

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
"BUKOVINIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY"  
Індексований у міжнародних наукометричних базах:

Academy (Google Scholar)  
Ukrainian Research&Academy Network  
(URAN)  
Academic Resource Index Research Bib

Index Copernicus International  
Scientific Indexing Services  
Включений до Ulrichsweb™ Global Serials  
Directory

KLINICHNA TA  
EKSPERIMENTAL'NA  
PATOLOGIYA

CLINICAL & EXPERIMENTAL  
PATHOLOGY

На всі статті, опубліковані в журналі «Клінічна та експериментальна патологія»,  
встановлюються цифрові ідентифікатори DOI

**Т. XX, № 4 (78), 2021**

---

**Щоквартальний український  
науково-медичний журнал.  
Заснований у квітні 2002 року**

**Свідоцтво про державну реєстрацію  
Серія КВ №6032 від 05.04.2002 р.**

---

**Засновник і видавець:** Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Головний редактор**  
С.С. Ткачук

**Відповідальний секретар:**  
О.С. Хухліна

**Секретар**  
Г.М. Лапа

**Наукові редактори випуску:**  
д. мед. н., проф. Ілащук Т.О.  
д. мед. н., проф. Сидорчук Л.П.  
д. мед. н., проф. Колоскова О.К.

**Редакційна колегія:**

Булик Р.Є.  
Власик Л.І.  
Дейнека С.Є.  
Денисенко О.І.  
Іващук О.І.  
Ілащук Т.О.  
Колоскова О.К.  
Коновчук В.М.  
Масікевич Ю.Г.  
Пашковський В.М.  
Полянський І.Ю.  
Сорокман Т.В.  
Федів О.І.  
Цигикало О.В.  
Сидорчук Л.П.

---

**Адреса редакції:** 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, видавничий відділ БДМУ  
Тел./факс: (0372) 553754. E-mail: tkachuk.svitlana14@bsmu.edu.ua; lapagalina46@gmail.com

**Офіційний web-сайт журналу:** <http://cep.bsmu.edu.ua>

Електронні копії опублікованих статей передаються до **Національної бібліотеки ім. В.І. Вернадського** для вільного доступу в режимі on-line

Реферати статей публікуються в "**Українському реферативному журналі**", серія "Медицина"

## Редакційна рада:

проф. А.В. Абрамов (Запоріжжя, Україна); проф. Е.М. Алієва (Баку, Азербайджан); проф. В.В. Братусь (Київ, Україна); проф. І.М. Катеренюк (Кишинів, Республіка Молдова); проф. Ю.М. Колесник (Запоріжжя, Україна); акад. АН ВШ України, проф. С.С. Костишин (Чернівці, Україна); чл.-кор. АМН України, проф. В.А. Міхньов (Київ, Україна); чл.-кор. НАМН України, проф. М.Г. Проданчук (Київ, Україна); акад. АМН, чл.-кор. НАН України, проф. О.Г. Резніков (Київ, Україна); чл.-кор. НАН України, проф. В.Ф. Сагач (Київ, Україна); чл.-кор. НАН України, проф. Р.С. Стойка (Львів, Україна); акад. НАМН, чл.-кор. НАН України, проф. М.Д. Тронько (Київ, Україна); проф. М.Р. Хара (Тернопіль, Україна); проф. В.В. Чоп'як (Львів, Україна); проф. В.О. Шидловський (Тернопіль, Україна); проф. В.О. Шумаков (Київ, Україна).

---

**Наказом Міністерства освіти і науки України від 11.07.2019 р., № 975  
журнал "Клінічна та експериментальна патологія" включено до переліку  
наукових фахових видань України, категорія Б**

---

*Рекомендовано до друку та поширення через Інтернет рішенням Вченої ради Буковинського державного медичного університету (протокол № 4 від 25.11.2021 р.)*

Матеріали друкуються українською,  
російською та англійською мовами

Комп'ютерний набір і верстка –  
В.Г. Майданюка

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає  
за собою право редагування

Наукове редагування – редакції

Передрук можливий за письмової згоди  
редколегії

Редагування англійського тексту –  
Г.М. Лапи

Коректор – І.В. Зінченко

Група технічно-інформаційного  
забезпечення:  
І.Б. Горбатюк  
Л.І. Сидорчук  
В.Д. Сорохан

ISSN 1727-4338

DOI 10.24061/1727-4338.XX.4.78.2021

© "Клінічна та експериментальна патологія" (Клін. та експерим. патол.), 2021

© **Clinical and experimental pathology**  
(**Clin. and experim. pathol.**), 2021

Founded in 2002

Publishing four issues a year

© "Клиническая и экспериментальная патология" (Клин. и эксперим. патол.), 2021

## ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ЗА ТА БЕЗ СУПУТНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

*А.Г. Гусарчук, Т.О. Илащук*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Мета дослідження** – оцінити показники якості життя у хворих на ревматоїдний артрит з та без супутньої ішемічної хвороби серця.

**Матеріали та методи.** Обстежено 91 хворий на ревматоїдний артрит (РА). Середній вік – 44,7±9,4 роки. Тривалість захворювання – від 1 до 12 років. I рентгенологічна стадія наявна у 4,4 % пацієнтів, II – у 49,5%, III – у 39,6,0% та IV – у 6,6% хворих. Серопозитивний РА встановлено у 73,7%. I ступінь активності виявлена у 21 пацієнта, II – у 38, III – у 32. Хворих на РА розподілено на 2 підгрупи – хворі із РА та РА з ішемічною хворобою серця (ІХС). Групи зіставні за віком та статтю. Оцінювання якості життя (ЯЖ) проводили за допомогою опитувальників SF-36 та HAQ. Контрольна група – 31 пацієнт з ІХС.

**Результати.** Хворі на РА та РА з ІХС давали приблизно однакову оцінку своїм больовим відчуттям до поступлення в лікарню (відповідно, 64,8±13,2 та 69,1±11,1 мм). Загальний стан хворі на РА з ІХС розцінювали, як тяжчий на 25,1% порівняно із хворими на РА без ІХС (69,7±6,39 мм проти 55,7±4,27 мм,  $p<0,05$ ). При оцінці больових відчуттів і загального стану хворими різного віку вірогідної різниці не виявлено. Залежно від тривалості захворювання у підгрупах хворих на РА до 5 років та понад 10 років виявлено тенденцію до децю вищої оцінки больових відчуттів за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) порівняно з групою хворих, які страждають на це захворювання від 5 до 10 років. При аналізі HAQ виявлено вірогідну відмінність у хворих на РА з та без ІХС ( $p<0,05$ ). Складові фізичного компоненту здоров'я (Physical component score – PCS) виявляли тенденцію до зниження у хворих на коморбідну патологію, проте складові психологічного компоненту здоров'я (mental component score – MCS) вірогідно відрізнялися у хворих на поєднання РА з ІХС як від даних, отриманих від пацієнтів з РА, так і від значень пацієнтів з ІХС.

**Висновки.** Для пацієнтів із коморбідними РА та ІХС характерною є нижча оцінка власного стану здоров'я. Коморбідність РА з ІХС менше позначається на фізичній складовій здоров'я хворих, але суттєво погіршує психічну його складову.

**Ключові слова:**

якість життя, ревматоїдний артрит, ішемічна хвороба серця, SF-36, HAQ.

Клінічна та експериментальна патологія 2021. Т.20, №4 (78). С. 33 - 41.

DOI:10.24061/1727-4338.XX.4.78.2021.4

E-mail: husarchuk.anna@bsmu.edu.ua.

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИЛИ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

*А.Г. Гусарчук, Т.О. Илащук*

**Цель исследования** – оценить показатели качества жизни (КЖ) у больных ревматоидным артритом (РА) с или без ишемической болезни сердца (ИБС).

**Материал и методы.** Обследован 91 больной РА. Средний возраст – 44,7±9,4 года. Продолжительность заболевания – от 1 до 12 лет. I рентгенологическая степень констатирована у 4,2 % пациентов, II – у 49,5%, III – у 40,0% и IV – у 5,3% больных. Серопозитивный РА установлен у 73,7%. I степень активности – у 21 пациента, II – у 38. Больные РА распределены на 2 подгруппы – больные РА и РА с ИБС. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Оценку КЖ проводили с помощью опросника SF-36 и HAQ. Контрольная группа – 31 пациент с ИБС.

**Результаты.** Больные РА и РА с ИБС приблизительно одинаково оценивали свои болевые ощущения до поступления в стационар (соответственно 64,8±13,2 и 69,1±11,1 мм). Общее состояние больные РА с ИБС расценивали, как более тяжелое на 25,1% в сравнении с больными РА без ИБС (69,7±6,39 мм против 55,7±4,27 мм,  $p<0,05$ ).

При оценке болевых ощущений и общего состояния больными разного возраста достоверной разницы не выявлено. В зависимости от длительности заболевания в подгруппах больных на РА до 5 лет и более 10 лет выявлено тенденцию к более высокой оценке болевых ощущений по ВАШ в сравнении с группой больных, которые страдают данным заболеванием от 5 до 10 лет. При анализе HAQ выявлено вероятное отличие у больных РА с или без ИБС, ( $p<0,05$ ). Составляющие физического компонента здоровья (Physical component score PCS) имели

**Ключевые слова:**

качество жизни, ревматоидный артрит, ишемическая болезнь сердца, SF-36, HAQ.

Клиническая и экспериментальная патология 2021. Т.20, № 4 (78). С. 33 - 41.

тенденцію к снижению у больных на коморбидную патологию, однако показатели психологического компонента здоровья (mental component score – MCS) достоверно отличались у больных РА с ИБС как от данных, полученных у пациентов с РА, так и от значений у пациентов с ИБС.

**Выводы.** Для пациентов с коморбидными РА и ИБС характерна более низкая оценка собственного состояния здоровья. Коморбидность РА с ИБС меньше отражается на физической составляющей здоровья больных, но существенно ухудшает его психическую составляющую.

**Key words:**

life quality, rheumatoid arthritis, coronary heart disease, SF-36, HAQ

Clinical and experimental pathology 2021. Vol.20, № 4 (78). P. 33 - 41.

**LIFE QUALITY INDICATORS OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH AND WITHOUT CONCOMITANT ISCHEMIC HEART DISEASE**

**A.G. Husarchuk, T.O. Ilaschuk**

**The aim** – to assess life quality (LQ) in rheumatoid arthritis (RA) patients with and without concomitant coronary heart disease (CHD).

**Material and methods.** 91 patients with RA were examined. The average age was  $44.7 \pm 9.4$  years. The duration of the disease is from 1 to 12 years. The first X-ray stage - in 4.2% of patients, II - 49.5%, III - in 40.0% and IV - in 5.3% of patients. Seropositive RA was found in 73.7%. The first degree of activity is in 21 patients, II - in 38. Patients with RA are divided into 2 subgroups - patients with RA and RA with coronary heart disease. The groups are comparable in age and sex. LQ assessment was performed using SF-36 and HAQ questionnaires. Control group consisted of 31 patients with coronary heart disease.

**Results.** Patients with RA and RA, accompanied with coronary heart disease gave approximately the same assessment of their pain before admission to the hospital ( $64.8 \pm 13.2$  and  $69.1 \pm 11.1$  mm, respectively). The general condition of patients with RA, accompanied with coronary heart disease, was considered to be 25.1% more severe compared with RA patients without coronary heart disease ( $69.7 \pm 6.39$  mm vs.  $55.7 \pm 4.27$  mm,  $p < 0.05$ ). When assessing pain and general condition of patients of different ages, no significant difference was found. Depending on the disease duration in the subgroups of patients with RA up to 5 years and over 10 years, there is a tendency to a slightly higher assessment of pain for VAS compared to the group of patients suffering from this disease from 5 to 10 years. The HAQ analysis revealed a significant difference in RA patients with and without coronary heart disease ( $p < 0.05$ ). The constituents of physical component score (PCS) tended to be decreased in patients with comorbid pathology, but the constituents of the mental component score (MCS) probably differed in patients with a combination of RA with coronary heart disease, both from data, obtained in patients with RA, and from the values of patients with coronary heart disease.

**Conclusions.** Patients with comorbid RA and coronary heart disease are characterized by a lower assessment of their own health. Comorbidity of RA with coronary heart disease has less effect on the physical component of patients' health, but significantly impairs the mental component of health.

**Вступ**

Ревматоїдний артрит (РА) – важлива проблема не лише окремого індивідуума, але й соціуму в цілому і визначається така її значимість суттєвим впливом на якість життя пацієнта та високим рівнем витратків на лікування недуги, запобігання ускладненням та зменшення частоти і вираженості віддалених наслідків для системи охорони здоров'я країни [6].

Світова медична спільнота вважає РА однією з найтяжчих форм запального артрити, оскільки ускладнення при ньому настають рано, прогресують швидко, залишаючи по собі незворотні наслідки у формі інвалідизації хворого [5]. Згідно з даними ряду досліджень, ініційованих тематичними асоціаціями та світовими інституціями, 43,2% дорослих відзначають постійне обмеження своїх функцій та можливостей [2], тобто низьку якість життя. Якість життя (ЯЖ) як інтегральна характеристика стану хворого включає фізичний, психологічний, соціальний компоненти,

на які впливає хвороба. Дослідження показали, що за РА визначальними щодо ЯЖ життя хворого є синдром хронічного болю, неспроможність виконувати ряд повсякденних рутинних активностей, порушення працездатності. Усі перелічені фактори спричиняють ряд негативних психологічних ефектів – від легкої пригніченості до клінічно вираженої депресії [6], які, у свою чергу, знижують мотивацію до систематичного лікування, викликають зневіру, обмежують соціальне функціонування і спричиняють ряд проблем для близького оточення пацієнта [8]. Також негативний емоційний фон є підґрунтям для розвитку ряду коморбідних захворювань, які асоціюються з песимістичними наслідками для здоров'я, збільшенням частоти і тяжкості ускладнень та смертності [10].

**Мета дослідження**

Оцінити показники якості життя у хворих на Клінічна та експериментальна патологія. 2021. Т.20, № 4 (78)

ревматоїдний артрит за та без супутньої ішемічної хвороби серця.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежений 91 хворий на РА, що знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні №1 КНП ЦМКЛ м. Чернівці. Дослідження проведені при дотриманні основних положень GCP ICH і Гельсінської декларації з біомедичних досліджень. Діагноз верифікований згідно з критеріями, запропонованими ARA/EULAR (1987/2010), наказу МОЗ України № 263 від 11.04.2014. Середній вік хворих становив  $44,7 \pm 9,4$  років. Тривалість захворювання в обстежених коливалася від 1 до 12 років, у середньому  $12,05 \pm 1,1$  років. Рентгенологічну стадію захворювання встановлювали за критеріями Штейнброекера (1949). Перша рентгенологічна стадія виявлена у 4,2 % пацієнтів, друга – у 49,5%, третя стадія діагностована у 40,0%, четверта стадія – у 5,3% хворих. Серопозитивний РА встановлено у 73,7%. Серед обстежених хворих було 40 (43,9 %) жінок, чоловіків – 51 (56 %), співвідношення жінки/чоловіки – 1:1,3. I ступінь активності вивлено у 21 пацієнта, II – у 38. У більшості обстежених хворих встановлено поліартрит із симетричним ураженням: проксимальних міжфалангових, п'ястно-фалангових та проксимально-зап'ястних суглобів.

Хворих на РА було розподілено на 2 підгрупи: хворі із РА без супутньої патології серцево-судинної системи (ССС) та хворі на РА з ІХС. Групи були зіставними за віком та статтю.

До групи контролю зараховано 31 пацієнта з ІХС.

Візуальна аналогова шкала (ВАШ) оцінки болю та загального стану здоров'я хворим та лікарем включена світовими рекомендаціями до переліку найбільш практичних та часто вживаних інструментів оцінки стану хворого. ВАШ представлена у вигляді горизонтальної лінії довжиною 100 мм, яка відображає спектр інтенсивності болю. Пацієнту необхідно позначити точку на цій лінії, яка відповідає рівню його болю. Відповідність у подальшому цієї точки міліметровій розмітці лінійки дає цифрове значення інтенсивності болю.

Усім залученим у дослідження пацієнтам на РА пропонували заповнити опитувальники, які включали ВАШ-оцінку болю, пов'язаного з основним захворюванням – РА; шкалу оцінки хворим свого загального стану; аналогічну оцінку здійснював лікар, провівши попередньо клініко-анамнестичне обстеження хворого.

Більш специфічним для оцінки ЯЖ у хворих на РА є опитувальник НАQ (Health Assessment Questionnaire) [7]. Названий опитувальник був створений для самооцінки хворими на РА основних функціональних порушень і містить такі категорії, як: одягання, ходьба, особиста гігієна, сила кисті, користування транспортом, спритність. Кожна відповідь кодується від 0 до 3 балів, де 0 – виконання дій без утруднень, 3 – не можу виконати. Розрахунок здійснюється згідно з формулою:  $\text{індекс НАQ} = \text{сума всіх балів} / 20$ .

Оцінку якості життя проводили за допомогою опитувальника "SF-36 Health Status Survey" [11].

Клінічна та експериментальна патологія. 2021. Т.20, № 4 (78)

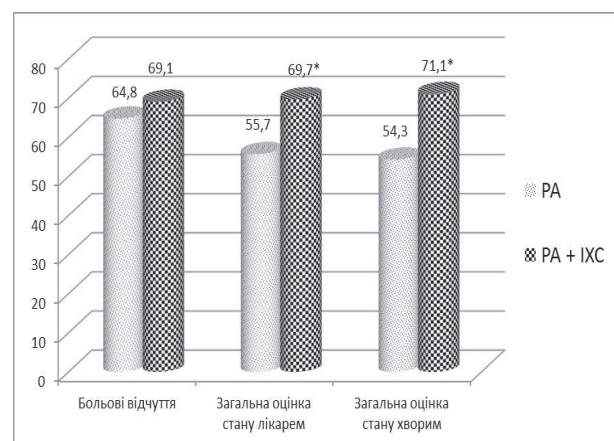
36 пунктів цього опитувальника згруповані у вісім шкал: ФФ – фізичне функціонування, РФ – рольове (фізичне) функціонування, інтенсивність болю (BP), загальне здоров'я (GH), життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційне функціонування (RF), психологічне здоров'я (MH). Показники кожної шкали коливаються від 0 до 100. Усі шкали формують два показники: фізичний компонент здоров'я (Physical health – PH) та його психологічний компонент (Mental Health – MH) [9].

Обраховували середню арифметичну величину (M), середню похибку (m), достовірність різниць результатів дослідження (P), коефіцієнта кореляції Спірмена. У зв'язку із ненормальним розподілом показників для порівняння середніх величин застосовували непараметричний критерій Mann-Whitney у середовищі комп'ютерної програми PAST [3]. Результати вважалися достовірними у випадку, коли коефіцієнт достовірності дорівнював 0,05 або був меншим.

### Результати та їх обговорення

Для ВАШ характерні легкість сприйняття хворим, надійність ре-тестових вимірів, універсальність у будь-якому соціумі. ВАШ дає змогу трансформувати вербальний описовий варіант суб'єктивних відчуттів у цифровий еквівалент, і при цьому вона є високодостовірною (за різними даними, за умови відсутності клінічної динаміки результати повторних оцінок, проведених впродовж двох тижнів, відрізняються від початкових не більш ніж на 3 мм).

Проаналізовано показники ВАШ оцінки болю, загального стану хворого пацієнтом та лікарем у хворих на РА та РА + ІХС. Усереднені значення представлені на рис. 1.



**Рис.1.** Результати оцінки болю, загального стану хворого пацієнтом та лікарем за візуальною аналоговою шкалою хворими на ревматоїдний артрит та на ревматоїдний артрит з ішемічною хворобою серця до лікування.

Зокрема, хворі на РА та РА + ІХС давали приблизно однакову оцінку своїм больовим відчуттям напередодні поступлення до лікарні (відповідно,  $64,8 \pm 13,2$  та  $69,1 \pm 11,1$  мм). Проте свій глобальний загальний стан хворі на РА з ІХС розцінювали, як тяжчий на 25,1%, порівняно із хворими на РА без супутньої патології

(69,7±6,39 мм проти 55,7±4,27 мм,  $p < 0,05$ ). Зазначена тенденція не мала суб'єктивного характеру, оскільки в цілому оцінка лікарем глобального загального стану хворого співпадала з оцінкою пацієнта (71,1±5,14 за РА + ІХС супроти 54,3±6,22,  $p < 0,05$ ).

Нами проаналізовано оцінку больових відчуттів і загального стану хворими різного віку та за різної тривалості захворювання. Вірогідної різниці у сприйнятті власних больових відчуттів хворими різного віку не виявлено (табл. 1).

Таблиця 1

**Залежність індексів оцінки здоров'я та болю за візуальною аналоговою шкалою у хворих на ревматоїдний артрит і ревматоїдний артрит та ішемічну хворобу серця від тривалості захворювання та віку хворих (мм)**

Тривалість РА та вікові групи хворих	РА, n=31	РА + ІХС, n=60	Достовірність
Оцінка больового синдрому, мм			
РА до 5 років	68,7±6,71	66,5±7,22	$P > 0,05$
5-10 років	59,4±8,42	62,3±8,75	$P_1 > 0,05$
Понад 10 років	71,3±7,33	69,6±6,23	$P_2 > 0,05$
35-44 р.	63,9±7,67	64,1±4,12	$P > 0,05$
45-59 р.	65,7±9,01	66,9±6,61	$P_3 > 0,05$
60-74 р.	64,1±7,22	66,0±5,18	$P_4 > 0,05$
75 р. і більше	65,2±5,14	65,2±3,98	$P_5 > 0,05$
Загальний стан, оцінка пацієнтом, мм			
РА до 5 років	47,1±4,24	59,2±5,55	$P > 0,05$
5-10 років	51,2±5,53	67,3±6,11	$P_1 > 0,05$
Понад 10 років	58,9±4,94	80,4±7,2	$P_2 > 0,05$
35-44 р.	46,2±6,11	53,1±4,19	$P > 0,05$
45-59 р.	53,3±4,65	60,3±5,29	$P_3 > 0,05$
60-74 р.	56,7±7,18	70,2±8,33	$P_4 > 0,05$
75 р. і більше	59,0±6,44	80,6±8,35	$P_5 > 0,05$
Загальний стан, оцінка лікарем, мм			
РА до 5 років	48,3±6,47	54,9±3,18	$P > 0,05$
5-10 років	52,9±7,15	66,3±9,11	$P_1 > 0,05$
Понад 10 років	56,6±8,02	79,7±4,59	$P_2 > 0,05$
35-44 р.	49,1±5,09	66,4±5,59	$P < 0,05$
45-59 р.	52,1±3,48	69,1±2,29	$P_3 > 0,05$
60-74 р.	57,9±6,29	75,1±7,38	$P_4 > 0,05$
75 р. і більше	58,3±4,48	80,1±8,11	$P_5 > 0,05$

**Примітка:**  $n$  - кількість хворих;

$P$  – вірогідність різниці показників між групами хворих на РА та РА+ІХС;

$P_1$  – вірогідність різниці при порівнянні групи із тривалістю РА 5-10 років із групою, де РА тривав до 5 років;

$P_2$  – вірогідність різниці при порівнянні групи із тривалістю РА понад 10 років із групою, де РА тривав 5-10 років;

$P_3$  – вірогідність різниці при порівнянні групи хворих середнього віку із групою хворих молодого віку;

$P_4$  – вірогідність різниці при порівнянні групи хворих похилого віку із групою хворих середнього віку;

$P_5$  – вірогідність різниці при порівнянні групи хворих літнього віку із групою хворих похилого віку.

Залежно від тривалості захворювання, у 2-х підгрупах хворих на РА (при тривалості захворювання до 5 років та понад 10 років), виявлено тенденцію до дещо вищої оцінки больових відчуттів за ВАШ порівняно з хворими, які страждають на вказане захворювання від 5 до 10 років. Ця різниця простежується як за наявності ІХС, так і без цієї патології, проте не підтверджена статистично. Очевидно, у перші роки розвитку РА пацієнти гостріше сприймають больові відчуття, з часом звикаючи до них, а після 10 років у них наростають і незапальні причини, що вносять свою складову

у генез больового синдрому: деформація суглобів, розвиток вторинного остеопорозу і остеоартрозу.

Оцінка загального стану хворих на РА має схожі тенденції за та без наявності ІХС: у міру збільшення віку хворих та тривалості захворювання оцінка власного стану хворим і лікарем поступово погіршується (див. табл. 1). При цьому виявлено достовірну різницю – погіршення оцінки власного стану у хворих, які хворіють до 5 років і тих, які страждають на РА більше 10 років, за супутньої ІХС – на 41,4% при оцінці хворим і на 43,2% – при оцінці лікарем. Зазначений факт узгоджується зі світовими

спостереженнями щодо того, що з роками у хворих виникає широкий спектр додаткових проблем, пов'язаних із РА: інвалідизація і порушення функцій суглобів, зміни соціальної складової життя, розвиток і прогресування супутньої патології, виникнення небажаних явищ внаслідок тривалого прийому

базової терапії тощо.

При аналізі індексу HAQ нами виявлено, що в обстеженій популяції в середньому він до лікування становив  $1,78 \pm 2,21$ . При цьому виявлено вірогідну відмінність індексу у хворих на РА з та без супутньої патології ССС (табл. 2).

Таблиця 2

**Індекс HAQ до лікування у підгрупах хворих на ревматоїдний артрит та на ревматоїдний артрит з ішемічною хворобою серця**

Показник	РА (n = 31)	РА + ІХС (n = 60)	Достовірність відмінностей
Індекс HAQ	$1,53 \pm 0,07$	$1,89 \pm 0,11$	$P < 0,05$
Відсоток хворих з індексом HAQ $\geq 2,0$ , %	$34,1 \pm 3,22$	$56,9 \pm 4,17$	$P < 0,05$

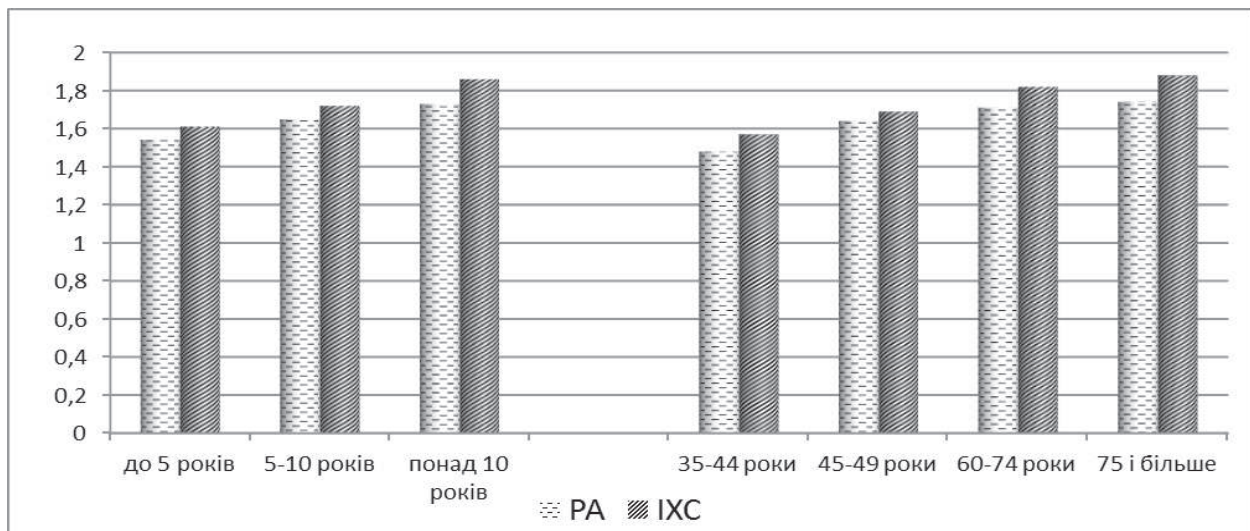
*Примітка.* n – кількість хворих; P – вірогідність різниці при порівнянні груп з РА та РА + ІХС.

Загалом індекс HAQ коливався у підгрупі хворих з РА без патології ССС у діапазоні 1,18 – 2,12 (95% CI), а у підгрупі хворих із поєднаною патологією – у діапазоні 1,36 – 2,31 (95% CI). Тобто, поєднання РА з ІХС несприятливо позначається на функціональній активності пацієнтів і характеризується суттєвішим порушенням функцій хворих.

Індекс  $HAQ \geq 2,0$  характеризує значне порушення функціональної активності хворих, і тому частку хворих із такими значеннями враховують при оцінці фізичної функціональної активності популяції. Відсоток хворих із  $HAQ \geq 2,0$  на 60,1% перевищував

їх кількість у підгрупі з ізольованим перебігом РА, а отже частка пацієнтів із суттєво обмеженою функціональною активністю вища за поєднання РА та ІХС.

Аналіз індексу HAQ виявив тенденцію його залежності від тривалості захворювання: що довше тривало захворювання, то гіршим був показник. Аналогічна динаміка виявлялася і при аналізі індексу HAQ у хворих за віковим аспектом: у хворих старшого віку показник був гіршим (рис. 2). Проте в обох випадках зміни не набули статистичної достовірності.



**Рис. 2.** Індекс HAQ у хворих на ревматоїдний артрит та на ревматоїдний артрит з ішемічною хворобою серця залежно від віку пацієнтів та тривалості захворювання.

Різні опитувальники для хворих сконструйовані з урахуванням різних підходів до оцінки тієї чи іншої сфери життєдіяльності. Одним із тих, що широко охоплює потенційний спектр проблем за соматичної нозології і дає можливість оцінити різнопланові аспекти якості життя пацієнтів, є SF-36.

У здорових осіб без проявів больового синдрому вважається нормою, що показники всіх шкал

перевищують 70-80% [4]. Складнощі з виконання тих чи інших завдань не лише обмежують фізичну активність, але й негативно позначаються на моральному стані хворих, викликаючи у них фрустрацію, втому і посилюючи психосоматичні прояви захворювання [1].

Результати оцінки компонентів опитувальника SF-36 представлено в табл. 3.

Показники якості життя за шкалою SF-36 у хворих на ревматоїдний артрит залежно від наявності супутньої ішемічної хвороби серця до лікування

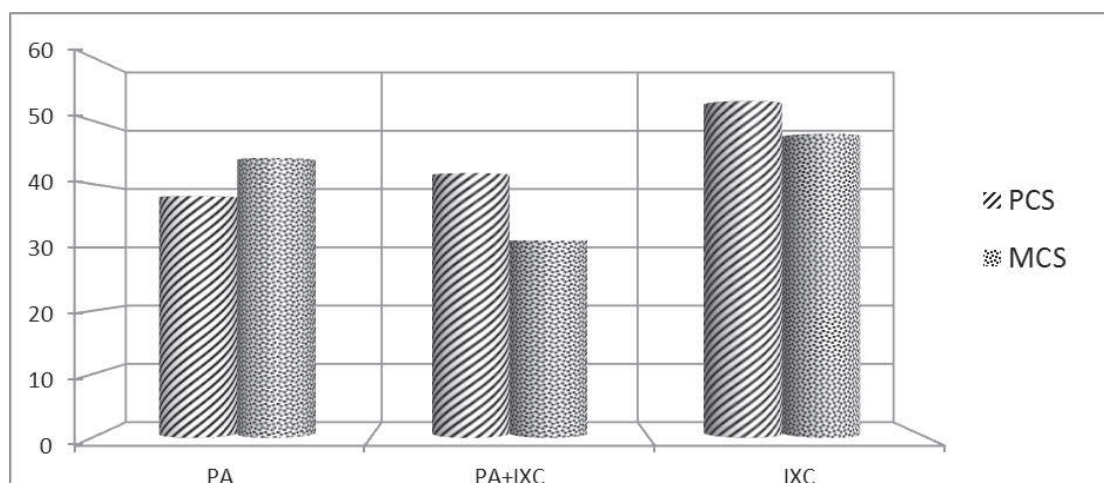
Показники	РА (n = 31)	РА + ІХС (n = 60)	ІХС (n = 61)	Достовірність відмінностей
PF	54,5±5,1	50,6±3,9	55,1±3,8	$p_1, p_2 > 0,05$
RF	54,9±6,4	40,3±4,6	64,7±4,9	$p_2 < 0,05$
BP	47,4±4,1	42,9±3,2	54,8±2,8	$p_2 < 0,05$
GH	52,5±4,0	44,7±2,6	56,8±2,5	$p_2 < 0,01$
VT	50,3±3,3	36,0±2,3	53,3±1,9	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$
SF	53,8±4,1	37,5±3,4	68,9±2,5	$p_2 < 0,01$
RE	49,5±6,7	35,8±5,2	65,1±4,0	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$
MH	57,3±2,6	44,2±1,9	62,4±1,4	$p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$
PCS	38,1±2,0	41,7±1,4	53,1±1,4	$p_2 < 0,01$
MCS	44,1±1,4	31,1±1,2	47,9±0,7	$p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,01$

**Примітка:** n – кількість хворих, PF – фізичне функціонування, RP – рольове фізичне функціонування, BP – біль, GH – загальне здоров'я, VT – життєздатність, SF – соціальне функціонування, RE – рольове емоційне функціонування, MH – психологічне здоров'я,  $p_1$  – вірогідність різниці при порівнянні груп з РА та РА + ІХС,  $p_2$  – вірогідність різниці при порівнянні груп з ІХС та РА + ІХС.

Складові фізичного здоров'я – PF, RF, BP, GH – виявляли тенденцію до зниження у хворих на коморбідну патологію, РА + ІХС, порівняно з хворими на РА, хоч і не підтверджену статистично. При цьому значення у пацієнтів із РА відповідали типовим показникам пацієнтів із РА інших країн світу, описаних за останнє десятиліття. Порівняння перелічених показників пацієнтів із РА та ІХС також достовірної різниці не виявило. Проте у групі РА + ІХС при порівнянні зі значеннями хворих на ІХС виявлено достовірну різницю для складових 2-4

(зменшення їх відповідно на 37,5%, 21,7% і 16,0%), що вказує на важливість поєднання обох нозологій у генезі суттєвого погіршення фізичного стану хворих із коморбідністю.

Складові психічного здоров'я – VT, SF, RE, MH – вірогідно відрізнялися у хворих на поєднання РА + ІХС як від даних, отриманих від пацієнтів з РА, так і від значень пацієнтів з ІХС. Порівняно з даними хворих на РА, зазначені складові були меншими у хворих на поєднану патологію на 27,8%, 27,6% та 24,7% відповідно. Ще суттєвішою різниця була



**Рис. 3.** Фізичний і психологічний компоненти здоров'я у хворих на ревматоїдний артрит, на ревматоїдний артрит з ішемічною хворобою серця та на ішемічну хворобу серця.

PCS – фізичний компонент здоров'я, MCS – психологічний компонент здоров'я.

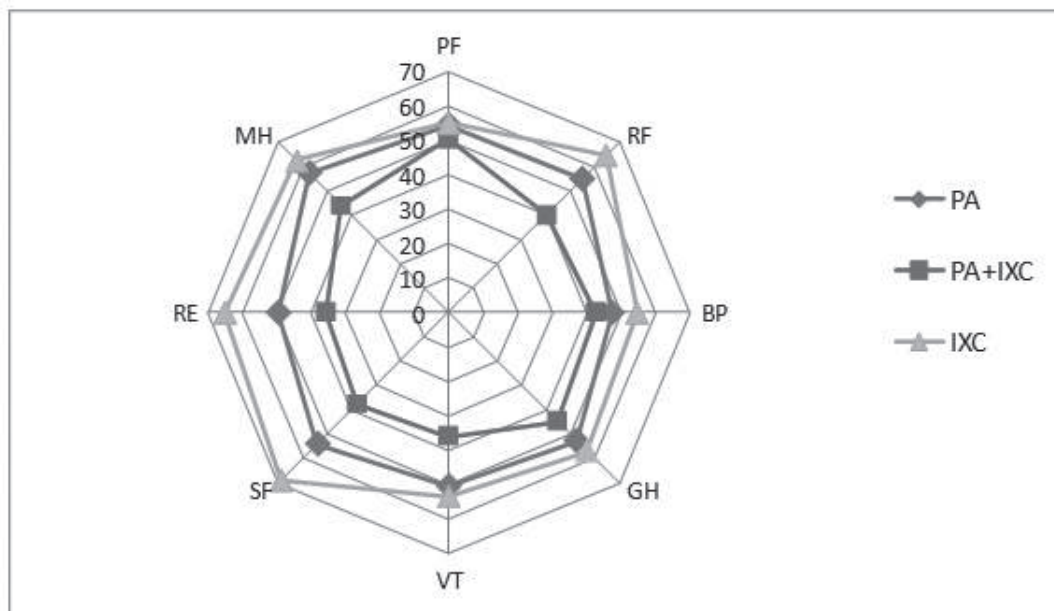


при порівнянні даних хворих з ІХС. Достовірну різницю за рахунок зменшення на 32,4%, 45,6%, 30,2% і 35,5% виявлено для всіх 4 складових психічного здоров'я. Слід відзначити, що показники психічного здоров'я в обстежуваній нами популяції були нижчими від тих, які зазвичай трапляються у світовій літературі, але відповідали значенням, типовим для пацієнтів з інших областей України, що засвідчує про меншу вдовolenість життям,

більш песимістичне сприйняття себе, перспектив ефективності лікування і прогнозу, ніж у ряді країн Європи чи США.

Сумарна фізична складова SF-36 у хворих на РА і РА + ІХС не відрізнялася, а сумарна психічна складова SF-36 – була меншою на 29,5% у хворих із коморбідністю ( $p < 0,01$ ).

Профіль ЯЖ графічно у досліджуваних хворих представлено на рис. 4.



**Рис. 4.** Профіль якості життя у хворих на ревматоїдний артрит, на ревматоїдний артрит з ішемічною хворобою серця та на ішемічну хворобу серця. PF – фізичне функціонування, RP – рольове фізичне функціонування, BP – біль, GH – загальне здоров'я, VT – життєздатність, SF – соціальне функціонування, RE – рольове емоційне функціонування, MH – психологічне здоров'я.

### Висновки

1. Для пацієнтів із коморбідними РА та ІХС характерною є нижча оцінка власного стану здоров'я, яка додатково погіршується з віком та в міру зростання тривалості основного захворювання.

2. За даними індексу HAQ, у хворих із РА + ІХС суттєвішим є обмеження фізичних функцій, а також у цій популяції вищий відсоток хворих із порушенням функцій, яке розцінене як значне порівняно з ізольованим РА.

3. Коморбідність РА з ІХС менше позначається на фізичній складовій здоров'я хворих, але суттєво погіршує психічну складову здоров'я, сприяючи соціальній дезадаптації, розвитку тривожності та виникненню схильності до депресій, негативно відображається на сприйнятті хворим перспектив свого лікування.

### Перспективи подальших досліджень

Перспективним вважаємо дослідження гендерних аспектів порушення якості життя у хворих на ревматоїдний артрит з коморбідною патологією.

### Список літератури

1. Chen, J, Norling LV, Cooper D. Cardiac Dysfunction in Rheumatoid Arthritis: The Role of Inflammation. *Cells*

[Internet]. 2021[cited 2021 Dec 27];10(4):881. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8070480/pdf/cells-10-00881.pdf> doi: 10.3390/cells10040881

2. Druce KL, Cordingley L, Short V, Moore S, Hellman B, James B, et al. Quality of life, sleep and rheumatoid arthritis (QUASAR): a protocol for a prospective UK mHealth study to investigate the relationship between sleep and quality of life in adults with rheumatoid arthritis. *BMJ Open* [Internet]. 2018[cited 2022 Jan 04];8(1):e018752. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829597/pdf/bmjopen-2017-018752.pdf> doi: 10.1136/bmjopen-2017-018752

3. Hammer O, Harper DAT, Ryan PD. PAST: Paleontological Statistics Software Package for Education and Data Analysis. *Palaeontologia Electronica* [Internet]. 2001[cited 2021 Dec 30];4(1). Available from: [https://palaeo-electronica.org/2001\\_1/past/past.pdf](https://palaeo-electronica.org/2001_1/past/past.pdf)

4. Hammond A, Tyson S, Prior Y, Hawkins R, Tennant A, Nordenskiold U, et al. Linguistic validation and cultural adaptation of an English version of the Evaluation of Daily Activity Questionnaire in rheumatoid arthritis. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2014[cited 2022 Jan 04];12:143. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209054/pdf/12955\\_2014\\_Article\\_143.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209054/pdf/12955_2014_Article_143.pdf) doi: 10.1186/s12955-014-0143-y

5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice

- (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
6. Puentes-Osorio Y, Amariles P, Calleja MÁ, Merino V, Díaz-Coronado JC, Taborda D. Potential clinical biomarkers in rheumatoid arthritis with an omic approach. *Auto Immun Highlights [Internet]*. 2021[cited 2021 Dec 28];12(1):9. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8165788/pdf/13317\\_2021\\_Article\\_152.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8165788/pdf/13317_2021_Article_152.pdf) doi: 10.1186/s13317-021-00152-6
  7. Ramey Dr, Fries J, Singh G. The Health Assessment Questionnaire 1995-Status and Review. In: Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Pub; 1996, p. 227-37.
  8. Sambamoorthi U, Shah D, Zhao X. Healthcare burden of depression in adults with arthritis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2017;17(1):53-65. doi: 10.1080/14737167.2017.1281744
  9. Taylor PC, Atzeni F, Balsa A, Gossec L, Müller-Ladner U, Pope J. The key comorbidities in patients with rheumatoid arthritis: a narrative review. *J Clin Med [Internet]*. 2021[cited 2022 Jan 06];10(3):509. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7867048/pdf/jcm-10-00509.pdf> doi: 10.3390/jcm10030509
  10. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute; 1994. 190 p.
  11. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.

#### References

1. Chen, J, Norling LV, Cooper D. Cardiac Dysfunction in Rheumatoid Arthritis: The Role of Inflammation. *Cells [Internet]*. 2021[cited 2021 Dec 27];10(4):881. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8070480/pdf/cells-10-00881.pdf> doi: 10.3390/cells10040881
2. Druce KL, Cordingley L, Short V, Moore S, Hellman B, James B, et al. Quality of life, sleep and rheumatoid arthritis (QUASAR): a protocol for a prospective UK mHealth study to investigate the relationship between sleep and quality of life in adults with rheumatoid arthritis. *BMJ Open [Internet]*. 2018[cited 2022 Jan 04];8(1):e018752. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829597/pdf/bmjopen-2017-018752.pdf> doi: 10.1136/bmjopen-2017-018752
3. Hammer O, Harper DAT, Ryan PD. PAST: Paleontological Statistics Software Package for Education and Data Analysis. *Palaeontologia Electronica [Internet]*. 2001[cited 2021 Dec 30];4(1). Available from: [https://palaeo-electronica.org/2001\\_1/past/past.pdf](https://palaeo-electronica.org/2001_1/past/past.pdf)
4. Hammond A, Tyson S, Prior Y, Hawkins R, Tennant A, Nordenskiöld U, et al. Linguistic validation and cultural adaptation of an English version of the Evaluation of Daily Activity Questionnaire in rheumatoid arthritis. *Health Quality Life Outcomes [Internet]*. 2014[cited 2022 Jan 04];12:143. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209054/pdf/12955\\_2014\\_Article\\_143.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209054/pdf/12955_2014_Article_143.pdf) doi: 10.1186/s12955-014-0143-y
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
6. Puentes-Osorio Y, Amariles P, Calleja MÁ, Merino V, Díaz-Coronado JC, Taborda D. Potential clinical biomarkers in rheumatoid arthritis with an omic approach. *Auto Immun Highlights [Internet]*. 2021[cited 2021 Dec 28];12(1):9. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8165788/pdf/13317\\_2021\\_Article\\_152.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8165788/pdf/13317_2021_Article_152.pdf) doi: 10.1186/s13317-021-00152-6
7. Ramey Dr, Fries J, Singh G. The Health Assessment Questionnaire 1995-Status and Review. In: Spilker B, editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Pub; 1996, p. 227-37.
8. Sambamoorthi U, Shah D, Zhao X. Healthcare burden of depression in adults with arthritis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2017;17(1):53-65. doi: 10.1080/14737167.2017.1281744
9. Taylor PC, Atzeni F, Balsa A, Gossec L, Müller-Ladner U, Pope J. The key comorbidities in patients with rheumatoid arthritis: a narrative review. *J Clin Med [Internet]*. 2021[cited 2022 Jan 06];10(3):509. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7867048/pdf/jcm-10-00509.pdf> doi: 10.3390/jcm10030509
10. Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute; 1994. 190 p.
11. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.

#### Відомості про авторів:

Гусарчук А.Г. – аспірант кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

ORCID ID 0000-0002-0094-8315

Ілашук Т.О. – д. мед. наук, проф., завідувачка кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна. (orcid id 0000-0001-9088-5495).

#### Сведения об авторах:

Гусарчук А.Г. – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина. (orcid id 0000-0001-9088-5495).

Илашук Т.А. – д. мед. наук, проф., заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина. (orcid id 0000-0002-0094-8315).

#### Information about the authors:

Husarchuk A.G. – postgraduate student of the Department of propaedeutics of internal diseases of Bukovinian State University, Chernivtsy, Ukraine. (orcid id 0000-0001-9088-5495)

ISSN 1727-4338 <https://www.bsmu.edu.ua>

Клінічна та експериментальна патологія. 2021. Т.20, № 4 (78)

Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Ilyashchuk T.O. – MD, Professor, Head of the Department of propaedeutics of internal diseases of Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

*Стаття надійшла до редакції 12.11.2021 р.*

*Рецензент – проф. В.К. Тацук*

*© А.Г. Гусарчук, Т.О. Іляшчук, 2021*

