



ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА І КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

№ 3 (68), 2015

Експериментальна і клінічна медицина

Науково-практичний журнал
Періодичність видання – 4 рази на рік
Заснований у вересні 1998 р.

**Засновник, редакція та видавець –
Харківський національний
медичний університет**

Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу ЗМІ
КВ № 16434-4905ПР від 21.01.10
Журнал віднесено до наукових фахових
видань України в галузі медичних наук
(додаток 10 до наказу Міністерства освіти
і науки України від 12.05.15 № 528)

Редактор *В.М. Ходоревська*
Комп'ютерне верстання *Л.К. Сокол*

Адреса редакції та видавця:
61022, Харків, просп. Леніна, 4
Тел. (057) 707-73-00
e-mail: ekm.kharkiv@mail.ru

Свідоцтво про внесення до Державного
реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 3242 від 18.07.2008 р.

Номер рекомендовано до друку
Вченою радою ХНМУ
(протокол № 9 від 17.10.15)

Підписано до друку 18.10.15
Ум. друк. арк. 11,00
Обл.-вид. арк. 12,50
Формат 60x84 1/8. Папір офс. Друк. офс.
Тираж 500 пр. Зам. № 15-3333

Надруковано у редакційно-видавничому
відділі ХНМУ

© Експериментальна і клінічна
медицина, 2015

Головний редактор *В.М. ЛІСОВИЙ*

Перший заступник головного редактора
В.В. М'ясоєдов

Заступники головного редактора:
В.А. Капустник, О.М. Ковальова, В.О. Сипливий

Відповідальний секретар *О.Ю. Степаненко*

Редакційна колегія

*В.І. Жуков, Г.М. Кожина, В.М. Козько,
В.О. Коробчанський, І.А. Криворучко,
В.А. Огнєв, Ю.С. Паращук, Є.М. Рябоконт,
Г.С. Сенаторова, І.А. Тарабан, Т.В. Фролова*

Редакційна рада

*Н.М. Андон'єва (Харків), О.Я. Бабак (Харків),
П.А. Бездітко (Харків), О.М. Біловол (Харків),
В.В. Бойко (Харків), Джєнс П. Бонд (Копенгаген, Данія),
Ірина Бьоккельман (Німеччина)
В.О. Вишневський (Москва, РФ), П.В. Волошин (Харків),
О.Я. Гречаніна (Харків), І.Я. Григорова (Харків),
Ю.В. Думанський (Донецьк–Красний Лиман)
Д.І. Заболотний (Харків), Н.І. Жернакова (Белгород, РФ),
М.О. Колесник (Київ), М.О. Корж (Харків),
І.Ф. Костюк (Харків), В.В. Лазоришинець (Київ),
В.І. Лупальцов (Харків), В.Д. Марковський (Харків),
С.Ю. Масловський (Харків), В.В. Мінухін (Харків),
М.І. Пилипенко (Харків), Г.П. Рузін (Харків),
А.М. Сердюк (Київ) Данієла Стрітт (Кройцлінген, Швейцарія)
А.О. Терещенко (Харків), Ю.І. Фещенко (Київ)*

Харків • ХНМУ • 2015

УДК 615.225:616.12-008.331.1

Д.В. Шорикова

*Буковинский государственный медицинский университет,
Больница скорой медицинской помощи «Университетская клиника», г. Черновцы*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ – ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Проведена сравнительная оценка динамики качества жизни у больных с артериальной гипертензией по результатам опросника SF-36 в зависимости от метода лечения – базисной антигипертензивной терапии и комплексной терапии добавлением препарата Валерин Кардио. Установлено, что в случае назначения комплексной антигипертензивной терапии с включением препарата Валерин Кардио отмечалось значимое повышение уровня качества жизни по шкалам, формирующим как физический, так и психологический компоненты здоровья (PF, RP, BP, GH, RE, VE, MH, SF) по сравнению с пациентами, получавшими только стандартную медикаментозную терапию, где отмечен недостоверный прирост показателей физической активности, физического и эмоционального ограничения ролевых функций, а также общего восприятия здоровья.
Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, опросник SF-36, базисная терапия, Валерин Кардио.

Артериальная гипертензия является одной из важнейших медицинских и социально-экономических проблем в кардиологии, выступая основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому фармакотерапия гипертонической болезни остается одним из ключевых моментов рекомендаций Европейского общества гипертензии и кардиологии [1]. Современная терапия АГ направлена, прежде всего, на предотвращение сердечно-сосудистых катастроф. Кроме того, в настоящее время все больше внимания уделяется качеству жизни больных [2]. Оценка качества жизни – новое и перспективное направление медицины, которое позволяет точно оценить нарушение состояния здоровья пациента, ясно представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить ожидаемый результат по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента, при этом анализируются все составляющие здоровья [3, 4]. Также высокий уровень качества жизни является залогом успешного лечения АГ.

В то же время исследований, направленных на изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью, оценку воз-

можностей не только базисной антигипертензивной терапии, но также комплексной фармакотерапии, способной изменить уровень физического, психического, эмоционального комфорта, повлиять на качество жизни кардиологических пациентов, на сегодняшний день проводилось недостаточно [5–7]. Таким образом, индивидуализированная фармакотерапия артериальной гипертензии должна предусматривать решение целого ряда тактических заданий, учитывающих не только симптоматику гипертонической болезни, снижение частоты гипертонических кризов, профилактику сердечно-сосудистых осложнений, но также улучшение качества жизни у больных артериальной гипертензией.

Цель исследования – проанализировать изменение показателей качества жизни у больных артериальной гипертензией по данным опросника SF-36, а также их динамику на фоне назначения базисной антигипертензивной терапии в сравнении с комплексной терапией при включении в схему лечения препарата Валерин Кардио.

Фармакодинамика препарата Валерин Кардио. Фармакологическое действие Валерин Кардио определяется биоактивными свойствами лекарственных растений, входящих в состав этого препарата. Мелисса ле-

© Д.В. Шорикова, 2015

карстенная (*Melissa officinalis* L.) содержит эфирные масла, оказывающие седативное действие; олановая и урсоловая кислоты в составе Melissa предупреждают перепады кровяного давления [7, 8]. Валериана лекарственная (*Valeriana officinalis* L.) оказывает седативное, транквилизирующее действие на центральную нервную систему, опосредованно регулируя сердечную деятельность [9]. Пустырник сердечный (*Leonurus cardiaca* L.), благодаря наличию в своем составе флавоноидов и стероидных гликозидов, уменьшает возбудимость нервной системы, замедляет ритм и увеличивает силу сердечных сокращений, оказывает седативное, гипотензивное и общее кардиотоническое действие [10]. Пассифлора (*Passiflora*) содержит пассифлорин, который обладает успокоительным действием на нервную систему, расширяет коронарные сосуды, улучшая трофику сердца [11, 12]. Магний регулирует сердечный ритм, снижает артериальное давление. Витамин B6 улучшает усвоение магния и его метаболизм, обладает способностью фиксировать магний в клетке. Витамин C повышает иммунитет и сопротивляемость организма, способствует снижению атерогенных фракций липопротеидов. Витамины B1, B2, B6, B12 необходимы для нормального метаболизма, снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материал и методы. Обследован 51 пациент с гипертонической болезнью, средний возраст – (46,15±7,4) года, поступили в терапевтическое отделение № 1 «Университетской клиники» на базе больницы скорой медицинской помощи г. Черновцы. Для верификации диагноза использовали следующие методы: клинично-инструментальные (опрос, объективное исследование, регистрация уровня артериального давления, электрокардиография, эхокардиография), а также клинично-лабораторные. Верификацию диагноза и стадии гипертонической болезни проводили с использованием критериев, рекомендованных Европейским обществом гипертонии и кардиологии (ESH – ESC Guidelines, COMMITTEE, 2013) [1].

Для оценки качества жизни пациентов с артериальной гипертонией использовали опросник Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36, русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Международным центром исследования качества жизни). Данный опросник позволяет оценить

субъективную удовлетворенность больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием. Пациентам было предложено заполнить анкету по SF-36 в день поступления, а также через две недели стационарного лечения на фоне комплексной фармакотерапии. SF-36 дает возможность оценить качество жизни по восьми параметрам: физическое функционирование – PF (Physical Functioning); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, – RP (Role-Physical Functioning); телесная боль – BP (Bodily pain); общее здоровье – GH (General Health); жизненная активность – VT (Vitality); социальное функционирование – SF (Social Functioning); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, – RE (Role-Emotional), и психическое здоровье – MH (Mental Health) [13].

Всем пациентам назначалась базисная антигипертензивная терапия (рамиприл – 20 чел., эналаприл – 31 чел.) в индивидуально переносимой дозе, зависимой от клинического течения заболевания и уровня исходного артериального давления. После первичного обследования и назначения базисной терапии больные были разделены на группы контролируемого наблюдения: 1-я группа, в которой применялась только базисная антигипертензивная терапия (n=24), а также 2-я группа комплексной фармакотерапии, в которой на фоне базисной терапии назначался препарат Валерин Кардио в дозе 500 мг 2 раза в день в течение 15 дней (n=27). Разница распределения среди пациентов, принимавших рамиприл и эналаприл, между группами 1-й и 2-й была недостоверной.

Полученные данные статистически обработали с использованием t-критерия Стьюдента. Показатели имели нормальное распределение, поэтому представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – стандартное отклонение. Разницу показателей считали статистически достоверной при $p < 0,05$ [14].

Результаты и их обсуждение. При первом визите пациентов, кроме общеклинического, проводилось инструментальное исследование, заполнялись карты информированного согласия пациентов, анкета опросника SF-36 [15].

Измерительная модель, лежащая в основе конструкции SF-36, имеет три уровня: 1) пункты (вопросы); 2) восемь шкал, каждая из которых объединяет от 2 до 10 пунктов;

3) два суммарных измерения, которые объединяют вместе шкалы. При обработке результатов полученные ответы по всем 36 пунктам формируют 8 шкал. Пункты, относящиеся к каждой определенной шкале, суммируются и преобразуются в значение от 0 до 100, где 100 – максимальное значение, 0 – минимальное. Более высокие баллы представляют более высокий уровень здоровья.

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

2. Физическое ограничение ролевых функций (Role limitations due to physical health – RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Физическая боль (Body Pain – BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. Общее восприятие здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Эмоциональное ограничение ролевых функций (Role limitations due to emotional problems – RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.).

6. Жизненная сила (Vital energy – VE) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

7. Психическое здоровье (Mental Health – MH) – характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

8. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

Параметры группируются в два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

• физический компонент здоровья (Physical health – PH). Составляющие шкалы: 1) физическое функционирование; 2) ролевое функционирование, обусловленное физи-

ческим состоянием; 3) интенсивность боли; 4) общее состояние здоровья;

• психологический компонент здоровья (Mental Health – MH). Составляющие шкалы: 1) психическое здоровье; 2) ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; 3) социальное функционирование; 4) жизненная активность.

Каждый пункт использовался в обработке баллов только одной из шкал. На основе 8 шкал проводилась суммарная оценка физического и психического здоровья. Результаты SF-36 представлены в таблице.

Анализ полученных данных показал, что качество жизни снижается у всех больных с гипертонической болезнью по всем шкалам опросника SF-36. Наиболее низкие показатели получены по шкалам, формирующим физический компонент здоровья (RP и BP), причем разница исходных показателей между группами по всем шкалам была недостоверной ($p_1 > 0,05$). Исходные результаты свидетельствуют о том, что физическое состояние у больных с артериальной гипертензией оказывает значительное отрицательное влияние на их активность и повседневную ролевую деятельность.

Данные усредненных показателей по шкалам ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием; психического здоровья; социального функционирования показали, что гипертоническая болезнь усугубляет нарушение качества жизни больного, также оказывая отрицательное влияние на психологический компонент здоровья, и вносит вклад в ограничение социальных контактов, ограничение выполнения повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального благополучия у таких больных.

В динамике лечения были получены результаты, свидетельствующие, что качество жизни больных с артериальной гипертензией напрямую зависит от клинического течения заболевания. В частности, по уровню «Физической активности» в группе базисной терапии отмечен прирост на 6,34 % ($p > 0,05$), в группе, где дополнительно назначался Валиерин Кардио, – на 24,2 % ($p < 0,05$). По шкале «Физическое ограничение ролевых функций» получено увеличение соответственно на 12,0 % ($p > 0,05$) и 60,6 % ($p < 0,05$). Уровень качества жизни по шкале «Физическая боль» повышался в 1,85 (1-я группа, $p < 0,05$) и 2,35 (2-я группа, $p < 0,05$) раза. «Общее восприятие

Качество жизни больных с гипертонической болезнью по данным опросника SF-36 в динамике базисной терапии, а также комплексной терапии с включением препарата Валерин Кардио

Параметры (шкалы) здоровья	Базисная терапия (n=24)		Базисная терапия+ Валерин Кардио (n=27)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Физическая активность (PF)	47,3±12,3	50,3±11,2 p>0,05	49,6±12,7	61,6±4,44 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05
Физическое ограничение ролевых функций (RP)	27,0±7,98	30,25±8,94 p>0,05	25,4±7,57	40,8±7,63 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05
Физическая боль (BP)	19,5±5,81	36,0±9,06 p<0,05	19,6±4,28	46,1±11,2 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05
Общее восприятие здоровья (GH)	40,5±13,5	43,2±8,30 p>0,05	40,4±9,1	56,0±7,83 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05
Эмоциональные проблемы в ограничении жизнедеятельности (RE)	41,3±9,26	44,1±10,1 p>0,05	38,3±9,1	48,2±9,0 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05
Жизненная сила (VE)	40,8±8,62	57,1±11,0 p<0,05	42,7±7,65	61,1±11,5 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05
Психическое здоровье (MH)	46,4±10,7	60,5±10,9 p<0,05	45,7±9,6	65,9±7,30 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05
Социальное функционирование (SF)	36,9±7,39	51,7±9,71 p<0,05	44,9±12,3	56,0±10,6 p<0,05 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05

Примечание. p – степень достоверности разницы показателей в динамике лечения; p₁ – достоверность различий между показателями качества жизни в 1-й и 2-й группах до лечения; p₂ – после лечения.

здоровья» увеличилось на 7,9 % в группе базисной терапии (p>0,05) и на 38,6 % в группе комплексной терапии (p<0,05). По шкале «Эмоциональные проблемы в ограничении жизнедеятельности» отмечена недостоверная динамика среди больных, получавших только базисную терапию (6,8 %, p>0,05), с достоверными изменениями у пациентов, где дополнительно назначался Валерин Кардио (25,8 %, p<0,05). Уровень «Жизненной силы» существенно увеличивался в обеих группах (39,9 и 43,1 %, p<0,05). По параметру «Психическое здоровье» достоверная динамика получена как в группе базисной терапии (30,4 %, p<0,05), так и в группе комплексной терапии (44,2 %, p<0,05) с более значительными

изменениями у больных, которым в комплексном лечении назначали препарат Валерин Кардио (p₂<0,05). По уровню «Социального функционирования» были получены достоверные результаты в обеих группах (30,4 и 44,2 %, p<0,05), хотя разницы между когортами отмечено не было (p₂>0,05).

Выводы

При оценке динамики качества жизни больных с артериальной гипертензией установлено, что в случае назначения комплексной антигипертензивной терапии с включением препарата Валерин Кардио отмечалось значимое повышение качества жизни по шкалам, формирующим как физический, так и

психологический компоненты здоровья (PF, RP, BP, GH, RE, VE, MH, SF) по сравнению с пациентами, получавшими только стандартную медикаментозную терапию, где отмечен недостоверный прирост показателей физической активности, физического и эмоционального ограничения ролевых функций, а также общего восприятия здоровья. В итоге, после динамического наблюдения у больных с артериальной гипертензией на фоне назна-

чения препарата Валерин Кардио отмечалось значительное улучшение качества жизни по опроснику SF-36, что сопровождалось уменьшением раздражительности, повышением эмоциональной устойчивости, повышением работоспособности.

Перспективность исследования. Препарат может быть рекомендован в комплексной терапии такого стресс-зависимого заболевания, как гипертоническая болезнь.

Литература

1. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, et al. // *Eur. Heart Jour.* – 2013. – Vol. 34. – P. 2159–2219.
2. The PADQOL: development and validation of a PAD-specific quality of life questionnaire / D. Treat-Jacobson, R.A. Lindquist, D.R. Witt, et al. // *Vasc. Med.* – 2012. – Vol. 17, № 6. – P. 405–415.
3. 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 / A. Dalfo Baque, X. Badia Llach, A. Roca-Cusachs Coll, et al. // *Aten. Primaria.* – 2000. – Vol. 26, № 2. – P. 96–103.
4. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for Portuguese (Brazil) / R.B. Schulz, P. Rossignoli, C.J. Correr, et al. // *Arq. Bras. Cardiol.* – 2008. – Vol. 90, № 2. – P. 127–131.
5. Комплаентность пациентов с артериальной гипертензией при применении препаратов, повышающих качество жизни / М. Соболева, Е. Слободенюк, И. Букатова и др. // *Врач.* – 2012. – № 3. – С. 68.
6. Садыкова Д.И. Качество жизни подростков с эссенциальной артериальной гипертензией / Д.И. Садыкова, И.Я. Лутфуллин // *Педиатрическая фармакология.* – 2009. – Т. 6, № 4. – С. 117–119.
7. Does melissa officinalis cause withdrawal or dependence? / K. Demirci, M. Akgonul, A. Demirdas, et al. // *Med. Arch.* – 2015. – Vol. 69, № 1. – P. 60–61.
8. Pharmacokinetics, Safety and Tolerability of Melissa officinalis Extract which Contained Rosmarinic Acid in Healthy Individuals: A Randomized Controlled Trial / M. Noguchi-Shinohara, K. Ono, T. Hamaguchi, et al. // *PLoS One.* – 2015. – Vol. 10, № 5. – e0126422.
9. Hadley S. Valerian // S. Hadley, J.J. Petry // *Am. Fam. Physician.* – 2003. – Vol. 67, № 8. – P. 1755–1758.
10. The effect of Leonurus cardiaca herb extract and some of its flavonoids on mitochondrial oxidative phosphorylation in the heart / J. Bernatoniene, D.M. Kopustinskiene, V. Jakstas, et al. // *Planta Med.* – 2014. – Vol. 80, № 7. – P. 525–532.
11. Chemical studies on curuba (*Passiflora mollissima* (Kunth) L. H. Bailey) fruit flavour / N. Conde-Martinez, D.C. Sinuco, C. Osorio // *Food Chem.* – 2014. – Vol. 157. – P. 356–363.
12. Medicinal potential of *Passiflora foetida* L. plant extracts: biological and pharmacological activities / M. Asadujjaman, A.U. Mishuk, M.A. Hossain, et al. // *J. Integr. Med.* – 2014. – Vol. 12, № 2. – P. 121–126.
13. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski. – The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993. – 28 p.
14. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиа-сфера, 2004. – 312 с.
15. Чернявская Т. Повышение комплаентности и качества жизни пожилых пациентов с артериальной гипертензией / Т. Чернявская // *Врач.* – 2010. – № 5. – С. 20–24.

Д.В. Шорікова

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ – МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

Проведена порівняльна оцінка динаміки якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію за результатами опитувальника SF-36 в залежності від метода лікування – базисної антигіпертензивної терапії і комплексної терапії із додаванням препарату Валерин Кардіо. Встановлено, що в разі

призначення комплексної антигіпертензивної терапії з додаванням препарату Валерин Кардіо відбувається значуще підвищення рівня якості життя за шкалами, що формують як фізичний, так і психологічний компоненти здоров'я (PF, RP, BP, GH, RE, VE, MH, SF) порівняно з пацієнтами, що отримували тільки стандартну медикаментозну терапію, де відмічено невірогідний приріст рівня фізичної активності, фізичного та емоційного обмеження рольових функцій, а також загального сприйняття здоров'я.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, якість життя, опитувальник SF-36, базисна терапія, Валерин Кардіо.

D.V. Shorikova

QUALITY OF LIFE AT PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND POTENTIAL OF COMPLEX PHARMACOTHERAPY

The comparative research of life quality due to the Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36) at the patients with essential hypertension in depend of the basic antihypertensive therapy and complex therapy with addition of the Valerin Cardio is presented in the article. It is set the meaningful increase of life quality on scales, forming both physical and psychological components of health (PF, RP, BP, GH, RE, VE, MH, SF) in comparing to patients, getting standard antihypertensive therapy, were is marked the unreliable increase of indexes of physical activity, emotional status and general of health perception.

Key words: arterial hypertension, quality of life, SF-36, basic therapy, Valerin Cardio.

Поступила 25.08.15