

Ю. М. Мостовой, Л. В. Распутіна, Н. В. Черепій
**ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Серед осіб старших 40 років зростає частка пацієнтів з коморбідною патологією, зокрема поєднанням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС), що значно впливають на якість життя (ЯЖ) пацієнтів. За наявності хронічних патологій ЯЖ є важливим критерієм оцінки стану пацієнта та ефективності лікування.

Мета — визначити особливості параметрів якості життя пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та стабільної ІХС.

Матеріали та методи

Обстежено 272 пацієнти, що склали 3 групи — 98 осіб із поєднанням стабільної ІХС та ХОЗЛ середнього віку ($65,8 \pm 0,83$) років (група I), 96 осіб середнього віку ($58,9 \pm 0,9$) років (група II) із стабільною ІХС та 78 пацієнтів середнього віку ($57,9 \pm 0,85$) років (група III) з ХОЗЛ без супутньої ІХС. Виконано загальноклінічне дослідження, проведено визначення параметрів ЯЖ за допомогою опитувальника MOS SF 36. Діагноз стабільної ІХС встановлено відповідно до Наказу МОЗ України №

152 від 02.03.2016 р., ІХС підтверджено результатами коронарографії або даними щодо перенесеного Q-інфаркту міокарду або реваскуляризації. Наявність ХОЗЛ верифіковано відповідно до вимог Наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р.

Результати

Встановлено знижені показники ЯЖ у пацієнтів всіх груп, але достовірно гірший результат саме у пацієнтів із поєднанням ІХС та ХОЗЛ порівняно із респондентами з ізольованим перебігом патологій. Достовірна відмінність не встановлена лише за роллю емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. У осіб основної групи достовірно більше обмежена фізична активність (ФА — $(43,7 \pm 2,6)$ бали), виражена роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ — $(9,93 \pm 2,9)$ балів), більш обмежує активність пацієнтів (Б — $(51,9 \pm 2,2)$ балів), соціальне функціонування порушене через фізичний або емоційний стан (СА — $(63,2 \pm 2,5)$ бали). Також достовірно знижений рівень загального розумового здоров'я, що свідчить про переважання депресивних, тривожних станів (ЗРЗ — $(51,8 \pm 2,3)$ бали), повсякденна активність обмежена через емоційні проблеми (РЕ — $(53,1 \pm 5,0)$

балів), пацієнти частіше відчувають знесилення, втому (ЖЗ — $(30,2 \pm 1,9)$ балів), нижче оцінюють стан свого здоров'я та перспективи лікування (ЗСЗ — $(30,9 \pm 1,8)$ балів) і відмічають погіршення здоров'я в порівнянні з минулим роком (ЗП — $(26,8 \pm 2,2)$ балів). Показники сумарних шкал демонструють вірогідне зниження фізичного статусу у пацієнтів I групи — $(35,1 \pm 1,9)$ бали, тоді як в II групі — $(52,1 \pm 2,8)$, в III — $(60,9 \pm 3,0)$ балів ($p_{1-2,1-3} < 0,001$). Психічний статус змінений більше за фізичний і становить в I групі $(30,4 \pm 1,7)$ балів, в II — $(44,1 \pm 1,7)$ балів та в III $(42,1 \pm 2,1)$ балів ($p_{1-2,1-3} < 0,001$). Рівень загального статусу в I групі склав $(56,3 \pm 2,7)$ балів, в II — $(69,6 \pm 3,1)$ балів та в III — $(68,2 \pm 3,2)$ балів ($p_{1-2} = 0,001$, $p_{1-3} = 0,002$).

Висновки

Поєднаний перебіг ХОЗЛ та ІХС сприяє достовірному зниженню як фізичної, так і психічної компоненти ЯЖ. Сумарні показники фізичного, психічного та загального статусу у осіб із поєднаною патологією нижчі, ніж у осіб із ізольованим перебігом ХОЗЛ чи ІХС, що повинно враховуватись практикуючим лікарем за курації коморбідного пацієнта.