

Оригінальні праці

УДК: 616.12-008.331.1+616-002.78+616-056.52

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ ТА ПОДАГРОЮ

М.О. Вацеба

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства (зав. - проф. І.П. Вакалюк)

Реферат

Мета. Дослідити показники якості життя у хворих на коморбідну патологію - артерію гіпертензію, ожиріння та подагру

Матеріал і методи. Обстежено 120 хворих, з них, 80 хворих на артерію гіпертензію II стадії 2 ступеню в поєднанні з ожирінням та подагрою віднесені до основної групи, групу порівняння склали 40 хворих на артерію гіпертензію II стадії 2 ступеню без ожиріння та подагри. Хворі основної групи ($n=80$) були розділені в залежності від ступеню ожиріння: 40 хворих з ожирінням I ступеню, 22 хворих - II ступеню та 18 хворих - III ступеню. Із метою порівняння досліджуваних показників з варіантами норми обстежено 15 практично здорових осіб. Проводили оцінку здоров'я з використанням анкети - *HAQ* (Health Assessment Questionnaire), оцінку якості життя згідно з опитувальником *EuroQol-5* (European Quality of Life Questionnaire) та *Short Form-36* (SF-36) Health Status Questionnaire. SF-36 складається з 36 пунктів, об'єднаних у 8 шкал: фізична активність (Physical Functioning - PF); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role-Physical - RP), інтенсивність болю (Bodily Pain - BP); загальний стан здоров'я (General Health - GH); життєва активність (Vitality - VT); соціальна активність (Social Functioning - SF); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role-Emotional - RE); психічне здоров'я (Mental Health - MH). Фізичний статус оцінювали за п'ятьма шкалами - (PF, RP, BP, GH, VT), психосоціальний статус - (RE, SF, MH, GH, VT).

Результати й обговорення. Всі опитувальники, які застосовували для оцінки якості життя та стану здоров'я хворих, довели, що ожиріння та подагра, як хронічні прогресуючі захворювання, негативно впливають на якість життя хворого та знижують його здоров'я, функціональну активність, а також можливість до самообслуговування. Використовуючи анкету *HAQ*, *EuroQol-5* та *SF-36* виявили погіршення якості життя у хворих з коморбідною патологією, обмеження повсякденної фізичної активності показала вірогідно вищі показники у хворих основної групи ($p<0,001$). Сумарний фізичний компонент здоров'я (PF, RP, BP, GH, VT) та значення психологічного компонента здоров'я (RE, SF, MH, GH, VT), згідно опитувальника SF-36, в основній групі були вірогідно нижче, ніж у групі порівняння ($p<0,001$). Найбільшою мірою були знижені показники, що характеризують фізичне здоров'я. Це свідчило про те, що ожиріння та подагра істотно обмежують фізичну активність хворих, здатність переносити фізичні навантаження та виконувати повсякденні дії, пацієнти мали меншу опірність хвороби. Середні стандартизовані показники життє-

здатності ($p<0,001$), соціального функціонування основної групи ($p<0,001$) також були нижче групи порівняння і свідчили про обмеження життєвої активності та рівня соціальних контактів. Рольове емоційне функціонування практично не відрізнялося від середніх популяційних значень.

Висновки. Дані, щодо оцінки якості життя хворих на артерію гіпертензію, з ожирінням та подагрою визначають соціальну значимість супутньої патології - ожиріння і подагри, та необхідність більш поглибленого вивчення проблеми такого коморбідного стану.

Ключові слова: якість життя, артерію гіпертензія, ожиріння, подагра

Abstract

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION, OBESITY AND GOUT

M.O. VATSEBA

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University"

Aim. To investigate the quality of life in patients with comorbid diseases - hypertension, obesity and gout.

Material and Methods. The study involved 120 patients, including 80 patients with arterial hypertension stage II 2 degrees combined with obesity and gout assigned to the main group; comparison group consisted of 40 patients with arterial hypertension stage II 2 degrees without obesity and gout. Patients of the main group ($n = 80$) were divided according to the degree of obesity: 40 patients with obesity of the first degree, 22 patients - second degree and 18 patients - third degree. In order to compare the studied parameters with normal variations, 15 healthy individuals were examined. The assessment of health was carried out using questionnaires - *HAQ* (Health Assessment Questionnaire); the assessment of quality of life - according to the *EuroQol-5* (European Quality of Life Questionnaire) and the *Short Form-36* (SF-36) Health Status Questionnaire. SF-36 consists of 36 items grouped into 8 scales: physical activity (Physical Functioning - PF); role of physical problems in limiting life activity (Role-Physical - RP); the intensity of pain (Bodily Pain - BP); general health (General Health - GH); vitality (Vitality - VT); social activity (Social Functioning - SF); role of emotional issues in limiting life activity (Role-Emotional - RE); Mental Health (Mental Health - MH). Physical status was evaluated on five scales - (PF, RP, BP, GH, VT), psychosocial status - on scales RE, SF, MH, GH, VT.

Results and Discussion. *All questionnaires that were used to assess the quality of life and health of patients, have shown that obesity and gout, as chronic progressive diseases, adversely affect the quality of life and decrease the patients' health, functional activity, and the ability of self-service. Using the questionnaires HAQ, EuroQol-5 and SF-36 revealed deterioration of the quality of life in patients with comorbid disorders; limitations of daily physical activity showed significantly higher rates in patients of the main group ($p < 0,001$). The total physical health component (PF, RP, BP, GH, VT) and the value of psychological component of health (RE, SF, MH, GH, VT), according to the questionnaire SF-36 in the main group were significantly lower than in the comparison group ($p < 0,001$). The most reduced were the indicators characterizing the physical health. This indicated that obesity and gout significantly limit physical activity of patients and their ability to tolerate exercise and perform daily activities; patients also showed lower resistance to disease. Average indexes of viability ($p < 0,001$) and social functioning of the main group ($p < 0,001$) were lower than the comparison group and showed limitations of vital activity and social contacts. The role emotional functioning did not differ significantly from the average population values.*

Conclusions. *The data on the evaluation of the quality of life of patients with arterial hypertension, obesity and gout determine the social significance of comorbidity - obesity and gout, and the necessity of in-depth research of this comorbid condition.*

Keywords: *quality of life, hypertension, gout, obesity*

Вступ

Забезпечення належної якості життя, суттєве збільшення його тривалості та зниження непрацездатності й смертності є найбільш актуальними завданнями сучасної внутрішньої медицини. Багато в чому досягнення цієї мети залежить від раціонально підібраних методів лікування та схем фармакотерапії. Якість життя (ЯЖ) - інтегральний показник, що включає декілька компонентів: функціональний стан хворого, психічний стан, соціальну активність, симптоми, пов'язані із захворюванням [1, 2, 3, 6]

Артеріальна гіпертензія (АГ), подагра, ожиріння - одні із найбільш розповсюджених інвалідизуючих захворювань [5, 7]. Поєднання АГ, ожиріння та подагри погіршує перебіг кожного із цих захворювань та має негативний вплив на ЯЖ даної групи пацієнтів. Сьогодні фахівці визнають, що сучасний пацієнт усе частіше становить екстраординарний клінічний феномен з погляду коморбідності різноманітних за характером і течією патологій, які конкурують за своєю діагностичною і прогностичною значущістю

[5, 6, 7]. Доведено, що однією з негативних особливостей подагри є схильність до хронізації та прогресування, особливо в умовах пізньої діагностики та неадекватної терапії. Постійний біль, обмеження рухливості, яка посилюється з поступовою втратою працездатності, різко знижують ЯЖ таких хворих [1, 2, 3, 7].

Аналіз останніх досліджень та публікацій з питань дослідження ЯЖ показав, що велика увага приділяється вивченню різних аспектів здоров'я населення загалом, розглядаються анкети та опитувальники щодо оцінки тяжкості хвороби, функціонального стану хворих на коморбідні стани, але недостатньо висвітлено складові, які формують стан здоров'я [2, 3, 4].

Мета праці дослідити показники якості життя у хворих на коморбідну патологію - АГ, ожиріння та подагру

Матеріал і методи

У дослідження включено 120 хворих, з них, 80 хворих на АГ II стадії 2 ступеню в поєднанні з ожирінням та подагрю віднесені до основної групи, групу порівняння склали 40 хворих на АГ II стадії 2 ступеню без ожиріння та подагри. Хворі основної групи ($n=80$) були розділені в залежності від ступеню ожиріння: 40 хворих з ожирінням I ступеню, 22 хворих - II ступеню та 18 хворих - III ступеню. Із метою порівняння досліджуваних показників з варіантами норми обстежено 15 практично здорових осіб. Досліджувані групи були однорідні за віком, статтю, важкістю захворювання.

Хворі основної групи всі чоловіки, середній вік - $59,65 \pm 3,35$ років, хворі групи порівняння всі чоловіки, середній вік - $50,32 \pm 2,16$ років.

Проводились заповнення пацієнтами адаптованих опитувальників. Проводили оцінку здоров'я з використанням анкети - HAQ (Health Assessment Questionnaire) (Fries J.F. et al., 2002), оцінку ЯЖ згідно з опитувальником EuroQol-5 (European Quality of Life Questionnaire) (Hurst N.P. et al., 1994) та Short Form-36 (SF-36) Health Status Questionnaire (Ware J.E. et al., 1993). SF-36 складається з 36 пунктів, об'єднаних у 8 шкал: 1) PF (Physical Functioning) - оцінює ступінь, при якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень;

2) RP (Role-Physical Functioning) - оцінює вплив

- фізичного стану на повсякденну діяльність;
 3) BP (Bodily Pain) - оцінює больовий синдром та його вплив на повсякденну діяльність;
 4) GH (General Health) - оцінює погляд хворого на стан здоров'я на даний час та перспективи лікування;
 5) VT (Vitality) - оцінює життєву активність, відчуття енергії чи безсилля;
 6) SF (Social Functioning) - оцінює вплив фізичного та емоційного стану на соціальну активність;
 7) RE (Role-Emotional) - оцінює вплив емоційного стану на роботу чи побутову діяльність;
 8) MH (Mental Health) - оцінює настрій, наявність позитивних емоцій, депресії, тривоги.

Фізичний статус оцінювали за п'ятьма шкалами - (PF, RP, BP, GH, VT), психосоціальний статус - (RE, SF, MH, GH, VT).

Статистичне опрацювання отриманих результатів провели за допомогою комп'ютерної програми STATISTIKA-8 і пакета статистичних функцій програми "Microsoft Excel" на персональному комп'ютері, застосовуючи варіаційно-статистичний метод аналізу. Середню арифметичну величину M , середню помилку середньої арифметичної m , число варіанта (n), вірогідність різниці двох середніх арифметичних "р", величини $p < 0,05$ оцінено вірогідними.

Результати й обговорення

Використовуючи анкету HAQ виявили погіршення ЯЖ у хворих на АГ з ожирінням та подагрою, обмеження повсякденної фізичної активності показала вірогідно вищі показники у хворих основної групи ($p < 0,001$). Такі ж вірогідні дані отримали і при оцінці ЯЖ згідно опитувальника EuroQoL-5D ($p < 0,001$) (табл. 1). Сумарний фізичний компонент здоров'я (PF, RP, BP, GH, VT) в основній групі був вірогідно нижче, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$). Сумарне значення психологічного компонента здоров'я (RE, SF, MH, GH, VT) теж було вірогідно нижчим, однак із меншою різницею ($p < 0,001$).

У основній групі хворих найбільшою мірою були знижені показники, що характеризують фізичне здоров'я (табл. 1). Так, за шкалами фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, інтенсивності болю та загального стану здоров'я показники якості життя були на 30-35 балів нижче, ніж в групі порівняння ($p < 0,001$). Це свідчило про те, що ожиріння та подагра істотно обмежують фізичну активність хворих, здатність переносити фізичні навантаження та виконувати повсякденні дії, пацієнти мали меншу опірність хвороби. Що ж до оцінки фізичних компонентів здоров'я в залежності від

Таблиця 1

Показники шкал HAQ, EuroQoL-5D та SF-36 в обстежених хворих, $M \pm m$

Ознака	Основна група (n=80)			Група порівняння (n=40)
	Ожиріння I ступеню	Ожиріння II ступеню	Ожиріння III ступеню	
HAQ, балів	18,67±1,54*	19,50±1,29*	20,13±0,88*	0,85±0,18
Середнє значення	19,63±0,66*			
EuroQoL-5D, балів	10,23±0,46*	10,55±0,61*	10,22±0,63*	1,65±0,29
Середнє значення	10,31±0,32*			
SF-36:				
PF	49,78±4,87*	50,68±5,04*	47,43±3,49*	78,40±2,46
Середнє значення	48,85±2,46*			
RP	48,55±2,80*	44,27±3,94*	46,17±4,28*	77,33±2,62
Середнє значення	46,84±2,00*			
BP	49,20±2,22*	45,78±3,93 *	43,59±3,24*	78,80±2,43
Середнє значення	46,89±1,68*			
GH	47,93±2,52*	46,68±5,14*	47,17±4,22*	81,73±1,68
Середнє значення	47,41±2,09*			
VT	49,83±2,42*	40,64±3,61*	47,17±4,37*	81,40±1,77
Середнє значення	46,70±1,87*			
SF	59,13±4,12*	63,82±6,39*	60,22±6,37*	78,03±2,96
Середнє значення	60,66±3,03*			
RE	57,00±3,50*	60,00±6,69*	55,94±7,67*	75,33±3,51
Середнє значення	57,59±3,03			
MH	64,70±3,93*	53,18±6,94*	56,44±6,06*	76,10±6,89
Середнє значення	59,68±3,16*			

* - вірогідність різниці даних порівняно з величинами хворих групи порівняння (* - $p < 0,001$)

ступеню ожиріння, то найнижчими були значення фізичного функціонування, інтенсивності болю у хворих з III ступенем ожиріння ($p < 0,001$). При тестуванні за опитувальником SF-36 аналіз шкал показав, що у хворих на АГ з ожирінням та подагрою всі показники ЯЖ були вірогідно гірші, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$). Середні стандартизовані показники життєздатності ($p < 0,001$) та соціального функціонування основної групи ($p < 0,001$) також були нижче групи порівняння, і свідчили про обмеження життєвої активності та рівня соціальних контактів. Рольове емоційне функціонування практично не відрізнялося від середніх популяційних значень. Таким чином, якість життя хворих на АГ з ожирінням та подагрою була зниженою внаслідок хронічного болю, функціональних обмежень, а також психологічних проблем, у порівнянні з хворими без супутніх захворювань.

Всі анкети й опитувальники, які застосовували для оцінки ЯЖ та стану здоров'я хворих на АГ з ожирінням та подагрою, довели, що ожиріння та подагра, як хронічні прогресуючі захворювання, негативно впливають на якість життя хворого та знижують його здоров'я, функціональну активність, а також можливість до самообслуговування.

Таким чином, виявлені нами особливості якості життя хворих в цілому узгоджувались з такими в інших когортах хворих на подагру. Зокрема, у практично здорових осіб без больового синдрому показники шкал SF-36 перевищували 70-80, а у хворих на подагру практично всі складові SF-36, як правило, були нижчими 60 [3]. В дослідженні [4], яке включало 80 хворих на ревматоїдний артрит, 93 хворих на подагру та 109 практично здорових осіб було показано, що у хворих з ревматоїдним артритом більш істотно знижувались шкали життєздатності, психічного та загального здоров'я за SF-36, в той час як у хворих на подагру - шкали фізичних функцій та обмеження фізичних функцій, при цьому шкали фізичного болю були еквівалентними в обох групах.

Отже, за наявності подагри та ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію суттєво знижується рівень якості життя, фізичного та психологічного здоров'я, поглиблюється соціальна дизадаптація.

Висновки

1. Наявність супутньої подагри та ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію демонструють низьку якість життя хворих, що впливає в першу чергу на фізичне здоров'я.
2. Зафіксовано чітку тенденцію до збільшення вираженості зниження показників якості життя з впливом на можливість займатися повсякденною діяльністю у хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням та подагрою відповідно до збільшення ступеню ожиріння.
3. Дані, щодо оцінки якості життя хворих з коморбідною патологією, визначають соціальну значимість ожиріння та подагри та необхідність більш поглибленого вивчення проблеми такого коморбідного стану, якість життя слід також враховувати при оцінці ефективності проведеного лікування даних хворих.

Література

1. Andriychuk O.M. Researching the problem of quality of life and health of patients with osteoarthritis. *Ukrayins'kyu naukovyy zhurnal osvita rehionu* 2011; 2: 311-315. Ukrainian (Андрійчук О.М. Дослідження проблеми якості життя та стану здоров'я хворих на остеоартроз. Український науковий журнал освіта регіону 2011; 2: 311-315)
2. Bodnar M.V., Strohanova T.V. Evaluation of the quality of life of patients with osteoarthritis with comorbid disorders. *Medychna informatyka ta inzheneriya* 2016; 1: 54-55. Ukrainian (Боднар М.В., Строганова Т.В. Оцінка якості життя хворих на остеоартроз коморбідною патологією. Медична інформатика та інженерія 2016; 1: 54-55)
3. Elyseev M.S., Mukahova M.V., Barskova V.H. The quality of life of patients with gout. *Sovremennaya revmatologiya* 2011; 4: 8-35. Russian (Елисеєв М.С., Мукагова М.В., Барскова В.Г. Качество жизни больных подагрой. Современная ревматология 2011; 4: 8-35)
4. Harrison MJ, Davies LM, Bansback NJ: The comparative responsiveness of the EQ-5D and SF-6D to change in patients with inflammatory arthritis. *Qual Life Res* 2009, 18, 1195-1205.
5. Kolomojets' M.Y., Vashenyak O.O. Comorbidity and polymorbidity in therapeutic practice. *Ukrayins'kyu medychnyy chasopys* 2012; 5 (91): 140-143. Ukrainian (Коломоєць М.Ю., Вашеняк О.О. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці. Український медичний часопис 2012; 5 (91): 140-143).
6. Teslenko Y.V. Changes in quality of life in patients with stable exertional angina, combined with osteoarthritis and overweight or obesity. *Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny* 2013; Tom 13, Vypusk 3(43): 286-290. Ukrainian (Тесленко Ю.В. Зміни показників якості жит-

тя у пацієнтів з стабільною стенокардією напруження, поєднаною з остеоартрозом та надлишковою масою тіла чи ожирінням. Актуальні проблеми сучасної медицини 2013; Том 13, Випуск 3(43): 286-290).

7. Voloshyn O.I., Doholich O.I., Voloshyna L.O. Age and gender aspects of comorbidity and accompanying

pathology in patients with gout. Ukrayins'kyu revmatolohichnyy zhurnal 2014; 2(56): 1-6. Ukrainian (Волошин О.І., Доголіч О.І., Волошина Л.О. Вікові та гендерні аспекти формування коморбідності та супутньої патології у хворих на подагру. Український ревматологічний журнал 2014; 2(56): 1-6).