

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА  
ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ  
ЛЕГЕНЬ, СПОЛУЧЕНЕ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ  
СТЕАТОГЕПАТИТОМ**

**К.М. Лебедь**

*ДЗ "Луганський державний медичний університет"*

**Вступ**

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на сучасному етапі є однією з важливих проблем охорони здоров'я, тому що асоціюється з неухильним зростанням захворюваності, поширеності, інвалідності та смертності. Поширеність ХОЗЛ у загальній популяції складає близько 1 % і збільшується з віком, досягаючи 10 % серед людей 40 років і старших. Пізня діагностика і неадекватність лікування призводять до втрати працевдатності та ранньої інвалідизації. Через 10 років кожен четвертий хворий ХОЗЛ стає інвалідом [30]. У той же час розповсюженість неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) серед населення України, за деякими даними, складає 25-30 чоловік на 100 тис. населення. За останні 30-40 років кількість хворих на НАСГ збільшилась удвічі, первинна інвалідизація досягла 15 % [3, 10]. Дослідження низки авторів свідчать про те, що в 70-90 % випадків захворювання шлунково-кишкового тракту поєднуються між собою або супроводжуються захворюваннями інших органів і систем не в останню чергу це стосується легеневої патології [8]. Останніми роками все більша увага дослідників приділяється вивченю поєднання ХОЗЛ із гастроентерологічними захворюваннями. Поєднаний перебіг цих нозологій трапляється у 8-50 % випадків [3, 6]. Різні автори описують зміни функції печінки, розвиток виразкової хвороби, хронічного гастриту. Супутні захворювання при ХОЗЛ можуть бути зумовлені хронічною інфекцією, сенсибілізацією, змінами газового складу крові, порушенням мікроциркуляції.

У свою чергу, захворювання органів травлення негативно впливають на перебіг патологічного процесу в легенях.

Важливе значення мають не тільки діагностичні тести, але й оцінка якості життя хворого (ЯЖ). Критерії ЯЖ використовують для визначення ефективності лікування в медичних програмах, для виявлення переваг методу лікування при рівноцінних ефектах як медикаментозних терапевтичних впливів, так і хірургічних втручань [4].

До так званих системних ефектів при ХОЗЛ відносять: зниження харчового статусу, дисфункцію скелетних м'язів, остеопороз, анемію та серцево-судинні ефекти, в основі яких лежать гіпоксемія, тютюнокуріння, малорухливий спосіб життя та системне запалення [4, 9]. Крім того, усім хворим на ХОЗЛ властиві високі претензії до життя, внутрішня дисгармонія, пессимізм, швидка втомлюваність, астенізація, зниження комунікації.

У літературі трапляються дані про дослідження якості життя у хворих на ХОЗЛ та НАСГ за опитувальниками MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, Gastrointestinal Symptom Rating Scale, Melsac Pain Scale, Pain Treatment Responsivity Scale, St. George's Respiratory Questionnaire та ін. [5]. На сьогоднішній день недостатньо висвітленими залишаються питання поєднаного перебігу ХОЗЛ і НАСГ, зокрема впливу НАСГ на клінічний перебіг та якість життя при ХОЗЛ.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота проводилася відповідно з основним планом науково-дослідної роботи (НДР) ДЗ "Луганський державний медичний університет" і була фрагментом НДР "Клініко-патогенетичні механізми у хворих із ХОЗЛ у поєднанні з НАСГ" (№ госрегистрації 0106U020961).

**Метою** дослідження було проаналізувати якість життя хворих на ХОЗЛ залежно від наявності супутнього НАСГ.

### **Матеріали і методи дослідження**

Обстежено 34 амбулаторних хворих на ХОЗЛ у фазі стійкої або нестійкої ремісії у поєднанні із НАСГ у фазі ремісії та 34 амбулаторних пацієнти з ХОЗЛ без супутньої патології. Вік хворих - 35-80 років, середній вік -  $56,18 \pm 1,33$ . Серед пацієнтів

-24 жінок (35,2 %) і 44 чоловіків (64,8 %). Серед обстежених пацієнтів із ХОЗЛ I ст. діагностовано в 25 осіб (36,8 %), ХОЗЛ II ст. - у 43 (63,2 %). Контрольну групу склали 27 здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю, які пройшли поліклінічний медичний огляд. Середній вік обстежених із ХОЗЛ I ст. -  $51,21 \pm 2,21$ , із ХОЗЛ II ст. -  $60,36 \pm 1,53$  року. Діагнози ХОЗЛ і НАСГ верифікували згідно із загальноприйнятими критеріями. Тривалість захворювань - від 2 до 25 років, поєднання захворювань - від 1 до 13 років.

Вивчення ЯЖ проводили за допомогою загального опитувальника SF-36. Опитувальник SF-36 складається із 36 запитань, згрупованих у 8 шкал. Показники кожної шкали варіюють від 0 до 100 балів, де максимум відповідає повному здоров'ю. Усі шкали формують два показники: фізичне і психологічне здоров'я. Кількісно оцінювались наступні показники:

- 1) фізичне функціонування (ФФ), що відображає ступінь, в якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (ходьба, підйом сходами і т.д.);
- 2) рольове функціонування (РФ), зумовлене фізичним станом, тобто вплив фізичного стану на повсякденну діяльність (робота, повсякденні обов'язки);
- 3) інтенсивність болю та бальових відчуттів (Б);
- 4) загальний стан здоров'я (ЗЗ) - оцінка пацієнтом свого стану здоров'я в теперішній час і перспектива лікування;
- 5) життєва активність (Ж);
- 6) соціальне функціонування (СФ); 7)

рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (шкала передбачає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності) (РЕФ); 8) психічне здоров'я (ПЗ) - характеризує настрій, наявність депресій, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Перші чотири шкали відображають фізичний компонент здоров'я, решта чотири - психологічний. Крім того, ЯЖ, пов'язану зі здоров'ям, оцінювали за допомогою Європейського опитувальника ЯЖ EQ-5D, який включає візуальну аналогову шкалу (ВАШ) EQ-5D та індекс EQ-5D. ВАШ - рейтингова

шкала від 0 до 10 см, які пацієнт представляє як 0-100% (0% - смерть / найгірший стан здоров'я; 100% - найкращій стан здоров'я). Індекс EQ-5D - опитувальник, який складається з 5 категорій (можливість переміщуватись, самодопомога, буденна активність, біль / дискомфорт і депресія). Для кожної категорії пацієнт обирає одно з трьох станів здоров'я, після чого підраховується число / процент пацієнтів, обравши кожний стан.

Статистичне опрацювання показників проводили методом варіаційної статистики Fisher-Student з визначенням середнього арифметичного ( $M$ ), середньоквадратичного відхилення ( $q$ ), похибку середньоарифметичного ( $m$ ). Середні величини представлени як  $M \pm m$ . Для порівняння двох незалежних вибірок застосовували непарний  $t$  тест Стьюдента, який входить до складу додаткового пакета аналізу даних програми Microsoft Excel 2007. При цьому застосовувалася формула для апроксимації числа ступенів свободи. Результати вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

### **Отримані результати та їх обговорення**

У результаті обробки анкет опитувальника SF-36 виявлено достовірне зниження показників усіх шкал, які характеризують як фізичний компонент здоров'я, так і психічний, стосовно групи контролю як у групі хворих з ХОЗЛ так і в групі хворих на ХОЗЛ у поєднанні за НАСГ. Найбільш зниженими виявилися показники, що характеризують фізичний компонент здоров'я ( $p < 0,05$ ). При порівнянні отриманих показників у хворих на ХОЗЛ залежно від стадії виявлено достовірне зниження показників, що характеризують фізичний компонент здоров'я в групі осіб із ХОЗЛ II стадії стосовно пацієнтів із ХОЗЛ I ст. При порівнянні даних отриманих у групах хворих на ХОЗЛ та у групі хворих на ХОЗЛ з супутнім НАСГ була виявлена достовірна різниця за шкалами ФФ ( $37,44 \pm 1,02$  проти  $32,62 \pm 1,07$ ,  $p < 0,05$ ) та ЗЗ ( $43,22 \pm 0,62$  проти  $37,48 \pm 0,93$ ,  $p < 0,05$ ). Показник Б ( $31,94 \pm 0,63$  проти  $29,14 \pm 0,56$ ) та параметри психічного здоров'я - Ж ( $47,14 \pm 0,88$  проти  $46,01 \pm 0,91$ ), РЕФ ( $43,33 \pm 1,32$  проти  $44,27 \pm 0,94$ ), РФФ ( $24,32 \pm 0,59$  проти  $25,11 \pm 0,43$ ,  $p < 0,05$ ) та ПЗ ( $43,75 \pm 0,73$  проти  $44,27 \pm 0,76$ ) достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$  у всіх випадках).

Результати оцінки стану здоров'я пацієнтів із використанням Європейського оціночного опитувальника EQ-5D. Отримані результати продемонстрували вплив супутнього НАСГ на якість життя хворих на ХОЗЛ у 1-й групі у зіставлені з 2-ю групою (хворі на ХОЗЛ без супутнього НАСГ) щодо емоційного стану тривоги/депресії ( $p<0,005$ ), тенденцію до погіршення проблем із можливості виконання звичайної повсякденної діяльності ( $p=0,06$ ) та збільшення відчуття болю/дискомфорту ( $p<0,05$ ), в той час як змін щодо рухливості і змін щодо проблем по догляду за собою не відбулося. Якість життя пацієнтів з першої групи (хворі на ХОЗЛ з супутнім НАСГ) та другої групи (хворі на ХОЗЛ без супутнього НАСГ) при зіставленні з групою порівняння суттєво відрізнялась за всіма шкалами ( $p<0,005$ ).

### **Висновки**

1. При оцінці якості життя за допомогою опитувальника SF-36 та EQ-5D наявність супутнього неалкогольного стеатогепатита знижує показники якості життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень переважно за фізичним компонентом.
2. Рівень показників якості життя при хронічному обструктивному захворюванні легень знижується із поглибленим стадією хронічного обструктивного захворювання легень.
3. У перспективі подальших досліджень вважаємо за доцільне вивчення впливу неалкогольного стеатогепатита на кількість та важкість загострень хронічного обструктивного захворювання легень.

### **Література**

1. Авдеев С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание / С.Н.Авдеев // Пульмонология. - 2007. - № 2. - С. 38-100.
2. Маев И.В. Состояние органов пищеварения при хроническом бронхите, бронхиальной астме и эмфиземе легких / И.В.Маев, Л.П.Воробьев, Г.А.Бусарова // Пульмонология. - 2002. - № 4. - С. 85-92.
4. Macіk H.P. Етіопатогенетичні механізми полісистемних порушень у хворих на хронічні обструктивні захворювання / H.P. Macіk, I.V. Maev, L.P. Vorobjev, G.A. Busarova // Пульмонология. - 2007. - № 2. - С. 38-100.
4. Macіk H.P. Етіопатогенетичні механізми полісистемних порушень у хворих на хронічні обструктивні захворювання / H.P. Macіk, I.V. Maev, L.P. Vorobjev, G.A. Busarova // Пульмонология. - 2007. - № 2. - С. 38-100.

вання легень / Н.П.Масік // Укр. терапевт. журнал. - 2007. - № 4. - С. 118-123.

5. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Новик А.А. - [2-е изд.]. - М., 2006. - 246 с.

6. Brunt, E.M. Nonalcoholic steatohepatitis: A proposal for grading and staging the histological lesions / E.M. Brunt, C.G. Janney, A.M. Di Bisceglie [et al.] // Am. J. Gastroenterol. - 1999. - Vol. 94. - P. 2467-2477.

7. Diehl, A.M. Cytokines and the patogenesis of non-alcoholic steatohepatitis / A.M. Diehl, Z.P. Li, H.Z. Lin, S.Q. Yang // Gut. - 2005. - Vol.54. -P. 303-306.

### **Резюме**

**Лебідь К. М.** Оцінка якості життя пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легенів в поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом.

Проаналізована якість життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легенів в поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом. Встановлено зниження показників якості життя переважно по фізичному компоненту здоров'я.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легенів, неалкогольний стеатогепатит, якість життя.

### **Резюме**

**Лебедь К. Н.** Оценка качества жизни пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с неалкогольным стеатогепатитом.

Проанализировано качество жизни у больных хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с неалкогольным стеатогепатитом. Установлено снижение показателей качества жизни преимущественно по физическому компоненту здоровья.

**Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание легких, неалкогольный стеатогепатит, качество жизни.

### **Summary**

**Lebed K.N.** Assesment of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease combined with nonalcoholic stethohepatitis.

The quality of life was analysed in patients with chronic obstructive pulmonary disease in combination with nonalcoholic steatohepatitis. Decline of the indices of the quality of life mainly based on the physical component of health have been primarily established.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, nonalcoholic steatohepatitis, quality of life.

**Рецензент: д.мед.н., проф.Ю.М.Колчин**