

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье освещены результаты одномоментного рандомизированного клинического исследования качества жизни у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) (в возрасте от 40 до 70 лет) с учетом степени тяжести ХОБЛ и сопутствующей патологии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, качество жизни, SF-36.

S. S. Lemeshevskaya

QUALITY OF LIFE IN MEN WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

This article presents the results of cross-sectional randomized clinical study to assess the quality of life in men with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (aged of 40 to 70 years), taking into account the severity of COPD and comorbidities.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, SF-36.

Качество жизни (КЖ) – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к заболеванию и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [1,6,10]. Считается, что начальные стадии ХОБЛ не вызывают значительного снижения качества жизни, которое ухудшается по мере прогрессирования заболевания [10]. Ряд исследователей указывает на высокий риск развития депрессии и других эмоциональных расстройств у пациентов с ХОБЛ [2,8]. Для оценки качества жизни у

пациентов с ХОБЛ предложены различные опросники: анкета SF-36 [3,5,12, 13], респираторный опросник святого Георгия (SGRQ) [7,11], опросник хронического респираторного здоровья (CRQ) [9] и другие. Изучение качества жизни пациентов с ХОБЛ считается важным элементом оценки их состояния.

Материалы и методы. Для оценки качества жизни нами использовалась опросник-анкета SF-36, апробированная Институтом клинично-фармакологических исследований (Санкт-Петербург) [5]. 36 пунктов опросника позволяют оценить восемь критериев

КЖ. Их оценка производится по 100 бальным шкалам. Критерии формируют два показателя КЖ: физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья [4,5,6,12,13].

Статистический анализ осуществляли с помощью программы STATISTICA 6.1. Проверку соответствия распределения изучаемых параметров закону нормального распределения проводили с учетом критерия Шапиро-Уилка. Результаты анализа параметров, не подчинявшихся закону нормального распределения или измеряемых по порядковой шкале, представлены в виде медианы (Me), межквартильного интервала (25%-75%). Для сравнения параметров в двух независимых группах использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий, p). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Физический компонент здоровья (Physical Health - PH) включает в себя расчетные критерии: 1) физическое функционирование (Physical Functioning - PF) – учитывает степень влияния физического состояния на выполнение различных физических нагрузок, 2) ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – определяет влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность, 3) интенсивность боли (Bodily Pain – BP) – влияние боли на возможность заниматься повседневной деятельностью, 4) общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка своего состояния здоровья самим пациентом во время заполнения опросника и перспектив лечебных мероприятий [5].

Психологический компонент здоровья (Mental Health - MH) состоит из критериев: 1) психического здоровья (Mental Health – MH) – характеризующего настроение, наличие депрессии, тревоги; 2) ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (Role-Emmotional – RE) – определяющего влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность; 3) социального функционирования (Social Functioning – SF) – определяющего на сколько физическое или эмоциональное состояние пациента ограничивает общение с другими людьми; 4) жизненной активности (Vitality – VT) – субъективное ощущение пациентом наличия утомления или бодрости [5].

Таблица 1 – Показатели качества жизни у мужчин с ХОБЛ [Me(25;75)]

Показатели	Контроль, n=15	Пациенты с ХОБЛ, n=107	Достоверность различий
Физический компонент здоровья	57(57;58)	29(26,35)	U=9, p<0,001
Физическое функционирование	100(100;100)	35(20;50)	U=30, p<0,001
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	100(100;100)	0(0;25)	U=37, p<0,001
Интенсивность боли	100(100;100)	41(31;52)	U=37, p<0,001
Общее состояние здоровья	92(87,97)	35(25;45)	U=2, p<0,001
Психологический компонент здоровья	52(51;53)	38(35;43)	U=154, p<0,001
Жизненная активность	85(80;95)	35(30;50)	U=32, p<0,001
Социальное функционирование	50(50;50)	50(38;50)	U=650, p=0,20
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	100(100;100)	34(0;67)	U=135, p<0,001
Психическое здоровье	92(88;92)	52(44;64)	U=34, p<0,001

На вопросы анкеты SF-36 самостоятельно ответили 107 пациентов и 15 мужчин из группы контроля. Для выявления динамики изменений КЖ, все больные ХОБЛ разделены на 3 последовательные группы (согласно критериям GOLD). На вопросы анкеты ответили пациенты с ХОБЛ I стадии (n=11, возраст 57 лет (54;59), ИМТ 28,6 кг/м² (26,8;30,7), длительность болезни 5 года (2;6)), с ХОБЛ II стадии (n=72, возраст 57 лет (52;60), ИМТ 29,7 кг/м² (26,0;33,2), длительность болезни 10 лет (5;14)), с ХОБЛ III стадии (n=24, возраст 59 лет (54;64), ИМТ 24,3 кг/м² (20,8;29,5), длительность болезни 13 лет (9;19)). Контрольную группу (n=15) составили практически здоровые мужчины, сопоставимые по возрасту и ИМТ.

Сравнение группы контроля, как с общей группой пациентов с ХОБЛ (табл.1), так и в отдельности с группами ХОБЛ I, ХОБЛ II и ХОБЛ III выявило наличие статистически значимых различий между ними по всем показателям качества жизни, кроме социального функционирования.

Изменения физического и психологического компонента здоровья имели определенные особенности. Ухудшение качества жизни наиболее явно проявлялось в сравнении групп пациентов со II и III стадиями ХОБЛ (рис.1). Детальный анализ качества жизни у мужчин с ХОБЛ данной возрастной группы показал, что статистически значимые изменения между группами ХОБЛ I, ХОБЛ II и ХОБЛ III не происходили по таким показателям качества жизни, как интенсивность боли, социальное функционирование и психическое здоровье. По остальным показателям имелось статистически значимое ухудшение показателей в сравнении стадий ХОБЛ II и ХОБЛ III, а по физическому компоненту здоровья, физическому функционированию, общему состоянию здоровья и жизненной активности также между стадиями ХОБЛ I и ХОБЛ III (табл.2 и 3)

При анализе составляющих физического компонента здоровья (рисунок 2, таблица 2) наблюдалось снижение общего состояния здоровья, что отражало снижение субъективной оценки пациентами своего здоровья и уверенности в положительных результатах проводимого лечения с ростом степени тяжести ХОБЛ.

Статистически значимо был снижен объем выполняемых

❑ Оригинальные научные публикации

физических нагрузок в связи с изменяющимся физическим состоянием, что отразилось в снижении показателя физического функционирования. Так 22 пациента из группы ХОБЛ III (91,7%) указали на то, что в связи с плохим физическим состоянием они значительно ограничены в выполнении ежедневных физических нагрузок (уборка комнаты, возможность одеться, вымыться, самостоятельно сходить в магазин за продуктами, ходьба пешком по лестнице и т.д.) (таблица 2, рисунок 2).

При анализе составляющих психологического компонента здоровья (таблица 3, рисунок 3) с нарастанием стадии ХОБЛ на-

блюдалось снижение показателя жизненной активности, отражающего субъективное ощущение бодрости, что свидетельствовало о быстрой утомляемости пациентов.

Показатель, отражающий ограничение в выполнении повседневной работы в связи ухудшением эмоционального состояния, статистически значимо снижался на третьей стадии ХОБЛ. 13 человек из группы ХОБЛ III (54,2%) ответили, что в связи с изменившимся эмоциональным состоянием им пришлось сократить время, затрачиваемое на повседневную деятельность, а работа была выполнена в меньшем объеме и не так аккуратно, как обычно.

Таблица 2 – Физический компонент здоровья и определяющие его показатели качества жизни у мужчин с ХОБЛ [Me(25;75)]

Показатель	ХОБЛ I n=12	ХОБЛ II n=71	ХОБЛ III n=24
Физический компонент здоровья	<u>32,5</u> (27,3;39,4)	<u>29,8**</u> (26,5;35,7)	<u>27,0▼</u> (25,3;30,4)
Физическое функционирование	<u>45,0</u> (25,0;77,5)	<u>40,0**</u> (20,0;55,0)	<u>22,5▼</u> (10,0;40,0)
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	<u>0</u> (0;12,5)	<u>0**</u> (0;25,0)	<u>0</u> (0;0)
Интенсивность боли	51,5 (26,5;68,0)	41,0 (31,0;51,0)	41,0 (26,5;58,0)
Общее состояние здоровья	<u>40,0</u> (37,5;47,5)	<u>35,0**</u> (30,0;45,0)	<u>30,0▼</u> (22,5;35,0)

Примечание: *- достоверность различий между группами I и II; ** - достоверность различий между группами II и III; ▼ - достоверность различий между группами I и III.

Таблица 3 – Психологический компонент здоровья и определяющие его показатели качества жизни у мужчин с ХОБЛ [Me(25;75)]

Показатель	ХОБЛ I n=12	ХОБЛ II n=71	ХОБЛ III n=24
Психологический компонент здоровья	36,7 (35,2;39,7)	39,4** (35,2;45,7)	36,5 (33,6;41,0)
Жизненная активность	42,5 (32,5;55,0)	40,0** (30,0;55,0)	32,5▼ (25,0;40,0)
Социальное функционирование	50,0 (38,0;50,0)	50,0 (38,0;50,0)	38,0 (38,0;50,0)
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	17,0 (0;50,5)	34,0** (0;67,0)	0 (0;34,0)
Психическое здоровье	52,0 (48,0;68,0)	52,0 (44,0;68,0)	44,0 (36,0;58,0)

Примечание: как в таблице 2.

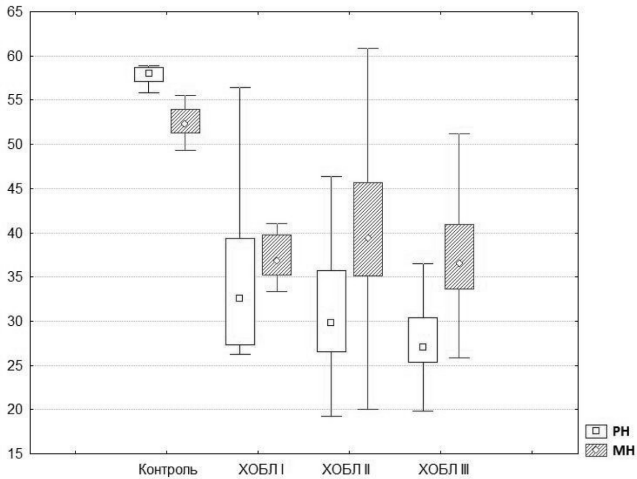
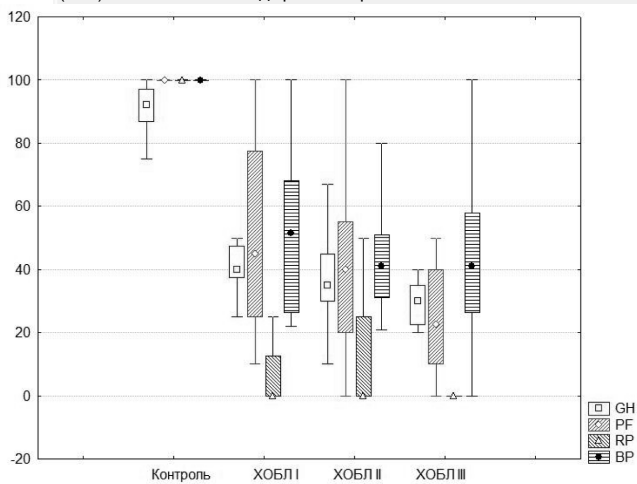
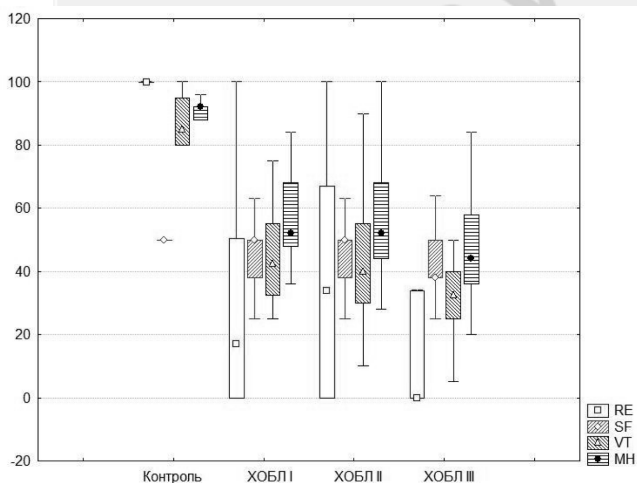


Рисунок 1 – Изменение физического (PH) и психологического (MH) компонентов здоровья при ХОБЛ



Физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH)

Рисунок 2 – Динамика составляющих физического компонента здоровья

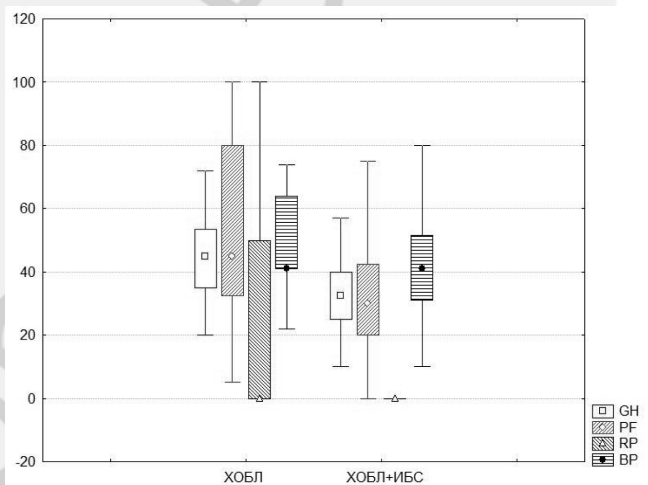


Социальное функционирование (SF), Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), Жизненная активность (VT), Психическое здоровье (MH)

Рисунок 3 – Динамика составляющих психического компонента здоровья

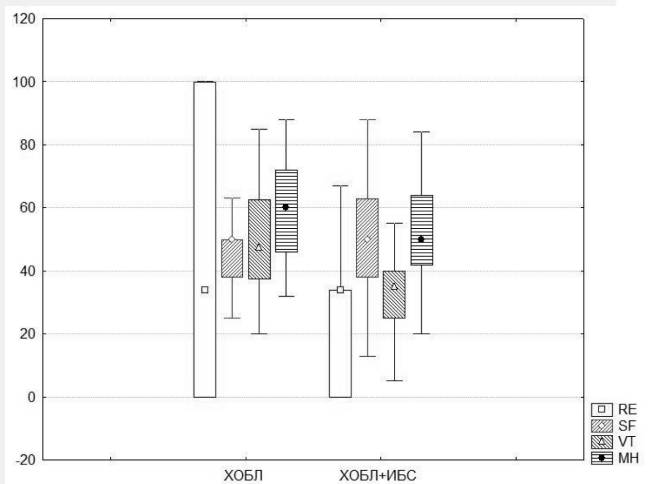
Важно отметить, что показатель, характеризующий психологический компонент здоровья – социальное функционирование, находился на одном уровне у мужчин выделенной возрастной категории, составивших группу контроля и пациентов различных степеней ХОБЛ, что свидетельствует о сохранении уровня социальной активности (общения), несмотря на общее ухудшение физического и психологического компонентов здоровья. А по показателю психическое здоровье, свидетельствующему о наличии депрессивных, тревожных переживаний, не было выявлено статистически значимых отличий между группами пациентов, при сохранении выраженных статистически значимых отличий с группой контроля.

Таким образом, при развитии ХОБЛ качество жизни пациентов по сравнению с контрольной группой статистически значительно снижается, начиная с I стадии заболевания, причем по всем показателям, кроме социального функционирования. Дальнейшее ухудшение качества жизни наиболее явно проявляется в сравнении пациентов групп ХОБЛ II и ХОБЛ III. Статистически значимое ухудшение физического и психологического компонентов здоровья происходило за счет снижения физического и ролевого функционирования, жизненной активности и общего состояния здоровья.



Физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH)

Рисунок 4 – Составляющие физического компонента здоровья у пациентов без ИБС и с наличием ИБС



Социальное функционирование (SF), Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), Жизненная активность (VT), Психическое здоровье (MH)

Рисунок 5 – Составляющие психического компонента здоровья у пациентов без ИБС и с наличием ИБС

Оригинальные научные публикации

Проведен анализ показателей качества жизни пациентов с ХОБЛ с учетом сопутствующей патологии: ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), остеопороза (ОП).

У пациентов с ИБС ($n=52$) статистически значимо был снижен физический компонент здоровья (28 (26; 30) vs. 35(29; 40), $U=371$, $p=0,0003$). Во время как психологический компонент здоровья в группах с ИБС и без ИБС ($n=28$) был сопоставим: 38(34; 42) vs. 41(35; 50), $U=586$, $p=0,15$, соответственно.

При анализе составляющих физического компонента здоровья выявлены статистически значимые отличия по всем показателям КЖ (рисунок 4). Субъективные оценочные показатели общее состояние здоровья и перспективы успешного лечения были ниже у пациентов с ИБС (33(25; 40) vs. 45(35; 54), $U=360$, $p=0,0009$). Отмечено снижение физического функционирования у пациентов с сопутствующей ИБС: 30(20; 43) vs. 45(33; 80), $U=453$, $p=0,005$, что свидетельствует о значительном ограничении физической активности (ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей, самообслуживание) состоянием их здоровья. Выявлено снижение показателя ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, у пациентов с ИБС ($U=496$, $p=0,002$), что свидетельствует о том, их повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием. Снижение показателя интенсивность боли (41(31; 52) vs. 41(41; 64), $U=532$, $p=0,04$) указывало на то, что болевые ощущения существенно ограничивают физическую активность пациентов с ИБС по сравнению с пациентами без ИБС.

Анализ составляющих психического компонента здоровья выявил статистически значимые отличия по некоторым показателям (рисунок 5). Показатель ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, характеризующий степень ограничения выполнения повседневной работы, у пациентов с ИБС был ниже (34(0; 34) vs. (34(0; 100), $U=515$, $p=0,02$) и сопоставим с показателем социального функционирования, основанного на влиянии физического и эмоционального состояния на уровень общения (50(38; 63) vs. 50(38;50), $U=724$, $p=0,97$). Выявлено статистически значимое снижение жизненной активности у пациентов с ИБС (35(25; 40) vs. 48(38; 63), $U=385$, $p=0,0005$). Состояние психического здоровья, свидетельствующее о наличии депрессивных, тревожных переживаний, было сопоставимо в группах пациентов с ИБС и без ИБС (50(42; 64) vs. 60(46; 72), $U=573$, $p=0,11$).

Сочетание ХОБЛ с артериальной гипертензией в изучаемой группе статистически значимо не отражалось на качестве жизни пациентов.

При значительном снижении минеральной плотности кости у пациентов с ХОБЛ наблюдалось снижение качества жизни. У пациентов с остеопорозом в большей степени снижался физический компонент здоровья. Статистически значимые отличия получены при сравнении физического функционирования пациентов с остеопенией и остеопорозом: 42(30; 75) vs. 25(10; 35), $U=127$, $p=0,003$ соответственно и физического компонента здоровья в целом: 30(27; 37) vs. 27(25; 29), $U=147$, $p=0,01$ соответственно. Также выявлено снижение одной из составляющих психологического компонента здоровья – жизненной активности, у пациентов с остеопорозом. У пациентов с нормальной МПК ($n=19$) этот показатель составил 40(30; 55), у пациентов с остеопенией ($n=29$) – 40(35; 55), а у пациентов с остеопорозом ($n=18$) – 27(20; 40) ($U=140$, $p=0,007$ – при сравнении показателей пациентов с осте-

опенией и остеопорозом, $U=102$, $p=0,03$ – при сравнении показателей пациентов с нормальной МПК и остеопорозом).

Таким образом, такие сопутствующие заболевания, как ИБС и остеопороз оказывают существенное отрицательное влияние на качество жизни пациентов с ХОБЛ, что важно учитывать при разработке реабилитационных программ.

Выводы

1. При развитии у мужчин ХОБЛ качество жизни снижается, начиная с I стадии заболевания, по всем показателям, кроме социального функционирования. Дальнейшее ухудшение качества жизни наиболее явно проявляется в сравнении пациентов групп ХОБЛ II и ХОБЛ III. Ухудшение физического и психологического компонентов здоровья происходит за счет снижения физического и ролевого функционирования, жизненной активности и общего состояния здоровья.

2. Ишемическая болезнь сердца и остеопороз оказывают существенное отрицательное влияние на качество жизни пациентов с ХОБЛ.

Литература

1. Авдеев, С. Н. Возможна ли модификация заболевания прихронической обструктивной болезни легких? Роль бронходилататора длительного действия тиотропия бромиде / С. Н. Авдеев // *Consiliummedicum*. – 2008. – Том 10, №3. – С.57–64.
2. Горбунов, Н. А. Комплексная лучевая диагностика хронической обструктивной болезни легких. / Н. А. Горбунов, В. Я. Лаптев // *Пульмонология*. – 2008. – №6. – С.95–100.
3. Давидовская, Е. И. Роль медицинского лечения в обеспечении качества жизни больных с обструктивными заболеваниями легких / Е. И. Давидовская. – 2006 г. – 38 с.
4. Жукова, Т. В. Исследование качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой / Жукова Т. В. // *Военная медицина*. – 2011. – №3. – С.44–47.
5. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36 // Институт клинико-фармакологических исследований [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://www.sf-36.org/nbscalc/index.shtml>. – Дата доступа: 10.08.2011.
6. Чушкин, М. И. Использование анкеты SF-36 для оценки качества жизни лиц, излеченных от туберкулеза легких. / М. И. Чушкин и др. // *Пульмонология*. – 2009. – №6. – С.87–89.
7. Шмелев, Е. И. Качество жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких / Шмелев Е. И. и др. // *Пульмонология*. – 1998. – №3. – С.79–81.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease NHLBI/WHO workshop report. Last updated 2011. <http://www.goldcopd.org>.
9. Guyatt, G. H. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease / Guyatt G. H. et al // *Thorax*. – 1987. – 42. – 773-778.
10. Russell, S. J. F. Challenges in end-of-life communication in COPD / S. J. F. Russell, R. E. K. Russell // *Breathe*. – 2007. – Vol.4, №2. – P.133–139.
11. Shoup, R. Body composition and health-related quality of life in patients with chronic obstructive airways disease / R. Shoup et al // *Eur. Respir. J.* – 1997. – Vol. 10. – P.1576–1580.
12. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / Ware J. E. et al. // The health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1994.
13. Ware, J. E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / Ware J. E. et al. // The health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.

Поступила 26.07.2012