

М.И. Чушкин¹, А.С. Белевский², Н.Н. Мещерякова², С.С. Ярцев³

Использование анкеты SF-36 для оценки качества жизни лиц, излеченных от туберкулеза легких

1 – отделение функциональной диагностики НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова: 127994, Москва, ул. Достоевского, 4;

2 – ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА России: 105077, Москва, ул. 11-я Парковая, 32, к. 4;

3 – отделение ЭФИ и ФВД Медицинского центра Банка России: 117593, Москва, Севастопольский пр-т, 66

M.I. Chushkin, A.S. Belevsky, N.N. Meshcheryakova, S.S. Yartsev

Use of SF-36 questionnaire to evaluate quality of life in patients recovered from pulmonary tuberculosis

Summary

The aim of the study was to evaluate quality of life in patients recovered from the pulmonary tuberculosis. The MOS SF-36 was used in 152 patients (aged from 20 to 82 years old). Quality of life of patients recovered from tuberculosis was worse than that of healthy subjects. Of 152 patients, 18.4 % noted worsening of the health even without recurrence of pulmonary tuberculosis. History of culture-positive pulmonary tuberculosis and poor lung function were factors affecting quality of life in those patients.

Key words: quality of life, pulmonary tuberculosis, SF-36.

Резюме

Целью настоящей работы было изучение качества жизни с помощью анкеты SF-36 у лиц, излеченных от туберкулеза легких. Были обследованы 152 человека в возрасте от 20 до 82 лет. Качество жизни у пациентов, излеченных от туберкулеза, было хуже, чем у здоровых лиц. Из 152 обследованных 18,4 % отметили, что состояние их здоровья ухудшилось, несмотря на отсутствие рецидива туберкулеза легких. Выделение микобактерий туберкулеза в анамнезе, снижение функции внешнего дыхания значительно ухудшают качество жизни лиц, излеченных от туберкулеза легких.

Ключевые слова: качество жизни, туберкулез, SF-36.

Задачами любого лечения являются увеличение продолжительности жизни, предупреждение обострений заболевания и улучшение самочувствия пациентов [1]. Если результаты решения первых 2 задач относительно просто оценить, то измерить самочувствие пациента гораздо труднее. В настоящее время стало очевидным, что субъективное мнение болеющего человека столь же ценно, как и показатели лабораторных и инструментальных методов исследования. Оценка больным собственного состояния является важным итогом терапии. В последнее 10-летие для анализа характера заболевания и адаптации пациента к своему состоянию определяют качество жизни. Качество жизни, зависимое от здоровья (КЖ), – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к заболеванию и возможность выполнения им привычных функций на работе и в быту. Другими словами, КЖ – это субъективный показатель удовлетворения личных потребностей человека [2, 3].

Туберкулезное воспаление приводит к obstructивным и рестриктивным расстройствам дыхания. Нарушение бронхиальной проводимости выявляют у 33,3–94,0 % больных активным туберкулезом органов дыхания и с посттуберкулезными изменениями в легких [4, 5].

Между тем воздействие заболевания на самочувствие лиц, излеченных от туберкулеза легких, изучено недостаточно. Целью настоящей работы было изучение КЖ в данной популяции.

Материал и методы

Были изучены данные 480 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 18 до 90 лет, излеченных от туберкулеза легких и состоявших на учете в отделении противотуберкулезного диспансера Москвы в 2003–2004 гг. Из них с апреля 2005 по апрель 2008 г. согласились принять участие в исследовании 158 пациентов. 6 человек были исключены из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний. Качество жизни было изучено у 152 человек в возрасте от 20 до 82 лет.

Среди обследованных были 91 мужчина (59,9 %) и 61 женщина (40,1 %). У 77 пациентов (50,7 %) в анамнезе имелось бактериовыделение, у 59 (38,8 %) бактериовыделения не было, и у 16 (10,5 %) данные о бактериовыделении в анамнезе отсутствовали. Наиболее частыми исходными формами туберкулезного процесса были инфильтративный (45,2 %), очаговый (17,4 %) и диссеминированный (12,3 %).

Для оценки КЖ использовали анкету SF-36, прошедшую полный цикл языковой адаптации. Анкета SF-36 состоит из 8 компонентов: физическая активность (ФА); роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ); боль (Б); общее восприятие здоровья (ОЗ); жизнеспособность (ЖС); социальная активность (СА); роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ); психическое здоровье (ПЗ). Оценка производится

по 100-балльной шкале; чем выше балл, тем лучше качество жизни [6, 7].

Спирометрия и бодиплетизмография были выполнены на аппаратах *Master Screen Lab* и *Pneumotest* (Erich Jaeger, Германия). Оценивали следующие функциональные показатели: форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ₁), общую емкость легких (ООЛ), внутригрудной объем (ВГО) и емкость вдоха (Е_{вд}). В работе использовали должные величины Европейского общества угля и стали [8].

В обследование включены лица в стабильном состоянии, без обострения хронических болезней или инфекционных заболеваний в течении предыдущих 3 мес.; без обострения сердечной патологии в последнее время; без другой патологии, которая могла влиять на физическую активность (тяжелая недостаточность кровообращения, почечная недостаточность, цереброваскулярная болезнь, атеросклероз сосудов нижних конечностей; ревматизм, артриты и др.).

Для анализа и оценки полученных данных использовали методы описательной статистики. Достоверность различий между группами определяли с помощью t-теста. Корреляцию устанавливали посредством коэффициента Пирсона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Для изучения влияния перенесенного заболевания на качество жизни пациентов, излеченных от туберкулеза, полученные результаты сравнивали с данными практически здоровых лиц контрольной группы. Средний возраст в контрольной группе составил $50,3 \pm 9,2$ года, что статистически достоверно не отличалось от возраста пациентов, излеченных от туберкулеза ($53,1 \pm 14,5$ года; $p > 0,05$).

Из обследованных у 64,5 % состояние здоровья за прошедший год осталось на прежнем уровне, у 17,1 % — несколько улучшилось, однако у остальных 18,4 % — ухудшилось, несмотря на отсутствие рецидива туберкулеза легких.

В ходе анализа качества жизни с помощью анкеты SF-36 определили, что все показатели, излеченных от туберкулеза, были ниже, чем у здоровых лиц

(табл. 1). Разница между обследованными пациентами и здоровыми людьми по всем разделам, кроме компонента Б, была статистически достоверна. Это показывает, что, несмотря на ликвидацию активности специфического процесса, самочувствие пациентов после излечения от туберкулеза легких остается значительно хуже, чем у здоровых людей.

В табл. 2 приведены значения показателей спирометрии и бодиплетизмографии 152 обследованных. Для оценки зависимости показателей компонентов анкеты SF-36 от физиологических параметров был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона (табл. 3). Как видно, ФА умеренно коррелирует с ФЖЕЛ, ОФВ₁ и ООЛ ($p < 0,01$), слабо — с ВГО и Е_{вд} (но при этом статистически достоверно). Другие показатели физического состояния (РФ, Б, ОЗ) имели слабую корреляцию с показателями функции внешнего дыхания (ФВД). Почти во всех случаях была выявлена также слабая, но статистически достоверная корреляция параметров эмоционального состояния (ЖС, СА, РЭ, ПЗ) с показателями спирометрии. Однако корреляционная связь между критериями эмоционального состояния и показателями бодиплетизмографии отсутствовала.

Для изучения влияния ФВД на КЖ обследованные были разделены на 2 группы: группу А составили 95 пациентов с ОФВ₁ ≥ 80 %_{долж.}, группу Б — 57 человек с ОФВ₁ < 80 %_{долж.} (табл. 4).

Все показатели анкеты SF-36 у пациентов группы А (ОФВ₁ — $101,3 \pm 14,2$ %_{долж.}) были выше, чем в группе Б (ОФВ₁ — $58,6 \pm 16,2$ %_{долж.}), причем компоненты ФА, РФ, Б, ОЗ и ЖС отличались статистически достоверно. Необходимо отметить, что показатели анкеты SF-36 в группе А были ниже, чем у здоровых лиц контрольной группы. Это свидетельствует о том, что нарушение ФВД оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, излеченных от туберкулеза легких.

Для изучения влияния на КЖ бактериовыделения в анамнезе все обследованные пациенты были разделены на 2 группы (табл. 4). Группу В составили 77 пациентов с бактериовыделением МБТ в анамнезе (ОФВ₁ — $80,9 \pm 24,7$ %_{долж.}). В группу Г вошли 59 пациентов с отрицательным результатом выявления МБТ (ОФВ₁ — $95,4 \pm 23,8$ %_{долж.}). При сравнении показателей анкеты SF-36 в этих 2 группах существенной разницы не выявлено.

Таблица 1
Оценка качества жизни по анкете SF-36, $M \pm \sigma$

Критерии	Лица, излеченные от туберкулеза, $n = 152$	Контрольная группа, $n = 36$	p
ФА, %	$76,6 \pm 21,9$	$87,1 \pm 12,7$	$< 0,01$
РФ, %	$67,1 \pm 39,3$	$90,3 \pm 22,6$	$< 0,001$
Б, %	$70,6 \pm 27,1$	$79,9 \pm 21,3$	$0,055$
ОЗ, %	$57,4 \pm 21,0$	$67,0 \pm 16,6$	$< 0,05$
ЖС, %	$63,0 \pm 19,6$	$72,9 \pm 14,3$	$< 0,01$
СА, %	$80,1 \pm 22,8$	$89,9 \pm 12,6$	$< 0,05$
РЭ, %	$71,4 \pm 37,0$	$85,2 \pm 23,2$	$< 0,05$
ПЗ, %	$66,4 \pm 19,6$	$74,4 \pm 11,2$	$< 0,05$

Таблица 2
Показатели спирометрии и бодиплетизмографии у пациентов, клинически излеченных от туберкулеза легких, $M \pm \sigma$

Показатель	Среднее значение	min	max
ФЖЕЛ, % _{долж.}	$97,6 \pm 22,8$	31	143
ОФВ ₁ , % _{долж.}	$85,3 \pm 25,6$	23	139
ООЛ, % _{долж.}	$98,4 \pm 19,1$	38	136
ВГО, % _{долж.}	$110,8 \pm 27,1$	45	182
Е _{вд} , % _{долж.}	$88,8 \pm 25,4$	27	161

Таблица 3
Корреляция Пирсона между показателями КЖ и ФВД

Показатель	ФЖЕЛ, %долж.	ОФВ ₁ , %долж.	ООЛ, %долж.	ВГО, %долж.	Е _{вд} , %долж.
ФА, баллы	0,382**	0,387**	0,315**	0,169*	0,276**
РФ, баллы	0,218**	0,246**	0,243**	0,132	0,185*
Б, баллы	0,222**	0,211**	0,223**	0,198*	0,08
ОЗ, баллы	0,268**	0,28**	0,233**	0,09	0,219**
ЖС, баллы	0,296**	0,307**	0,242**	0,152	0,17*
СА, баллы	0,181*	0,185*	0,08	0,08	0,08
РЭ, баллы	0,137	0,12	0,173*	0,104	0,09
ПЗ, баллы	0,148	0,165*	0,08	0,08	0,01

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Таблица 4
Зависимость показателей КЖ от ФВД и бактериовыделения, $M \pm \sigma$

Показатель	ОФВ ₁ ≥ 80 %долж., $n = 95$	ОФВ ₁ < 80 %долж., $n = 57$	p_1	МБТ обнаружены, $n = 77$	МБТ отсутствуют, $n = 59$	p_2
ФА, баллы	81,6 \pm 19,3	68,2 \pm 23,4	$< 0,001$	76,7 \pm 23,7	79,1 \pm 19,6	0,53
РФ, баллы	73,6 \pm 36,9	56,4 \pm 41,2	$< 0,05$	70,3 \pm 40,2	65,8 \pm 38,6	0,51
Б, баллы	75,2 \pm 26,6	62,8 \pm 26,5	$< 0,05$	74,5 \pm 26,8	69,4 \pm 26,8	0,28
ОЗ, баллы	61,3 \pm 19,8	51,0 \pm 21,6	$< 0,01$	57,2 \pm 21,5	59,9 \pm 21,5	0,47
ЖС, баллы	66,3 \pm 17,0	57,4 \pm 22,3	$< 0,01$	63,6 \pm 20,1	63,6 \pm 20,0	0,98
СА, баллы	82,3 \pm 22,3	76,5 \pm 23,3	0,135	78,6 \pm 22,6	81,8 \pm 23,5	0,42
РЭ, баллы	73,1 \pm 36,3	68,6 \pm 38,3	0,465	75,9 \pm 36,2	70,7 \pm 36,5	0,41
ПЗ, баллы	68,1 \pm 18,8	63,5 \pm 20,6	0,157	66,4 \pm 19,9	66,5 \pm 21,2	0,96

Примечание: МБТ – микобактерии туберкулеза; p_1 – между группами пациентов с нормальными и сниженными показателями спирометрии; p_2 – между группами пациентов с положительным и отрицательным выделением МБТ в анамнезе.

Заключение

Изучение качества жизни пациентов, излеченных от туберкулеза легких, с помощью анкеты SF-36 показало, что, несмотря на ликвидацию активности специфического процесса, их самочувствие остается значительно худшим, чем у здоровых людей. Из обследованных у 64,5 % состояние здоровья за прошедший год осталось на прежнем уровне, у 17,1 % – несколько улучшилось, однако у остальных 18,4 % – ухудшилось, несмотря на отсутствие рецидива туберкулеза легких. Наличие выделения МБТ в анамнезе и нарушение ФВД значительно ухудшают качество жизни пациентов, излеченных от туберкулеза легких.

Литература

1. Guyatt G.H., Naylor D., Juniper E.F. et al. Users' guides to medical literature. IX. How to use an article about health-related quality of life. J. A. M. A. 1997; 277: 1232–1237.
2. Белевский А.С., Мещерякова Н.Н. Сравнительная характеристика изменений кооперативности и качества жизни больных бронхиальной астмой при использовании различных способов доставки дозированных аэрозолей. Пульмонология 2003; 2: 42–48.
3. Сенкевич Н.Ю. и др. Качество жизни при хронической обструктивной болезни легких. В кн.: Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. М.: ЗАО "Изд-во БИНОМ"; 1998. 171–191.
4. Евфимьевский В.П., Свиридова С.А., Богородская Е.М. Изменения механики дыхания при посттуберкулезных

эмфиземе и пневмосклерозе. Пробл. туб. 1999; 5: 22–24.

5. Степанян И.Э., Щербакова Г.В., Кубракова Е.П. К вопросу о лечении бронхиальной обструкции у больных туберкулезом органов дыхания. Пробл. туб. 2004; 4: 12–18.
6. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии на качество жизни больных (первый опыт применения в России опросника SF-36 в пульмонологии). Пульмонология 1997; 3: 18–22.
7. Ware J.E.Jr., Sherbourne C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey. Med. Care 1992; 30: 473–483.
8. Quanjer P.H., Tammeling G.J., Cotes J.E. et al. Lung volumes and forced ventilatory flows. Report Working Party Standardization of Lung Function Tests, European Community for Steel and Coal. Official Statement of the European Respiratory Society. Eur. Respir. J. 1993; 6: 5–40.

Информация об авторах

Чушкин Михаил Иванович – к. м. н., старший научный сотрудник НИИ фтизиопульмонологии ММА им И.М. Сеченова; тел.: (495) 681-15-11; e-mail: mchushkin@yandex.ru
Белевский Андрей Станиславович – д. м. н., проф., зав. лабораторией реабилитации и исследования качества жизни ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА России; тел.: (495) 965-09-27
Мещерякова Наталья Николаевна – к. м. н., старший научный сотрудник лаборатории реабилитации и исследования качества жизни ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА России; тел.: (495) 965-09-27
Ярцев Сергей Сергеевич – д. м. н., врач отделения ЭФИ и ФВД Медицинского центра Банка России; тел.: (495) 676-80-80; e-mail: serg-yartsev@yandex.ru

Поступила 14.10.09
© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.24-002.5-08