

Влияние терапии амлодипином на качество жизни у больных гипертонической болезнью

Илов Н. Н.^{2*}, Шварц Р. Н.¹, Панова Т. Н.¹

¹ГОУ ВПО “Астраханская государственная медицинская академия” Росздрава”; ²НУЗ “Медико-санитарная часть”. Астрахань, Россия

Цель. Оценить влияние антигипертензивной терапии (АГТ) амлодипином на качество жизни (КЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с разной степенью (ст.) артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. У 97 пациентов с ГБ в возрасте 30-60 лет исследовались показатели КЖ до и после лечения амлодипином.

Результаты. У больных ГБ выявлены исходно низкие показатели КЖ, особенно по шкалам общего здоровья, жизнеспособности и психического здоровья. Монотерапия амлодипином улучшает физический компонент КЖ, но неоднозначно влияет на душевное благополучие. Лучше всего монотерапия амлодипином оказывает

влияние на показатели КЖ больных АГ 1 ст., возможно, она отрицательно влияет на КЖ у пациентов с 2 и особенно 3 ст. АГ, негативно отражаясь на сферах психического здоровья.

Заключение. Проведение мониторинга КЖ в процессе АГТ может существенно повлиять не только на приверженность лечению, но и на создание мотивации к его длительному назначению.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, качество жизни, амлодипин.

Поступила 21/12-2010

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012; 11(5): 22-28

Amlodipine therapy effects on quality of life in patients with essential arterial hypertension

Ilov N. N.^{2*}, Schwartz R. N.¹, Panova T. N.¹

¹Astrakhan State Medical Academy; ²Clinico-Medical Unit. Astrakhan, Russia

Aim. To assess the effects of amlodipine therapy on quality of life (QoL) parameters among patients with different stages of essential arterial hypertension (EAH).

Material and methods. In 97 EAH patients, aged 30-60 years, QoL parameters were assessed before and after amlodipine therapy.

Results. In EAH patients, baseline QoL levels were relatively low, especially for the domains of general health, vitality, and mental health. Amlodipine monotherapy improved the physical QoL component, without any clear beneficial impact on mental wellbeing. The largest effect of amlodipine monotherapy on QoL parameters was observed

among Stage I EAH patients. It might be the case that this therapy decreases QoL in Stage II and especially Stage III EAH patients, negatively affecting the mental health domain.

Conclusion. QoL monitoring during antihypertensive therapy could not only improve therapy compliance, but also increase the motivation towards long-term treatment.

Key words: essential arterial hypertension, quality of life, amlodipine.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2012; 11(5): 22-28

Антагонисты кальция (АК) являются одним из основных классов антигипертензивных препаратов (АГП). К настоящему времени опубликованы результаты ряда крупных клинических исследований с применением амлодипина: ALLHAT (Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial), CAMELOT (Comparison of Amlodipine vs Enalapril to Limit Occurrences of Thrombosis), TOMHS (Treatment Of Mild Hypertension Study), PREVENT (Prospective Randomized Evaluation of the Vascular Effects of Norvasc Trial), ЭТНА (Эффективность и безопасность ТеНокса в лечении больных артериальной гипертензией), ЭТНА ПЛЮС и др., в ходе которых убедительно продемонстрированы эффективные антигипертензивные свойства препарата, его органопротективные возможности и способность в значительной степени улучшать сердечно-сосудистый прогноз у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) [1].

Опираясь только на данные клинических и параклинических обследований невозможно в полной мере охарактеризовать самочувствие и функционирование больного в повседневной жизни, т. к. клинико-anamnestические показатели способны отразить лишь физическую составляющую общей картины болезни. Поэтому в настоящее время одним из важных интегральных показателей здоровья считается субъективная оценка пациентом своего состояния, которая определена как “качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем”. К настоящему времени доказано, что параметры КЖ больного обладают независимой прогностической значимостью и являются более точными факторами прогноза выживаемости и состояния больного во время лечения, чем общесоматический статус [2]. КЖ как прогностический фактор может быть полезным для стратификации больных в клинических исследованиях и выборе стратегии

© Коллектив авторов, 2011

e-mail: nikolmaks@mail.ru

Тел.: 8-909-375-52-42

[*Илов Н.Н. (*контактное лицо) — врач отделения функциональной диагностики, ¹Шварц Р.Н. — аспирант кафедры госпитальной терапии с курсом функциональной диагностики, ¹Панова Т.Н. — зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом функциональной диагностики].

индивидуального ведения больного. Указанный подход обеспечивает эффективный контроль над качеством медицинской помощи, максимально отвечающей интересам больного и членов его семьи.

Влияние основных АГП и, в т.ч. дигидропиридиновых АК (дАК) на КЖ изучалось уже неоднократно с использованием разных методов.

Мета-анализ исследований КЖ показал, что длительная антигипертензивная терапия (АГТ) не ухудшает ни КЖ в целом, ни его составляющих [3, 4]. При исследовании разных представителей класса АК было показано неодинаковое их влияние на КЖ. На фоне приема нифедипина есть указания на уменьшение числа и степени (ст.) выраженности жалоб, связанных с заболеванием; тенденцию к повышению социальных способностей; при этом достоверно ухудшились психологические способности больных [5]. Нифедипин GITS улучшал общий показатель КЖ, а также показатели некоторых шкал (умственной и эмоциональной деятельности, общего восприятия здоровья, благополучия на работе, проведения досуга) [6]. Амлодипин оказывал сопоставимое с плацебо воздействие на КЖ [7]. Определенное отношение к КЖ больных имеет тот факт, что поступление препарата в кровоток не связано с приемом пищи. Следовательно, не имеет значения, когда (до, во время или после еды) пациент принимает лекарство [8].

Таким образом, не вызывает сомнения, что оценка влияния терапии на КЖ в настоящий момент является важной составляющей оценки эффективности лечения. Однако имеющиеся результаты исследований КЖ у пациентов с АГ на фоне АГТ имеют в своей основе наблюдение через длительные периоды времени (>3 мес.). Вместе с тем, практика показывает, что особое значение имеет изменение КЖ в ближайший период после начала АГТ, поскольку именно в это время у пациента формируется приверженность назначенному лечению.

Цель исследования — оценить влияние терапии амлодипином на КЖ у больных гипертонической болезнью (ГБ) с разной ст. повышения артериального давления (АД).

Материал и методы

В исследование были включены 97 больных ГБ с систолическим АД (САД) ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическим АД (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст., в возрасте 30–60 лет, проходившие амбулаторное лечение в поликлинике НУЗ “Медико-санитарная часть” г. Астрахань (таблица 1). Исключались пациенты с симптоматической АГ, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ) или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в течение 3 мес. до включения в исследование, с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) по NYHA IV функционального класса (ФК), аутоиммунными заболеваниями и злокачественными новообразованиями. В исследование не включали больных с кризовым течением ГБ ввиду невозможности проведения периода “отмывания” (угроза здоровью после отмены АГП).

Большая часть исследуемых больных получали АГТ, включающую прием β -адреноблокаторов (β -АБ), диуретиков, АК, ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), причем в 44% случаев пациенты получали монотерапию, в 28% — комбинированную терапию 2 (15%) или 3 (13%) АГП (таблица 2).

Для исследования КЖ использовался общий опросник SF-36, в котором 36 пунктов сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0% и 100%, где 100% представляет полное здоровье. Все шкалы формируют 2 показателя: душевное и физическое благополучие. Кроме того, использовался специальный опросник по оценке КЖ у больных ССЗ (Аронов Д. М., Зайцев В. П., 2002), в соответствии с ответами, по которым рассчитывался суммарный балл (СБ) КЖ.

Согласно протоколу исследования, на первом визите (V_1) пациент, соответствующий критериям включения, ознакомился с целью проведения исследования, подписывал информированное согласие. Проводился физикальный осмотр, регистрация ЭКГ в 12-ти отведениях. В течение 7 сут. пациенту отменялась вся АГТ (период “отмывания”). На визите V_0 проводился физикальный осмотр, включающий измерение АД в покое, исследование КЖ. Кроме регистрации САД и ДАД, высчитывалось среднее АД (срАД) по формуле: $\text{срАД} = \text{САД} + 2 \times \text{ДАД} / 3$. Если пациент соответствовал всем критериям включения, то ему выдавался амлодипин в суточной дозе 5 мг. При этом пациент был проинформирован о режиме приема препарата и возможных побочных эффектах (ПЭ), о которых он должен был немедленно поставить в известность врача. Первый прием препарата проводился в клинике в присутствии врача. Дома пациент самостоятельно контролировал уровень АД и в случае неэффективности назначенной АГТ через 1 нед. после назначения препарата увеличивал суточную дозу препарата до 10 мг.

Визит V_1 проводился через 2 нед (± 3 сут) после визита V_0 . Он включал физикальный осмотр с измерением АД. В случае достижения “целевых” цифр АД ($< 140/90$ мм рт.ст., а при наличии сахарного диабета (СД) $< 130/85$ мм рт.ст.) проводилось повторное исследование КЖ, исследование считалось завершенным, полученные данные использовались для дальнейшего анализа. Пациенту давались рекомендации по дальнейшему образу жизни. При не достижении “целевых” цифр АД пациенту к лечению добавлялся ИАПФ лизиноприл, проводилось повторное исследование КЖ. Однако данные, полученные после комбинированной АГТ, для дальнейшего анализа и интерпретации в этой работе не использовались.

Для обработки материала и проведения статистического анализа в исследованных гр. использовался пакет программ Statistica 7,0 (Statsoft). Проводился анализ соответствия вида распределения признаков закону нормального распределения по критерию Шапиро-Уилка. Центральные тенденции и рассеяния количественных признаков, имеющие приближенно нормальное распределение, описаны в формате среднее значение (среднее квадратическое отклонение), в случае отличного

Таблица 1

Клинико-демографическая характеристика пациентов

Признак	Гр. амлодипина
Число обследованных, n	97
Мужчины/женщины, n (%)	68 (70 %)/29 (30 %)
Средний возраст, лет	46,7±8,0
Курение, n (%)	32 (33 %)
Абдоминальное ожирение 1-2 степени, n (%)	13 (13 %)
Давность АГ, лет	7,7±0,9
Гиперхолестеринемия, n	50
СД 2 типа, компенсированный, n (%)	9 (9 %)
ГБ I стд., n	21
ГБ II стд., n	44
ГБ III стд., n	32
ГМЛЖ, n	4
ИБС. Стенокардия напряжения, n	7
ИБС. Постинфарктный кардиосклероз, n	2
НМК в анамнезе, n	3
Риск низкий (по SCORE до 5 %), n	74
Риск средний (по SCORE 5-10 %), n	10
Риск высокий (по SCORE более 10 %), n	13
САД/ДАД; срАД, мм рт.ст.	170,3 (16,2)/96,6 (7,2); 121,2 (8,7)

Таблица 2

Фармакологическая характеристика участников исследования

	β-АБ	Диуретики	АК	ИАПФ	Не получали АГТ
ГБ I стд.	5 %	2 %	1 %	8 %	8 %
ГБ II стд.	15 %	8 %	1 %	22 %	11 %
ГБ III стд.	12 %	13 %	3 %	23 %	9 %

от нормального распределения, центральные тенденции и дисперсии количественных признаков описаны в виде медианы (интерквартильный размах 25-й и 75-й процентиля). Сравнение в исследуемых гр. проводили при помощи непараметрических методов: метод Краскела-Уоллиса (для сравнения ≥3 независимых гр.), критерий Вилкоксона для парных сравнений (для сравнения двух зависимых гр.). Анализ связи проводился с использованием непараметрического метода Спирмена. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы об отсутствии различий был принят равным 0,05.

Результаты и обсуждение

При исследовании КЖ у больных ГБ до назначения терапии амлодипином были получены показатели, представленные на рисунке 1.

Наиболее значимые изменения показателей КЖ регистрировались по шкалам GH, VT и MN, что указывает на субъективно сниженное состояние здоровья, ухудшение жизненной активности, свидетельствует о наличии депрессивных, тревожных

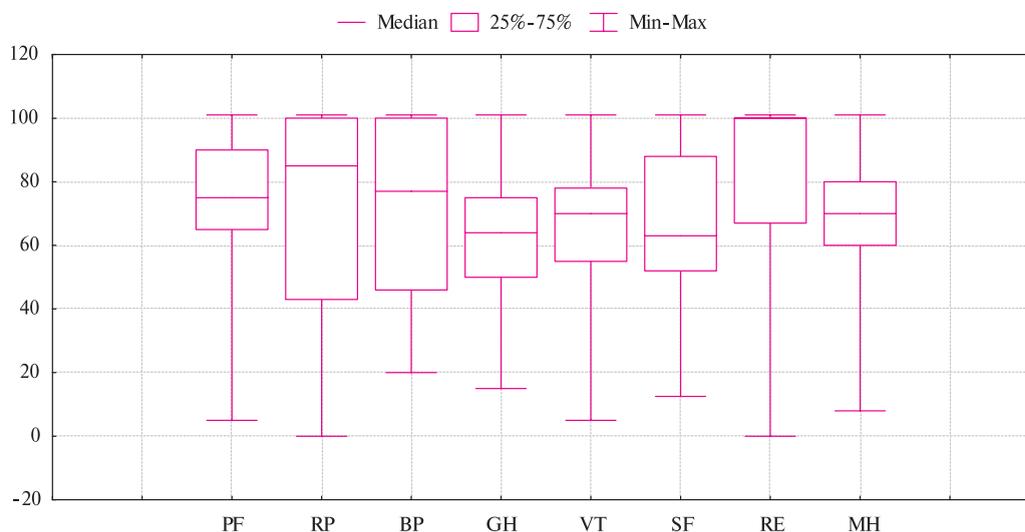


Рис. 1. Распределение показателей КЖ у больных ГБ до терапии амлодипином.

Таблица 3

Динамика изменения АД у больных ГБ с разной ст. АГ на этапах исследования

Визит Ст АГ	Визит В ₁ *	Визит В ₀ *	Визит В ₁ *
1 ст.	147 (5,7)/90,3 (1,1); 109,2 (2,3)	149 (5,3)/91,7 (3,1); 111,9 (2,5)	128,1 (5,7)/82,5 (2,6); 97,7 (2,5)
2 ст.	167,7 (5,7)/96,8 (6,9); 120,5 (5,2)	171,5 (5,3)/98,2 (6,4); 125,3 (5,8)	127,9 (6,5)/82,1 (2,5); 97,4 (2,6)
3 ст.	187,9 (7,6)/100,1 (7,2); 129,4 (5,1)	188,6 (7,8)/101,2 (7,2); 131,1 (4,7)	130,4 (3,7)/83,6 (2,3); 99,2 (1,3)

Примечание: * — результаты указаны в виде среднего значения (среднее квадратическое отклонение).

состояний, психологическом неблагополучии больных ГБ.

При анализе показателей КЖ в гр., составленных на основании разных ст. повышения АД, статистически значимые различия ($p < 0,05$) определяются по шкалам PF, GH, VT, SF, MH (рисунок 2).

Изменение показателей шкалы PF коррелирует со степенью АД: чем выше уровень АД, тем ниже оценочные параметры этой шкалы, что может указывать на ограничение выполнения физических нагрузок (ФН) пациентами с повышенным АД. Та же тенденция прослеживается и в отношении шкалы SF, характеризующей социальную активность пациентов. Из полученных результатов следует, что пациенты с ГБ в некоторых случаях в силу своего заболевания ограничивают общение с семьей, друзьями, соседями и в коллективе, причем вынуждены это делать преимущественно пациенты с высокими цифрами АД (PF у больных с 1 ст. АГ — 76% (72%; 81%), 2 ст. — 67,5% (63%; 76,5%), 3 ст. — 59% (53%; 67,5%).

У обследованных больных выявляются и снижение показателей психологического компонента здоровья (MH), что может свидетельствовать о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психологическом неблагополучии. Низкие показатели по этой шкале были отмечены у больных со 2 и 3 ст. АГ. По всей видимости, существует обратная связь между

уровнем положительных эмоций и величинами АД, которые зачастую определяют субъективную оценку состояния своего здоровья. У этой же когорты больных отмечаются низкие показатели по шкале VT — шкале жизненной активности. Ощущение себя полным сил и энергии определяется намного чаще у пациентов с 1 ст. АГ, и, наоборот, при более высоких значениях АД быстрее развивается утомление, снижение жизненной активности: VT у больных с 1 ст. АГ — 67,5% (52%; 76,5%), 2 ст. — 54% (40,5%; 67,5%), 3 ст. — 58% (45%; 67,5%).

При оценке разных параметров КЖ доминирующим при изучении влияния АГТ считается шкала GH, дающее представление об общем состоянии здоровья, субъективной оценке состояния своего здоровья самим пациентом. Выявлено прогрессирующее снижение этого показателя по мере роста АД: GH у больных с 1 ст. АГ — 72% (63%; 76,5%), 2 ст. — 56% (47%; 63%), 3 ст. — 43% (36%; 54%). Учитывая эту закономерность, у пациентов с АГ 3 ст. определяется самая низкая оценка как своего состояния (что логично, учитывая высокое АД), так и перспектив своего лечения. Безусловно, это стоит учитывать при АГТ, поскольку низкая оценка перспектив лечения зачастую на практике означает отсутствие требуемого комплайенса, а, следовательно, неэффективность терапии.

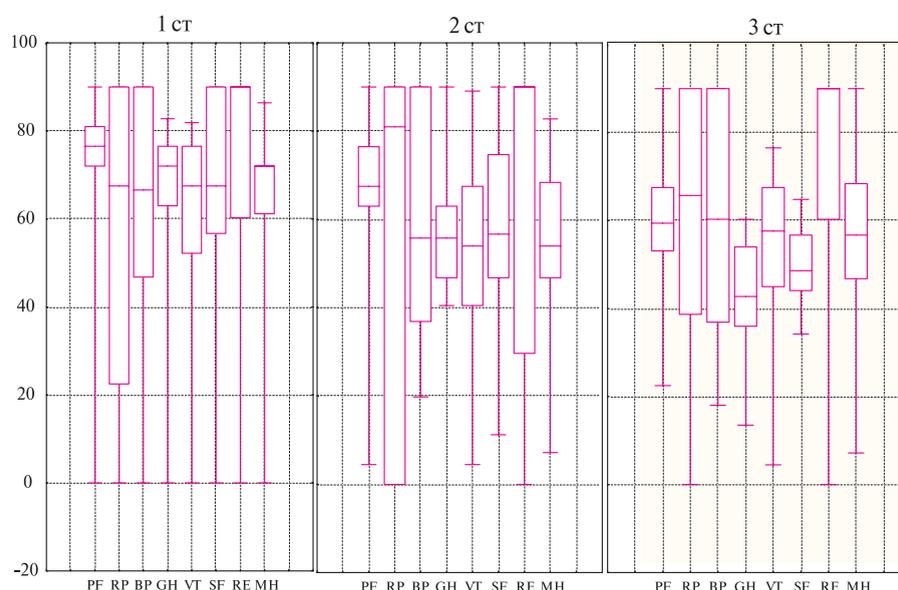


Рис. 2 Распределение показателей КЖ у больных с разной ст. АГ.

Таблица 4

Динамика изменений показателей КЖ после терапии амлодипином

Показатель КЖ		До лечения**	После лечения**	Уровень достоверности, p
PF	1 ст.	76,5 (72; 81)	73 (70; 78)	0,3
	2 ст.	67,5 (63; 76,5)	63 (59; 71)	0,12
	3 ст.	50,5 (45; 57)	59 (53; 67,5)	0,01
RP	1 ст.	67,5 (22,5; 90)	65 (23; 91)	0,12
	2 ст.	81 (0; 90)	82 (0; 91)	0,3
	3 ст.	66 (39; 90)	66 (39; 91)	0,19
BP	1 ст.	67 (47; 90)	72 (47; 91)	0,07
	2 ст.	56 (37; 90)	56 (37; 91)	0,4
	3 ст.	60 (37; 90)	66 (41; 100)	0,1
GH	1 ст.	72 (63; 76,5)	91 (88; 100)	0,006
	2 ст.	56 (47; 63)	64 (53; 72)	0,002
	3 ст.	43 (36; 54)	37 (31; 47)	0,1
VT	1 ст.	67,5 (52; 76,5)	62 (47; 73)	0,1
	2 ст.	54 (41; 67,5)	54,5 (41; 68)	0,09
	3 ст.	58 (45; 67,5)	58 (45,5; 68)	0,07
SF	1 ст.	67,5 (57; 90)	74 (57; 91)	0,12
	2 ст.	57 (47; 75)	47 (39; 62)	0,001
	3 ст.	49 (44; 57)	42 (38,5; 49)	0,02
RE	1 ст.	90 (60; 90)	90 (30; 90)	0,2
	2 ст.	90 (30; 90)	91 (30; 91)	0,18
	3 ст.	90 (60; 90)	91 (61; 91)	0,03
MH	1 ст.	72 (61; 72)	86 (73; 97)	0,01
	2 ст.	54 (47; 68)	54,5 (47; 69)	0,08
	3 ст.	57 (47; 68)	57 (47; 69)	0,6
СБ	1 ст.	-1 (-3; 0)	-1 (-2; -1)	0,12
	2 ст.	-3 (-6; -1)	-3 (-6; -1)	0,1
	3 ст.	-4 (-10; -1)	-3 (-8; 0)	0,01

Примечание: ** — результаты указаны в виде медианы (интерквартильный размах 25-й и 75-й процентиля).

Во всех исследуемых гр. определяются низкие показатели СБ, также коррелирующие со ст. повышения АД: у больных с 1 ст. АГ — -1 (-3; 0), 2 ст. — -3 (-6; -1), 3 ст. — -4 (-10; -1). При анализе ответов на специализированный опросник выявлено, что подавляющее большинство пациентов (74%) не считает свою жизнь вполне полноценной и связывают это частично со своим заболеванием, причем конкретно с необходимостью лечиться: необходимостью обращаться к врачу, принимать лекарства и др. В разделе изменения в жизни, связанные с АГ, пациенты особенно обращают внимание на возможное снижение заработной платы (81%), необходимость ограничить курение или отказаться от него (37%).

Таким образом, КЖ больных ГБ определяется ст. АГ: ухудшение КЖ отмечается уже при 1 ст. повышения АД, наихудшие показатели КЖ наблюдаются при АГ 3 ст., что коррелирует с результатами, полученными другими авторами [9]. Проведенный корреляционный анализ указывает на наличие статистически достоверных отрицательных корреляций между уровнем ДАД и показателями КЖ по шкалам GH и BP ($r=-0,32$ и $r=-0,30$, соответственно).

По результатам обследования на визите В₁ 49 пациентов достигли целевого уровня АД (таблица 3). ПЭ в этой гр. больных зарегистрированы не были.

Следует отметить, что среди достигших целевого уровня АД почти поровну вошли больные с АГ 1-3 ст.: АГ 1 ст. — 16 (32%), АГ 2 ст. — 20 (38%),

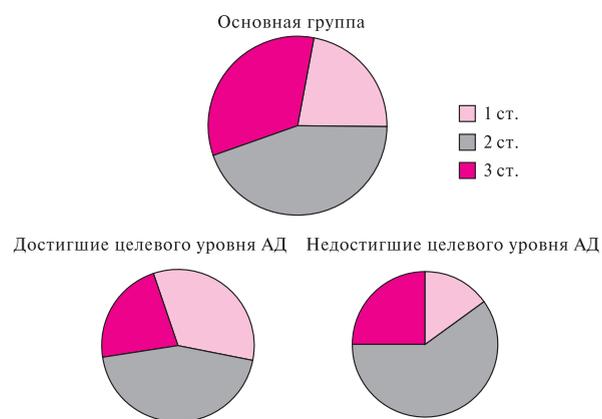


Рис. 3 Распределение больных в зависимости от ст. АГ.

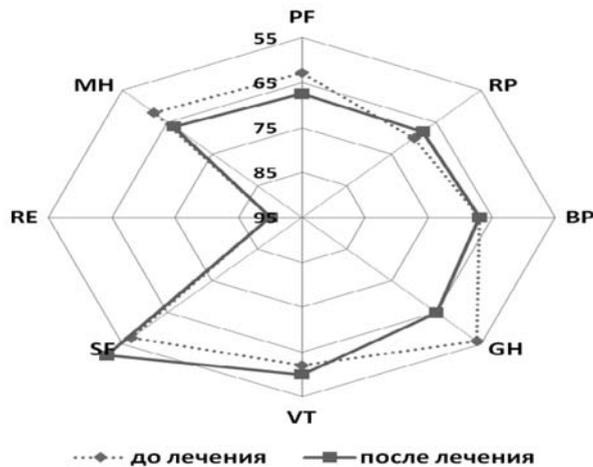


Рис. 4 Сравнение показателей КЖ у больных ГБ до и после терапии амлодипином (оси составлены в обратном порядке значений).

АГ 3 ст. — 14 (28%). Однако если провести детальный анализ гр., составленных в зависимости от ст. повышения АД до начала терапии, выявляется, что среди пациентов с исходной АГ 1 ст. на фоне монотерапии амлодипином 80% достигли целевых значений АД; среди больных АГ 2 ст. целевого АД достигли 43%, при 3 ст. АД — лишь 42% пациентов (рисунок 3). 14 больных достигли “целевых” значений АД при приеме амлодипина в дозе 5 мг/сут., 83 больных (85,6%), согласно протокола, самостоятельно увеличили дозу амлодипина до 10 мг/сут. При этом 48 (49,5%) больных, получавших амлодипин в дозе 10 мг/сут., “целевых” значений АД на визите В₁ не достигли: у них регистрировались следующие значения САД/ДАД; срАД: 150,1 (14,7)/90,9 (5,5) мм рт.ст.; 110,7 (7,7) мм рт.ст.

Обращает внимание достаточно высокий процент больных АГ 3 ст. (42%), достигших целевых значений на фоне монотерапии амлодипином. Доминирующее большинство исследований по оценке монотерапии ГБ в качестве критерия не включения в исследование выбирают тяжелую АГ (3 ст. повышения АД). Видимо, такой выбор связан с позицией Национальных и Европейских рекомендаций по диагностике и лечению АГ, в которых рекомендуется больным с таким АД в качестве стартовой терапии выбирать сразу комбинацию ≥ 2 АГП [10]. Вместе с тем, известны клинические исследования, причем отечественные, в которых также изучалась эффективность монотерапии для лечения АГ 3 ст. В исследовании ЭТНА Плюс изучалась антигипертензивная эффективность и безопасность лечения (амлодипином) у больных АГ разных возрастных гр. в реальной клинической практике. Исходно у 27% пациентов, включенных в исследование, была диагностирована АГ 3 ст. После 6 нед. монотерапии амлодипином 3 ст. повышения АД регистрировалась только у 2% пациентов, а к 16 нед. терапии 87% всех принявших в исследовании участие достигли целевых величин АД [11].

В настоящем исследовании после терапии амлодипином отмечается прирост показателей КЖ по шкалам GH и PF, что может указывать на изменение позиции пациента к АГ — более оптимистичный взгляд на перспективы лечения, повышение приверженности. Положительный эффект терапия оказывает и на психическое здоровье (шкала MH), уменьшая частоту депрессивных и тревожных состояний, что особенно важно, учитывая мнение ряда авторов, подчеркивающих воздействие АГ на эту сферу КЖ пациентов [7,12] (рисунок 4). Улучшение КЖ после терапии амлодипином, проявляющееся снижением тревоги, приведено в других работах [13]. Между тем, в некоторых исследованиях были получены обратные результаты: в одном из них при использовании амлодипина у больных АГ регистрировалось улучшение физической составляющей КЖ (по шкалам BP ($p < 0,001$) и ролевого PF ($p < 0,01$)), оставляя практически неизменным восприятие социального благополучия ($p > 0,05$), усиление тревоги за состояние собственного здоровья и ухудшение общего фона настроения ($p < 0,05$) [14]. Однако стоит отметить, что данные результаты были получены у пациентов более молодого возраста (средний возраст — $22,45 \pm 2,15$ года), в исследование не были включены больные с 3 ст. АГ, кроме того, оценивалось влияние более длительной терапии амлодипином (24 нед.).

Таким образом, после терапии амлодипином регистрируется улучшение показателей, характеризующих физический компонент КЖ (шкалы GH, PF). Однозначно оценить влияние проведенного лечения на психологический компоненты здоровья не представляется возможным. Отмечается уменьшение значений шкалы SF, что, возможно, свидетельствует о снижении уровня общения больных после терапии амлодипином. Учитывая неоднозначность изменений психологического компонентов КЖ на фоне АГТ амлодипином, особый интерес вызывает изменение разных сфер КЖ у пациентов с различной ст. повышения АД (таблица 4).

У пациентов с АГ 1 ст. после проведенной терапии определяется статистически достоверное увеличение показателей КЖ по шкалам GH и MH. Вероятно, достижение “целевых” значений АД у больных с 1 ст. АГ ассоциируется с улучшением субъективной оценки больным состояния своего здоровья. Важно, что прирост по шкале GH может указывать и на более оптимистичный взгляд самих больных на перспективы лечения, что, как правило, определяет высокую приверженность назначенной терапии. На этом позитивном эмоциональном фоне вполне логичным кажется увеличение значений MH, являющегося индикатором положительных эмоций.

При 2 ст. АГ также определяется увеличение показателей шкалы GH, что, возможно, указывает на то, что пациенты в целом позитивно оценивают

назначенную АГТ и ее влияние на свое здоровье. Между тем, у той же гр. пациентов выявляется статистически достоверное снижение значений шкалы SF, что может свидетельствовать об ограничении социальных контактов. Принимая во внимание появление таких изменений после терапии амлодипином и положительную динамику по шкале GH, создается впечатление, что ограничение социальной активности у пациентов с АГ 2 ст. возможно связано не только с самим заболеванием, но и с назначенным лечением. Между тем, не представляется возможным разграничить влияние на данный аспект КЖ АГТ как таковой и рекомендаций по изменению образа жизни. Возможно, именно необходимость изменить свой образ жизни в некоторых случаях может субъективно расцениваться пациентами как фактор, ограничивающий общение.

В гр. больных с 3 ст. АГ на фоне АГТ отмечается снижение показателей SF, RE, а также СБ. Необходимость ограничить социальные контакты (снижение показателей шкалы SF) в итоге ухудшает эмоциональное состояние, что мешает выполнению повседневной деятельности (снижение показателей шкалы RE). Таким образом, у больных с 3 ст. АГ после АГТ выявляются признаки снижения показателей, касающихся психологического компонента КЖ. Вместе с тем, регистрируется статистически достоверное повышение показателей шкалы физического компонента — PF. Это может объясняться выводами крупных, рандомизированных исследований,

доказавших, что при назначении пролонгированных дАК улучшается переносимость ФН вследствие снижения АД, уменьшения периферического сосудистого сопротивления, в результате чего сокращается потребность миокарда в кислороде при физической работе [15].

Выводы

У больных ГБ определяются исходно низкие показатели КЖ, особенно по шкалам общего здоровья, жизнеспособности и психического здоровья. Вероятно, изменение показателей КЖ обратно коррелирует со ст. АГ.

Монотерапия амлодипином улучшает физический компонент КЖ (шкалы общего здоровья GH, физического функционирования PF), но неоднозначно влияет на душевное благополучие (улучшаются показатели по шкале психического здоровья MH, но уменьшаются — по шкале социального функционирования SF).

Лучше всего монотерапия амлодипином оказывает влияние на показатели КЖ больных АГ 1 ст., возможно, она отрицательно влияет на КЖ у пациентов с 2 и особенно 3 ст. АГ, негативно отражаясь на сферах психического здоровья.

В связи с вышеперечисленным, проведение мониторинга КЖ в процессе АГТ может существенно повлиять не только на приверженность лечению, но и на создание мотивации к его длительному назначению.

Литература

1. Рунихина Н.К., Ткачева О.Н. Амлодипин: возможности снижения риска осложненной артериальной гипертензии. Справ поликлин врача 2010; 1: 17-20.
2. Николаев Н.А. Доказательная гипертензиология: количественная оценка результата антигипертензивной терапии. Издательство "Академия Естествознания" 2008.
3. Кобер Д.В., Соловьёва Н.В. Влияние гипотензивной терапии на показатели качества жизни и результаты СМАД у пациентов с умеренной и тяжелой артериальной гипертензией. Вест новых мед технологий 2007; XIV (2): 33-4.
4. Андреева Г.Ф. Влияние гипотензивных препаратов на качество жизни больных артериальной гипертензией. РФК 2009; 5(2): 55-8.
5. Шупина М.И., Повстяная А.Н. Методические рекомендации для врачей под редакцией проф. Г.И.Нечаевой. Применение способа индивидуальной оценки совокупности параметров для ранней диагностики АГ у молодых людей. Омск 2005; 28 с.
6. Кашерининов Ю. Р., Шаваров А. А., Виллевалде С. В. и др. Качество жизни у больных гипертонической болезнью на фоне терапии рилменидином в сравнении с атенололом. Артер гипертензия 2004; 10(4): 211-3.
7. Нечаева Г.И., Терещенко Ю.В., Логинов Л. Е. Опыт применения амлодипина у лиц молодого возраста с артериальной гипертензией. Леч врач 2010; 2: 17-20.
8. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. Издание 15, 2009, с. Б-243.
9. Trevisol, Daisson J; Moreira, et al. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J Hypertension 2011; 29(2):179-88.
10. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Приложение 2 к ж "Кардиоваск тер профил" 2008; 7(6).
11. Вёрткин А.Л., Скотников А.С. Роль антагонистов кальция III поколения в лечении артериальной гипертензии у пациентов с кардиоваскулярной патологией. РМЖ. Кардиология 2010; 18(3): 113-8.
12. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. Москва 2005; 777 с.
13. Шуникова М.И. Сравнительная оценка органопротективных свойств фозиноприла, амлодипина и метопролола у больных артериальной гипертензией. Cons med 2008; 10 (11): 30-5.
14. Терещенко Ю.В., Нечаева Г.И., Логинова Е.Н. Артериальная гипертензия у лиц молодого возраста: клиническая эффективность амлодипина. Материалы международного конгресса "Кардиология на перекрестке наук". Тюмень 2010; 19-21.
15. Blood pressure Lowering treatment Trialists Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other bloodpressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Lancet 2000; 355: 1955-64.