

**О.М. Лазаренко,  
Г.П. Кузьміна**

## **РОЛЬ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я З ІНДЕКСОМ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З ПОДАГРОЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО  
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Потабашиній)  
вул. 30-річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська область, 50000, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of therapy, cardiology and family medicine of FPE  
30-richchja Peremogi str., 2, Krivoy Rog, Dnipropetrovsk region, 50000, Ukraine  
e-mail: lazarenkohelga@bigmir.net*

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, подагра, якість життя, урат-знижувальна терапія  
**Key words:** hypertension, gout, quality of life, urat-lowering therapy

**Реферат.** Роль оценки качества жизни и здоровья с индексом жизнедеятельности у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с подагрой в практике семейного врача. Лазаренко О.Н., Кузьмина А.П. Количество исследований, которые оценивают качество жизни пациентов с различными коморбидными заболеваниями, растет ежегодно. Артериальная гипертензия и подагра не являются исключением. Существуют трудности в ведении данной категории больных на первичном этапе согласно современным рекомендациям. Целью исследования было проанализировать эффективность использования семейным врачом анкет для оценки качества жизни (SF-36) и здоровья (HAQ) с индексом нарушения жизнедеятельности (DI) у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с подагрой в повседневной клинической практике; оценить правильность ведения данной категории пациентов в соответствии с современными рекомендациями (EULAR, 2016). Осуществлялся социологический опрос врачей общей практики-семейной медицины (n=30) по специально разработанной анкете, состоящей из трех разделов. Было обнаружено, что не все врачи назначают адекватную дозу колхицина при обострении подагрического артрита, а больше половины врачей не используют профилактическое назначение колхицина в течение 3-6 месяцев после приступа. Большая часть врачей не использует анкету оценки качества жизни (SF-36) и здоровья (HAQ) с индексом нарушения жизнедеятельности (DI) на приеме, однако большинство считает, что результаты данных анкет содержат важную информацию о состоянии пациента и перспективность в использовании анкет на амбулаторном этапе.

**Abstract.** The role of assessment of quality of life and health with the index of vital activity in patients with arterial hypertension combined with gout in the family doctor practice. Lazarenko O.M., Kuzmina A.P. The number of studies that assess the quality of life of patients with various comorbid diseases is increasing annually. Arterial hypertension and gout is no exception. There are difficulties in managing this category of patients at the primary stage in accordance with current recommendations. The purpose of the study was to analyze the effectiveness of use of questionnaires for assessing the quality of life (SF-36) and health (HAQ) with disability index (DI) in patients with arterial hypertension combined with gout in everyday clinical practice by the family doctor; to assess the correctness of maintaining this category of patients in accordance with current recommendations (EULAR, 2016). A sociological survey of general practitioners (n=30) was carried out by a specially developed questionnaire consisting of three sections. It was found that not all doctors prescribe an adequate dose of colchicine for exacerbation of gouty arthritis, and more than half of the doctors do not use preventive colchicine for 3-6 months after the attack. Most doctors do not use the assessment quality of life (SF-36) and Health Assessment Questionare (HAQ) with a disability index (DI) at admission, but most believe that the results of these questionnaires contain important information on the patient's condition and the prospects for their using at the outpatient stage.

Останнім часом відбувається зростання інтересу до поєднання артеріальної гіпертензії та подагри, що пов'язано, в першу чергу, з появою нових даних щодо впливу сечової кислоти на патогенез артеріальної гіпертензії, а також зі зростанням показників поширеності подагри в розвинених країнах світу, що пояснюється більш ефективними методами діагностики та зростанням тривалості життя [2].

Як артеріальна гіпертензія, так і подагра пов'язані з підвищеним ризиком захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань [7].

За даними останніх епідеміологічних досліджень у Кореї, загальна кількість хворих на подагру збільшилася з 169,796 у 2007 році до 383,471 у 2015 році (річна поширеність: 0,35% у 2007 році до 0,76% у 2015 році). Слід зауважити, що частка призначення урат-знижувальної терапії знизилася порівняно з тенденцією до зростання поширеності подагри [6].

У нордичних країнах (Норвегія, Швеція, Фінляндія, Данія, Ісландія та Гренландія) у період з 1990 по 2015 роки на 30% збільшилася кількість випадків подагри та на 12,9% – інвалідність при подагрі [5].

Зростає кількість досліджень, які оцінюють якість життя пацієнтів з різними коморбідними захворюваннями. В останні роки було продемонстровано, що показники якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією та подагрою нижчі, ніж популяційні [3].

На жаль, у сучасних умовах життя лікарі звертають недостатню увагу на психологічні і соціальні проблеми пацієнтів, які пов'язані із захворюваннями. Важливою перевагою оцінки якості життя та здоров'я пацієнта є можливість визначити вплив захворювання та лікування на показники фізичного, психологічного та соціального функціонування хворого.

Мета дослідження – проаналізувати ефективність використання сімейним лікарем анкет для оцінки якості життя (SF-36) та здоров'я (HAQ) з індексом порушення життєдіяльності (DI) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в поєднанні з подагрою в повсякденній клінічній практиці; оцінити правильність ведення цієї категорії пацієнтів відповідно до сучасних рекомендацій (EULAR, 2016).

#### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Здійснювалося соціологічне опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини (n=30) за спеціально розробленою анкетною, яка складалася з трьох розділів: I. Самостійна оцінка

учасниками рівня знань щодо подагри; II. Знання учасника щодо подагри; III. Використання методу анкетування пацієнтів у практиці лікаря. Всі запитання мали варіанти відповідей. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програми Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

При самостійному оцінюванні учасниками рівня своїх знань щодо подагри, більшість лікарів (67%) відповіла, що їх знання недостатні. При аналізі фактичних знань щодо захворювання було виявлено, що 60% лікарів правильно інтерпретують виникнення загострення подагри не лише при високих рівнях сечової кислоти крові.

Слід звернути увагу, що лише 43% лікарів правильно обрали три групи препаратів (нестероїдні протизапальні засоби, колхіцин, кортикостероїди), які використовуються при лікуванні гострого подагричного артриту, а 60% лікарів при загостренні подагричного артриту призначають колхіцин по 1 мг негайно, 0,5 мг через годину, наступного дня 0,5 мг двічі на день, 20% – 0,5 мг двічі на добу.

Урат-знижувальну терапію при гострому подагричному артриті використовують 57% лікарів, 77% не відмінюють урат-знижувальну терапію в гострому періоді захворювання. Більша частина опитуваних (60%) прагне досягти цільового рівня сечової кислоти крові  $\leq 360$  мкмоль/л, а 33% –  $\leq 300$  мкмоль/л, хоча такий рівень досягається лише в пацієнтів з тяжкою подагрою (тофуси, часті загострення, хронічна артропатія). На жаль, лише 33% лікарів призначають профілактичну дозу колхіцину 0,5 мг на добу для попередження чергового загострення протягом 3-6 місяців.

Для контролю артеріального тиску в пацієнтів з подагрою 50% лікарів використовують основні групи антигіпертензивних препаратів першої лінії з доведеним гіпоурикемічним ефектом.

Результати цього дослідження відповідають даним закордонних джерел. В Австралії правильне дозування колхіцину при лікуванні загострення подагри призначають 34,9% лікарів, а 20,5% застосовують 1 мг двічі на добу. Крім того, лише незначна частина лікарів дотримується настанов профілактики чергового загострення [9].

За даними літератури, навіть у розвинених країнах світу в сімейних лікарів існують труднощі щодо тактики ведення та лікування такої категорії хворих відповідно до сучасних рекомендацій [8], адже урат-знижувальна терапія

призначається менше ніж половині пацієнтів з подагрою, а моніторинг рівня сечової кислоти протягом періоду лікування проводиться лише в 38% пацієнтів [4].

Більшість лікарів не використовує анкету оцінки якості життя (SF-36) на прийомі, і лише 17% лікарів використовують анкету оцінки здоров'я (HAQ) та індекс порушення життєдіяльності (DI). Незважаючи на це, 63% вважають, що результати даних анкет містять важливу інформацію щодо стану пацієнта для лікарів, 63% відмічають перспективність у використанні анкет на амбулаторному етапі. На думку 40% лікарів, основними причинами, які можуть завадити використовувати метод анкету-

вання, є брак часу на прийомі й небажання пацієнта заповнювати дані анкети.

### ПІДСУМОК

Неналежне дотримання існуючих стандартів тактики ведення та лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією в поєднанні з подагрою залишається проблемою не лише в нашій країні, а й за кордоном. Це може бути зумовлено тим, що в лікарів немає доступу до нових англійських рекомендацій. Крім того, існує необхідність використання методу анкетування на амбулаторному прийомі з метою отримання більш детальної інформації впливу коморбідної патології на якість життя пацієнтів, а також оцінки ефективності призначеного лікування.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Амирджанова В.И. Вопросы методологии валидации русско-язычной версии Health Assessment Questionnaire (HAQ) / В.И. Амирджанова, Г.М. Койлубаева, Д.В. Горячев // Науч.-практ. ревматология. – 2004. – № 2. – С. 59-64.
2. Якименко И.Л. Особенности артериальной гипертензии при сочетании с подагрой у мужчин / И.Л. Якименко // Укр. ревматол. журнал. – 2014. – № 1 (55). – С. 62-65.
3. Chandratte P. Health-related quality of life in gout: a systematic review / P. Chandratte, E. Roddy, L. Clarson // Rheumatology. – 2013. – Vol. 52, N 11. – P. 2031-2040.
4. Jeyaruban A. Management of gout in general practice: a systematic review / A. Jeyaruban, S. Larkins, M. Soden // J. Clin. Rheumatol. – 2015. – Vol. 34. – P. 9-16.
5. Kiadaliri A. Burden of gout in the Nordic region, 1990-2015: findings from the Global Burden of Disease Study 2015 / A. Kiadaliri, T. Uhlig, M. Englund // Scand. J. Rheumatol. – 2018. – P. 1-8. doi: 10.1080/03009742.2017.1405461.
6. Kim J. Prescription pattern of urate-lowering therapy in Korean gout patients: data from the national health claims database / J. Kim, S. Kwak, S. Park // Korean J. Intern. Med. – 2018. – N 33. – P. 228-229.
7. Pan A. Bidirectional association between self-reported hypertension and gout: The Singapore Chinese Health Study / A. Pan, G. Teng, J. Yuan // PLoS One. – 2015. – Vol. 10, N 10. – P. e0141749. doi: 10.1371/journal.pone.0141749.
8. Richette P. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout [Electronic resource] / P. Richette, M. Doherty, E. Pascual // Ann. Rheum Dis. – 2016. – Access mode: <http://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full.pdf+html>.
9. Terrill M. A survey of the assessment and management of gout in general practitioners and medical officers within the Illawarra Network, Australia / M. Terrill, J. Riordan // Int. J. Rheum. Dis. – 2017. – Vol. 20, N 8. – P. 990-995.

## REFERENCES

1. Amirdzhanova VI. [Methodological issues validation of the Russian-language version Health Assessment Questionnaire (HAQ)]. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2004;2:59-64. Russian.
2. Yakimenko IL. [Features of arterial hypertension combined with gout in men]. Ukraïns'kiy revmatologichnyi zhurnal. 2014;1(55):62-65. Russian.
3. Chandratte P, Roddy E, Clarson L. Health-related quality of life in gout: a systematic review. Rheumatology. 2013;52(11):2031-40.
4. Jeyaruban A, Larkins S, Soden M. Management of gout in general practice: a systematic review. J. Clin. Rheumatol. 2015;34:9-16.
5. Kiadaliri A, Uhlig T, Englund M. Burden of gout in the Nordic region, 1990-2015: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. Scand. J. Rheumatol. 2018;1-8. doi: 10.1080/03009742.2017.1405461
6. Kim J, Kwak S, Park S. Prescription pattern of urate-lowering therapy in Korean gout patients: data from

the national health claims database. Korean J. Intern. Med. 2018;33:228-9.

7. Pan A, Teng G, Yuan J. Bidirectional association between self-reported hypertension and gout: The Singapore Chinese Health Study. PLoS One. 2015;10(10):e0141749. doi: 10.1371/journal.pone.0141749

8. Richette P, Doherty M, Pascual E. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the mana-

gement of gout. Annals of the Rheumatic Diseases; 2016. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full.pdf+html>

9. Terrill M, Riordan J. A survey of the assessment and management of gout in general practitioners and medical officers within the Illawarra Network, Australia. Int. J. Rheum. Dis. 2017;20(8):990-95.



УДК 616.8-036-053.31

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part 2\).126942](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part 2).126942)

*Т.К. Мавропуло*

## **НЕВРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ, АСОЦІЙОВАНІ З «РАННІМ ДОНОШЕНИМ» НАРОДЖЕННЯМ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра педіатрії 3 та неонатології  
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.К. Більбот)  
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of Pediatrics 3 and Neonatology  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: mavropulotk@ukr.net*

**Ключові слова:** новонароджені, «ранні доношені», центральна нервова система

**Key words:** newborn, early term birth, central nervous system

**Реферат.** Неврологические особенности новорожденных детей, ассоциированные с «ранним доношенным» рождением. Мавропуло Т.К. Новорожденные дети, родившиеся в сроке 37-38 недель беременности, подвергаются более высокому риску заболеваемости по сравнению с детьми с гестационным возрастом 39-40 недель. Целью нашего исследования было изучение частоты проявлений транзиторных неврологических изменений в первые месяцы жизни у доношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста. Были выявлены более высокая частота факторов риска беременности, более частая потребность в оксигенотерапии после рождения и отличия показателей гемодинамики в возрасте 2-3 месяцев.