

ROLUL COMORBIDITĂȚILOR ÎN DETERMINISMUL CALITĂȚII VIEȚII LA PACIENȚII HIPERTENSIVI

Cristina Gheorghiu – studentă,
Lucia Mazur-Nicorici – dr. în șt. med., conf. univ.,
Snejana Vetrila – dr. în șt. med., conf. univ.,
Livi Grib – dr. hab. în șt. med., prof. univ.,
USMF „Nicolae Testemițanu”
mazurnlucia@yahoo.com

Rezumat

Studiul clinic a fost realizat pe un lot de 50 de pacienți care administrează tratament antihipertensiv cel puțin timp de 6 luni calendaristice și au necesitat internare (în IMSP Institutul de Cardiologie). Dintre aceștia, 58% au fost bărbați și 42% – femei, cu vârsta medie de 63,5 ani. Analiza de corelație efectuată a evidențiat o legătură puternică între funcționalitatea fizică și indicele de comorbiditate și, respectiv o corelație medie între sănătatea mintală și CCI. Calitatea vieții s-a dovedit a fi joasă la pacienții cu hipertensiune arterială, însă, la femei, atât funcționalitatea fizică, cât și sănătatea, sunt mai favorabile comparativ cu ale bărbaților.

Cuvinte-cheie: hipertensiune arterială, comorbidități, CCI, calitatea vieții

Summary. The impact of comorbidities on health related quality of life in hypertensive patients

The study was conducted in a group of 50 patients treated for hypertension for at least 6 months and required hospitalization (in the Institute of Cardiology), 58% of these were male and 42% - women, with a mean age of 63,5 years. The correlation analysis revealed a strong link between physical functionality and comorbidity index and a moderate, positive association between mental health as a dimension of HRQoL and CCI. Quality of life was found to be low in patients with hypertension, but in women, both physical functionality and mental health are more favorable compared to men.

Key words: hypertension, comorbidities, CCI, quality of life

Резюме. Влияние сопутствующих заболеваний на качество здоровья у больных гипертонической болезнью

Исследование проводилось на основе выборки из 50 пациентов, получавших лечение от гипертонии в течение не менее 6 месяцев, и которые нуждались в госпитализации (Институт Кардиологии), 58% из них были мужчины и 42% - женщины, со средним возрастом 63,5 лет. Корреляционный анализ показал сильную связь между физической функциональностью и индексом коморбидности, а также среднюю корреляцию между психическим здоровьем и ССИ. Мы доказали, что качество жизни у пациентов с гипертонией более низкая, но у женщин, и физическая функция, и психическое здоровье, являются более благоприятными по сравнению с мужчинами.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, сопутствующие заболевания, ССИ, качество жизни

Introducere

Hipertensiunea arterială prezintă o amenințare majoră de sănătate publică, determinând o morbiditate și mortalitate cardiovasculară în continuă creștere în condițiile îmbătrânirii populației [4].

Deplasarea ponderii dinspre valorile propriu-zise ale tensiunii arteriale către evaluarea riscului cardiovascular global reprezintă principalul progres al ultimilor ani în abordarea diagnostică și terapeutică a acestei patologii [4].

Totuși, studiile recente sunt orientate asupra îmbunătățirii calității vieții din perspectiva stării de sănătate a pacienților hipertensivi, punând accent pe funcționalitatea curentă, minimalizarea suferinței fizice și psihice, reabilitarea completă în cadrul familiei și societății [9]. Astfel, calitatea vieții din perspectiva stării de sănătate la pacienții care suferă de hipertensiune arterială se poziționează la un nivel mai inferior comparativ cu cea a populației sănătoase dacă se evaluează după valorile tensiunii arteriale, afectarea de organ-țintă, comorbidități și tratamentul administrat (atât farmacologic, cât și nonfarmacologic) [6]. Pe când, în ceea ce privește parametrii ca: vârsta înaintată, sexul feminin, statutul socio-economic scăzut și nivelul scăzut de educație, calitatea vieții este mai joasă atât pentru pacienții hipertensivi, cât și pentru populația generală [1, 7].

S-a observat că prezența comorbidităților la pacienții care suferă de hipertensiune arterială reduce efectul terapeutic și, respectiv, diminuează calitatea vieții din punct de vedere al stării de sănătate. De asemenea, unele studii sugerează ideea precum că prezența comorbidităților și complicațiilor ar diminua mult mai semnificativ calitatea vieții pacienților hipertensivi, decât hipertensiunea arterială propriu-zisă. Însă, cu toate că efectul negativ al comorbidităților asupra calității vieții pacienților hipertensivi a devenit deja evident, puține studii au investigat în detalii această relație [5, 8].

Scopul studiului

Reieșind din cele expuse, lucrarea dată a avut ca scop aprecierea rolului comorbidităților cardiace și non-cardice în determinismul calității vieții la pacienții hipertensivi.

Material si metode

Studiul clinic a fost realizat pe un lot de 50 de pacienți care administrază tratament antihipertensiv cel puțin timp de 6 luni calendaristice și au necesitat internare (în IMSP Institutul de Cardiologie). Pacienții au fost selectați aleatoriu, neexistând criterii de excludere. Anchetarea pacienților s-a efectuat conform unei foi de lucru elaborate special pentru studiul dat și care a ținut să noteze toate datele necesare pentru realizarea scopului prestabilit.

Prima parte a foi de lucru a inclus datele generale ale pacienților, precum cele demografice (sex, vârstă, reședință), antropometrice (IMC, circumferința abdomenului), durata hipertensiunii arteriale și valorile tensionale maxime, factorii de risc (vârsta, dislipidemia, diabet zaharat, fumat, alimentație incorectă, activitate fizică redusă, factor psihologic, istoric familial, obezitate abdominală), datele examenărilor paraclinice (de laborator, ECG, EcoCG, Doppler al arterelor periferice), precum și tratamentul administrat, atât medicamentos (mono- sau politerapie), cât și nemedicamentos, complianța la tratament.

A doua parte a foi de lucru a fost reprezentată de evaluarea prevalenței diferitor tipuri de comorbidități la pacienții incluși în studiu și chestionarul de comorbiditate Charlson (CCI). Totodată, luând în considerare faptul că vârsta înaintată reprezintă un factor de risc important pentru pacienții ce suferă de patologie cardiovasculară, am evaluat și scorul Charlson corelat cu vârsta (Age Related Charlson Comorbidity Index; ARCCI), adăugând câte un punct pentru fiecare decadă peste 50 de ani.

Pentru început am notat toate patologiiile prezente în fiecare caz (informație preluată din spusele pacienților, datele din fișa de observație clinică și din cartela de ambulator), grupându-le după principiul anatomic, după cum urmează:

- Cord: angină pectorală, infarct miocardic, insuficiență cardiacă congestivă, afecțiuni ale pericardului, valvulopatii;
- Vase: patologie arterială periferică, accident vascular cerebral, insuficiență venoasă cronică, aneurism;
- Sistem respirator: BPOC, astm bronșic, bronșită;

- Sistem gastro-intestinal: boală ulceroasă, hepatită, litiază biliară/colecistectomie;
- Sistem reno-urinar: litiază urinară, boală cronică de rinichi, hiperplazie benignă de prostată;
- Osteo-articular: osteoartroza, osteoporoză, radiculopatie;
- Endocrin: diabet zaharat, hiper/hipotiroidism, obezitate;
- Neuropsihiatric: demență, depresie.

Supraponderabilitatea și obezitatea au fost diagnosticate în conformitate cu criteriile OMS, iar obezitatea viscerală a fost definită după criteriile Adult Treatment Panel III (ATP III) ale National Cholesterol Education Program (NCEP) ca perimetrul abdomenului >102 cm pentru bărbați și >88 cm pentru femei.

Indicele de comorbiditate Charlson reprezintă un chestionar standardizat pentru evaluarea ratei de supraviețuire pe un termen de 10 ani la pacienții care suferă de mai multe patologii concomitente. Acest chestionar include 19 boli selectate și numerotate pe baza asocierii lor cu mortalitatea. Pentru fiecare condiție clinică a fost atribuit un număr de la 1 la 6, fiecare pacient având propriul index, care reprezintă suma acestor numere. Cu cât acest scor este mai mare, cu atât gradul de severitate a stării generale a pacientului este mai mare, iar rata de supraviețuire – mai mică. Scorul Charlson corelat cu vârsta (Age Adjusted Charlson Index) adaugă, pe lângă valorile asociate fiecărei patologii câte un punct pentru fiecare decadă peste 50 de ani (corectat 7/2014, inițial fiind de la 40 de ani) [3].

Pentru aprecierea indicelui Charlson la fiecare pacient, a fost utilizat un calculator on-line: <http://www.thecalculator.co/health/Charlson-Comorbidity-Index-%28CCI%29-Calculator-765.html#here>

Acest indice este util în practica medicală pentru aprecierea agresivității tratamentului cu care medicul trebuie să abordeze pacientul [3].

Al treilea component al foii de lucru constă din chestionarul SF-12, completat de către pacient. Chestionarul SF-12 reprezintă o formă redusă a chestionarului SF-36, abordând 8 aspecte ale stării de sănătate:

SF-12 este un instrument generic, respectiv, poate fi aplicat la mai multe grupuri de subiecți, pentru evaluarea tuturor tipurilor de patologii sau afecțiuni și sunt aplicabile în orice unitate medicală și în populația generală. Prin calitățile sale (scurt, ușor de acceptat, sensibilitate înaltă), chestionarul SF-12 permite evaluarea percepției asupra propriei sănătăți a pacienților cronici în general [2]. Pentru calcularea indicilor respectivi, de asemenea, am utilizat un calculator on-line: <http://www.sf-36.org/demos/sf-12.html>, care a permis evaluarea a două scali ale calității vieții și anume: scala funcționalității fizice și cea a sănătății mintale.

Datele au fost prelucrate și supuse analizei statistice în programul Microsoft Excel 2013. Variabilele numerice continue, cu distribuție normală, sunt prezentate prin medie și deviație standard. Variabilele categoricale sunt exprimate prin frecvențe absolute și relative.

Rezultate și discuții

Grupul de studiu a fost reprezentat de 50 pacienți, internați cu diagnosticul primar de hipertensiune arterială. Dintre aceștia, 29 (58%) au fost bărbați și 21 (42%) – femei, cu vârsta medie de $63,5 \pm 8,7$ de ani. Participanții din mediul urban au suprareprezentat grupul de studiu, alcătuit 58,0% din totalul participanților.

Repartizând lotul de pacienți conform clasificării HTA (după ESC), am obținut următoarele rezultate: 3 (6%) pacienți suferau de HTA grad I, 10 (20%) pacienți au avut HTA grad II și 37 (74%) – HTA grad III.

Valoarea maximă atribuită HTA gr. III poate fi explicată prin faptul că au fost examinați pacienți care au necesitat internare în staționarul IMSP Institutul de Cardiologie, dintre care 44 (88%) pacienți au fost internați în mod urgent, și 6 (12%) pacienți au fost trimiși de către medicul de familie.

Analizând lotul de studiu, 17 (34%) dintre pacienți s-au dovedit a fi supraponderali (cu $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), iar 29 (58%) din participanți – obezi (cu $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Evaluând pacienții după metoda alternativă de obiectivizare a obezității și anume prin determinarea obezității abdominale dată de National Cholesterol Education Program (circumferința abdominală ≥ 102 pentru bărbați și ≥ 88 în cazul femeilor), s-a demonstrat că 35 (70%) dintre participanții studiului clinic au obezitate abdominală. Respectiv, valorile circumferinței abdominale prezintă o distribuție moderat deplasată spre dreapta în cazul ambelor sexe, și anume $104,5 \pm 11,4$ cm pentru bărbați și $99,5 \pm 11,0$ cm pentru femei.

Durata medie a tratamentului antihipertensiv la pacienții supuși studiului clinic a constituit $7,0 \pm 5,4$ ani. Am constatat că 2 (4%) dintre pacienți administrau monoterapie, iar 48 (96%) – terapie combinată.

Evaluând numărul de remedii medicamentoase antihipertensive incluse în terapia combinată la pacienții respectivi, s-a obținut o medie de $3,4 \pm 1,1$ preparate.

Nivele recomandate ale tensiunii arteriale au fost atinse în 34% (TA sistolică) și 46% (TA diastolică) din numărul total de pacienți. Respectiv, tratamentul medicamentos antihipertensiv s-a dovedit a fi efectiv în 28% din cazuri examinate. Tratamentul nonfarmacologic a fost recomandat tuturor pacienților, dintre care 88% întreprind măsurile respective (reducerea consumului de sare, sporirea consumului

de fructe și legume, reducerea consumului total de grăsimi, combaterea excesului ponderal, suprimarea fumatului, exerciții fizice zilnice).

Tabelul 1

Caracteristica pacienților (n = 50)

vârsta, ani	63,5 ± 8,7
sex, bărbați / femei, n (%)	29 (58,0)/21(42,0)
reședința, n (%)	
rural	21 (42,0)
urban	29 (58,0)
IMC, kg/m ²	31,4 ± 5,7
supraponderabilitate, n (%)	17 (34,0)
obezitate, n (%)	29 (58,0)
circumferința abdominală, cm	
bărbați	104,5 ± 11,4
femei	99,5 ± 11,0
obezitate abdominală, n (%)	35 (70,0)
tipul internării, n (%)	
urgent	44 (88,0)
programat	6 (12,0)
gradul hipertensiunii arteriale, n (%)	
grad I	3 (6,0)
grad II	10 (20,0)
grad III	37 (74,0)
durata HTA, ani	8,1 ± 7,2
durata terapiei antihipertensive, ani	7,0 ± 5,4
monoterapie, n (%)	2 (4,0)
politerapie, n (%)	48 (96,0)
numărul de medicamente	3,4 ± 1,1
metode nonfarmacologice	44 (88,0)

Datele sunt prezentate ca valoarea medie ± devierea standard

Reieșind din scopul studiului, am fost interesați în abordarea comorbidităților ca două sau mai multe patologii care există simultan, indiferent de interrelația cauzală a acestora. În acest context, ne-am propus să evaluăm incidența comorbidităților la pacienții supuși studiului clinic. Cercetarea literaturii moderne, de specialitate a selectat articole originale care raportează tipurile de comorbidități, frecvent întâlnite printre pacienții atât cu hipertensiune arterială, cât și alte patologii. Astfel, am evidențiat 25 de tipuri de comorbidități pentru 47 (94%) participanți din lotul supus evaluării. Analiza acestor date de evaluare a comorbidităților contribuie la creșterea dizabilității funcționale, scad calitatea vieții și cresc costurile îngrijirii de lungă durată sau a serviciilor de sănătate în general.

Am ales să împărțim cele 25 de comorbidități regăsite la pacienții examinați în afecțiuni cardiovasculare și, respectiv, non-cardiovasculare, obținând o ușoară prevalență a patologiilor non-cardiovasculare asociate hipertensiunii arteriale (52,2% vs. 47,8%).

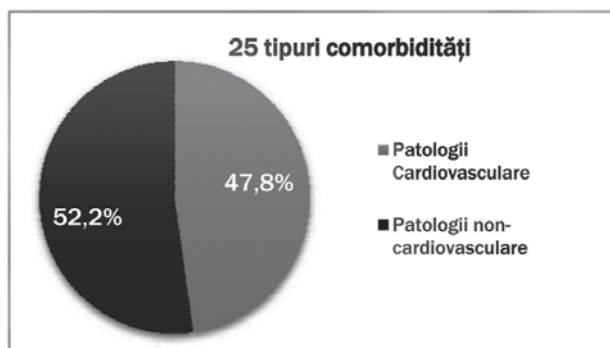


Fig. 1. Distribuția comorbidităților cardiovasculare și non-cardiovasculare în lotul de studiu

În tabelul 2 poate fi urmărită distribuția desfășurată a comorbidităților regăsite la pacienții din lotul de studiu, unde *f* reprezintă frecvența urmăririi unei anumite patologii, transformată ulterior în procente din numărul total de comorbidități determinate. Am decis să includem atât cardiopatia ischemică cât și infarctul miocardic ca parte a acestora în tabelul evaluării frecvenței comorbidităților, deoarece infarctul miocardic a reprezentat interes pentru determinarea indicelui Charlson la participanții supuși studiului clinic.

Cele mai importante comorbidități cardiovasculare au fost, după cum urmează: cardiopatia ischemică (19,8%), infarct miocardic vechi (8,3%) și fibrilația atrială (5,2%). În aceeași ordine de idei, printre patologiile non-cardiovasculare, o pondere mai mare a fost obținută de dislipidemie (20,8%), BPOC (10,9%) și diabetul zaharat (9,4%).

Cea mai importantă comorbiditate s-a dovedit a fi cardiopatia ischemică prin leziuni aterosclerotice coronariene, afectând 38 (76,0%) dintre pacienții incluși în studiul clinic.

Probele științifice valide ar permite abordarea pacienților prin prisma atât a factorilor de risc cardiovascular, care deja s-a afirmat necesitatea atribuției cât și a aderării comorbidităților fiind incontestabile în rezultatul cercetării lor la pacienții cu hipertensiune arterială. Astfel, reiese recomandări practice sau mai bine zis, organizaționale, propuneri Comisiei de evaluare a capacității vitale de muncă de abordare a pacienților multidisciplinar.

Pentru o cuantificare a comorbidităților prezente la fiecare pacient, am decis să evaluăm indicii de comorbiditate Charlson, care, pe lângă valorile asociate fiecărei patologii concomitente unui caz de hipertensiune arterială, mai apreciază și rata de supraviețuire / de mortalitate pe termen de 10 ani. Totodată, luând în considerare faptul că vârsta înaintată a reprezentat un factor de risc important pentru pacienții supuși examinării (72,4% bărbați vs. 57,1% femei), am evaluat și scorul Charlson corelat cu vârsta (Age Adjusted

Tabelul 2

Comorbiditățile pacienților hipertensivi		
Patologii	f (%)	
Patologii cardiovasculare 47,8%	cardiopatie ischemică	38 (19,8)
	infarct miocardic	16 (8,3)
	valvulopatii	4 (2,1)
	fibrilație atrială	10 (5,2)
	insuficiență cardiacă congestivă	7 (3,6)
	patologie arterială periferică	7 (3,6)
	insuficiență venoasă cronică	6 (3,1)
	accident vascular cerebral	4 (2,1)
	diabet zaharat	18 (9,4)
	dislipidemie	38 (20,8)
Patologii non-cardiovasculare 52,2%	hepatită	7 (3,6)
	litiază biliară/colecistectomie	8 (4,2)
	boală ulceroasă	5 (2,6)
	boală cronică de rinichi	5 (2,6)
	hiperplazie benignă de prostată *	3 (1,6)
	Bpoc	21 (10,9)
	hipotiroidism	3 (1,6)
	hipertiroidism	1 (0,5)
	radiculopatii	7 (3,6)
	osteocondroză	8 (4,2)
	osteoporoză	4 (2,1)
	demență	2 (1,0)
	depresie	6 (3,1)
	patologie oncologică	5 (1,6)
	alte	7 (3,6)

* la bărbați

Charlson Index), adăugând câte un punct pentru fiecare decadă peste 50 de ani.

Din tabelul 3 observăm că rata de supraviețuire pentru următorii 10 ani la pacienții care prezintă

comorbidități, conform scorului Charlson, este mai mare dacă nu raportăm acest index la vârstă ($77,5 \pm 22,0\%$ vs. $42,3 \pm 33,2\%$). De asemenea, putem concluziona că rata supraviețuirii determinată conform indicelui Charlson neraportat la vârstă diferă în dependență de gender în favoarea sexului feminin ($83,8 \pm 12,1\%$ vs. $72,9 \pm 26,3\%$). Aceste date suferă modificări pentru scorul Charlson raportat la vârstă, astfel femeile având o rată de supraviețuire inferioară celei obținute de bărbați ($38,0 \pm 30,5\%$ vs. $45,4 \pm 35,2\%$). Acest fapt poate fi explicat prin ceea că femeile incluse în studiul clinic respectiv au avut o vârstă medie mai mare decât cea a bărbaților ($65,4 \pm 7,9$ ani vs. $62,1 \pm 9,1$ ani).

În fig. 2 puteți urmări scorurile acumulate de către pacienții din studiul clinic evaluați prin indicii de comorbiditate Charlson neraportat și, respectiv, raportat la vârstă. Astfel se poate observa o tendință de acumulare a unui punctaj mai mare pentru pacienții ce au depășit vârsta de 50 de ani, fapt din care rezultă că și rata de supraviețuire pentru următorii 10 ani la acești pacienți va fi mai mică, comparativ cu populația care poate prezenta aceleași comorbidități, însă nu au atins vârsta de 50 de ani.

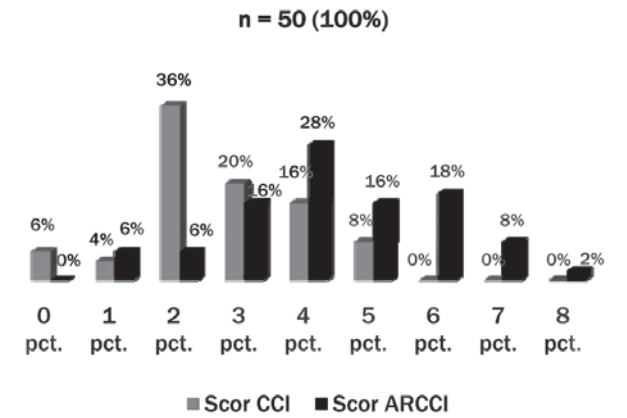


Fig. 2. Repartizarea lotului de pacienți conform scorurilor CCI și ARCCI acumulate

Tabelul 3

Indicele de comorbiditate (n=50)						
	CCI			ARCCI		
	Femei	Bărbați	total	Femei	bărbați	total
Scor	2,3±0,9	2,6±1,6	2,5±1,3	4,5±1,4	4,3±1,8	4,4±1,7
Rata supraviețuirii pe 10 ani (%)	83,8±12,1	72,9±26,3	77,5±22,0	38,0±30,5	45,4±35,2	42,3±33,2

CCI – Charlson comorbidity index / Indicele de comorbiditate Charlson

ARCCI – Age related Charlson comorbidity index / Indicele de comorbiditate Charlson raportat la vârstă

Tabelul 4

Calitatea vieții din punct de vedere al stării de sănătate (n=50)		
	Femei	bărbați
Funcționalitatea fizică	43,2±9,2	40,7±11,7
Sănătatea mintală	46,4±10,1	44,7±10,2

Tabelul 5

Corelația dintre dimensiunile calității vieții din punct de vedere al stării de sănătate și indicele de comorbiditate

		Funcționalitatea fizică	Sănătatea mintală
CCI 100r ² (%)	r	0,73	0,58
	53	34	34
ARCCI 100r ² (%)	r	0,79	0,51
	62	26	

r – coeficient de corelație

- valoarea r cuprinsă între $\pm 0,99$ și $\pm 0,70$ denotă o corelație puternică;

- valoarea r cuprinsă între $\pm 0,69$ și $\pm 0,30$ denotă o corelație medie între fenomene;

r² – coeficient de determinare

Un alt obiectiv al lucrării date a fost să evaluăm calitatea vieții la pacienții hipertensivi care prezintă sau nu comorbidități. Pentru atingerea acestuia, am utilizat chestionarul SF-12 Medical Outcomes Study 12-item Short – form Health Survey, care ne-a permis să determinăm nivelele funcționalității fizice și cele ale sănătății mintale la pacienții incluși în studiu.

Comparând cu valorile medii internaționale date pentru populația generală ca fiind 50 ± 10 , scorurile pentru funcționalitatea fizică și sănătatea mintală determinate la pacienții supuși studiului clinic au reprezentat valori cu o distribuție ușor deplasată spre stânga, cu mediile de $41,7 \pm 10,7$ pentru funcționalitatea fizică și $45,4 \pm 10,1$ pentru sănătatea mintală. Femeile au obținut rezultate superioare pentru ambele dimensiuni ale calității vieții din punct de vedere al stării de sănătate (funcționalitatea fizică: $43,2 \pm 9,2$ vs. $40,7 \pm 11,7$; sănătatea mintală: $46,4 \pm 10,1$ vs. $44,7 \pm 10,2$).

Pentru a demonstra dependența reciprocă dintre calitatea vieții și comorbiditățile determinate la pacienții hipertensivi evaluați, am efectuat analiza de corelație. Inițial am decis să determinăm intensitatea legăturii dintre valorile tensiunii arteriale (gradul hipertensiunii arteriale) și cele două scale ale calității vieții menționate anterior. Analiza de corelație a demonstrat că nu există legătură între hipertensiunea arterială ca patologie desinestătătoare și funcționalitatea fizică, rezultând un coeficient de corelație (r) egal cu 0. Totodată s-a constatat o legătură slabă și inversă între valorile tensionale și scorurile sănătății mintale la pacienții examinați ($r = -0,2$). Acest rezultat fiind foarte apropiat de cel obținut în studiul Quality of Life Measurement in Patients with Hypertension in Cyprus (2011), care sugerează faptul că există o asocieră joasă între hipertensiunea arterială și mobilitate și activitățile fizice, de unde rezultă că efectuarea activităților fizice nu este limitată de hipertensiune. Analiza de corelație dintre scalele calității vieții și scorul comorbidităților evaluat cu ajutorul indicelui Charlson, a relevat o legătură semnificativă între aceste două fenomene.

Prezența comorbidităților a determinat rezultarea unor valori mai mici ale calității vieții din punct de vedere al stării de sănătate la pacienții supuși examinării. Urmărind ideea reciprocității dintre calitatea vieții și patologiile prezente la pacienți, analiza de corelație efectuată a evidențiat o legătură puternică între funcționalitatea fizică și indicele de comorbiditate Charlson ($0,73/0,79$) și, respectiv o corelație medie între sănătatea mintală și acest index ($0,58/0,51$). Prin urmare, în 62% ($100 r^2$) din cazuri calitatea vieții este determinată de variația indicelui de comorbiditate.

Totodată, intensitatea legăturii dintre funcționalitatea fizică și scorul comorbidităților Charlson raportat la vârstă s-a demonstrat a fi de asemenea puternică ($r = 0,73$), adică la 53% din pacienți sănătatea fizică este influențată de prezența comorbidităților. De aici rezultă rolul vârstei înaintate (≥ 50 ani), de rând cu prezența comorbidităților, asupra funcționalității fizice.

Sănătatea mintală s-a dovedit a avea o corelație directă, de intensitate medie, statistic semnificativă cu indicele de comorbiditate. Coeficientul de corelație a reprezentat 0,58 pentru sănătatea mintală raportată la indicele Charlson și 0,51 pentru legătura dintre scorul sănătății mintale și indicele de comorbiditate raportat la vârstă. Prin urmare rezultă că în 34% (CCI), respectiv 26% (ARCCI) din cazuri sănătatea mintală a fost determinată de comorbiditățile incluse în indicele Charlson.

Astfel, putem constata că există o interdependență semnificativă între prezența comorbidităților și determinismul calității vieții, prin prisma scalelor funcționalității fizice și cea a sănătății mintale la pacienții hipertensivi evaluați în cadrul studiului clinic respectiv.

Concluzii

Studiul clinic a demonstrat, prin prisma evaluării a unui număr relativ mic de pacienți ($n = 50$), că nivelul calității vieții din punct de vedere al stării de sănătate este dependent de indicele comorbidităților, și mai exact:

1. Evaluarea comorbidităților a demonstrat pre-

zența lor în 47 (94%) cazuri examinate, cele mai relevante comorbidități din totalul celor determinate au fost: dislipidemia (20,8%), patologia coronariană (19,8%), BPOC (10,9) și diabetul zaharat (9,4%).

2. Patologiile cronice, comorbide hipertensiunii arteriale afectează calitatea vieții la pacienții hipertensivi (preponderent funcționalitatea fizică, în $41,7 \pm 10,7$ și $45,4 \pm 10,1$ – sănătatea mintală), prezentând o distribuție deplasată spre stânga față de media dată pentru populația generală (50 ± 10).

3. Rata de supraviețuire pe următorii 10 ani, conform indicelui Charlson neraportat la vârstă a reprezentat $77,5 \pm 22,0\%$, pe când indicele Charlson raportat la vârstă pentru pacienții incluși în studiu a fost de $42,3 \pm 33,2\%$.

4. Calitatea vieții s-a dovedit a fi joasă la pacienții cu hipertensiune arterială, însă, la femei, atât funcționalitatea fizică ($43,2 \pm 9,2\%$), cât și sănătatea mintală ($46,4 \pm 10,1\%$), sunt mai favorabile comparativ cu ale bărbaților – $40,7 \pm 11,7\%$, respectiv $44,7 \pm 10,2\%$.

Bibliografie

1. Bardage C, Isacson DG. *Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden*. J Clin Epidemiol. 2001; 54: 172-181.
2. Celia O. Larson, David Schlundt, Kushal Patel, Katina Beard, Margaret Hargreaves – *Validity of the SF-12 for Use in a Low-Income African American Community-Based Research Initiative (REACH 2010)*. Preventing chronic diseases Vol 5. NO. 2, april 2008.
3. Chaudhry S, Jin L, Meltzer D. *Use of a self-report-generated Charlson Comorbidity Index for predicting mortality*. MedCare. 2005;43(6):607–615.
4. Ghidul ESH/ESC pentru managementul hipertensiunii arteriale adaptat după ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension (Eur Heart J 2013; 34; 2159-2219 – doi:10.1093/eurheartj/ehs151).
5. Leplège, A., Hunt Sonya, *The problem of quality of life in medicine*, Journal of American Medical Association, 278, 47–50, 1997
6. Mamas Th, Daphne K, Petros G, Nicos M, Panagiotis Th, Panagiotis S, Olga S, Nikos M - *Quality of Life Measurement in Patients with Hypertension in Cyprus*, Hellenic J Cardiol 2011; 52: 407-415
7. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al. 2013 *ESH/ESC 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)*. J Hypertens. 2013.
8. Wang R, Zhao Y, He X, et al. *Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China*. Public Health. 2009; 123: 534-539.
9. Zygmuntowicz M, Owczarek A, Elibol A, Chudek J - *Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients*, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 2012; 122.