



Крючкова О.Н., Кляритская И.Л., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А., Ицкова Е.А., Жукова Н.В. ✉, Костюкова Е.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, Симферополь

Оценка влияния комбинированной антигипертензивной терапии на качество жизни пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Крючкова О.Н. – концепция, дизайн, анализ результатов, обзор литературы, написание текста, редактирование; Кляритская И.Л. – обзор литературы, методология, редактирование; Турна Э.Ю., Лутай Ю.А. – сбор результатов, написание текста, редактирование текста; Ицкова Е.А. – написание текста, анализ результатов; Жукова Н.В., Костюкова Е.А. – сбор результатов.

Подана: 03.02.2022

Принята: 26.05.2022

Контакты: knto2015@mail.ru

Резюме

Цель. Оценка сравнительной эффективности контроля артериального давления и улучшения качества жизни пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, на фоне различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Основную группу исследования составили 60 пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт; в группу сравнения вошли 30 пациентов с неосложненной артериальной гипертензией; в группу контроля – 30 человек без сердечно-сосудистой патологии. Пациенты основной группы были разделены на подгруппу А, в которой была использована комбинация олмесартан/гидрохлортиазид, и подгруппу В – с использованием комбинации олмесартан/амлодипин. Антигипертензивная эффективность изучаемых комбинаций препаратов анализировалась по данным суточного мониторингирования артериального давления. На фоне лечения артериальной гипертензии анализировали динамику психофизиологических параметров и показателей качества жизни с помощью международного сертифицированного опросника SF-36. Отдаленные результаты были оценены через 12 месяцев.

Результаты. У пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, выявлены статистически значимые повышение пульсового артериального давления, скорости утреннего подъема артериального давления, достоверно более высокие средние уровни по шкалам депрессии и «невротической триады». Олмесартан/гидрохлортиазид и олмесартан/амлодипин у данных пациентов обладали сопоставимой эффективностью по достижению целевого уровня АД, снижению «нагрузки давлением» и скорости утреннего подъема АД, достоверному снижению уровней тревожности, ипохондрической настроенности, повышению социальной адаптации, улучшению значений всех показателей качества жизни.



Выводы. Комбинация олмесартан/амлодипин способствовала статистически значимому снижению вариабельности систолического артериального давления за сутки, тревожно-депрессивных нарушений и повышению физического и психического компонентов здоровья. Применение комбинации олмесартан/гидрохлортиазид сопровождалось более выраженным снижением пульсового артериального давления за сутки.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемический инсульт, качество жизни, комбинированная антигипертензивная терапия, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, антагонисты кальция, диуретики

Kryuchkova O., Kliaritskaia I., Turna E., Lutai Y., Itskova E., Zhukova N. ✉, Kostyukova E.
Medical Academy named after S.I. Georgievsky of the V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol

Evaluation of Combined Antihypertensive Therapy Effect on the Quality of Life among Patients with Arterial Hypertension Who Suffered an Apoplectic Stroke

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Kryuchkova O. – conceptualization, analysis of results, literature review, writing – original draft, text revision; Kliaritskaia I. – literature review, methodology, text revision; Turna E., Lutai Y. – collection of results, writing – original draft, text revision; Itskova E. – writing – original draft, analysis of results; Zhukova N., Kostyukova E. – collection of results.

Submitted: 03.02.2022

Accepted: 26.05.2022

Contacts: knto2015@mail.ru

Abstract

Purpose. To evaluate the comparative effectiveness of blood pressure control and improving the quality of life of patients with arterial hypertension who suffered an apoplectic stroke against the background of various options for combined antihypertensive therapy.

Materials and methods. The main group of the study consisted of 60 patients with arterial hypertension who suffered an apoplectic stroke, the comparison group included 30 patients with uncomplicated arterial hypertension, the control group – 30 people without cardiovascular pathology. Patients in the main group were divided into subgroup A, where a combination of olmesartan/hydrochlorotiaside was used, and subgroup B with combination of olmesartan/amlodipine. The antihypertensive efficacy of the studied combination of drugs was analyzed according to the daily data monitoring of blood pressure. Against the background of the treatment of arterial hypertension, the dynamics of psychophysiological parameters were analyzed and quality of life indicators using the international certified SF-36 questionnaire. Long-term results were evaluated after 12 months.

Results. Among patients with arterial hypertension who suffered an apoplectic stroke were found statistically significant pulse pressure increases, rate of morning BP rise, significantly higher average levels on the scales of depression and the "neurotic triad". Olmesartan/hydrochlorotiaside and olmesartan/amlodipine among patients with hypertension who suffered an apoplectic stroke had comparable effectiveness in achieving the "target level of blood pressure", reducing the pressure load and the rate of morning BP rise, a significant reduction in anxiety levels, hypochondriacal mood, social adaptation increasing, improving quality of life measures.

Conclusions. The combination of olmesartan/amlodipine contributed to a statistically significant decrease in the variability of systolic blood pressure per day, anxiety-depressive disorders and an increase in the physical and mental components of health. The use of olmesartan/hydrochlorotiaside combination was accompanied by a more pronounced decrease in pulse blood pressure per day.

Keywords: arterial hypertension, ischemic stroke, quality of life, combined antihypertensive therapy, angiotensin II receptor antagonists, calcium antagonists, diuretics

■ ВВЕДЕНИЕ

Ишемический инсульт (ИИ), занимая одно из ведущих мест в структуре как инвалидности, так и смертности, приводит к огромным социальным и экономическим потерям [1, 2]. В процессе реабилитации пациента, перенесшего ишемический инсульт, важным параметром является повышение показателей качества жизни как одного из определяющих факторов уровня реабилитационного потенциала [1, 3, 4]. При этом в улучшении качества жизни существенное значение имеют возможности достижения в ходе реабилитации максимальной физической активности, коррекция характерных для данной категории пациентов тревожно-депрессивных расстройств, а также эффективная медикаментозная вторичная профилактика [5, 6].

Учитывая, что одним из ведущих факторов риска развития ишемического инсульта является артериальная гипертензия, выбор оптимальной антигипертензивной терапии позволяет не только эффективно контролировать уровень артериального давления, доказанно снижать вероятность повторного мозгового инсульта, но и улучшать качество жизни пациентов [1, 2, 7].

Современные клинические рекомендации, учитывая доказанные преимущества в снижении уровня сердечно-сосудистой смертности, предполагают достижение целевых уровней, рекомендуемых для возрастной категории конкретного пациента. При этом в медикаментозном лечении отсутствуют рекомендации по выбору какого-либо приоритетного варианта комбинированной антигипертензивной терапии. У этих пациентов могут быть использованы любые блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) в сочетании с блокатором кальциевых каналов или тиазидоподобным диуретиком [8, 9]. В то же время данные доказательной медицины свидетельствуют о том, что эти классы антигипертензивных препаратов обладают церебропротективными эффектами неодинакового уровня [10, 11]. В отношении вторичной профилактики ишемического инсульта крупные международные исследования ставили целью сравнение различных антигипертензивных препаратов; исследования по сравнению эффективности стратегий комбинированной



антигипертензивной терапии у пациентов, перенесших инсульт, отсутствуют [8–11]. Нет ответа и на вопрос о сопоставимости эффективности различных двухкомпонентных комбинаций антигипертензивных препаратов в улучшении качества жизни пациентов с ишемическим инсультом в анамнезе.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка сравнительной эффективности контроля артериального давления и улучшения качества жизни пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, на фоне различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 120 пациентов. Основную группу (60 человек, средний возраст $61,3 \pm 0,9$ года, мужчин – 59,2%, женщин – 40,8%) исследования составили пациенты с АГ, перенесшие ишемический инсульт, которые до назначения лечения были рандомизированы на 2 группы – группу А и группу В (сопоставимые по полу и возрасту). Всем пациентам была назначена базисная терапия, включающая антиагреганты и статины, а также комбинированная антигипертензивная терапия. Пациентам группы А была назначена комбинированная антигипертензивная терапия, включающая олмесартан в дозе 10–20 мг и гидрохлортиазид 12,5–25 мг в сутки; пациенты группы В получали олмесартан 10–20 мг и амлодипин 5–10 мг в сутки. В группу сравнения вошли 30 пациентов с АГ, средний возраст $59,6 \pm 1,4$ года, сопоставимые по полу и возрасту с основной группой исследования. В группе контроля – 30 человек без сердечно-сосудистой патологии, сопоставимые по полу и возрасту.

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД аппаратом холтеровского мониторирования АД и ЭКГ типа АВРМ-04 (Labtech, Венгрия). Измерения АД при суточном мониторировании проводились каждые 30 мин. в период дневной активности и каждые 40 мин. во время ночного сна. Проводили анализ средних значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД), показателей «нагрузки давлением» (НД САД и НД ДАД), вариабельности систолического АД (ВАР САД), диастолического АД (ВАР ДАД), РсАД за сутки, в дневное и ночное время, также рассчитывалась скорость утреннего подъема систолического и диастолического АД (СУП САД и СУП ДАД). Антигипертензивные эффекты исследуемых комбинаций препаратов на фоне терапии нами были оценены через 1, 6 и 12 месяцев.

Для оценки психофизиологических параметров пациентов с АГ всем обследуемым до назначения лечения и через 12 месяцев на фоне антигипертензивной терапии проводилось психодиагностическое тестирование с использованием теста СМОЛ, который содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 оценочные и 8 клинических. Полученные результаты оценивались в Т-баллах, нормативным значениям соответствует разброс показателей 40–60 Т-баллов.

Оценка качества жизни всем пациентам проводилась так же до назначения лечения и через 12 месяцев терапии с помощью международного сертифицированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36). Опросник SF-36 включает 36 вопросов, которые характеризуют два компонента здоровья – физический и психологический. Компоненты оцениваются с помощью 8 шкал здоровья: физическая работоспособность, социальная активность, степень ограничения физической

работоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность и утомляемость, боль, общая оценка здоровья.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью вариационной статистики с применением пакета «Statistica 10». Использовались методы описательной статистики, определялось соответствие вида распределения признака закону нормального распределения. Сравнение групп по показателям проводилось с помощью непараметрического анализа на основе критериев Манна – Уитни и Вилкоксона.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До назначения антигипертензивной терапии нами проанализированы показатели СМАД в основной группе, группе сравнения и группе контроля (табл. 1).

При анализе СМАД нами выявлено статистически значимое увеличение среднесуточных показателей САД, ДАД и СрАД в группах пациентов с АГ по сравнению с группой контроля ($p<0,05$). Нами были также выявлены высокая вариабельность показателей АД за сутки и достоверное повышение скорости утреннего подъема АД у пациентов с АГ, что расценивается как фактор риска развития кардиоваскулярных

Таблица 1
Показатели СМАД в основной группе, группе сравнения и группе контроля до лечения
Table 1
ABPM values in the main group, comparison group and control group before treatment

Показатели СМАД, мм рт. ст.	Основная группа, n=60	Группа сравнения, n=30	Группа контроля, n=30
САД	137,55±1,59*	135±1,89*	108,6±1,33
САДд	138,5±2,01*	138±2,36*	111,2±1,52
САДн	130,46±2,01*	128,07±1,65*	102,3±1,34
ДАД	83,17±1,46*	86,1±1,3*	68,74±0,92
ДАДд	86,17±1,43*	88,77±1,52*	71,32±1,07
ДАДн	76,12±1,7*	80,23±1,36*	62,47±0,71
СрАД	101,05±1,39*	102,2±1,22*	81,58±0,88
СрАДд	104,28±1,39*	105,13±1,49*	84,32±1,02
СрАДн	93,98±1,65*	98±1,69*	76±0,91
НД САД	0,49±0,03*	0,47±0,06*	0±0,004
НД САДд	0,44±0,03*	0,42±0,07*	0±0,003
НД САДн	0,63±0,05*	0,66±0,09*	0±0,01
НД ДАД	0,23±0,04*	0,33±0,05*	0±0,005
НД ДАДд	0,21±0,05*	0,25±0,08*	0±0,007
НД ДАДн	0,21±0,05*	0,34±0,06*	0±0,007
ВАР САД	17,5±0,59*	16±1,64*	9±0,8
ВАР САДд	16,5±0,65*	16±1,82*	9±0,8
ВАР САДн	13,22±0,83*	12,3±1,45*	7,74±0,59
ВАР ДАД	13,34±0,54*	12±1,3*	7,84±0,43
ВАР ДАДд	12,84±0,61*	11±1,22*	7±0,7
ВАР ДАДн	9,6±0,59*	9±1,69*	6,21±0,47
СИ САД	0,07±0,01	0,09±0,02	0,07±0,01
СИ ДАД	0,11±0,01	0,13±0,02	0,11±0,01

Примечание: * $p<0,05$ по отношению к группе контроля.



катастроф и повреждения органов-мишеней. Так, у пациентов основной группы ВАР САД за сутки составила $17,5 \pm 0,59$ ед., в группе контроля – $9 \pm 0,8$ ед. ($p < 0,01$), а СУП САД у пациентов с АГ, перенесших ИИ, превышала более чем в 3 раза СУП САД в группе контроля ($25,15 \pm 3,1$ мм рт. ст./ч в основной группе и $8,42 \pm 0,9$ мм рт. ст./ч в группе контроля, $p < 0,01$), СУП ДАД в основной группе исследования составила $18 \pm 2,91$ мм рт. ст./ч, в группе контроля – $7,92 \pm 0,74$ мм рт. ст./ч ($p < 0,01$). Также нами выявлено статистически значимое увеличение PsAD за сутки у пациентов с АГ: у пациентов в основной группе среднесуточное PsAD составило $57,01 \pm 1,07$ мм рт. ст., в группе контроля – $39,32 \pm 1,29$ мм рт. ст. ($p < 0,01$).

Средний показатель PsAD за сутки в основной группе исследования составил $57,01 \pm 1,07$ мм рт. ст., что достоверно выше, чем в группе сравнения – $52,63 \pm 1,1$ мм рт. ст., $p < 0,05$. Также было выявлено достоверное превышение PsAD ночью у пациентов, перенесших ИИ, в сравнении с пациентами с АГ без мозговых катастроф: в основной группе – $57 \pm 1,6$ мм рт. ст., в группе сравнения – $50,5 \pm 1,28$ мм рт. ст., $p < 0,05$. Показатель PsAD в дневное время в основной группе также был выше – $56,5 \pm 1,35$ мм рт. ст., но достоверно не отличался от группы сравнения – $53 \pm 1,541$ мм рт. ст., $p > 0,05$.

Особенностью суточной динамики АД у пациентов, перенесших ИИ, явились также достоверно более высокие скоростные показатели утреннего подъема АД. СУП САД в основной группе составила $25,2 \pm 3,1$ мм рт. ст./ч, что в 1,5 раза выше, чем в группе сравнения – $16,5 \pm 2,0$ мм рт. ст./ч, $p < 0,05$. Аналогично и СУП ДАД в группе пациентов, перенесших ИИ, превышала данный показатель в группе сравнения: $18 \pm 2,9$ мм рт. ст./ч и $13 \pm 2,3$ мм рт. ст./ч соответственно, $p < 0,05$.

Нормальная СНС АД (10–20%) отмечалась только у 15 (25%) пациентов основной группы, тогда как в группе сравнения достаточное ночное снижение АД отмечалось у 12 (37,5%) пациентов, $p < 0,05$. В обеих группах преобладали лица с недостаточной СНС АД (non-dipper). В основной группе выявлено 28 (46,7%) пациентов, в группе сравнения – 14 (43,8%) пациентов с недостаточной СНС АД, $p > 0,05$. Пациенты с ночным повышением АД (night-peacker) преобладали в основной группе (10 (16,7%) пациентов в группе с ИИ в анамнезе и 2 (6,3%) пациента в группе сравнения, $p < 0,05$). Количество пациентов с чрезмерным ночным снижением АД (hiper-dipper) достоверно не различалось в двух группах (в основной группе пациенты с hiper-dipper – 7 (11,7%) человек, в группе сравнения – 4 (12,5%) человека, $p > 0,05$).

Отдаленные результаты через 12 месяцев позволили оценить сравнительную эффективность антигипертензивной терапии с использованием изучаемых двухкомпонентных стратегий (табл. 2).

При анализе данных СМАД через год на фоне различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии нами выявлено, что обе стратегии лечения у пациентов с АГ, перенесших ИИ, обладали сопоставимой эффективностью по достижению целевого уровня АД, снижению «нагрузки давлением» и скорости утреннего подъема АД.

При анализе параметров циркадного ритма АД в двух группах до лечения и через год на фоне терапии нами получены данные о различном влиянии комбинации олмесартан/гидрохлортиазид и олмесартан/амлодипин на ВАР САД и PsAD. Комбинация олмесартан/амлодипин вызывала статистически значимое снижение ВАР САД за сутки и в дневное время, лечение комбинацией олмесартан/гидрохлортиазид не вызывало статистически значимых изменений этого показателя (рис. 1, 2).

Таблица 2
Показатели СМАД в группах А и В до лечения и на фоне комбинированной антигипертензивной терапии
Table 2
ABPM values in groups A and B before treatment and during combined antihypertensive therapy

Показатели СМАД	Группа А		Группа В	
	До лечения	На фоне терапии	До лечения	На фоне терапии
САД	137,44±2,2	118,84±1,23*	137,22±1,9	121,21±1,28*
САДд	137,5±2,888	122,79±1,58*	140,14±1,84	125,25±1,38*
САДн	129,12±2,78	110,57±2,05*	131±2,4	115,94±1,87*
ДАД	82,53±1,67	74,95±0,94*	83,51±2,07	72,16±1,2*
ДАДд	85,62±1,68	78,75±1,25*	86,43±1,97	75,25±1,38*
ДАДн	74,27±1,85	67,61±1,26*	77,38±2,48	66,34±1,59*
СрАД	100,18±1,7	89,57±1,23*	101,05±1,87	88,56±1,18*
СрАДд	103,64±1,73	93±1,28*	104,24±1,79	91,59±1,21*
СрАДн	91,66±1,95	81,54±1,44*	95,08±2,27	82,44±1,43*
НД САД	0,48±0,04	0,13±0,03*	0,51±0,04	0,15±0,04*
НД САДд	0,44±0,05	0,09±0,03*	0,43±0,05	0,13±0,03*
НД САДн	0,58±0,06	0,25±0,05*	0,67±0,05	0,38±0,04*
НД ДАД	0,3±0,05	0,08±0,03*	0,33±0,05	0,05±0,04*
НД ДАДд	0,19±0,06	0,1±0,04*	0,21±0,06	0,04±0,04*
НД ДАДн	0,28±0,06	0,09±0,04*	0,38±0,06	0,08±0,06*
ВАР САД	17,64±0,98	15,82±0,75	17,38±0,72	12,41±0,53*
ВАР САДд	17±1,082	14,96±0,82	16±1,219	11,34±0,57*
ВАР САДн	13,9±1,44	11,5±1,141	12,65±0,93	10,97±0,85
ВАР ДАД	13,21±0,67	11,5±0,7275	13,46±0,83	9,88±0,52
ВАР ДАДд	12,33±0,73	11,25±0,74	13,3±0,97	8,88±0,66
ВАР ДАДн	9,94±0,98	9,36±0,77	9,32±0,72	7,81±0,58

Примечание: * p<0,05 по отношению к показателю до лечения.

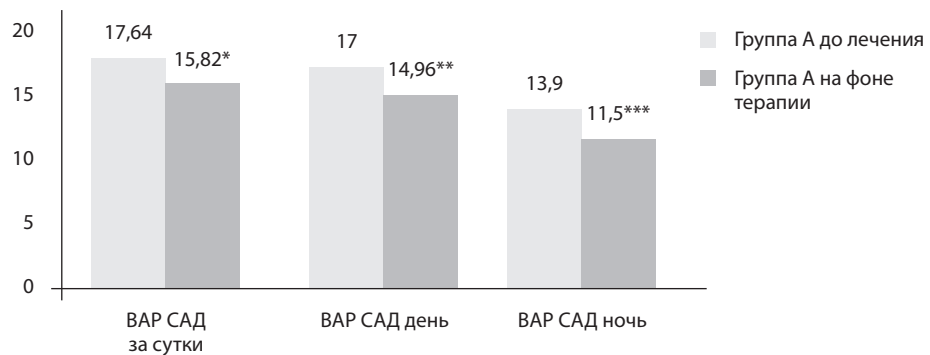


Рис. 1. ВАР САД в группе А до лечения и на фоне антигипертензивной терапии

Примечания: * p=0,1137; ** p=0,349; *** p=0,831.

Fig. 1. VAR SBP in group A before treatment and during antihypertensive therapy

Notes: * p=0,1137; ** p=0,349; *** p=0,831.

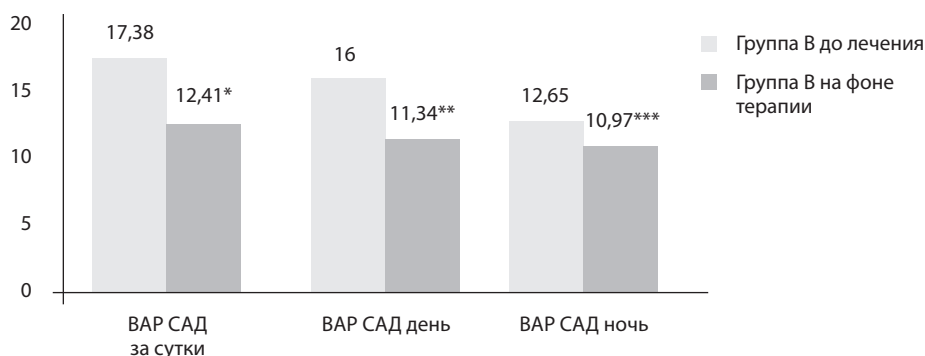


Рис. 2. ВАР САД в группе В до лечения и на фоне антигипертензивной терапии

Примечания: * $p=0,0001$; ** $p<0,001$; *** $p=0,1665$.

Fig. 2. VAR SBP in group B before treatment and during antihypertensive therapy

Notes: * $p=0,0001$; ** $p<0,001$; *** $p=0,1665$.

Важными представляются полученные нами данные о различном влиянии изучаемых комбинаций антигипертензивных препаратов на динамику PsАД как независимого фактора сердечно-сосудистых осложнений и маркера сосудистой жесткости. При сравнительной оценке эффективности назначенной комбинированной антигипертензивной терапии в группах А и В отмечалось более выраженное (статистически значимое) снижение PsАД за сутки в группе А на фоне терапии комбинацией олмесартан/гидрохлортиазид (PsАД за сутки в группе А до лечения составило $57,24 \pm 1,87$ мм рт. ст., на фоне терапии – $42,61 \pm 1,13$ мм рт. ст., $p<0,01$). В группе В не выявлено статистически значимого влияния комбинации олмесартан/амлодипин на динамику PsАД (до лечения PsАД за сутки в группе В составило $56,81 \pm 1,17$ мм рт. ст., на фоне терапии – $54,08 \pm 0,76$ мм рт. ст., $p=0,0548$).

Результаты психологического тестирования методом СМОЛ пациентов до лечения представлены в табл. 3.

Исходные (тестирование до назначения антигипертензивной терапии) усредненные показатели теста СМОЛ во всех группах находились в пределах статистической нормы (табл. 3). Как видно из таблицы, у пациентов с АГ нами выявлены достоверно ($p<0,05$) более высокие показатели по 1-й, 3-й и 6-й шкалам («невротическая триада») по сравнению с группой контроля, что свидетельствует о пассивном отношении этих лиц к конфликтам, для них характерен уход от решения проблем, тенденция к «бегству» в болезнь, повышенное внимание к себе и к своим ощущениям, озабоченность состоянием своего здоровья, отсутствие чувства безопасности, неуверенность в себе, сниженная стрессоустойчивость, множество соматических жалоб.

Сопоставление усредненных профилей пациентов основной группы и группы сравнения выявило достоверно ($p<0,05$) наиболее высокие средние уровни по шкалам 1 (ипохондрическое состояние), 2 (депрессии), 3 (истерия-демонстративность) и 6 (ригидность) у пациентов с АГ, перенесших ИИ. Подобная конфигурация

Таблица 3

Средние Т-баллы по шкалам СМОЛ у пациентов основной группы, группы сравнения и группы контроля

Table 3

Average T-scores on the Mini-mult scales in patients of the main group, comparison group and control group

Шкалы СМОЛ	Основная группа, n=60		Группа сравнения, n=30		Группа контроля, n=30	
	M	±m	M	±m	M	±m
L	53,45	0,96	52,68	1,18	52,44	1,68
F	52,6	0,74	50,65	0,97	42,75	1,43
K	52,87	1,27	54,12	1,82	51,06	2,68
1	60,13 ^{#, *}	1,01	47,73 [*]	2,25	27,16	2,95
2	54,5 ^{#, *}	1,24	46,81 [*]	1,69	36,80	1,83
3	56,05 ^{#, *}	1,05	53,82 [*]	1,44	40,15	2,55
4	45,62 ^{#, *}	1,54	39,14 [*]	1,26	18,63	2,58
6	51,28 ^{#, *}	1,05	46,79 [*]	1,49	33,15	3,00
7	49,35 ^{#, *}	1,71	29,04 [*]	3,51	13,52	3,24
8	50,27 ^{#, *}	1,39	33,9 [*]	2,19	11,71	2,62
9	50,48 ^{#, *}	1,1	45,97	1,89	42,93	4,06

Примечания: * $p < 0,05$ по отношению к группе сравнения; [#] $p < 0,05$ по отношению к группе контроля; n – количество пациентов в группе.

свидетельствует о том, что значительной части пациентов с АГ и ИИ в анамнезе свойственна склонность к тревожно-депрессивным расстройствам, пассивности в решении проблем, плохой приспособляемости к смене обстоятельств; повышенное беспокойство за состояние своего физического здоровья у этих пациентов возникает на фоне высокого уровня тревоги вообще, что вызывает разнообразные соматические жалобы.

После лечения нами проводилось повторное обследование тестированием методом СМОЛ у пациентов групп А и В. Результаты представлены в табл. 4.

При сравнительном анализе влияния различных схем комбинированной антигипертензивной терапии на психофизиологический профиль у пациентов с ИИ в анамнезе нами установлена тенденция к снижению средних показателей по всем шкалам после длительной антигипертензивной терапии, что указывает на положительную динамику психологического профиля пациентов на фоне улучшения соматического состояния. На фоне лечения АГ в двух группах отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей по шкалам 1 (ипохондрии), 4 (психопатии), 7 (тревоги), 8 (шизоидности) и 9 (гипомании), что указывает на снижение ипохондрической настроенности пациентов, улучшение их социальной адаптации – контактов с окружающими на фоне нормализации и стабилизации АД.

При анализе различий средних показателей Т-баллов на фоне различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов основной группы нами установлено достоверное ($p < 0,05$) снижение значений по 1-й, 3-й и 6-й шкалам («невротическая триада»), а также достоверное ($p < 0,05$) снижение по шкале депрессии (2-я шкала) у пациентов в группе В.

Анализ усредненного профиля теста у пациентов с АГ очень высокого риска на фоне комбинированной терапии олмесартаном и амлодипином выявил более

Таблица 4

Средние Т-баллы по шкалам СМОЛ у пациентов группы А и В до лечения и на фоне антигипертензивной терапии

Table 4

Mean T-scores on the Mini-mult scales in patients of groups A and B before treatment and during antihypertensive therapy

Шкалы СМОЛ	Группа А		Группа В	
	До лечения	На фоне терапии	До лечения	На фоне терапии
L	52,29±1,4	49,52±1,56	54,58±1,32	54,23±1,75
F	52,35±1,01	53,23±1,64	52,85±1,1	49,9±0,9
K	52,38±1,69	49,09±2,1	53,35±1,91	53,52±1,67
1	60,22±1,65	54,81±3,01*	60,05±1,22	49,33±2,25**
2	54,9±1,84	53,46±3,23	54,11±1,7	49,49±1,57**
3	56,48±1,77	56,53±2,78	55,63±1,16	51,72±1,15**
4	48,82±1,97	40,26±3,25*	42,51±2,26	38,6±1,23**
6	53,14±1,57	54,06±1,96	52,68±1,36	47,84±1,15**
7	51,02±2,45	40,6±5,56*	47,74±2,4	30,41±3,42**
8	50,28±2,25	42,95±4,46*	50,27±1,69	32,24±2,39**
9	51,21±1,68	46,14±2,97	49,78±1,43	44,79±2,66**

Примечания: * $p < 0,05$ по отношению к показателям до лечения в группе А; ** $p < 0,05$ по отношению к показателям до лечения в группе В.

низкие показатели по шкалам 1, 3 и 6 («невротическая триада») по сравнению с пациентами, получающими лечение комбинацией оламесартана и гидрохлортиазида. Также нами выявлена тенденция к достоверному ($p < 0,05$) снижению показателей по шкале депрессии (2-я шкала) в группе В.

Данные опроса о качестве жизни пациентов основной группы и группы сравнения представлены в табл. 5.

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей качества жизни у пациентов основной группы и группы сравнения

Table 5

Comparative characteristics of quality of life indicators in patients of the main group and comparison group

Шкалы (баллы)	Основная группа, n=60		Группа сравнения, n=30	
	M	±m	M	±m
Физическое функционирование (PF)	37,11*	2,25	69,41	5,12
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	17,61*	2,71	52,94	7,12
Интенсивность боли (BP)	38,83*	2,91	70,49	4,68
Общее состояние здоровья (GH)	31,08*	2,09	54,21	3,56
Жизненная активность (VT)	33,45*	1,75	59,71	4,28
Социальное функционирование (SF)	39,79*	2,95	70,96	4,33
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	19,72*	3,10	48,04	7,23
Психическое здоровье (MH)	41,24*	1,85	60,00	3,71

Примечание: * $p < 0,05$ по отношению к группе сравнения.

При анализе данных опроса пациентов основной группы нами выявлено достоверное ($p<0,05$) снижение показателей качества жизни. Так, отмечалось достоверное ($p<0,05$) снижение уровня ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным и физическим состоянием, что отражает степень ограничения социальной адаптации в связи с соматическими жалобами и эмоциональным состоянием пациентов основной группы, а также достоверное ($p<0,05$) снижение показателя социального и физического функционирования. Полученные ответы, отражающие общее состояние здоровья как оценку пациентом своего состояния в настоящее время и перспектив лечения в дальнейшем, в основной группе составили $33,45\pm1,75$ балла, что достоверно ниже ($p<0,05$), чем в группе сравнения – $59,71\pm4,28$ балла.

Полученные нами данные опроса, отражающие различные компоненты здоровья пациентов основной группы, свидетельствуют о том, что у пациентов с АГ, перенесших ИИ, преобладание негативной динамики заболевания проявляется снижением как физического, так и психического компонентов здоровья. Так, у пациентов основной группы отмечается достоверно ($p<0,05$) низкий показатель физического ($42,98$ балла) и психического ($33,39$ балла) компонентов здоровья, при этом снижение психоэмоционального компонента было более выражено по сравнению с показателями составляющих здоровья в группе сравнения. В группе сравнения показатель физического компонента здоровья составил $49,63$ балла, психического компонента здоровья – $42,98$ балла. Данные о динамике показателей качества жизни на фоне проводимого лечения в группах А и В представлены в табл. 6.

На фоне антигипертензивной терапии в группе А и В отмечался значительный и достоверный ($p<0,05$) рост всех параметров оценки КЖ, что отражает роль эффективности лечения АГ у пациентов с ИИ в анамнезе в повышении удовлетворения своей жизнью и улучшении социального функционирования этих пациентов.

Таблица 6
Оценка качества жизни под влиянием различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии
Table 6
Assessment of the quality of life under the influence of various variants of combined antihypertensive therapy

Шкалы (баллы)	Группа А, n=30		Группа В, n=30	
	До лечения	На фоне терапии	До лечения	На фоне терапии
Физическое функционирование (PF)	38,43±3,41	45,43±3,17*	37,78±3,47	63,47±3,52**
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	17,86±3,89	45,00±5,47*	17,36±3,81	78,47±4,16**
Интенсивность боли (BP)	39,61±3,99	48,44±2,85*	38,65±4,34	65,22±3,16**
Общее состояние здоровья (GH)	31,03±2,32	39,00±2,98*	31,14±3,56	41,83±2,39**
Жизненная активность (VT)	33,71±2,39	43,14±2,50*	33,19±2,71	57,64±2,72**
Социальное функционирование (SF)	40,00±4,19	55,71±3,07*	39,93±4,30	67,36±2,52**
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	20,00±4,34	59,05±5,32*	19,44±4,45	70,37±5,70**
Психическое здоровье (MH)	41,71±2,75	47,66±2,56*	40,78±2,74	60,67±2,76**

Примечания: * $p<0,05$ по отношению к показателям до лечения в группе А; ** $p<0,05$ по отношению к показателям до лечения в группе В.

Таблица 7

Оценка физического и психического компонентов здоровья на фоне лечения у пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт

Table 7

Evaluation of the physical and mental components of health during treatment in patients with arterial hypertension who have had ischemic stroke

	Группа А		Группа В	
	До лечения	На фоне терапии	До лечения	На фоне терапии
Физический компонент здоровья	43,21±1,50	44,40±1,61	42,77±1,46	50,13±1,51*, **
Психический компонент	33,46±1,63	41,06±1,58*	33,32±1,57	46,50±1,44*, **

Примечания: * $p < 0,05$ по отношению к показателям до лечения в двух группах; ** $p < 0,05$ в группе А и В на фоне терапии.

На фоне проводимой терапии в двух группах исследования показатель общего состояния здоровья достоверно не различался ($p > 0,05$). Анализируя достоверность различий эффективности терапии, мы выявили достоверно ($p < 0,05$) более выраженный рост параметров ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным компонентами здоровья, социального функционирования и показателя психического здоровья у пациентов с АГ, перенесших ИИ, получающих комбинацию олмесартана и амлодипина (группа В). У пациентов группы В оценка интенсивности боли и жизненной активности на фоне лечения также выявила достоверно ($p < 0,05$) более значительный рост в сравнении с пациентами, получающими комбинацию олмесартана и гидрохлортиазида, что характеризует высокую эффективность комбинированной терапии олмесартаном и амлодипином в повышении социальной активности пациентов и улучшении соматического здоровья пациентов, перенесших ИИ.

Интегральные показатели КЖ, отраженные в виде суммирующих шкал, характеризующих физическое и психическое здоровье, представлены в табл. 7.

На фоне антигипертензивной терапии в двух группах достоверно ($p < 0,05$) улучшились параметры психического компонента здоровья, при этом в группе В на фоне лечения нами выявлен достоверно ($p < 0,05$) более высокий показатель психического компонента, что, возможно, отражает лучшую переносимость и комфорт при приеме комбинации олмесартана и амлодипина. Оценка показателей физического компонента здоровья в группе А не выявила достоверных различий до лечения и на фоне антигипертензивной терапии, а в группе В лечение АГ комбинацией олмесартана и амлодипина сопровождалось достоверным ($p < 0,05$) улучшением физического компонента здоровья, при этом оценка физического компонента в группе А была достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в группе В (в группе А – $44,40 \pm 1,61$ балла, в группе В – $50,13 \pm 1,51$ балла, $p < 0,05$).

■ ВЫВОДЫ

1. У пациентов с артериальной гипертензией, перенесших ишемический инсульт, выявлены статистически значимые повышение пульсового артериального давления, скорости утреннего подъема артериального давления, достоверно более высокие средние уровни по шкалам депрессии и «невротической триады», а также достоверно более низкие показатели ролевого и физического функционирования, общего состояния здоровья.

2. Олмесартан/гидрохлортиазид и олмесартан/амлодипин у пациентов с АГ, перенесших ИИ, обладали сопоставимой эффективностью по достижению целевого уровня АД, снижению «нагрузки давлением» и скорости утреннего подъема АД, достоверному снижению уровней тревожности, ипохондрической настроенности, повышению социальной адаптации, улучшению значений всех показателей КЖ.
 3. Комбинация олмесартан/амлодипин способствовала статистически значимому снижению вариабельности систолического артериального давления за сутки, тревожно-депрессивных нарушений и повышению физического и психического компонентов здоровья; применение комбинации олмесартан/гидрохлортиазид сопровождалось более выраженным снижением пульсового артериального давления за сутки.
-

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Ischemic stroke and transient ischemic attack of adults. Clinical guidelines 2020*. All-Russian Scientific Society of Neurologists. Available at: <https://npcpn.ru/doc/2020/rf-kr-insult.pdf>. (in Russian)
2. Stahovskaya L.V., Klochihiina O.A., Bogatyireva M.D. Analysis of epidemiological indicators of recurrent stroke in regions of Russian Federation (On the basis of territorial and population registry 2009–2014). *Consilium Medicum*. 2016;18(9):8–11. (in Russian)
3. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 29, 2012 No 1705n "About the Procedure for a Medical Organization" Registered in the Ministry of Justice of the Russian Federation on February 22, 2013, Registration No 27276. Available at: <https://base.garant.ru/70330294>. (in Russian)
4. Lukyanchikova L.V., Belskaya G.N. Quality of life as an integral indicator for effectiveness of rehabilitation in patients with ischemic stroke. *Annals of clinical and experimental neurology*. 2017;11(3):5–14. doi: 10.18454/ACEN.2017.3.1. (in Russian)
5. Duncan P.W., Zorowitz R., Bates B. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2008;36(9):e100–43. doi: 10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF
6. Küçükdeveci A.A., Stibrant Sunnerhagen K., Golyk V. Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke. The European PRM position (UEMS PRM Section). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2019;54(6):957–970. doi: 10.23736/s1973-9087.18.05501-6
7. Ji R., Schwamm L.H., Pervez M.A., Singhal A.B. Ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults: risk factors, diagnostic yield, neuroimaging, and thrombolysis. *JAMA Neurol*. 2013;70(1):51–7.
8. Arterial hypertension in adults. Clinical guidelines 2020. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(3):3786. doi: 10.15829/1560-4071-2020-3-3786. (in Russian)
9. Williams B., Mancia G., Spiering W. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2018;39:3021–3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339
10. Ostroumova O.D., Kochetkov A.I., Ostroumova T.M. Cerebroprotective effects of angiotensin ii receptor blockers: candesartan focus. *Medical Council*. 2018;16:14–18. doi: 10.21518/2079-701X-2018-16-14-23. (in Russian)
11. Karpov Yu.A. Arterial Hypertension and Cognitive Functions: the Importance of Antihypertensive Therapy and Control of Blood Pressure. *Clinical medicine*. 2018;2:3–11. (in Russian)