

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Объектом изучения настоящего исследования явилось состояние неспецифической адаптации организма и качества жизни пациентов с артериальной гипертензией (АГ) ряда поликлиник г. Минска.

В результате исследования установлено, что данные пациенты имеют глубокие нарушения адаптационных систем организма, которые усугубляются с увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений АГ.

Показатели качества жизни пациентов с АГ достоверно снижаются практически по всем шкалам опросника RAND-36 при увеличении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и по всем шкалам – при усугублении нарушений адаптации организма.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, качество жизни, адаптация организма, профилактическая медицина.

N. M. Yeremina, I. L. Mesnikova, Z. V. Romanenko

INTEGRATED ASSESSMENT OF ADAPTATION AND QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVE OUTPATIENTS

The object of the present study is a nonspecific adaptation condition and quality of life in patients with arterial hypertension (AH) at a number of policlinics in Minsk.

The study shows that the given patients have profound disorders of adaptive body systems which are getting worse with increase of the cardiovascular complications risks in arterial hypertension.

Quality of life indicators in hypertensive outpatients are proved to decline practically over the whole scale of RAND-36 inquirer with the increase of cardiovascular complications risk and over the whole scale – with worsening of adaptive disorders of the body.

Key words: arterial hypertension, quality of life, adaptation of the organism, preventive medicine.

Адаптация организма к постоянно изменяющимся условиям среды (внешним и внутренним) – непрерывно происходящий процесс приспособления организма к данным изменениям, призванный сохранять в нем гомеостатическое равновесие. Процесс адаптации можно представить как взаимодействие регуляторных (центральная нервная система – ЦНС, вегетативная – ВНС, эндокринная и иммунная системы) и регулируемых систем (органы

и ткани). Согласующим звеном между регулирующими и регулируемыми системами является сердечно-сосудистая система как универсальный индикатор адаптационных реакций целостного организма. По мере перехода от здоровья к болезни, резервные возможности регуляторных систем падают, и они уже не обеспечивают необходимой перенастройки организма на новый уровень функционирования. Одновременно с падением функциональных ре-

зервов снижаются и адаптационные возможности организма, что сопровождается ростом специфических патологических изменений.

Артериальная гипертензия (АГ) – классический пример болезни адаптации, однако комплексной оценке состояния основных адаптационных систем организма при этом заболевании уделяется крайне мало внимания. Состояние различных адаптационных систем организма может быть исследовано по нескольким направлениям. Р. М. Баевский предложил оценивать уровень адаптации по состоянию ВНСв качестве регулирующей системы и сердечно-сосудистой системы в качестве регулируемой системы, используя исследование вариабельности сердечного ритма [1]. Методика Л. Х. Гаркави с соавт. оценивает состояние эндокринного и иммунного звена адаптации по лейкоцитарной формуле общего анализа крови и специальному опроснику [2]. И. Н. Гурвичем разработана многомерная шкала для оценки нервно-психической составляющей адаптации [4].

Актуален медицинский интерес и к вопросам качества жизни (КЖ). Существующие различия между традиционным медицинским заключением, сделанным врачом на основании результатов клинического обследования, и оценкой КЖ, данной больным, могут быть связаны с особенностями личности пациента, обременительностью диагностических и лечебных процедур, побочными эффектами лекарств, их влиянием на психо-эмоциональную сферу и др. Все это убеждает в важности широкого внедрения в клиническую практику интегральных критериев субъективного состояния больных – КЖ как меры их физического, психического и социального благополучия [3].

Изучение состояния адаптации, ее связь с КЖ у амбулаторного контингента пациентов с артериальной гипертензией представляет несомненный интерес, так как эти аспекты недостаточно изучены, при этом методики оценки адаптации организма и КЖ просты в исполнении, не требуют специальной аппаратуры, экономически не затратные и поэтому могут широко использоваться в амбулаторных условиях.

Цель исследования: изучение состояния неспецифической адаптации организма и качества жизни у пациентов с АГ в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

Исследование включало 130 пациентов с АГ и 53 практически здоровых людей сопоставимых по возрасту и полу.

Для скринингового исследования адаптации была использована методика Л. Х. Гаркави с соавт. [2]. Результатом является определение неспецифических реакций и уровней реактивности организма. Выделяют следующие неспецифические реакции организма: стресс, тренировка, спокойная активация, повышенная активация и перерактивация. Каждому из этих состояний соответствует определённый статус эндокринной, иммунной и центральной нервной систем. Одна и та же реакция может возникать в ответ на разные по силе раздражители: если она появилась на слабый раздражитель – реактивность высокая, если на сильный – низкая. Все типы реакций, различающихся в ответ на данный уровень силы раздражителя, составляют один уровень реактивности. Уровни реактивности делят на высокий, средний, низкий и очень низкий. С понижением уровня реактивности внутри симптомокомплекса, характерного для каждой реакции, по-

являются и возрастают признаки напряженности, десинхронизации работы подсистем организма.

Определение типов реакций и уровней реактивности проводилось с помощью опросника Л. Х. Гаркави с соавт. с последующим анализом лицензионной компьютерной программой «АнтиСтресс». Итоговое заключение строилось по системе «светофор»:

- реакция спокойной или повышенной активации при высоких и средних уровнях реактивности соответствует физиологической норме (ФН) – «зеленый», при низком уровне реактивности – напряжению адаптации (НА) или предболезни – «желтый», при очень низком уровне реактивности – срыву адаптации (СА) или болезни – «красный»;
- реакция тренировки при высоком уровне реактивности – физиологическая норма («зеленый»), при среднем уровне реактивности – предболезнь («желтый»), при низком и очень низком уровне реактивности – болезнь («красный»);
- реакция перерактивации и стресс при высоком уровне реактивности – предболезнь («желтый»), при среднем, низком и очень низком уровне реактивности – болезнь («красный»).

Оценка нервно-психического звена адаптации проводилась с помощью многомерной шкалы (опросника) нервно-психической адаптации И. Н. Гурвича [4]. Анализ адаптации по этой шкале проводится по сумме баллов: до 12 – физиологическая норма; 12–24 – напряжение адаптации; более 24 баллов – срыв адаптации.

Исследование КЖ проводилось по валидированной нами русской версии общего опросника **RAND-36**, включающего 36 вопросов, подразделённых на 9 шкал: **PF** (физическое функционирование), **RP** (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), **RE** (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), **EF** (энергичность/усталость), **EW** (эмоциональное самочувствие), **SF** (социальное функционирование), **BP** (телесная боль), **GH** (общее восприятие здоровья) и **HN** (сравнение самочувствия с предыдущим годом). Результаты представляются в баллах от 0 до 100, более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья [5].

Статистическая обработка проводилась с помощью программ Statistica 6.0 (Statsoft, США), Microsoft Excel 2007 (Microsoft, США). Анализ достоверности различий относительных величин проводился по критерию χ^2 . Количественные параметры в зависимости от вида распределения представлялись в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки среднего (m) при нормальном распределении, либо в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (LQ/UQ) при распределении, отличном от нормального. В зависимости от вида распределения признаков применялись критерии параметрические (t-критерий Стьюдента) или непараметрические (U-критерий Манна–Уитни). Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Комплексный подход к оценке адаптации в группах испытуемых включал исследования ее иммунно-эндокринной и нервно-психической составляющих. Результаты исследования в основной группе (пациенты с АГ) и группе контроля (практически здоровые лица) приведены в таблице 1.

В целом, в основной группе выявлена высокая доля лиц, имеющих отклонения в обеих составляющих адапта-

Оригинальные научные публикации

Таблица 1. Доля лиц с разными состояниями адаптации в группах наблюдения (%)

Составляющие адаптации	Основная группа (n = 130)			Контрольная группа (n = 53)		
	ФН	НА	СА	ФН	НА	СА
Иммунно-эндокринная (по Л. Х. Гаркави)	31,7%	34,4%	33,9%	47,4%	34,2%	18,4%
Нервно-психическая (по И. Н. Гурвичу)	15,4%*	33,1%	51,5%*	35,7%	35,7%	28,6%

Примечание: * достоверные различия показателей в основной и контрольной группах, ($P < 0,05$). Состояния адаптации: ФН – физиологическая норма, НА – напряжение адаптации, СА – срыв адаптации.

ции, указывающие на худшее состояние здоровья в данной группе. Особенно велика была доля лиц со срывом адаптации в нервно-психической составляющей (51,5%), что подчеркивает связь АГ с нарушениями в нервно-психической сфере. Однако и в группе контроля выявлены различные отклонения от оптимума адаптации, также наиболее выраженные в ее нервно-психической составляющей (28,6%), что можно объяснить усилением влияния таких факторов социальной среды, как возросший темп жизни, избыток информации, дефицит времени, снижение физической активности и др. Следует отметить, что достоверных отличий по состоянию адаптации в иммунно-эндокринной сфере между группами наблюдений не было выявлено, однако при анализе состояния адаптации по двум составляющим (иммунно-эндокринной и нервно-психической) в группе гипертензивных пациентов доля лиц без нарушений адаптации снизилась до 8,5% по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$), а доля лиц с нарушением адаптации по обоим составляющим значительно возросла (61,5%) (рис. 1).

Нами проанализировано состояние адаптации в комплексе по двум составляющими в зависимости от различного риска развития сердечно-сосудистых осложнений АГ. Испытуемые были разделены на 3 группы: с умеренным риском осложнений АГ – 23 человека (группа 1), высоким риском – 46 человек (группа 2), очень высоким риском – 61 человек (группа 3).

Как показано на приведенном ниже рисунке 2, нарушения адаптации усугубляются по мере увеличения риска развития сердечно-сосудистых осложнений АГ. В группе 3 с очень высоким риском доля лиц без нарушений адаптации составила всего 6,5%, что достоверно

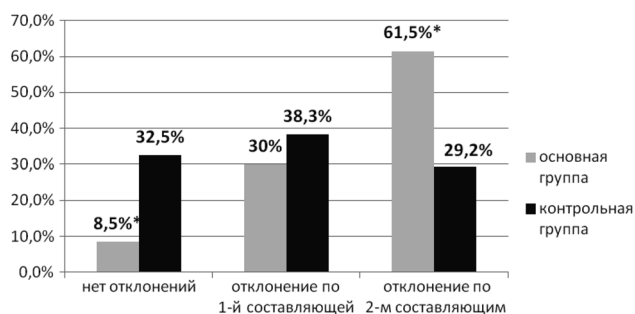


Рис. 1. Доля лиц с разными состояниями адаптации при ее комплексной оценке в основной и контрольной группах
Примечание: * достоверные различия в основной и контрольной группах, ($P < 0,05$).

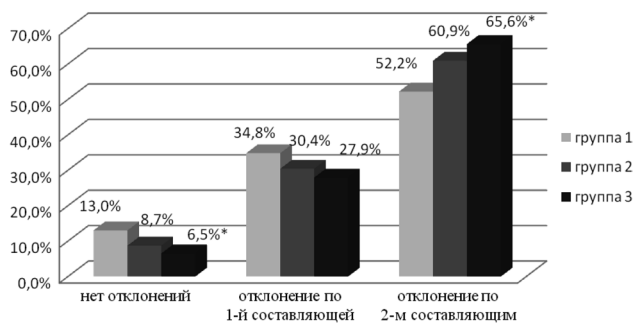


Рис. 2. Доля лиц с разными состояниями адаптации при ее комплексной оценке в группах наблюдения
Примечание: * достоверные различия в группах 2 и 3 по сравнению с группой 1, $P < 0,05$.

меньше, чем в группе 1 с умеренным риском (13,0%), а доля лиц с отклонением по 2-м составляющим достигла 65,6%, тогда, как в группе 1 – 52,2%.

Таким образом, у большинства пациентов с АГ имеются явные нарушения неспецифической адаптации организма, усугубляющиеся с увеличением риска развития осложнений АГ. Поэтому важно распознавать нарушения адаптации на донологической стадии для проведения комплекса профилактических мероприятий.

Состояние адаптации организма может влиять и на КЖ пациентов с АГ, что потребует дополнительной коррекции лечения.

Нами проведен сравнительный анализ КЖ пациентов с АГ и практически здоровых лиц, пациентов с АГ в зависимости от риска развития сердечно-сосудистых осложнений и уровня адаптации организма.

Установлено, что показатели КЖ пациентов с АГ были снижены по всем шкалам опросника RAND-36 (табл. 2). Однако не было получено достоверных различий ($P < 0,05$) по сравнению с практически здоровыми лицами по шкалам, касающимся психо-эмоциональной сферы: RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие).

Таблица 2. Качество жизни пациентов с АГ и практически здоровых лиц ($M \pm m$)

Показатели КЖ	Основная группа (n = 130)	Контрольная группа (n = 53)
PF	67,4 ± 2,4*	93,5 ± 1,1
RP	53,3 ± 3,8*	89,1 ± 3,3
RE	72,4 ± 3,4	68,7 ± 5,6
EF	59,5 ± 3,9	62,2 ± 2,1
EW	61,6 ± 1,6	67,5 ± 2,4
SF	70,9 ± 1,9*	88,3 ± 3,2
BP	65,0 ± 2,3*	83,8 ± 3,4
GH	45,2 ± 1,4*	67,4 ± 2,4
HN	44,9 ± 2,1*	54,5 ± 2,9

Примечание: * достоверные различия в основной и контрольной группах, ($P < 0,05$).

Это связано с тем, что и у практически здоровых лиц имеются некоторые нарушения в этой сфере, которые обусловлены внешними причинами, а не состоянием здоровья.

Анализ КЖ больных АГ с различным риском сердечно-сосудистых осложнений показал, что по мере увеличе-

Таблица 3. Качество жизни пациентов с различным риском сердечно-сосудистых осложнений АГ ($M \pm m$)

Показатели КЖ	Группа 1 (n = 23)	Группа 2 (n = 46)	Группа 3 (n = 61)
PF	81,7 ± 3,9*	72,2 ± 3,6**	59,4 ± 3,7
RP	66,7 ± 9,3*	54,6 ± 6,2**	46,8 ± 5,3
RE	77,8 ± 7,0	69,2 ± 5,9	72,1 ± 5,1
EF	62,4 ± 3,0	54,1 ± 2,2	61,9 ± 7,9
EW	66,1 ± 3,4*	60,7 ± 2,6	60,3 ± 2,5
SF	75,6 ± 5,3*	73,5 ± 2,8	66,3 ± 2,9
BP	71,4 ± 5,9*	66,9 ± 3,9	61,4 ± 3,3
GH	48,1 ± 3,7	44,9 ± 1,9	44,4 ± 2,3
NH	51,2 ± 5,6*	47,7 ± 3,4	41,7 ± 3,0

Примечание: * достоверные различия в группе 1 по сравнению с группой 3, $P < 0,05$.

** достоверные различия в группе 2 по сравнению с группой 3, $P < 0,05$.

Таблица 4. Качество жизни пациентов основной группы с разным состоянием адаптации ($M \pm m$)

Показатели КЖ	Группа А (n = 10)	Группа В (n = 45)	Группа С (n = 75)
PF	87,1 ± 4,4*	82,4 ± 2,5**	57,6 ± 3,1
RP	85,0 ± 6,7*	69,6 ± 6,4**	41,2 ± 4,6
RE	84,4 ± 9,3*	87,3 ± 4,2**	63,5 ± 4,8
EF	73,5 ± 2,5*	62,5 ± 2,1	56,1 ± 6,3
EW	74,4 ± 6,6*	69,9 ± 2,3**	55,8 ± 1,9
SF	91,3 ± 3,3*	82,6 ± 3,3**	62,5 ± 2,2
BP	95,8 ± 2,4*	70,4 ± 3,7**	58,3 ± 3,0
GH	58,5 ± 5,2*	53,1 ± 3,1**	39,6 ± 1,3
NH	62,5 ± 5,6*	48,6 ± 3,5	40,8 ± 2,7

Примечание: * достоверные различия в группе А по сравнению с группой С, $P < 0,05$.

** достоверные различия в группе В по сравнению с группой С, $P < 0,05$.

ния риска значительно ухудшается большинство показателей КЖ (табл. 3).

При очень высоком риске по сравнению с умеренным, достоверно более низкие показатели касаются физической сферы (PF – физическое функционирование, RP – ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья, BP – телесная боль), социальной сферы (SF – социальное функционирование) и показатель EW (эмоциональное самочувствие). Достоверное снижение показателя NH (сравнение самочувствия с предыдущим годом) указывает на прогрессирование заболевания.

Для оценки КЖ в зависимости от состояния адаптации организма группа пациентов с АГ была разделена под-

группы: группа А – нет нарушений адаптации; группа В – отклонение по 1-й составляющей адаптации; группа С – отклонение по 2-м составляющим (табл. 4).

У пациентов с АГ без нарушений адаптации и при отклонении адаптации по 1-й составляющей показатели КЖ достоверно выше по всем шкалам опросника по сравнению с больными, имеющими нарушение адаптации по 2-м составляющим.

Выводы

1. У пациентов с артериальной гипертензией выявлены глубокие нарушения адаптационных систем организма, усугубляющиеся с увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений заболевания.

2. Показатели КЖ пациентов с АГ по сравнению с практически здоровыми лицами достоверно более низкие по всем шкалам опросника RAND-36, за исключением показателей, касающихся психо-эмоциональной сферы: RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие).

3. Показатели КЖ пациентов с АГ достоверно снижаются практически по всем шкалам опросника RAND-36 при увеличении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и по всем шкалам – при усугублении нарушений адаптации организма.

4. Выявленные нарушения адаптации организма и снижение КЖ пациентов с АГ, зависящие от степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений, диктует необходимость ранней диагностики и индивидуализации подходов к ведению амбулаторного контингента пациентов.

Литература

1. Агаджанян, Н. А. Проблемы адаптации и учение о здоровье: учеб. пособие / Н. А. Агаджанян, Р. М. Баевский, А. П. Берсенева, 2006. – 284 с.

2. Гаркави, Л. Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия: реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Т. С. Кузьменко, 1998. – 654 с.

3. Гиляревский, С. Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов. – Москва: НПО «Союзмединформ», 1992. – 65 с.

4. Гурвич, И. Н. Социальная психология здоровья / И. Н. Гурвич. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.

5. Месникова, И. Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации / И. Л. Месникова, Бел. гос. мед. ун-т. – Минск, 2005. – 20 с.