

УДК 616.12-009.72+616.36+616-089.168

І.І. Вакалюк

ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Метою дослідження було оцінити якість життя хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС) після ревааскуляризації міокарда залежно від перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Обстежено 190 хворих на стабільну ІХС, а саме: 40 осіб, яким проведено аортокоронарне шунтування; 150 осіб, яким виконано стентування коронарних артерій. Серед пацієнтів кожної з груп виділені хворі без НАЖХП, хворі на неалкогольний жировий гепатоз (НАЖГ) та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ). Оцінку якості життя пацієнтів проводили за опитувальниками SF-36 та MacNew. Встановлено, що якість життя хворих на стабільну ІХС, яким проведено аортокоронарне шунтування, суттєво не відрізняється від якості життя пацієнтів після стентування коронар-

них артерій та є достовірно кращою за умов відсутності НАЖХП у даної категорії осіб. Поєднаний перебіг стабільної ІХС та НАЖХП негативно впливає на якість життя пацієнтів після проведення ревааскуляризації міокарда та зумовлює її низьке значення за рахунок достовірного зниження показників фізичної, психоемоційної та соціальної складових. Наявність НАСГ у хворих на стабільну ІХС, яким проведено втручання з ревааскуляризацією міокарда, зумовлює зниження якості життя таких пацієнтів у більшій мірі, ніж у хворих даної категорії на тлі НАЖГ, що вказує на суттєвий вплив НАЖХП на формування якості життя в умовах прогресування коморбідної патології.

Ключові слова: якість життя, стабільна ішемічна хвороба серця, неалкогольна жирова хвороба печінки.

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає стійку позицію у структурі серцево-судинної смертності та є провідною причиною інвалідизації населення внаслідок кардіоваскулярної патології [3]. У сучасних умовах ревааскуляризація міокарда набуває все більшого поширення не тільки внаслідок стрімкого розвитку сучасної медицини, але й зростання відсотка формування коморбідної патології, що потребує застосування найбільш ефективного комплексного підходу до лікування даної категорії хворих [6]. Доведено, що поєднання ІХС та захворювань печінки патогенетично зумовлюють перебіг та прогресування один одного, значно збільшує відсоток кардіоваскулярної смертності серед населення у світі та в Україні [1]. Суттєвого поширення набуває саме поєднання ІХС та неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), яка вважається найбільш частішою формою хронічної патології гепатобілярної системи [9]. Оцінка якості життя безумовно є важливим складовим компонентом комплексного лікування сучасного пацієнта, особливо за умов наявності у нього поєднаної патології [2]. Саме тому, медичною наукою розроблено цілу низку опитувальників, що дозволяють провести не тільки загальну оцінку стану здоров'я пацієнта, але й визначити вплив окремих складових на якість його життя при конкретних нозологічних формах [7]. Актуальним залишається визначення якості життя пацієнта після перенесеного гострого коронарного синдрому (ГКС), як наслідок проведених втручань по ревааскуляризації міокарда в умовах наявності та прогресування НАЖХП.

Мета дослідження. Оцінити якість життя хворих на стабільну ішемічну хворобу серця після проведення втручань по ревааскуляризації міо-

карда залежно від перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження стали 190 хворих на стабільну ІХС, котрі перенесли ГКС більше трьох місяців тому, а саме: 40 пацієнтів, яким проведено аортокоронарне шунтування (АКШ) (І група) та 150 пацієнтів, яким проведено стентування коронарних артерій (ІІ група). Серед пацієнтів кожної з груп були виділені хворі без НАЖХП, а саме ІА група (n=20), ІА група (n=90); хворі на неалкогольний жировий гепатоз (НАЖГ): ІБ група (n=12), ІБ група (n=36) та хворі на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ): ІВ група (n=8), ІВ група (n=24).

Діагноз стабільної ІХС був верифікований за результатами коронарографії, наявності в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда та/або втручань із ревааскуляризації міокарда відповідно до уніфікованого клінічного протоколу "Стабільна ішемічна хвороба серця" (Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року) [5]. Діагноз НАЖХП встановлювали відповідно до уніфікованого клінічного протоколу "Неалкогольний стеатогепатит" (Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 року) [4], згідно з рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL), Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD), Європейської асоціації з вивчення ожиріння (EASO) [8]. Критеріями невключення у дослідження були наявність в анамнезі у пацієнтів вірусного гепатиту, асоційованого з HBV-, HCV-, HDV-інфекціями, аутоімунного, медикаментозного й алкогольного гепатитів, перенесеного ГКС менше трьох місяців тому, гемодинамічно значущих уражень клапанів серця, хронічних обструктивних захворювань легень, перенесеного міокардиту, гострої серцевої недостатності, інших деком-

пенсованих соматичних станів, онкологічних та лімфопроліферативних захворювань.

Усім пацієнтам проведено загальноклінічне обстеження (аналіз скарг, анамнезу хвороби, анамнезу життя, об'єктивного статусу), електрокардіографія, коронарографія, еластографія, дослідження функціонального стану печінки, оцінка якості життя. Оцінку якості життя пацієнтів проводили за допомогою українських версій опитувальників SF-36 та MacNew, які пацієнти заповнювали власноруч, без участі інтерв'юера.

Опитувальник SF-36 містив 36 запитань, що були згруповані у 8 шкал: загальний стан здоров'я, фізичне функціонування, рольова діяльність, інтенсивність болю, життєва активність, соціальне функціонування, емоційний стан та психічне здоров'я. Пацієнт давав відповідь на запропоноване питання, кожне з яких оцінювалось від 1 до 5 балів. Оцінювали фізичний компонент здоров'я, який включав у себе шкали загального стану здоров'я, фізичного функціонування, рольової діяльності, інтенсивності болю та психологічний компонент здоров'я, які містив шкали життєвої активності, соціального функціонування, емоційного стану та психічного здоров'я. Опитувальник MacNew складався з 27 питань щодо фізичного та психоемоційного стану пацієнта, об'єднаних у фізичну, емоційну та соціальну шкали. Пацієнт давав відповідь на запропоноване питання, кожне з яких оцінювалось від 1 до 7 балів. Проводили сумарну оцінку обох опитувальників, підсумовуючи отримані бали по кожній зі шкал.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення – табличного процесора «Microsoft Excel» та пакета прикладних програм «Statistica» v. 10.0 StatSoft, USA. Оцінку вірогідності розходження

середніх величин проводили за допомогою парного t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз якості життя обстежених осіб за опитувальником SF-36 виявив закономірності змін залежно від перебігу НАЖХП (табл. 1). Зокрема, у пацієнтів ІБ групи із НАЖГ фізичний компонент якості життя був на 11,8 % нижчим порівняно з ІА групою та майже на 17 % перевищував показник пацієнтів ІВ групи із НАСГ ($p<0,05$). Найнижчу якість життя у пацієнтів І групи виявлено за умов наявності у них НАСГ, яка складала при цьому $(36,4\pm 3,6)$ балів порівняно з $(42,5\pm 3,2)$ балами у ІБ групі та $(48,2\pm 2,8)$ балами у пацієнтів ІА групи ($p<0,05$) відповідно. Подібну направленість змін спостерігали у пацієнтів ІІ групи. Фізичний компонент у них на тлі НАСГ був нижчим на 27,3 % порівняно з ІА групою, у котрій цей показник перевищував рівень пацієнтів ІІБ групи в 1,2 раза та був більшим на 37,6 % порівняно з пацієнтами ІІВ групи ($p<0,05$).

Зміни психологічного компонента суттєво не відрізнялися між пацієнтами І та ІІ груп. Найнижчий його показник виявлено у пацієнтів на НАСГ ІІВ групи, у котрих він був на 25,3 % нижчим порівняно з ІА групою та майже в 1,5 раза – порівняно з ІА групою осіб відповідно ($p<0,05$). Натомість, його значення у пацієнтів ІІА групи достовірно перевищувало як показник ІІБ групи на 14,1 %, так і показник ІІВ групи на 34,0 % відповідно ($p<0,05$). Зниження фізичного та психологічного компонентів зумовило низьку сумарну оцінку якості життя в обстежених групах осіб. Зокрема, величина сумарної оцінки у пацієнтів І групи була найнижчою за умов НАСГ, складаючи при цьому $(75,5\pm 3,6)$ балів, що на 16,3 % та 30,7 % відрізняло її від показника в ІБ та ІА груп ($p<0,05$) відповідно.

Таблиця 1

Показники якості життя за опитувальником SF-36 у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця залежно від наявності та перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки, ($M\pm m$)

Показник, бали	І група (n=40)			ІІ група (n=150)		
	хворі без НАЖХП (n=20)	хворі на НАЖГ (n=12)	хворі на НАСГ (n=8)	хворі без НАЖХП (n=90)	хворі на НАЖГ (n=36)	хворі на НАСГ (n=24)
Фізичний компонент	48,2±2,8	42,5±3,2	36,4±3,6	43,9±1,5	37,1±2,5	31,9±3,1
		$p_1<0,05$	$p_1<0,05$		$p_1<0,05$	$p_1<0,05$
	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$		$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	
Психологічний компонент	50,5±3,1	45,3±3,4	39,1±3,8	45,3±1,7	39,7±2,6	33,8±3,3
		$p_1<0,05$	$p_1<0,05$		$p_1<0,05$	$p_1<0,05$
	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	
Сумарна оцінка	98,7±2,9	87,8±3,3	75,5±3,6	89,2±1,6	76,8±2,4	65,7±3,2
		$p_1<0,05$	$p_1<0,05$		$p_1<0,05$	$p_1<0,05$
	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	$p_2<0,05$	

Примітка. p_1 – достовірність різниці порівняно з хворими без НАЖХП у групі ($p<0,05$); p_2 – достовірність різниці порівняно з хворими на НАСГ у групі ($p<0,05$)

Таблиця 2

Показники якості життя за опитувальником MacNew у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця залежно від наявності та перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки, (M±m)

Показник, бали	I група (n=40)			II група (n=150)		
	хворі без НАЖХП (n=20)	хворі на НАЖГ (n=12)	хворі на НАСГ (n=8)	хворі без НАЖХП (n=90)	хворі на НАЖГ (n=36)	хворі на НАСГ (n=24)
Загальна оцінка	15,6±2,6	11,7±2,5	8,2±2,7	14,3±1,6	10,8±2,1	7,3±2,7
		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05
	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	
Фізична оцінка	32,6±2,8	25,4±2,7	19,3±2,8	28,5±1,8	20,8±2,3	14,6±2,6
		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05
	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	
Емоційна оцінка	55,7±2,5	44,3±2,8	32,6±3,2	52,4±1,7	41,8±2,6	29,3±2,8
		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05
	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	
Соціальна оцінка	43,2±2,7	35,4±2,6	28,3±3,0	39,5±1,8	30,7±2,4	22,9±2,5
		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05
	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	
Сумарна оцінка	147,1±2,6	116,8±2,7	89,3±2,3	134,7±1,7	104,1±2,4	75,1±2,6
		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05		p ₁ <0,05	p ₁ <0,05
	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	p ₂ <0,05	

Примітка. p₁ – достовірність різниці порівняно з хворими без НАЖХП у групі (p<0,05); p₂ – достовірність різниці порівняно з хворими на НАСГ у групі (p<0,05)

Оцінка якості життя згідно з опитувальником MacNew свідчила про залежність її рівня від стадії НАЖХП (табл. 2). При цьому суттєвих відмінностей між пацієнтами I та II груп не спостерігали. Так, загальна оцінка пацієнтом стану його здоров'я була майже на 25 % нижчою у хворих на НАЖГ обох груп порівняно з пацієнтами без НАЖХП у відповідних групах (p<0,05). Натомість, наявність НАСГ призвела до значного, майже вдвічі, зниження загальної оцінки пацієнта порівняно з групою хворих без НАЖХП (p<0,05). Низька загальна оцінка пацієнта зумовила обмеження фізичної активності у всіх групах хворих. Зокрема, цей показник був нижчим на 22,1 % та 27,0 % у IB та IIB групах порівняно з пацієнтами IA та IIA груп відповідно (p<0,05). За умов наявності НАСГ його величина була в 1,6 раза нижчою в IB групі та в 1,9 раза – в IIB групі порівняно з хворими без НАЖХП у відповідних групах (p<0,05).

У свою чергу, емоційний стан пацієнтів із НАСГ обох груп був нижчим майже в 1,7 раза за аналогічний показник у хворих без НАЖХП кожної з груп (p<0,05). За умов НАЖГ його значення було більш ніж на 20 % нижчим порівняно з IA та IIA групами відповідно та майже в 1,4 раза перевищувало показник IB та IIB груп (p<0,05) відповідно. Погіршення фізичного та емоційного стану пацієнта призвело до обмеження його соці-

альної активності, що найбільше проявило себе на тлі НАСГ. Зокрема, у пацієнтів IIB групи цей показник був на 22,3 % нижчим порівняно з IIA групою та в 1,3 раза перевищував його значення в IB групі (p<0,05) відповідно. Соціальна оцінка пацієнтів IB групи була на 18,0 % нижчою порівняно з пацієнтами IA групи та майже в 1,2 раза вищою за показник IIB групи (p<0,05) відповідно. Таким чином, величина сумарної оцінки якості життя за опитувальником MacNew із врахуванням його фізичної, емоційної та соціальної складових була найгіршою у пацієнтів IB та IIB груп, складаючи при цьому лише (89,3±2,3) балів та (75,1±2,6) балів відповідно, що в 1,7 раза було нижчим порівняно з хворими без НАЖХП кожної з груп (p<0,05).

Висновки

1. Якість життя хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, яким проведено аортокоронарне шунтування суттєво не відрізняється від якості життя пацієнтів після стентування коронарних артерій та є достовірно кращою за умов відсутності неалкогольної жирової хвороби печінки у даній категорії осіб.

2. Поєднаний перебіг стабільної ішемічної хвороби серця та неалкогольної жирової хвороби печінки негативно впливає на якість життя пацієнтів після проведення ревазуляризації міокарда та зумовлює її низьке значення за рахунок досто-

вірного зниження показників її фізичної, психоемоційної та соціальної складових.

3. Наявність неалкогольного стеатогепатиту у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця, яким проведено втручання з реваскуляризацією міокарда, зумовлює зниження якості життя таких пацієнтів у більшій мірі, ніж у хворих даної категорії на тлі неалкогольного жирового гепатозу, що вказує на суттєвий вплив неалкогольної жирової хвороби печінки на формування якості життя в умовах прогресування коморбідної патології.

Перспективи подальших досліджень. Доцільним є розробка ефективних шляхів впливу на патогенетичні ланки формування поєднаної патології з метою покращення якості життя хворих на стабільну ІХС на тлі НАЖХП.

Література

1. Звягинцева Т.Д. Хронические диффузные заболевания печени сочетанной этиологии: подходы к лечению с позиций доказательной медицины / Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай // Здоров'я України. – 2011. – № 11-12. – С. 50-51.
2. Івачевська В.В. Оцінка якості життя пацієнтів із поєднаним перебігом неалкогольної жирової хвороби печінки та стабільними формами ішемічної хвороби серця / В.В. Івачевська, І.В. Чопей // Гастроентерологія. – 2014. – № 3 (53). – С. 35-37.
3. Оцінка поширеності та контролю факторів ризику серцево-судинних захворювань серед населення та лікарів / І.М. Горбась, О.М. Барна, В.Ю. Сакалош [та ін.] // Ліки України. – 2010. – № 1. – С. 4-9.
4. Уніфікований клінічний протокол "Неалкогольний стеатогепатит" / М.К. Хобзей, Н.В. Харченко, О.М. Ліщишина [та ін.] // Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.2014 року.
5. Уніфікований клінічний протокол "Стабільна ішемічна хвороба серця" / В.В. Кравченко, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва [та ін.] // Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року.
6. Фадєєнко Г.Д. Коморбідна патологія, що впливає на серцево-судинний ризик у постінфарктних хворих / Г.Д. Фадєєнко, В.А. Чернишов // Укр. терапевт. ж. – 2014. – № 2. – С. 11-20.
7. Ягєнський А.В. Оцінка якості життя у пацієнтів з ішемічною хворобою серця: результати валідації української версії опитувальника MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life / А.В. Ягєнський, S. Höfer, І.М. Січкарук // Укр. кардіол. ж. – 2013. – № 3. – С. 22-28.
8. EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease Journal of Hepatology. – 2016. – Vol. 64, № 6. – P. 1388-1402.
9. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and its connection with insulin resistance, dyslipidemia, atherosclerosis and coronary heart disease / M. Gaggini, M. Morelli, E. Buzzigoli [et al.] // Nutrients. – 2013. – Vol. 5. – P. 1544-1560.

ВЛИЯНИЕ СОВМЕЩЕННОГО ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

И.И. Вакалюк

Резюме. Целью исследования было оценить качество жизни больных стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) после реваскуляризации миокарда в зависимости от течения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Обследовано 190 больных стабильной ИБС, а именно: 40 больных, которым проведено аортокоронарное шунтирование; 150 больных, которым выполнено стентирование коронарных артерий. Среди пациентов каждой из групп выделены больные без НАЖБП, больные на неалкогольный жировой гепатоз (НАЖГ) и неалкогольный стеатогепатит (НАСГ). Оценку качества жизни пациентов проводили по опросниках SF-36 и MacNew. Установлено, что качество жизни больных стабильной ИБС, которым проведено аортокоронарное шунтирование, существенно не отличается от качества жизни пациентов после стентирования коронарных артерий и является достоверно лучше при отсутствии НАЖБП у данной категории больных. Совмещенное течение стабильной ИБС и НАЖБП негативно влияет на качество жизни пациентов после реваскуляризации миокарда и обуславливает ее низкое значение за счет достоверного снижения показателей физической, психоэмоциональной и социальной составляющих. Наличие НАСГ у больных стабильной ИБС, которым проведены вмешательства по реваскуляризации миокарда, обуславливает снижение качества жизни таких пациентов в большей степени, чем у больных данной категории на фоне НАЖГ, что указывает на существенное влияние НАЖБП на формирование качества жизни в условиях прогрессирования коморбидной патологии.

Ключевые слова: качество жизни, стабильная ишемическая болезнь сердца, неалкогольная жировая болезнь печени.

INFLUENCE OF COMBINED DURATION OF STABLE CORONARY HEART DISEASE AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE ON LIFE QUALITY OF THE PATIENTS AFTER REVASCULARIZATION PROCEDURES

I.I. Vakaliuk

Abstract. Aim of the study was to assess life quality of the patients with stable coronary heart disease (CHD) after revascularization procedures depending on non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) duration. The study included 190 patients with stable CHD: 40 patients who had undergone coronary artery bypass surgery; 150 patients who had undergone stenting of coronary arteries. Among patients of each group patients without NAFLD, patients with non-alcoholic steatosis and non-alcoholic steatohepatitis (NASH) were observed. Assessment of life quality was conducted by questionnaires SF-36 and MacNew. It was found that life quality of the patients with stable CHD who had undergone coronary bypass surgery

was not significantly different from the life quality of the patients after coronary artery stenting and was significantly better in the case of absence of NAFLD in these patients. Combined duration of NAFLD and stable CHD had negative influence on the life quality of the patients after myocardial revascularization and causes its low value due to significant decline in its physical, psycho-emotional and social components. The presence of NASH in patients with stable CHD, who had undergone myocardial revascularization led to lower life quality of these patients than in patients with non-alcoholic steatosis, which is indicative of a significant impact of NAFLD on the life quality formation in the progression of comorbid diseases.

Key words: quality of life, stable coronary heart disease, nonalcoholic fatty liver disease.

SHEI «National Medical University» (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. В.К. Ташук

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 4 (80). – P. 34-38

Надійшла до редакції 01.11.2016 року