

УДК: 616.72-002.77-08

Психосоматична медицина та загальна практика

Якість життя у пацієнтів з коморбідним перебігом ревматоїдного артриту та артеріальної гіпертензії

Пехенько В.¹ and Аліфер О.¹

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Анотація

Актуальність. Велика увага приділяється коморбідним станам, які мають взаємно обтяжуючий перебіг, провокують загострення, перешкоджають настанню повноцінної ремісії, призводять до розвитку ускладнень тощо. Особливий вплив така патологія спричиняє на функціональні можливості організму, вона призводить до модифікації способу життя пацієнта та ініціює проблемність соціальної адаптації та погіршення якості життя.

Методи і матеріали. Дослідження було проведено у 89 пацієнтів на ревматоїдний артрит та артеріальну гіпертензію, що були розділені на 3 групи і 20 практично здорових осіб. Порівняльну оцінку параметрів якості життя проводили за допомогою опитувальника SF-36.

Результати. У всіх хворих на ревматоїдний артрит та артеріальну гіпертензію на початку дослідження виявлено зниження показників якості життя у порівнянні із практично здоровими особами. Під час дослідження виявлено, що якість життя пацієнтів залежить від ефективності лікування.

Висновки. Показники ЯЖ у хворих на РА та АГ можуть бути використані в якості оцінки ефективності проведеної терапії.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, гіпертензія, якість життя, SF-36

1 Актуальність

На сьогоднішній день велика увага приділяється коморбідним станам, які мають взаємообтяжуючий перебіг, провокують загострення, перешкоджають настанню повноцінної ремісії, призводять до розвитку взаємоускладнень тощо. Особливий вплив спричиняє взаємопоеднана патологія на функціональні можливості організму, яка призводить до модифікації способу життя пацієнта та ініціює проблемність соціальної адаптації та погіршення якості життя (ЯЖ). [1],[3],[4]

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, якість життя визначається як індивідуальне співвідношення людиною свого становища в житті суспільства з власними цілями, планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. [1],[2]

Визначення функціональної спроможності пацієнта в Україні досі залишається проблематичним, натомість у країнах Європи та США визначення функціональної недостатності у пацієнтів з ЮРА - неодмінний рутинний діагностичний критерій, оскільки дає можливість оцінити вплив захворювання на якість життя [6].

На оцінку ЯЖ людини впливає цілий ряд факторів: фізичний, психічний і емоційний стан, ступінь її фінансової незалежності, рівень соціалізації, громадське положення, стан навколишнього середовища. [5],[7] Більшість людей, яке б захворювання в них не спостерігалось, налаштована на продовження свого життя, покращання його якості, здатність адаптуватися до проявів свого захворювання і відчувати себе комфортно в цій ситуації. Тому, поряд з одним з головних завдань лікаря при веденні хворого є не лише досягнення клініко-лабораторної ремісії та запобігання прогресуванню захворювання, але і поліпшення самопочуття та ЯЖ хворого. [2],[8]

Мета роботи. Дослідити показники якості життя у пацієнтів з ревматоїдним артритом та артеріальною гіпертензією під впливом різного медикаментозного лікування.

2 Матеріали і методи

Після отримання інформованої згоди в дослідження було включено 89 осіб з РА та АГ (25 чол., 64 жін., у віці від 30 до 65 років). Визначення ступеню та стадії АГ проводили на підставі сучасної класифікації Українського товариства кардіологів та Клінічних рекомендацій з артеріальної гіпертензії Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension (ESH)) та Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology (ESC)) 2013 року.

Діагноз РА був встановлений на основі діагностичних критеріїв РА (ACR/EULAR, 2010) та критеріїв, що були прийняті Американським коледжем ревматологів ACR (1987 р.).

Всі хворі були розподілені на 3 групи, на підставі даних обстеження в залежності від ступеня активності РА та виду лікування ревматоїдного артриту.

До першої групи увійшли 32 пацієнти з мінімальною активністю РА (коли DAS 28 < 5,1), які отримували метотрексат у дозі 7,5 мг на тиждень, а у фазі загострення - ГК в початковій дозі 15,0-20,0 мг з поступовим її зниженням по 2,5 мг на тиждень і залишались на підтримувальній дозі 2,5 або 5,0 мг до кінця дослідження.

До другої групи увійшли 30 пацієнтів, у яких був 3-й ступінь активності РА (індекс DAS 28 > 5,1), які не мали

протипоказів до призначення інфліксимабу. Вони отримували метотрексат у дозі 7,5 мг на тиждень та інфліксимаб у дозі 3 мг/кг в/в крапельно через інфузомат на початку лікування, через 2 тижні, потім через 6 тижнів і через кожні 8 тижнів упродовж 6 місяців.

До третьої групи увійшли 27 пацієнтів, які мали також третій ступінь активності РА (індекс DAS 28 > 5,1), але мали протипокази до призначення інфліксимабу, і тому отримували тільки метотрексат від 15,0 мг (по 5,0 мг x 3) до 22,5 мг (по 7,5 мг x 3) на тиждень.

Всі пацієнти, включені у дослідження, для лікування артеріальної гіпертензії отримували препарат Екватор (амлодипін – 5,0 мг, лізиноприл – 10,0 мг) по 1 таблетці 1 раз на добу.

Контрольна група складалася з 20 практично здорових осіб віком від 30 до 65 років.

В роботі якість життя пацієнтів досліджували за допомогою стандартизованого неспецифічного опитувальника SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status), який пацієнт заповнював самостійно до початку лікування та при кожному наступному візиті. Опитувальник SF-36 складається з 36 питань, об'єднаних у 8 наступних шкал, що дозволяють найбільшою мірою оцінювати взаємозв'язок ЯЖ з соціальним статусом, психічним здоров'ям і загальним благополуччям пацієнта:

- фізична активність (ФА) - оцінює міру самообслуговування, ходьбу, підйом по сходах, перенесення важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я;
- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) - характеризує ступінь обмеження в повсякденній діяльності через проблеми з фізичним здоров'ям. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта;
- інтенсивність болю (ІБ) - відображає інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта;

- загальний стан здоров'я (ЗСЗ) - оцінка хворим свого стану здоров'я на даний момент та в подальшому протягом лікування. Чим нижчий бал за цією шкалою, тим нижче оцінка стану здоров'я;
- життєва активність (ЖА) - оцінка відчуття пацієнтом повноти сил та енергії. Низькі бали свідчать про стомленість пацієнта, зниження життєвої активності;
- соціальна активність (СА) - визначається ступенем, яким фізичний або емоційний стан обмежують соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану;
- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) - передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо. Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану;
- психічне здоров'я (ПЗ) - характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, оцінює загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічного неблагополуччя;

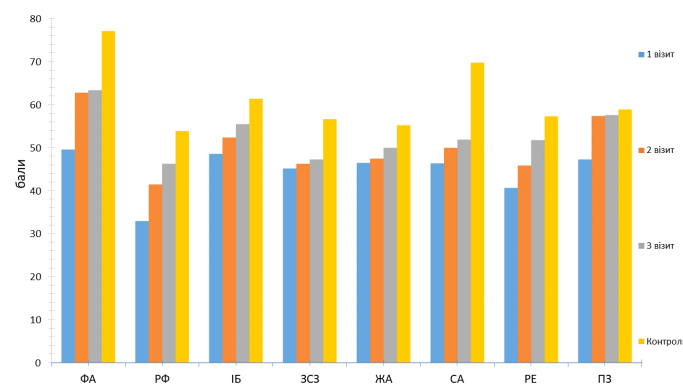
Фізичний статус пацієнта оцінюється за п'ятьма шкалами (ФА, РФ, ІБ, ЗСЗ, ЖА), психосоціальний - також за п'ятьма шкалами (СА, РЕ, ПЗ, ЗСЗ, ЖА). Причому показники ЗСЗ та ЖА визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини.

Максимальне значення всіх шкал при повній відсутності обмежень чи порушень здоров'я дорівнює 100. Чим вищий показник по кожній шкалі, тим кращою є ЯЖ по цьому параметру.

3 Результати та їх обговорення

Як показано на рис. 1, у хворих першої групи з РА та АГ, у порівнянні з показниками ЯЖ здорових осіб, при

Рис. 1: Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів І групи.



першому візиті була вірогідно погіршена ЯЖ за всіма шкалами: ФА був нижчим в 1,56 рази, РФ - в 1,63 рази, ІБ - в 1,26 рази, ЗСЗ - в 1,25 рази, ЖА - в 0,12 рази при ($p < 0,05$), що відображають фізичний стан пацієнта та за шкалами СА - в 1,51 рази, РЕ - в 1,41 рази, ПЗ - в 1,25 рази при ($p < 0,05$), які характеризують психосоціальний статус, що підтверджувалося достовірним зниженням цих показників.

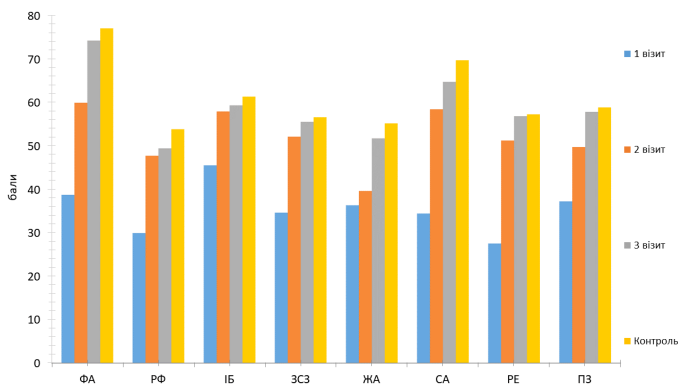
Значне пригнічення «фізичної активності» у пацієнтів першої групи, у порівнянні з показниками здорових осіб, було обумовлене обмеженням можливостей пацієнта виконувати свої повсякденні фізичні навантаження. Це, у свою чергу, призводило до зниження показників «ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», тобто фізична неспроможність пацієнта ініціювала появу проблем у емоційній сфері.

Усі ці фактори сприяли зниженню оцінки ЯЖ у пацієнтів при поєднанні РА з АГ.

При другому та третьому візитах в процесі лікування, показники ЯЖ за всіма шкалами ФА, РФ, ІБ, ЗСЗ, ЖА, що відображають фізичний стан пацієнта, та за шкалами СА, РЕ, ПЗ, ЗСЗ, ЖА, які характеризують психосоціальний статус, значно покращувались, але не сягали показників здорових осіб, що підтверджувалося достовірним зниженням цих показників при ($p < 0,05$).

При порівнянні показників якості життя хворих другої групи (рис. 2) з показниками ЯЖ здорових осіб при першому візиті було встановлено, що наявність патології вірогідно погіршувала ЯЖ за всіма шкалами, що

Рис. 2: Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів II групи.



відображують фізичний стан та психосоціальний статус пацієнтів.

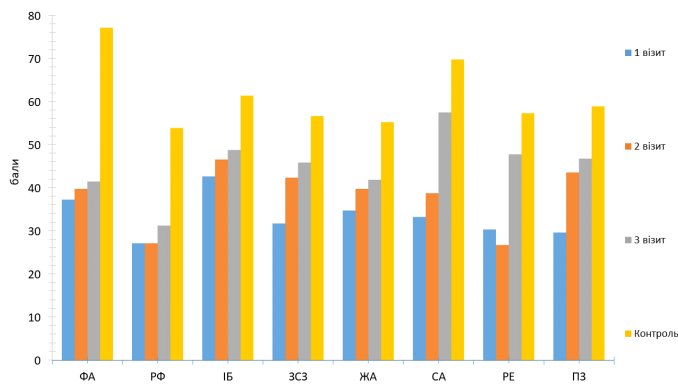
На другому візиті в процесі лікування показники ЯЖ за всіма шкалами, що вивчали, значно покращувались. До третього візиту показники всіх шкал прогресивно покращувались і майже сягали показників здорових осіб, що підтверджувалося достовірними значеннями.

При порівнянні показників якості життя у хворих третьої групи (рис. 3) з показниками здорових осіб на першому візиті реєструвалось зниження ЯЖ за всіма шкалами, що відображують фізичний стан та психосоціальний статус пацієнтів.

На повторних візитах в процесі лікування показники ЯЖ за всіма шкалами, що відображують фізичний стан пацієнта, та за шкалами, які характеризують психосоціальний статус, дещо покращувались, але на третьому візиті ще значно відрізнялись від показників здорових осіб ($p < 0,05$), при цьому вони залишались зниженими: ФА - в 1,86 рази, РФ - в 1,72 рази, ІБ - в 1,26 рази, ЗСЗ - в 1,23 рази, ЖА - в 1,32 рази, СА - в 1,21 рази, РЕ - в 1,20 рази, ПЗ - в 1,26 рази.

При порівнянні показників якості життя у хворих другої та третьої груп (табл. 1) на першому візиті вірогідної різниці в показниках не спостерігалось. На другому візиті показники ЯЖ у хворих третьої групи в порівнянні з показниками пацієнтів другої групи були нижчими за всіма шкалами, що відображують фізичний стан та психосоціальний статус пацієнтів, а на третьому візиті

Рис. 3: Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів III групи



ті ці показники мали ще більшу різницю, т.ч. показники ЯЖ у пацієнтів третьої групи в процесі лікування мали більш позитивну динаміку.

В результаті, показник ФА у хворих другої групи залишався нижчим за показник ФА у хворих третьої групи в 1,79 рази, РФ - в 1,58 рази, ІБ - в 1,22 рази, ЗСЗ - в 1,21 рази, ЖА - в 1,24 рази, СА - в 1,13 рази, РЕ - в 1,19 рази, ПЗ - в 1,24 рази ($p < 0,05$).

4 Висновки

Таким чином, можна припустити, що кількісна варіабельність компонентів якості життя, що проявляються змінами в певних шкалах опитувальника SF-36, є віддзеркаленням впливу РА та АГ на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання та, у зв'язку з його наявністю, можливістю особистісної активної адаптації в оточуючому середовищі. Дані обставини можуть вносити певні корективи у перебіг захворювання та ефективність лікування, що слід враховувати при веденні даної категорії хворих. Адже ЯЖ хворих на РА у поєднанні з АГ взаємопов'язана з клінічною динамікою та результатами досягнутого ефекту в лікуванні. Дослідження показників ЯЖ пацієнтів з РА та АГ дає можливість додаткового отримання інформації про перебіг захворювання, підвищує об'єктивність оцінки лікування в динаміці.

Доведено, що психологічні проблеми і зниження якості життя пацієнтів, в великій мірі, залежать від фі-

Табл. 1: Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів II та III груп.

Показник ЯЖ (М ± m)	I візит		II візит		III візит	
	група		група		група	
	II	III	II	III	II	III
ФА	38,7 ± 3,5	37,2 ± 1,7	59,9 ± 2,7	39,7 ± 3,6	74,2 ± 4,7	41,4 ± 4,2
РФ	29,9 ± 1,6	27,1 ± 1,6	47,7 ± 2,2	27,1 ± 3,2	49,4 ± 2,5	31,2 ± 3,3
ІБ	45,5 ± 2,8	42,6 ± 4,3	57,9 ± 4,5	46,5 ± 3,6	59,3 ± 1,9	48,7 ± 4,0
ЗСЗ	34,6 ± 3,2	31,7 ± 3,2	52,1 ± 3,3	42,3 ± 2,1	55,5 ± 2,9	45,8 ± 2,7
ЖА	36,3 ± 1,9	34,7 ± 1,9	39,6 ± 2,7	39,7 ± 2,9	51,7 ± 3,0	41,8 ± 3,4
СА	34,4 ± 2,1	33,2 ± 1,6	58,4 ± 3,6	38,7 ± 3,5	64,7 ± 2,7	57,4 ± 2,7
РЕ	27,5 ± 3,9	30,3 ± 3,9	51,2 ± 3,8	26,7 ± 4,1	56,8 ± 3,3	47,7 ± 4,1
ПЗ	37,2 ± 2,2	29,6 ± 3,2	49,7 ± 4,1	43,5 ± 3,1	57,8 ± 3,7	46,7 ± 3,4

Примітки: знаком * позначені вірогідні відмінності ($p < 0,05$) в порівнянні показників другої та третьої групи.

зичних параметрів, що може свідчити про необхідність проведення таким пацієнтам, поряд з соматотропною терапією, психотерапевтичних заходів за диференційованими індивідуалізованими програмами.

Література

- [1] Amirdjanova V. N. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis treated with certolizumab pegol / V. N. Amirdjanova, E. Y. Pogozheva // *Rheumatology Science and Practice*. - 2012. - V. 50, I. 5. - P. 80-84.
- [2] Кузьміна А. П. Оцінка якості життя хворих на ревматоїдний артрит при спостереженні на амбулаторному етапі лікування / А. П. Кузьміна, О. О. Урясьєва // *Український ревматологічний журнал*. - 2007. - Т. 3. - С. 79-80.
- [3] Симонова Я. О. Качество жизни больных ревматоидным артритом как критерий эффективности лечения / Я. О. Симонова, Н. М. Никитина, А. П. Ребров // *Сибирский медицинский журнал*. - 2009. - Т. 91, № 8. - С. 79-81.
- [4] Dougados M. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA) / M. Dougados, M. Soubrier, A. Antunez // *Ann Rheum Dis*. - 2014. - V. 73, I. 1. - P. 62-68.
- [5] Lutze U. The impact of arthritis on daily life with the patient perspective in focus / U. Lutze, B. Archenholtz // *Scand J Caring Sci*. - 2007. - V. 21. - P. 64-70.
- [6] Sawhney S. Outcome measures in pediatric rheumatology / S. Sawhney, M. Agarwal // *Indian J Pediatr*. - 2010. - V. 77, I. 10. - P. 1183-1189.
- [7] Turesson C. Increased incidence of cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: results from a community based study / C. Turesson, A. Jarenros, L. Jacobsson // *Annals of the Rheumatic Diseases*. - 2004. - V. 63, I. 8. - P. 952-955.
- [8] Ware J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller. - Boston: New England Medical Center, 1994.

Quality of life in patients with comorbid current rheumatoid arthritis and arterial hypertension

Pekhenko V. ¹Alifer O. ¹

¹Department of Family Medicine, Bogomolets National Medical University

Abstract

Background. Much attention is paid to comorbid states, which have a mutually burdensome, provoke exacerbations, impede the completion of full remission, lead to the development of complications, etc. This pathology has a particular impact on the functional capabilities of the body, it leads to a modification of the lifestyle of the patient and triggers the problem of social adaptation and deterioration of the quality of life.

Methods. The study was conducted in 89 patients with rheumatoid arthritis and arterial hypertension, which were divided into 3 groups and 20 practically healthy individuals. The comparative estimation of quality of life parameters was performed using the questionnaire SF-36.

Results. In all patients with rheumatoid arthritis and hypertension at baseline showed a reduction in quality of life scores compared to healthy individuals. The study found that improving the quality of life of patients depends on the effectiveness of treatment.

Conclusion. Thus, the definition of quality of life of patients with RA and hypertension can be used as an assessment of the effectiveness of the therapy.

Keywords: rheumatoid arthritis, hypertension, quality of life, SF-36