, кількість хворих	Показники ЯЖ			
	ФФ	РФ	ТБ	ЗЗ
Контрольна $n = 43$	$96,4 \pm 0,86$	$94,6 \pm 2,18$	$92,6 \pm 1,42$	$98,8 \pm 0,54$
I (1) $n = 19$	$82,6 \pm 2,86$	$68,7 \pm 4,02$	$87,1 \pm 3,16$	$88,2 \pm 2,78$
II (2) $n = 65$	$54,2 \pm 4,68$	$32,4 \pm 5,19$	$36,0 \pm 6,12$	$42,26 \pm 2,68$
III (3) $n = 42$	$49,8 \pm 3,4$	$28,6 \pm 4,12$	$47,1 \pm 3,92$	$28,8 \pm 4,16$
<b>Достовірність відмінностей (<math>p</math>) між групами 1, 2, 3</b>				
$p_1-p_2$	$< 0,001$	$> 0,5$	$< 0,1$	$< 0,05$
$p_1-p_3$	$> 0,5$	$< 0,5$	$< 0,05$	$< 0,01$
$p_2-p_3$	$> 0,5$	$> 0,5$	$< 0,5$	$> 0,5$
$p_k$	$> 0,5$	$> 0,5$	$< 0,1$	$< 0,5$

показники ЯЖ за такими шкалами, як ЖА – ( $80,0 \pm 3,93$ ) бала та рольове функціонування (РФ) – ( $77,1 \pm 4,04$ ) бала. Також реєструються дещо знижені показники СФ та ПЗ – ( $48,7 \pm 7,35$ ) та ( $47,41 \pm 2,39$ ) бала відповідно. У пацієнтів з АГ II та III ступенів спостерігається суттєве зниження всіх показників ЯЖ, але особливо за шкалами СФ та ПЗ – до ( $31,5 \pm 5,19$ ) та ( $40,31 \pm 2,23$ ) бала відповідно, що свідчить про суттєвий вплив захворювання на ЯЖ пацієнта.

При порівнянні показників ЯЖ хворих на АГ I ступеня і хворих на АГ III ступеня достовірні відмінності виявлені за шкалами ЖС ( $p_1-p_3 < 0,001$ ) та СФ ( $p_1-p_3 < 0,5$ ). У хворих же на АГ II і III ступенів показники ЯЖ були невисокими самі по собі і відрізнялися за шкалою РФ опитувальника ( $p_2-p_3$  (ЖС)  $> 0,5$ ;  $p_2-p_3$  (СФ)  $> 0,5$ ;  $p_2-p_3$  (РФ)  $< 0,5$ ;  $p_2-p_3$  (ПЗ)  $> 0,5$ ).

Отже, підвищення АТ вище першого ступеня асоціюється із зниженням параметрів ЯЖ практично за всіма складовими життєдіяльності пацієнтів, що додатково вказує на необхідність відповідної корекції показника АТ.

Серед показників, що характеризують фізичний стан (табл. 3), у пацієнтів з АГ I ступеня насамперед зростало сприйняття ЗЗ – ( $87,1 \pm 3,16$ ) бала, ФФ – ( $82,6 \pm 2,86$ ) бала та ТБ – ( $87,1 \pm 3,16$ ) бала.

Водночас у групі пацієнтів з АГ II ступеня спостерігалось суттєве зниження таких показників, як РФ – ( $32,4 \pm 5,19$ ) бала, ТБ та ЗЗ – ( $36,0 \pm 6,12$ ) та ( $42,26 \pm 2,68$ ) бала відповідно, що свідчить про значне обмеження фізичної активності пацієнтів через стан здоров'я.

При аналізі показників ЯЖ у групі здорових осіб (табл. 4) виявлено, що у чоловіків рівень ЯЖ значно вищий, ніж у здорових жінок ( $p_1-p_2$  (ТБ, РФ)  $> 0,5$ ;  $p_1-p_2$  (ФФ)  $< 0,001$ ;  $p_1-p_2$  (ФЗ)  $> 0,5$ ), за винятком шкали ЗЗ, де  $p_1-p_2$  (ЗЗ)  $< 0,05$ , що свідчить про те, що оцінка стану свого здоров'я у здорових жінок суттєво нижча, ніж у чоловіків ( $77,2 \pm 3,02$  проти  $63,75 \pm 2,81$ ).

Проте, ЯЖ чоловіків, хворих на АГ, достовірно не відрізняється від ЯЖ хворих на АГ жінок, за винятком показника ФФ – ( $72,63 \pm 5,12$ ) проти ( $55,64 \pm 2,03$ ), який у чоловіків був вищим на 24 %. Це може бути пов'язано з кращим фізичним розвитком чоловіків у цілому. Така динаміка відмінностей у показниках ЯЖ хворих на АГ різної статі порівняно з контрольною групою може свідчити про більшу дезадаптацію чоловіків у повсякденному житті і більш виражене послаблення їх соціальних контактів у зв'язку із захворюванням.

Зниження РФ, що обумовлене фізичним станом, у хворих на АГ чоловіків до ( $63,13 \pm 4,87$ )

**Таблиця 4.** Показники якості життя компоненти «фізичного здоров'я» хворих на АГ залежно від статі (за даними опитувальника SF-36;  $M \pm m$ )

Стать, група, кількість хворих	Показники ЯЖ				
	ФФ	РФ	ТБ	ЗЗ	ФЗ
Здорові чоловіки (1) $n = 9$	97,78 $\pm$ 0,88	97,22 $\pm$ 2,78	94,17 $\pm$ 3,91	77,2 $\pm$ 3,02	52,78 $\pm$ 6,51
Здорові жінки (2) $n = 24$	91,88 $\pm$ 1,37	86,11 $\pm$ 4,31	79,9 $\pm$ 4,27	63,75 $\pm$ 2,81	55,21 $\pm$ 3,36
Хворі чоловіки (3) $n = 40$	72,63 $\pm$ 5,12	41,5 $\pm$ 9,19	63,13 $\pm$ 4,87	41,37 $\pm$ 4,24	36,25 $\pm$ 3,94
Хворі жінки (4) $n = 86$	55,64 $\pm$ 2,03	34,19 $\pm$ 4,15	56,83 $\pm$ 2,68	40,55 $\pm$ 1,89	42,15 $\pm$ 2,82
<b>Достовірність відмінностей (<math>p</math>) між групами</b>					
$p_1-p_2$	< 0,001	< 0,05	< 0,05	< 0,01	> 0,5
$p_3-p_4$	< 0,001	< 0,5	> 0,5	> 0,5	< 0,5

та у хворих жінок до (56,83  $\pm$  2,68) свідчить про те, що повсякденна діяльність пацієнтів з АГ обох статей значно обмежена. Статистично значущих відмінностей при вивченні показників тілесного болю за гендерною ознакою та соціальним статусом не виявлено ( $p_1-p_2 < 0,05$  та  $p_3-p_4 < 0,5$  відповідно).

### Висновки

1. При загальному аналізі груп обстежених виявлено, що серед чоловіків, хворих на АГ, була вищою у 1,75 % ( $p < 0,05$ ) частота паління, 15 % ( $p < 0,05$ ) — частота фізичних навантажень (проти 9,3 % ( $p > 0,05$ ) у жінок), обтяжена спадковість за наявністю серцево-судинних захворювань складала 8 (20 %) (проти 14 у жінок (16,2 %) ( $p < 0,0005$ ), чоловіки частіше зловживали сіллю — 60 % проти 48,8 % ( $p < 0,0001$ ). У жінок частіше, ніж у чоловіків, реєструвалась

наявність дисліпідемії — 90,7 % проти 85 % ( $p < 0,0001$ ).

2. При аналізі показників ЯЖ (компонента «фізичного здоров'я») хворих на АГ залежно від статі встановлено, що ЯЖ у чоловіків з АГ достовірно не відрізняється від ЯЖ хворих на АГ жінок, за винятком показника ФФ 72,63  $\pm$  5,12 проти 55,64  $\pm$  2,03, який у чоловіків був вищий на 24 % порівняно до жінок.

3. При аналізі показників ЯЖ (компонента ПЗ) у хворих на АГ залежно від статі виявлено статистично достовірне ( $p_3-p_4 < 0,5$ ) зниження показника РФ, який був у 2 рази вищим у чоловіків з АГ, ніж у жінок (53,8  $\pm$  0,01 проти 23,4  $\pm$  0,03 бала). Слід зазначити, що наявність високого показника СФ як у чоловіків, хворих на АГ, так і у жінок (62,7  $\pm$  0,01 проти 63,6  $\pm$  0,02 бала ( $p_3-p_4 < 0,5$ )), свідчить про збереження соціальних контактів при АГ, незважаючи на прогресування захворювання.

*Конфлікту інтересів немає.*

### Список літератури

- Adherencetolong-termtherapies: Evidence for action. Geneva, WHO, 2003. — 198 p.
- Asadujaman M., Mishuk A.U., Hossain M.A. et al. Medicinal potential of *Passiflora foetida* L. plant extracts: biological and pharmacological activities // J. Integr. Med. — 2014. — Vol. 12. — N 2. — P. 121—126.
- Bardage C., Isacson D. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden // J. Clin. Epidemiol. — 2001. — Vol. 54. — P. 172—181.
- Barnason S., Zimmermann L., Anderson A. et al. Functional status outcomes of patients with a coronary artery by pass graft over time // Heart Lung. — 2000. — Vol. 29. — P. 33—46.
- Baroletti S., Dell'Orfano H. Medication Adherence in cardiovascular disease // Circulation. — 2010. — 121. — P. 1455—1458.
- Battersby C., Hartley K., Fletcher A. et al. Quality of the life in treated hypertension: a cause-control community based study // J. Hum. Hypertens. — 1995. — Vol. 9. — P. 981—986.
- Bernatoniene J., Kopustinskiene D.M., Jakstas V. et al. The effect of *Leonurus cardiaca* herb extract and some of its flavonoids on mitochondrial oxidative phosphorylation in the heart // Planta Med. — 2014. — Vol. 80. — N 7. — P. 525—532.
- Dalfó A. Baqué, Badia X. Llach, Roca-Cusachs Coll A. et al. Validation of the quality of life questionnaire in arterial hypertension (HQALY) for its use in Spain. Relationship between clinical variables and quality of life. Investigator Group of the HQALY study // Aten. Primaria. — 2000. — Vol. 26. — N 2. — P. 96—103.
- Deeks A., Lombard C., Michelmore J., Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors // BMC Public Health. — 2009. — Vol. 9. — P. 213.
- Gee M.E., Bienek A., McAlister F.A. et al. Factors associated with lack of awareness and uncontrolled high blood pressure among Canadian adults with hypertension // Can. J. Cardiol. — 2012. — Vol. 28 (3). — P. 375—382.
- Gu Q., Burt V.L., Paulose-Ram R., Dillon C.F. Gender differences in hypertension treatment, drug utilization patterns, and blood pressure control among US adults with hypertension: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999—2004 // Am. J. Hypertens. — 2008. — Vol. 21 (7). — P. 789—798.
- Gu Q., Paulose-Ram R., Dillon C., Burt V. Antihypertensive medication use among US adults with hypertension // Circulation. — 2006. — Vol. 113. — P. 213—221.
- Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertension. — 2013. — Vol. 31. — P. 1281—1357.
- Hadley S. Valerian, Petry J.J. The effects of gender and age on health related behaviors // Am. Fam. Physician. — 2003. — Vol. 67. — N 8. — P. 1755—1758.
- Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart Jour. — 2013. — Vol. 34. — P. 2159—2219.

16. Noguchi Shinohara M., Ono K., Hamaguchi T. et al. Pharmacokinetics, Safety and Tolerability of Melissa officinalis Extract which Contained Rosmarinic Acid in Healthy Individuals: A Randomized Controlled Trial // PLoS One.— 2015.— Vol. 10.— N 5.— e0126422.
17. Ooi H.H.L., Coleman P.L., Duggan J., O'Meara Y.M. Treatment of hypertension in the elderly // Current Opinion in Nephrology and Hypertension.— 1997.— Vol. 6 (5).— P. 504—509.
18. Ostchega Y., Dillon C.F., Hughes J.P., Carroll M., Yoon S. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older U.S. adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1988 to 2004 // J. Am. Geriatr. Soc.— 2007.— Vol. 55.— P. 1056—1065.
19. Roca-Cusachs A., Ametlla J., Calero S. et al. Quality of life in arterial hypertension // Med. Clin. (Barc).— 1992.— Vol. 98.— P. 486—490.
20. Roca-Cusachs A., Dalfo A., Badia X. et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension // J. Hypertens.— 2001.— Vol. 19.— P. 1913—1919.
21. Sang Hui Chu, Ji Won Baek, Eun Sook Kim et al. Gender Differences in Hypertension Control Among Older Korean Adults: Korean Social Life, Health, and Aging Project // J. Prev. Med. Public Health.— 2015.— Vol. 48.— P. 38—47.
22. Schulz R.B., Rossignoli P., Correr C.J. et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for Portuguese (Brazil) // Arq. Bras. Cardiol.— 2008.— Vol. 90.— N 2.— P. 127—131.
23. Stokes G.S. Management of hypertension in the elderly patients // Clin. Interv. Aging.— 2009.— Vol. 4.— P. 379—389.
24. Treat-Jacobson D., Lindquist R.A., Witt D.R. et al. The PADQOL: development and validation of a PAD-specific quality of life questionnaire // Vasc. Med.— 2012.— Vol. 17.— N 6.— P. 405—415.
25. Zamorano J., Rodriguez P., Cosin J. et al. Amlodipine reduces predicted risk of coronary heart disease in high-risk patients with hypertension in Spain (The CORONARIA Study) // J. Int. Med. Res.— 2008.— Vol. 36 (6).— P. 1399—1417.

## О.А. Алифер

Національний медичний університет імені А.А. Богомольца, Київ

### Изменения показателей качества жизни в зависимости от степени артериальной гипертензии в гендерном аспекте

**Цель работы** — определение влияния различных степеней артериальной гипертензии (АГ) на показатели качества жизни (КЖ) у пациентов женского и мужского пола.

**Материалы и методы.** Обследованы 126 пациентов с АГ, среди которых 86 женщин (68 %) и 40 мужчин (32 %) в возрасте от 40 до 81 года. Средний возраст обследуемых составил (61,9 ± 0,3) года. На АГ I степени страдали 19 человек (15,1 %), АГ II степени — 65 (51,6 %), АГ III степени — 42 (33,3 %). Контрольную группу составили 43 практически здоровых лица, которые по демографическим показателям не отличались от основной группы. Анкетирование больных по оценке КЖ проводилось с помощью опросника SF-36 при каждом визите.

**Результаты и обсуждение.** При анализе показателей КЖ в группе здоровых лиц обнаружено, что у мужчин уровень КЖ значительно выше, чем у здоровых женщин ( $p_1-p_2$  (телесная боль, ролевое функционирование (РФ)) > 0,5;  $p_1-p_2$  (физическое функционирование (ФФ)) < 0,001;  $p_1-p_2$  (физическое здоровье (ФЗ)) > 0,5)), за исключением шкалы общего здоровья, где  $p_1-p_2$  < 0,05 (77,2 ± 3,02 против 63,75 ± 2,81).

Качество жизни мужчин, больных АГ, достоверно не отличается от КЖ больных АГ женщин, за исключением показателя ФФ 72,63 ± 5,12 против 55,64 ± 2,03, который у мужчин был выше на 24 % в отличие от женщин. Это может быть связано с лучшим физическим развитием мужчин в целом.

**Выводы.** Анализ показателей КЖ в компоненте «психологического здоровья» (ПЗ) с различными степенями АГ выявил, что у пациентов с АГ I степени по сравнению с АГ II степени достоверно выше показатели КЖ по таким шкалам, как жизненная активность (ЖА) — (80,0 ± 3,93) балла и РФ — (77,1 ± 4,04) балла. Отмечалось снижение показателей социального функционирования (СФ) и ПЗ — (48,7 ± 7,35) и (47,41 ± 2,39) балла соответственно. При анализе показателей КЖ (компонента ФЗ) больных с АГ в зависимости от пола установлено, что КЖ у мужчин с АГ достоверно не отличается от КЖ больных АГ женщин, за исключением показателя ФФ 72,63 ± 5,12 против 55,64 ± 2,03, который у мужчин был выше на 24 % по сравнению с женщинами. При анализе показателей КЖ (компонента ПЗ) у больных с АГ в зависимости от пола обнаружено статистически достоверное ( $p_3-p_4$  < 0,5) снижение показателя РФ, который был в 2 раза выше у мужчин с АГ, чем у женщин с АГ ((53,8 ± 0,01) против (23,4 ± 0,03) балла). Следует отметить, что наличие высокого показателя СФ как у мужчин, больных АГ, так и у женщин ((62,7 ± 0,01) против (63,6 ± 0,02) балла ( $p_3-p_4$  < 0,5)), свидетельствует о сохранении социальных контактов при АГ, несмотря на прогрессирование заболевания.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, качество жизни, гендерный аспект, опросник SF-36.

## О.О. Alifer

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

### The gender-related aspects of changes in the life of quality indices depending on the arterial hypertension degree

**Objective** — to determine effects of various degrees of arterial hypertension on the quality of life (QoL) indices in male and female patients with arterial hypertension.

**Materials and methods.** Investigations involved 126 patients with AH, including 86 women (68 %), and 40 men (32 %) aged from 40 to 81 years. The mean age of the examinees was (61.9 ± 0.3) years. AH of the 1st degree was defined in 19 persons (15.1 %), AH degree II in 65 subjects (51.6 %), and AH of III degree was established in 42 persons (33.3 %). The control group consisted of 43 practically healthy persons, who did not differ from the main group by demographic indices. Surveys of patients on the evaluation of the QoL was conducted using the SF 36 questionnaire at each visit.

**Results and discussion.** The analysis of the QoL parameters in the healthy group showed that level of QoL was significantly higher in men than in healthy women ( $p_1-p_2$  (BP, RF)  $> 0.5$ ,  $p_1-p_2$  (PP)  $< 0.001$ ,  $p_1-p_2$  (physical functioning (PF))  $> 0.5$ ), with exception of the general health scale, where  $p_1-p_2$  (GH)  $< 0.05$  ( $77.2 \pm 3.02$  vs  $63.75 \pm 2.81$ ).

The QoL of male patients with hypertension did not significantly differ from the QoL in women with hypertension, with the exception of the index of physical functioning (PF) of  $72.63 \pm 5.12$  vs  $55.64 \pm 2.03$ , which was 24 % higher in men than in women. This may be due to the better physical development of men in general.

**Conclusions.** Analysis of the QoL indicators in the component of «psychological health» with different degrees of hypertension revealed significantly higher QL values in patients with AH I degree compared with grade II AH on such scales as VE – ( $80.0 \pm 3.93$ ) and RF – ( $77.1 \pm 4.04$ ) points. There was a decrease in the indicators of SF and MH – ( $48.7 \pm 7.35$ ) and ( $47.41 \pm 2.39$ ) points, respectively. The analysis of the QoL indicators (a component of «physical health») of patients with hypertension depending on sex showed that QoL in men with hypertension did not significantly differ from the QoL in women with hypertension, with the exception of the PF index of  $72.63 \pm 5.12$  against  $55.64 \pm 2.03$ , which was 24 % higher in men than in women. Analysis of the QoL indicators (component of mental health) in patients with hypertension, depending on sex, resulted in the significant ( $p_3-p_4 < 0.5$ ) reduction of the RF index, which was 2 times higher in men with hypertension than in women with AH ( $53.8 \pm 0.01$ ) vs ( $23.4 \pm 0.03$ ) points). It should be noticed that the presence of high SF in both hypertensive men and women ( $62.7 \pm 0.01$ ) vs ( $63.6 \pm 0.02$ ) points ( $p_3-p_4 < 0.5$ ) indicated preservation of the social contacts in hypertension, despite the disease progression.

**Key words:** arterial hypertension, quality of life, gender aspect, SF-36 questionnaire.