

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини,
медсестринства та біоетики

Кваліфікаційна (магістерська) робота

за спеціальністю “Сестринська справа”

223 – медсестринство

на тему:

**«ВПЛИВ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ НА КОНТРОЛЬ
АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ І РІВЕНЬ СИМПТОМІВ У ХВОРИХ НА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ»**

Виконала: студентка 2 курсу,

групи З-24-070,

ІІІ медичний факультет з підготовки
вітчизняних та іноземних здобувачів
освіти

Колісник Тетяна Олександрівна

Керівник: к.мед.н., доцент,
доцент кафедри пропедевтики
внутрішньої медицини,
медсестринства та біоетики

Гончарь Олексій Володимирович

Харків - 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....	7
1.1. Епідеміологія та значущість ГХ у світі і в Україні (розповсюдженість, вплив на розвиток ССЗ та смертність).....	7
1.2. Зв'язок рівня АТ із ССЗ та смертністю в популяції, вплив якості контролю АТ на ризик розвитку ССЗ і виживаність у хворих на ГХ.....	10
1.3. Прихильність до лікування як важлива детермінанта якості контролю АТ. Дані літератури щодо показників у популяції хворих на ГХ, вплив на рівень АТ, ризик розвитку ССЗ і виживаність. Методи оцінки прихильності до лікування.....	14
1.4. Рівень симптомів і якість життя як вторинна мета лікування пацієнтів із ГХ. Методи оцінки.....	18
РОЗДІЛ 2. ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	23
2.1. Об'єкт дослідження.....	23
2.2. Методи обстеження.....	24
РОЗДІЛ 3. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	26
РОЗДІЛ 4. ВПЛИВ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ НА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	34
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	50
ВИСНОВКИ.....	54
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія

АКК – антагоністи кальцієвих каналів

АЛТ – аланінамінотрансфераза

AP13 – апелін-13

АТ – артеріальний тиск

ББ – бета-блокатори

БКК – блокаторів кальцієвих каналів

БРА – блокатори Рецепторів Ангіотензину II

ГХ – гіпертонічна хвороба

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск

ДІ – добовий індекс

ЕКГ – електрокардіографія

ЗСЛШ – задня стінка лівого шлуночка

ЗХС – загальний холестерин

ІА – індекс атерогенності

ІМТ – індекс маси тіла

ІХС – ішемічна хвороба серця

ІМ – інфаркт міокарда

іАПФ – інгібітор ангіотензин-перетворюючого ферменту

КА – коефіцієнт атерогенності

КТ – комп'ютерна томографія

ЛШ – лівий шлуночок

ЛПВЩ – ліпопротеїди високої щільності

ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності

ЛПДНЩ – ліпопротеїди дуже низької щільності

НЛВ – нейтрофіл-лімфоцитарне відношення

ПРАГ – псевдорезистентна артеріальна гіпертензія

рШКФ – розрахункова швидкість клубочкової фільтрації
РААС – ренін-ангіотензин-альдостеронова система
PCSK9 – пропротеїнова конвертаза субтилізин-кексинового типу 9
РАГ – резистентна артеріальна гіпертензія
САТ – систолічний артеріальний тиск
СВЕ – суправентрикулярна екстрасистолія
ССЗ – серцево-судинні захворювання
СН – серцева недостатність
СНзнФВ – серцева недостатність зі зниженою фракцією викиду
СНзбФВ – серцева недостатність збереженою фракцією викиду
СС-ризик – серцево-судинний ризик
УЗД – ультразвукове дослідження
ХНН – хронічна ниркова недостатність
ХСН – хронічна серцева недостатність
ХХН – хронічна хвороба нирок
ХС – холестерин
ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень
ЦисС – цистатин С
ЦД – цукровий діабет
ЧСС – частота серцевих скорочень
ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів
ШКФ – швидкістю клуб очкової фільтрації
ШЕ – шлуночкова екстрасистолія

ВСТУП

Актуальність. Гіпертоніяна хвороба (ГХ) є однією з найгостріших проблем сучасного суспільства. Вона не лише стає все більш поширеною, а й вражає людей молодшого віку, що робить її однією з ключових медико-соціальних викликів нашого часу.

Провідними механізмами патогенезу артеріальної гіпертензії (АГ) є порушення регуляції судинного тону, збільшення об'єму циркулюючої крові, зміни в системі ренін-ангіотензин-альдостерон, порушення функції ендотелію, генетична схильність та вплив факторів навколишнього середовища.

АГ є не тільки одним з провідних етіологічних чинників розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН), а й має з останньою спільність у ключових ланках патогенезу. Рання адекватна терапія артеріальної гіпертензії, супутніх захворювань (цукровий діабет, дисліпідемія, фібриляція передсердь) є реальним напрямком профілактики розвитку ХСН в умовах загальнолікарської практики [18].

Метою роботи є визначення впливу прихильності до лікування на контроль артеріального тиску і рівень симптомів у хворих на гіпертонічну хворобу та розробити рекомендації щодо підвищення прихильності до лікування АГ пацієнтів.

Завдання дослідження:

1. Дослідити та узагальнити дані сучасної наукової літератури щодо поширеності гіпертонічної хвороби, значущості контролю артеріального тиску, ролі прихильності до лікування та її впливу на перебіг захворювання, рівень симптомів і якість життя пацієнтів.

2. Вивчити клініко-демографічні особливості та рівень прихильності до лікування у хворих на гіпертонічну хворобу на підставі результатів власного дослідження.

3. Вивчити взаємозв'язок рівня прихильності до лікування у хворих на гіпертонічну хворобу з особливостями клінічного перебігу захворювання та якості життя.

4. Обґрунтувати роль медичної сестри у формуванні та підтримці прихильності до лікування у хворих на гіпертонічну хворобу як складової ефективного лікувального процесу.

Об'єктом дослідження виступає прихильність до лікування у хворих на гіпертонічну хворобу.

Предметом дослідження є вихідний артеріальний тиск у хворих на гіпертонічну хворобу.

Методи дослідження: загальноклінічні, інструментальні.

В роботі:

- визначено вплив прихильності до лікування на контроль артеріального тиску і рівень симптомів у хворих на гіпертонічну хворобу.

- розроблено рекомендації щодо підвищення прихильності до лікування АГ пацієнтів, хворих на гіпертонічну хворобу.

Удосконалено рекомендації щодо підвищення прихильності до лікування АГ пацієнтів, хворих на гіпертонічну хворобу, що на відміну від існуючих результатів враховує різні домени якості життя пацієнтів, зокрема, показники самосприйняття, загального настрою, і психологічний домен.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Епідеміологія та значущість ГХ у світі і в Україні (розповсюдженість, вплив на розвиток серцево-судинних захворювань (ССЗ) та смертність)

В дослідженні питання епідеміології та значущості ГХ у світі і в Україні (розповсюдженість, вплив на розвиток ССЗ та смертність) вагому роль займає колективна наукова праця робочої групи з лікування артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертонії «2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension».

Автори зазначають: згідно з попередніми європейськими та поточними міжнародними рекомендаціями 2018 р. артеріальну гіпертензію визначають на основі повторних офісних значень систолічного артеріального тиску (САТ) 140 мм рт. ст. та/або діастолічного артеріального тиску (ДАТ) 90 мм рт. ст. Проте існує безперервний зв'язок між артеріальним тиском (АТ) і серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) або летальними наслідками з боку нирок, починаючи з показника САТ > 115 мм рт.ст. і ДАТ > 75 мм рт.ст. Таким чином, це визначення є довільним і має переважно прагматичну мету спростити діагностику та прийняття рішень щодо лікування артеріальної гіпертензії.

Гіпертонія є найпоширенішим серцево-судинним розладом у світі, і, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), вона вражає 1,28 мільярда дорослих у віці 30-79 років у всьому світі, дві третини проживають у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. У 2019 році глобальна вікова стандартизація середня поширеність гіпертензії серед дорослих віком 30-79 років, як повідомляється, становить 34 % у чоловіків і 32 % у жінок. У молодшому віці (< 50 років) гіпертонія більш поширена у чоловіків, тоді як більш різке підвищення САТ у жінок після третього десятиліття (і більше після менопаузи) робить поширеність гіпертензії більшою у жінок старших вікових категорій (>65 років). САТ прогресивно підвищується у той час як ДАТ

підвищується лише до 50-60 років, після чого настає короткий період стагнації та наступний легкий зменшення. Це призводить до підвищення пульсового тиску (різниця між САТ і ДАТ) з віком.

Зв'язок АТ з ризиком церебральних, серцево-судинних і ниркових подій. Існує постійний зв'язок між підвищенням АТ і ризиком інсульту, ішемічну хворобу серця (ІХС), серцевої недостатності та розвитку прогресування хронічної хвороби нирок (ХХН). Це стосується всіх вікових та етнічних груп. У 2002 році Група співробітництва перспективних досліджень виявили, що для кожного підвищення «офісного» САТ на 20 мм рт. ст. або підвищення «офісного» ДАТ на 10 мм рт. ст. ризик летального ІХС або інсульту вдвічі. САТ є кращим предиктором подій, ніж ДАТ у віці після 50 років [1].

Рекомендації 2024 визначають гіпертензію як підтверджений офісний систолічний АТ ≥ 140 мм рт.ст. або діастолічний АТ ≥ 90 мм рт.ст. Непідвищений АТ визначається як систолічний АТ < 120 мм рт. ст. та діастолічний АТ < 70 мм рт. ст. Для визначення цієї категорії АТ науковці використовують термін «непідвищений АТ». Оскільки відносний ризик серцево-судинних захворювань починає зростати при АТ нижче цього порогу (навіть при систолічному АТ 90 мм рт. ст.), зокрема серед жінок, науковці уникають таких термінів, як «нормальний АТ», «оптимальний АТ» або «нормотензія» у визначенні цієї категорії [2].

Аналізуючи питання епідеміології та значущості ГХ у світі і в Україні (розповсюдженість, вплив на розвиток ССЗ та смертність), сучасні вітчизняні науковці торкаються проблеми перебування хворих на АГ у зоні бойових дій.

Заслуговує уваги робота С. М. Коваль, Л. А. Рєзнік, Т. Г. Старченко. Особливості перебігу артеріальної гіпертензії у хворих після перебування в зоні бойових дій на Харківщині [3].

Так, у хворих на АГ (цивільне населення), які перебували в зоні бойових дій на Харківщині і пережили хронічний стрес воєнного часу, встановлено статистично значуще збільшення частоти тяжкої і неконтрольованої АГ, її

кризового перебігу та резистентної форми. Прогностично несприятливими наслідками перебування у зоні бойових дій у хворих на АГ були статистично значуще збільшення частоти таких чинників ризику ССЗ, як підвищення рівня в крові ХС ліпопротеїни низької густини (ЛПНГ), переддіабет, інсулінорезистентність, паління і регулярне вживання алкоголю. Перебування у зоні бойових дій призвело до статистично значущого підвищення у хворих на АГ частоти ішемічної хвороби серця, порушень серцевого ритму і серцевої недостатності, пришвидшення розвитку цукрового діабету 2 типу, а також до таких тяжких серцево-судинних і цереброваскулярних ускладнень, як фібриляція передсердь, гострий інфаркт міокарда, транзиторна ішемічна атака й ішемічний інсульт.

Одним із важливих результатів проведеного науковцями дослідження є зниження виразності індексу маси тіла (ІМТ) і ожиріння у хворих після перебування в зоні бойових дій. Це може бути наслідком перенесеного хронічного стресу воєнного часу, який спричинив прогресування АГ, метаболічних змін та ішемічну хворобу серця (ІХС).

Відтак, важливим є наступний висновок науковців щодо необхідності проведення динамічного спостереження за цією категорією хворих і тривалої комбінованої терапії з урахуванням особливостей клінічного перебігу й наявності та виразності ускладнень захворювання.

Також практичну значущість має робота Теренда Н. О. Основні тенденції загальної та первинної захворюваності на гіпертонічну хворобу в Україні [4]. Так, з використанням методу демографічного районування автором проведено оцінку змін захворюваності й поширеності ГХ в Україні та окремих її районах протягом 1996–2014 років. На основі отриманих результатів спрогнозовано тенденцію подальшого зростання даних патологій, як в Україні, так і в деяких її районах до 2025 року.

Автором визначено, що загальна захворюваність на ГХ в Україні зростає у 2014 р. порівняно із 1996 р. у 2,3 рази. Автором наведено районні особливості

зростання поширеності цієї патології, які полягають в істотному зростанні її у Південному районі з 12497,5 до 33 923,9 на 100 тис. нас. (у 2,7 рази), у Південно-Східному – з 12382,9 до 32 117,8 на 100 тис. нас. (у 2,6 рази) та у Західному – з 12098,4 до 31 957,7 на 100 тис. нас. (у 2,6 рази) районах. У Північно-Східному районі спостерігалось найменше зростання загальної захворюваності на ГХ з 13431,7 на 100 тис. нас. у 1996 р. до 31 454,4 на 100 тис. нас. у 2014 р. (у 2,3 рази). Найвищий рівень ГХ в Україні за період 2011–2013 рр. спостерігався із піком у 2012 р. (32 780,9 на 100 тис. нас. – у 2,5 рази).

Серед регіонів автор відмітив найбільше зростання поширеності ГХ у Івано-Франківській – з 9721,6 на 100 тис. нас. до 32195,1 на 100 тис. нас. (3,3 рази), Рівненській – з 9929,9 на 100 тис. нас. до 30861,8 на 100 тис. нас. (3,1 рази) та Житомирській – з 10806,1 на 100 тис. нас. до 33940,9 на 100 тис. нас. (3,1 рази) областях. Найменші темпи збільшення загальної захворюваності на ГХ в Україні за досліджуваний період спостерігалися у Сумській – з 14308,3 на 100 тис. нас. до 29111,4 на 100 тис. нас. (2,0 рази), Хмельницькій – з 18656,7 на 100 тис. нас. до 39327,9 6591,8 на 100 тис. нас. (2,1 рази), Волинській – з 14720,1 на 100 тис. нас. до 31173,2 на 100 тис. нас. (2,1 рази) областях [4].

Автор спрогнозував тенденцію до зростання поширеності цієї нозології в Україні. Так, загальноукраїнські показники поширеності прогнозовано зростуть з 29500,8 на 100 тис. нас. у 2014 р. до 48981,7 на 100 тис. нас. у 2025 р. (+ 66,0 %) [4].

1.2. Зв'язок рівня АТ із ССЗ та смертністю в популяції, вплив якості контролю АТ на ризик розвитку ССЗ і виживаність у хворих на ГХ

Розглядаючи питання зв'язку рівня АТ із ССЗ та смертністю в популяції, вплив якості контролю АТ на ризик розвитку ССЗ і виживаність у хворих на ГХ, варто відмітити, що важливим внеском в науковий доробок Гончарь О. В. Літвінова В.О. [5]. Так, у науковій праці визначено, що артеріальна гіпертензія є одним із найчастіших коморбідних станів у осіб з ожирінням. АГ, у свою

чергу, є одним із провідних факторів ризику розвитку ССЗ, таких як інфаркт міокарда та інсульт. Дослідження в різних популяціях по всьому світу показали наявність прямого зв'язку між ІМТ та систолічним і діастолічним артеріальним тиском. Існують дані про те, що підтримка $ІМТ < 25 \text{ кг/м}^2$ є ефективним засобом первинної профілактики АГ, а втрата ваги знижує АТ у більшості гіпертоніків. Ожиріння збільшує ризик ССЗ, таких як атеросклероз, інфаркт міокарда та інші хвороби серця через підвищення артеріального тиску, порушення ліпідного обміну та запалення судин. Важливим є висновок авторів роботи [5]: збалансована дієта та контроль ваги можуть сприяти попередженню розвитку АГ, що впливає на зниження ризику ССЗ [5].

Важливим для дослідження цього питання є науковий доробок науковців Гончарь О. та Ащеулова Т. [6]. Так, автори вивчили роль ГХ в контексті фенотипування популяції госпіталізованих пацієнтів з гострою коронавірусною хворобою (які мають найвищий ризик формування постковідного синдрому) з метою оптимізації прогнозування розвитку «Довгого COVID». Так, госпіталізовані хворі на COVID-19 із супутньою гіпертонічною хворобою мали старший вік, більшу частоту ожиріння та цукрового діабету 2 типу порівняно з нормотензивними учасниками, не відрізняючись при цьому за параметрами лабораторного профілю (включаючи маркери системного запалення, протромботичної активації, ниркової функції та ураження печінки), рівнем пульмонального ураження за даними комп'ютерної томографії (КТ) та ультразвукового дослідження (УЗД) легень, а також ендотеліязалежної вазодилатації в пробі з реактивною гіперемією плечової артерії. Виявлене зниження дистанції 6-хвилинної ходи у пацієнтів із ГХ пояснювалося наявними віковими та антропометричними відмінностями [6].

Питання контролю АТ у хворих на ГХ присвячено велику кількість наукових праць. Цікавою є наукова праця Іванкової А. [8], присвячена вирішенню низки проблемних питань щодо покращення визначення важкості захворювання та прогнозування його перебігу у хворих на ГХ II стадії з різними

варіантами екстрасистолій шляхом визначення характеру кардіоренальних та метаболічних порушень та зв'язку різних варіантів екстрасистолії з структурно-функціональним станом міокарда і функцією нирок у пацієнтів із АГ, а також вирішенню наукової концепції, направленої на визначення ранніх маркерів порушень гемоциркуляції та метаболічного статусу при екстрасистолії.

Так, даним автором вперше у хворих на ГХ II стадії з екстрасистолією проведено комплексну оцінку функціонального стану міокарда і нирок шляхом визначення сироваткових рівнів апеліну-13 (AP13) та цистатину С (ЦисС). Встановлені особливості кардіоренальних і метаболічних порушень, достовірні тісні кореляційні зв'язки між відомими чинниками серцево-судинного ризику, різними клінічними, інструментальними і лабораторними параметрами та рівнями AP13/ЦисС в залежності від топічного варіанту екстрасистолії. Вперше визначено, що у хворих на ГХ II стадії з екстрасистолією, спостерігається достовірне зниження рівня AP13 та підвищення рівня ЦисС порівняно із пацієнтами з ГХ II стадії без порушень серцевого ритму, а у хворих на ГХ II стадії з шлуночковою екстрасистолією рівень AP13 суттєво нижчий, а рівень ЦисС значно вищий ($p < 0,001$) по відношенню до відповідних показників у пацієнтів з ГХ II стадії та суправентрикулярною екстрасистолією [8].

Встановлено, що в пацієнтів з ГХ і супутньою частою екстрасистолією порівняно з хворими на ГХ без порушень серцевого ритму виявляється достовірно триваліший гіпертензивний анамнез, значно частіше реєструються випадки з обтяженою серцево-судинною спадковістю і порушеннями вуглеводного обміну у вигляді зниження толерантності до глюкози, а також зростання випадків абдомінального ожиріння. В групі хворих з частою екстрасистолією нормальна вага зустрічалась достовірно рідше, ніж у групі без аритмій ($p = 0,002$). Крім того, в групі пацієнтів основного клінічного масиву спостерігалась достовірно вища частота реєстрації абдомінального ожиріння ($p = 0,02$).

Автором роботи [8] доведено, що наявність частоті екстрасистолії, не залежно від її топичного варіанту, у хворих на ГХ асоціюється з дисліпідемією, гіперурикемією та зниженням рівня АР13. Найнижчий рівень АР13 зафіксований у пацієнтів з АГ і шлуночковою екстрасистоляцією (ШЕ), що достовірно відрізнялось від відповідного рівня АР13 у пацієнтів з АГ та суправентрикулярний варіант екстрасистолії (СВЕ) ($p = 0,0006$).

Автором дослідження [8] встановлено певний зворотній зв'язок між рівнем АР13 сироватки і наявністю частоті екстрасистолії, зокрема шлуночкової, деякими показниками добового моніторування АТ, чоловічою статтю, курінням і обтяженою спадковістю у пацієнтів на АГ.

В праці Іванкової А. [8] виявлено, що у хворих на ГХ рівень ЦисС був суттєво вищий, в порівнянні з контролем ($p < 0,001$), при цьому при наявності екстрасистолії середній вміст ЦисС був достовірно вищий, ніж у пацієнтів без екстрасистол ($p < 0,05$). Найвищий рівень ЦисС був зафіксований у хворих з ГХ і ШЕ, що достовірно відрізнялось від відповідного рівня ЦисС у пацієнтів з СВЕ ($p < 0,05$), пацієнтів без аритмій ($p < 0,001$) та практично здорових осіб ($p < 0,001$).

Автором встановлений прямий асоціативний зв'язок між рівнем ЦисС з частотою екстрасистолією та шлуночковим варіантом аритмогенезу, відомими факторами серцево-судинного ризику, такими як куріння і високий ступінь АГ, деякими показниками добового моніторування АТ, концентричною гіпертрофією лівого шлуночка (ЛШ), метаболічними чинниками ризику та креатиніном [8].

У хворих на ГХ II стадії спостерігається зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), порівняно зі здоровими особами. У хворих з ГХ II стадії наявність частоті екстрасистолії була асоційована зі збільшенням рівня ЦисС, натрію, зменшенням співвідношеннякалію до натрію, зменшенням фільтраційної функції нирок. У хворих з ГХ II стадії наявність шлуночкового варіанту екстрасистолії асоціюється зі збільшенням частоти реєстрації мікроальбумінурії, найвищим рівнем ЦисС та зменшенням швидкості

клубочкової фільтрації (як за креатиніном, так і за ЦисС). Найнижчий показник ШКФ (як за креатиніном, так і за ЦисС) був зафіксований у пацієнтів з ГХ II стадії і частою ШЕ.

Втім, подальших досліджень потребує наступне припущення автора роботи [8]: на сьогодні достеменно невідомо, як впливають різні види екстрасистолій на стан функції серця та нирок у хворих на ГХ та які зміни в організмі призводять до виникнення порушень серцевого ритму (зокрема екстрасистолій) [8].

В роботі «Практичні рекомендації щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією» Коробкова О. [9] акцентує увагу на впливі АГ на серцево-судинну захворюваність (ССЗ) в світі, через що АГ лишається провідною причиною смертності. В своїй роботі [9] Коробкова О. посиляється на практичну настанову для зменшення глобального впливу підвищення АТ, яку розробило Міжнародне товариство з артеріальної гіпертензії (ISH) у 2020 році щодо лікування АГ у дорослих хворих віком від 18 років (www.ahajournals.org). На думку автора роботи [9], представлені рекомендації можуть бути використані як інструмент для полегшення ведення пацієнтів з АГ з метою зменшення її впливу на ССЗ та смертність.

1.3. Прихильність до лікування як важлива детермінанта якості контролю АТ. Дані літератури щодо показників у популяції хворих на ГХ, вплив на рівень АТ, ризик розвитку ССЗ і виживаність. Методи оцінки прихильності до лікування

Питанню прихильності до лікування як важливої детермінанти якості контролю АТ, дослідженню літератури щодо показників у популяції хворих на ГХ, впливу на рівень АТ, ризику розвитку ССЗ і виживаність, а також методів оцінки прихильності до лікування присвячено наукову працю Рековець О., Сіренко Ю. [9].

Так, автори зауважують, що погана прихильність до лікування є однією з причин недосягнення цільового рівня артеріального тиску та наслідків у вигляді розвитку серцево-судинних ускладнень. Автор в своєму дослідженні зазначає, що серцево-судинні захворювання у сучасному світі є основною причиною смертності, інвалідизації та захворюваності населення [9].

У якості однієї з найбільш поширених для пояснення соціальної поведінки щодо прихильності до лікування серед хронічно хворих пацієнтів автори наводять модель інформаційно-мотиваційно-поведінкових навичок. Так, відповідно до цієї моделі, на думку Рековець О., Сіренко Ю., такі три виміри впливають на поведінку прихильність: 1) інформація та знання про необхідність лікування, 2) мотивація щодо внесення необхідних змін у свою поведінку, 3) необхідні навички для досягнення бажаних змін поведінки [9].

Авторами визначено, що одним із методів подолання неприхильності хворих до лікування є визначення суб'єктивних та емоційних переживань пацієнта протягом перебігу хвороби та на фоні лікування серцево-судинного захворювання методом анкетування або детального інтерв'ю із лікарем. Під час таких співбесід виникає можливість з'ясувати суб'єктивні фактори неприхильності, а також зробити спробу корекції поведінки хворого стосовно свого лікування. Цей метод є доступним та відносно не витратним для системи охорони здоров'я

Також в питанні дослідження методів прихильності до лікування цікавою є наукова робота Н. С. Слепченко та К. Д. Дмитрієва [10], в якій автори наводять наступні статистичні дані щодо рівня прихильності до лікування у віці. Так, рівень прихильності до лікування артеріальної гіпертензії у Китаї, Гамбії та Сейшельських островах, вона складає 43 %, 27 % та 26 % відповідно. У Сполучених Штатах Америки прихильність до лікування АГ становить 51 %. Менше 70 % пацієнтів не досягають оптимальних цифр АТ через погану прихильність до лікування.

Автори зазначають, що проблема прихильності до лікування є мультифакторіальною, так на прихильність до лікування впливає 5 груп факторів: соціально-економічні; фактори, які пов'язані із системою охорони здоров'я та безпосередньо лікарями; фактори, які зумовлені безпосередньо захворюванням та потреби, що пов'язані з його перебігом; фактори пов'язані із лікуванням; фактори, які пов'язані із пацієнтом [10].

Уваги заслуговують наведені в роботі такі методи оцінки прихильності до лікування [10]:

1) прямі методи: ДОТС-терапія (Directly observed treatment short - DOTC), вимірювання рівня діючої речовини чи метаболітів у плазмі крові, вимірювання біологічних маркерів у крові;

2) непрямі методи: опитувальники, підрахунок пігулок, частота купівлі ліків в аптеках, електронні монітори кількості застосованих доз, вимірювання фізіологічних маркерів (частота серцевих скорочень (ЧСС) при прийомі бета-блокаторів), паперові щоденники пацієнта.

На думку авторів, найлегше імплементувати в клінічну практику такі методи як опитувальники, щоденники пацієнта, підрахунок використаних доз. Заслуговують увагу наступні рекомендації: прихильність до лікування необхідно оцінювати в ході кожного візиту пацієнта та в разі його погіршення обговорити з пацієнтом причини неприхильності [10].

Також важливим є дослідження таких науковців як Збітнєва В. О. та Бусел С. В. [11]. Важливими є дані проведеного дослідження засвідчили, що переважна більшість хворих на псевдорезистентну гіпертензію (ПРАГ) (I та ІА групи) були неприхильні до лікування. Хоча хворі на резистентну артеріальну гіпертензію (РАГ) (II та ІІА групи), порівняно до хворих на ПРАГ, достовірно частіше виявляли прихильність до лікування ($p < 0,001$), у більшості з них вона була недостатньою. Серед причин порушення прихильності до лікування у пацієнтів з ПРАГ, як переважали, В. О. Збітнєва, С. В. Бусел виділяють саме

суб'єктивні причини, пов'язані з пацієнтом – 83,3 %, а у пацієнтів з РАГ – об'єктивні причини, пов'язані з призначенням лікуванням – 54,5 % [11].

Суб'єктивні причини, як у хворих на ПРАГ, так і на РАГ, найчастіше були обумовлені саме нерегулярним прийомом антигіпертензивних препаратів (82,4 % при ПРАГ і 55,7 % при РАГ). Також у пацієнтів з РАГ провідне місце займали побічні ефекти терапії – 38,4 %, пов'язані з призначенням максимальних доз антигіпертензивних препаратів.

Серед об'єктивних причин, основне місце у хворих на ПРАГ займали неефективні дози призначених антигіпертензивних препаратів – 42,9 %. У пацієнтів з РАГ, окрім цього, призначення неефективних груп препаратів – 34,3 % та велика кількість побічних ефектів при збільшенні доз антигіпертензивних препаратів до максимальних – 20,5 %.

Пояснюючи відсутність регулярного прийому антигіпертензивних препаратів, більшість пацієнтів відмічали недоцільність контролю АТ, у зв'язку з відсутністю впливу підвищеного АТ на самопочуття, а також часто пацієнти забували прийняти препарат або «заощаджували» таблетки. Найтяжче коригуються причини, пов'язані з самолікуванням фітотерапією ($p > 0,05$) та у хворих, які забували регулярно приймати препарати ($p > 0,05$).

Важливим є висновок науковців: застосування додаткових методів корекції недостатньої прихильності до лікування, а саме запровадження в практику пацієнтів домашнього моніторингу АТ з веденням щоденника самоконтролю та методу телефонних консультацій (візитів), дозволяє усунути суб'єктивні причини, переважно пов'язані з нерегулярним прийомом препаратів, у більшості пацієнтів: $82,4 \pm 3,4$ % [11].

Питанню причини зниження прихильності до лікування ГХ у сільських та міських жителів присвячена робота Черкун М.П. (робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини №2 Полтавського державного медичного університету «Дослідження оцінки поєднаного впливу факторів кардіоваскулярного ризику на коморбідний перебіг артеріальної

гіпертензії, ішемічної хвороби серця і хронічної хвороби нирок, особливості профілактики та реабілітації» (№ держреєстрації 0119U102851) [12]. Автор зазначає: низька прихильність до лікування у пацієнтів з ізольованим чи коморбідним перебігом ГХ, незалежно від їх територіальної приналежності, обумовлена тим, що пацієнтам було важко запам'ятовувати час, коли потрібно приймати антигіпертензивні препарати, а також це було пов'язано з самостійною відміною лікарських засобів, призначених лікарем, або самостійною корекцією дози у зв'язку з погіршенням самопочуття після запропонованої терапії. Окрім цього, у жителів міста, на відміну від сільських жителів, були проблеми з прийомом препаратів, коли вони перебували в дорозі або поза межами дому.

1.4. Рівень симптомів і якість життя як вторинна мета лікування пацієнтів із ГХ. Методи оцінки

Питання дослідження рівня симптомів і якість життя як вторинної мети лікування пацієнтів із ГХ розглянуто в роботі Коробкової О. [7]. В роботі наголошено на тому що модифікація способу життя може запобігти підвищенню АТ або відстрочити його початок, а також знизити СС-ризик у хворих. Зміни способу життя, що включені до антигіпертензивного лікування першої лінії, можуть посилити ефект терапії.

Корекція способу життя у пацієнтів з АГ передбачають зменшення вживання солі, перегляд режиму харчування, помірне споживання алкоголю, зниження ваги, відмову від куріння, регулярну фізичну активність, уникання стресових ситуацій, застосування додаткових, альтернативних чи традиційних ліків.

Також важливим є зменшення впливу негативних чинників довкілля та низьких температур.

У пацієнтів з АГ можуть спостерігатися супутні патології, які чинять вплив на СС-ризик та стратегії лікування. З віком кількість коморбідностей, зокрема АГ та інших захворювань, зростає.

Поширені супутні стани включають ішемічну хворобу серця (ІХС), інсульт, хронічну хворобу нирок (ХХН), серцеву недостатність (СН), хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Рідше зустрічаються ревматичні та психічні патології, які значною мірою недооцінюються у рекомендаціях та часто лікуються пацієнтами самостійно, що може перешкоджати контролю АТ. Часті й нечасті коморбідні стани слід виявляти та лікувати відповідно до наявних доказових даних.

За епідеміологічними даними, існує потужний зв'язок між ІХС та АГ, що включає 25-30% випадків гострого інфаркту міокарда (ІМ). Для контролю цієї коморбідності рекомендовано модифікацію способу життя, як-то відмова від куріння, належні режим харчування та фізична активність. АТ слід знижувати, якщо показник $\geq 140/90$ мм рт. ст., до цільового $< 130/80$ мм рт. ст. ($< 140/80$ у літніх пацієнтів).

АГ є найважливішим фактором ризику ішемічного або геморагічного інсульту. Завдяки контролю АТ можна запобігти розвитку інсульту. АТ слід знижувати, якщо $\geq 140/90$ мм рт. ст., і прагнути досягти цільового значення $< 130/80$ мм рт. ст. ($< 140/80$ у пацієнтів похилого віку).

АГ являє собою фактор ризику розвитку СН зі зниженою (СНзнФВ) та збереженою фракцією викиду (СНзбФВ). У хворих на АГ та СН клінічні наслідки є гіршими, а смертність збільшується. Тому в таких пацієнтів рекомендовані зміни способу життя, як-от корекція режиму харчування та збільшення фізичної активності.

Лікування АГ зумовлює зниження ризику розвитку СН та пов'язаних із нею госпіталізацій. АТ слід знижувати за наявності показника $140/90$ мм рт. ст. і прагнути досягти цільового рівня $< 130/80$ мм рт. ст., але $> 120/70$ мм рт. ст.

АГ є основним фактором ризику розвитку/прогресування альбумінурії та будь-якої форми ХХН.

Зниження розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) асоційоване з резистентною, маскованою АГ та підвищенням рівня АТ у нічний час. АТ слід знижувати, якщо показник становить $\geq 140/90$ мм рт. ст., до досягнення цільового $< 130/80$ мм рт. ст. ($< 140/80$ у літніх пацієнтів).

АГ являє собою найчастішу коморбідність у пацієнтів із ХОЗЛ. АТ слід знижувати, якщо його рівень $\geq 140/90$ мм рт. ст. і прагнути досягти цільового $< 130/80$ мм рт. ст. ($< 140/80$ мм рт. ст. у пацієнтів похилого віку). Модифікація способу життя (припинення куріння) є обов'язковою. Слід за можливості уникати впливу негативних чинників навколишнього середовища, як-то забруднене повітря.

У пацієнтів із коморбідними АГ і цукровим діабетом (ЦД) слід знижувати АТ, якщо він $\geq 140/90$ мм рт. ст., до цільового рівня $< 130/80$ мм рт. ст. ($< 140/80$ мм рт. ст. у літніх хворих).

Терапевтичні заходи стосовно зниження АТ мають бути такими, як у загальній популяції хворих, переважно з використанням інгібіторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) (блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА), інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) та блокаторів кальцієвих каналів (БКК). Статини є ліпідознижувальними препаратами вибору з/без застосування езетимібу та/або інгібітора пропротеїнової конвертази субтилізін-кексинового типу 9 (PCSK9) (за оптимальних умов). Слід зазначити, що потрібне зниження вмісту тригліцеридів у сироватці крові, якщо показник становить >200 мг/дл (2,3 ммоль/л), особливо в осіб з АГ та ЦД. Можливі додаткові переваги у разі призначення фенофібрату в пацієнтів із низьким рівнем ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) / високим рівнем тригліцеридів.

Хворі, які мають супутні АГ та метаболічний синдром, входять до групи високого ризику. Лікування базується на модифікації способу життя, як-то

правильне харчування, належна фізична активність, та повинно включати контроль АТ як у загальній популяції пацієнтів, а також додаткових факторів ризику на основі рівня СС-ризiku (відповідно до шкали SCORE та/або ASCVD).

Запальні ревматичні захворювання (ревматоїдний, псоріатичний артрит тощо) пов'язані з підвищенням поширеності діагностованої АГ, що погано контролюється. Такі патології призводять до зростання вірогідності розвитку СС-ускладнень, що лише частково корелює з факторами СС-ризiku.

Лікувальні заходи щодо зниження АТ мають бути такими, як у загальній популяції хворих, переважно із застосуванням інгібіторів РААС та БКК.

Під час терапії слід прагнути зменшити запалення, викликане коморбідними ревматичними хворобами, уникаючи високих доз не стероїдних протизапальних препаратів. Гіполіпідемічну терапію варто призначити відповідно до профілю СС-ризiku (за шкалою SCORE / ASCVD), враховуючи ефекти біологічних засобів. На додаток, поширеність АГ зростає серед пацієнтів із психічними розладами та, зокрема, депресією. Відповідно до рекомендацій, психосоціальний стрес та основні психічні захворювання підвищують СС-ризик. Депресія пов'язана зі збільшенням СС-захворюваності та смертності, що свідчить про важливість контролю АТ.

Стратегія зниження АТ повинна бути такою, як у загальній популяції хворих, переважно з використанням інгібіторів РААС та діуретиків із меншою частотою фармакологічної взаємодії з антидепресантами. БКК та α -блокатори слід застосовувати обережно у пацієнтів з ортостатичною гіпотензією. Загалом важливо враховувати ризик взаємодій лікарських засобів, порушення на електрокардіограмі та зміни поступального АТ. Бета-блокатори (не метопролол) варто призначати за наявності тахікардії, пов'язаної з лікуванням (антидепресантами, антипсихотиками). На додачу, необхідно контролювати додаткові фактори ризику відповідно до профілю СС-ризiku (за шкалою SCORE / ASCVD) [7].

Варто відмітити, що існуючі результати досліджень являються актуальними на сьогодні.

Важливим є висновок результатів дисертації Оленич Л.В. [13]. Так, науковець визначає, що ГХ є провідною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, а й в світі. Зростання чисельності людей, що мають підвищений АТ, пов'язує з низкою факторів ризику та коморбідних хвороб, зокрема, таких як ожиріння та гіпотиреоз. В роботі відмічено, що підвищення АТ мають понад 50 % хворих на гіпотиреоз; досить часто підвищення АТ є одним із перших його клінічних проявів. Також в роботі встановлені зв'язки ожиріння, АГ та функціонального стану щитоподібної залози з порушенням адаптаційних можливостей організму та виникненням тривожно-депресивних чи вегетативних розладів, однак ці патологічні стани не розглядались у сукупності [13].

Аналіз існуючих досліджень свідчить про те що подальших досліджень потребує питання контролю АТ у хворих на гіпертонічну хворобу, які мають депресивні та тривожні розлади, оскільки синдром депресії супроводжується гіршим контролем за показниками АТ, що впливає на прихильність пацієнтів до лікування.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ І ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Об'єкт дослідження

У відповідності до поставленої мети було обстежено 53 хворих на ГХ I та II стадії, які перебували на лікуванні у КНП «Краснокутська ЦРЛ» Краснокутської селищної ради. Загальна характеристика основної групи хворих наведена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Загальна характеристика учасників дослідження

Параметри	Середнє значення	Нижня межа ДІ (- 95%)	Верхня межа ДІ (95%)	Стандартне відхилення
Кількість спостережень, n	53			
Жіноча стать, n (%)	27 (51)			
Вік, роки	58,5	54,2	62,9	15,8
Зріст, см	168,4	165,8	171,0	9,4
Вага, кг	83,3	80,9	85,7	8,8
ІМТ, кг/м ²	29,5	28,5	30,6	3,8
Окружність талії, см	85,7	83,3	88,0	8,6

Примітка: ДІ – добовий індекс, ІМТ – індекс маси тіла.

Критеріями виключення хворих із дослідження були: наявність порушень ритму та провідності, цукрового діабету типу 1 та 2, наявність хронічної серцевої недостатності стадії D, гострої серцевої недостатності, перенесеного інфаркту міокарда, персистентної та постійної форм фібриляції передсердь, мозкового інсульту протягом останніх 6 місяців, симптоматичної або високої

неконтрольованої АГ, значущих клапанних вад серця, активної онкологічної або системної автоімунної патології, вагітності або лактації, загострення хронічних запальних процесів або гострих запальних захворювань, нездатність надати інформовану згоду на участь та збережену залежність від суплементації кисню на момент виписування зі стаціонару.

2.2. Методи дослідження

Протягом періоду госпіталізації пацієнтам, які надали згоду на участь у дослідженні, виконувалися рутинні лабораторні методи дослідження, що включали в себе клінічний аналіз крові та сечі, визначення рівню глюкози крові, креатиніну та печінкових ферментів, вимірювання тиску, електрокардіографію (ЕКГ).

Протокол візиту включав в себе:

- збір анамнезу та аналіз медичної документації з фіксацією демографічних характеристик пацієнта, даних про симптоми та історію захворювання, проведене лікування,
- антропометричні виміри – зріст і вага з розрахунком індексу маси тіла, окружність талії;

Для визначення прихильності до лікування проводили опитування.

Артеріальний тиск вимірювали за допомогою сфігмоманометра («MEDICARE»).

ЕКГ проводили за стандартною методикою на електрокардіографі-1106L Carewell згідно стандартного протоколу.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакету аналізу Microsoft Excel та пакету програм обробки даних загального призначення Statistica for Windows з використанням стандартних методів варіаційної статистики та непараметричних статистичних критеріїв. Отримані дані вважали вірогідними при $p < 0,05$.

Для всіх змінних описова статистика представлена як середнє арифметичне $\pm$ стандартне відхилення (SD) або медіана [міжквартильний діапазон] для нормального та асиметричного розподілу, відповідно. Категоріальні змінні представлені як кількість (відсотки).

Для показників у групах, які носили нормальне розподілення були використані методи міжгрупових порівнянь, а саме критерії Стюдента.

Для показників у групах, які носили ненормальне розподілення були використані методи міжгрупових порівнянь, а саме за допомогою критерію хі-квадрат (χ^2).

Для визначення зв'язку між окремими параметрами був використаний ранговий кореляційний аналіз Спірмена та Пірсона.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Серед пацієнтів із гіпертонічною хворобою середній вік склав 58,5 років; розподіл учасників за статтю включав 27 (51 %) жінок і 26 (49 %) чоловіків.

За даними антропометричних вимірів ожиріння було виявлене у 24 (45 %) обстежених, хронічну хворобу нирок мав 22 (42 %) пацієнти, а дисциркуляторна енцефалопатія спостерігалась у 47 (89 %) випадків. Загальна характеристика учасників дослідження з анамнезом ГХ наведена в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Загальна характеристика учасників дослідження

Параметри	Середнє значення	Нижня межа ДІ (-95%)	Верхня межа ДІ (95%)	Стандартне відхилення
Кількість спостережень, n	53			
Жіноча стать, n (%)	27 (51)			
Вік, р.	58,5	54,2	62,9	15,8
Зріст, см	168,4	165,8	171,0	9,4
Вага, кг	83,3	80,9	85,7	8,8
ІМТ, кг/м ²	29,5	28,5	30,6	3,8
Окружність талії, см	85,7	83,3	88,0	8,6
Рівень фізичної активності, n (%)				
Відсутня	6 (11)			
Малий	15 (28)			
Середній	9 (17)			
Високий	23 (43)			

Супутні захворювання				
Ожиріння, п (%)				
Хронічна хвороба	24 (45)			
нирок	22 (42)			
Дисциркуляторна	47 (89)			
енцефалопатія				
Куріння, п (%)	18 (34)			
Стаж куріння (для курців), років	20,7	16,2	25,2	9,9

Примітка: ДІ – добовий індекс, ІМТ – індекс маси тіла.

Як видно з таблиці 3.1, більшість пацієнтів з ГХ мали високий рівень фізичної активності – 43 %. Пацієнти з ГХ характеризувалися достатньо високою вагою. Так, зокрема, середня вага пацієнтів склала 83,3 кг, що транслювалося у високі значення ІМТ та високу частоту супутнього ожиріння.

Характеристика учасників дослідження із анамнезом ГХ свідчить про наявність у більшості пацієнтів коморбідностей.

Середній стаж курців серед пацієнтів з ГХ становить більше 20 років, що перевищує нормативне значення. Такий стан може транслюватись у необхідність кисневої підтримки для більшості з них.

Характеристики клінічного перебігу артеріальної гіпертензії у пацієнтів, які приймали участь у дослідженні, наведені в таблиці 3.2.

Як видно з таблиці 3.2, пацієнти характеризувалися помірною та високою гіпертензією, при цьому не мали особливих катастроф в якості ускладнень.

Патерн призначень хворим на ГХ характеризувався переважно використанням комбінованої терапії діуретиками, β -адреноблокаторами, інгібіторів ангіотензин-перетворювального ферменту (іАПФ).

Таблиця 3.2

Перебіг артеріальної гіпертензії в учасників дослідження

Параметри	Середнє значення	Нижня межа ДІ (- 95%)	Верхня межа ДІ (95%)	Стандартн е відхилення
Стаж АГ, р.	11,9	10,1	13,7	6,5
Ступінь АГ				
1	2 (4)			
2	42 (79)			
3	9 (53)			
Стадія АГ				
I	12 (23)			
II	41 (77)			
III	0 (0)			
САТ, мм рт.ст.	147,7	142,9	152,6	17,6
ДАТ, мм рт.ст.	89,1	86,7	91,4	8,4
СерАТ, мм рт.ст.	108,6	105,6	111,6	10,8
Днів на тиждень >130/80	2,4	2,0	2,7	1,1
Досягнення цільового АТ, п (%)				
≤130/80 мм рт.ст.	10 (19)			
131-140/80-90 мм рт.ст.	18 (34)			
>140/90 мм рт.ст.	25 (47)			

Продовження табл. 3.2

Лікування, n (%)				
іАПФ	41 (77)			
Сартани	12 (23)			
АКК	1 (2)			
ББ	40 (75)			
Діуретики	44 (83)			
АМР	1 (2)			
Статини	14 (26)			
Загальна кількість пігулок на добу, n	4,8	4,5	5,0	1,0

Примітка: ДІ – добовий індекс, АГ – артеріальна гіпертензія, САТ – систолічний АТ, ДАТ – діастолічний АТ, іАПФ – інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту, АКК – антагоністи кальцієвих каналів, ББ – бета-блокатори, ІМТ – індекс маси тіла.

В цілому вони характеризувалися незадовільним контролем артеріального тиску із значеннями САТ і ДАТ, що перевищують нормативні, та досягненням цільового тиску лише менше 20% пацієнтів. Найпопулярніші групи препаратів, які використовувалися, це діуретики та іАПФ препарати. Крім того, достатньо велика кількість окремих пігулок використовувалась за добу – 4,5-5 шт. Дані лабораторного та інструментального дослідження у пацієнтів з ГХ, які приймали участь у дослідженні, наведені в таблиці 3.3.

Як видно з таблиці, відсутня різниця в результатах лабораторного дослідження залежно від рівня прихильності до лікування між досліджуваними показниками ($p > 0,05$). Ліпідний спектр у обстежених пацієнтів із гіпертонічною хворобою характеризувався патологічними відхиленнями, які полягали у високих рівнях загального ХС і ХС ЛПНЩ та перевищенні стандартних

значень. Розрахований індекс атерогенності $[IA = (Загальний\ холестерин - ЛПВЩ) / ЛПВЩ]$ перебував в межах норми $[5,44-1,42)/1,42=2.83]$.

Таблиця 3.3

Дані лабораторного та інструментального дослідження учасників дослідження

Параметри	Середнє значення	Нижня межа ДІ (-95%)	Верхня межа ДІ (95%)	Стандартне відхилення
Креатинін, мкодь/л	99,1	94,4	103,8	17,1
ШКФ (СКD-EPF), мл/хв.×1,73 м2	65,0	60,7	69,4	15,8
АЛТ, у.о.	35,5	29,1	42,0	23,4
Глюкоза, ммоль/л	5,3	5,1	5,5	0,7
Показники ліпідного обміну				
Загальний ХС, ммоль/л	5,11	4,45	5,77	1,45
ЛПНЩ, ммоль/л	2,93	2,37	3,49	1,24
ЛПДНЩ, ммоль/л	0,73	0,51	0,96	0,49
ЛПВЩ, ммоль/л	1,42	1,14	1,71	0,63
КА	2,93	2,44	3,42	1,07
Показники клінічного аналізу крові				
Гемоглобін, г/л	136,8	132,3	141,4	16,5
Нейтрофіли, %	63,1	60,4	65,7	9,7
Лімфоцити, %	29,8	26,9	32,7	10,4
НЛВ	2,46	2,12	2,79	1,22
ШОЕ, мм/год.	4,9	4,4	5,5	1,9
Показники електрокардіограми				
Індекс Соколова-Лайона, мм	18,5	16,8	20,2	6,0
Корнельський індекс,	15,4	13,4	17,4	6,9

мм				
Гіпертрофія ЛШ, n (%)	7 (13)			

Примітка: ДІ – добовий індекс, ШКФ - швидкість клубочкової фільтрації, Загальний ХС - загальний холестерин, ЛПНЩ - ліпопротеїди низької щільності, ЛПДНЩ - ліпопротеїди дуже низької щільності, ЛПВЩ - ліпопротеїди високої щільності, КА - коефіцієнт атерогенності, НЛВ - нейтрофіл-лімфоцитарне відношення, ШОЕ - швидкість осідання еритроцитів, ЛШ – лівий шлуночок.

Тяжкість клінічних проявів та прогноз хворих з АГ визначаються не лише ступенем підвищення артеріального тиску (АТ), але й, зокрема, наявністю гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГМЛШ). Вона характеризується гіпертрофією міоцитів, підвищенням вмісту колагену та фіброзом міокарда. Існуюча практика лікування АГ, свідчить про те, що у пацієнтів з АГ та які мають ГМЛШ ризик розвитку серцево-судинних подій достовірно вищий у порівнянні з хворими на АГ без ГМЛШ.

Відтак було проаналізовано ряд ЕКГ-показників у пацієнтів із гіпертонічною хворобою, що характеризують гіпертрофію лівого шлуночка (ЛШ).

Як видно з таблиці 3.3, гіпертрофія ЛШ спостерігалась у 13 % пацієнтів з ГХ. Для оцінки стану серця ЕКГ по критеріям індексів Соколова-Лайона та Корнелльського дозволяє виявити ГМЛШ. Отримані значення індексів у пацієнтів з ГХ перевищують нормативні значення. Тож існує вірогідність розвитку ГМЛШ у пацієнтів з ГХ, які були досліджені.

Показники прихильності до лікування за даними опитувальника Hill-Bone – високий артеріальний тиск, які приймали участь у дослідженні, наведені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Показники прихильності до лікування за даними опитувальника**Hill-Bone – Високий артеріальний тиск**

Параметри	Середнє значення	Нижня межа ДІ (- 95%)	Верхня межа ДІ (95%)	Стандартн е відхилення
Прихильність до обмеження вживання солі, сирий бал	10,4	9,9	10,8	1,7
Прихильність до повторних оглядів, сирий бал	7,2	6,9	7,5	1,2
Прихильність до медикаментозного лікування, сирий бал	31,4	30,5	32,2	3,1
Загальна прихильність до лікування, сирий бал	48,9	47,5	50,3	5,0
Прихильність до обмеження вживання солі, зважений показник (%)	81,8	76,7	86,8	18,4
Прихильність до повторних оглядів, зважений показник (%)	86,5	81,0	92,0	19,9
Прихильність до медикаментозного лікування, зважений показник (%)	82,8	79,6	86,0	11,5
Загальна прихильність до	83,1	79,8	86,4	11,9

лікування, зважений показник (%)				
----------------------------------	--	--	--	--

Примітка: ДІ – добовий індекс

В процесі лікування АГ у хворих, які були включені до нашого дослідження, порівнювались прихильність до повторних оглядів між групами хворих з різною прихильністю до лікування. Водночас отримані результати не відображають суттєву відмінність в порівнюваних параметрах. Водночас, на це можуть впливати різноманітні фактори, які доцільно дослідити в наступному розділі роботи.

Варто відзначити, що обмеження споживання солі є важливим компонентом лікування та профілактики АГ. Зниження вживання солі допомагає зменшити АТ, покращуючи загальний стан пацієнтів з АГ, особливо у похилому віці. Результати проведеного опитування свідчать про те, що прихильність до обмеження вживання солі спостерігається у 81,8 % пацієнтів з АГ, що є досить позитивним явищем з точки розу комплексного лікування АГ, проте отримані результати є меншими за нормативне значення. Обмеження вживання кількості солі сприяє обмеженому вживанню рідини, що позитивно впливає на організм, зменшуючи навантаження на нирки, серце, та підвищенню АТ.

Таким чином хворі характеризувалися недостатньою прихильністю до лікування АГ. Можливі фактори, які впливають на зниження прихильності до медикаментозного лікування АГ, розглянемо у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 4

ВПЛИВ ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ НА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Наступним завданням нашого дослідження було вивчення впливу прихильності до лікування на особливості клінічного перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) та якість життя у хворих на АГ.

Для подальшого аналізу учасники дослідження були розподілені на дві клінічні групи – пацієнти з показником зваженої загальної прихильності до лікування, що не перевищував ($n=27$) та перевищував ($n=26$) медіанний (медіана зваженої загальної прихильності до лікування в обстеженій когорті хворих склала 83,3%).

Таблиця 4.5

Клініко-анамнестична та антропометрична характеристика хворих на АГ у залежності від рівню прихильності до лікування

Показники	Пацієнти з нижчою прихильністю до лікування ($n=27$)		Пацієнти з вищою прихильністю до лікування ($n=26$)		Рівень значущості p
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
Жіноча стать, n (%)	12 (44)		15 (58)		0,335
Вік, р.	57,7	15,6	59,3	16,2	0,715
Зріст, см	167,3	10,9	169,5	7,7	0,409
Вага, кг	84,1	7,5	82,4	10,0	0,471
ІМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$	30,4	4,6	28,6	2,5	0,095
Окружність талії, см	87,4	9,4	83,8	7,2	0,123

Рівень фізичної активності, n (%)					0,333
Відсутня	3 (11)		3 (12)		
Малий	6 (22)		9 (35)		
Середній	7 (26)		2 (7)		
Високий	11 (41)		12 (46)		
Супутні захворювання					0,669
Ожиріння, n (%)	13 (48)		11 (42)		
Хронічна хвороба нирок	10 (37)		12 (46)		
Дисциркуляторна енцефалопатія	2 (7)		4 (15)		0,360
Куріння, n (%)	12 (44)		6 (23)		0,101
Стаж куріння (для курців), р.	19,3	8,6	24,2	12,8	0,319

Примітка: АГ – артеріальна гіпертензія, ІМТ – індекс маси тіла

З огляду на те, що нормативних значень не існує, та зважаючи на те, що при малих виборках, існує високий ризик недостатньої потужності дослідження для виявлення наявних закономірностей ми розподілили пацієнтів з АГ на дві рівні групи: пацієнти з нижчою прихильністю до лікування та пацієнти з вищою прихильністю до лікування.

До першої групи пацієнтів увійшло 12 жінок (44 %) та 15 чоловіків (56 %). Середній вік склав у цілому по виборці $57,7 \pm 15,6$ років. До другої групи увійшло 15 жінок (58 %) та 11 чоловіків (42 %). Середній вік склав у цілому по виборці $59,3 \pm 16,2$ роки.

Середній показник індексу маси тіла був вище за норму та складав $30,4 \pm 4,6 \text{ кг/м}^2$ у першій вибірці та $28,6 \pm 2,5 \text{ кг/м}^2$ – у другій вибірці.

Ожиріння постерігалось у 48 % обстежених у першій групі пацієнтів та у 42 % пацієнтів у другій групі.

Далі в табл. 4.6 наведемо результати дослідження стосовно перебігу артеріальної гіпертензії в учасників дослідження в залежності від рівня прихильності до лікування.

Таблиця 4.6

Перебіг артеріальної гіпертензії в учасників дослідження в залежності від рівня прихильності до лікування

Показники	Пацієнти з нижчою прихильністю до лікування (n=27)		Пацієнти з вищою прихильністю до лікування (n=26)		Рівень значущості р
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
Стаж АГ, р.	10,6	5,7	13,3	7,0	0,128
Ступінь АГ					0,568
1	0 (0)		2 (8)		
2	22 (81)		20 (77)		
3	5 (19)		4 (15)		
Стадія АГ					0,844
I	7 (26)		5 (19)		
II	20 (74)		21 (81)		
III	0 (0)		0 (0)		
САТ, мм рт.ст.	143,7	16,0	151,9	18,6	0,090
ДАТ, мм рт.ст.	87,4	6,7	90,8	9,8	0,149
СерАТ, мм рт.ст.	106,2	9,2	111,2	11,9	0,094
Днів на тиждень >130/80	2,6	1,3	2,2	1,0	0,198

Досягнення цільового АТ, n (%)	7 (26)		3 (11)		0,379
≤130/80 мм рт.ст.	9 (33)		9 (35)		
131-140/80-90 мм рт.ст.	11 (41)		14 (54)		
>140/90 мм рт.ст.					
Лікування, n (%)					
іАПФ	22 (81)		19 (73)		0,465
Сартани	6 (22)		6 (23)		0,941
АКК	1 (4)		0 (0)		0,656
ББ	18 (67)		22 (85)		0,129
Діуретики	22 (81)		22 (85)		0,941
АМР	0 (0)		1 (4)		0,656
Статини	8 (30)		6 (23)		0,589
Загальна кількість пігулок на добу, n	4,7	1,0	4,8	1,0	0,510

Примітка: АГ – артеріальна гіпертензія, САТ – систолічний АТ, ДАТ – діастолічний АТ, іАПФ – інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту, АКК – антагоністи кальцієвих каналів, ББ – бета-блокатори, ІМТ – індекс маси тіла.

При аналізі показників офісних цифр артеріального тиску до призначення антигіпертензивної терапії встановлено, що середній систолічний АТ хворих складав $143,7 \pm 16$ мм рт.ст. у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування, тоді як у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування середній систолічний АТ хворих складав $151,9 \pm 18,6$ мм рт.ст. Незважаючи на тенденцію до вищих

значень середнього систолічного АТ у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування, тим не менш, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

Середній стаж АГ у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування становив $10 \pm 5,7$ років, з них 81 % мають АГ 2 ступеня, а 19 % – АГ 3 ступеня. В свою чергу середній стаж АГ у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування становив $13,3 \pm 7,0$ років, з яких 8 % мають АГ 1 ступеня, 77 % – мають АГ 2 ступеня, 15 % мають АГ 3 ступеня. Середній діастолічний артеріальний тиск у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування становив $87,4 \pm 6,7$ мм рт.ст., а у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування – $90,8 \pm 9,8$ мм рт.ст. Незважаючи на тенденцію до вищих значень порівнюваних показників у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування, тим не менш, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

Усі пацієнти мали комбіновану терапію лікування: ІАПФ (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту), сартани (блокатори рецепторів ангіотензину II), АКК (антагоністи кальцієвих каналів), ББ (бета-блокатори), діуретики, АМР (альдостеронові рецепторні антагоністи), статини. Така комбінація дозволяє досягти кращого контролю артеріального тиску, ніж монотерапія, і може бути особливо корисною у пацієнтів з високим ступенем ризику серцево-судинних ускладнень.

У хворих на ГХ з нижчою прихильністю до лікування у 81 % пацієнтів прослідковувалась лікувальна терапія ІАПФ. До дослідження не включалися хворі, у яких з анамнезу була відома непереносимість ІАПФ. При цьому рівень значущості на даному етапі для зміни рівня як САТ, так і для ДАТ становив 0,465 ($p > 0,01$).

При підвищеному рівні ліпідів у пацієнтів з ГХ призначалися статини. В дослідженні ці параметри були порівнювані між групами пацієнтів з нижчою та вищою прихильністю до лікування. Незважаючи на тенденцію до вищих значень порівнюваних показників у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування, усе ж таки, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

Пацієнтам з АГ при пришивдшеному рівні серцебиття призначають ББ. В дослідженні ці параметри були порівнювані між групами пацієнтів з нижчою та вищою прихильністю до лікування. Незважаючи на тенденцію до вищих значень порівнюваних показників у хворих на АГ, які належать до групи пацієнтів з вищою прихильністю до лікування, тим не менш, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

Діуретики в більшості випадків призначалися в комплексі з гіпертензивними препаратами для покращення ефекту зниження АТ.

В лікувальній терапії пацієнтів з АГ були порівнювані параметри щодо більш частого чи рідкого призначення АКК та АМР між групами пацієнтів з нижчою та вищою прихильністю до лікування. Незважаючи на тенденцію до більш частого призначення АКК та не призначення АМР пацієнтам з нижчою прихильністю до лікування, та тенденцію за якої до пацієнтів з вищою прихильністю до лікування відносяться пацієнти, яким, зокрема, не призначались АКК та були призначені АМР, усе ж таки, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

Як видно з таблиці 4.6, існувала тенденція, за якою більшість пацієнтів, які мали АТ на рівні $> 140/90$ мм рт.ст. були пацієнтами з вищою прихильністю до лікування. Незважаючи на існуючу тенденцію, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

Виявлену закономірність підтверджують результати дослідження, наведені в таблиці 4.7.

Таблиця 4.7

**Дані лабораторного та інструментального дослідження учасників
дослідження в залежності від рівню прихильності до лікування**

Показники	Пацієнти з нижчою прихильністю до лікування (n=27)		Пацієнти з вищою прихильністю до лікування (n=26)		Рівень значущості p
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
Креатинін, мкіль/л	98,4	15,8	99,9	18,7	0,760
ШКФ (СКД-EPI), мл/хв.×1,73 м ²	67,2	17,2	62,7	14,2	0,299
АЛТ, у.о.	38,0	28,7	32,9	16,3	0,436
Глюкоза, ммоль/л	5,5	0,7	5,1	0,7	0,092
Показники ліпідного обміну					
Загальний ХС, ммоль/л	5,28	1,52	4,96	1,45	0,632
ЛПНЩ, ммоль/л	3,12	1,17	2,76	1,32	0,522
ЛПДНЩ, ммоль/л	0,79	0,50	0,68	0,49	0,613
ЛПВЩ, ммоль/л	1,33	0,57	1,51	0,69	0,530
КА	3,18	0,84	2,70	1,23	0,315
Показники клінічного аналізу крові					
Гемоглобін, г/л	140,7	18,0	132,8	14,0	0,081
Нейтрофіли, %	61,2	9,7	65,0	9,6	0,165
Лімфоцити, %	29,0	9,8	30,6	11,1	0,594
НЛВ	2,4	1,1	2,5	1,3	0,965
ШОЕ, мм/год.	4,5	1,4	5,3	2,3	0,122

Показники електрокардіограми					
Індекс Соколова-Лайона, мм	17,8	6,7	19,0	5,4	0,485
Корнельський індекс, мм	12,5	4,8	17,8	7,6	0,007
Гіпертрофія ЛШ, n (%)	1 (4)		6 (23)		0,037

Примітка: ШКФ - швидкість клубочкової фільтрації, АЛТ – аланін амінотрансфераза, Загальний ХС - загальний холестерин, ЛПНЩ - ліпопротеїди низької щільності, ЛПДНЩ - ліпопротеїди дуже низької щільності, ЛПВЩ - ліпопротеїди високої щільності, КА - коефіцієнт атерогенності, НЛВ - нейтрофіл-лімфоцитарне відношення, НЛВ – нейтрофіл-лімфоцитарне відношення, ШОЕ - швидкість осідання еритроцитів, ЛШ – лівий шлуночок.

Як видно з таблиці 4.7, відсутня різниця в результатах лабораторного дослідження залежно від рівня прихильності до лікування між досліджуваними показниками ($p > 0,05$).

Так, в обох групах, показник ШКФ (СКД-ЕРІ) знаходиться в діапазоні 60-89 мл/хв/1,73 м²., що свідчить про помірне зниження функції нирок, що може бути ознакою початкової стадії хронічної хвороби нирок (ХХН). Важливо оцінити наявність інших маркерів ХХН. Проте у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування середнє значення цього показника наближається до нижчої межі у даному діапазоні, що може свідчити про гірший стан нирок, ніж у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування. Незважаючи на існуючу тенденцію, усе ж таки, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

У дослідженні значення показника аланінамінотрансферази (АЛТ) прослідковується тенденція до вищих показників, яка, не досягала рівня значущості. Так, середнє значення показника аланінамінотрансферази (АЛТ) у

пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування (38,0 у.о.) перевищує середнє значення показника АЛТ у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування (32,9 у.о.). Проте, зважаючи на те, що у першій групі серед пацієнтів чоловіків більше ніж жінок, а у другій – навпаки, середнє значення АЛТ знаходиться в межах норми (чоловіки, старших за 18 років < 41 Од/л, жінки, старші за 18 років < 33 Од/л). Розраховане середнє значення показника АЛТ свідчить про відсутність пошкодження цілісності та порушення функціонування печінки у пацієнтів з АГ. Незважаючи на існуючу тенденцію, усе ж таки, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

Отримані середні значення показника коефіцієнту атерогенності (КА), який відображає співвідношення між рівнями «поганого» холестерину (ліпопротеїдів низької щільності, ЛПНЩ) та «хорошого» холестерину (ліпопротеїдів високої щільності, ЛПВЩ) у крові були порівнювані серед пацієнтів з нижчою та вищою прихильністю до лікування та мали наступну тенденцію: у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування середнє значення КА перевищує нормативне значення, що свідчить про підвищений ризик розвитку атеросклерозу, ішемічної хвороби серця та інших серцево-судинних захворювань, оскільки свідчить про переважання «поганого» холестерину, який сприяє утворенню бляшок у судинах. Незважаючи на існуючу тенденцію, проаналізовані параметри між групами пацієнтів не досягли рівня значущості.

Що стосується показників клінічного аналізу крові, то в обох групах пацієнтів середнє значення показника ШОЕ перевищує нормативне значення, що свідчить про наявність в організмі запалень або інфекційних захворювань або новоутворень (пухлин) або анемії або інфаркту міокарда тощо.

Для точної діагностики, потрібно враховувати результати ШОЕ в комплексі з іншими аналізами та клінічною картиною кожного пацієнта з ГХ окремо.

Варто відмітити, що показник нейтрофільно-лімфоцитарного відношення (НЛВ), який відображає співвідношення кількості нейтрофілів до кількості лімфоцитів у крові, у пацієнтів обох груп знаходить в межах норми (менше 3,13). Що свідчить про відсутність бактеріальних запалень у пацієнтів з АГ, які приймали участь у дослідженні.

Далі було проаналізовано ряд ехокардіографічних показників у пацієнтів із ГХ, що характеризують гіпертрофію лівого шлуночка (ЛШ). Для оцінки стану серця ЕКГ по критеріям індексів Соколова-Лайона та Корнелського дозволяє виявити гіпертрофію міокарду лівого шлуночка (ГМЛШ). Отримані показники електрокардіограми свідчать про те, що Корнелський індекс у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування вище за показник у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування ($p < 0,05$).

Так, гіпертрофія ЛШ спостерігається у 23 % пацієнтів з вищою прихильністю до лікування, тоді як у пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування гіпертрофія ЛШ присутня лише у 4 %. Тобто стан, при якому стінки лівого шлуночка серця стають потовщеними та збільшуються у розмірах, викликаний АГ, виникає у 5,75 разів більше у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування, в порівнянні з пацієнтами з нижчою прихильністю до лікування. Такий висновок можна зробити з рівнем значущості 0,037, що свідчить про те, що отримані результати є статистично значущими.

Далі проаналізуємо отримані результати щодо показників якості життя учасників дослідження за даними опитувальника QLIDC-HY у залежності від рівня прихильності до лікування (табл. 4.8).

Отримані в таблиці 4.8 результати показників якості життя учасників дослідження за даними опитувальника QLIDC-HY у залежності від рівня прихильності до лікування, свідчать про наступне.

Таблиця 4.8

**Показники якості життя учасників дослідження за даними
опитувальника QLIDC-HY у залежності від рівня прихильності до
лікування**

Показники, %	Пацієнти з нижчою прихильністю до лікування (n=27)		Пацієнти з вищою прихильністю до лікування (n=26)		Рівень значущості р
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
Благополуччя щодо церебральних симптомів	90,0	11,4	93,3	7,3	0,223
Благополуччя щодо кардіальних симптомів	94,4	8,0	93,3	8,8	0,614
Благополуччя побічних ефектів лікарських засобів	87,5	10,4	89,5	11,8	0,519
Благополуччя щодо самосприйняття	50,5	16,8	46,0	20,0	0,386
Благополуччя щодо загального впливу АГ на якість життя	84,9	7,0	85,2	7,2	0,867

Продовження табл. 4.8

Благополуччя щодо загальнофізичного домену якості життя	67,9	15,9	66,0	17,5	0,685
Благополуччя щодо психологічного домену якості життя	60,9	21,7	63,6	17,0	0,618
Благополуччя щодо соціального домену якості життя	53,9	22,5	55,2	21,3	0,839
Благополуччя щодо впливу загального стану здоров'я на якість життя	61,2	18,1	62,0	16,8	0,867
Благополуччя щодо впливу АГ та загального стану здоров'я на якість життя	68,7	14,0	69,7	13,3	0,796

Примітка: АГ – артеріальна гіпертензія

Так, спостерігалась тенденція до більш високого рівня благополуччя щодо впливу АГ та загального стану здоров'я на якість життя у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування в порівнянні з пацієнтами, які мають нижчу прихильність до лікування. Схожа тенденція спостерігається щодо показників благополуччя щодо впливу загального стану здоров'я на якість життя, благополуччя щодо церебральних симптомів, благополуччя побічних ефектів лікарських засобів, благополуччя щодо психологічного домену якості життя, благополуччя щодо соціального домену якості життя. Натомість у пацієнтів, які мають нижчу прихильність до лікування в порівнянні з пацієнтами, які мають вищу прихильність до лікування, благополуччя щодо кардіальних симптомів, благополуччя щодо само сприйняття, показники благополуччя щодо загальнофізичного домену якості життя вищі. Незважаючи на існуючу тенденцію, усе ж таки, проаналізовані параметри не досягли рівня значущості.

З метою більш детального вивчення взаємозв'язків між параметрами прихильності до лікування та якості життя на наступному етапі статистичної обробки був проведений кореляційний аналіз між показниками опитувальників Hill-Bone – Високий артеріальний тиск та QLIDC-HY, результати якого наведені в табл. 4.9.

Як видно з таблиці, ретельний кореляційний аналіз підтвердив відсутність значущого взаємозв'язку між будь-якими компонентами використаних опитувальників для оцінки прихильності до лікування та якості життя. При субаналізі індивідуальних компонентів опитувальника Hill-Bone – Високий артеріальний тиск єдиним параметром, що демонстрував вірогідний зв'язок із фізичним, психологічним доменами та загальною оцінкою якості життя за даними опитувальника QLIDC-HY була частота пропуску прийому гіпотензивних препаратів при поганому самопочутті. Означений зв'язок характеризувався парадоксальною прямою направленістю та низькою/середньою силою ($0,31 < r < 0,33$).

Таблиця 4.9

**Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками
опитувальників Hill-Bone – Високий артеріальний тиск та QLIDC-HY
серед хворих на АГ**

	Прихильність до обмеження вживання солі, зважений показник	Прихильність до повторних оглядів, зважений показник	Прихильність до медикаментозно го лікування, зважений показник	Загальна прихильність до лікування, зважений показник
Благополуччя щодо церебральних симптомів	0,011	0,156	0,258	0,202
Благополуччя щодо кардіальних симптомів	-0,212	-0,002	0,105	-0,005
Благополуччя побічних ефектів лікарських засобів	0,211	0,117	0,034	0,119
Благополуччя щодо самосприйняття	-0,183	0,036	-0,093	-0,111
Благополуччя щодо загального впливу АГ на якість життя	-0,111	0,116	0,137	0,077

Продовження табл. 4.9

Благополуччя щодо загальнофізичног о домену якості життя	-0,119	0,183	0,248	0,159
Благополуччя щодо психологічного домену якості життя	-0,175	0,141	0,277	0,149
Благополуччя щодо соціального домену якості життя	0,066	0,289	0,195	0,213
Благополуччя щодо впливу загального стану здоров'я на якість життя	-0,090	0,222	0,269	0,191
Благополуччя щодо впливу АГ та загального стану здоров'я на якість життя	-0,087	0,224	0,271	0,195

Примітка: АГ – артеріальна гіпертензія

Аналіз кореляційних зв'язків, наведених у таблиці, дозволяє припустити зворотній причинно-наслідковий зв'язок між досліджуваними параметрами, тобто люди, які краще себе почували, частіше пропускали прийом лікарських засобів.

Тут варто акцентувати увагу на тому, що медична сестра повинна допомагати пацієнту самостійно вирішувати проблеми, що виникли в результаті хвороби, навчити його відновлювати здоров'я та вміти зберігати його у майбутньому [18].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під час проведеного дослідження було проаналізовано вплив якості життя на показники, отримані з первинних даних, зокрема, анамнезу, даних щодо супутньої патології, рівня фізичної активності, перебігу артеріальної гіпертензії.

В результаті проведеного дослідження не було виявлено достовірного зв'язку між досліджуваними показниками.

Так, спостерігалась тенденція до більш високого рівня АТ у пацієнтів з вищою прихильністю до лікування за пацієнтів з нижчою прихильністю до лікування. Проте порівнювані параметри не були статистично значущими. Водночас, результати гіпертрофії ЛШ та показники ЕКГ доводять: показники ЕКГ дещо гірші, а показник гіпертрофії ЛШ дещо вищі у пацієнтів, які мають вищу прихильність до лікування.

Аналіз різних доменів якості життя пацієнтів свідчать про те, що найнижчими показниками є показники самосприйняття, загального настрою, і психологічний домен.

Відтак, варто відзначити, що вагому роль в підвищенні прихильності до лікування, мотивуванні та навчанні пацієнтів, виявлення ранніх чи непрямих ознак неприхильності до лікування (розмова, невикористані пігулки і т.п.) відіграє медична сестра. Адже саме медична сестра як медичний професіонал частіше/рутинно контактує з хворим.

Результати дослідження свідчать про відсутність вірогідного зв'язку між показниками якості життя та прихильності до лікування у госпіталізованих хворих на артеріальну гіпертензію.

Як ми бачимо, культура пацієнтів та обізнаність щодо стану свого здоров'я знаходиться на неналежному рівні. Харчування з високим вмістом вуглеводів та жирів, що веде до ожиріння та таким захворюванням, як цукровий діабет, порушення холестеринового обміну, підвищене вживання солі призводять до ГХ, серцево-судинних захворювань, захворювань нирок.

Несистематичне вживання ліків призводить до ускладнень ГХ, зокрема, до гіпертонічних кризів, інсультів, інфарктів міокарда, які в молодому та працездатному віці можуть призвести до інвалідності.

Невчасне відвідування лікаря, невчасна здача клінічних та біохімічних аналізів крові та сечі, невчасне проведення ЕКГ, – все це призводить до погіршення стану здоров'я пацієнтів та приєднання ускладнень у вигляді ССН, ХХН, ЦД.

Вагому роль в підвищенні прихильності до лікування, мотивуванні та навчанні пацієнтів, виявлення ранніх чи непрямих ознак неприхильності до лікування (розмова, невикористані пігулки і т.п.) відіграє медична сестра. Адже саме медична сестра як медичний професіонал частіше/рутинно контактує з хворим.

З огляду на те, що велика кількість наших пацієнтів наразі в стані хронічного стресу, депресії, тривожного розладу, це також може спричиняти рівномірний вплив на обидві групи із високою прихильністю і з низькою прихильністю до лікування та виступати в ролі потужного конфаундера.

В роботі Бердник І. [16] відмічено наявність залежності між пацієнтами із надмірною масою тіла та меншою прихильністю до регулярного прийому ліків, частішими пропусками прийому препарату та самотійною відміною при покращенні стану в порівнянні з пацієнтами з нормальною масою тіла. Дослідження емпірично підтверджує та теоретично доводить, що застосування телемоніторингу артеріального тиску можливо розглядати як альтернативу стандартному підходу, що підвищує прихильність до лікування.

В роботі [16] відмічено, що з метою підвищення прихильності та ефективності лікування необхідно збільшити поінформованість пацієнтів щодо симптомів захворювання; пояснення важливості постійного, тривалого самотійного контролю артеріального тиску та прийому антигіпертензивних засобів. Важливим є наступний висновок: «при визначенні прихильності до лікування за виявленням препаратів у сечі 25 % пацієнтів із резистентною

артеріальною гіпертензією не приймали взагалі призначені препарати, тобто у них була псевдо резистентність».

Цікавим є дослідження [19], в якому досліджено «сезонність гіпертонічної хвороби, яка характеризувалася зростанням числа звернень за медичною допомогою із зимово-весняними максимумами в січні-лютому і квітні-травні та у спекотні місяці липень-серпень. Цікавим також є встановлений факт, що найнижча захворюваність, проте найвища смертність, реєструвалась у вихідні дні». Так, в ході проведеного дослідження [19], виявлено, що більше 20 % хворих із гіпертонічною хворобою не вміють самотійно вимірювати собі артеріальний тиск, що, на думку авторів дослідження, «пов'язано з низькою навчально-просвітницькою роботою саме середнього медичного персоналу».

Такі висновки підтверджуються в дисертації Марараш Г.Г. [20], в якій виявлено, що у пацієнтів з АГ низький рівень поінформованості про своє захворювання, недостатнє володіння навиками вимірювання АТ, підрахунку пульсу, неналежне відношення до немедикаментозних та медикаментозних методів лікування, зростання кількості модифікованих факторів ризику розвитку АГ і зниження якості життя.

Відтак, медична сестра відіграє ключову роль у догляді за пацієнтами з АГ, здійснюючи заходи зі зміцнення здоров'я. В подальшому, це дозволяє контролювати захворювання, запобігати ускладненням і призводить до покращення якості життя пацієнтів. Тож важливим є заохочувати пацієнтів до змін у ставленні до свого здоров'я [20]. Дослідження Марараш Г.Г. показало взаємозв'язок між освітою, професійною діяльністю та якістю життя: чим вищий рівень освіти, тим краща якість життя; відмічено зниження рівня якості життя унаслідок соматичного та соціального компонентів [20]. В дослідженні Марараш Г.Г. виявлено вірогідне ($p \leq 0,031$, за критерієм ϕ^* Фішера) зростання кількості хворих, які приймали гіпотензивні препарати, зокрема, постійно почали приймати 86,76 % пацієнтів і 13,24 % – лише при підвищенні АТ [20].

Результати проведеного дослідження [21] показало, що заходи з покращення прихильності не лише знижують артеріальний тиск, а й позитивно впливають на фізичний та психологічний стан пацієнтів завдяки комплексному контролю хвороби.

Водночас у випадку виникнення побічних реакцій від прийому ліків результати дослідження [22] демонструють зворотний зв'язок: виникнення побічних ефектів ліків знижує прихильність, що своєю чергою різко погіршує якість життя пацієнтів.

В роботі [23] аналізовано, як соціальні мережі та цифрові технології (mHealth) допомагають покращити прихильність до лікування. Встановлено, що соціальний вимір якості життя значно пов'язаний із тим, наскільки регулярно пацієнт приймає ліки.

В роботі [24] дослідження було сфокусовано на пацієнтах літнього віку з гіпертензією та діабетом та виявлено, що покращення прихильності (MMAS-8 scale) безпосередньо веде до підвищення балів за шкалою якості життя (DSQL scale).

Також варто відзначити, що у світі розповсюджується загальна тенденція персоналізованого підходу до лікування. Так, зокрема, останні рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology – ESC) виділяють гендерні особливості перебігу та лікування вад серця, що підкреслює важливість персоналізованого підходу. За їх рекомендаціями, персоналізація лікування базується на характеристиках клапанної патології, коморбідності, анатомічних особливостях та очікуваній тривалості життя. Важливе значення відводиться ролі пацієнтоорієнтованого підходу та обговорення пріоритетів пацієнта [25].

До обмежень дослідження належать обмежений обсяг вибірки, проведення дослідження на базі одного закладу охорони здоров'я та поперечний характер спостереження, що могло вплинути на чутливість аналізу щодо виявлення міжгрупових відмінностей.

ВИСНОВКИ

1. Гіпертонічна хвороба залишається однією з провідних причин серцево-судинної захворюваності та смертності, а низька прихильність до лікування є ключовим чинником недостатнього контролю артеріального тиску, прогресування ускладнень і зниження якості життя пацієнтів.

2. Обстежені хворі на гіпертонічну хворобу характеризувалися гетерогенністю щодо якості контролю артеріального тиску, наявності супутніх захворювань і клінічних симптомів, що підтверджує необхідність індивідуалізованого підходу до ведення пацієнтів.

3. Хворі на гіпертонічну хворобу з високою та низькою прихильністю до лікування характеризувалися порівнюваними показниками контролю артеріального тиску, клінічного перебігу захворювання та якості життя.

4. Медична сестра відіграє важливу роль у забезпеченні прихильності до лікування шляхом регулярного моніторингу артеріального тиску, навчання пацієнтів, виявлення причин неприхильності та підтримки мотивації до тривалого лікування, що є невід'ємною складовою ефективного контролю гіпертонічної хвороби.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У практиці роботи закладів охорони здоров'я доцільно регулярно оцінювати рівень прихильності до лікування у хворих на гіпертонічну хворобу з використанням доступних непрямих методів (опитувальники, щоденники самоконтролю), що може підвищувати залученість пацієнтів до лікувального процесу та покращувати прихильність до лікування.

2. Медичним сестрам рекомендовано активно залучатися до освітньої роботи з пацієнтами, пояснюючи значення регулярного прийому антигіпертензивних препаратів, контролю артеріального тиску та модифікації способу життя.

3. В рамках комплексного сестринського підходу до лікування пацієнтів з гіпертонічною хворобою доцільним є впровадження сестринських консультацій, спрямованих на виявлення індивідуальних причин неприхильності (забування прийому ліків, побічні ефекти, недостатня інформованість), з подальшою їх корекцією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA) // *Journal of Hypertension*. – 2023. – Vol. 41. – No. 12. – P. 1874–2071 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37345492/>
2. McEvoy J. W. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. // *European Heart Journal*. – 2024. – Vol. 45, Iss. 39. – P. 3912–4018 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
3. Коваль С. М. Особливості перебігу артеріальної гіпертензії у хворих після перебування в зоні бойових дій на Харківщині / С. М. Коваль, Л. А. Рєзнік, Т. Г. Старченко // *Український терапевтичний журнал*. – 2023. – № 3. – С. 5–12. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://doi.org/10.30978/UTJ2023-3-5>
4. Теренда Н. О. Основні тенденції загальної та первинної захворюваності на гіпертонічну хворобу в Україні / Н. О. Теренда // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2015. – № 4. – С. 39–43. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2015_4_10
5. Гончарь О. В. Ожиріння як фактор ризику розвитку серцево-судинних захворювань / О. В. Гончарь, В. О. Літвінова // *Modern Trends are the Driving Force of Scientific Progress : materials of the XIX International Scientific and Practical Conference (April 17-19, 2024, Lisbon, Portugal)*. – Lisbon : International Scientific Unity. – 2024. – С. 170–175.
6. Гончарь О. В. Асоціації гіпертонічної хвороби з клініко-інструментальними характеристиками в українській когорті госпіталізованих хворих на COVID-19 / О. В. Гончарь, Т. Ащеулова // *Український науково-*

медичний молодіжний журнал. – 2024. – № 1 (144). – С. 9–17 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://doi.org/10.32345/USMYJ.1\(144\).2024.9-17](https://doi.org/10.32345/USMYJ.1(144).2024.9-17)

7. Гончарь О. В. Фізичне функціональне відновлення в ранній період після госпіталізації з приводу COVID-19: вплив гіпертонічної хвороби та модель прогнозування результату / О. В. Гончарь // Український кардіологічний журнал. – 2024. – Т. 31. – № 1. – С. 59–70. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://doi.org/10.31928/2664-4479-2024.1.5970>

8. Іванкова А. В. Особливості кардіоренальних та метаболічних порушень у хворих на гіпертонічну хворобу з різними варіантами екстрасистолій : дис. ... д-ра філос. : 222 Медицина / А. В. Іванкова. – Вінниця. 2021. – 213 с.

9. Коробкова О. Практичні рекомендації щодо ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією / О. Коробкова // Кардіологія. Ревматологія. Кардіохірургія. – 2020. – № 4 (71). – С. 25–27.

10. Рековець О. Л. Різні методи визначення прихильності до терапії у хворих із резистентною гіпертензією (пілотне дослідження) / О. Л. Рековець, Ю. М. Сіренко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2023. – Т. 22 – № 1 (83). – С. 24–32 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: doi 10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.05.

11. Слепченко Н. С. Прихильність до лікування: методи її покращення при інгаляційній терапії бронхіальної астми / Н. С. Слепченко, К. Д. Дмитрієв // Український пульмонологічний журнал. – 2018. – № 2. – С. 53–60 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: doi 10.31215/2306-4927-2018-100-2-53-60.

12. Збітнєва В. О. Аналіз причин недостатньої прихильності до лікування та методи їх корекції у хворих на резистентну та псевдорезистентну артеріальну гіпертензію в практиці сімейного лікаря / В. О. Збітнєва, С. В. Бусел // ScienceRise: Medical Science. – 2017. – № 2 (10). – С. 15–18. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: doi 10.15587/2519-4798.2017.93853.

13. Черкун М. П. Причини зниження прихильності до лікування гіпертонічної хвороби у сільських та міських жителів / М. П. Черкун // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2023. – Т. 23, – № 2 (82). – С. 87–91. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI 10.31718/2077–1096.23.2.1.87.

14. Оленич Л. В. Особливості перебігу гіпертонічної хвороби за умов гіпотиреозу та ожиріння : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра філос. : 222 Медицини / Л. В. Оленич. – Тернопіль, 2021. – 11 с.

15. Черкун М. П. Особливості клінічного перебігу, лікування і профілактики артеріальної гіпертензії, обумовленої несприятливим впливом психосоматичних факторів в умовах коморбідності : дис. ... д-ра філос. : 222 Медицина. / М. П. Черкун. – Полтава, 2024. – 174 с.

16. Бердник І. Ефективність застосування телемоніторингу артеріального тиску у пацієнтів з нормальною та надлишковою масою тіла / І. Бердник // Ukrainian Scientific Medical Youth Journal. – 2021. – № 1 (121). – С. 32–42. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI: 10.32345/USMYJ.1.2021.32-42.

17. Ждан В. М. Артеріальна гіпертензія і серцева недостатність у загальнолікарській практиці / В. М. Ждан, О. Є. Кітура, Є. М. Кітура, М. Ю. Бабаніна, М. В. Ткаченко // Семейная медицина. – 2020. – № 1-2 (87-88). – С. 8–84.

18. Кульчицький В. Й. Роль медсестринської педагогіки у практичній діяльності медичної сестри / В. Й. Кульчицький // Медсестринство. – 2021. – № 1. – С. 15–17. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI 10.11603/2411-1597.2021.1.12061.

19. Мялюк О. П. Роль медичної сестри у попередженні впливу метеорологічних факторів на стан пацієнтів з гіпертонічною хворобою / О. П. Мялюк, М. І. Марущак, І. Я. Криницька, О. В. Руденко // Медсестринство. – 2017. – № 1. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI 10.11603/2411-1597.2017.1.8477.

20. Марамаг Г. Г. Роль професійних компетенцій медичної сестри у профілактиці артеріальної гіпертензії : дис. ... д-ра філос. : 223 Медсестринство / Г. Г. Марамаг. – Чернівці, 2021. – 262 с.

21. Lu X. Effect of Comprehensive Health Management on Medication Adherence and Lifestyle Behaviors / X. Lu, J. Wang, S. Chen, L. Lv, J. Yu // International Journal of Hypertension. – 2025. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI 10.1155/ijhy/1165809.

22. Insani W. N. Exploring the association of adverse drug reactions with medication adherence and quality of life among hypertensive patients: a cross-sectional study / W. N Insani., L. Wei, R. Abdulah, S. D. Alfian, N. A. Ramadhani et al. // International Journal of Clinical Pharmacy. – 2024. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI 10.1007/s11096-024-01832-9.

23. Blessing Amadu A. Treatment Adherence and Quality of Life of Adults Living With Hypertension in Rural Ghana / A. Blessing Amadu, K. Dodam Konlan, J. Barbara Amadu, G. Dzansi // Nursing Open. – 2025. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI 10.1002/nop2.70198.

24. Yang H. Impact of health management on medication adherence and blood pressure and blood glucose indices in elderly patients with hypertension and diabetes mellitus / H. Yang, J. Hu, T. Deng, T. Li // Endocrine. – 2025. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: DOI 10.1007/s12020-025-04249-0.

25. ESC / EACTS 2025: інновації щодо ведення пацієнтів із вадами серця. Акцент на мультидисциплінарність, візуалізацію та індивідуалізований підхід. // Український медичний часопис. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-269117-esc-eacts-2025-innovatsiyi-shhodo-vedennya-patsiyentiv-iz-vadami-sertsya-aktsent-na-multidistsiplinarnist-vizualizatsiyu-ta-individualizovaniy-pidhid>