

# Влияние антигипертензивной терапии на качество жизни больных гипертонической энцефалопатией

*Гаврилюк О.В., Машин В.В., Белова Л.А., Горбунов В.И., Рузов В.И., Назина Л.В.*

## Effect of antihypertensive therapy on the life quality of patients with hypertensive encephalopathy

*Gavrilyuk O.V., Mashin V.V., Belova L.A., Gorbunov V.I., Ruzov V.I., Nazina L.V.*

*Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск*

© Гаврилюк О.В., Машин В.В., Белова Л.А. и др.

Для исследования больных гипертонической энцефалопатией (ГЭ) в процессе антигипертензивной терапии проведена оценка клинико-психологических и неврологических характеристик в динамике спустя 6 мес после первичного обследования. С этой целью было осмотрено 107 больных ГЭ I—III стадий. Группу контроля составили 30 испытуемых, соответствующих по возрасту и полу. Использованы оценка показателей качества жизни (КЖ), клинические и ультразвуковые методы диагностики. Отмечено, что при прогрессировании заболевания характерно снижение физического и психологического компонентов здоровья, снижение порога болевой восприимчивости. Анализ показателей КЖ продемонстрировал повышение физического и психологического компонентов здоровья в процессе антигипертензивной терапии в динамике.

**Ключевые слова:** гипертоническая энцефалопатия, качество жизни, антигипертензивная терапия.

To analyze patients with hypertensive encephalopathy (HE) in the course of antihypertensive therapy (AT) clinical psychological and neurological characteristics in dynamics of 6 months after the first screening were estimated. 107 patients with HE of I—III stages and 30 controls matched for age and sex were examined. The clinical, ultrasonic diagnostics and quality of life (QL) index were applied. In the process of HE development and progression decreases of the physical and psychological constituents of health were shown, pain barrier was decreased. The QL analysis shown that in the process of AT in dynamics the physical and psychological constituents of health increase.

**Key words:** hypertonic encephalopathy, life quality, antihypertensive therapy.

УДК 616.831-02:616.12-008.331.1:615.225.2]-082.5-083

### Введение

Артериальная гипертония (АГ) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины вследствие широкой распространенности и центральной роли в развитии таких грозных осложнений, как инсульт, ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность [8]. Доказана ведущая роль АГ в развитии хронических нарушений церебральной гемодинамики — гипертонической энцефалопатии (ГЭ) и сосудистой деменции [1, 3]. Связь между успехом в лечении АГ и приверженностью больного к терапии не вызывает сомнения [2]. Вероятность нормализации артериального давления (АД) напрямую зависит от регулярности приема антигипертензивных препаратов [2]. Субъективные ощущение

больного столь же важны, как и показатели лабораторных и инструментальных методов исследования [4]. В последние годы доказана роль исследования качества жизни (КЖ) у пациентов с различными заболеваниями, однако исследования КЖ в аспекте развития и прогрессирования ГЭ в динамике не проводились [5, 6]. Уточнение особенностей центральной и церебральной гемодинамики и исследование КЖ будут способствовать оптимизации антигипертензивной терапии у больных ГЭ в динамике с целью предупреждения прогрессирования этого заболевания и улучшения физического и психологического состояния таких больных [7].

Цель работы — изучение в динамике в процессе антигипертензивной терапии клинико-неврологиче-

ских характеристик и исследование качества жизни у больных с ГЭ.

## Материал и методы

Представленная работа основана на результатах обследования 107 больных ГЭ, которая была диагностирована на основе общепринятых критериев (Шмидт Е.В., 1985). В числе обследованных было 33 мужчины (30,8%) и 74 женщины (69,2%) в возрасте от 30 до 75 лет. У больных, принявших участие в исследовании, ранее не проводилась систематическая базисная антигипертензивная терапия. Контрольную группу (КГ) составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основной группы.

В начале исследования и в динамике через 6 мес проводились неврологический и терапевтический осмотры. В соответствии с целью работы неврологический осмотр был расширен и включал исследование КЖ, которое определяли с помощью опросника Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36) (John E. Ware, The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts, 1992). Для оценки психологического статуса применялись субъективная шкала оценки астении Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) (Александровский Ю.А., 2005) и анкета оценки субъективных характеристик качества сна (Вейн А.М., Левин Я.И., 1998), определение типов отношения к болезни с помощью личностного опросника Бехтеревского института (Санкт-Петербург, 1983). Оценка приверженности к лечению проводилась с помощью теста Мориски—Грина (Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1986).

Терапевтическое обследование включало физикальный осмотр, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), трансторакальную эхокардиографию. Для СМАД использовалась портативная система АВРМ Meditech 04 (Венгрия). СМАД проводили дважды до назначения базисной антигипертензивной терапии и через 6 мес. Показатели сердечной гемодинамики исследовали методом эхокардиографии (Эхо-КГ) на аппарате SSD-5500 SVQ (Алока, Япония). Церебральную гемодинамику оценивали методом транскраниального дуплексного сканирования (ТКДС) с помощью ультразвуковых сканеров SSD-5500 (Алока, Япония) и Sonoline G-60 (Siemens, Германия).

Также больным назначалась компьютерная (или магнитно-резонансная) томография головного мозга для уточнения характера поражения.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием прикладной программы Statistica 6.0 for Windows (StatSoft Inc., США) с вычислением среднего арифметического  $M$ , стандартного отклонения  $SD$ , результаты представлены в виде  $M \pm SD$ . Для статистической оценки результатов применялись непараметрические критерии: для попарных разностей использовался  $U$ -критерий Манна—Уитни, для количественных попарных показателей — критерий Вилкоксона. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

С целью оценки влияния антигипертензивной терапии на состояние пациентов с ГЭ было проведено повторное их обследование через 6 мес с использованием всех вышеописанных методов.

Изучение КЖ больных ГЭ в процессе антигипертензивной терапии позволило выявить ряд закономерностей (табл. 1). Такой показатель составляющей КЖ, как физическое функционирование (ФФ), уменьшался при ГЭ III стадии по сравнению с I стадией ( $p < 0,02$ ), что свидетельствовало о росте ограничений при выполнении физических нагрузок в связи с состоянием здоровья. Общее состояние здоровья (ОС) и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ), выше оценивали больные с ГЭ III стадии по сравнению с пациентами с ГЭ II стадии, что связано как со снижением критики к своему состоянию, так и с постепенным сужением круга обязанностей у таких пациентов. РФФ был выше у пациентов с ГЭ I стадии по сравнению с ГЭ II стадии ( $p < 0,04$ ) и III стадии ( $p < 0,04$ ) (рис. 1).

Таблица 1  
Сравнительная характеристика качества жизни у больных гипертонической энцефалопатией ( $M \pm SD$ )

Показатель КЖ	Стадия ГЭ			КГ
	I	II	III	
ФФ	45,4 ± 9,2	40,9 ± 10,7	39,3 ± 10,5*	79,6
РФФ	45,2 ± 8,9	39,7 ± 11,7 <sup>#</sup>	39,9 ± 9,8*	64,9
ФБ	41,4 ± 12,1	38,7 ± 10,8	39,2 ± 9,8	66,4
ОС	40,9 ± 9,1	38,5 ± 7,8	38,8 ± 7,0	54,1
ЖА	45,7 ± 9,2	43,6 ± 9,8	42,2 ± 9,5*	56,2
СФ	41,1 ± 10,6	37,7 ± 11,2	35,4 ± 10,4*	68,0
ЭС	43,3 ± 11,9	38,1 ± 14,4	36,7 ± 13,4*	66,5
ПЗ	42,1 ± 9,1	38,1 ± 10,0	35,9 ± 10,6*	58,0

ППЗ	44,7 ± 9,2	41,1 ± 8,9	40,6 ± 7,5	62,2
ФК	42,1 ± 8,4	38,7 ± 10,0	37,2 ± 10,8	66,25

\*  $p < 0,05$  ГЭ I по сравнению с ГЭ III.

#  $p < 0,05$  ГЭ I по сравнению с ГЭ II.

Вероятно, при длительно текущем заболевании некоторые пациенты привыкают к отдельным его проявлениям, перестают обращать на них внимание, и оценка физического здоровья повышается обратно пропорционально тяжести ГЭ. У таких лиц можно отметить повышение уровня КЖ, что не всегда отражает регрессию болезни. Показатель физической боли (ФБ) снижался по мере прогрессивности заболевания, причем к проявлениям физической боли относятся и цефалгический синдром. При оценке показателей, характеризующих психический компонент здоровья, установлено снижение от стадии к стадии ГЭ жизненной активности (ЖА), социального функционирования (СФ), эмоционального состояния (ЭС) и психического здоровья (ПЗ), причем этот показатель выше у пациентов с ГЭ I стадии по сравнению с больными ГЭ III стадии ( $p < 0,04$ ). В целом физический компонент (ФК) КЖ у больных ГЭ III стадии был ниже, чем у пациентов с I и II стадиями заболевания, что свидетельствует о снижении работоспособности у пациентов с ГЭ III стадии (рис. 2).

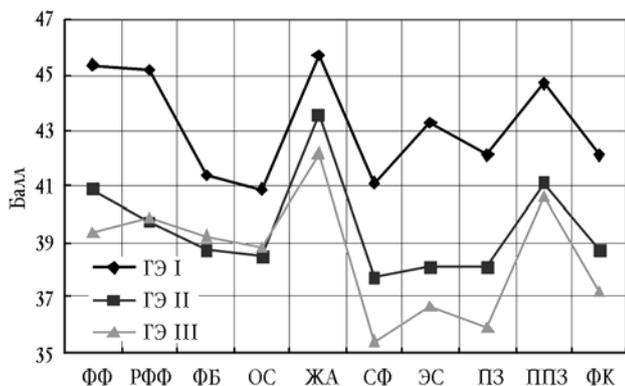


Рис. 1. Качество жизни у больных с различными стадиями ГЭ

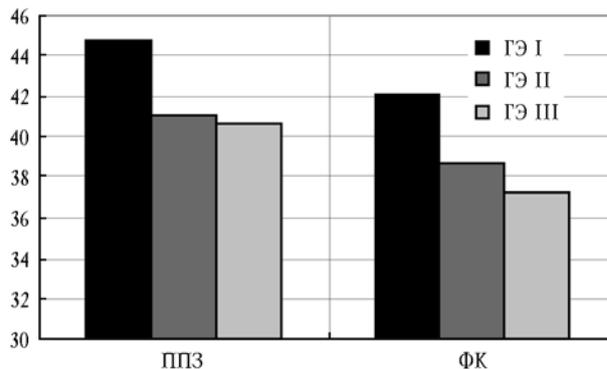


Рис. 2. Физический и психологический компоненты качества жизни

Показатели психического здоровья (ППЗ) были выше при ГЭ I стадии по сравнению с последующими стадиями, что можно объяснить их большей эмоциональной устойчивостью к своему состоянию здоровья.

Повторно исследование КЖ у пациентов с ГЭ было проведено через 6 мес от начала регулярной антигипертензивной терапии. Показатель ФБ стал выше ( $p < 0,05$ ) в динамике у больных ГЭ I стадии, ППЗ, ФК также были выше в динамике ( $p > 0,05$ ) (табл. 2).

Таблица 2

Качество жизни больных ГЭ в динамике (через 6 мес) ( $M \pm SD$ )

Показатель КЖ	Стадия ГЭ			КГ
	I	II	III	
ФФ	45,5 ± 9,7	39,6 ± 12,1	38,1 ± 10,1	79,6
РФФ	45,4 ± 7,5	42,0 ± 11,7*	44,3 ± 9,3	64,9
ФБ	45,6 ± 12,8*	42,3 ± 10,2	52,1 ± 8,9*	66,4
ОС	42,2 ± 9,3	41,0 ± 7,3*	42,2 ± 10,1	54,1
ЖА	49,2 ± 10,5	46,9 ± 7,0	48,5 ± 9,6	56,2
СФ	43,3 ± 9,3	41,7 ± 9,5*	45,9 ± 8,3	68,0
ЭС	45,2 ± 7,4	39,6 ± 9,3	43,1 ± 8,3	66,5
ПЗ	41,1 ± 11,0	38,9 ± 10,5	43,2 ± 8,4	58,0
ППЗ	46,2 ± 9,3	41,5 ± 8,5	44,5 ± 6,1*	62,2
ФК	44,1 ± 8,8	42,3 ± 8,5*	45,6 ± 8,9	66,25

\*  $p < 0,05$  при сравнении показателей до и после лечения.

У пациентов с ГЭ II стадии показатели КЖ, характеризующие физический и психологический компоненты здоровья, имели тенденцию к повышению в процессе антигипертензивной терапии. Показатели РФФ, ОС, СФ статистически значимо стали выше в динамике, как и ФК ( $p < 0,01$ ). При ГЭ III стадии в динамике улучшились все показатели по сравнению с результатами в начале исследования, причем ФБ и ППЗ статистически значимо ( $p < 0,05$ ). В целом у пациентов с ГЭ ФК снизился, но статистически значи-

мых различий не получено ( $p > 0,05$ ). Остальные показатели КЖ после лечения стали выше, хотя и не достигали стандартизированных показателей, полученных в популяционных исследованиях. А сравнение таких показателей, как РФФ, ФБ, ЖА, СФ, а также ППЗ и ФК с теми же показателями в динамике показало их рост ( $p < 0,05$ ) (табл. 3).

Таким образом, была подтверждена полученная в начале исследования закономерность — у больных по мере увеличения стадии ГЭ качество жизни становится ниже, причем как физическая, так и психологическая его составляющие.

Таблица 3  
Качество жизни у пациентов с ГЭ в динамике ( $M \pm SD$ )

Показатель КЖ	До лечения	После лечения
ФФ	42,4 ± 10,3	41,1 ± 11,2
РФФ	42,0 ± 10,6*	43,4 ± 10,1
ФБ	39,9 ± 11,2*	45,0 ± 11,2
ОС	39,5 ± 8,2	41,6 ± 8,3
ЖА	44,2 ± 9,5*	47,9 ± 8,5
СФ	38,6 ± 10,9*	42,9 ± 9,1
ЭС	39,9 ± 13,4	41,9 ± 8,7
ПЗ	39,3 ± 9,9	40,3 ± 10,2
ППЗ	42,4 ± 8,9*	43,3 ± 8,4
ФК	39,8 ± 9,6*	43,4 ± 8,5

\*  $p < 0,03$  при сравнении КЖ до и после лечения.

Кроме КЖ для получения более полного психологического описания больных ГЭ были исследованы типы отношения к болезни, приверженность к лечению, качество сна, выраженность астении. Типы отношения к болезни у пациентов с ГЭ распределились следующим образом: гармоничный имел место более чем у половины больных (70,7% у больных ГЭ I стадии, 78,3% — II стадии, 75,0% — III стадии). Через 6 мес после лечения увеличилось количество пациентов с гармоничным типом отношения к болезни (97,6% у больных ГЭ I стадии, 90,0% у больных ГЭ III стадии) ( $p < 0,05$ ). В процессе лечения 18,7% больных с негармоничным типом перешли в группу с гармоничным типом отношения к болезни ( $p < 0,02$ ). Оценка нарушений сна у пациентов с ГЭ позволила получить следующие данные: при ГЭ I стадии она составила ( $21,0 \pm 3,7$ ), при ГЭ II стадии ( $18,6 \pm 3,4$ ), а при ГЭ III стадии ( $19,7 \pm 4,1$ ) балла.

Суммарный показатель более 60 баллов свидетельствует о значимой астении у пациентов с ГЭ II и III стадий по сравнению с больными ГЭ I стадии. В исследовании по шкалам «снижение мотивации» и «психическая астения» показатели находились в норме (менее 12 баллов) у всех пациентов с ГЭ, пониженная активность

была характерна для пациентов с ГЭ III стадии. Показатели общей и физической астении более выражены у пациентов с ГЭ II стадии по сравнению с ГЭ III стадии. Вероятно, на фоне недостаточно критического отношения больного к своему состоянию происходила переоценка работоспособности, своих возможностей, некоторое благодушие.

Для исследования приверженности к лечению был использован тест Мориски—Грина; оценка осуществлялась по следующим критериям: принимает пациент гипотензивные препараты редко или не принимает вообще, принимает только при ухудшении самочувствия, принимает систематически (рис. 3). Систематически принимали антигипертензивные препараты при ГЭ I стадии 15 больных (36,6%), II стадии — 18 (39,1%), III стадии — 14 пациентов (70,0%), причем количество таких больных статистически значимо нарастало ( $p < 0,04$ ). Не принимали препараты 15 (36,6%) пациентов с ГЭ I стадии, 9 (19,5%) — с ГЭ II стадии и 4 (20,0%) больных с III стадией ГЭ. Только при ухудшении самочувствия — 11 (26,8%), 19 (41,3%) и 2 (10,0%) пациента соответственно. При увеличении стадии ГЭ нарастало количество больных, использующих комбинированную антигипертензивную терапию (12,2; 43,5 и 55,0% соответственно).

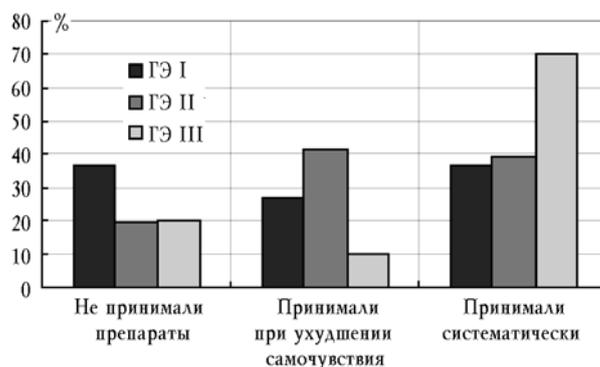


Рис. 3. Приверженность к лечению пациентов с ГЭ

Использование дополнительных психологических тестов позволило получить следующие данные через 6 мес после лечения. В динамике улучшился сон на 1,3 балла ( $p < 0,05$ ) у пациентов с ГЭ I стадии по сравнению с исходными данными. Статистически значимо ( $p < 0,05$ ) увеличилось количество пациентов с гармоничным типом отношения к болезни, 18,7% больных с негармоничным типом отношения к болезни в процес-

*Гаврилюк О.В., Машин В.В., Белова Л.А. и др.*

се лечения перешли в группу с гармоничным типом отношения к болезни.

В процессе адекватной регулярной антигипертензивной терапии возростала группа Dippers за счет уменьшения группы Non-dippers. У всех больных ГЭ независимо от стадии заболевания отмечалось уменьшение в динамике через 6 мес среднесуточного систолического, диастолического, среднего АД, ПАД по сравнению с исходными ( $p > 0,05$ ). Через 6 мес показатели артериальной и венозной гемодинамики существенно не изменялись, что свидетельствует об отсутствии отрицательного влияния антигипертензивной терапии на церебральную гемодинамику.

### **Заключение**

Существенную роль в формировании субъективной картины болезни при ГЭ играет ухудшение КЖ больных, что проявляется в виде снижения физического и психологического компонента по данным опросника SF-36 по сравнению с контрольными. Кроме того, плохое самочувствие больных ГЭ усугубляют астения и нарушения сна. Следует отметить также низкую приверженность к антигипертензивной терапии больных ГЭ. Важным для оценки состояния больных ГЭ и АГ является исследование КЖ, которое позволяет оценить психологическую составляющую здоровья у пациентов, их субъективное восприятие состояния здо-

*Влияние антигипертензивной терапии на КЖ больных ГЭ*

ровья. Все это необходимо учитывать в комплексном обследовании и ведении сосудистого неврологического больного. Причем у таких пациентов в процессе регулярной антигипертензивной терапии КЖ улучшается, что позволяет предположить положительное влияние современных антигипертензивных препаратов на КЖ пациентов с ГЭ.

### **Литература**

1. *Дисциркуляторная энцефалопатия: методические рекомендации / под ред. Н.Н. Яхно. М.: РКИ Северо-пресс, 2004. 32 с.*
2. *Конради А.О., Полуничева Е.В.* Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. 2004. Т. 10, № 3. С. 72—75.
3. *Машин В.В., Кадыков А.С.* Гипертоническая энцефалопатия. Клиника и патогенез. Ульяновск, 2002. 138 с.
4. *Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б.* Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1.
5. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Нева; М.: Олма-пресс; Звездный мир, 2002. 320 с.
6. *Румянцева С.А., Силина Е.В.* Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга. М.: Мед. книга, 2007. 60 с.
7. *Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В.* Вторичная профилактика инсульта. М., 2002.
8. *Суслина З.А., Гераскина Л.А., Фоякин А.В.* Артериальная гипертензия, сосудистая патология мозга и антигипертензивное лечение. М., 2006. 200 с.

Поступила в редакцию 07.12.2010 г.

Утверждена к печати 21.02.2011 г.

### **Сведения об авторах**

*О.В. Гаврилюк* — аспирант кафедры неврологии, нейрохирургии, физической культуры и ЛФК УлГУ (г. Ульяновск).

*В.В. Машин* — д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, физической культуры и ЛФК УлГУ (г. Ульяновск).

*Л.А. Белова* — канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, физической культуры и ЛФК УлГУ (г. Ульяновск).

*В.И. Горбунов* — д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения УлГУ (г. Ульяновск).

*В.И. Рузов* — д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии УлГУ (г. Ульяновск).

*Л.В. Назина* — аспирант кафедры неврологии, нейрохирургии, физической культуры и ЛФК УлГУ (г. Ульяновск).

### **Для корреспонденции**

*Гаврилюк Ольга Вячеславовна*, тел.: (8422) 63-71-52, 8-906-394-7888; e-mail: [www.olya.gavriluk@mail.ru](mailto:www.olya.gavriluk@mail.ru)