

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків

\*Харківський національний університет радіоелектроніки

У пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику з коморбідною патологією виявлено значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за всіма показниками якості життя. Особливо, істотні обмеження виявлені у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним, станом (рольове функціонування). Погіршення якості життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та коморбідними станами істотно залежить від наявності серцево-судинних ускладнень. Під впливом лікування поліпшується адаптація пацієнтів у суспільстві, покращується їх фізичний та психологічний стан.

**Ключові слова:** якість життя, високий кардіоваскулярний ризик, коморбідність.

Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи відділу популяційних досліджень за темою «Оцінити коморбідність у хворих високого кардіоваскулярного ризику та розробити шляхи рекомендацій корекції факторів ризику у цієї категорії хворих», № державної реєстрації 0113U001142.

**Вступ.** Захворювання людини впливають не тільки на його фізичний стан, а і на психологічну поведінку, на емоційний стан, на місце в соціальному житті. В останні роки для оцінки рівня соціально-психологічного благополуччя, здоров'я пацієнтів багато уваги приділяється покращенню якості життя (ЯЖ) хворих. ЯЖ – це інтегральна оцінка самим індивідумом свого положення в житті суспільства. Оцінка ефективності лікування повинна відображати не лише біологічні показники, а враховувати усе різноманіття життя людини. На теперішній час, поняття «якість життя» є предметом наукових досліджень і стало більш точним – «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» [2, 6, 7].

Згідно з визначенням ВООЗ, поняття «здоров'я» означає повне відчуття фізичного, психологічного і соціального благополуччя, що включає не лише відсутність захворювань, але й можливість людини повноцінно жити і працювати в соціумі (сім'ї, суспільстві). Отже, «здоров'я індивідууму» – це характеристика психоемоційного, фізичного і соціального функціонування, що базується на суб'єктивному

світосприйнятті [8]. Слід зазначити, що в Україні смертність від серцево-судинних захворювань (ССЗ) займає перше місце в структурі загальної смертності народонаселення, тому кардіоваскулярний ризик (КВР) і коморбідність залишаються гострими проблемами погіршення загального стану здоров'я сучасного суспільства [4]. Саме коморбідність у хворих підвищеного КВР виступає одним з найскладніших діагностично-лікувальних та профілактичних завдань. Зараз тривалість і ЯЖ, як правило, обумовлюються не тільки наявністю монозологічного хронічного неінфекційного захворювання, але мають більш складний, інтегративний характер, у зв'язку зі значним збільшенням хворих з коморбідністю патологій [1, 3, 5].

**Мета дослідження.** Оцінити ЯЖ у пацієнтів високого КВР з коморбідною патологією та встановити вплив на ЯЖ антигіпертензивної терапії.

**Матеріали і методи.** На базі відділу популяційних досліджень було обстежено 284 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) – гіпертонічна хвороба (ГХ) та симптоматична артеріальна гіпертензія з коморбідною патологією (ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарда (ІМ), серцева недостатність (СН), цукровий діабет (ЦД), переважно 2-го типу, хронічна хвороба нирок (ХН)), що проходили стаціонарне лікування в ДУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України». За гендерними відзнаками хворі були розподілені на 109 (38,4 %) чоловіків та 175 (61,6%) жінок, середній вік – (58,5±0,3) років.

ЯЖ встановлювали за допомогою опитувального SF-36. Він містив 36 пунктів, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, що обумовлене емоційним станом (РФЕ), та психічне здоров'я (ПЗ). Пацієнт вибирав відповідь на запропоноване запитання. Кожну відповідь оцінювали у балах. При формуванні тієї або іншої шкали ці бали складали та математично обробляли за стандартними формулами. Показники кожної шкали

приймають значення від 0 до 100, де 100 означає повне здоров'я.

Усі шкали формують два загальних показники: душевне та фізичне благополуччя. Фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) охоплює шкали ФФ, РФ, ІБ, ЗСЗ. Психологічний компонент здоров'я (ПКЗ) – шкали ПЗ, РФЕ, СФ, ЖА. На теперішній час розроблено норми показників здоров'я [27]. Так, загальні показники мають бути більше 50.

Показники ЯЖ досліджували через 12 місяців лікування. В лікуванні АГ використовували наступні групи препаратів: β-адреноблокатори, діуретики, антагоністи кальцію, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) або блокатори рецепторів ангіотензину II (БРАІІ).

Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету програм «SPSS 19 for Windows». В зв'язку з тим, що розподіл показників, які досліджувались, відрізнявся від нормального, перевага була надана непараметричним методам. Для порівняння незалежних груп використовувалася критерій Манна-Уїтні. Для порівняння залежних спостережень – спостережень до та після лікування використовувалася критерій Уїлкоксона. Рівень статистичної значущості в дослідженні був прийнятий рівним 0,05.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

Обстежени хворі мали значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за всіма шкалами. Особливо низькими були показники за шкалами, що характеризували рольове функціонування. Так у пацієнтів з ГХ II стадії вони склали – 25,00 [0,00; 75,00] (РФ) та 33,30 [0,00; 100,00] (РФЕ). Це вказує на те, що у цих пацієнтів спостерігались значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним станом. Загальні показники ФКЗ та ПКЗ у цієї групи хворих були значно меншими від нормального для популяції значення – 43,35 [37,55; 49,30] ( $p < 0,05$ ) та 40,60 [33,90; 49,80] ( $p < 0,05$ ) відповідно. У пацієнтів з ГХ III стадії загальні показники були ще нижчими і склали 36,50 [32,00; 45,00] (ФКЗ) та 37,30 [29,45; 43,10] (ПКЗ) ( $p < 0,05$ ). Для більш детального аналізу ЯЖ обстежених хворих, нами було проаналізовано вплив ЦД 2 типу, ХХН на ЯЖ у хворих на ГХ. У пацієнтів з ГХ III ст. та ЦД 2 типу майже всі показники ЯЖ були статистично значимо нижчі, ніж відповідні показники у хворих з ГХ II ст. та ЦД 2 типу. Також, при порівнянні ЯЖ у хворих на ГХ в поєднанні з ХХН було виявлено достовірно гірші показники у хворих ГХ III ст., ніж у пацієнтів ГХ II ст. Так загальні показники ФКЗ та ПКЗ в групі хворих ГХ III ст. і ХХН були – 34,15 [30,45; 38,83] та 34,60 [29,30; 43,33] відповідно. У пацієнтів ГХ II ст. та ХХН ці показники склали 40,70 [34,80; 49,05] (ФКЗ) ( $p < 0,05$ ) та 43,400 [36,050; 50,900] (ПКЗ) ( $p < 0,05$ ). Було проведено вивчення ЯЖ при поєднанні таких коморбідних станів, як ГХ та ЦД 2 типу в залежності від наявності ІХС. Пацієнти з ГХ та ЦД 2 типу у яких також була діагностовано ІХС мали статистично гірші показники ФФ, РФ, ІБ, ЗСЗ, ФКЗ ніж пацієнти без ІХС. Загальні

показники склали відповідно – 38,20 [32,95; 44,25] (ФКЗ) та 40,30 [32,05; 49,00] (ПКЗ).

На тлі лікування вірогідно поліпшилася ЯЖ. У хворих на ГХ II достовірно збільшилися такі показники, як РФ, ІБ, ЖА, СФ. Також достовірно збільшилися загальні показники – ФКЗ зі 45,60 [41,70; 55,00] до 50,30 [47,90; 51,00], ПКЗ зі 39,30 [33,40; 43,50] до 43,20 [39,90; 45,80] ( $p < 0,05$ ). Однак, при цьому, через рік показники ЯЖ не досягали рівня здорової популяції. У пацієнтів з ГХ та ІХС нами також була простежена динаміка показників ЯЖ на тлі антигіпертензивної терапії на протязі 1 року. В групі пацієнтів з ГХ II стадії і ІХС достовірно покращилися показники фізичного функціонування, загального стану здоров'я, психічного здоров'я, які зросли на 30,8%, 10,0%, 7,1% відповідно. Найбільш позитивні зміни відбулись із показниками ІБ, ЖА, СФ та РФЕ, які зросли на 33,3%, 22,2%, 20,0% та 100,0% відповідно. Вірогідно покращилися загальні показники – ФКЗ та ПКЗ, що свідчить про суттєвий вплив АТГ на фізичний та психологічний стан пацієнтів. В групі пацієнтів з ГХ III і ІХС, де с самого початку входили хворі з серцево-судинними ускладненнями (ІМ, інсульт, мультиінфарктна хвороба мозку, порушення серцевого ритму) нами було виявлено значно нижчі показники ЯЖ. Так загальні показники склали: 34,95 [30,90; 38,88] – ФКЗ та 36,45 [29,43; 44,15] – ПКЗ. В динаміці лікування через 1 рік, достовірно зросли всі показники, що вивчались ( $p < 0,05$ ). Значно покращилися такі показники, як: ФФ, ЗСЗ, ЖА, СФ, РФЕ, ПЗ. Також вірогідно зросли показники: ФКЗ – 38,40 [35,90; 45,35] та ПКЗ – 38,90 [34,75; 47,08].

Таким чином, наше дослідження показало, що, у хворих з високим КВР та коморбідною патологією ЯЖ була значно знижена, порівняно зі здоровою популяцією, за всіма показниками ЯЖ. Терапія ГХ та коморбідних станів сприяла поліпшенню зниженого на початку дослідження ФКЗ та ПКЗ і покращувала адаптацію пацієнтів у суспільстві.

#### Висновки.

1. У обстежених пацієнтів високого КВР з коморбідною патологією реєстрували значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок за всіма показниками ЯЖ, а особливо, значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним станом (рольове функціонування). Загальні показники фізичного та психічного здоров'я були значно зниженими в порівнянні з нормальними для популяції.

2. Погіршення ЯЖ у обстежених хворих на ГХ з коморбідною патологією суттєво залежить від наявності серцево-судинних ускладнень.

3. Терапія ГХ та коморбідних станів сприяла поліпшенню ЯЖ – достовірно збільшилися всі показники, що вивчались. Однак, через рік показники ЯЖ не досягали рівня здорової популяції. Найбільші позитивні зміни були в групі пацієнтів, де на початок дослідження рівень ЯЖ був значно знижений – ГХ III стадії. Тобто, під впливом лікування поліпшується адаптація пацієнтів у суспільстві, покращується їх фізичний та психологічний стан.

**Перспективи подальших досліджень.** Планується подальше вивчення ЯЖ у пацієнтів високого КВР. Сьогодні вкрай необхідно проведення популяційних досліджень з акцентом на коморбідність; на

підставі інноваційних методів виділення особливих груп хворих підвищеного КВР; вдосконалення підходів до ранньої діагностики і прогнозування на популяційному рівні.

### Список літератури

1. Біловол О. М. Коморбідність гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу – актуальна проблема сучасної медицини / О. М. Біловол, А. С. Шалімова, М. М. Кочуєва // Український терапевтичний журнал. – 2014. – № 1. – С. 11-15.
2. Мясоєдова Н. А. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях / Н. А. Мясоєдова, Э. Б. Тхостова, Ю. Б. Белоусов // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 1. – С. 53-57.
3. Пасієшвілі Т. М. Особливості впливу ожиріння на якість життя хворих на бронхіальну астму / Т. М. Пасієшвілі // Український терапевтичний журнал. – 2012. – № 1. – С. 36–38.
4. Фадеенко Г. Д. Развитие профилактической медицины: отечественный и международный опыт (итоги Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России» / Г. Д. Фадеенко, А. А. Несен // Український терапевтичний журнал. – 2013. – № 2. – С. 130-140.
5. Banegas J. R. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly / J. R. Banegas, E. Lopez-Garcia, A. Graciani [et al.] // Eur J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2007. – Vol. 14. – P. 456–462.
6. Trevisol D. J. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies / D. J. Trevisol, L. B. Moreira, A. Kerkhoff, S. C. Fuchs, F. D. Fuchs // J. Hypertens. – 2011. – Vol. 29. – P. 179–188.
7. Ucan O. Relationship between diabetes mellitus, hypertension and obesity, and health-related quality of life in Gaziantep, a central south-eastern city in Turkey / O. Ucan, N. Owayolu // J. Clin Nurs. – 2010. – Vol. 19 (1718). – P. 2511-2519.
8. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // Wid. Hth. Forum. – 1996. – V. 1. – P. 29.

УДК 611. 1:316. 334

#### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шкапо В. Л., Несен А. А., Чирва О. В., Высоцкая О. В., Печерская А. И.

**Резюме.** У пациентов высокого кардиоваскулярного риска с коморбидной патологией выявлено значительное, по сравнению со здоровой популяцией, снижение оценок по всем показателям качества жизни. Особенно, существенные ограничения выявлены в выполнении повседневной деятельности, обусловленные как физическим, так и психическим состоянием (ролевое функционирование). Ухудшение качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией и коморбидностью существенно зависит от наличия сердечно-сосудистых осложнений. Под влиянием лечения улучшается адаптация пациентов в обществе, становится лучше их физическое и психологическое состояние.

**Ключевые слова:** качество жизни, высокий кардиоваскулярный риск, коморбидность.

UDC 611. 1:316. 334

#### Quality of Life in Patients with High Cardiovascular Risk and Comorbid Pathologies

Shkapo V. L., Nesen A. A., Chyrva O. V., Vysotskaya E. V., Pecherskaya A. I.

**Abstract.** In recent years, to assess the level of social and psychological well-being and health of patients a lot of attention is paid to improving of quality of life (QOL) of patients. Currently, the concept of “quality of life” is the subject of research and become more accurate – “quality of life, health-related.”

**Purpose of the study** – to assess the quality of life in patients with high cardiovascular risk and comorbid disorders and to establish the effect of blood pressure on the quality of life.

**Object and methods.** On the basis of the department of population studies its were examined 284 patients with essential hypertension and symptomatic arterial hypertension and comorbid disorders (coronary heart disease, myocardial infarction, heart failure at the moment of survey, diabetes, mostly type 2 diabetes, chronic kidney disease). According to gender differences, patients were divided into 109 (38.4%) males and 175 (61.6%) females, average age – (58.5±0.3) years. Quality of life was assessed using a special SF-36 questionnaire. It contained 36 items grouped into eight scales: physical functioning (PF), role-physical functioning (RF), bodily pain (BP), general health (GH), vitality (VT), social functioning (SF), role-emotional (RE) and mental health (MH). The patient chose the answer to the proposed question. Every answer was evaluated in points. Indicators of QOL were examined after 12 months of treatment.

**Results and discussion.** Surveyed patients had a significant decrease in assessments on all scales, compared with a healthy population. Scores that characterizes the role functioning were particularly low. Thus in patients with hypertension stage II they were – 25.00 [0.00; 75.00] (RF) and 33.30 [0.00; 100.00] (RE). This indicates that these patients experienced significant limitations in performing daily activities due to both physical and mental condition. In patients with hypertension III degree and type 2 diabetes, almost all indicators of quality of life were significantly lower than the corresponding figures in patients with hypertension II degree and type 2 diabetes mellitus ( $p < 0,05$ ).

Also, while comparing the quality of life in patients with hypertension and chronic kidney disease was found significantly worse results in patients with hypertension III degree than in patients with hypertension II degree. Common indicators of physical health (PH) and mental health (MH) in patients with hypertension III degrees and chronic kidney disease were – 34.15 [30.45; 38,83] and 34.60 [29.30; 43.33], respectively. Patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus, who also was diagnosed with coronary heart disease, had a statistically worse results of PF, RF, BP, GH, PH, than patients without coronary heart disease. General figures were respectively – 38.20 [32.95; 44.25] (PH) and 40.30 [32.05; 49.00] (MH) ( $p < 0.05$ ). The treatment significantly improved quality of life. In patients with hypertension II degree significantly increased such indicators as RF, BP, VT, SF. Also significantly increased the general figures – PH from 45.60 [41.70; 55.00] to 50.30 [47.90; 51.00], MH from 39.30 [33.40; 43.50] to 43.20 [39.90; 45.80] ( $p < 0.05$ ).

*Conclusions.* In surveyed patients it was recorded a significant reduction in estimates for all indicators of quality of life, compared with the healthy population. The deterioration of the quality of life in the studied patients with hypertension and comorbid pathology essentially depends on the presence of cardiovascular complications. Under the influence of the treatment of patients the adaptation to the society is improving, improving their physical and psychological condition.

**Keywords:** quality of life, high cardiovascular risk, comorbidity.

Стаття надійшла 24. 11. 2015 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування