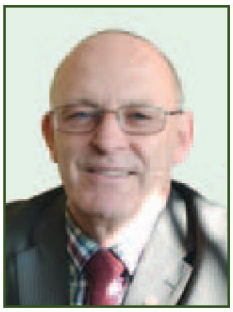
УДК 616.36-003.826:616.127-005.4]-036.868



ІВАЧЕВСЬКА В.В., ЧОПЕЙ І.В.
Ужгородський національний університет
Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА СТАБІЛЬНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Резюме. *У статті подано результати аналізу якості життя пацієнтів з ізольованим перебігом неалкогольної жирової хвороби печінки та в поєднанні зі стабільними формами ішемічної хвороби серця. Якість життя оцінювали методом анкетування із застосуванням опитувальника SF-36. Виявлено, що ішемічна хвороба серця обтяжує перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки за показниками як фізичного, так і психосоціального здоров'я.*

Ключові слова: *неалкогольна жирова хвороба печінки; ішемічна хвороба серця; якість життя; опитувальник SF-36.*

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є одним із найпоширеніших захворювань печінки, що зустрічається в 10–30 % загальної популяції як розвинутих країн, так і країн, що розвиваються [1–3]. Провідну роль у патогенезі НАЖХП відіграє інсулінорезистентність та метаболічний синдром. Серед більшості пацієнтів спостерігається надмірна вага та ожиріння, порушення толерантності до вуглеводів, дисліпідемія та артеріальна гіпертензія, які й вважаються факторами ризику цього захворювання [4, 5].

Дані останніх досліджень свідчать про те, що НАЖХП можна вважати незалежним фактором ризику серцево-судинних захворювань [6]. Проте на цей час відсутні дані щодо якості життя (ЯЖ) пацієнтів із поєднаним перебігом цих двох патологій.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ЯЖ визначається як індивідуальне співвідношення людиною свого становища в житті суспільства з власними цілями, планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. На оцінку ЯЖ впливає цілий ряд факторів: фізичний, психічний та емоційний стан людини, а також ступінь її незалежності, громадське становище, особисті уявлення і стан навколишнього середовища [7]. Оцінка якості життя як інтегрального показника фізичного, соціального, емоційного та психологічного функціонування хворого стала невід'ємним елементом сучасних комплексних рандомізованих досліджень у різних галузях медицини.

Проте не варто забувати про такий важливий показник ЯЖ, як здатність хворої людини адаптуватися до проявів свого захворювання і відчувати себе комфортно в цій ситуації. Тому в той час як для лікаря одним із головних завдань при веденні хворого є досягнення клініко-лабораторної ремісії та запобігання прогресуванню захворювання, для пацієнта першочерговою метою є поліпшення самопочуття і всіх аспектів якості життя, що в умовах наявності коморбідної патології є особливо важливим.

Мета дослідження — оцінка якості життя у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки, асоційовану з ішемічною хворобою серця (ІХС).

© Івачевська В.В., Чопей І.В., 2014
© «Гастроентерологія», 2014
© Заславський О.Ю., 2014

Матеріал і методи

Основну групу становили 42 пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки та стабільними формами ішемічної хвороби серця (стенокардія напруження I–III функціонального класу (ФК)). Діагноз НАЖХП було встановлено за клініко-лабораторними даними та результатами ультразвукового дослідження. Діагноз стабільної стенокардії I–III ФК встановлювали за клінічними проявами захворювання, даними ЕКГ та ЕхоКГ, результатами проб із дозованим фізичним навантаженням і за даними коронароангіографії. Групу порівняння становили 38 осіб з ізольованим перебігом НАЖХП. Пацієнти обох груп були порівнянними за статтю та віком.

Оцінку ЯЖ проводили за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36), який хворі заповнювали власноруч. Опитувальник SF-36 [8] складається з 36 питань, розподілених на 8 шкал: фізичне функціонування (ФФ), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕ)) та психічне здоров'я (ПЗ). Результати отримують у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами та двома категоріями (фізичний та психічний компоненти здоров'я). Фізичний статус пацієнта оцінюється за п'ятьма шкалами (ФФ, РФ, ІБ, ЗЗ, ЖА), психосоціальний статус також характеризують п'ять шкал (РЕ, СФ, ПЗ, ЗЗ, ЖА). Причому показники ЗЗ та ЖА визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини.

Показники кожної шкали варіюють від 1 до 100, де 100 — повне здоров'я [9]. Статистичний аналіз отриманих даних проводили з використанням програми Statistica 6.0. Дані оцінок за шкалою SF-36 подані згідно з методичними вказівками до підрахунку даного опитувальника.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати анкетування хворих за опитувальником SF-36 наведено в табл. 1. Як показано в табл. 1, наявність супутньої ІХС вірогідно погіршувала ЯЖ хворих на НАЖХП за всіма шкалами, що відображують фізичний стан пацієнта ($p < 0,05$). Показник фізичного функціонування в основній групі становив (48,5 ± 2,8), а у пацієнтів групи порівняння був вищим — (63,8 ± 2,9) ($p < 0,05$). Показник повсякденної життєдіяльності (РФ) також був вірогідно нижчим у пацієнтів із НАЖХП та ІХС на противагу показникам пацієнтів з ізольованим перебігом НАЖХП ((35,9 ± 1,5) та (54,4 ± 2,3) відповідно). Порівнявши показник болю (ІБ) в обстежених групах спостерігали вірогідно нижчий показник у пацієнтів з ізольованою НАЖХП — 60,1 ± 3,0 ($p < 0,05$). Загальне здоров'я було значно нижчим у пацієнтів основної групи, ніж у пацієнтів групи порівняння ((32,5 ± 2,7) проти (52,1 ± 3,9), $p < 0,05$). Це свідчить про значні обмеження хворих з НАЖХП, асоційованою з ІХС, при самообслуговуванні, а також виконанні повсякденних фізичних навантажень.

При оцінці психосоціального статусу також відмічався негативний вплив на ЯЖ супутньої ІХС, що підтверджувалося вірогідним зниженням його показників в основній групі, окрім показників соціального функціонування та психічного здоров'я, відмінності за якими по групах не були вірогідними ($p > 0,05$). Так, показник рольового функціонування, зумовлений емоційним станом, становив (40,7 ± 2,2) у пацієнтів основної групи та (56,8 ± 3,1) — у пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$).

Значне пригнічення фізичної активності в пацієнтів основної групи при зіставленні з групою порівняння було обумовлене обмеженням можливостей пацієнта виконувати типові повсякденні фізичні навантаження. Це, у свою чергу, призводило до зниження показників ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, тобто фізична неспроможність пацієнта ініціюва-

Таблиця 1 — Показники якості життя за опитувальником SF-36 в балах в обстежених хворих (M ± m)

Шкали	Хворі на НАЖХП та ІХС	Хворі на НАЖХП
ФФ	48,5 ± 2,8*	63,8 ± 2,9
РФ	35,9 ± 1,5*	54,4 ± 2,3
ІБ	63,1 ± 4,1*	60,1 ± 3,0
ЗЗ	32,5 ± 2,7*	52,1 ± 3,9
ЖА	44,3 ± 2,9*	56,7 ± 3,2
СФ	48,9 ± 1,8	50,1 ± 2,7
РЕ	40,7 ± 2,2*	56,8 ± 3,1
ПЗ	57,4 ± 3,1	61,4 ± 4,0

Примітка. * — розбіжності вірогідні ($p < 0,05$) порівняно з аналогічним показником групи порівняння.

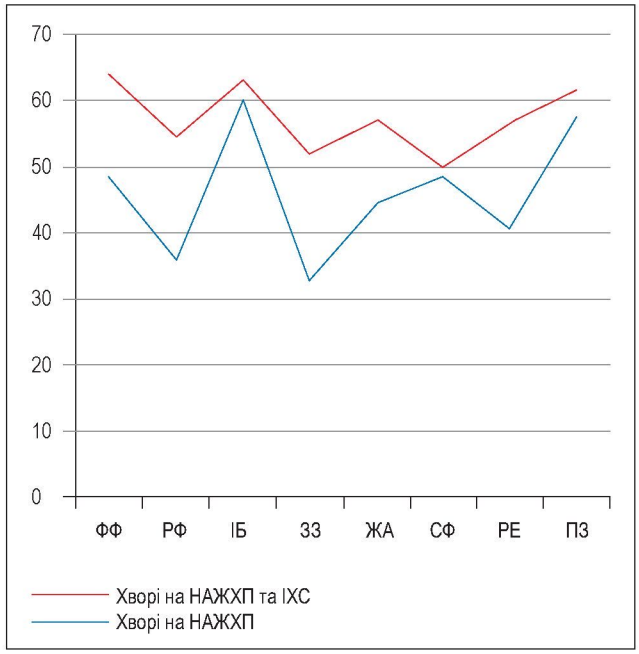


Рисунок 1 — Стан якості життя за опитувальником SF-36 в обстежених пацієнтів

ла появу проблем в емоційній сфері, що може негативно впливати на лікування та реабілітацію хворого.

Усі ці фактори сприяли зниженню оцінки загального стану здоров'я в пацієнтів із поєднаним перебігом НАЖХП та ІХС, що є провідним показником сприйняття пацієнтом наявності хвороби.

Таким чином, можна припустити, що кількісна варіабельність компонентів якості життя, що проявляються змінами в певних шкалах опитувальника SF-36, є відображенням співвідношення впливів НАЖХП та ІХС на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання та у зв'язку з його наявністю можливості особистісної активної адаптації в оточуючому середовищі. Графічно цей аналіз поданий на рис. 1.

Висновки. Поєднаний перебіг НАЖХП та ІХС значно впливає на якість життя та відображається низькими балами інтегральних показників якості життя (як фізичного, так і психосоціального компонентів здоров'я) та суб'єктивним сприйняттям пацієнтом свого стану. Тож необхідно враховувати ці дані при веденні хворих із НАЖХП, асоційованою з ІХС.

Список літератури

1. Prevalence of Hepatic Steatosis in an Urban Population in the United States: Impact of Ethnicity / J.D. Browning, L.S. Szczepaniak, R. Dobbins [et al.] // Hepatology. — 2004. — Vol. 40. — P. 1387-1395.

2. Welsh J.A. Increasing Prevalence of Nonalcoholic Fatty Liver Disease among United States Adolescents1988–1994 to 2007–2010 / J.A. Welsh, S. Karpen, M.B. Vos // Journal of Pediatrics. — 2013. — Vol. 162. — P. 496-500.

3. Prevalence of and Risk Factors for Nonalcoholic Fatty Liver Disease: The Dionysos Nutrition and Liver Study / G. Bedogn, L. Miglioli, F. Masutti [et al.] // Hepatology. — 2005. — Vol. 42. — P. 44-52.

4. Association between Insulin Resistance, Metabolic Syndrome and Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Chinese Adults / X. Ying, Y. Jiang, Y. Qian [et al.] // Iranian Journal of Public Health. — 2012. — Vol. 41. — P. 45-49.

5. Should nonalcoholic Fatty Liver Disease Be Included in the Definition of Metabolic Syndrome? A Cross-Sectional Comparison with Adult Treatment Panel III Criteria in Nonobese Nondiabetic Subjects / G. Musso, R. Gambino, S. Bo [et al.] // Diabetes Care. — 2008. — Vol. 31. — P. 562-568.

6. Nonalcoholic fatty liver disease is a novel predictor of cardiovascular disease / M. Hamaguchi, T. Kojima, N. Takeda [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 13. — P. 1579-1584.

7. World Health report. World Health Organization. http://www.who.int/respiratory/ copd/en/

8. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов [и др.] // Науч.-практ. ревматол. — 2008. — № 1. — С. 36-48.

9. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягенський // Внутр. мед. — 2007. — № 3(3). — С. 21-24.

Отримано 20.06.14

Ивачевская В.В., Чопей И.В.
Ужгородский национальный университет
Институт последипломного образования и доуниверситетской подготовки, кафедра терапии и семейной медицины, г. Ужгород

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Резюме. В статье представлены результаты анализа качества жизни пациентов с изолированным течением неалкогольной жировой болезни печени и в сочетании со стабильными формами ишемической болезни сердца. Качество жизни оценивали методом анкетирования с применением опросника SF-36. Выявлено, что ишемическая болезнь сердца отягощает течение неалкогольной жировой болезни печени по показателям как физического, так и психосоциального здоровья.

Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени; ишемическая болезнь сердца; качество жизни; опросник SF-36.

Ivachevska V.V., Chopey I.V.
Uzhgorod National University
Institute of Postgraduate Education and Pre-University Training, Department of Therapy and Family Medicine; Uzhgorod, Ukraine

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH COMBINATION OF NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND STABLE FORMS OF CORONARY HEART DISEASE

Summary. The article presents the results of assessment of the quality of life in patients with isolated nonalcoholic fatty liver disease and in combination with stable forms of coronary heart disease. Quality of life was evaluated using the SF-36 questionnaire. We found that coronary heart disease aggravates the course of nonalcoholic fatty liver disease according to the parameters of both physical and psychosocial health.

Key words: nonalcoholic fatty liver disease; coronary heart disease; quality of life; questionnaire SF-36.