

УДК 616. 24 – 008.33+ 616. 12/13

Приходько Н.П., Гопко О.Ф.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Резюме. В статті представлені дані порівняльного аналізу показників якості життя у пацієнтів з ізольованим хронічним обструктивним захворюванням легень та в поєднанні з кардіоваскулярною патологією. Якість життя оцінювалося у 61 пацієнта з ХОЗЛ методом анкетування із застосуванням опитувальника SF-36 і спеціалізованого респіраторного опитувальника госпіталю святого Георгія – SGRQ. Проведений аналіз отриманих результатів виявив, що наявність супутньої кардіоваскулярної патології позіршує негативний вплив на якість життя пацієнтів з ХОЗЛ.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, кардіоваскулярна патологія.

Фрагмент ініціативної теми: „Запальний, ішемічний, больовий синдроми у хворих на ішемічну хворобу серця: тригери, роль супутньої патології, механізми, критерії діагностики, лікування” 0112U003122.

Вступ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) займає одну з провідних причин смерті та захворюваності у світі та на відміну від більшості захворювань його епідеміологічні показники продовжують зростати. Щорічно внаслідок цього захворювання помирає близько 3 млн людей, що більше ніж від раку молочної залози та цукрового діабету разом узятих. За прогнозами фахівців у 2020 році ХОЗЛ буде посідати 3-є місце в структурі причин смертності [5, 7, 14, 15].

Останні десятиліття поєднання різних захворювань внутрішніх органів набуває особливої уваги багатьох дослідників. Така коморбідність ХОЗЛ з серцево-судинними захворюваннями сприяє частим загостренням та передчасній смертності в порівнянні з пацієнтами на ХОЗЛ без супутньої патології [1, 3, 4, 6, 10, 11].

Невід’ємною частиною сучасної медичної науки є дослідження якості життя. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, якість життя (ЯЖ) визначається як індивідуальне співвідношення людиною свого становища в житті суспільства з власними цілями, планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. Це широке і складне поняття, яке охоплює фізичне здоров’я людини, її психологічний стан, рівень незалежності, соціальний статус та їх зв’язок з основними особливостями оточення людини. Не менш важливим для ЯЖ є здатність хворої людини адаптуватися до проявів свого захворювання і відчувати себе комфортно в цій ситуації [8, 9, 12]. Поряд з метою лікаря – досягнення ремісії та запобігання прогресування захворювання, метою для пацієнта є покращення самопочуття та ЯЖ, що набуває особливого значення в умовах наявності коморбідної патології [1-4].

Мета дослідження – аналіз якості життя

пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень в поєднанні з кардіоваскулярною патологією.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 61 амбулаторний хворий: 27 – з ізольованим ХОЗЛ та 34 – з ХОЗЛ в поєднанні з кардіоваскулярною патологією. Всі обстежені пацієнти за ступенем тяжкості бронхіальної обструкції відносились до GOLD 2 та GOLD 3 (наказ МОЗ України №555 від 27.06.2013 р.). Середній вік пацієнтів склав 59,0±1,2 роки. Чоловіків було 49 (80,3%) та 12 (19,7%) жінок. Серед 34 пацієнтів, у яких ХОЗЛ перебігала в поєднанні з кардіоваскулярною патологією (КВП) 21 (61,8%) пацієнт мав діагностовану ІХС та 13 (38,2%) – гіпертонічну хворобу.

Вивчення ФЗД з характеристикою показників (форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ), об’єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), індекс Тіфно (ОФВ1/ФЖЄЛ) здійснювалось на апараті “СПІРОКОМ” (Україна). Зворотність бронхообструкції оцінювали за допомогою фармакологічної проби із 400 мкг сальбутамолу. Критеріями включення в дослідження були наступними: пацієнти з встановленим діагнозом ХОЗЛ, ОФВ1/ФЖЄЛ <70%, приріст ОФВ1 < 12% (i ≤200 мл) порівняно з вихідним значенням після інгаляції 400 мкг сальбутамолу [5, 13].

Пацієнти обох груп були зіставлені за статтю, віком, стадією ХОЗЛ, тривалістю захворювання.

Якість життя пацієнтів досліджувалася за допомогою опитувальників. Стандартизований неспецифічний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) – 36 питань, що дозволяють найбільшою мірою оцінювати взаємозв’язок ЯЖ з соціальним статусом, психічним здоров’ям і загальним благополуччям індивідуума. Питання об’єднані у 8 наступних шкал: фізична активність – ФА

(оцінює міру самообслуговування, ходьбу, підйом по сходах, перенесення важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності РФ (характеризує ступінь обмеження повсякденної діяльності через проблеми з фізичним здоров'ям), інтенсивність болю – ІБ (відображає інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю); загальний стан здоров'я (оцінка ЗСЗ); життєва активність – ЖА (оцінка відчуття пацієнтом повноти сил та енергії); соціальна активність – СА (задоволеність спілкуванням, проведенням часу з друзями, родиною, сусідами, колегами); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – РЕ (оцінка ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої звичайної повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу на їх виконання, зменшення обсягу зробленої роботи, зниження її якості); психічне здоров'я – ПЗ (характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, оцінює загальний показник позитивних емоцій). Фізичний статус пацієнта оцінюється за п'ятьма шкалами (ФА, РФ, ІБ, ЗСЗ, ЖА), психосоціальний статус також характеризують п'ять шкал (РЕ, СА, ПЗ, ЗСЗ, ЖА). Показники ЗСЗ та ЖА визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини.

Максимальне значення для всіх шкал, при повній відсутності обмежень чи порушень здоров'я, дорівнювало 100. Чим вищим був показник по кожній шкалі, тим кращою була ЯЖ по цьому параметру.

Опитувальник Госпіталю святого Георгія вивчає порушення здоров'я хворих на бронхіальну астму, ХОЗЛ, бронхоектатичну хворобу, кіфосколіоз, саркоїдоз. При аналізі ЯЖ за респіраторним опиту-вальником госпіталю святого Георгія (SGRQ) в якості оціночних параметрів застосовуються 4 узагальнених шкали: «Симптоми» – суб'єктивна оцінка

пацієнтом ступеня виразності клінічних ознак ХОЗЛ; «Активність» – суб'єктивна оцінка пацієнтом ступеня обмеження фізичної активності, зумовленої захворюванням; «Вплив» – суб'єктивна оцінка пацієнтом виразності психологічних і соціальних проблем в результаті захворювання. Також обчислюється загальний рахунок «Сума» – вплив хвороби на загальний стан здоров'я. Рахунок 100 балів відповідає найгіршому можливому стану здоров'я, 0 балів – найкращому (Jones P.W., Forde Y., 2008).

Перед заповненням опитувальників якості життя пацієнтам проведено інструктаж, а заповнення їх проводилось в комфортних для пацієнта умовах.

При аналізі ЯЖ за респіраторним опитувальником в якості оціночних параметрів застосовувалися 4 шкали: «Симптоми» – суб'єктивна оцінка пацієнтом ступеня вираженості клінічних ознак ХОЗЛ; «Активність» – суб'єктивна оцінка ступеня обмеження фізичної активності; «Вплив» – суб'єктивна оцінка вираженості психологічних і соціальних проблем; «Сума» – загальний показник ЯЖ, що характеризує в цілому негативний вплив ХОЗЛ. Оцінка кожної шкали проводилася по 100-бальній системі, критерії оцінки – зворотні (чим вищий бал, тим більш негативний вплив хвороби на ЯЖ).

Статистичну обробку виконували за допомогою програми SPSS for Windows Release 13.00.

Результати та їх обговорення

Наявність супутньої кардіоваскулярної патології погіршувала ЯЖ хворих на ХОЗЛ за всіма шкалами опитувальника SF-36, що відображають фізичний стан пацієнта, а саме — фізичну активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєву активність (табл.1).

Таблиця 1
Показники якості життя за опитувальником SF-36 в балах у обстежених хворих (M±SEM; SD)

Шкала	Хворі на ХОЗЛ (n=27)	Хворі на ХОЗЛ та КВП (n=34)
ФА	64,5 ±6,1; 15,8 непараметричний за Shapiro- Wilk Psw=0,0001; Pmw=0,008;	37,1 ±4,6; 8,9 параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,108; негомогенний за Levene Plev=0,0001; Pst=0,014;
РФ	58,1±8,7; 13,2 непараметричний за Shapiro- Wilk Psw=0,001; Pmw=0,013;	36,4±5,1; 12,4 параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,131; негомогенний за Levene Plev=0,0001; Pst=0,013;
ІБ	61,4±11,1; 12,3 непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,0001; Pmw=0,021;	42,7±7,5; 10,1 непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,028;
ЗСЗ	58,3±9,4; 16,7 параметричний за Shapiro- Wilk Psw=0,649; негомогенний за Levene Plev=0,002; Pst=0,044;	40,1±8,2; 13,5 непараметричний за Shapiro- Wilk Psw=0,006; Pmw=0,047;
ЖА	59,8±10,3; 12,1*	54,6±7,1; 11,8
СА	56,3±8,5; 10,4*	51,5±14,1; 9,1
РЕ	64,4±12,6; 15,2 непараметричний за Shapiro- Wilk Psw =0,002;	44,6±8,2; 10,8 непараметричний за Shapiro- Wilk Psw=0,0001;

	Pmw=0,044;	
ПЗ	62±9,7; 13,8 непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,001; Pmw=0,030;	48,1±7,4; 9,1 непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,0001;

Примітки: * $p > 0,05$, M – середня, SEM – стандартна похибка; SD – стандартне відхилення, P_{mw} – різниця між групами за даними непараметричного еквіваленту до двохвибіркового t тесту Ст'юдента – тест Mann-Whitney (MW), P_{sw} – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilks, P_{st} – різниця між групами за даними двохвибіркового t тесту Ст'юдента для двох незалежних вибірок, P_{lev} – показник гомогенності за тестом Levene.

Найбільш негативно КВП впливала на сприйняття повсякденної фізичної активності, рівень фізичної життєдіяльності, на здійсненні повсякденної діяльності у зв'язку з болем та рівнем емоційної активності. Рівень життєвої і соціальної активності були на рівні вище середнього та не відрізнялась у обох груп пацієнтів.

За результатами опитувальника SGRQ було встановлено, що наявність коморбідної серцево-судинної патології у пацієнтів із ХОЗЛ вірогідно посилює негативний вплив захворювання на виразність клінічних ознак, ступінь обмеження фізичної активності, поглиблює психологічні та соціальні проблеми пов'язані із захворюванням та погіршує загальний показник ЯЖ (табл. 2).

Таблиця 2

Показники якості життя за опитувальником SGRQ в балах у обстежених хворих ($M \pm SEM$; SD)

Шкала	Хворі на ХОЗЛ (n=27)	Хворі на ХОЗЛ та КВП (n=34)
Симптоми	55,1±6,4; 7,3 параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,649; негомогенний за Levene Plev=0,003; Pst=0,044;	67,1±7,2; 9,1 непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,006; Pmw=0,048;
Вплив	34,7±3,9; 5,7 непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,001; Pmw=0,048;	49,6±4,2; 6,1 параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,201; гомогенний за Levene Plev=0,256; Pst=0,046;
Активність	42,4±4,2; 3,1 непараметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,008; Pmw=0,038;	61,7±4,8; 5,4 параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,160; негомогенний за Levene Plev=0,0001; Pst=0,042;
Сума	37,2±3,1; 2,8 параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,108; гомогенний за Levene Plev=0,122; Pst=0,030;	58,3±6,7; 4,3 параметричний за Shapiro-Wilk Psw=0,275;

Примітки: M – середня, SEM – стандартна похибка; SD – стандартне відхилення, P_{mw} – різниця між групами за даними непараметричного еквіваленту до двохвибіркового t тесту Ст'юдента – тест Mann-Whitney (MW), P_{sw} – визначення типу розподілу варіабельності за тестом Shapiro-Wilks, P_{st} – різниця між групами за даними двохвибіркового t тесту Ст'юдента для двох незалежних вибірок, P_{lev} – показник гомогенності за тестом Levene.

Висновки:

1. При ХОЗЛ, асоційованого з супутніми серцево-судинними захворюваннями, відзначаються більш низькі показники якості життя в порівнянні з хворими без супутніх захворювань. Це може бути обумовлено більш інвалідизуючим перебігом захворювання, що призводить до виражених змін у функціональному і соціальному статусах під впливом поєднаної патології. Такі дані можуть вносити певні корективи у перебіг захворювання, ефективність лікування та реабілітаційних заходів у хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ та КВП, що слід враховувати при веденні даної категорії хворих.

2. Параметри ЯЖ, отримані за допомогою загального опитувальника SF-36 та спеціалізованого опитувальника SGRQ, слід використовувати як критерії оцінки стану хворих ХОЗЛ і ефективності проведених лікувально-реабілітаційних заходів.

Література

1. Бугаєнко В.В. Коморбідні стани: ішемічна хвороба серця та хронічне обструктивне захворювання легких / В.В. Бугаєнко // Здоров'я України. – 2014. – Темат. номер «Пulьмонологія. Алергологія. Риноларингологія». – № 1. – С. 26-28.
2. Гашинова К.Ю. Системні прояви та коморбідність у амбулаторних пацієнтів з ХОЗЛ / К.Ю. Гашинова // Укр. пульмонолог. журнал. – 2013. – № 2. – С. 41-45.

3. Христин Т.Н. Коморбідність хронічного обструктивного захворювання легких і ішемічної хвороби серця: особливості патогенезу і ведення хворих (обзор літератури і власні дані) / Т.Н. Христин, Е.Г. Шестакова, Я.М. Телеки [и др.] // Укр. терапевт. журнал. – 2013. – № 2. – С. 101-108.
4. Распутіна Л.В. Поєднаний перебіг хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії: взаємодія та високий ризик серцево-судинних ускладнень / Л.В. Распутіна // Астма та алергія. – 2014. – № 2. – С. 38-43.
5. Сучасні міжнародні рекомендації щодо лікування хронічного обструктивного захворювання легень згідно із Глобальною ініціативою з діагностики та лікування ХОЗЛ (GOLD) 2011 з доповненнями GOLD 2012 / Укр. терапевт. журнал. – 2014. – № 3-4. – С. 16-27.
6. Тодоріко Л.Д. Хронічне обструктивне захворювання легень при ішемічній хворобі серця та артеріальній гіпертензії / Л.Д. Тодорко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2013. – № 1. – С. 102-108.
7. Фещенко Ю.І. Актуальні питання хронічного обструктивного захворювання легких / Ю.І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2010. – № 1. – С. 6-11.
8. Фещенко Ю.І. Вплив порушень газообміну на параметри якості життя у пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень / Ю.І. Фещенко, Л. А. Яшина, С. Г. Опімах // Укр. мед. часопис. – 2014. – № 1 (99). – С. 140-144.
9. Чучалин А.Г. Качество жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких : можем ли мы ожидать большего? / А.Г. Чучалин, А.С. Белевский, С.И. Овчаренко, И.А. Королева // Пульмонология. – 2006. – № 5. – С. 19–27.
10. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / Е.И. Шмелев // Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 5-9.
11. Chatila W.M. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease / W.M. Chatila, B.M. Thomashow, O.A. Minai // Proc. Am. Thorac. Soc. – 2008. – Vol. 5. – P. 549-555.
12. Fabbri L.M. Complex chronic comorbidities of COPD / L.M. Fabbri, F. Luppi, B. Beghe [et al.] // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 31. – P. 204-212.
13. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010. – Available from : <http://www.goldcopd.org/>.

14. Kardos P. Primary care physician assessment of COPD severity : European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P.W. Jones, M.L. Levy, [et all.] // Eur.Resp. J. – 2010. – V. 36, Suppl. 54. – P. 4228.
15. World Health report. World Health Organization. – Available from : <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.

References

1. Bugaenko V.V. Komorbidnye sostoyaniya: ishemicheskaya bolezni' serdca i hronicheskoe obstruktivnoe zaboolevanie legkih / V.V. Bugaenko // Zdorov'ya Ukraini. – 2014. – Temat. nomer «Pul'monologiya. Alergologiya. Rinolaringologiya». – № 1. – S. 26-28.
2. Gashinova K.Yu. Sistemni proyavi ta komorbidnist' u ambulatornih pacientiv z HOZL / K.Yu. Gashinova // Ukr. pul'monolog. zhurnal. – 2013. – № 2. – S. 41-45.
3. Hristich T.N. Komorbidnost' hronicheskogo obstruktivnogo zaboolevaniya legkih i ishemicheskoy bolezni serdca: osobennosti patogeneza i vedeniya bol'nyh (obzor literatury i sobstvennye dannye) / T.N. Hristich, E.G. Shestakova, Ya.M. Teleki [i dr.] // Ukr. terapevt. zhurnal. – 2013. – № 2. – S. 101-108.
4. Rasputina L.V. Poednaniy perebig hronichnogo obstruktivnogo zahvoryuvannya legen' ta arterial'noi' gipertenzii: vzaimoobtyazhennya ta visokij rizik sercevo-sudinnih uskladnen' / L.V. Rasputina // Astma ta alergiya. – 2014. – № 2. – S. 38-43.
5. Suchasni mizhnarodni rekomendacii' schodo likuvannya hronichnogo obstruktivnogo zahvoryuvannya legen' zgidno iz Global'noy' iniciativoy' z diagnostiki ta likuvannya HOZL (GOLD) 2011 z dopovnennymi GOLD 2012 / Ukr. terapevt. zhurnal. – 2014. – № 3-4. – S. 16-27.
6. Todoriko L.D. Hronichne obstruktivne zahvoryuvannya legen' pri ishemichnij' hvorobi sercya ta arterial'nij' gipertenzii / L.D. Todoriko //

- Tuberkul'oz, legenevi hvorobi, VIL-infekciya. – 2013. – № 1. – S. 102-108.
7. Feschenko Yu.I. Aktual'nye voprosy hronicheskogo obstruktivnogo zaboolevaniya legkih / Yu.I. Feschenko // Ukrain's'kij pul'monologichnij zhurnal. – 2010. – № 1. – C. 6-11.
8. Feschenko Yu.I. Vpliv porushen' gazoobminu na parametri yakosti zhittya u pacientiv iz hronichnim obstruktivnim zahvoryuvannam legen' / Yu.I. Feschenko, L. A. Yashina, S. G. Opimah // Ukr. med. chasopis. – 2014. – № 1 (99). – S. 140-144.
9. Chuchalin A.G. Kachestvo zhizni u pacientov s hronicheskoy obstruktivnoj bolezni'yu legkih : mozhem li my ozhdat' bol'shego? / A.G. Chuchalin, A.C. Belevskij, C.I. Ovcharenko, I.A. Koroleva // Pul'monologiya. – 2006. – № 5. – C. 19-27.
10. Shmelev E.I. Hronicheskaya obstruktivnaya bolezni' legkih i soputstvuyuschie zaboolevaniya / E.I. Shmelev // Pul'monologiya. – 2007. – № 2. – C. 5-9.
11. Chatila W.M. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease / W.M. Chatila, B.M. Thomashow, O.A. Minai // Proc. Am. Thorac. Soc. – 2008. – Vol. 5. – P. 549-555.
12. Fabbri L.M. Complex chronic comorbidities of COPD / L.M. Fabbri, F. Luppi, B. Beghe [et all.] // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 31. – P. 204-212.
13. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010. – Available from : <http://www.goldcopd.org/>.
14. Kardos P. Primary care physician assessment of COPD severity : European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P.W. Jones, M.L. Levy, [et all.] // Eur.Resp. J. – 2010. – V. 36, Suppl. 54. – P. 4228.
15. World Health report. World Health Organization. – Available from : <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.

Реферат

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Приходько Н.П., Гопко А.Ф.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, качество жизни, кардиоваскулярная патология.

В статье представлены данные сравнительного анализа показателей качества жизни у пациентов с изолированным хроническим обструктивным заболеванием легких и в сочетании с кардиоваскулярной патологией. Качество жизни оценивалось у 61 пациента с ХОБЛ методом анкетирования с применением опросника SF-36 и специализированного респираторного опросника госпиталя святого Георгия – SGRQ. Проведенный анализ полученных результатов показал, что наличие сопутствующей кардиоваскулярной патологии ухудшает негативное влияние на качество жизни пациентов с ХОБЛ.

Summary

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND COMORBID CARDIOVASCULAR DISEASE

Prykhodko N.P., Hoptko A.F.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, cardiovascular disease.

The article presents a comparative analysis of the data referring to the quality of life in patients with single obstructive pulmonary disease and in combination with cardiovascular disease. Quality of life was assessed in 61 patients with COPD by using SF-36 questionnaire and specialized respiratory hospital of St. George - SGRQ. The analysis of the results showed that the presence of concomitant cardiovascular disease worsens negative impact on the quality of life of patients with COPD.