Сергеева-Кондраченко М.Ю., Болотина Т.П.
*ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России
Пенза, Россия*

doi: 10.18411/lj2016-3-96

Влияние артериальной гипертензии и компенсации углеводного обмена на качество жизни пациентов с сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением

Актуальность: в настоящее время при многих хронических неинфекционных заболеваниях большое значение придается исследованию качества жизни - это уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного [1]. Для комплексной оценки состояния больных, особенно с патологией, поражающей практически все органы и системы: таких как сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия и ожирение, следует учитывать психологическую, духовную, и социальную составляющие состояния больного, причем, необходимо участие самого больного в оценке его состояния. Этим целям соответствуют показатели «качества жизни, связанного со здоровьем» [2,3,4]. Влияние психологических характеристик пациента на течение сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии в настоящее время не вызывает сомнений, и их изучение приобретает все большую значимость.

Цель: оценить показатели качества жизни (КЖ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, артериальной гипертензией (АГ) и ожирением в зависимости от компенсации углеводного обмена и степени АГ, используя опросник «SF-36 Health Status Survey».

Материалы и методы: проведено анкетирование 98 пациентов с СД 2 типа, АГ и ожирением. Средний возраст обследованных составил $56,5 \pm 3,5$ года, преобладали женщины (73%). В зависимости от степени компенсации углеводного обмена и показателей артериального давления (АД) пациенты были разделены на 4 группы: в 1 группу (24 человека) вошли пациенты с СД 2 типа, АГ и ожирением с декомпенсированным углеводным обменом и отсутствием целевых показателей по АД, во 2 группу (26 человек) были включены пациенты с компенсированным углеводным обменом и целевыми значениями по АД, 3 группа (25 человек) – пациенты с декомпенсированным СД 2 типа и целевым уровнем по АД, 4 группу (23 человека) составили пациенты не достигшие целевых показателей по АД, но с компенсированным СД 2 типа. Степень компенсации углеводного обмена оценивалась по HbA_{1c} , за целевой уровень АД взят диапазон <140 и 85 мм рт. ст. Для оценки КЖ был использован опросник «SF-36 Health Status Survey». Сбор данных осуществлялся путем анкетирования пациентов прямым опросом. Анализ КЖ проводился по всем шкалам опросника SF-36. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета STATISTICA (версия 6.0). Также для статистической обработки полученных данных был использован Kruskal-Wallis тест и Median test (H-тест по методу Крускала и Уоллиса) и двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты: в результате оценки показателей, характеризующих КЖ пациентов с СД 2 типа, АГ и ожирением в зависимости от степени компенсации углеводного обмена и показателей по АД были получены следующие результаты: при сравнении 1 и 2 группы выявлена достоверная разница по всем анализируемым показателям кроме параметра «физическое функционирование», где среднее значение в 1 группе составило $61,5 \pm 3,6$ (Me – $60,0$ [$50,0;72,5$]), во 2 группе – $71,0 \pm 2,6$ (Me – $72,5$ [$60,0;80,0$]) ($p > 0,05$), так же не отмечено достоверной разницы по параметру «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием»: в 1 группе среднее значение данного

параметра составило $31,3 \pm 4,8$ (Ме – 25,0 [25,0;50,0]), во 2 группе – $58,8 \pm 5,5$ (Ме – 50,0 [50,0;75,0]) ($p > 0,05$).

При сравнении 1 и 3 группы получена достоверная разница по следующим показателям: среднее значение параметра «интенсивность боли» в 1 группе составило $43,8 \pm 3,5$ (Ме – 41,5 [31,5;57,0]), в 3 группе – $65,2 \pm 3,9$ (Ме – 67,0 [51,0;74,0]) ($p < 0,05$). Уровень параметра «жизненная активность» в 1 группе составил $19,3 \pm 2,8$ (Ме – 25,0 [10,0;27,5]), что достоверно отличается от показателей 3 группы, где данный параметр равнялся $31,5 \pm 2,5$ (Ме – 30,0 [25,0;35,0]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» в 1 группе составило $6,7 \pm 3,1$ (Ме – 0,0 [0,0;0,0]), в 3 группе пациентов – $35,0 \pm 5,7$ (Ме – 33,3 [16,7;66,7]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «психическое здоровье» в 1 группе составило $36,8 \pm 3,0$ (Ме – 38,0 [28,0;44,0]), что достоверно отличается от показателей 3 группы – $50,0 \pm 2,2$ (Ме – 50,0 [44,0;54,0]) ($p < 0,05$). Так же при сравнении 1 и 3 групп пациентов выявлено достоверное различие по параметру «усредненная оценка КЖ»: в 1 группе значение данного параметра составило $29,1 \pm 2,4$ (Ме – 27,2 [21,2;38,1]), что в 1,5 раза меньше, чем в 3 группе – $43,8 \pm 2,3$ (Ме – 45,2 [42,0;49,3]) ($p < 0,05$). По остальным показателям достоверных различий выявлено не было.

При сравнении 1 и 4 группы получена достоверная разница по всем анализируемым составляющим КЖ кроме параметров: «физическое функционирование» - среднее значение в 1 группе составило $61,5 \pm 3,6$ (Ме – 60,0 [50,0;72,5]), в 4 группе – $66,5 \pm 2,1$ (Ме – 65,0 [60,0;72,5]) ($p > 0,05$). Среднее значение параметра «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» в 1 группе составило $31,3 \pm 4,8$ (Ме – 25,0 [25,0;50,0]), в 4 группе – $37,5 \pm 7,4$ (Ме – 37,5 [0,0;50,0]) ($p > 0,05$). Уровень параметра «интенсивность боли» в 1 группе равнялся $43,8 \pm 3,5$ (Ме – 41,5 [31,5;57,0]), в 4 группе – $54,0 \pm 2,3$ (Ме – 51,0 [51,0;62,0]) ($p > 0,05$).

При сравнении 2 и 3 группы наблюдалось достоверное различие по следующим показателям: значение параметра «интенсивность боли» во 2 группе составило $84,5 \pm 3,6$ (Ме – 84,0 [74,0;100,0]), в 3 группе – $65,2 \pm 3,9$ (Ме – 67,0 [51,0;74,0]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «общее состояние здоровья» во 2 группе составило $47,3 \pm 3,0$ (Ме – 44,5 [39,5;57,0]), в 3 группе – $27,7 \pm 3,4$ (Ме – 25,0 [15,0;40,0]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «жизненная активность» во 2 группе составило $60,3 \pm 2,5$ (Ме – 65,0 [55,0;65,0]), в 3 группе – $31,5 \pm 2,5$ (Ме – 30,0 [25,0;35,0]) ($p < 0,05$). При анализе параметра «социальное функционирование» так же выявлено достоверное отличие: во 2 группе – $73,1 \pm 3,2$ (Ме – 68,8 [62,5;87,5]), в 3 группе – $46,9 \pm 3,0$ (Ме – 50,0 [37,5;50,0]) ($p < 0,05$).

При сравнении 2 и 4 группы получена достоверная разница по следующим параметрам КЖ: уровень параметра «интенсивность боли» во 2 группе составил $84,5 \pm 3,6$ (Ме – 84,0 [74,0;100,0]), в 4 группе – $54,0 \pm 2,3$ (Ме – 51,0 [51,0;62,0]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «жизненная активность» во 2 группе составило $60,3 \pm 2,5$ (Ме – 65,0 [55,0;65,0]), что достоверно отличалось от показателей в 4 группе – $42,3 \pm 2,0$ (Ме – 40,0 [35,0;50,0]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «физическое здоровье» во 2 группе составило $64,3 \pm 2,3$ (Ме – 61,5 [57,2;73,3]), в 4 группе – $49,3 \pm 2,3$ (Ме – 48,3 [40,2;54,4]) ($p < 0,05$). При анализе параметра «усредненная оценка КЖ» так же выявлена достоверная разница: во 2 группе среднее значение составило $62,0 \pm 2,0$ (Ме – 59,4 [56,6;65,1]), в 4 группе – $50,1 \pm 1,8$ (Ме – 49,2 [44,2;52,1]) ($p < 0,05$). По остальным показателям достоверной разницы выявлено не было.

При сравнении 3 и 4 группы получены следующие результаты: среднее значение параметра «общее состояние здоровья» в 3 группе составило $27,7 \pm 3,4$ (Ме – 25,0 [15,0;40,0]), что достоверно ниже, чем у пациентов 4 группы – $46,4 \pm 2,0$ (Ме – 46,0 [42,5;51,0]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «жизненная активность» в 3 группе составило $31,5 \pm 2,5$ (Ме – 30,0 [25,0;35,0]), в 4 группе – $42,3 \pm 2,0$ (Ме – 40,0 [35,0;50,0]) ($p < 0,05$). При анализе параметра

«социальное функционирование» выявлена достоверная разница: среднее значение данного параметра в 3 группе - $46,9 \pm 3,0$ (Me – 50,0 [37,5;50,0]), в 4 группе – $61,3 \pm 2,2$ (Me – 62,5 [56,3;62,5]) ($p < 0,05$). Среднее значение параметра «психическое здоровье» в 3 группе - $50,0 \pm 2,2$ (Me – 50,0 [44,0;54,0]), что достоверно ниже по сравнению с 4 группой – $58,2 \pm 1,8$ (Me – 60,0 [56,0;64,0]) ($p < 0,05$). По остальным параметрам достоверной разницы выявлено не было.

Выводы: таким образом, не достижение целевых цифр HbA_{1c} и уровня АД у пациентов с СД 2 типа, АГ и ожирением значительно ухудшает показатели КЖ, связанного со здоровьем. СД 2 типа и АГ, являясь взаимосвязанными заболеваниями, оказывают мощное взаимоусиливающее действие, что неминуемо отражается на всех компонентах КЖ. При анализе параметров КЖ выявлено, что при АГ в большей степени затрагивается физический компонент здоровья, тогда как СД 2 типа приводит к снижению как физической, так и психологической составляющей КЖ.

Литература:

1. Rubin RR. Diabetes and Quality of Life // Diabetes Spectrum. 2000. - № 13. – P. 21–23.
2. Андреева, Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью // Г.Ф. Андреева, Р.Г. Оганов // Тер. архив – 2002. – № 1. – С. 8-16.
3. Комелягина, Е.Ю. Русскоязычная версия опросника для оценки качества жизни больных с периферической полинейропатией: валидация и перспективы применения / Е. Ю. Комелягина, О. М. Уварова, М. Б. Анциферов // Сахарный диабет. – 2014. - № 2. С. 56-65.
4. Шишкова, Ю. А. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования // Ю. А. Шишкова, Е. В. Суркова, О. Г. Мотовилин, А. Ю. Майорова // Сахарный диабет. – 2011. – № 3. – С. 70-76.