

УДК 616.12 – 008.331.1 – 07

*М. В. Антонюк
О. П. Букач
Л. П. Сидорчук
О. В. Кушнір
О. М. Коровенкова*

ПОЛІМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В СЕСТРИНСЬКІЙ ТА ЗАГАЛЬНО- ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

Ключові слова: артеріальна
гіпертензія, коморбідність, якість
життя, тривожність.

Мета. Оцінити коморбідний статус, якість життя (ЯЖ) та тривожність хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) у сестринській та загально-лікарській практиці. **Дизайн/підхід.** У проспективному дослідженні взяло участь 100 хворих на ЕАГ II і III стадій тяжкості: 37,0% (37) осіб – із ЕАГ II, 63,0% (63) – із ЕАГ III ст.; 49,0% (49) жінок і 51,0% (51) чоловіків, середній вік – 59,6±4,24 року, тривалість захворювання від 4-х до 25-и років. Коморбідну обтяженість оцінювали за індекс коморбідності (ІК) Чарлсона та кумулятивним індексом захворювань CIRS. ЯЖ аналізували за опитувачем SF-36 (ВООЗ). Рівень тривожності реактивної (Тр), особистісної (То) – за методом Ч. Спілбергера. **Результати.** Зміни показників тривожності у хворих на ЕАГ характеризуються підвищенням як Тр, так і То зі стійким превалюванням останньої на рівні “висока”. Тр вірогідно зростає у хворих на ЕАГ III на 14,5% ($p < 0,05$), та у таких із віко-незалежним ІК Чарлсона $e^{+4,0\%}$ – на 6,2% ($p < 0,05$); кумулятивний індекс захворювань CIRS $e^{+2,5}$ балів асоціює зі збільшенням То та Тр на 15,1% і 19,2% відповідно. У хворих на ЕАГ погіршуються показники ЯЖ за рахунок фізичного, психічного і соціального компонентів, особливо фізичного та психічного здоров'я. ІК Чарлсона $e^{+4,0\%}$ асоціює зі зниженням показників фізичного здоров'я у 1,8-2,0 разу ($p < 0,001$), соціальної активності – у 1,4 разу ($p < 0,001$), психічним здоров'ям і життєздатністю – у 1,45-2,4 разу ($p < 0,001$), без суттєвого впливу на загальну оцінку здоров'я та у порівнянні з минулорічним станом. **Обмеження дослідження/наслідки.** Обмеження дослідження зумовлені особистісно-орієнтованою самооцінкою пацієнта окремих показників ЯЖ та власної тривожності / наслідки шкідливого впливу дослідження на життя і здоров'я пацієнтів відсутні. **Оригінальність / значення.** Дослідження оригінальне, надає дані про впливу коморбідності на ЯЖ і тривожність у хворих на ЕАГ.

Вступ

Популярність коморбідних станів у загальній популяції становить від 69% у молодих, до 93% в осіб середнього віку і до 98% – у пацієнтів похилого та старечого віку [2, 7]. Поліморбідна патологія хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) часто зустрічається в сестринській та загально-лікарській практиці. У середньому на 1 хворого на АГ припадає 2,3±0,2 супутніх захворювань [2]. Більшість пацієнтів із цією недугою проходять лікування в амбулаторних (поліклінічних) умовах. Однак, виникає ряд проблем із ранньою діагностикою супутніх обтяжливих станів АГ, лікуванням мультиморбідного пацієнта та можливостями для вторинної профілактики.

Не менш важливим в аспекті ініціювання нових та хронізації супутніх захворювань є високий

рейтинг психосоціальних стресів, котрі впливають на якість життя таких пацієнтів. За даними експертів ВООЗ “нереалізований” стрес, як один із ризик-чинників, підвищує ймовірність розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) у соціально-активних осіб утричі. У прогнозах ВООЗ смертність від ССЗ до 2020 року виросте до 37% [1]. У зв'язку з цим індивідуальна стратегія терапевтичного ведення хворих на АГ повинна базуватись на оцінці факторів ризику. Однак, виникає наступна проблема – низький комплаєнс (compliance) та адгеренс (adherence) хворих до лікування [3, 6, 8, 12]. Їх причини чисельні, в тому числі важливими є наявні супутні захворювання і суб'єктивна оцінка хворим власного самопочуття, яка віддзеркалює здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно свого

соціального становища та отримувати задоволення від життя [с.4, с.13].

Мета дослідження

Оцінити коморбідний статус, якість життя (ЯЖ) та тривожність хворих на есенціальну АГ (ЕАГ) у сестринській та загально-лікарській практиці.

Матеріал і методи

Дослідження проводили з дотриманням основних положень GCP (1996), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи виконання наукових медичних досліджень за участю людини і Наказу МОЗ України №690 від 23.09.2009 р., за наявної інформованої згоди пацієнта про участь у дослідженнях.

Відбір пацієнтів та розподіл по групах за ураженням органів-мішеней і появи ускладнень ЕАГ здійснювали відповідно до класифікації вітчизняних та Європейських товариств кардіології та гіпертензії (ESC, ESH 2010). Етап скринінг пройшли 100 хворих на ЕАГ II і III стадій тяжкості (BOO3, 1999), високого і дуже високого серцево-судинного ризику, у котрих через сім днів після відміни антигіпертензивних препаратів середнє значення офісного АТ, виміряного відповідно до вимог вітчизняних та Європейських товариств гіпертензії та кардіології (ESH, ESC, 2009), перевищувало 140/90 мм рт.ст. [6, 8, 10]. Серед пацієнтів 37,0% (37) осіб – із ЕАГ II, 63,0% (63) – із ЕАГ III ст.; 49,0% (49) жінок і 51,0% (51) чоловіків, середній вік – 59,6±4,24 року, тривалість захворювання від чотирьох до 25 років (у середньому 15,2±2,68 року у хворих на ЕАГ II ст. і 20,2±2,17 року в пацієнтів із ЕАГ III ст., $p=0,015$).

Усі хворі пройшли комплекс досліджень: загальноклінічних, лабораторних (загальні аналізи крові і сечі, глюкоза плазми крові, біохімічні аналізи), інструментальних (ЕКГ у 12-ти відведеннях, ЕхоКГ, офісне вимірювання АТ, УЗО нирок), а також консультації офтальмолога і невролога.

Індекс коморбідності (ІК) Чарлсона (Charlson Comorbidity Index) розраховували за спеціальною ліцензованою комп'ютерною програмою. За діагностично значимий вважали ІК Чарлсона $\geq 3,0$ [11, 14]. Також аналізували кумулятивну шкалу рейтингу захворювання (Cumulative Illness Rating Scale – CIRS) для загальної оцінки стану систем організму (серцево-судинної, респіраторної, гастро-інтестинальної, сечовивідної і ендокринної – метаболічні розлади, цукровий діабет) у межах бальних категорій: 0 – відсутні проблеми, 1 –

легкі проблеми зі здоров'ям з боку певної системи на даний момент, чи вірогідні проблеми в минулому, 2 – помірні проблеми, що потребують терапії “першої лінії”, 3 – тяжкі постійні вірогідні проблеми / “неконтрольовані” хронічні розлади, 4 – вкрай тяжкі проблеми, що потребують невідкладного лікування / недостатність органів-мішеней / тяжке пошкодження функцій [с.9].

Для оцінки ЯЖ використали опитувач оцінки статусу здоров'я, схвалений BOO3, “Rand Corporation's Medical Outcomes Study (MOS), Short-Form (SF-36) Health Survey” [с.13]. Оцінювали шкали фізичної активності – Physical Functioning (PF); фізично-рольової активності – Role-Physical (RP); больову шкалу – Bodily Pain (BP); соціальну активність – Social Functioning (SF); психічне здоров'я – Mental Health (MH); емоційно-рольову активність – Role-Emotional (RE); життєздатність – Vitality (VT); загальний стан здоров'я – General Health (GH); стан здоров'я порівняно до минулого року – Compared Health in general to one year ago (CGH).

Рівень тривожності пацієнтів оцінювали методом Ч. Спілбергера в модифікації Ю. Ханіна за інтегративними показниками: стійкої особистісної тривожності (T_0) і динамічної реактивної тривожності (T_p) [с.4, с.5].

Статистичну обробку проводили за допомогою прикладних програм MS® Excel® 2003™, Primer of Biostatistics® 6.05 та Statistica® 7.0 (StatSoft Inc., США). Достовірність даних для незалежних вибірок вираховували із застосуванням непарного t-критерію *Student* (розподіл за тестами *Колмогорова-Смирнова* та *W*-критерію *Shapiro-Wilk* були близькими до нормального), чи *U*-критерію *Wilcoxon-Mann-Whitney*; аналіз якісних ознак – за критерієм χ^2 . Різницю вважали вірогідною при $p < 0,05$.

Обговорення результатів дослідження

28 хворих на ЕАГ мали одну супутню патологію, серед них молодше 50 років було 10 осіб (35,71% відповідної вікової категорії), ≥ 50 років – 18 осіб (64,29% у віковій категорії 50 років і старше). У структурі супутніх захворювань у пацієнтів із ЕАГ, котрі мали одну коморбідну патологію, найчастіше реєстрували захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 22 (78,6%) осіб, переважно це були хронічні “проблеми” в стадії ремісії, чи легкого-помірного загострення: некаменеві холециститу, панкреатити, гастрити, неалкогольна жирова хвороба печінки, гепатити неінфекційного походження. У 35 хворих на ЕАГ було діагностовано дві супутні патології, серед них переважали особи 50 років і старше: 34

Таблиця 1

Окремі демографічно-клінічні показники, що визначають у т.ч. коморбідний статус залежно від тяжкості есенційної артеріальної гіпертензії

Показники		ЕАГ II, n=37 (%)	ЕАГ III, n=63 (%)	OR [95%CI]	p
Супутня патологія, n (%)	Інші ССЗ	15 (40,54)	50 (79,36)	5,41 [2,89-10,1]	<0,001
	ХОЗЛ	10 (27,03)	24 (38,09)	1,66 [0,91-3,01]	>0,05
	ХНН	13 (35,13)	19 (30,16)	0,79 [0,44-1,44]	>0,05
	ШКТ	32 (86,49)	52 (82,54)	0,74 [0,35-1,59]	>0,05
	ЦД 2	11 (29,73)	24 (38,09)	1,43 [0,79-2,57]	>0,05
	ЦВЗ	17 (45,95)	22 (34,92)	0,63 [0,36-1,12]	>0,05
	Периферійні судини	17 (45,95)	37 (58,73)	1,69 [1,06-2,96]	0,044

Примітки: 1. p – вірогідність різниць показників між групами спостереження. 2. ССЗ – серцево-судинні захворювання; ЦД 2 – цукровий діабет 2-го типу; ХНН – хронічна хвороба нирок; ХОЗЛ – хронічні обструктивні захворювання легень; ШКТ – захворювання шлунково-кишкового тракту; ЦВЗ – цереброваскулярні захворювання; OR (Odds Ratio) – відношення шансів

Таблиця 2

Рівні реактивної (Tr) та особистісної тривожності (To) у хворих на есенціальну гіпертензію залежно від тяжкості захворювання, M±m

Групи хворих		Рівень тривожності, бали	
		Tr	To
ЕАГ II, n=37		46,25±3,19	52,50±4,43
ЕАГ III, n=63		54,12±3,08 p<0,05	57,20±2,68
Індекс коморбідності Чарлсона, <4,0%	Залежно віку	52,90±2,64	54,65±2,18
	Незалежно віку	54,52±1,70	56,97±2,45
Індекс коморбідності Чарлсона, ≥4,0%	Залежно віку	54,08±3,61	56,03±1,89
	Незалежно віку	57,90±0,85 p ₂ <0,05	59,86±2,13
Індекс CIRS, <2,5 балів		46,45±3,64	50,20±2,57
Індекс CIRS, ≥2,5 балів		55,37±4,08 p ₃ <0,05	57,79±3,55 p ₃ <0,05

Примітки: 1. Tr / To – тривожність реактивна / особистісна. 2. CIRS – Cumulative Illness Rating Scale. 3p – достовірність різниць показників відносно хворих на ЕАГ II; p_{1/2} – достовірність різниць показників відносно індексу коморбідності <4,0% залежно від віку/незалежно віку; p₃ – достовірність різниць показників відносно індексу CIRS <2,5 балів.

Таблиця 3

Показники якості життя у хворих на есенціальну гіпертензію залежно від тяжкості та величини індексу коморбідності, M±m

Показники якості життя	Хворі на ЕАГ II, n=37	Хворі на ЕАГ III, n=63	Індекс коморбідності Чарлсона, <4,0%	Індекс коморбідності Чарлсона, ≥4,0%
Фізична активність (PF), %	58,30±5,83	30,24±2,92 p<0,001	57,35±4,96	31,04±3,15 p ₁ <0,001
Фізично-рольова активність (RP), %	33,75±5,91	17,04±1,36 p<0,001	35,84±6,19	18,26±3,22 p ₁ <0,001
Фізичний біль (BP), %	53,75±5,45	32,40±2,49 p<0,001	55,78±3,41	31,45±5,70 p ₁ <0,001
Соціальна активність (SF), %	68,75±5,22	47,20±2,29 p<0,001	66,13±4,52	46,0±2,83 p ₁ <0,001
Психічне здоров'я (MH), %	58,00±5,45	40,40±2,14 p=0,002	59,80±5,02	41,24±3,08 p ₁ <0,001
Емоційно-рольова активність (RE), %	58,32±5,28	29,30±3,72 p ₂ <0,001	57,50±4,09	30,29±2,90 p ₁ <0,001
Життєздатність (VT), %	55,00±4,08	24,80±3,39 p<0,001	56,04±4,82	23,72±3,28 p ₁ <0,001
Загальне здоров'я (GH), %	28,75±3,15	32,00±2,76	30,20±4,56	31,12±2,93
Здоров'я в порівнянні з минулорічним (CGH), %	31,25±3,14	28,00±2,31	31,97±3,30	27,29±3,14

Примітка p – достовірність різниць показників відносно хворих на ЕАГ II; p₁ – достовірність різниць показників відносно осіб з індексом коморбідності <4,0%

(97,1%) особи проти 1 (2,86%) віком молодше 50 років. 3 і більше коморбідних стани були наявні у 37 хворих на ЕАГ: у 36 (97,3%) осіб ≥ 50 років і 1 (2,70%) людини до 50 років. Найчастіші супутні обтяжливі стани залежно від тяжкості ЕАГ наведені в таблиці 1. Вірогідно частіше у хворих на ЕАГ III реєстрували додаткове захворювання серцево-судинної системи (ССС) на 38,8% ($p < 0,001$) та патологію периферійних судин (артерій і/чи вен) на 12,8% ($p = 0,044$), відповідно. За частотою зустрічання іншої супутньої патології: хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), хронічної хвороби нирок (ХХН), хронічних захворювань ШКТ нефункціонального характеру, цукрового діабету 2 типу (ЦД2) та цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) суттєвих відмінностей між групами спостереження не встановили ($p > 0,05$).

Рівні реактивної і особистісної тривожності залежно від тяжкості гіпертензії та індексу коморбідності Чарлсона наведено в таблиці 2. Отримані результати свідчать про помірно підвищену тривожність, особливо особистісну, у хворих на ЕАГ II стадії, що свідчить про підвищену емоційну реакцію в стресових ситуаціях, як прояв активації відділів вегетативної нервової системи та виражену тривожність з приводу власної самооцінки. У пацієнтів із ЕАГ III дані показники психоемоційного напруження були на рівні "високий", перевищуючи T_r на 14,5% ($p < 0,05$) із невірогідним більшою T_o на 8,22% ($p > 0,05$), ніж у хворих на ЕАГ II. Подібну тенденцію спостерігали за рівнем T_r в осіб із віко-незалежним індексом коморбідності Чарлсона $\geq 4,0\%$ та кумулятивним індексом захворювання CIRS $\geq 2,5$ балів, котрі вказували на високе психоемоційне напруження, що перевищувало аналогічні показники у осіб із ІК Чарлсона $< 4,0\%$ на 6,20% ($p < 0,05$) і індексом CIRS $< 2,5$ балів на 19,2% ($p < 0,05$), відповідно. У цілому, це вказує на появу вагомих порушень у сприйнятті загрозливих ситуацій, можливість неадекватних емоційних реакцій на стресові чинники, схильність до сприйняття широкого кола подій, як загрозливих для власного престижу, самооцінки і самоповаги.

Аналіз показників якості життя засвідчив (табл. 3) їх вагоме зниження у пацієнтів із ЕАГ, особливо при III стадії захворювання та ІК Чарлсона $\geq 4,0\%$, що вказує на значні порушення як фізичного так і психічного здоров'я та соціальної активності обстежуваних і вказує на несприятливий летальний прогноз. Показник соціальної активності (SF) у хворих на ЕАГ II та у таких із ІК Чарлсона $< 4,0\%$ знаходився на нижній межі норми. Суттєвих відмінностей у стані загального

здоров'я (GH) та у порівнянні з минулим роком (CGH) ні залежно від тяжкості гіпертензії, ані залежно від ІК Чарлсона не спостерігали. Загалом стан соматичного здоров'я вказував на недостатню спроможність виконувати повсякденні фізичні навантаження, епізодичні напади болю. Психічний статус за параметрами соціальної активності, суб'єктивною оцінкою обстежуваними свого настрою, відчуття задоволення, щастя, спокою (MH), обмеження буденної діяльності, зумовленої емоційними проблемами (RE) – свідчать про зниження соціальної взаємодії обстежуваних із колегами по роботі, друзями, родичами, відчуття неспокою, незадоволення, пригніченого настрою.

Таким чином, внутрішня напруженість, стійке занепокоєння за своє життя, майбутнє, аналіз вегетативних проявів захворювання, вірогідно віддзеркалює погіршення ЯЖ і психологічних показників тривожності. Суб'єктивізм відіграє певну роль у самооцінці, аналізі власного захворювання і наслідків лікування, оскільки стан здоров'я, задоволення життям, відчуття щастя, радості мають суб'єктивний характер і прямо залежать від пріоритетів в індивідуальній системі цінностей пацієнта. Однак, наявність двох і більше супутніх захворювань, обтяжливих станів у т.ч. тих, котрі не кодуються прямо в системі діагнозів МКХ-10, із ІК Чарлсона $\geq 4,0\%$ погіршують вірогідно ЯЖ і асоціюють зі зниженою здатністю переносити стресові ситуації.

Висновки

1. Зміни стійкого та динамічного показників тривожності у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію характеризуються підвищенням як реактивної, так і особистісної тривожності зі стійким превалюванням останньої на рівні "висока". Реактивна тривожність вірогідно зростає у хворих на артеріальну гіпертензію III стадії на 14,5%, у таких із віко-незалежним індексом коморбідності Чарлсона $\geq 4,0\%$ – на 6,20%; кумулятивний індекс захворювань CIRS $\geq 2,5$ балів асоціює зі збільшенням особистісної та реактивної тривожності на 15,1% і 19,2% відповідно.

2. У хворих на артеріальну гіпертензію погіршуються показники якості життя за рахунок фізичного, психічного і соціального компонентів із перевагою погіршення фізичного та психічного здоров'я. Індекс коморбідності Чарлсона $\geq 4,0\%$ асоціює зі зниженням показників фізичного здоров'я у 1,8-2,0 разу, соціальної активності – в 1,4 раза, психічним здоров'ям і життєздатністю – в 1,45-2,4 раза, без суттєвого впливу на загальну оцінку здоров'я та в порівнянні з минулорічним станом.

Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень полягають в аналізі коморбідності та прогностичних показників у хворих на ЕАГ.

Література. 1.Амосова К.М. Новые возможности снижения кардиоваскулярного риска у больных с артериальной гипертензией / К.М.Амосова //Укр. кардіол. журн. – 2006. – №1. – С. 19-25. 2.Коломоєць М.Ю. Вашеняк О.О. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М.Ю. Коломоєць, О.О. Вашеняк // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 4(90), VII/VIII. – С. 23-27. 3.Настанова та клінічний протокол надання медичної допомоги “Артеріальна гіпертензія”. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 №384 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії” / Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів. – Київ: МОЗ, 2012.– 108 с. 4. Якість життя і тривожність хворих на есенціальну гіпертензію, зміни під впливом лікування / Л.П. Сидорчук, Г.В. Дроздовська, Т.М. Никифорок, Д.В. Юрку / Одеський мед. журн. – 2007. – №2 (100). – С. 43-47. 5.Спилбергер Ч.Д. Коцептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Ч.Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте: междунар. сб. научн. статей / Сост. Ю.Л. Ханин. – М.: ФиС, 1983. – С.12-24. 6.Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії // Артер. гіпертензія. – 2009.– №1.– С. 38-75. 7.Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. / D. Campbell-Scherer //Evid. Based Med. – 2010. – Vol. 15(6). – P.165-166. 8.ESC Guidelines Desk Reference. Compendium of abridged ESC Guidelines 2010 / [ESC and ESH Committee]. – London, UK: Springer Healthcare, 2010.– 392 p. 9.Miller D. Mark. A manual of guidelines for scoring the cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G) / Mark D. Miller, Adele Towers. – Pennsylvania: University of Pittsburgh School of Medicine, 1991. – 30 p. 10.National Clinical Guideline Center. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical guideline: Methods, evidence, and recommendations / [National Institute for Health and Clinical Excellence]. – UK: Springer Healthcare, 2011. – 127 p. 11.Plasma suPAR level are associated mortality, admission time and Charlson Comorbidity Index in the acutely admitted medical patient: a prospective observation study / Thomas Huneck Haupt, Janne Petersen, Gertrude Gellekilde [et al.] // Critical Care. – 2012. – Vol.16. – R.130. 12.Sydorchuk L.P. Amosova K.M. Influence of pharmacogenetically determined treatment on parameters of peripheral hemodynamics in patients with arterial hypertension / L.P. Sydorchuk, K.M. Amosova // New Armen. Med. J. – 2011. – Vol. 5, N2. – P. 35-43. – Режим доступу: <http://www.ysmu.am/am/media/new-armenian-medical-journal/536-namj-vol-5-no-2> 13.The WHO QOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization // Soc.Sci.Med. – 1995. – Vol.41. – P.1403-1409. 14.Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries / Hude Quan, Bing Li, Chantal M. Couris [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 2011. – doi: 10.1093/aje/kwq433.

**ПОЛИМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В
СЕСТРИНСКОЙ И ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ**

*М.В. Антонюк, О.П. Букач, Л.П. Сидорчук,
О.В. Кушнір, О.М. Коровенкова*

Резюме. Оценён коморбидный статус, качество жизни (КЖ) и тревожность больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) в сестринской и общеврачебной практике. Изменения показателей тревожности у больных ЭАГ характеризуются повышением как реактивной (Тр), так и личностной (Тл) с устойчивым преобладанием последней на

уровне “высокая”. Тр достоверно возрастает у больных ЭАГ III стадии на 14,5% (p<0,05), и у пациентов с возрасто-независимым индексом коморбидности (ИК) Чарлсона e”4,0% – на 6,2% (p<0,05); кумулятивный индекс заболеваний (CIRS) e”2,5 баллов ассоциирует с увеличением Тл и Тр на 15,1% и 19,2% соответственно. У больных ЭАГ ухудшаются показатели КЖ за счёт физического, психического и социального компонентов, особенно первых двух. ИК Чарлсона e”4,0% ассоциирует со снижением показателей физического здоровья в 1,8-2,0 раза (p<0,001), социальной активности – в 1,4 раза (p<0,001), психическим здоровьем и жизнеспособностью – в 1,45-2,4 раза (p<0,001), без существенного влияния на общую оценку здоровья и по сравнению с прошлым годом состоянием.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, коморбидность, качество жизни, тревожность

UDC 616.12 – 008.331.1 – 07

**POLYMORBIDITY PATHOLOGY IN PATIENTS WITH
ARTERIAL HYPERTENSION IN NURSING AND
GENERAL MEDICAL PRACTICE**

*M.V. Antoniuk, O.P. Bukach, L.P. Sydorchuk, O.V. Kushnir,
O.M. Korovenkova*

Purpose. To value the comorbidity status, life quality (LQ) and anxiety of patients with essential arterial hypertension (EAH) in nursing and general medical practice.

Design/approach. In a prospective study participated 100 patients with EAH II and III severity stages: 37,0% (37) patients – with EAH II, 63,0% (63) - with EAH III, 49,0% (49) female and 51,0% (51) males, average age – 59,6±4,24 years, disease duration from 4 to 25 years. Comorbidity was assessed by Charlson comorbidity index (CI) score and cumulative disease index (CIRS). LQ was analyzed by interviewer SF-36 (WHO). The level of reactive anxiety (Ar) and personal anxiety (Ap) – by Charles Spielberger method.

Results. Changes of anxiety in patients with EAH are characterized by an increase of Ar and Ap with stable prevalence of the last one the on level “high”. Ar significantly increases in patients with EAH III by 14,5% (p<0,05) and in patients with age-independent Charlson CI e”4,0% – by 6,2% (p<0,05), CIRS index of ≥2,5 points is associated with an increase of Ap and Ar by 15,1% and 19,2% respectively. In patients with EAH the LQ indicators became worse due to physical, mental and social components, especially physical and mental health. Charlson CI ≥4,0% is associated with decreasing of physical health by 1,8-2,0 times (p<0,001), social activity – by 1,4 times (p<0,001), mental health and vitality – by 1,45-2,4 times (p<0.001), with no significant influence on the general health and in comparison with the last year’s state.

Research limitations/implications. Limitation of the study is due to patient’s personal-oriented self-assessment of LQ indicators and its own anxiety.

Originality/value. The original research provides data as to the influence of comorbidity on LQ and anxiety in patients with EAH.

Key words: arterial hypertension, comorbidity, life quality, anxiety.

**Bukovyna State Medicinal University
Theatralna Ploshcha, 2, Chernivtsi, Ukraine
lsydorchuk@ukr.net**

Clin. and experim. pathol.- 2013.- Vol.12, №3 (45).-P.7-11.

Надійшла до редакції 03.09.2013

Рецензент – доц. С. М. Русіна

*© М.В. Антонюк, О.П. Букач, Л.П. Сидорчук, О.В. Кушнір,
О.М. Коровенкова, 2013*