© А.І. Францух-Яцола, М.І. Товт-Коршинська, О.С. Блага, М.В. Ростока-Резнікова, 2015

УДК 616.24: 613.25:616.43:159.9

А.І. ФРАНЦУХ-ЯЦОЛА, М.І. ТОВТ-КОРШИНСЬКА, О.С. БЛАГА, М.В. РОСТОКА-РЕЗНІКОВА
Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, Ужгород

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З ОЖИРІННЯМ ТА НОРМАЛЬНОЮ МАСОЮ ТІЛА

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) групи А і В з легким та помірним ступенями бронхообструкції виявлене зниження показників якості життя за допомогою опитувальника MOS SF-36 незалежно від маси тіла, при цьому у хворих з ожирінням ці зміни були більш виражені (знижені показники обмеження фізичної активності та повсякденного функціонування у зв'язку з поганим емоційним станом). Незалежно від маси тіла, у хворих на ХОЗЛ виявлені нормальні показники суб'єктивного сприйняття власного здоров'я, що вказує на недооцінку ними серйозності свого захворювання.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, ожиріння

Вступ. На сьогоднішній день все більше уваги привертає дослідження показників якості життя (ЯЖ), що зумовлено залежністю між фізичними та психологічними проявами захворювання та значенням соціальних та психологічних факторів у виникненні, перебігу та лікуванні різноманітних соматичних розладів [1, 2, 3, 6].

ЯЖ, пов'язана зі здоров'ям, розглядається як інтегральна характеристика фізичного, психічного та соціального функціонування здорової та хворої людини, зумовлена його суб'єктивним сприйняттям [3, 6]. Увага до ЯЖ як основного критерію ефективності лікувально-відновних заходів є результатом гуманізації лікарської практики. Дослідження ЯЖ у медицині висунуло на перший план суб'єктивне в сприйнятті хвороби, що відобразилося в термінах задоволеності – незадоволеності, благополуччя – неблагополуччя. Дослідження вказаних психосоціальних характеристик та їх взаємозв'язок дозволяє розкрити особливості глибинного переживання пацієнтом хвороби. Особливе значення подібне дослідження набуває у хворих із хронічною соматичною патологією [3, 9].

Значна кількість досліджень присвячена вивченню ЯЖ у хворих із легеневою патологією, зокрема з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Слід відзначити, що ХОЗЛ на сьогоднішній день займає четверте місце серед причин смертності в світі [4, 5, 7, 8]. У найближчий час очікується підвищення поширеності та смертності від цього захворювання. Поряд з іншими факторами, велике значення у патогенезі ХОЗЛ має також маса тіла, причому відзначено зв'язок як з підвищенням ваги, що відображає додаткове навантаження маси на апарат дихання, так і зі зниженням ваги, що пов'язано з негативним впливом недостатнього харчування на силу дихальної мускулатури [5, 8].

Більш глибоке вивчення інтегрального впливу хронічного захворювання на фізичне, психічне та соціальне функціонування пацієнтів, зокрема з врахуванням їх маси тіла, сприятиме підвищенню ефективності та індивідуалізації вибору стратегії і тактики терапевтичних підходів [1, 2, 5].

Мета дослідження. Вивчити показники ЯЖ у пацієнтів на ХОЗЛ залежно від маси тіла.

Матеріали та методи. На базі пульмонологічного відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні (ЗОКЛ) ім. А. Новака було обстежено 86 хворих на ХОЗЛ групи А і В з легким та помірним ступенями бронхообструкції (GOLD 1-2) [5, 8]. Усі хворі були розподілені на дві групи, що не відрізнялися за віком, статтю, ступенем бронхообструкції та тривалістю захворювання. До першої групи ми віднесли пацієнтів, хворих на ХОЗЛ із супутнім ожирінням (n=42, середній вік 54,5 ± 4,31 року), ІМТ 34,51±1,12 – ожиріння І ст. До другої – осіб, хворих на ХОЗЛ із нормальною масою тіла (n=44, середній вік 57,8 ± 3,16 року), ІМТ 23,7±0,45 – нормальна маса. У кожного хворого та у осіб контрольної групи ми обраховували індекс маси тіла (ІМТ=m(кг): зріст($м^2$)). При аналізі результатів були використані наступні оцінки ІМТ: 15 кг/$м^2$ та менше – гострий дефіцит маси; 15-18,5 кг/$м^2$ – недостатня маса тіла; 18,5-25 кг/$м^2$– норма; 25-30 кг/$м^2$ – надлишкова маса тіла (гладкість); 30-35 кг/$м^2$ – ожиріння І ступеня; 35-40 кг/$м^2$ – ожиріння ІІ ступеня; 40 кг/$м^2$ та більше – ожиріння ІІІ ступеня. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб, котрі за віком та статтю істотно не відрізнялися від хворих на ХОЗЛ.

Хворим проведене загальноприйняте клініколабораторне обстеження, визначення функції зовнішнього дихання (апарат Master-Scope PC, JAEGER, Німеччина), рентген-дослідження органів грудної клітки. Усім хворим, а також особам контрольної групи проводилося дослідження показників якості життя за допомогою опитувальника MOS SF-36, який містить такі шкали: фізичне функціонування (PF), рольове фізичне функціонування (RP), біль (P), загальне здоров'я (GH), життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційне функціонування (RE), психічне здоров'я (MH).

Всі пацієнти отримували базисну терапію – β-агоністи, холінолітики, теофіліни, муколітичні препарати. При необхідності застосовувалися антибактеріальні препарати з груп цефалоспоринів II чи III покоління. Статистична обробка матеріалу проводилася за допомогою програм Microsoft Office Excell 2003 та Statistica v.6.0.

Результати досліджень та їх обговорення. При порівняльній характеристиці показників ЯЖ відзначали такі зміни фізичного компоненту опитувальника MOS SF-36: вірогідне зниження показника фізичного функціонування (PF) у пацієнтів ХОЗЛ із ожирінням (41,67±7,82) у порівнянні з групою пацієнтів ХОЗЛ з нормальною масою тіла (73±2,58) та порівняно з контролем (96,54±1,19), p<0,001 (рис.1). Також спостерігалося вірогідне зниження показника рольового функціонування (RP) у пацієнтів ХОЗЛ із ожирінням (24,17±4,17) та у пацієнтів ХОЗЛ з нормальною масою тіла (39±9,80) у порівнянні з контрольною групою (94,23±4,15) (p<0,001). Виявлене вірогідне підвищення больового показника (P) у пацієнтів обох груп ХОЗЛ з ожирінням (48,33±7,49) та ХОЗЛ з нормальною масою (66±6,78) в порівнянні з контролем (4,62±1,44) (p<0,001).

При вивченні показника загального здоров'я (GH) вірогідної різниці у пацієнтів ХОЗЛ з ожирінням (52,5±7,93) та у пацієнтів ХОЗЛ з нормальною масою (63±4,06) у порівнянні з контролем (64,62±3,86) не виявлено. Показник життєздатності (VT) у пацієнтів ХОЗЛ з ожирінням (25,17±5,54) був вірогідно нижчий, ніж у групі осіб з ХОЗЛ з нормальною масою тіла (68±9,57) та порівняно з контролем (74,23±2,32) (p<0,001).

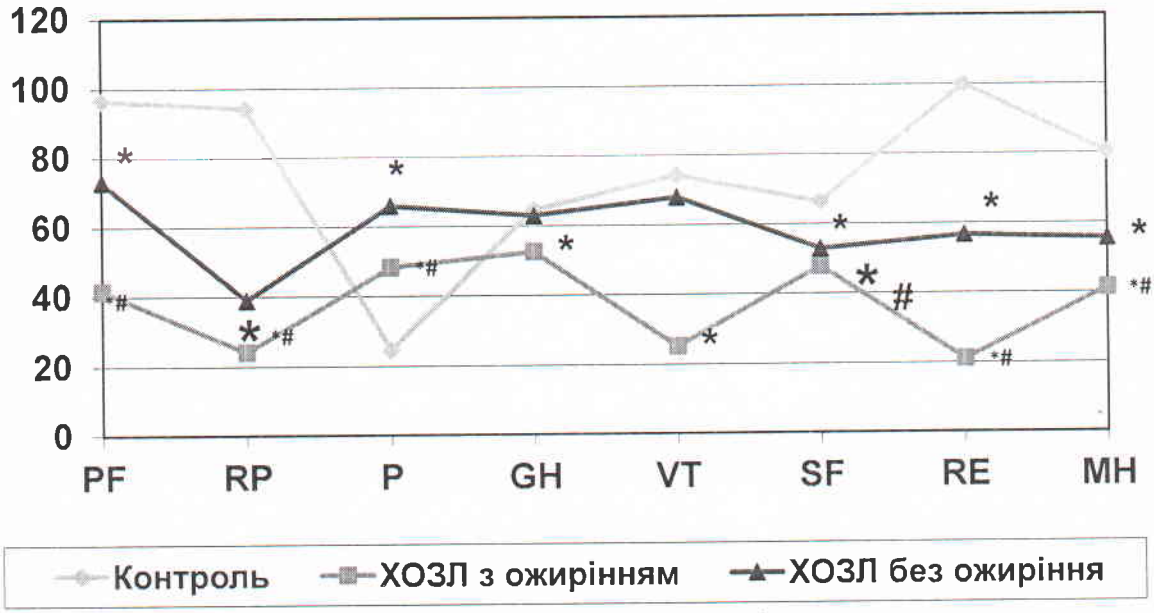

Рис.1. Якість життя хворих на ХОЗЛ до лікування.

Примітка: *p<0,001 порівняно з контролем;
# p<0,001 порівняно з ХОЗЛ без ожиріння.

Характеризуючи психологічний компонент опитувальника було виявлено, що показник соціального функціонування (SF) вірогідно не відрізнявся у двох досліджуваних групах. Однак, порівнюючи рівень цього показника з контрольною групою (66,35±5,55), у групах ХОЗЛ з ожирінням (47,83±5,93) та з нормальною масою (52,5±2,5) він виявився вірогідно зниженим (p<0,05). Щодо показника емоційного функціонування (RE) спостерігалося вірогідне зниження у пацієнтів з ХОЗЛ з ожирінням (21,11±7,03) у порівнянні з групою осіб з ХОЗЛ з нормальною масою тіла (56,67±19,44), та вірогідне зниження показника в обох досліджуваних групах порівняно з контролем (100±0) (p<0,001). Показники психологічного здоров'я (MH) у пацієнтів на ХОЗЛ з ожирінням (41,33±10,77) та у пацієнтів на ХОЗЛ з нормальною масою тіла (55,6±5,81) також вірогідно не відрізнялися між собою, але в порівнянні з контролем (80,38±3,38) даний показник в обох групах був вірогідно зниженим (p<0,001).

Отже, у хворих на ХОЗЛ виявлені зміни в показниках ЯЖ порівняно з контрольною групою здорових осіб, при цьому у пацієнтів з ожирінням, порівняно з тими, котрі мали нормальну масу тіла, ці зміни були більш виражені. Якщо показники фізичне функціонування (RP) та болі (P) фізичного компонента здоров'я опитувальника були знижені в обох групах пацієнтів на ХОЗЛ, незалежно від маси тіла, то показник PF (ступінь обмеження фізичної активності), як і очікувалося, – більшою мірою був знижений у хворих з ожирінням. При цьому показник загального здоров'я (GH) в обох групах хворих на ХОЗЛ не відрізнявся від рівня у групі здорових, що вказує на недооцінку ними свого захворювання і може призвести до поганого комплаєнсу по відношенню до базисного лікування.

Показники соціального функціонування (SF) та психологічного здоров'я (MH) в обох обстежуваних групах були приблизно однаково знижені, тоді як обмеження повсякденного функціонування у зв'язку з поганим емоційним станом (RE) більшою мірою було вираженим у хворих з ожирінням, що, безумовно, вплинуло і на зниження показника життєвої активності (VT) у цій групі, чого не спостерігалося у хворих на ХОЗЛ з нормальною масою тіла.

Висновки. 1. Серед пацієнтів, хворих на ХОЗЛ, незалежно від маси тіла, виявлені зміни у показниках ЯЖ порівняно з контрольною групою здорових осіб, при цьому у хворих на ХОЗЛ з ожирінням ці зміни були більш виражені.

2. У хворих на ХОЗЛ з ожирінням виявлене більш виражене обмеження фізичної активності та повсякденного функціонування у зв'язку з поганим емоційним станом, що необхідно враховувати при веденні хворих.

3. Незалежно від маси тіла, серед хворих на ХОЗЛ виявлені нормальні показники суб'єктивного сприйняття власного здоров'я, що вказує на недооцінку ними серйозності свого захворювання і може призвести до поганого комплаєнсу при проведенні базисного лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вассерман Л.И. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. — 2007. — № 26. — С. 89—91.
2. Вассерман Л.И. Психосоциальная реабилитация и качество жизни / Л.И. Вассерман, А.И. Громов, В.А. Михайлов [и др.] // СПб. — 2001. — С. 103—115.
3. Менделевич В.Д. Неврозология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, Л. Соловьева // М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 607 с.
4. Молчанова Е. Лечение пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких: новые возможности фармакотерапии / Е. Молчанова // Здоров'я України. — 2014.— № 3 (27). — С. 26—27.
5. Наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. Хронічне обструктивне захворювання легені. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. — Київ, 2013. — 146 с.
6. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов / А.А. Новик, Т.И. Ионова. — М., 2004. — С. 44—58.
7. Фещенко Ю.И. Базисная терапия ХОЗЛ / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина // Здоров'я України. —2012. — № 3 (19). — С. 13—15.
8. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHOworkshopreport. — Publ. № 2701, April 2001. — Updated 2014.
9. Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression / H.F. Kim [et al.] // Psychosom. — 2000. — Vol. 41. — P. 465—471.

A.I. FRANTSUKH-YATSOLA, M.I. TOVT-KORSHYNSKA, O.S. BLAHA, M.V. ROSTOKA-REZNIKOVA

Uzhhorod National University, Faculty of Continuing Education and Pre-University Training, Department of Pulmonology, Tuberculosis and Physiotherapy, Uzhhorod

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH OBESITY AND NORMAL WEIGHT

In patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) of A and B group with mild to moderate bronchial obstruction regardless of body weight we revealed a reduction in quality of life level using MOS SF-36 questionnaire. In obese patients these changes were more expressed – namely more expressed limitation of physical activity and daily functioning due to poor emotional state. Regardless of body weight in patients with COPD we found normal level of their health subjective perception, indicating an underestimation of their disease seriousness.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, obesity

Стаття надійшла до редакції: 4.06.2014 р.