

Філюк І.О., Кальбус О.І.

Filiuk I.O., Kalbus O.I.

**Оцінка якості життя в пацієнтів,
що перенесли COVID-19**Дніпровський державний медичний університет,
м. Дніпро, Україна**Assessment of the quality of life
in patients with COVID-19**

Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine

ifiliuk7@gmail.com, kalbus.dp@gmail.com

Вступ

Пандемія COVID-19 стала проблемою всього світу. Насамперед це ускладнення з боку різних систем організму, які проявляються як на початку, так і через тривалий час після перенесеного захворювання. Описано понад 200 проявів, які відмічають у пацієнтів із перенесеним COVID-19. За даними літератури, найчастіше спостерігаються аносмія/агевзія, задишка, астения, кашель, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, біль за грудиною, артеріальна гіпертензія, міалгії, артралгії, проблеми із концентрацією уваги і пам'яттю та багато інших неспецифічних симптомів [1; 2]. Ураження периф

шкалою Спілберґера). Проведено дослідження рівня фосфорильованого нейрофіламента. Для подальшого аналізу пацієнтів основної групи ($n = 69$) було розділено на 2 підгрупи залежно від рівня нейрофіламента: підгрупа NfL-N із концентрацією, що не перевищує норму, та підгрупа NfL-P із концентрацією, що вище норми. Також проведено оцінювання якості життя за допомогою опитувальника "SF-36".

Усі дослідження, що проводились у рамках цієї роботи, проведені згідно із принципами Гельсінської декларації Світової медичної асоціації «Етичні засади медичних досліджень, що стосуються людських суб'єктів» (змінена в жовтні 2013 р.). Письмова інформована згода була отримана від усіх хворих, які брали участь у дослідженні.

Обробка даних. Для обробки отриманих у дослідженні даних використовували методи описової й аналітичної біостатистики, а також багатовимірної статистичного аналізу (логістичний регресійний аналіз, ROC-аналіз).

Для перевірки нормальності розподілу кількісних показників застосовували тест Шапіро – Вілка (за $n < 60$) і тест Колмогорова – Смірнова з поправкою Лілієфорса (за $n > 60$), а рівність дисперсій оцінювали за допомогою критерію Фішера.

Оскільки розподіл більшості даних відрізнявся від нормального, неперервні змінні представлені як медіана (Me) з показниками першого та третього квантилей (25; 75). Категорійні дані подано

Таблиця 2

Якість життя за субшкалами опитувальника "SF-36", порівняння груп через 6 місяців спостереження

Показник	Усі обстежені (n = 100)	Основна (n = 69)	Контроль (n = 31)	p*
ФФ	55 (35; 90)	40 (35; 55)	95 (90; 95)	<0,001
РФ	50 (25; 75)	25 (25; 50)	100 (75; 100)	<0,001
ВБ	70 (60; 100)	70 (60; 70)	100 (100; 100)	<0,001
ЗЗ	50 (45; 60)	55 (50; 65)	45 (40; 45)	<0,001
ЖА	70 (65; 75)	70 (65; 75)	75 (65; 80)	0,003
СФ	50 (37,5; 50)	50 (37,5; 50)	50 (50; 50)	0,45
РЕ	66,7 (33,3; 100)	33,3 (33,3; 66,7)	100 (100; 100)	<0,001
ПЗ	80 (72; 88)	80 (68; 84)	84 (80; 92)	<0,001

Примітка: дані наведено у вигляді Ме (25; 75). * – розбіжності між групами за критерієм Манна – Уїтні.

Таблиця 3

Якість життя основної групи за субшкалами опитувальника "SF-36" у

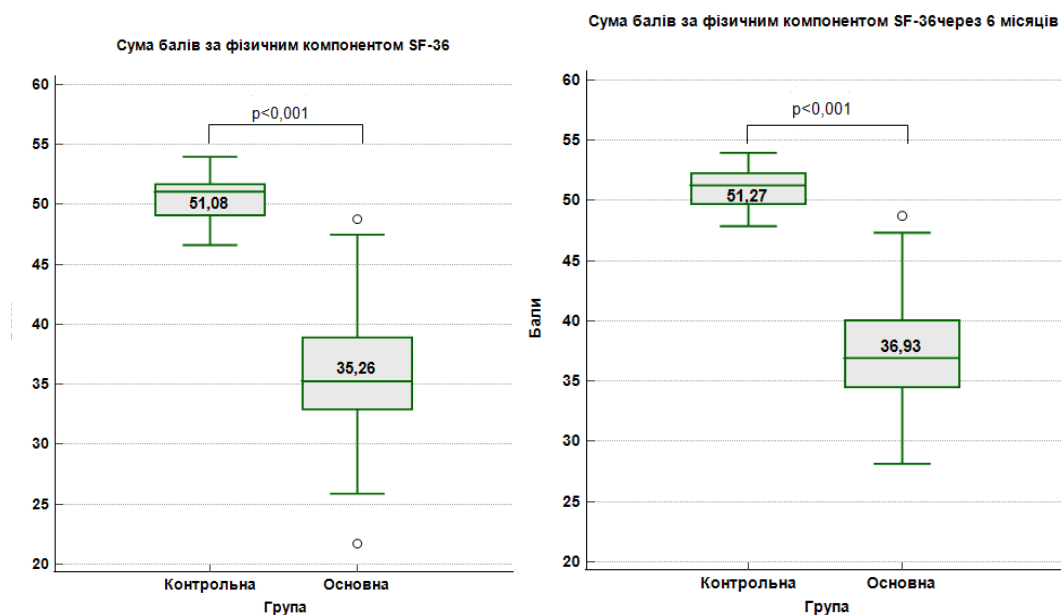
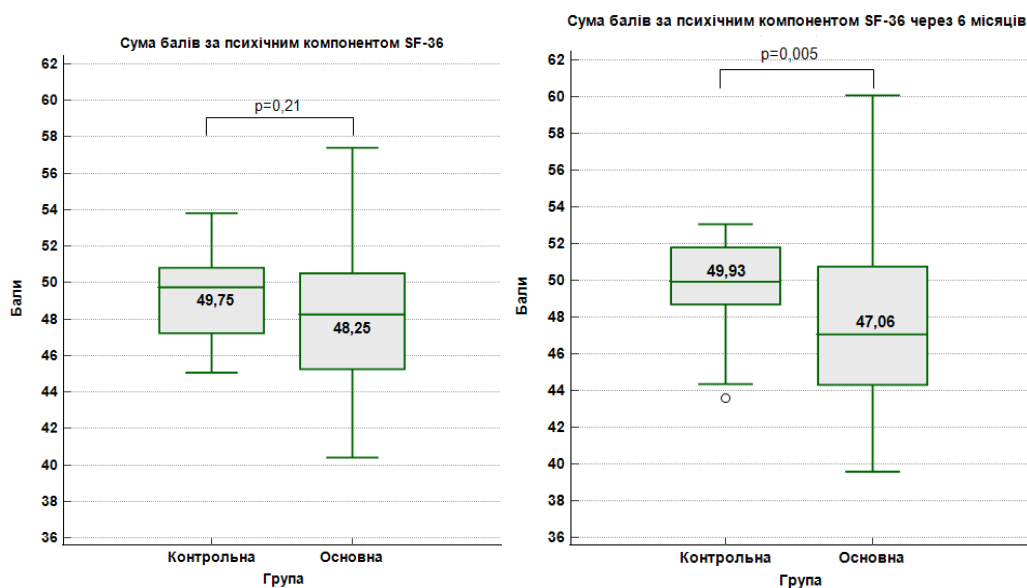


Рис. 1. Порівняння основної та контрольної груп за фізичним компонентом "SF-36" у динаміці

Примітка: p – порівняння за критерієм Манна – Уїтні



отримано за шкалою депресії Бека, рівнями ситуативної й особистісної тривожності за шкалою Спілбергера (табл. 6). У разі збільшення кількості балів за шкалами Бека та Спілбергера зменшувалась кількість балів за фізичним компонентом опитувальника якості життя, а також спостерігався прямий сильний зв'язок вищезазначеної характеристики "SF-36" із показником за оцінкою МоСА та прямий зв'язок середньої сили за результатом за тестом Лурії (табл. 6). Кращий результат якості життя був пов'язаний із вищими показниками за МоСА та тестом Лурії.

Якщо оцінювати зв'язки психічного компоненту за опитувальником "SF-36", то спостерігалася пряма кореляція середньої сили з результатом за тестом Лурія, а також слабкі – із загальними балами за МоСА (прямий напрям) та за шкалою депресії Бека (зворотний напрям) (табл. 7).

У результаті оцінювання зв'язків компонентів "SF-36" зі скаргами під час першого обстеження пацієнтів для фізичної складової частини виявлено зворотну слабку кореляцію з порушенням пам'яті ($-0,39$)

та середньої сили – з наявністю плаксивості ($r_s = -0,26$ (95% ДІ $-0,43 - -0,07$), $p < 0,05$). Водночас психічний компонент мав негативну кореляцію середньої сили зі скаргами на задуху ($r_s = -0,32$ (95% ДІ $-0,49 - -0,13$), $p < 0,05$) й оніміння в тілі та кінцівках ($r_s = -0,34$ (95% ДІ $-0,50 - -0,15$), $p < 0,05$), негативну слабку кореляцію з пору

На відміну від першого обстеження, під час проведення оцінювання через 6 місяців психічний компонент був достовірно пов'язаний з усіма досліджуваними психоемоційними характеристиками, а напрям зв'язку був аналогічним до кореляції з фізичним компонентом, проте сила для всіх була меншою (табл. 8).

Обговорення результатів дослідження

Отримані у процесі дослідження дані підтверджують дані наукових інформаційних джерел щодо зниження якості життя у пацієнтів, що перенесли COVID-19. Це, в першу чергу, проявляється розвитком депресії або тривоги [10] та їх поєднанням [11]. Отримані результати також підтверджують дані наукових інформаційних джерел щодо наявності «постковідного синдрому» [7].

Перспективи подальших досліджень

Перспективи полягають у подальшому вивченні субодниць фосфорильованого нейрофіламента як предиктора ураження нервової системи після перенесеного захворювання COVID-19, необхідності ранньої діагностики нейродегенеративних процесів із подальшим прогнозуванням якості життя.

Висновки

1. Виявлені зворотні зв'язки між фізичним компонентом опитувальника "SF-36" та показником, що отримано за шкалою депресії Бека, а саме: зі збільшенням кількості балів за шкалами Бека та Спілбергера зменшувалась кількість балів за фізичним компонентом опитувальника якості життя.

2. Спостерігався прямий сильний

Мета: вивчення якості життя пацієнтів, що перенесли захворювання на COVID-19, та проведення кореляції субшкाल за опитувальником "SF-36" і рівнем фосфорильованого нейрофіламента.

Матеріали та методи. У дослідження залучено 100 пацієнтів, які розділені на основну та контрольну групи. Основна група пацієнтів з підтвердженим діагнозом COVID-19, контрольна група, які не хворіли COVID-19. Учасникам проведено клініко-неврологічне обстеження, оцінка когнітивних функцій, нейропсихологічне обстеження, визначення рівня фосфорильованого нейрофіламента. Пацієнти основної групи ($n = 69$) розділені на 2 підгрупи залежно від рівня нейрофіламента: підгрупу NfL-N – з концентрацією, що не перевищує норму, та підгрупу NfL-P – з концентрацією, що вище норми. Оцінка якості життя проведена за допомогою опитувальника "SF-36".

Результати дослідження показали прямий сильний зв'язок показника фізичного компоненту опитувальника "SF-36" з показником за оцінкою MoCA та прямий зв'язок середньої сили за результатом теста Лурії, зворотні зв'язки між фізичним компонентом опитувальника "SF-36" та показником, що отримано за шкалою депресії Бека та рівнями ситуативної й особистісної тривожності за шкалою Спілбергера. Зменшувалась кількість балів за фізичним компонентом опитувальника якості життя за збільшення балів за шкалами Бека та Спілбергера.

Під час повторного обстеження через 6 місяців після перенесення захворювання COVID-19 психічний компонент був достовірно пов'язаний з усіма досліджуваними психоемоційними характеристиками, а напрямок зв'язку був аналогічний до кореляції з фізичним компонентом, проте сила для всіх була меншою.