

## **Влияние патологии ЛОР-органов на качество жизни человека**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Определены показатели качества жизни пациентов с заболеваниями уха, горла, носа. Рассчитаны интегральные средние значения физического (РН –  $73,1 \pm 14,2$ ) и психологического компонента здоровья (МН –  $62,7\% \pm 15,6$ ) у данной группы пациентов. Выявлено более негативное влияние на качество жизни хронической патологии носа и околоносовых пазух (РН –  $64 \pm 15,2$ , МН –  $54,2 \pm 12,8$ ).

Хронический гнойный риносинусит приводит к наиболее значительному снижению качества жизни (РН –  $60,5 \pm 15,4$ , МН –  $51,2 \pm 12$ ).

Ключевые слова: качество жизни, SF-36, болезни уха, горла, носа.

Жизненная активность человека определяется различными факторами. Это уровень доходов, свобода перемещения, качество окружающей среды и многие другие. Для характеристики состояния человека в качестве интегрального показателя предлагается использовать понятие качество жизни (КЖ) [5].

Качество жизни - многогранное понятие, охватывающее различные аспекты жизни человека, а не только непосредственно связанные с физическим состоянием здоровья. С целью объективизации понятия, предпринимались попытки выявить "объективные" критерии КЖ (уровень образования, финансовое благополучие, жилищные условия, питание и др.). Однако, при всей важности этих параметров, не меньшее значение имеют "субъективные" критерии - физическое, психическое и социальное благополучие, основанное на субъективном восприятии [2,8].

Оценка КЖ – это простой и надежный метод оценки общего благополучия человека. Можно оценить показатель КЖ одного человека, группы людей, различных слоев населения и общества в целом. Можно проводить скрининг различных групп населения в различных регионах и осуществлять мониторинг общества в течение необходимого периода времени. Таким образом, исследование качества жизни является методом оценки социального благополучия населения [4,9].

Показатели КЖ могут быть весьма полезными при оценке эффективности различных подходов к лечению, отработки оптимальных вариантов терапии того или иного заболевания. Изучение показателя качества жизни в динамике может дать весьма значимую информацию для оценки эффективности диспансерных мероприятий у лиц с хроническими заболеваниями. На наш взгляд периодическую оценку КЖ необходимо проводить у пациентов получающих постоянную медикаментозную терапию (гипотензивную терапию у больных артериальной гипертензией, антиретровирусную терапию у больных вирусом иммунодефицита человека, гипогликемическую терапию у больных сахарным диабетом и др.) [7,9].

Для оценки показателя качества жизни применяется метод анкетирования. В настоящее время одним из наиболее известных и широко применяемых опросников общего типа является 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), разработанный Бостонским институтом здоровья. Опросник используется для групповых сравнений, учитывая общие концепции здоровья и благополучия, то

есть те параметры, которые не являются специфичными для различных возрастных или нозологических групп [8].

На качество жизни человека оказывают влияние множество показателей, одним из наиболее значимых среди них является состояние здоровья – фактор, определяющий жизненную активность и физические возможности индивидуума. Литературные данные указывают на значительное негативное влияние на состояние здоровья и, следовательно, качество жизни человека хронических заболеваний. Так как последние не только постоянно ограничивают физические возможности человека, но и оказывают значительное негативное влияние на психологический компонент здоровья [1,3,6,7].

Наиболее распространенными в популяции являются заболевания респираторного тракта и в частности патология ЛОР-органов. Ежегодно практически каждый человек переносит какую-либо патологию уха, горла и носа, что является одной из основных причин временной нетрудоспособности. Таким образом, цель представленной работы – определить качество жизни лиц с патологией ЛОР-органов, находящихся на стационарном лечении, и оценить указанный показатель у пациентов с различными оториноларингологическими заболеваниями.

#### Материал и методы

В исследовании приняли участие лица с заболеваниями уха, горла, носа, находящиеся на стационарном лечении в следующих организациях: УЗ «1 городская клиническая больница г. Витебска», УЗ «4 городская клиническая больница г. Минска», УЗ «9 городская клиническая больница г. Минска», УЗ «Брестская областная больница», УЗ «Витебская областная клиническая больница».

Для оценки показателя качества жизни применили опросник общего типа 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Интегральные показатели качества жизни по опроснику SF-36 - физического компонента здоровья (PH) и психологического компонента здоровья (MH) рассчитываются путем анализа по существующим «ключам» параметров физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), ролевого эмоционального функционирования (RE), жизненной активности (VT), психического здоровья (MH), социального функционирования (SF), интенсивности боли (BP), общего здоровья (GH). Цифровые результаты исследования качества жизни могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции) до 100 (максимальное здоровье).

Исследование качества жизни осуществляли во время проведения еженедельного обхода в отделениях, в каждую первую неделю месяца, в первом квартале 2008 года. Анкеты SF-36 раздавались всем пациентам. Всего было роздано 311 анкет, возвращено заполненными – 301, таким образом, отклик составил 96,8%. В исследовании приняли участие 165 (54,8±2,9%) мужчин и 136 (45,2±2,9%) женщин. Средний возраст респондентов – 36,7 (±13,1) лет, минимальный – 15, максимальный – 86.

Были выделены следующие возрастные группы: до 21 года 45 пациентов (15±2%), 21-30 лет – 90 (29,9±2,6%), 31-40 – 50 (16,6±2,1%), 41-50 – 57 (18,9±2,3%), 51-60 – 37 (12,3±1,8%), старше 60 – 22 (7,3±1,5%).

## Результаты и обсуждения

В целом по выборке (все возрастные группы) средний интегральный показатель физического компонента здоровья (PH) составил  $73,1 \pm 14,2$ , психологического компонента здоровья (MH) –  $62,7 \pm 15,6$  (таблица 1).

Таблица 1

Показатели качества жизни обследованных пациентов в различных возрастных группах

Возрастная группа	Показатель качества жизни									
	PF	RP	RE	VT	MH	SF	BP	GH	PH	MH
Выборка в целом, n=301	85,8 $\pm 13,8$	63,8 $\pm 22,7$	67,2 $\pm 19,6$	56,6 $\pm 15,8$	62,6 $\pm 14,7$	68,3 $\pm 19$	62,6 $\pm 22,5$	59,5 $\pm 15,2$	73,1 $\pm 14,2$	62,7 $\pm 15,6$
До 21 года, n=45	93,8 $\pm 6,2$	69,4 $\pm 18,6$	64,4 $\pm 21,2$	61,2 $\pm 13,1$	66,4 $\pm 12,8$	73,6 $\pm 18,8$	68,2 $\pm 17$	64,3 $\pm 15,4$	79,7 $\pm 10,9$	65,5 $\pm 15,5$
21-30 лет, n=90	91,2 $\pm 8,8$	73,3 $\pm 17,8$	74,4 $\pm 16,7$	59,6 $\pm 14,5$	66,9 $\pm 13,9$	75 $\pm 16,7$	67,3 $\pm 20,6$	64,2 $\pm 14,1$	79,1 $\pm 10,8$	67,6 $\pm 13,2$
31-40 лет, n=50	87 $\pm 12$	66 $\pm 22,4$	76,7 $\pm 18$	57,7 $\pm 16$	62,1 $\pm 16$	65,3 $\pm 18,5$	57,8 $\pm 21$	61,2 $\pm 13,1$	74,1 $\pm 13,3$	64,4 $\pm 15,2$
41-50 лет, n=57	85,4 $\pm 12,1$	58,8 $\pm 26,4$	60,8 $\pm 23,9$	52,6 $\pm 17,7$	59,6 $\pm 14,9$	65,4 $\pm 19,5$	62 $\pm 23,5$	59,6 $\pm 13,4$	71,9 $\pm 13,6$	58,7 $\pm 16,9$
51-60 лет, n=37	80,1 $\pm 15,6$	54,7 $\pm 22,1$	61,3 $\pm 18,3$	54,6 $\pm 14,7$	60 $\pm 13,6$	61,5 $\pm 16$	57,8 $\pm 20,4$	50 $\pm 13$	66 $\pm 14$	58,9 $\pm 14,3$
Более 60 лет, n=22	55,2 $\pm 21,2$	36,4 $\pm 16$	48,5 $\pm 20$	46,4 $\pm 13,3$	51,1 $\pm 13,7$	56,3 $\pm 13,6$	53,3 $\pm 14,6$	41,8 $\pm 9,8$	48,3 $\pm 16,9$	49,9 $\pm 13,2$

примечание: указаны средние значения изучаемых показателей  $\pm$  среднее отклонение.

Высший уровень интегрального показателя физического компонента здоровья (PH) (более 79,1) наблюдается у пациентов двух возрастных групп – до 21 года и 21-30 лет, что соответствует максимальной физической зрелости человека. Кроме того, в возрастной группе 21-30 лет выявлен наиболее высокий интегральный показатель психологического компонента здоровья (MH), который составил  $67,6 \pm 13,2$ . Таким образом, максимальная самооценка здоровья, несмотря на наличие патологии ЛОР-органов, выявлена у пациентов 21-30 лет. В средних и старших возрастных группах показатели физического и психологического компонента здоровья прогрессивно снижаются. Наиболее выраженное падение значений происходит между возрастными группами 51-60 лет и более 60 лет. Следует отметить, что в указанных возрастных группах наблюдается максимально интенсивное снижение интегрального показателя физического компонента здоровья (с  $66 \pm 14$  до  $48,3 \pm 16,9$ ). При этом самооценка физического здоровья ( $48,3 \pm 16,9$ ) впервые становится ниже психологического ( $49,9 \pm 13,2$ ), что указывает на появление в пожилом возрасте несовпадения психологической активности и физических возможностей человека. В таблице 2 представлено влияние острой (117 пациентов –  $38,9 \pm 2,8\%$ ) и хронической (102 пациента –  $33,9 \pm 2,7\%$ ) ЛОР-патологии на качество жизни. В таблице не представлены пациенты с невоспалительными заболеваниями (82 пациента –  $27,2 \pm 2,6\%$ ) (искривление перегородки носа, новообразования, травмы), так как данная патология весьма индивидуальна и оказывает специфическое влияние на изучаемые параметры. Острые воспалительные заболевания носа, околоносовых пазух диагностирована у  $18,9 \pm 2,3\%$

респондентов, хронические – у  $16,9 \pm 2,2\%$ ; острые воспалительные заболевания глотки выявлены у  $13 \pm 1,9\%$ , хронические – у  $10,3 \pm 1,8\%$ ; острые воспалительные заболевания гортани – у  $1,3 \pm 0,7\%$ , хронические – у  $2,4 \pm 0,9\%$ ; острые воспалительные заболевания уха – у  $5,7 \pm 1,3\%$ , хронические – у  $4,3 \pm 1,2\%$ .

Таблица 2

Показатели качества жизни обследованных пациентов острой и хронической ЛОР-патологией

Нозологическая характеристика	Показатель качества жизни									
	PF	RP	RE	VT	MH	SF	BP	GH	PH	MH
Острые воспалительные заболевания носа, околоносовых пазух, n=57	92,9 ±7	73,7 ±19,1	75,4 ±25,9	58,8 ±14,5	65,8 ±13,9	71,3 ±14,4	58,9 17,3±	63 ±14,9	78,9 ±11,3	66,6 ±13,5
Хронические воспалительные заболевания носа, околоносовых пазух, n=51	76,3 ±16,3	52 ±20,8	52,9 ±22,3	50,7 ±15,1	55,7 ±12,5	59,3 ±16,1	58,2 ±21,6	51,5 ±12,4	64 ±15,2	54,2 ±12,8
Острые воспалительные заболевания глотки, n=39	89,7 ±10,1	62,2 20,4±	70,9 ±18,3	57,4 ±14,2	62,3 ±15,8	66 ±16	53,3 ±14,8	59 ±13,6	73,7 ±11,2	63,3 ±14,9
Хронические воспалительные заболевания глотки, n=31	90,6 ±7,8	72,6 ±19,1	74,2 ±18,3	57,1 ±16,7	65,9 ±15,4	75,4 ±21,4	69 ±20,1	64,2 ±12,5	78,8 ±11,7	66,5 ±15,7
Острые воспалительные заболевания гортани, n=4	86,3 ±6,3	68,8 ±24,4	75 ±27,5	46,3 ±16,3	56 ±8	53,1 ±14,1	61,3 ±14,4	56,3 ±18,1	73,4 ±7,4	56,9 ±13,5
Хронические воспалительные заболевания гортани, n=7	90 ±8,6	85,7 ±12,2	81 ±16,3	75 ±4,3	79,4 ±7,2	82,1 ±16,8	79,6 ±14	66,4 ±13,1	82,6 ±7,8	78,9 ±6
Острые воспалительные заболевания уха, n=17	83,8 ±17	50 ±25,3	62,7 ±18,6	52,4 ±14,2	59,3 ±13,1	62,5 ±17,6	49 ±17,1	52,9 ±16	66,7 ±15,3	58,5 ±15,3
Хронические воспалительные заболевания уха, n=13	85,8 ±12,8	73,1 ±19,6	76,9 ±18,4	69,6 ±10,5	74,5 ±10,3	71,2 ±15,3	78,1 ±22,1	62,3 ±11,8	77 ±14,4	73,1 ±15,1
Все острые воспалительные заболевания ЛОР-органов, n=117	90,3 ±9,5	66,2 ±23	72,1 ±17,7	57 ±14,8	63,3 ±14,3	67,6 ±15,9	55,6 ±19,7	60 ±14,7	75,2 ±12,2	64 ±14,4
Все хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, n=102	82,8 ±14,7	63,2 ±22,3	64,4 ±20,5	56,7 ±16,1	62,9 ±14,7	67,3 ±20,5	65,5 ±22,1	57,7 ±14,1	71,5 ±15,3	62,1 ±15,5

примечание: указаны средние значения изучаемых показателей  $\pm$  среднее отклонение.

Наиболее негативное влияние на самооценку анкетированных лиц оказывают хронические воспалительные заболевания носа, околоносовых пазух, причем низкий показатель как физического компонента –  $64 \pm 15,2$ , так и психологического –  $54,2 \pm 12,8$ .

У пациентов с острыми воспалительными заболеваниями уха также невысокие показатели изучаемых параметров (PH –  $66,7 \pm 15,3$ , MH –  $58,5 \pm 15,3$ ). Острые воспалительные заболевания гортани оказывают отрицательное влияние на психологический компонент здоровья ( $56,9 \pm 13,5$ ), при сохранении на среднем уровне физического компонента ( $73,4 \pm 7,4$ ).

Обобщая данные, приведенные в таблице 2, следует отметить, что острые воспалительные заболевания ЛОР-органов не оказывают столь негативного влияния на качество жизни (PH –  $75,2 \pm 12,2$ , MH –  $64 \pm 14,4$ ), нежели хронические (PH –  $71,5 \pm 15,3$ , MH –  $62,1 \pm 15,5$ ), причем последние снижают преимущественно

физический компонент здоровья. Следует отметить корреляцию между выраженностью клинических симптомов заболеваний и изучаемыми показателями.

Изучено влияние наиболее часто встречающейся патологии ЛОР-органов на самооценку человека (таблица 3). Наиболее низкие показатели выявлены у лиц с хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух.

Таблица 3

Показатели качества жизни обследованных пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями ЛОР-органов

Нозологическая характеристика	Показатель качества жизни									
	PF	RP	RE	VT	MH	SF	BP	GH	PH	MH
Искривление перегородки носа, n=27	92,8 ±6,7	71,3 ±20,9	69,1 ±22	64 ±15,1	68,3 ±11,9	79,6 ±18,3	80,7 ±20,6	72,4 ±12	82,7 ±9	68,9 ±15,1
Хронический гипертрофический ринит, n=10	75 ±17	60 ±25	36,7 ±20,7	58 ±23,4	52,8 ±15,2	70 ±22,5	62,3 ±14,3	56 ±16,8	66,4 ±18,5	53,3 ±16,9
Острый гнойный синусит, n=51	93,9 ±6,1	72,5 ±19,9	75,2 ±17,3	59,5 ±14,5	65,8 ±13,4	71,6 ±13,7	56,9 ±15,7	63,2 ±13,8	79 ±10,8	66,8 ±13,5
Хронический гнойный риносинусит, n=16	74,1 ±16,7	48,4 ±20,3	52,1 ±23,6	45,6 ±10,7	55,3 ±13,8	50,8 ±12	46,4 ±15,7	48,8 ±11,3	60,5 ±15,4	51,2 ±12
Хронический полипозный риносинусит, n=25	78,2 ±15,4	51 ±19,2	60 ±19,3	51 ±13	57,3 ±10,7	60,5 ±13,6	64,2 ±20,5	51,4 ±10,6	65,3 ±13,5	56,5 ±11,4
Неосложненный хронический тонзиллит, n=30	90,5 ±8	72,5 ±20	74,4 ±19	56,5 ±16,7	64,9 ±15	74,6 ±21,3	67,9 ±19,5	63,5 ±12,4	78,5 ±11,9	65,9 ±15,6
Осложненный паратонзиллитом хронический тонзиллит, n=38	89,5 ±10,2	61,2 ±20,2	70,2 ±18,3	57,8 ±14,2	62,5 ±15,9	65,8 ±16,1	52 ±24,1	58,6 ±13,6	73,2 ±10,9	63,3 ±15,3
Острый ларингит, n=4	86,3 ±6,3	68,8 ±24,4	75 ±27,5	46,3 ±16,3	56 ±8	53,1 ±14,1	61,3 ±14,4	56,3 ±18,1	73,4 ±7,4	56,9 ±13,5
Хронический ларингит, n=6	89,2 ±9,4	87,5 ±12,5	83,3 ±16,7	75 ±5	76,7 ±3,8	79,2 ±16,7	76,3 ±12,9	63,3 ±12,2	81,5 ±8,4	78 ±6
Острый наружный и средний отит, n=14	89,6 ±9,1	60,7 ±23,7	71,4 ±24,5	56,4 ±13,1	61,1 ±13	65,2 ±19,1	50,5 ±18,4	57,9 ±12,8	72,8 ±11,3	62,6 ±13,5
Хронический средний отит, n=12	85 ±13,3	70,8 ±20,6	75 ±19,2	68,3 ±10,3	73,3 ±10	68,8 ±15	76,3 ±22,5	60 ±10,8	75,5 ±14,4	71,6 ±14,9

примечание: указаны средние значения изучаемых показателей ± среднее отклонение.

Указанная патология проявляется следующими жалобами: затруднение дыхания через нос, боль в области носа, выделения из носа, жжение и зуд в носу, нарушение обоняния. Хронический гипертрофический ринит и хронический полипозный риносинусит вызывают сходные жалобы и симптоматику.

Соответственно аналогично снижают качество жизни (хронический гипертрофический ринит: PH – 66,4±18,5, MH – 53,3±16,9; хронический полипозный риносинусит: PH – 65,3±13,5, MH – 56,5±11,4). Для хронического гнойного риносинусита характерно наличие более выраженной симптоматики и более негативное влияние на самооценку респондентов (PH – 60,5±15,4, MH – 51,2±12). Иные как острые, так и хронические оториноларингологические заболевания не вызывают столь существенного влияния на качество жизни человека.

Выводы

1. Впервые на значительном материале изучено качество жизни у лиц с заболеваниями ЛОР-органов, находящихся на стационарном лечении. Определены средние интегральные показатели физического компонента здоровья (РН), который составил  $73,1 \pm 14,2$  и психологического компонента здоровья (МН) –  $62,7\% \pm 15,6$ .
2. Наибольшее негативное влияние на качество жизни оказывают хронические заболевания носа и околоносовых пазух (РН –  $64 \pm 15,2$ , МН –  $54,2 \pm 12,8$ ).
3. Заболевания, оказывающие наибольшее отрицательное влияние на качество жизни: хронический гипертрофический ринит (РН –  $66,4 \pm 18,5$ , МН –  $53,3 \pm 16,9$ ); хронический полипозный риносинусит (РН –  $65,3 \pm 13,5$ , МН –  $56,5 \pm 11,4$ ), хронический гнойный риносинусит (РН –  $60,5 \pm 15,4$ , МН –  $51,2 \pm 12$ ).

#### Литература

- Андреева, Г. Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Г. Ф. Андреева, Р. Г. Оганов // Терапевтический архив. 2002. № 1. С. 8–16.
- Бримнулов, Н. Н. Исследование качества жизни у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Н. Н. Бримнулов, А. А. Абдулина // Вестник КРСУ. 2002. № 1. С. 51–54.
- Коц, Я. И. Качество жизни у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я. И. Коц, Р. А. Либис // Кардиология. 1993. Т. 33. № 5. С. 66–72.
- Музалевский, В. М. Основные тенденции в отношении пациентов к негосударственным медицинским учреждениям // Актуальные тенденции социально-экономического развития России: сб. науч. ст./ под ред. О. В. Алешеева. Тамбов: Изд-во ТГТУ, 2006. С. 35–47.
- Орлов, В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В. А. Орлов, С. А. Гиляревский. М. Медицина, 1992. 65 с.
- Петрова, М. Н. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда / М. Н. Петрова, Т. А. Айвазян, С. А. Фандюхин // Кардиология. 2000. № 2. С. 65–66.
- Саливончик, Д. П. Качество жизни после лечения инфаркта миокарда методом гипербарической оксигенации / Д. П. Саливончик, Э. А. Доценко // Биохимия здорового образа жизни: сб. науч. ст. / под ред. А. А. Чиркина, В. С. Улащика. Витебск, Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2005. С. 152–157.
- Jenkinson, C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // Br. Med. J. 1993. Vol. 306. P. 1437–1440.
- Jones, J.K. Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses of antihypertensive drugs: a study of a United Kingdom population / J.K. Jones, L. Gorkin, J.A. Lian [et al.] // B.M.J. 1995. Vol. 11. P. 293–295.