

УДК 616 - 056.52: 616.72 – 002

**Тесленко Ю.В.**

## **ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ, ПОЄДНАНОЮ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ЧИ ОЖИРІННЯМ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Метою дослідження було вивчення особливостей показників якості життя з застосуванням неспецифічного опитувальника для оцінки якості життя «SF - 36 Health Status Survey» у пацієнтів з стабільною стенокардією напруження, поєднаною з остеоартрозом та надлишковою масою тіла чи ожирінням. В результаті проведених обчислень середніх значень встановлено що, стан хворих на стабільну стенокардію напруження, поєднану з остеоартрозом та надлишковою масою тіла чи ожирінням характеризується зниженням фізичної активності пацієнтів відповідно до збільшення індексу маси тіла. Зафіксовано чітку тенденцію до збільшення вираженості больового синдрому з впливом на можливість займатися повсякденною діяльністю у пацієнтів з стабільною стенокардією напруження та супутнім остеоартрозом та надлишковою масою тіла чи ожирінням відповідно до збільшення індексу маси тіла. Встановлено наявність депресивних розладів у хворих на стабільну стенокардію напруження з супутнім остеоартрозом та надлишковою масою тіла чи ожирінням порівняно з хворими контрольної групи, а також збільшення їх вираженості відповідно до збільшення індексу маси тіла.*

**Ключові слова:** якість життя, ішемічна хвороба серця, остеоартроз, ожиріння, надлишкова маса тіла.

*Робота є фрагментом НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини) «Роль запалення в патогенезі коронарних і некоронарних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії» № держреєстрації 0107U004808*

### **Вступ**

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає якість життя як сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та в зв'язку з їхніми цілями, очкуваннями, стандартами, турботами. Впровадження терміну «якість життя» (ЯЖ) в медичну практику бере свій початок з середини ХХ ст., коли в 1947 році професор Колумбійського університету США D. A. Karnovsky при написанні роботи «Клінічна оцінка хіміотерапії при раку» всебічно досліджував хворого. 2007 року Україна за ЯЖ посіла 57 місце серед 63 країн світу. Якість життя в Україні – одна з найгірших серед усіх європейських країн, а також усіх країн колишнього СРСР, які увійшли до рейтингу. Така оцінка відповідає результатам аналогічних досліджень авторитетних міжнародних організацій: Україна посідала 78 місце зі 177 за Індексом людського розвитку ООН, 98 зі 111 за Індексом якості життя журналу The Economist і 174 із 178 за Індексом щастя Фонду нової економіки [4]. У медицині якість життя стосується передусім стану здоров'я, тому в даному випадку доцільно застосовувати поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (в англійській літературі «health - related quality of life»). Вважається, що це - рівень благополуччя і задоволення тими сторонами життя, на які впливає хвороба чи її лікування, нещасні випадки [3].

Відомо, що захворювання серцево-судинної системи рідко зустрічаються як самостійна патологія. Зазвичай, вони поєднуються з іншими захворюваннями і, зокрема, з ураженнями опорно-рухового апарату [1, 8]. Епідеміологічні дослі-

дження останніх десятиріч виявили нові соціально-значущі захворювання, серед яких хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини займають важливу роль. При цьому одне з головних місць у даній категорії належить остеоартрозу (ОА). ОА є найбільш відомим і частим захворюванням суглобів з вік-асоційованою поширеністю: на нього страждає приблизно 15-20% населення світу, з яких близько 65% - люди віком 60 років і старше [2]. Разом з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) ОА - лідируюча причина функціональної недостатності і втрати працездатності у дорослих [2, 5, 6]. Ожиріння - первинний чинник ризику для ОА і ССЗ. Згідно з сучасними даними [7, 9] ожиріння є фактором ризику ОА і багатьох інших захворювань, пов'язаних з метаболічними порушеннями, а порушення функції та обмеження працездатності, як правило, супроводжують ОА та в свою чергу призводять до збільшення індексу маси тіла (ІМТ) і індукують розвиток кардіоваскулярних хвороб і діабету.

Враховуючи вищесказане, можна стверджувати, що проведення оцінки ЯЖ у пацієнтів з коморбідними захворюваннями має важливе значення, так як обумовлює не лише визначення стану пацієнтів, а й вибір тактики лікування, спрямованої на покращення прогнозу.

### **Мета дослідження**

Вивчення особливостей показників ЯЖ у пацієнтів з стабільною стенокардією напруження, поєднаною з остеоартрозом та надлишковою масою тіла чи ожирінням.

**Матеріали та методи дослідження**

Застосовувався неспецифічний опитувальник для оцінки ЯЖ «SF - 36 Health Status Survey». При оцінці результатів опитувальника використовувалась інструкція, підготовлена компанією «Преференсе». Результати представляються у вигляді оцінок в балах згідно 8 шкал, сформованих таким чином, що більш висока оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ. Переклад на російську мову та апробація методики була проведена «Інститутом клініко-фармакологічних досліджень» (Санкт - Петербург). Опитувальник SF - 36 був нормований для загальної популяції США та репрезентативних вибірок в Австралії, Франції, Італії. В США та країнах Європи були проведені дослідження окремих популяцій та отримані результати по нормам для здорового населення та для груп хворих з різними хронічними захворюваннями (з виділенням груп за статтю та віком).

Предметом вивчення були 145 хворих. Контрольну групу (КГ) склали 30 хворих ( $n=30$ ) на стабільну стенокардію напруження (ССН) з нормальною масою тіла. Дослідну групу (ДГ) склали 115 хворих ( $n=115$ ) на ССН в поєднанні з ОА та надлишковою масою тіла чи ожирінням. Згідно індексу маси тіла (ІМТ), як співвідношення ваги (кг) до зросту ( $m^2$ ) хворих з надлишковою масою тіла (НМТ) (ІМТ 25-30  $kg/m^2$ ) було 10; з ожирінням I ступеню (Ож. I) (ІМТ 30-35) 30 хворих; з ожирінням II ступеню (Ож. II) (ІМТ 35-40  $kg/m^2$ ) 40 хворих; з ожирінням III ступеню (Ож. III) (ІМТ > 40  $kg/m^2$ ) 35 хворих. Чоловіків було 66 (45,5%), жінок 79 (54,5%). Середній вік хворих був 62 роки.

**Результати дослідження та їх обговорення**

В результаті проведених обчислень середніх значень фізичного компоненту здоров'я за шкалою «Фізичне функціонування» (Physical Functioning – PF) зафіксовано статистично значиму різницю для 1% рівня значимості ( $p<0,01$ ) у хворих ДГ порівняно з середнім значенням у хворих КГ, що супроводжувалось зниженням показника PF відповідно до збільшення ІМТ. Різниця середніх значень між хворими КГ та групи з НМТ і між групою з Ож. II та групою з Ож. III була статистично значимою для 5% рівня значимості ( $p<0,05$ ). При зниженні середнього показника PF у хворих групи з Ож. I порівняно з групою з НМТ різниця була статистично не значимою ( $p>0,05$ ). Вказані зміни свідчать про обмеження фізичної активності пацієнтів з ССН, поєднаною з ОА та НМТ чи ожирінням відповідно до збільшення ІМТ. За шкалою «Рольове функціонування, обу-

мовлене фізичним станом» (Role-Physical Functioning – RP) різниця була статистично значимою ( $p<0,01$ ) за винятком середніх значень у хворих КГ та групи з НМТ; групи з Ож. I та групи з Ож. II; групи з Ож. II та групи з Ож. III ( $p<0,05$ ). Різниця між середніми значеннями RP у хворих групи з НМТ та групи з Ож. I; групи з Ож. I та групи з Ож. II була статистично значимою ( $p<0,05$ ). Слід відмітити, що показник RP, на відміну від інших показників SF – 36, у вибірках мав значення 0 та 100. Так значення RP – 0 в КГ мали 8 хворих (26,7%); в групі з НМТ – 2 хворих (20%); в групі з Ож. I – 20 хворих (66,7%); в групі з Ож. II – 30 хворих (75%); в групі з Ож. III – 32 хворих (91,4%). Тенденція до збільшення відсотку хворих з низьким показником RP та зниження середнього значення відповідно до збільшення ІМТ у хворих ДГ свідчить про значне обмеження повсякденної рольової діяльності, обумовлене фізичним станом пацієнтів з ССН, поєднаною з ОА та НМТ чи ожирінням.

Згідно шкали «Інтенсивність болю» (Bodily pain – BP) різниця між показниками ДГ та КГ, а також в підгрупах відповідно ІМТ була статистично значимою для 1% рівня значимості ( $p<0,01$ ) за виключенням різниці між середніми значеннями групи з НМТ та групи з Ож. I, що була статистично не значимою ( $p>0,05$ ) при зниженні показника в групі з НМТ порівняно з середнім значенням в групі з Ож. I. При порівнянні показників КГ і групи з НМТ та групи з Ож. II і групи з Ож. III різниця була статистично значимою для 5% рівня значимості ( $p<0,05$ ). Низький рівень показника BP у хворих ДГ порівняно з КГ свідчить про значне обмеження активності пацієнтів з супутнім ОА та НМТ чи ожирінням за рахунок вираженого больового синдрому з впливом на можливість займатися повсякденною діяльністю. Тенденція до зниження показника BP чітко прослідковується відповідно до збільшення ІМТ.

При оцінці хворими ДГ та КГ стану свого здоров'я на момент дослідження з урахуванням перспектив лікування за шкалою «Загальний стан здоров'я» (General Health - GH) різниця між середніми показникам, відповідно до зростання ІМТ була статистично значимою ( $p<0,01$ ), за виключенням різниці між показниками КГ та групи з НМТ; групи з Ож. I та групи з Ож. II, яка при зниженні середнього значення, відповідно до збільшення ІМТ була статистично не значимою ( $p<0,05$ ). При порівнянні середніх значень показника GH у хворих групи з НМТ з групою з Ож. I та групою з Ож. II різниця була статистично значимою ( $p<0,05$ ) (Рисунок 1.).

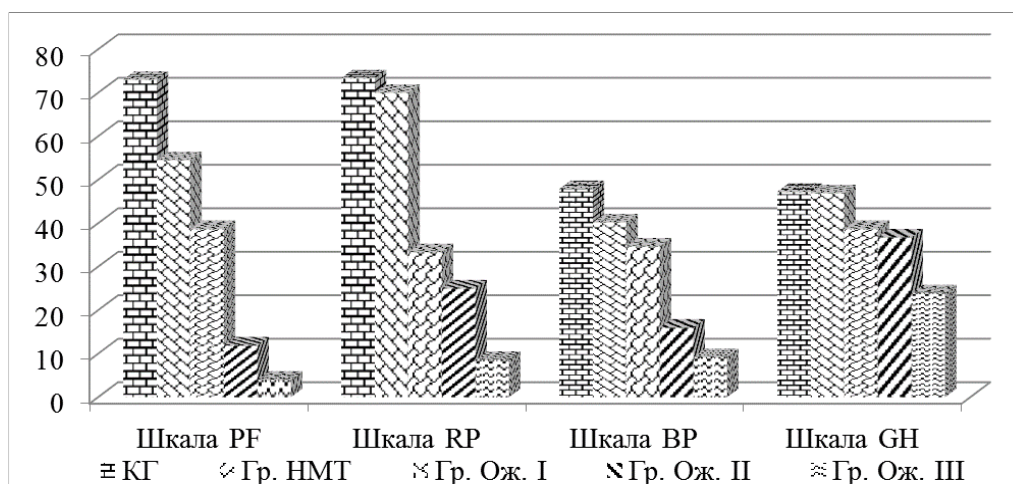


Рис. 1. Фізичний компонент здоров'я за шкалами опитувальника SF – 36 у хворих ДГ (n=115).

При оцінці показників SF – 36 згідно шкал психологічного компоненту здоров'я відмічалась ознака втомленості та зниження життєвої активності у хворих ДГ порівняно з КГ, про що свідчили нижчі середні значення за шкалою «Життєва активність» (Vitality - VT), відповідно до зростання ІМТ. Різниця була статистично значимою ( $p < 0,01$ ), за виключенням середніх значень VT у хворих КГ порівняно з групою з НМТ та групою з Ож. I, а також між показниками групи з НМТ та групи з Ож. I при зниженні середнього значення відповідно до збільшення ІМТ. Також слід відмітити значне обмеження соціальної активності за рахунок погіршення фізичного та емоційного стану у хворих ДГ порівняно з КГ, про що свідчили нижчі середні значення за шкалою «Соціальне функціонування» (Social Functioning - SF). Різниця була статистично значимою ( $p < 0,01$ ), за виключенням середніх значень SF у хворих КГ порівняно з групою з НМТ та групи з Ож. I з групою з Ож. III. Виняток з загальної тенденції до зниження середнього значення SF відповідно до збільшення ІМТ у хворих ДГ склала різниця між середнім значенням SF у хворих групи з Ож. I та групи з Ож. II, де показник SF у хворих групи з Ож. I був дещо вищим порівняно з показником у

хворих групи з Ож. II ( $p < 0,01$ ). Згідно шкали «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (Role-Emotional - RE) зафіксовано статистично достовірне ( $p < 0,01$ ) зниження середнього значення у хворих ДГ порівняно з КГ та відповідно до збільшення ІМТ за виключенням середніх значень RE у хворих КГ порівняно з групою з НМТ та групи з Ож. II з групою з Ож. III, де при зниженні середнього значення відповідно до збільшення ІМТ різниця була статистично не значимою ( $p > 0,05$ ). При порівнянні середніх значень у хворих групи з НМТ з групою з Ож. I та групи з Ож. I з групою з Ож. II різниця була статистично значимою ( $p < 0,05$ ). Вищезгадані зміни за шкалою RE правомірно інтерпретувати як обмеження в виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану у хворих ДГ з супутнім ОА та НМТ чи ожирінням порівняно з хворими КГ. Слід відмітити нижчі показники за шкалою «Психічне здоров'я» (Mental Health - MH) у хворих ДГ порівняно з КГ та відповідно до збільшення ІМТ, що є свідченням наявності та вираженості депресивних розладів у хворих ДГ з супутнім ОА та НМТ чи ожирінням порівняно з хворими КГ (Рисунок 2).

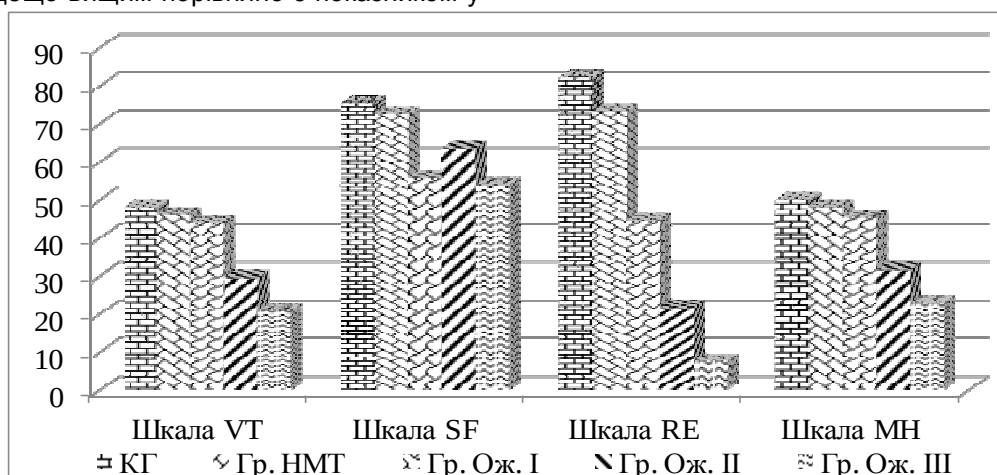


Рис. 2. Психологічний компонент здоров'я за шкалами опитувальника SF – 36 у хворих ДГ (n=115).

При обчисленні середніх значень загальних показників «Фізичного компоненту здоров'я» (Physical health – PH) та «Психологічного компоненту здоров'я» (Mental Health – MH) різниця була статистично значима для 1% рівня значимості ( $p < 0,01$ ) при зниженні середнього показника у хворих ДГ порівняно з КГ та відповідно до збільшення ІМТ. Виключення склали різниця між

середнім показником PH у хворих КГ та групи з НМТ; групи з Ож. II та групи з Ож. III, а також різниці між середнім показником MH у хворих КГ та групи з НМТ; групи з НМТ та групи з Ож. I, де середнє значення було нижче у хворих ДГ порівняно з КГ та нижче відповідно до збільшення ІМТ (Рисунок 3).

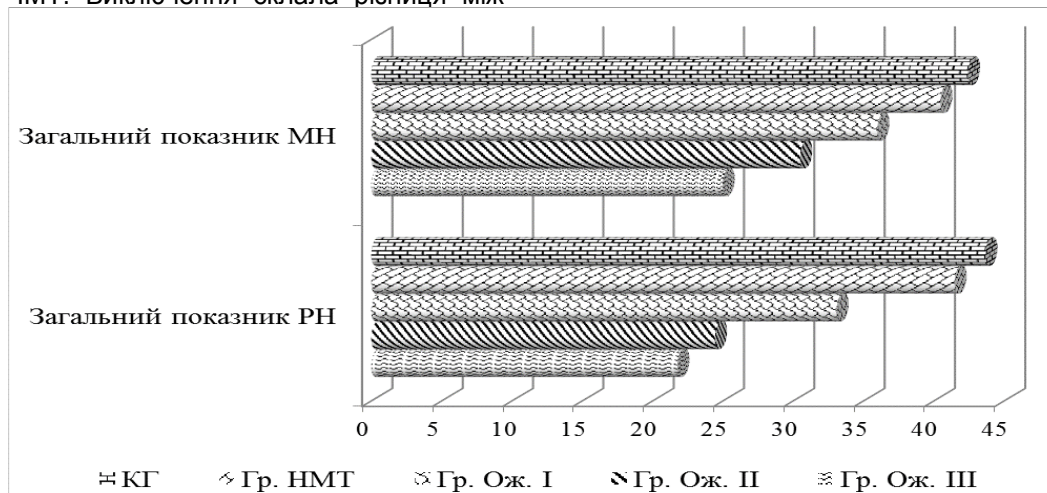


Рис. 3. Загальний показник «Фізичного компоненту здоров'я» (Physical health – PH) та «Психологічного компоненту здоров'я» (Mental Health – MH) опитувальника SF – 36 у хворих ДГ (n=115).

Середні значення за шкалами опитувальника SF – 36 у хворих ДГ (n=115) та КГ (n=30) ілюструє таблиця 1.

Таблиця 1.  
Середні значення за шкалами опитувальника SF – 36 у хворих ДГ (n=115) та КГ (n=30)

| Шкала SF - 36                           | КГ (n=30)  | Група з НМТ (n=10) | Група з Ож. I (n=30) | Група з Ож. II (n=40) | Група з Ож. III (n=35) |
|-----------------------------------------|------------|--------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Фізичний компонент здоров'я</b>      |            |                    |                      |                       |                        |
| PF                                      | 73,0±1,62  | 54,5±7,83          | 38,67±4,42           | 11,88±2,46            | 4,0±2,02               |
| RP                                      | 73,33±8,21 | 70,0±15,28         | 33,33±8,75           | 25,0±6,93             | 8,57±4,8               |
| BP                                      | 47,87±2,14 | 40,2±2,82          | 34,67±1,66           | 15,98±2,44            | 9,17±2,33              |
| GH                                      | 47,23±2,09 | 46,9±3,81          | 38,67±1,27           | 36,75±1,14            | 23,86±0,92             |
| PH                                      | 43,67±1,25 | 41,48±2,12         | 33,09±1,39           | 24,44±1,15            | 21,77±0,82             |
| <b>Психологічний компонент здоров'я</b> |            |                    |                      |                       |                        |
| VT                                      | 48,0±2,42  | 46,0±4,0           | 44,0±2,18            | 29,5±1,82             | 20,86±2,22             |
| SF                                      | 75,42±0,94 | 72,5±1,67          | 55,83±1,16           | 63,44±0,53            | 53,93±1,00             |
| RE                                      | 82,21±5,48 | 73,33±11,97        | 44,43±7,72           | 21,67±5,91            | 7,62±4,34              |
| MH                                      | 50,0±2,42  | 48,0±4,0           | 45,4±2,04            | 31,5±1,82             | 22,86±2,22             |
| MN                                      | 42,43±1,28 | 40,47±2,55         | 35,99±1,37           | 30,5±1,04             | 24,99±1,02             |

Аналізуючи показники опитувальника SF – 36, можна стверджувати, що у хворих на стабільну стенокардію напруження, поєднану з остеоартрозом та надлишковою масою тіла або ожирінням відмічалось статистично достовірне зниження якості життя порівняно з хворими КГ та відповідно до збільшення ІМТ.

### Висновки

1. Стан хворих на ССН, поєднану з ОА та надлишковою масою тіла чи ожирінням, характеризується зниженням фізичної активності пацієнтів відповідно до збільшення ІМТ.
2. Зафіксовано чітку тенденцію до збільшення вираженості больового синдрому з впливом на можливість займатися повсякденною діяльністю у пацієнтів з ССН та супутнім ОА та НМТ чи ожирінням відповідно до збільшення ІМТ.

3. Відмічається наявність депресивних розладів у хворих на ССН з супутнім ОА та НМТ чи ожирінням порівняно з хворими КГ, а також збільшення їх вираженості відповідно до збільшення ІМТ.

### Література

1. Коваленко В.М. Поєднання серцево-судинних та інших хвороб внутрішніх органів: визначення пріоритетів лікування та попередження ускладнень. Вибрані лекції Української кардіологічної школи ім. М.Д. Стражеска / В.М. Коваленко, Г.В. Дзяк, Г.В. Книшов. – К. : Максимов, 2005. – 156 с.
2. Алексеева Л.И. Комбинированный препарат АРТРА при лечении остеоартроза / Л.И. Алексеева, Н.В. Чичасова, Л.И. Беневоленская [и др.] // Терапевтический архив. – 2005. – №11. – С. 69-75.
3. Ягеньский А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці [Електронний ресурс] / А.В. Ягеньский, І. М. Сікарчук // Внутренняя медицина. – 2007. – №3. – Режим доступа <http://www.mif-ua.com/archive/article/418>
4. Якість життя // Вільна енциклопедія: вікіпедія [Електронний ресурс]. – Режим доступа [http://uk.wikipedia.org/wiki/Якість\\_життя](http://uk.wikipedia.org/wiki/Якість_життя).

5. Van Dijk G.M. Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee / G.M. Van Dijk, C. Veenhof, F. Schellevis [et al.] // BMC Musculoskeletal Disorders. – 2008. – №9. – P. 95-105.
6. Kadam U.T. Clinical comorbidity in patients with osteoarthritis: a case-control study of general practice consultants in England and Wales / U.T. Kadam, K. Jordan, P.R. Croft // Ann. Rheum. Dis. – 2004. – V. 63. – P. 408-414.
7. Magliano M. Review Obesity and arthritis / M. Magliano // Menopause International. – 2008. – №14. – P. 149-154.
8. Rosemann T. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients / T. Rosemann, G. Laux, J. Szecsenyi // Journal of Orthopaedic Surgery and Research. – 2007. – №2. [Електронний ресурс]. – Режим доступа <http://www.josr-online.com/content/2/1/12>.
9. Tukker A. Overweight and health problems of the lower extremities: osteoarthritis, pain and disability / A. Tukker, T.L.S. Visscher, H.S.J. Picavet // Public Health Nutr. – 2007. – V.12, №3. – P. 359-368.

### Реферат

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, СОЧЕТАНОЙ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ

Тесленко Ю. В.

Ключевые слова: качество жизни, ишемическая болезнь сердца, остеоартроз, ожирение, избыточная масса тела.

Целью исследования было изучение особенностей показателей качества жизни с использованием неспецифического опросника для оценки качества жизни «SF – 36 Health Status Survey» у пациентов с стабильной стенокардией напряжения, сочетанной с остеоартрозом и избыточной массой тела или ожирением. В результате проведенных расчетов средних значений установлено, что состояние больных с стабильной стенокардией напряжения, сочетанной с остеоартрозом и избыточной массой тела или ожирением, характеризуется снижением физической активности пациентов соответственно увеличению индекса массы тела. Зафиксировано четкую тенденцию к увеличению выраженности болевого синдрома с влиянием на возможность заниматься ежедневной деятельностью у пациентов с стабильной стенокардией напряжения и сопутствующим остеоартрозом и избыточной массой тела или ожирением соответственно к увеличению индекса массы тела. Установлено наличие депрессивных расстройств у больных с стабильной стенокардией напряжения с сопутствующим остеоартрозом и избыточной массой тела или ожирением в сравнении с больными контрольной группы, а также увеличение их выраженности соответственно к увеличению индекса массы тела.

### Summary

CHANGES IN QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STABLE EXERTIONAL ANGINA PECTORIS AND CONCOMITANT OSTEOARTHRITIS AND OBESITY OR OVERWEIGHT

Teslenko Yu. V.

Keywords: quality of life, coronary heart disease, osteoarthritis, obesity, overweight.

Introduction. In medicine the term quality of life (QOL) refers primarily health condition so in this case it is advisable to apply the concept of "quality of life related to health" (in English literature «health - related quality of life»). It is believed that it is the level of well-being and satisfaction of those aspects of life that are affected by the disease or its treatment, accidents.

Assessment of QoL in patients with comorbid diseases is important because it does not only determine the condition of the patients, but treatment approaches aiming to improve prognosis.

The aim of the research is to study QoL indicators in patients with stable angina pectoris, combined with osteoarthritis and overweight or obese.

Materials and methods. We used a non-specific questionnaire to assess QOL «SF - 36 Health Status Survey». 145 patients were involved into the study. The control group (CG) consisted of 30 patients (n = 30) with normal body weight who had stable angina pectoris (SAP). The research group (RG) was made up by 115 obese and overweight patients (n = 115) who had SAP. According to the body mass index (BMI), the ratio of weight (kg) and height (m<sup>2</sup>) patients with overweight (OW) (BMI 25-30 kg/m<sup>2</sup>) was 10, and with I degree of obesity (BMI 30-35) - 30 patients, stage II obesity (BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup>) - 40 patients, obesity of III degree (BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>) - 35 patients. Men were 66 (45, 5%), women - 79 (54,5%). The average age of patients was 62 years.

Results and discussion. As a result of calculation the average values of the physical health component according to the scale of "physical functioning" (Physical Functioning - PF) observed a statistically significant difference for the 1% significance level (p<0, 01) in patients with RG compared to the mean value in patients with CG accompanied by decrease in PF to increased BMI.

In calculating the average values of common indicators "physical components of health" (Physical health - PH) and "psychological component of health" (Mental Health - MH) difference was statistically significant for the 1% significance level (p<0, 01) with reducing the average RG patients compared to CG and by increasing BMI.

Analyzing the performance of the questionnaire SF - 36 may be argued that in patients with stable angina pectoris, combined with osteoarthritis and overweight or obese was noted a statistically significant decrease in quality of life compared with patients with CG and in accordance with increasing BMI.

Conclusions: 1. Condition of patients with SAP and concomitant OA and overweight or obesity is characterized by decreased physical activity correlated with BMI increasing. 2. There has been a clear tendency towards the increase in the pain severity which effects on the ability to carry out everyday activities in patients with SAP and concomitant OA and OW or obese according to the BMI increase. 3. It is noted the presence of depressive disorders in patients with SAP in concomitant with OA and OW or obese compared with patients of CG, and increase their severity by increasing BMI.