

© І.В. Чопей, Д.В. Мойсюк, Ю.В. Корсак, 2013

УДК 616-008.83-056.52-092.12-07

І.В. ЧОПЕЙ¹, Д.В. МОЙСЮК¹, Ю.В. КОРСАК²*Ужгородський національний університет, ¹Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини; ²медичний факультет, кафедра госпітальної терапії, Ужгород***ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

У статті представлено результати вивчення якості життя хворих із метаболічним синдромом із використанням методики письмового анкетування за допомогою опитника SF-36. Результати свідчать про суттєве погіршення якості життя таких пацієнтів, порівняно із практично здоровими людьми. Також показано зменшення показників ментального компоненту здоров'я зі збільшенням ступеня ожиріння у таких хворих.

Ключові слова: якість життя, метаболічний синдром, ожиріння

Вступ. Протягом останнього століття найбільшу частку загальної захворюваності людства займають хронічні неінфекційні захворювання, які супроводжують людину до кінця її життя. Широке розповсюдження таких хвороб здебільшого вимагає довічного лікування, призводить до розвитку ускладнень та обтяжує перебіг супровідних захворювань. Усі ці фактори, безумовно, погіршують самопочуття хворого, перешкоджають людині здійснювати свої персональні та суспільні обов'язки, тобто, погіршують якість їхнього життя [3].

Якість життя – це ступінь комфортності людини як усередині себе, так і у рамках суспільства. ВООЗ визначає якість життя як „сприйняття індивідами їхнього становища у житті у контексті культури і систем цінностей, у яких вони живуть, відповідно до їхніх власних цілей, очікувань, стандартів та турбот”. Вважають, що оцінювання стану пацієнта виключно лікарем одноосібно є занадто суб'єктивним і не відображає повної картини ситуації. Якість життя є головною метою лікування пацієнтів при захворюваннях, які не обмежують тривалості життя; додатково – при хворобах, які її обмежують (головною метою у цих групах є збільшення тривалості життя); єдиною – у випадку невиліковних захворювань [1].

Сьогодні світ охопила, за словами деяких дослідників, справжня пандемія захворювань, основою розвитку яких є інсулінорезистентність та патогенетично пов'язані із нею стани, – абдомінальне ожиріння, порушення вуглеводного, ліпідного, пуринового обміну, артеріальна гіпертензія із відповідними наслідками у вигляді цукрового діабету 2 типу, есенціальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, інших форм атеросклерозу та їх ускладнень [3]. Сучасні дослідники визначають поєднання таких захворювань і станів терміном „метаболічний синдром”. До цього часу серед науковців немає єдиної думки щодо чіткого визначення критеріїв метаболічного синдрому, як і досі немає виділеного окремо захворювання у міжнародній класифікації хвороб.

Поширеність метаболічного синдрому коливається від 6 до 40 відсотків, залежно від обраних

діагностичних критеріїв, величини досліджуваної популяції та її вікового, статевого і етнічного складу, роду занять та особливостей традицій способу життя, що, безумовно, виводить цю проблему на одне із чільних місць сучасної медицини [1]. Немає сумнівів, що присутність у людини компонентів метаболічного синдрому впливає на якість її життя.

Мета дослідження. Дослідити показники якості життя у хворих із метаболічним синдромом, оцінити та порівняти їх із показниками якості життя у практично здорових людей.

Матеріали та методи. У дослідження включено 100 хворих із метаболічним синдромом, відбір яких проведено згідно з критеріями Міжнародної діабетичної федерації. Серед хворих було 46% чоловіків та 54% жінок. У якості контрольної групи опитано 44 особи (практично здорові люди), серед яких 79,5% жінок та 20,5% чоловіків.

Критерії включення у дослідження:

1. Центральний (абдомінальний) тип ожиріння – обсяг талії > 94 см у чоловіків та > 80 см у жінок.
2. Наявні два критерії із наступних:
 - 2.1. Рівень ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л або попереднє лікування гіпертригліцеридемії.
 - 2.2. Рівень ХС ЛПВЩ < 1,03 ммоль/л у чоловіків (< 1,29 ммоль/л у жінок) або попереднє лікування дисліпідемії.
 - 2.3. АТ $\geq 130/85$ мм рт. ст. або попереднє виявлення чи лікування артеріальної гіпертензії.
 - 2.4. Рівень глюкози плазми натще $\geq 5,6$ ммоль/л або попередньо виявлений цукровий діабет 2 типу.
3. Згода пацієнта пройти опитування.

Критерії виключення із дослідження:

1. Гострі стани, які різко погіршують якість життя хворих (гострий коронарний синдром, гіпертензивна криза, нестабільна стенокардія, гострий інфаркт міокарда тощо).
2. Декомпенсований перебіг хронічних захворювань (серцева недостатність III-IV функціонального класу за NYHA, неком-

пенсований цукровий діабет, важкі захворювання печінки та нирок).

3. Важкі супутні захворювання, перебіг яких може суттєво вплинути на показники якості життя та спотворити їх оцінювання.
4. Зловживання алкоголем, наркотиками.
5. Психічні захворювання, які можуть перешкодити адекватному оцінюванню пацієнтом свого стану.

Кожний обстежений заповнив анкету SF-36 – найбільш прийнятну для вивчення якості життя у хворих із метаболічним синдромом за висновками Європейського товариства ендокринологів. Під час обробки результатів вивчено ряд показників, які у підсумку дозволили обчислити два параметри якості життя: фізичний компонент здоров'я (PH)

та ментальний компонент здоров'я (MH). Крім того, проаналізовано показники якості життя хворих залежно від ступеня ожиріння, за яким хворих поділено на три групи: 1 група – хворі з індексом маси тіла (ІМТ) від 30,0 до 34,9 кг/м² (n=24); 2 група – хворі з ІМТ від 35,0 до 39,9 кг/м² (n=44); 3 група – хворі з ІМТ 40,0 кг/м² і більше (n=32), які суттєво не відрізнялися за віком (p>0,05).

Статистичну обробку проведено за допомогою статистичних інструментів програми Microsoft Excel із обчисленням показників описової статистики та перевіркою нульової гіпотези (t-тест Стьюдента).

Результати досліджень та їх обговорення. Після обробки отриманих результатів опитування отримано такі показники (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Показники якості життя обстежених осіб, залежно від статі

Показник	Хворі із метаболічним синдромом			Контрольна група		
	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
Вік, років	54,6±1,21	51,4±1,29	52,9±0,90	20,9±0,31	21,1±0,08	21,0±0,09
ІМТ, кг/м ²	37,5±0,53	38,0±0,75	37,8±0,47	23,3±0,92	19,9±0,45	20,6±0,45
PH, %	36,4±1,36	36,0±1,01	36,0±0,83	81,4±3,34	70,1±2,40	72,4±2,13
MH, %	43,2±1,31	41,4±1,54	42,2±1,03	73,4±5,49	62,6±3,02	64,8±2,71

Примітка: пояснення у тексті.

Таблиця 2

Показники якості життя обстежених осіб, залежно від ІМТ

Показник	1 група (n=24)	2 група (n=44)	3 група (n=32)	Контрольна група (n=44)
Вік, років	50,2±2,88	53,9±1,24	53,5±0,61	21,0±0,09
ІМТ, кг/м ²	32,6±0,29	37,0±0,24	42,8±0,75	20,6±0,45
PH, %	35,8±1,70	36,4±0,88	35,5±1,93	72,4±2,13
MH, %	48,3±2,36	42,4±1,42	37,5±1,40	64,8±2,71

Примітка: пояснення у тексті.

У групі хворих із метаболічним синдромом чоловіки та жінки суттєво не відрізнялися за віком та ІМТ (p>0,05). У контрольній групі чоловіки мали істотно вищий ІМТ, ніж жінки (p=0,007), за віком відрізнялися несуттєво (p>0,05).

Показники фізичного компоненту здоров'я (PH) у хворих із метаболічним синдромом були істотно меншими (у 2,1 разу), ніж в осіб контрольної групи (p=2,0·10⁻²²), причому це стосувалося як чоловіків – у 2,2 разу (p=8,0·10⁻⁸), так і жінок – у 1,9 разу (p=3,0·10⁻¹⁷). Подібну ситуацію спостерігали і щодо ментального компоненту здоров'я (MH), показники якого були суттєво меншими у хворих із метаболічним синдромом (у 1,5 разу), порівняно із досліджуваними контрольної групи (p=2,0·10⁻¹⁰), як у чоловіків – у 1,7 разу (p=0,0005), так і у жінок – у 1,5 разу (p=7,0·10⁻⁸).

У 1-ій, 2-ій та 3-ій групах хворі суттєво не відрізнялися за віком (p>0,05). У порівнянні з контрольною групою показники фізичного компоненту здоров'я (PH) були істотно меншими у всіх ваго-

вих групах: у 1-ій групі – у 2,02 разу (p=2,0·10⁻²⁰), у 2-ій – у 1,99 разу (p=3,0·10⁻²²) та у 3-ій – 2,03 разу (p=2,0·10⁻²⁰). Те саме спостерігалось й із показниками ментального компоненту здоров'я (MH): у 1-ій групі – у 1,34 разу (p=0,00002), у 2-ій – у 1,53 разу (p=4,0·10⁻¹⁰) та у 3-ій – у 1,73 разу менше (p=7,0·10⁻¹³), ніж у контрольній групі.

Отримані результати переконливо свідчили, що у хворих із метаболічним синдромом якість життя істотно гірша, ніж у здорових осіб, незважаючи на те, що хворі суб'єктивно практично не висловлювали скарг, пов'язаних із підвищенням рівня глікемії, високим артеріальним тиском чи порушеннями ліпідного обміну, що однаково стосувалося як чоловіків, так і жінок. Ці дані узгоджуються із дослідженнями J. H. Nap та співавторів (2009), які виявили істотне погіршення показників якості життя, проводячи опитування пацієнтів із метаболічним синдромом за допомогою опитувальників EQ-5D і EQ-VAS [4]. У дослідженні G. H. Frisman та співавторів (2009) теж показано зниження пока-

зників фізичної активності у хворих із метаболічним синдромом, однак зниження ментальних показників зауважено лише у хворих жінок. На їхню думку, погіршення соціального функціонування пов'язане не з метаболічним синдромом, а із сидячим способом життя, якого дотримуються такі пацієнти [6]. Дослідження М. Roriz-Cruz та співавторів (2007) доводить чіткий зв'язок між метаболічним синдромом та погіршенням якості життя, депресією та когнітивними розладами. Однак немає даних про взаємозв'язок ІМТ та показників якості життя у таких пацієнтів [2].

Значно цікавіші результати отримано під час аналізу показників якості життя серед хворих із різним ступенем ожиріння. Незалежно від вагової категорії, показники фізичного компоненту здоров'я (РН) суттєво не відрізнялися між собою ($p > 0,05$), натомість показники ментального компоненту здоров'я суттєво зменшувалися зі збільшенням ІМТ: у 1-ій групі суттєво вище, ніж у 2-ій ($p = 0,018$), у 1-ій і 2-ій групах вище, ніж у 3-ій ($p = 0,0001$ та $0,008$ відповідно).

Отримані результати свідчать, що пацієнти розуміють обмеження власних фізичних можливостей щодо фізичного функціонування, виконання звичної роботи, зауважують певні больові відчуття під час фізичного навантаження та відчують загальне погіршення власного здоров'я, однак суб'єктивно оцінюють таке погіршення однаково,

незалежно від ступеня ожиріння. У той же час погіршення ментального функціонування, більш значне виснаження, емоційні перешкоди щодо виконання власних обов'язків, зокрема погіршення соціального функціонування та емоційного самопочуття, оцінюється такими пацієнтами об'єктивніше, що і виражається у зниженні показника ментального здоров'я зі зростанням ІМТ. Разом із тим, А. G. Tsai зі співавторами (2008) наводять протилежні результати, де демонструють зниження показників фізичного компоненту здоров'я разом із підвищенням ІМТ і не зауважують суттєвого зменшення ментальних показників у хворих із метаболічним синдромом. Такі розбіжності можна пояснити відмінністю у відборі пацієнтів для дослідження, адже автори не включали у дослідження хворих зі встановленим діагнозом цукрового діабету 2 типу, а отже, у результатах не відображено його впливу на якість життя [5].

Висновки. У хворих із метаболічним синдромом спостерігається істотне зниження якості життя, порівняно із практично здоровими людьми, що проявляється зменшенням показників фізичного і ментального компонентів здоров'я у 1,5-2 рази як у чоловіків, так і у жінок.

Збільшення ступеня ожиріння супроводжується істотним погіршенням ментального компоненту якості життя, однак практично не впливає на фізичний компонент здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Corica F. Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS Study. Metabolic and psychological correlate of HRQL / F. Corica, A. Corsonello, G. Apolone, E. Mannucci [et al.] // *International Journal of Obesity*. — 2008. — Vol. 32. — P. 185—191.
2. Roriz-Cruz M. Stroke-Independent Association Between Metabolic Syndrome and Functional Dependence, Depression, and Low Quality of Life in Elderly Community-Dwelling Brazilian People / M. Roriz-Cruz, I. Rosset, T. Wada, T. Sakagami [et al.] // *Journal of the American Geriatrics Society*. — 2007. — Vol. 55, Iss. 3. — P. 374—382.
3. James P. T. The obesity epidemic, metabolic syndrome and future prevention strategies / P. T. James, N. Rigby, R. Leach // *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. — 2004. — Vol. 11. — P. 3—8.
4. Han J. H. Metabolic syndrome and quality of life (QOL) using generalised and obesity-specific QOL scales / J. H. Han, H. S. Park, C. I. Shin, H. M. Chang [et al.] // *International Journal of Clinical Practice*. — 2009. — Vol. 63, Iss. 5. — P. 735—741.
5. Tsai A. G. Metabolic Syndrome and Health-related Quality of Life in Obese Individuals Seeking Weight Reduction / A. G. Tsai, T. A. Wadden, D. B. Sarwer, R. I. Berkowitz [et al.] // *Obesity*. — 2008. — Vol. 16, Iss. 1. — P. 59—63.
6. Frisman G. H. Psychosocial Status and Health Related Quality of Life in Relation to the Metabolic Syndrome in a Swedish Middle-Aged Population / G. H. Frisman, M. Kristenson // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. — 2009. — Vol. 8, №. 3. — P. 207—215.

I.V. CHOPEY¹, D.V. MOYSYUK¹, Yu.V. KORSAK²

Uzhhorod National University, ¹Institute of Postgraduate Education and Pre-University Training, Chair of Therapy and Family Medicine; ²Medical Faculty, Chair of Hospital Therapy, Uzhhorod

QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

This issue deals with the results of quality of life evaluation in patients with metabolic syndrome using the method of SF-36 survey. The results show significant worsening of quality of life in this patients in comparison with healthy individuals. The decrease in mental health is shown alongside with body mass index increase in this patients.

Key words: quality of life, metabolic syndrome, obesity

Стаття надійшла до редакції: 25.10.2012 р.