

УДК 616.72-002.77-08

В.С. ПЕХЕНЬКО

/Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ/

## Оцінка якості життя пацієнтів з ревматоїдним артритом у поєднанні з артеріальною гіпертензією

### Резюме

Проведено дослідження 89 пацієнтів з ревматоїдним артритом у поєднанні з артеріальною гіпертензією, що були поділені на 3 групи, і групу контролю, яка включала 20 практично здорових осіб. Порівняльну оцінку параметрів якості життя проводили за допомогою опитувальника SF-36. У всіх хворих на ревматоїдний артрит та артеріальну гіпертензію на початку дослідження було виявлено зниження показників якості життя, порівняно з практично здоровими особами. Під час дослідження з'ясувалося, що якість життя пацієнтів залежить від ефективності лікування. Показники якості життя у хворих на ревматоїдний артрит та АГ можуть бути використані для оцінки ефективності проведеної терапії.

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

На сьогоднішній день велика увага приділяється коморбідним станам, які мають взаємообтяжуючий перебіг, провокують загострення, перешкоджають настанню повноцінної ремісії, призводять до розвитку взаємних ускладнень тощо. Особливо поєднана патологія впливає на функціональні можливості організму, призводить до необхідності у 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 ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА) – неодмінний рутинний діагностичний критерій, що 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, суспільне становище, стан навколишнього середовища [5, 7]. Більшість людей, яке б захворювання у них не спостерігалось, налаштована на продовження свого життя, поліпшення його якості, здатність адаптуватися до проявів свого захворювання і відчувати себе комфортно в цій ситуації. Тому одним із головних завдань лікаря при веденні хворого є не лише досягнення клініко-лабораторної ремісії та запобігання прогресуванню захворювання, але й поліпшення самопочуття та ЯЖ хворого [2, 8].

**Мета роботи** – дослідити показники загального аналізу крові у пацієнтів з ревматоїдним артритом та артеріальною гіпертензією під впливом різного медикаментозного лікування.

### Матеріали і методи дослідження

У дослідження після отримання інформованої згоди було включено 89 осіб з ревматоїдним артритом (РА) та артеріальною

гіпертензією (АГ) (25 чоловіків та 64 жінки у віці від 35 до 65 років). Визначення ступеня та стадії АГ проводили на підставі сучасної класифікації Українського товариства кардіологів, 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, прийнятих Американським коледжем ревматологів ACR (1987 р.).

Усі хворі на підставі даних обстеження були поділені на 3 групи, залежно від ступеня активності РА та виду лікування ревматоїдного артриту; контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

До першої групи увійшли 32 пацієнти з мінімальною активністю РА (при DAS 28<5,1), які отримували метотрексат у дозі 7,5 мг на тиждень, а у фазі загострення – глюкокортикоїди (ГК) у початковій дозі 15,0–20,0 мг з поступовим її зниженням по 2,5 мг на тиждень і продовжували отримувати підтримувальну дозу 2,5 або 5,0 мг до кінця дослідження.

До другої групи увійшли 30 пацієнтів з 3 ступенем активності РА (індекс DAS 28>5,1), у яких проба Манту була негативною, тобто вони не мали протипоказань до призначення інфліксимабу (торгова назва Ремікейд). Хворі даної групи отримували метотрексат в дозі 7,5 мг на тиждень та інфліксимаб в дозі 3 мг/кг внутрішньовенно крапельно через інфузомат на початку лікування, через 2 тижні, потім через 6 тижнів, і через кожні 8 тижнів впродовж 6 місяців.

До третьої групи увійшли 27 пацієнтів з третім ступенем активності РА (індекс DAS 28>5,1), які мали протипоказання до призначення інфліксимабу (позитивна проба Манту) і тому отримували тільки метотрексат в дозі від 15,0 мг (по 5,0 мг × 3 рази на тиждень) до 22,5 мг (по 7,5 мг × 3 на тиждень).

Оскільки пацієнти 2 і 3 груп мали активність РА 3 ступеня, то всі вони отримували ще й ГК у початковій дозі 30,0–40,0 мг з

поступовим зниженням її на 5,0 мг за тиждень до підтримувальної дози 7,5–10,0 мг.

Усі пацієнти, включені у дослідження, з метою лікування артеріальної гіпертензії отримували комбінований гіпотензивний препарат (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.

У 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 оцінити 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 у 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 стану свого здоров'я на даний момент та в подальшому при лікуванні. Чим нижчий бал за цією шкалою, тим нижче оцінює пацієнт стан свого здоров'я;
- життєва активність (ЖА) – оцінка відчуття пацієнтом повноти сили та енергії. Низькі бали свідчать про стомленість пацієнта, зниження життєвої активності;
- соціальна активність (СА) – визначається, якою мірою 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 за кожною шкалою, тим кращою є ЯЖ за цим параметром.

## Результати та їх обговорення

Як видно з таблиці 1, у хворих першої групи з РА та АГ, порівняно з показниками ЯЖ здорових осіб, при першому візиті виявлена вірогідно погіршена ЯЖ за всіма шкалами: ФА був нижчим в 1,56 раза, РФ – у 1,63 раза, ІБ – у 1,26 раза, ЗСЗ – у 1,25 раза, ЖА – у 0,12 раза при ( $p < 0,05$ ), що відображають фізичний стан пацієнта та за шкалами СА – у 1,51 раза, РЕ – у 1,41 раза, ПЗ – у 1,25 раза при ( $p < 0,05$ ), які характеризують психосоціальний статус, що підтверджувалося достовірним зниженням цих показників.

Значне пригнічення фізичної активності у пацієнтів першої групи, порівняно 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 ( $p < 0,05$ ).

**Таблиця 1.** Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів I групи

Показники ЯЖ (M±σ)	I група, n=32			Контроль, n=20
	візит			
	I	II	III	
ФА	49,5±2,9*	62,7±3,3*	63,3±3,3*	77,02±3,7
РФ	32,9±2,6*	41,4±3,9*	46,2±1,6*	53,80±2,9
ІБ	48,5±4,5*	52,3±4,3*	55,4±3,9*	61,30±3,4
ЗСЗ	45,1±3,2*	46,2±3,7*	47,2±3,3*	56,56±2,9
ЖА	46,4±2,9*	47,4±3,2*	49,9±3,0*	55,15±3,7
СА	46,3±2,7*	49,9±3,4*	51,8±2,9*	69,67±2,9
РЕ	40,6±3,9*	45,8±4,1*	51,7±3,7*	57,23±4,0
ПЗ	47,2±3,2*	57,3±4,3*	57,5±3,1*	58,82±3,1

Примітки: 1. ФА – фізична активність; РФ – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; ІБ – інтенсивність болю; ЗСЗ – загальний стан здоров'я; ЖА – життєва активність; СА – соціальна активність; РЕ – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; ПЗ – психічне здоров'я; 2. Знаком \* позначені вірогідні відмінності ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з показниками здорових осіб.

При порівнянні показників якості життя хворих другої групи (табл. 2) з показниками ЯЖ здорових осіб при першому візиті, було встановлено, що наявність патології вірогідно погіршувала ЯЖ за всіма шкалами, що відображають фізичний стан та психосоціальний статус пацієнтів: ФА була знижена у 1,99 раза, РФ – у 1,80 раза, ІБ – у 1,35 раза, ЗСЗ – у 1,63 раза, ЖА у – 1,52 раза, СА – у 2,03 раза, РЕ – 2,08 раза, ПЗ – у 1,58 раза ( $p < 0,05$ ).

При другому візиті, в процесі лікування, показники ЯЖ за всіма шкалами, що вивчалися, значно покращувались. До третього візиту показники за всіма шкалами прогресивно покращувались і майже сягали значень здорових осіб, що підтверджувалося достовірними значеннями.

**Таблиця 2.** Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів II групи

Показники ЯЖ (M±σ)	II група, n=30			Контроль, n=20
	візит			
	I	II	III	
ФА	38,7±3,58*	59,9±2,7*	74,2±4,7*	77,02±3,7
РФ	29,9±1,6*	47,7±2,2*	49,4±2,5*	53,80±2,9
ІБ	45,5±2,8*	57,9±4,5*	59,3±1,9*	61,30±3,4
ЗСЗ	34,6±3,2*	52,1±3,3*	55,5±2,9*	56,56±2,9
ЖА	36,3±1,9*	39,6±2,7*	51,7±3,0*	55,15±3,7
СА	34,4±2,1*	58,4±3,6*	64,7±2,7*	69,67±2,9
РЕ	27,5±3,9*	51,2±3,8*	56,8±3,3*	57,23±4,0
ПЗ	37,2±2,2*	49,7±4,1*	57,8±3,7*	58,82±3,1

Примітки: 1. ФА – фізична активність; РФ – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; ІБ – інтенсивність болю; ЗСЗ – загальний стан здоров'я; ЖА – життєва активність; СА – соціальна активність; РЕ – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; ПЗ – психічне здоров'я; 2. Знаком \* позначені вірогідні відмінності (p<0,05) у порівнянні з показниками здорових осіб.

При порівнянні показників якості життя у хворих третьої групи (табл. 3) з показниками здорових осіб при першому візиті реєструвалось зниження ЯЖ за всіма шкалами, що відображають фізичний стан та психосоціальний статус пацієнтів. Так, ФА була зниженою у 2,07 раза, РФ – у 1,96 раза, ІБ – у 1,44 раза, ЗСЗ – у 1,78 раза, ЖА – у 1,59 раза, СА – у 2,10 раза, РЕ – у 1,89 раза, ПЗ – у 1,99 раза (p<0,05).

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

При порівнянні показників якості життя у хворих другої та третьої груп (табл. 4) при першому візиті вірогідної різниці у показниках не спостерігали. При другому візиті показники ЯЖ у хворих третьої групи, порівняно з показниками пацієнтів другої групи, були нижчими за всіма шкалами, що відображають фізичний стан та пси-

**Таблиця 3.** Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів III групи

Показники ЯЖ (M±σ)	III група, n=27			Контроль, n=20
	візит			
	I	II	III	
ФА	37,2±1,7*	39,7±3,6*	41,4±4,2*	77,02±3,7
РФ	27,1±1,6*	27,1±3,2*	31,2±3,3*	53,80±2,9
ІБ	42,6±4,3*	46,5±3,6*	48,7±4,0*	61,30±3,4
ЗСЗ	31,7±3,2*	42,3±2,1*	45,8±2,7*	56,56±2,9
ЖА	34,7±1,9*	39,7±2,9*	41,8±3,4*	55,15±3,7
СА	33,2±1,6*	38,7±3,5*	57,4±2,7*	69,67±2,9
РЕ	30,3±3,9*	26,7±4,1*	47,7±4,1*	57,23±4,0
ПЗ	29,6±3,2*	43,5±3,1*	46,7±3,4*	58,82±3,1

Примітки: 1. ФА – фізична активність; РФ – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; ІБ – інтенсивність болю; ЗСЗ – загальний стан здоров'я; ЖА – життєва активність; СА – соціальна активність; РЕ – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; ПЗ – психічне здоров'я; 2. Знаком \* позначені вірогідні відмінності (p<0,05) у порівнянні з показниками здорових осіб.

хосоціальний статус пацієнтів, а при третьому візиті ці показники мали ще більшу різницю, т.ч. показники ЯЖ у пацієнтів третьої групи в процесі лікування мали кращу позитивну динаміку.

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

## Висновки

Можна припустити, що кількісна варіабельність компонентів якості життя, що проявляються змінами у 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 навколишньому та соціальному середовищі. Дані обставини можуть вносити певні корективи у перебіг захворювання та ефективність лікування, що слід враховувати при веденні цієї категорії хворих. Адже ЯЖ хворих на РА у поєднанні з АГ взаємопов'язана з клінічною динамікою та результатами досягнутого ефекту в лікуванні.

**Таблиця 4.** Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів II та III груп

Показник ЯЖ (M±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: 1. ФА – фізична активність; РФ – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; ІБ – інтенсивність болю; ЗСЗ – загальний стан здоров'я; ЖА – життєва активність; СА – соціальна активність; РЕ – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; ПЗ – психічне здоров'я; 2. Знаком \* позначені вірогідні відмінності (p<0,05) у порівнянні з показниками здорових осіб.

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 значною мірою залежать від фізичних параметрів, що може свідчити про необхідність проведення таким пацієнтам, поряд з соматотропною терапією, психотерапевтичних заходів за диференційованими індивідуалізованими програмами.

## Список використаної літератури

1. Амирджанова В. Н. Качество жизни больных ревматоидным артритом, получающих цертулизумаба лэгол / В. Н. Амирджанова, Е. Ю. Погожева // Науч.-практ. ревматол. – 2012. – № 54 (5). – С. 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 // Укр. ревматол. журн. – 2007. – № 3. – С. 79.
3. Симонова Я. О. Качество жизни больных ревматоидным артритом как критерий эффективности лечения / Я. О. Симонова, Н. М. Никитина, А. П. Ребров // Сибир. мед. журн. – 2009. – № 91 (8). – С. 79–81.
4. 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 [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2014. – № 73 (1). – С. 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. – № 21. – P. 64–70.
6. Sawhney S. Outcome measures in pediatric rheumatology / S. Sawhney, M. Agarwal // Indian J. Pediatr. – 2010. – Vol. 77, № 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. – Vol. 63, № 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 // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass, 1994.

## Резюме

### Оценка качества жизни пациентов с ревматоидным артритом в сочетании с артериальной гипертензией

В.С. Пехенько

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

В исследовании приняли участие 89 пациентов с ревматоидным артритом и артериальной гипертензией, которые были поделены на 3 группы и группу контроля – 20 практически здоровых лиц. Сравнительную оценку параметров качества жизни проводили с помощью опросника SF-36. У всех больных ревматоидным артритом и АГ в начале исследования выявлено снижение показателей качества жизни, по сравнению с практически здоровыми лицами. В ходе исследования выявлено, что повышение качества жизни пациентов зависит от эффективности лечения. Таким образом, определение КЖ больных РА и АГ может быть использовано как оценка эффективности проводимой терапии.

**Ключевые слова:** ревматоидный артрит, артериальная гипертензия, качество жизни, опросник SF-36

## Summary

### Assessment of quality of life in patients with rheumatoid arthritis that occurs in conjunction with hypertension

V.S. Pekhenko

O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv

The study involved 89 patients with rheumatoid arthritis and hypertension, which were divided into 3 groups and 20 healthy individuals. Comparative assessment of the quality of life parameters were performed using the SF-36 questionnaire. 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. 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.

**Key words:** rheumatoid arthritis, hypertension, quality of life, questionnaire SF-36