



Г. Ю. Машура, Т. М. Ганич

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

## Якість життя хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки в поєднанні з гіпертонічною хворобою

**Вступ.** Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – одне з найбільш поширених хронічних уражень печінки невірусного та неалкогольного генезу [1]. Її частота серед населення коливається в межах 3,0–40,0% [2]. Частота НАЖХП у осіб із ожирінням зростає до 57,5–74,0% [7]. Багатоцентрові дослідження показали, що цю хворобу має близько третини загальної популяції [6, 10]. Патогенез НАЖХП тісно зв'язаний з компонентами метаболічного синдрому: інсулінорезистентністю, абдомінальним ожирінням, дисліпідемією, артеріальною гіпертензією. Генетичні чинники та спосіб життя також відіграють важливу роль у виникненні НАЖХП [9].

У 14,0–20,0% випадків НАЖХП поєднується з ураженням серцево-судинної системи, зокрема з гіпертонічною хворобою (ГХ) [1]. Ці захворювання поєднують низка патофізіологічних механізмів. Провідним механізмом у патогенезі НАЖХП є інсулінорезистентність і компенсаторна гіперінсулінемія, що провокують виникнення стеатозу. Гіперінсулінемія стимулює синтез факторів росту, що запускає проліферацію гладком'язових клітин та фібробластів і призводить до вазоконстрикції. Інсулін також стимулює синтез ендотеліну та ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ-1), що зумовлює активізацію симпатoadреналової та ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, підвищує реабсорбцію натрію в проксимальних і дистальних канальцях нефронів та багатогранно впливає на патогенез артеріальної гіпертензії [4, 8, 11].

Тривалий перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки у поєднанні з гіпертонічною хворобою може негативно вплинути на якість життя (ЯЖ).

За визначенням ВООЗ, якість життя – це сприйняття людиною власної позиції в житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також рівня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту.

Сьогодні вважається, що ЯЖ є характеристикою фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування, що ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті. Оцінка ЯЖ важлива не лише для визначення стану пацієнта в конкретний момент, але й для вибору оптимальної тактики лікування [5]. Водночас питання ЯЖ у хворих на НАЖХП у поєднанні з ГХ не вивчене.

**Мета дослідження.** З'ясувати особливості якості життя у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки в поєднанні з гіпертонічною хворобою.

**Матеріали та методи дослідження.** Основну групу сформували 38 пацієнтів із НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії, 1–3 ступенів (дослідна група). Серед них 20 жінок (52,6%) та 18 чоловіків (47,4%) віком від 45 до 68 років (середній вік  $58,4 \pm 5,2$  року). НАЖХП діагностовано за клініко-лабораторними показниками та результатами ультразвукового дослідження. Діагноз ГХ II стадії, 1–3 ступенів поставлено згідно з Протоколом № 384 МОЗ України від 24.05.2012 р. До групи порівняння увійшли 36 осіб, хворих на НАЖХП, серед них 17 жінок (47,2%) і 19 чоловіків (52,8%) віком від 42 до 65 років (середній вік  $52,4 \pm 4,8$  року). До контрольної групи увійшли 20 практично здорових осіб віком від 20 до 64 років (середній вік  $41,2 \pm 4,2$  року), серед них 8 чоловіків (40,0%) і 12 жінок (60,0%). Пацієнти всіх груп були порівнянними за статтю і віком.

Якість життя оцінювали за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36), який хворі заповнювали власноруч.

Опитувальник MOS SF-36 складається з 36 питань, поділених на 8 шкал: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (RE) та психічне здоров'я (MH). Показники кожної шкали оцінювали в балах від 0 до 100: вища оцінка вказувала на вищий рівень ЯЖ. Усі шка-

ли формували два показники: фізичний (шкали 1–4) і психічний (шкали 5–8) компоненти здоров'я [3].

Статистичний аналіз отриманих результатів проведено з використанням програми Statistica 6.0. і за шкалою MOS SF-36 подано згідно з методичними вказівками до підрахунку цього опитувальника.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати дослідження якості життя хворих на НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії, 1–3-го ступенів (дослідної групи), хворих тільки на НАЖХП (групи порівняння), а також практично здорових (контрольної групи) за опитувальником MOS SF-36 наведено в таблиці.

Як бачимо з таблиці, якість життя практично здорових осіб статистично вірогідно відрізнялась від показників у групі хворих з ізольованою НАЖХП. Наявність неалкогольної жирової хвороби печінки погіршувала якість життя пацієнтів порівняно з контрольною групою. Фізичний компонент здоров'я (шкали 1–4) відрізнявся у порівнюваних групах ( $p < 0,05$ ). Показник фізичного функціонування (PF) у пацієнтів з ізольованим перебігом НАЖХП становив  $77,0 \pm 1,3$ , а в контрольній групі –  $88,0 \pm 3,6$  ( $p < 0,05$ ). Показник рольового функціонування, зумовленого фізичним станом (RP), був нижчим у пацієнтів із групи порівняння, ніж у контрольній групі ( $50,5 \pm 1,7$  проти  $79,5 \pm 2,1$ ;  $p < 0,05$ ). Показник інтенсивності болю (BP) був вищим у практично здорових осіб ( $84,0 \pm 2,3$ ), ніж у пацієнтів із ізольованим перебігом НАЖХП ( $73,44 \pm 1,9$ ;  $p < 0,05$ ). Індекс загального стану здоров'я (GH) був нижчим у пацієнтів із НАЖХП порівняно з практично здоровими особами ( $65,6 \pm 3,3$  проти  $82,5 \pm 1,5$ ;  $p < 0,05$ ).

Результати оцінки психічного компонента здоров'я (MH) свідчать, що у контрольній групі показники були статистично вірогідно вищі, ніж у хворих із групи порівняння. Так, показник життєвої активності (VT) становив  $83,2 \pm 1,3$  проти  $64,0 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ), показник соціального функціонування (SF) –  $84,5 \pm 1,2$  проти  $73,7 \pm 2,0$  ( $p < 0,05$ ), показник рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (RE), –  $76,6 \pm 3,6$  проти  $58,3 \pm 4,0$  ( $p < 0,05$ ), показник психічного здоров'я (MH) –  $73,0 \pm 1,5$  проти  $63,3 \pm 2,0$  ( $p < 0,05$ ).

**Показники якості життя за опитувальником MOS SF-36, бали ( $M \pm m$ ;  $p$ )**

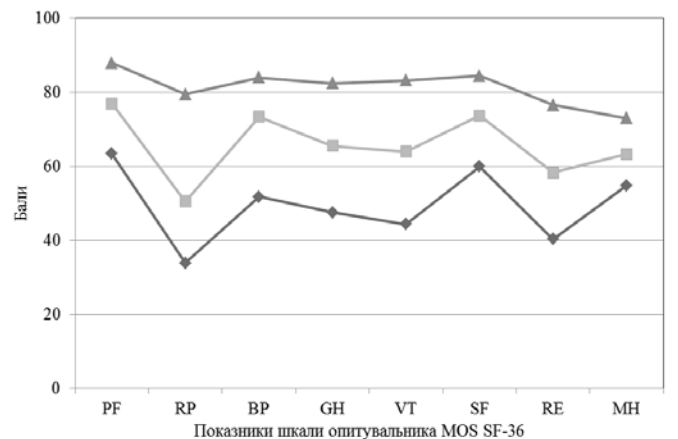
| Показник ЯЖ | Хворі на НАЖХП та ГХ II стадії, 1–3-го ступенів (дослідна група) | Хворі на НАЖХП (група порівняння) | Контрольна група (практично здорові) |
|-------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| PF          | $63,4 \pm 2,0^{**}$  | $77,0 \pm 1,3^*$                  | $88,0 \pm 3,6$                       |
| RP          | $33,8 \pm 2,7^{**}$  | $50,5 \pm 1,7^*$                  | $79,5 \pm 2,1$                       |
| BP          | $51,8 \pm 2,7^{**}$  | $73,44 \pm 1,9^*$                 | $84,0 \pm 2,3$                       |
| GH          | $47,5 \pm 2,1^{**}$  | $65,6 \pm 3,3^*$                  | $82,5 \pm 1,5$                       |
| VT          | $44,3 \pm 2,6^{**}$  | $64,0 \pm 3,8^*$                  | $83,2 \pm 1,3$                       |
| SF          | $59,9 \pm 2,8^{**}$  | $73,7 \pm 2,0^*$                  | $84,5 \pm 1,2$                       |
| RE          | $40,3 \pm 2,8^{**}$  | $58,3 \pm 4,0^*$                  | $76,6 \pm 3,6$                       |
| MH          | $54,8 \pm 2,9^{**}$  | $63,3 \pm 2,0^*$                  | $73,0 \pm 1,5$                       |

**Примітки:** \* –  $p < 0,05$  – між показниками ЯЖ у хворих з ізольованою НАЖХП (група порівняння) та контрольною групою (практично здорові) різниця вірогідна; \*\* –  $p < 0,05$  – показники ЯЖ у хворих на НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії, 1–3 ступенів (дослідна група) та хворих з ізольованою НАЖХП (група порівняння) статистично вірогідно відрізняються.

Приєднання до НАЖХП ГХ II стадії, 1–3-го ступенів суттєво погіршувало ЯЖ хворих порівняно з ЯЖ хворих з ізольованою НАЖХП ( $p < 0,05$ ). Фізичний компонент здоров'я (шкали 1–4) статистично вірогідно відрізнявся між показниками порівнюваних груп ( $p < 0,05$ ).

Показник фізичного функціонування (PF) у хворих дослідної групи становив  $63,4 \pm 2,0$ , у пацієнтів групи порівняння –  $77,0 \pm 1,3$ . Показник рольового функціонування, зумовленого фізичним станом (RP), також був вірогідно нижчим у пацієнтів із НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії, 1–3 ступенів порівняно з показниками хворих тільки з НАЖХП ( $33,8 \pm 2,7$  і  $50,5 \pm 1,7$  відповідно). Показник інтенсивності болю (BP) був вищим у пацієнтів дослідної групи з коморбідним перебігом НАЖХП та ГХ II стадії, 1–3-го ступенів ( $51,8 \pm 2,7$ ), ніж у пацієнтів з ізольованою НАЖХП ( $73,44 \pm 1,9$ ;  $p < 0,05$ ). Індекс загального стану здоров'я (GH) був значно нижчим у пацієнтів дослідної групи, ніж у пацієнтів групи порівняння ( $47,5 \pm 2,1$  проти  $65,6 \pm 3,3$ ;  $p < 0,05$ ).

Результати оцінки психічного компонента здоров'я (MH) свідчать, що у хворих дослідної групи вони також були статистично вірогідно нижчі від показників у групі хворих з ізольованою НАЖХП. Так, показник життєвої активності (VT) становив  $44,3 \pm 2,6$  проти  $64,0 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ); показник соціального функціонування (SF) –  $59,9 \pm 2,8$  проти  $73,7 \pm 2,0$  ( $p < 0,05$ ); показник рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (RE), –  $40,3 \pm 2,8$  проти  $58,3 \pm 4,0$  ( $p < 0,05$ ); показник психічного здоров'я (MH) –  $54,8 \pm 2,9$  проти  $63,3 \pm 2,0$  ( $p < 0,05$ ). Графічно цей аналіз поданий на рисунку.



◆ показники ЯЖ у групі хворих на НАЖХП та ГХ II стадії, 1–3-го ступенів (дослідна група)  
 ■ показники ЯЖ у групі хворих тільки з НАЖХП (група порівняння)  
 ▲ показники ЯЖ у практично здорових осіб (контрольна група)

Стан якості життя за опитувальником MOS SF-36 у обстежених пацієнтів.

Виявлене нами зниження всіх показників якості життя у хворих на НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії, 1–3-го ступенів дає підстави вважати, що фізичний і психологічний стан таких пацієнтів може значною мірою обмежувати обсяг виконання повсякденної

роботи, знижувати їхні життєву та соціальну функції. Вони схильні до депресії, тривожних розладів, а також негативної оцінки перспективи свого життя, здоров'я та лікування.

**Висновки.** Якість життя хворих на НАЖХП, порівняно з практично здоровими особами, згідно з опитувальником MOS SF-36, помірно знижена. Приєднання до НАЖХП гіпертонічної хвороби II стадії, 1–3-го ступенів додатково

достовірно погіршує якість життя, що виявляється зниженням показників як фізичного стану (особливо рольового функціонування, зумовленого фізичним станом, інтенсивності болю та загального стану здоров'я), так і психологічного стану (особливо життєвої активності та соціального функціонування). Ці особливості слід брати до уваги під час лікування хворих із цією поєднаною патологією.

### Список літератури

1. Бочар О. М. Оцінка стану жирової інфільтрації печінки у хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з ожирінням / О. М. Бочар // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2014. – № 2. – С. 64–68 (Bochar O. Assessment of fatty liver disease in patients with hypertension, combined with obesity / O. Bochar // Experimental and clinical physiology and biochemistry. – 2014. – N 2. – P. 64–68).
2. Корнійчук І. Ю. Епідеміологія, методи діагностики та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки на сучасному етапі / І. Ю. Корнійчук // Буковинський медичний вісник. – 2010. – № 4. – С. 159–162 (Korniyuchuk I. Epidemiology, diagnostic methods and treatment of nonalcoholic fatty liver disease at the present stage / I. Korniyuchuk // Bukovinian Medical Journal. – 2010. – N 4. – P. 159–162).
3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб. : Издательский дом «Нева» ; М. : «ОЛМА-ПРЕССА», Звездный мир, 2002. – 320 с. (Novik A. Guide to research quality of life in medicine / A. Novik, T. Ionova. – SPb. : Publishing Home "Neva" ; M. : "Olma-Press", Star World, 2002. – 320 p.).
4. Хухліна О. С. Неалкогольний стеатогепатит та гіпертонічна хвороба: особливості коморбідного перебігу, оптимізовані підходи до лікування / О. С. Хухліна, О. Є. Мандрик. – Чернівці, 2014. – 203 с. (Huhlina O. Nonalcoholic steatohepatitis and hypertension: features of comorbid course, optimized approaches to the treatment / O. Huhlina, O. Mandryk. – Chernivtsi, 2014. – 203 p.).
5. Ягєнський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А. В. Ягєнський // Внутренняя медицина. – 2007. – № 3. – С. 21–24 (Yahenskiy A. Assessment of quality of life in modern medical practice / A. Yahenskiy // Internal medicine. – 2007. – N 3. – P. 21–24).
6. A position statement on NAFLD/NASH based on the EASL 2009 special conference / V. Ratziu, S. Bellentani, H. Cortez-Pinto [et al.] // J. Hepatol. – 2010. – Vol. 53. – P. 372–384.
7. Angulo P. Nonalcoholic fatty liver disease / P. Angulo, K. D. Lindor // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – N 17. – P. 186–190.
8. Bohinc B. N. Mechanisms of Disease Progression in NASH: New Paradigms / B. N. Bohinc, A. M. Diehl // Clin. Liver Dis. – 2012. – Vol. 16, N 3. – P. 549–565.
9. Lombardo Y. B. Metabolic syndrome: effects of n-3 PUFAs on a model of dyslipidemia, insulin resistance and adiposity / Y. B. Lombardo, G. Hein, A. Chicco // Lipids. – 2007. – Vol. 42. – P. 427–437.
10. Nonalcoholic fatty liver disease in lean individuals in the United States // Z. M. Younossi, M. Stepanova, F. Negro [et al.] // Medicine (Baltimore). – 2012. – Vol. 91. – P. 319–327.
11. Torres D. M. Features, diagnosis, and treatment of nonalcoholic Fatty liver disease / Torres D. M., Williams C. D., Harrison S. A. // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2012. – Vol. 10, N 8. – P. 837–858.

Стаття надійшла до редакції журналу 7 вересня 2015 р.

## Якість життя хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки в поєднанні з гіпертонічною хворобою

Г. Ю. Машура, Т. М. Ганич

Досліджено показники якості життя пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки та її особливості в разі приєднання гіпертонічної хвороби II стадії, 1–3-го ступенів. Якість життя оцінювали за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36), який хворі заповнювали власноруч. З'ясовано, що приєднання до неалкогольної жирової хвороби печінки гіпертонічної хвороби II стадії, 1–3-го ступенів достовірно погіршує якість життя хворих порівняно з групою пацієнтів без гіпертонічної хвороби та практично здоровими людьми. Це відображається зниженням показників як фізичного, так і психологічного стану здоров'я, що слід брати до уваги під час лікування хворих із цією поєднаною патологією.

**Ключові слова:** неалкогольна жирова хвороба печінки, гіпертонічна хвороба, якість життя, поєднана патологія.

## Quality of Life in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Combination with Essential Hypertension

H. Mashura, T. Hanych

**Introduction.** Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) is one of the most common chronic liver diseases where its frequency in the population varies within 3.0–40.0 %. Pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease has a close relation to the components of metabolic syndrome, insulin resistance, abdominal obesity, dyslipidemia and hypertension. In 14.0–20.0 % NAFLD is combined with the defeat of the cardiovascular system, including essential hypertension. The long course of nonalcoholic fatty liver disease in combination with essential hypertension can negatively affect the patient's quality of life.

**Purpose of the study** is to find out the features of quality of life in patients with nonalcoholic fatty liver disease in combination with essential hypertension.

**Materials and research methods.** We investigated the quality of life of 38 patients with nonalcoholic fatty liver disease combined with hypertension (research group) and in 36 patients with isolated nonalcoholic fatty liver disease (comparison group). The control group included 20 healthy individuals. Assessment of quality of life was performed using the Ukrainian version of the questionnaire Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36).

**Results of the investigation and their discussion.** Accession to nonalcoholic fatty liver disease of hypertension significantly aggravated the quality of life compared to the quality of life of patients with isolated nonalcoholic fatty liver disease ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The quality of life of patients with nonalcoholic fatty liver disease is significantly reduced. Accession to nonalcoholic fatty liver disease of hypertension significantly affects the quality of life of patients which is manifested as a decrease of physical condition (especially role-functioning caused by physical condition, pain intensity and overall health) and mental health (especially the vitality and social functioning). This is reflected by decrease in parameters of physical and psychological health. It is necessary to consider this factor in treating patients with this pathology.

**Keywords:** nonalcoholic fatty liver disease, hypertension, quality of life, combined pathology.