

*Т. В. Жукова*

# **ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации*

---

*Хронические заболевания, склонные к прогрессированию и протекающие с обострениями, являются стрессорными и могут привести к существенным ограничениям во всех составляющих нормального существования человека. Нами было проведено исследование по сравнительному влиянию хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) на качество жизни (КЖ) пациентов. Для оценки КЖ применялся один из самых популярных общих опросников SF-36. Выявлено, что ведущую роль в снижении КЖ у пациентов с ХОБЛ играют физические проблемы, ограничение физической и социальной активности, в то время как на КЖ пациентов с БА более негативное влияние оказывают эмоциональные проблемы, психическое здоровье.*

**Ключевые слова:** *хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, качество жизни.*

***T.V. Zhukova***

**RESEARCH OF QUALITY OF THE LIFE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ASTHMA PATIENTS**

*Chronic diseases inclined to progressing and proceeding with aggravations can lead to essential restrictions in all components of normal existence of the person. We had been research on comparative influence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma on quality of life of patients. One of the most popular questionnaires SF-36 was applied to estimation quality of life. It is established that the leading part in decrease of quality of life at COPD patients physical problems, restriction of physical and social activity while on quality of life at asthma patients more negative influence are rendered with emotional problems, play mental health.*

**Key words:** *chronic obstructive pulmonary disease, asthma, quality of a life.*

**В** последние годы существенно вырос интерес клиницистов к исследованию психического состояния больных при соматических заболеваниях [1, 2, 4]. Это обусловлено тем, что особенности личности и ситуации эмоционального стресса оказывают заметное влияние на генез и течение хронических заболеваний.

Хронические заболевания, склонные к прогрессированию и протекающие с обострениями, являются стрессорными и могут привести к существенным ограничениям во всех составляющих нормального существования человека [1, 2]. В свою очередь, эти ограничения могут оказаться важнее для больного, чем сами симптомы заболевания. Именно поэтому всегда было велико желание врачей определить, каким образом болезнь влияет на человека, причем на все аспекты его жизни. При этом остается неизученным вопрос влияния болезни на другие аспекты жизни больного, в первую очередь, на его социальную сферу [3, 4]. Поэтому одной из наиболее важных здравоохранительных инициатив последнего десятилетия следует считать выработку консенсуса, касающегося сбора точек зрения пациентов на свое здоровье, как мониторинга результатов здравоохранения [6]. Ведь в итоге конечной целью лечения является достижение более эффективной жизни пациентов наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия.

При оценке тактики здравоохранения некомпетентность пациентов в медицинских вопросах служила серьезным препятствием в этом процессе. Помимо этого, пациенты не всегда могли связать изменения в своем поведении с имеющимся у них заболеванием. Так, больные с бронхиальной обструкцией часто приписывают одышку и низкую толерантность к физической нагрузке своему возрасту или плохой физической форме. Основной причиной недоверия подобной информации являлось отсутствие простых в использовании и стандартизированных методик ее сбора.

Сбор стандартных ответов на стандартные вопросы и их анализ явились эффективным методом оценки статуса здоровья. Тщательно выстроенные связи вопросов и ответов, составленные для подсчета по методу суммирования рейтингов чрезвычайно помогли исследователям за прошедшее десятилетие и легли в основу современных опросников по Качеству Жизни (КЖ).

Хронические заболевания, являясь хроническим стрессом для больного, препятствуют его стремлению к самоактуализации, к развитию его как личности. Хороший клиницист должен не только лечить

болезнь, но и помочь пациенту раскрыться, прорваться сквозь защиты, препятствующие познанию им самого себя [1, 2, 3, 5]. Распознать эти защиты и найти оптимальный выход из них – вот важная задача, которая стоит перед врачом. Понятие «качество жизни» не аналогично функциональному статусу. В соответствии с данными ВОЗ «функциональный статус» определяется как способность индивидуума в данное время выполнять задание или функцию, которые должны иметь фактический результат. Функциональный статус является лишь одним из аспектов показателя КЖ [6].

Стандартизированные опросники – основной инструмент определения уровня КЖ. Единых критериев КЖ не существует, как не существует и стандартных норм КЖ. Опросники позволяют выявить лишь тенденцию изменения КЖ в той или иной группе респондентов. Качество жизни – это объективный показатель субъективности [3, 4, 5]. Важно понимать, что опросники по качеству жизни не оценивают тяжесть заболевания, они отражают, как больной переносит свое заболевание.

Исследовательская работа и практическая деятельность врачей в последнее время концентрируется в пульмонологии вокруг хронических obstructive болезней легких, которые называют «горячими точками пульмонологии» [1, 2, 4, 5]. Дыхательный дискомфорт и, как высшая форма его проявления, удушье, сопровождающееся страхом смерти, постоянное ожидание приступа, привязанность к определенным лекарствам и в то же время страх перед этими лекарствами-все это и многое другое делает жизнь больных как хронической obstructive болезнью легких (ХОБЛ), так и бронхиальной астмой (БА) в значительной степени отличающейся от жизни окружающих и существенно влияют на их КЖ [3, 4].

Таким образом, на данный момент задача изучения влияния таких серьезных и социально значимых заболеваний как ХОБЛ и БА на все аспекты жизни больных является крайне важной. Результаты дальнейших исследований в данной области помогут в разработке новых методов лечения с целью улучшения качества жизни пациентов.

#### **Материал и методы**

Нами было проведено исследование по сравнительному влиянию ХОБЛ и БА на качество жизни (КЖ) больных. Для оценки КЖ применялся один из самых популярных общих опросников SF-36 [7]. Критериями КЖ по опроснику SF-36 являются:

· ФА – (PF – Physical Functioning) – физическая активность (прямо пропорциональная связь: чем

**Таблица 1 Сравнительная оценка влияния ХОБЛ и БА на качество жизни больных (X±d)**

| Критерии SF-36 | Контроль<br>n =30 | ХОБЛ<br>n=52 | БА<br>n=67     |
|----------------|-------------------|--------------|----------------|
| ФА             | 79,3±6,4          | 55,1±6,5*    | 64,1±7,8*, *** |
| РФ             | 84,5±6,1          | 25,4±7,1*    | 45,3±6,5*, *** |
| Б              | 83,4±7,4          | 71,6±6,2*    | 73,5±4,1*, *** |
| ОЗ             | 82,5±4,6          | 34,2±5,8*    | 28,3±4,7*, *** |
| ЖС             | 73,7±6,8          | 22,4±4,9*    | 24,4±5,1*, **  |
| СА             | 76,6±5,3          | 31,7±4,6*    | 58,2±7,3*, *** |
| РЭ             | 72,4±7,1          | 58,3±5,2*    | 38,8±4,9*, *** |
| ПЗ             | 82,4±5,6          | 43,3±4,8*    | 41,2±5,6*, **  |
| СС             | 68,2±7,1          | 42,5±6,3*    | 34,4±5,7*, *** |

Примечание. \* —  $p < 0,001$  относительно контроля;

\*\* —  $p < 0,05$  относительно ХОБЛ;

\*\*\* —  $p < 0,001$  относительно ХОБЛ.

выше балл, тем больше физическая активность);

- РФ – (RP – Role-Physical) – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности);

- Б – (BP – Bodily Pain) – Боль (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше респондент испытывает боли);

- ОЗ – (GH – General Health) – общее восприятие здоровья (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем лучшим воспринимается респондентом своё здоровье);

- ЖС – (VT – Vitality) – жизнеспособность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше жизнеспособность респондента);

- СА – (SF – Social Functioning) – социальная активность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше социальная активность респондента);

- РЭ – (RE – Role-Emotional) – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности);

- ПЗ – (MH – Mental Health) – психическое здоровье (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем лучше психическое здоровье);

- СС – (CH – Change Health) – сравнение самочувствия с предыдущим годом (прямо пропорциональная связь: чем ниже балл, тем значительнее ухудшилось самочувствие респондента за год).

Оценка производится по 100 балльной шкале.

Изучено КЖ 119 пациентов (52 пациента с ХОБЛ и 67 с БА). Средний возраст пациентов с ХОБЛ составил  $49,1 \pm 5,2$  лет. Стаж болезни пациентов составил в среднем  $11,8 \pm 4,1$  года. Средний возраст больных БА  $48,4 \pm 8,3$  года, стаж болезни в среднем составил  $10,2 \pm 3,1$  года. В исследование не включались пациенты, имеющие тяжелую степень ХОБЛ

и БА. Группу контроля составили 30 здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами.

**Результаты исследования.** По результатам исследования было выявлено достоверное снижение всех параметров КЖ у пациентов как с ХОБЛ, так и с БА по сравнению с контрольной группой (см. табл.1).

Причем, как у пациентов с ХОБЛ, так и у пациентов с БА получено достоверное снижение показателей как физического, так и психического здоровья по сравнению с контрольной группой.

При анализе полученных данных было выявлено, что, независимо от пола, возраста, стажа курения и степени тяжести заболевания, у пациентов

с ХОБЛ достоверно ниже по сравнению с пациентами с БА такие показатели, как физическая активность (ФА) ( $p < 0,001$ ), роль физических проблем (РФ) ( $p < 0,001$ ), жизнеспособность (ЖС) ( $p < 0,05$ ) и социальная активность (СА) ( $p < 0,001$ ). Однако, такие показатели КЖ, как психическое здоровье (ПЗ), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ) и СС (сравнение самочувствия с предыдущим годом) у пациентов с ХОБЛ по сравнению с пациентами с БА достоверно выше — ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,001$ ).

**Закключение.** При анализе полученных данных по результатам опросника КЖ SF-36 можно предположить, что такие заболевания, как ХОБЛ и БА существенно снижают уровень КЖ больных. Однако ведущую роль в снижении КЖ у пациентов с ХОБЛ играют физические проблемы, ограничение физической и социальной активности. В то время как на КЖ пациентов с БА более негативное влияние оказывают эмоциональные проблемы, психическое здоровье. Данные особенности пациентов необходимо учитывать при разработке программ психологической реабилитации пациентов с ХОБЛ и БА.

### Литература

1. Чучалин, А. Г. Бронхиальная астма: в 2 т. / А. Г. Чучалин. М.: Агар, 2003. Т. 1. 326 с.
2. Чучалин, А. Г. Хронические обструктивные заболевания лёгких / А. Г. Чучалин. М.: ЗАО БИНОМ, 2000. 346 с.
3. Agle, D. P. Psychosocial aspects of chronic obstructive pulmonary disease / D. P. Agle [et al.] // Med. Clin. N. A., 2006. Vol. 61. P. 749 – 758.
4. Jones, P. W. Why Quality of Life measures should be used in the treatment of patients with respiratory illnesses / P. W. Jones // Monaldi Arch. Dis. Chest. 2004. Vol. 49. P. 79 – 82.
5. McSweeney, A. J. Quality of life in relation to COPD. Chronic obstructive pulmonary disease / A. J. McSweeney // New York: Marcel Dekker Inc. 2001. P. 473 – 478.
6. The WHOQOL Group. What Quality of Life? // World Health Forum. 1996. Vol. 17, № 4. P. 354 – 356.
7. Ware, J. E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey / J. E. Ware, C. Sherbourne // Med Care. 1992. № 30. P. 473 – 483.

Поступила 14.06.2011 г.