



Н.П. Масік

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Якість життя та ризик остеопорозу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень

Мета роботи — вивчення якості життя з визначенням ризику остеопорозу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи. Обстежено 696 хворих віком ($55,40 \pm 14,98$) року. Серед них були 391 чоловік, середній вік становив ($54,09 \pm 14,04$) року, та 305 жінок, середній вік яких дорівнював ($56,98 \pm 15,88$) року. Супутні захворювання діагностовано у 347 (49,86 %). Якість життя пацієнтів визначали за допомогою опитувальника SF-12 та EuroQol-5D. Оцінку чинників ризику остеопорозу проводили за допомогою хвилинного тесту (one-minute osteoporosis risk test), запропонованого Міжнародною асоціацією остеопорозу.

Результати та обговорення. Особливостями клінічної картини у пацієнтів було нашарування на клініку ХОЗЛ симптомів ураження опорно-рухового апарату (біль у хребті, суглобах, м'язах, зниження зросту, грудний кіфоз). Так, 46,80 % хворих на ХОЗЛ скаржилися на біль/дискомфорт, причому 19,15 % указували на виразний вертебральний біль. У хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ удвічі частіше спостерігаються обмеження фізичного статусу, погіршення стану загального здоров'я і соціальної активності. Зниження параметрів психічного статусу встановлено у 85,10 і 65,96 % осіб при I і II стадії, що може вказувати на брак адаптації до хвороби, і у 48,94 % хворих з IV стадією. Порушення фізичної активності діагностовано у 59,94 %, зміни психічного статусу — у 79,83 % хворих на ХОЗЛ із супутньою патологією. Використання хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу дає змогу виявляти пацієнтів зі структурно-функціональними порушеннями кісткової тканини.

Висновки. Хронічне обструктивне захворювання легень призводить до обмеження всіх складових нормального життя хворих, тобто знижується якість життя, інтенсивність і характер змін визначається особливостями клінічної симптоматики, ступенем бронхіальної обструкції, тривалістю і тяжкістю процесу, наявністю супутньої патології, віком і статтю пацієнтів. Наявність вертебрального больового синдрому у хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень свідчить про потребу в подальшому обстеженні.

Ключові слова

Хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, остеопороз, чинники ризику.

Клінічна практика підтверджує наявність у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) різноманітної позалегенової патології, патогенетичне обґрунтування розвитку якої не завжди однозначне щодо її зв'язку з ХОЗЛ, зокрема у хворих похилого і старечого віку, яким і так властива коморбідність [3]. Разом із тим розвиток позалегенових виявів ХОЗЛ, до

яких належать дисфункція м'язів скелета, втрата м'язової маси, кахексія, анемія, цукровий діабет, серцево-судинна патологія, синдром нічного апное, остеопороз тощо [23], сприяє прискореному старінню людини [20]. У зв'язку зі значним постарінням населення як у світі, так і в Україні гостро стала проблема остеопорозу (ОП) — захворювання, яке є мультифакторним ускладненням різноманітних гормональних, імунних і метаболічних порушень, вікових та гендерних змін гомеостазу людини [7, 32].

Головна відмінність ОП від інших захворювань опорно-рухового апарату — майже повна відсутність клінічних ознак аж до переломів кісток, що суттєво знижує якість життя (ЯЖ), сприяючи інвалідації та передчасній смерті [7, 16]. Тому важливо діагностувати ОП ще до перелому. Роль лікаря в ранній діагностиці ОП полягає у виявленні чинників, що зумовлюють зниження кісткової маси. У зв'язку з цим у всьому світі ведеться пошук діагностичних технологій, які б допомагали виявляти групи ризику щодо ОП та його ускладнень [30, 31].

Поєднання ХОЗЛ із іншими хворобами сприяє формуванню синдрому взаємного обтяження: зменшенню ефективності лікування, подовженню фази загострення, перешкоді формування повноцінної ремісії, латентному перебігу коморбідних станів та розвитку ускладнень [6, 24]. У цих умовах виявляється здатність хворого адаптуватися до симптомів хвороби [6]. Крім того, таким хворим властиві високі претензії до життя, внутрішня дисгармонія, песимізм, швидка втомлюваність, астенізація, зниження комунікації [1].

Позаяк визначення ступеня порушення життєдіяльності не має об'єктивних мірил, загальноприйнятним методом оцінки задоволення власним фізичним, психічним та соціальним станом (тобто власне життєдіяльністю) стала оцінка ЯЖ [9, 34]. Слід зазначити, що її структура базується на трьох основних компонентах: умовах життя, або об'єктивній, незалежній від самої людини стороні існування (природне, соціальне середовище); способі життя, тобто суб'єктивній, створюваній самою людиною стороною життя (дозвілля, духовність); задоволенні умовами та способом життя [11, 13]. Однак не варто забувати про такий важливий показник ЯЖ, як здатність адаптуватися до симптомів захворювання і відчувати себе комфортно в цій ситуації, що в умовах коморбідної патології в похилому і старечому віці набуває особливого значення [5].

Стає очевидним, що супутні хвороби при ХОЗЛ впливають на ЯЖ і виживання пацієнтів [21, 23]. Це стало підставою для вивчення ЯЖ з визначенням ризику остеопорозу у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи

Обстежено 696 хворих, госпіталізованих у зв'язку із загостренням ХОЗЛ. Середній вік пацієнтів становив $(55,40 \pm 14,98)$ року. Серед них були 391 чоловік, середній вік становив $(54,09 \pm 14,04)$ року, та 305 жінок, середній вік дорівнював $(56,98 \pm 15,88)$ року.

За віком хворих розподілено таким чином: до 44 років — 159 (22,84 %), 45–59 років — 267

(38,37 %), 60–74 роки — 189 (27,15 %), 75 років і старші — 81 (11,64 %).

За тяжкістю перебігу виділено чотири підгрупи пацієнтів: ХОЗЛ I стадії — 192 (27,58 %), II — 282 (40,52 %), III — 182 (26,15 %) та IV — 40 (5,75 %). Діагноз та стадію встановлено згідно з наказом № 128 від 19.04.2007 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».

За даними аналізу супутніх захворювань, найчастіше виявляли ішемічну хворобу серця — 191 хворий (27,44 %), на другому місці була гіпертонічна хвороба — 76 (10,92 %), на третьому хронічний гастрит та холецистит — 28 (4,55 %). Супутні захворювання були в фазі ремісії.

Для визначення адаптації пацієнта до хвороби і можливості виконання звичних функцій, пов'язаних із соціально-економічним становищем на роботі та в побуті, об'єктивізації й оцінки ефективності лікування використовують інтегральний показник «якість життя».

ЯЖ пацієнтів, а саме показники фізичного статусу (ФС) та психічного статусу (ПС), визначали за допомогою адаптованого опитувальника Medical Outcomes Study 12-Item Short Form health survey (Social Function (SF-12)) та EuroQuality of life (Європейський опитувальник ЯЖ — EuroQol-5D) [13] у вигляді розробленої нами анкети. Опитувальник SF-12 відповідає 10 умовам: простота, легкість сприйняття пацієнтом, широта аспектів ЯЖ, відповідність змісту методик реальним суспільним умовам, кількісна оцінка показників ЯЖ, відображення ЯЖ пацієнтів із однаковою ефективністю незалежно від віку, статі, професії та захворювання, однакова зручність використання методики для пацієнта і дослідника, її висока валідність (точність) і чутливість, кореляція результатів оцінки ЯЖ з результатами інших методів обстеження [2, 33].

EuroQol-5SD складається із двох частин: перша — візуальна аналогова шкала для глобальної оцінки, пов'язаної зі здоров'ям; друга відображає профіль життя. В опитувальнику відтворено такі п'ять сфер здоров'я: рухливість, самообслуговування, активність у повсякденному житті, біль і настрій. Для кожної сфери передбачено три рівні [2].

Для вивчення чинників ризику ОП Міжнародна асоціація остеопорозу (International Osteoporosis Foundation — IOF) запропонувала хвилинний тест (One-minute osteoporosis risk test) [17], що складається із 10 запитань (7 загальних, 2 — для жінок та 1 для чоловіків). Позитивну відповідь («так») оцінювали у 2 бали, негативну («ні») — 1 бал. Додатково вираховували загальну суму балів. Переклад

тесту подано на сайті IOF [<http://www.iofbonehealth.org/>]. Він дає змогу виявляти структурно-функціональні порушення кісткової тканини [17, 18].

Статистичну обробку результатів здійснювали на основі комп'ютерної програми Statistica 6.1.

Результати та обговорення

Під час порівняння даних у хворих залежно від стадії ХОЗЛ виявлено вірогідне зниження показників, що характеризують ФС. Так, лише у 44,45 % осіб з I стадією захворювання за більшістю шкал (фізична активність, роль фізичних проблем чи болю) не виявлено істотних змін. У решти хворих були обмеження в повсякденній діяльності через проблеми з фізичним здоров'ям чи больовими відчуттями. Такі порушення виявляли у 65,38 % пацієнтів із II стадією ХОЗЛ, у разі III — у 75,37 %, а за IV стадії діагностували в усіх 100 % хворих. Отже, у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ удвічі частіше бувають обмеження ФС, погіршення стану загального здоров'я і соціальної активності.

Під час оцінки ПС також виявлено негативний вплив на ЯЖ тяжкості хвороби, що підтверджувалося вірогідним зниженням показників у хворих з III і IV стадіями ХОЗЛ. За комплексної оцінки психологічного аспекту зниження параметрів ПС помічено у 41,67 % пацієнтів з I стадією ХОЗЛ, у 48,08% — з II, у 62,5 % — з III та у 75,2 % — з IV. За результатами відповіді на запитання, що характеризують суб'єктивну оцінку хворим власного стану, зумовленого виразністю клінічних виявів та ступенем тяжкості патології, виявилось, що найвищий рівень був у хворих на початкових етапах її формування (у 85,10 і 65,96 % при I і II стадіях), що може вказувати на брак адаптації до хвороби, а найнижчим — на завершальному етапі (у 48,94 % хворих з IV стадією). Ймовірно, саме на етапі формування патології пацієнти найтяжче сприймають зміни стану здоров'я, а при уже сформованій тяжкій бронхіальній обструкції та тривалому анамнезі хвороби дещо звикають до неї, тому й оцінюють власний стан оптимістичніше [9]. Ймовірно, що з прогресуванням процесу ставлення хворого до свого стану змінюється: відбувається адаптація до респіраторної симптоматики, обмеження фізичної активності, і більшою мірою його турбують психосоціальні наслідки (зниження ролі в суспільстві та ін.) [10].

Наявність супутньої патології є додатковим чинником зниження ЯЖ. Так, порушення ФС діагностовано у 59,94 %, зміни ПС — у 79,83 % хворих на ХОЗЛ із супутніми недугами. Емоцій-

ні розлади поряд із фізичними патологічними виявами зумовлюють зниження ЯЖ [1, 8, 13, 27], корелюють з тяжчим перебігом соматичного процесу та підвищують смертність [19].

Оцінка ЯЖ залежно від статі виявила зниження показників, що характеризують ФС, у 38,89 % чоловіків і у 29,78 % жінок, хворих на ХОЗЛ. Появу проблем у емоційній сфері зауважували 38,89 % чоловіків і 51,78 % жінок. Отримані результати свідчать про нижчу ЯЖ переважно за ФС у чоловіків, хворих на ХОЗЛ, порівняно із жінками з такою патологією. Різниця в показниках зумовлена не тільки статевими особливостями анатомо-фізіологічної будови організму хворих на ХОЗЛ, а й ставленням жінок і чоловіків до власного здоров'я.

Вікова різниця показників ФС і ПС свідчить про наростання пригнічення фізичної активності та соціальної дезадаптації з віком. Так, зниження ФС ЯЖ зауважили 30,77 % молодих і 32,89 % зрілих осіб, 52,75 % людей похилого і 71,43 % старечого віку. Порушення ПС виявлено у 49,45 % молодих і 40,01 % зрілих осіб, у 45,38 % людей похилого і 55,56 % старечого віку. Прогресивне зниження показників ЯЖ (як ФС, так і ПС) з віком обмежує соціальну активність хворих на ХОЗЛ, сприяє зниженню життєздатності. Це призводить до появи відчуття неспокою, зростання залежності від інших людей, низки інших психологічних та соціальних проблем [6]. Слід зазначити, що зміна психосоціального статусу хворого на ХОЗЛ і малорухливий спосіб життя зумовлюють детренованість, яка сама по собі сприяє зниженню сили й витривалості скелетних м'язів [21]. Важливу роль відіграють також метаболічні порушення, зокрема дисфункція скелетних м'язів і ОП [22, 25]. Ці процеси є важливою складовою хибного кола в патогенезі системного компонента при ХОЗЛ.

Використання хвилинного тесту оцінки ризику ОП дає змогу виявляти пацієнтів зі структурно-функціональними порушеннями кісткової тканини. Беручи за основу результати дослідження [4], серед запитань тесту найвищу та вірогідну інформативність у хворих на ХОЗЛ у нашому дослідженні мали такі: № 1 — чи мав хтось із ваших родичів діагноз «остеопороз» або «перелом стегнової кістки» після мінімального удару чи падіння? («Так» відповіли 21,74 % обстежених, з них 25,0 % чоловіків та 20,0 % жінок); № 2 — наявність низькоенергетичних переломів у пацієнта (2,91 % осіб, із них 5,0 % жінок та 3,45 % чоловіків); № 3 — чи приймає ви ГКС понад три місяці? (10,14 %, із них 3,45 % чоловіків та 15,0 % жінок); № 4 — зменшення зросту на понад 3 см (24,64 %, з них 30,0 % жінок

та 17,24 % чоловіків); № 6 — чи викурюєте понад 20 цигарок на день? (33,34 %, з них 10,0 % жінок та 65,52 % чоловіків). Таким чином, на цьому етапі дослідження підтверджується інформативність кількох запитань щодо виявлення груп ризику ОП у хворих на ХОЗЛ, а саме № 1, 4 та 6. Це можна пояснити також і віковими змінами структурно-функціонального стану кісткової тканини, адже ХОЗЛ — захворювання другої половини життя, і вікові зміни не можуть не впливати на його перебіг.

Структурні зміни у процесі старіння складаються з деформації хребта та грудної клітки, зниження податливості дихальних шляхів, збільшення роботи дихання [22], що значно підвищує ризик розвитку переломів, які можуть статися після мінімальної травми. За даними літератури, дегенеративно-дистрофічні зміни хребта, а також ОП й спричинені ним деформаційні зміни тіл хребців з віком призводять до зменшення зросту [4, 30, 31]. З огляду на цей факт ми визначали різницю антропометричних показників залежно від віку і статі хворих на ХОЗЛ. Так, за масою тіла виявлено вірогідну різницю у жінок порівняно з чоловіками ($p < 0,001$), вірогідно більший індекс маси тіла (ІМТ) у жінок ($p < 0,001$), значення якого зумовлено меншим зростом та збільшенням маси тіла.

Аналіз результатів антропометричних показників різних вікових груп виявив вірогідну різницю маси тіла ($p < 0,01$) та значень ІМТ ($p < 0,001$) у пацієнтів старших вікових груп (60–74 і 75–85) порівняно з молодими (до 45 років). Встановлено збільшення маси тіла цих пацієнтів і зменшення їхнього зросту, що може бути спричинено дегенеративно-дистрофічними змінами хребта, зокрема ОП, тривалий перебіг якого призводить до формування хронічного больового синдрому [28], зменшення функціональних можливостей [29] і зниження тривалості життя [15].

У основі формування больового синдрому при ОП лежать різноманітні патологічні процеси в кістковій тканині, м'язах, зв'язково-сухожильному апараті й інших компонентах опорно-рухової системи [16]. Низка симптомів дисфункції нервової системи є виявом порушення мінерального та гормонального обміну, завжди супроводжує розвиток і перебіг ОП [12]. Одним із провідних початкових симптомів ОП є біль у спині. Хронічний больовий синдром сприяє підвищеній дратівливості, схвильованості й навіть розвитку депресії, харчовим розладам та зміні маси тіла, погіршенню ЯЖ. У зв'язку з наведеним вище особливої уваги потребує оцінка одного із показників фізичного статусу ЯЖ — болю. Він належить до характерних ознак ХОЗЛ, тому його

наявність та інтенсивність можуть вказувати на розвиток ускладнень чи коморбідності. При цьому хронічний стрес тривалого захворювання спричинює тривожність і депресію, знижує поріг болю й тим самим негативно позначається на больовому сприйнятті [14].

Особливостями клінічної картини у пацієнтів було нашарування на клініку ХОЗЛ симптомів ураження опорно-рухового апарату (біль у хребті, суглобах, м'язах, зниження зросту, грудний кіфоз). У нашому дослідженні 46,80 % хворих на ХОЗЛ скаржилися на біль/дискомфорт, причому 19,15 % вказували на виразний біль. У віковому аспекті найбільша кількість пацієнтів (100 %), які відчували біль, перебувала у групі, старшій за 75 років. Цей симптом виявляли у 84,61 % хворих похилого віку, тоді як лише у 38,46 % молодих. Аналіз інтенсивності болю та больових відчуттів засвідчив пряму залежність від стадії хвороби. Так, вказували на больові відчуття 44,45 % пацієнтів із I стадією ХОЗЛ, 50,0 % — із II, 57,69 % — із III і 96,50 % — із IV. На нашу думку, факт переважання вертебрального больового синдрому у пацієнтів похилого і старечого віку вказує на наявність у них остеоденфіциту [26].

Таким чином, ХОЗЛ у хворих призводить до обмеження всіх складових нормального життя людини, тобто знижується ЯЖ. Інтенсивність і характер змін залежить від особливостей клінічної симптоматики, ступеня бронхіальної обструкції, тривалості й тяжкості захворювання, наявності супутньої патології, віку і статі пацієнтів. У хворих із тяжким перебігом ХОЗЛ частіше спостерігаються обмеження фізичної активності, погіршення стану загального здоров'я і соціальної активності. При ХОЗЛ ЯЖ знижується в міру прогресування патологічного процесу, обмеження фізичної і соціальної активності. З прогресуванням процесу відбувається адаптація до респіраторної симптоматики і обмеження фізичної активності, що зумовлює малорухливий спосіб життя, розвиток метаболічних порушень, зокрема дисфункцію скелетних м'язів і ОП. Оскільки вертебральний больовий синдром найчастіше стає одним із перших клінічних ознак ОП, то у більшості випадків пацієнт потребує подальшого обстеження, зокрема визначення мінеральної щільності кісткової тканини.

Висновки

1. Інтенсивність і характер змін якості життя пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень визначається тяжкістю патології і віком людини. Так, порушення фізичного статусу спостерігали у 55,55 % осіб із I стадією, у 65,38 % — з II, у 75,37 % — з III і у 100 % — з

IV стадією захворювання. Зниження параметрів психологічного аспекту зауважили у 41,67 % хворих з I стадією, у 48,08 % — з II, у 62,5 % — з III і у 75,2 % з IV стадією хронічного обструктивного захворювання легень. З віком прогресивно знижуються як фізичні, так і психічні показники якості життя (у 45,38 % людей похилого і 55,56 % старечого віку). Супутня патологія є додатковим чинником зниження параметрів якості життя.

2. Клінічний перебіг хронічного обструктивного захворювання легень на тлі системних порушень кісткового метаболізму супроводжується ознаками вертебрального більового синдрому, який виявлено у 46,80 % хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (у 84,61 % хворих похилого віку і 96,50 % з IV стадією).

3. Найвищу та вірогідну інформативність щодо виявлення груп ризику остеопорозу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень мали запитання № 1 (чи мав хтось із ваших родичів діагноз «остеопороз» або «перелом стегнової кістки» після мінімального удару чи падіння?), № 4 (зменшення зросту пацієнта на понад 3 см) та № 6 (чи викурюєте понад 20 цигарок на день?) хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу. Пацієнтам з названими чинниками ризику показано остеометричне дослідження.

Перспективи подальших досліджень. Зниження показників фізичного і психосоціального статусу якості життя при ХОЗЛ вимагає проведення подальших клінічних досліджень залежно від характеру супутньої патології.

Список літератури

1. Бабінець Л.С., Квасніцька О.С., Криський О.І. та ін. Супутнє хронічне обструктивне захворювання легень як предиктор ускладненого перебігу та зниження якості життя при хронічному панкреатиті // Буковинський медичний вісник.— 2011.— Т. 15, № 3 (59).— С. 153–156.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой.— М.: Антидор, 2002.— 440 с.
3. Дворецкий Л.И. Ведение пожилого больного ХОБЛ.— М.: Литтерра, 2005.— 216 с.
4. Дзерович Н.І. Остеопороз хребта та його клінічні прояви у жінок різного віку: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.21 / Дзерович Наталя Іванівна; ДУ «Інститут патології хребта та суглобів імені професора М.І. Ситенка АМН України».— Харків, 2009.— 19 с.
5. Дзюблик О.Я., Недлінська Н.М., Капітан Г.Б. та ін. Ефективність арбідолу в профілактиці інфекційного загострення // Укр. пульмонолог. журн.— 2008.— № 2.— С. 13–16.
6. Желзнякова Н.М. Оцінка якості життя у пацієнтів із поєднаним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень і хронічного панкреатиту // Вісн. ХНУ імені В.Н. Каразіна.— 2012.— № 998.— С. 29–33.
7. Казимирко В.К., Коваленко В.Н., Мальцев В.И. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение.— 3-е изд., стереотип.— К.: МОРИОН, 2007.— 160 с.
8. Кирилюк К.В. Роль изучения качества жизни для оценки влияния психосоматических факторов при хронической обструктивной болезни легких // Сиб. мед. журн.— 2008.— № 5.— С. 67–69.
9. Конопкіна Л.І. Якість життя як самостійна характеристика особливостей перебігу хронічного обструктивного захворювання легень // Вестн. неотложной и восстановительной мед.— 2012.— Т. 13, № 3.— С. 446–450.
10. Костюк І.Ф., Полищук В.Т., Брыкалин В.П., Калмыков А.А. Оценка качества жизни у больных профессионально обусловленной хронической обструктивной болезнью легких // Укр. тер. журн.— 2009.— № 1.— С. 54–58.
11. Кривенко В.І., Грінченко Т.Ю., Качан І.С. Якість життя як ефективний об'єктивний критерій діагностики та лікування у сучасній медицині // Запорожский мед. журн.— 2011.— Т. 13, № 6.— С. 91–96.
12. Луцький І.С., Євтушенко С.К., Чуков А.Б. та ін. Неврологічні аспекти остеопорозу // Медицина залізничного транспорту України.— 2002.— № 4.— С. 77–80.
13. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине: 2-е изд./ Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.— М.: ЗАО «ОЛМА Медиа- Групп», 2007.— 320 с.
14. Палій І.Г., Зайка С.В., Вихристюк Г.І. Стрес як фактор виникнення розповсюджених терапевтичних захворювань та шляхи його оптимальної корекції // Ліки України.— 2009.— № 7 (133).— С. 65–70.
15. Поворознюк В.В., Григорьева Н.В. Болевой синдром при остеопорозе и методы его коррекции [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16190>.
16. Поворознюк В.В., Григорьева Н.В. Менопауза и костно-мышечная система.— К., 2004.— 512 с.
17. Поворознюк В.В., Дзерович Н.І. Використання хвилинного тесту оцінки факторів ризику остеопорозу в українських жінок у постменопаузальному періоді [Електронний ресурс] // Новости медицины и фармации.— 2008.— № 3 (234).— Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4453>.
18. Поворознюк В.В., Дзерович Н.І., Карасевська Т.А. Оцінка валідності хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу міжнародної асоціації остеопорозу (IOF) у жінок у постменопаузальному періоді // Пробл. остеол.— 2006.— Т. 9. Додаток.— С. 95–96.
19. Сидорчук Л.П., Дроздовська Г.В., Никифорчук Г.М., Юрку Д.В. Якість життя і тривожність хворих на есенціальну гіпертензію, зміни під впливом лікування // Одеський мед. журн.— 2007.— № 2.— С. 43–47.
20. Тодоріко Л.Д. Епідеміологія, механізми розвитку поліморбідності патології при хронічних обструктивних захворюваннях легень в осіб літнього та старечого віку // Клін. та експерт. патол.— 2008.— Т. 7, № 1.— С. 137–143.
21. Христин Т.М., Телекі Я.М., Марунчик С.Л., Мацкуляк Н.Г. Якість життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом // Зб. наук. праць НМАПО ім. П.Л. Шупика.— Вип. 18.— Кн. 2.— К., 2009.— С. 129–133.
22. Яшина Л.О., Полянська М.О., Іщук С.Г., Джавад І.В. Оцінка функції дихальної мускулатури та нейрореспіраторного драйву у хворих на ХОЗЛ з тяжким перебігом // Укр. пульмонолог. журн.— 2008.— № 3. Додаток.— С. 247.
23. Barnes P.J., Celli B.R. Systemic manifestation and comorbidities of COPD // Eur. Respir. J.— 2009.— Vol. 35, N 5.— S. 1165–1185.
24. Barr R.G., Bluemke D.A., Ahmed F.S. et al. Percent emphysema, airflow obstruction, and impaired left ventricular filling // N. Engl. J. Med.— 2010.— Vol. 362.— P. 217–227.
25. Chlif M. et al. Noninvasive assessment of the tension-time index of inspiratory muscles at rest in obese male subjects // Int. J. Obes. (Lond).— 2005.— Vol. 29.— P. 1478–1483.
26. Coole C., Watson P.J., Drummond A. Low back pain patients'

- experiences of work modifications; a qualitative study // BMC Musculoskelet Disord.— 2010.— Vol. 11.— P. 277.
27. Garrido P.C., Diez J.M., Gutierrez J.R. et al. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study // Health and Quality of Life Outcomes.— 2006.— N 4.— P. 126–128.
 28. Harms M.C., Peers Ch.E., Chase D. Low back pain: what determines functional outcome at six months? An observational study // BMC Musculoskelet Disord.— 2010.— Vol. 11.— P. 236.
 29. Janwantanakul P., Pensri P., Moolkay P., Jiamjarasrangi W. Development of a risk score for low back pain in office workers—a cross-sectional study // BMC Musculoskelet. Disord.— 2011.— P. 97–102.
 30. Kanis J.A., Burlet N., Cooper C. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women // Osteoporos. Int.— 2008.— Vol. 19.— P. 399–428.
 31. Kanis J.A., McCloskey E.V., Johansson H. et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women // Osteoporos. Int.— 2013.— Vol. 24.— P. 23–57.
 32. Licato A. Osteoporosis in men: suspect secondary disease first Cleveland Clin // J. Med.— 2008.— Vol. 70, N 3.— P. 247–254.
 33. Ni H., Nauman D.J., Burgess D. Comparison of SF-12 and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire regarding their sensitivities to the effect of program interventions on restoring quality of life [abstract 212] // Heart Failure Soc.— 1998.— Vol. 212.— P. 13–16.
 34. Sanjuas C., Ferrer M. Adaptation of the Asthma Quality of Life Questionnaire to a second language preserves its critical properties: the Spanish version // J. Clin. Epidemiol.— 2001.— Vol. 54, N 2.— P. 182–189.

Н.П. Масик

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Качество жизни и риск остеопороза у больных хроническим обструктивным заболеванием легких

Цель работы — изучение качества жизни с определением риска остеопороза у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы. Обследовано 696 больных в возрасте ($55,40 \pm 14,98$) года. Среди них были 391 мужчина, средний возраст составил ($54,09 \pm 14,04$) года, и 305 женщин, средний возраст равнялся ($56,98 \pm 15,88$) года. Сопутствующие заболевания диагностированы у 347 (49,86 %). Качество жизни определяли с помощью опросника SF-12 и EuroQol-5D. Оценку факторов риска остеопороза проводили с помощью минутного теста (one-minute osteoporosis risk test), предложенного Международной ассоциацией остеопороза.

Результаты и обсуждение. Особенности клинической картины у пациентов было наслоение на клинику ХОЗЛ симптомов поражения опорно-двигательного аппарата (боль в позвоночнике, суставах, мышцах, снижение роста, грудной кифоз). Так, 46,80 % больных отмечали боль/дискомфорт, причем 19,15 % указывали на выраженную вертебральную боль. У больных с тяжелым течением ХОЗЛ вдвое чаще встречаются снижение физического статуса, ухудшение состояния общего здоровья и социальной активности. Снижение параметров психического статуса установлено у 85,10 и 65,96 % лиц при I и II стадии, что может указывать на отсутствие адаптации к болезни, и у 48,94 % больных IV стадии. Нарушение физической активности диагностировано у 59,94 %, изменения психического статуса — у 79,83 % больных ХОЗЛ с сопутствующей патологией. Использование минутного теста оценки риска остеопороза дает возможность обнаруживать пациентов со структурно-функциональными нарушениями костной ткани.

Выводы. Хроническое обструктивное заболевание легких приводит к ограничению всех составляющих нормальной жизни больных, то есть снижается качество жизни, интенсивность и характер изменений определяется особенностями клинической симптоматики, степенью бронхиальной обструкции, длительностью и тяжестью процесса, наличием сопутствующей патологии, возрастом и полом пациентов. Наличие вертебрального болевого синдрома у больных хроническим обструктивным заболеванием легких требует дальнейшего обследования.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, качество жизни, остеопороз, факторы риска.

N.P. Masik

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Quality of life and the risk of osteoporosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Objective — to study the quality of life in patients with COPD with the definition of the risk of osteoporosis.

Materials and methods. A total of 696 patients with age (55.40 ± 14.98) years. There were 391 men mean age 54.09 ± 14.04 years and 305 women mean age 56.98 ± 15.88 . Comorbidities were diagnosed in 347 (49.86 %) patients. Quality of life was measured using a questionnaires SF-12 and EuroQol-5D. Assessment of risk factors for osteoporosis was performed using minute test (one — minute osteoporosis risk test), proposed by the International Association of osteoporosis.

Results and discussion. Clinical characteristics of patients were association of symptoms COPD and signs of lesions of the musculoskeletal system (pain in the spine, joints, muscles, reducing growth, thoracic kyphosis). Thus, 46.80 % of patients with COPD noted pain/discomfort, and 19.15 % of the patients indicated a pronounced vertebral pain. In patients with severe COPD stage twofold as to be found to reducing of the physical status, decline of general health and social activity. Reduction of mental status was noted in 85.10 % COPD patients on first stage, 65.96 % patients on second stage, which might indicate a lack of adaptation to the disease, and in 48.94 % of patients on fourth stage. Disorders of physical activity was diagnosed in 59.94 %, altered mental status — in 79.83 % of COPD patients with comorbidities. Using minute test for osteoporosis risk assessment give us opportunity to detect patients with structural and functional disorders of bone tissue.

Conclusions. COPD leads to a limitation of all components of the normal life of patients namely reduction of life quality, the intensity of the changes is determined by the clinical symptoms, the degree of bronchial obstruction, duration and severity of illness, presence of comorbidities, age and sex of the patients. Existence of vertebral pain syndrome in patients with COPD requires further examination of the patient.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), quality of life, osteoporosis, risk factors.

Контактна інформація:

Масік Надія Прокопівна, д. мед. н., доц. кафедри внутрішньої медицини № 2
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. Тел. (0432) 26-80-09
E-mail: masikoi@i.ua

Стаття надійшла до редакції 26 січня 2015 р.