

Качество жизни у лиц, излеченных от туберкулеза легких

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

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

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

M.I. Chushkin, Yu. V. Mandrykin, S.S. Yartsev, A.S. Belevsky, N.N. Meshcheryakova

Quality of life of patients recovered from pulmonary tuberculosis

Summary

The aim of the study was to evaluate quality of life of patients recovered from pulmonary tuberculosis. Three quality-of-life questionnaires (St. George's Respiratory Questionnaire – SGRQ, the Baseline dyspnea index – BDI, and the UCSD Shortness of Breath Questionnaire – SOBQ) were used in 152 patients aged from 20 to 82 years. Mean values of all SGRQ domains were lower when compared with normal subjects. In 152 patients, the symptom score and the activity score were 27 % each, the impact score was 16 %, and total score was 21 %. The mean SOBQ score was 16. The mean BDI focal score was 9.7. History of culture-positive pulmonary tuberculosis and poor lung function were factors worsening quality of life in patients recovered from pulmonary tuberculosis.

Key words: quality of life, tuberculosis, BDI, SGRQ, SOBQ.

Резюме

Целью настоящей работы было изучение качества жизни с помощью Респираторного вопросника Госпиталя св. Георгия для оценки дыхательной функции (SGRQ), исходного индекса одышки (BDI), Анкеты по одышке Университета Сан-Диего (SOBQ) у лиц, излеченных от туберкулеза легких. Были обследованы 152 человека в возрасте от 20 до 82 лет. Средние величины по всем показателям SGRQ были снижены по сравнению со здоровыми лицами. У 152 пациентов параметры "симптомы" и "активность" составили по 27 %, "влияние" – 16 %, а общая оценка – 21 %. Средняя величина по SOBQ равнялась 16 баллам, а по BDI – 9,7 балла. Наличие выделения микобактерий туберкулеза (МБТ) в анамнезе, снижение функции внешнего дыхания значительно ухудшали качество жизни пациентов, излеченных от туберкулеза легких.

Ключевые слова: качество жизни, туберкулез, BDI, SGRQ, SOBQ.

Туберкулезный процесс приводит к развитию бронхоэктазов, эмфиземы и фиброзных изменений. Изучение функции внешнего дыхания у пациентов с туберкулезом легких показало, что данная патология может приводить к нарушениям различной степени тяжести [1, 2]. Росту заболеваемости туберкулезом с начала 90-х гг. XX в. [3] соответствовал и рост числа излеченных от этой патологии.

Как влияет туберкулез на самочувствие пациентов? Что беспокоит их после излечения? В чем они нуждаются? Ответить на эти вопросы помогает изучение качества жизни (КЖ). Основным методом его оценки является использование общих и специальных анкет. Первые применяются для анализа здоровья населения независимо от нозологии, в то время как специальные анкеты предназначены для конкретных областей медицины, нозологий или симптомов в отдаленности. Общие анкеты преимущественно используются в ходе эпидемиологических исследований, а специальные – для оценки результатов различных методов лечения и реабилитационных программ.

Целью настоящей работы было изучение КЖ с помощью специальных анкет у лиц, излеченных от туберкулеза легких.

Материалы и методы

Были изучены данные 480 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 18 до 90 лет, излеченных от туберкулеза легких, состоявших на учете в отделении про-

тивотуберкулезного диспансера Москвы в 2003–2004 гг. Из 480 пациентов с апреля 2005 по апрель 2008 г. согласились принять участие в исследовании 158. Из них 6 человек были исключены из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний. КЖ было изучено у 152 человек в возрасте 20–82 лет.

В исследовании участвовали лица в стабильном состоянии, без обострения хронических патологических процессов или инфекционных заболеваний в течение предыдущих 3 мес., без обострения сердечной патологии в последнее время, без других нарушений, которые могут влиять на физическую активность (тяжелой недостаточности кровообращения, почечной недостаточности, цереброваскулярной болезни, атеросклероза сосудов нижних конечностей; ревматизма, артрита и др.).

Мужчин среди обследованных было 91 (59,9 %), женщин – 61 (40,1 %). Из 152 пациентов 77 (50,7 %) имели в анамнезе бактериовыделение, у 59 (38,8 %) бактериовыделение отсутствовало, у 16 пациентов (10,5 %) данных о бактериовыделении в анамнезе не было. Наиболее частыми исходными формами туберкулезного процесса были инфильтративный (45,2 %), очаговый (17,4 %), диссеминированный (12,3 %) туберкулез.

В ходе изучения КЖ использовали Респираторный вопросник Госпиталя св. Георгия для оценки дыхательной функции (SGRQ) и исходный индекс одышки (BDI), прошедшие полный цикл языковой адаптации. Для оценки степени одышки также при-

меняли адаптированный русскоязычный вариант Анкеты по одышке Университета Сан-Диего (SOBQ) и шкалу одышки MRC.

SGRQ состоит из 3 компонентов, которые позволяют оценить частоту и выраженность имеющихся симптомов, физическую активность и влияние заболевания на эмоциональное состояние. Изменение любого показателя на 4 единицы считается клинически значимым [4, 5]. В норме компонент "симптомы" составляет в среднем 12 % (от 9 до 15 %), компонент "активность" – 9 % (от 7 до 12 %), компонент "влияние" – 2 % (от 1 до 3 %), а общий показатель – 6 % (от 5 до 7 %) [6].

В BDI – 3 группы вопросов, суммарная оценка может колебаться от 0 до 12 баллов. Чем больше баллов, тем меньше степень одышки. Изменение общего показателя на 1 балл считается клинически значимым [7].

SOBQ состоит из 24 вопросов, каждый из которых оценивает одышку за последнюю неделю по 6-балльной шкале. Изменение показателя на 5 баллов считается клинически значимым [8].

Спирометрия и бодиплетизмография всем обследованным лицам были выполнены на аппаратах *Master Screen Lab* и *Pneumoscreen (Erich Jaeger, Германия)*. Оценивали форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ₁), общую емкость легких (ОЕЛ), функциональную остаточную емкость (ФОЕ) и емкость вдоха (Е_{вд}). В работе использовали должные величины Европейского общества угля и стали [9].

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

Результаты и обсуждение

В табл. 1 приведены значения показателей КЖ, по BDI, SGRQ, SOBQ и шкале MRC, в табл. 2 – значения показателей спирометрии и бодиплетизмографии у 152 обследованных, излеченных от туберкулеза.

Все показатели SGRQ были изменены, по сравнению со здоровыми людьми. В группе обследованных средние величины по компонентам "симптомы"

Таблица 1

Показатели КЖ у пациентов, клинически излеченных от туберкулеза легких

Показатель	Среднее значение	min	max
MRC, баллы	1,8 ± 0,7	1	4
BDI, баллы	9,7 ± 2,4	2	12
SOBQ, баллы	16,1 ± 20,5	1	89
SGRQ			
симптомы, %	27,5 ± 25,3	0	100
активность, %	27,7 ± 23,9	0	100
влияние, %	16,5 ± 20,2	0	80
общая оценка, %	21,6 ± 20,7	0	76,6

Таблица 2

Показатели спирометрии и бодиплетизмографии у пациентов, клинически излеченных от туберкулеза легких

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

и "активность" составили по 27 %, "влияние" – 16 %, общая оценка – 21 %. Разница со здоровыми людьми по каждому компоненту достигала > 10 единиц. Несмотря на излечение от туберкулеза из 152 обследованных лиц 38 пациентов (25 %) отметили, что проблемы в легких и бронхах влияют на их трудоспособность, 62 человека (40,8 %) предъявляли жалобы на кашель (у 48 выделялась мокрота).

В табл. 3 представлена корреляция показателей SGRQ, MRC, BDI, SOBQ. Из таблицы видно, что все они находятся в умеренной и статистически достоверной корреляционной зависимости от показателей спирометрии. Это свидетельствует о том, что у лиц, излеченных от туберкулеза легких, специфические анкеты имеют достаточно большую достоверность в оценке КЖ.

Для изучения влияния ФВД на КЖ все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 95 пациентов с ОФВ₁ ≥ 80 %_{долж.}, 2-ю – 57 пациентов с ОФВ₁ < 80 %_{долж.} (табл. 4).

Таблица 3

Коэффициент корреляции между показателями КЖ и ФВД

Показатель	ФЖЕЛ, %долж.	ОФВ ₁ , %долж.	ОЕЛ, %долж.	ФОЕ, %долж.	Е _{вд} , %долж.
MRC, баллы	-0,499**	-0,527**	-0,402**	-0,186*	-0,416**
BDI, баллы	0,439**	0,42**	0,331**	0,149	0,314**
SOBQ, баллы	-0,452**	-0,414**	-0,314**	-0,124	-0,331**
SGRQ					
симптомы, %	-0,418**	-0,520**	-0,264**	-0,0789	-0,314**
активность, %	-0,498**	-0,523**	-0,362**	-0,144	-0,384**
влияние, %	-0,457**	-0,489**	-0,357**	-0,166*	-0,349**
общая оценка, %	-0,495**	-0,542**	-0,364**	-0,152	-0,377**

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

Показатели КЖ в зависимости от ФВД и бактериовыделения

Показатель	ОФВ ₁ ≥ 80 % _{долж.} (n = 95)	ОФВ ₁ < 80 % _{долж.} (n = 57)	p ₁	МБТ + (n = 77)	МБТ – (n = 59)	p ₂
MRC, баллы	1,6 ± 0,6	2,29 ± 0,8	< 0,001	1,9 ± 0,8	1,7 ± 0,6	> 0,05
BDI, баллы	10,3 ± 2,2	8,7 ± 2,5	< 0,001	9,4 ± 2,5	10,2 ± 2,3	> 0,05
SOBQ, баллы	11,5 ± 16,7	24,3 ± 23,9	< 0,001	17,8 ± 22,7	13,1 ± 18,2	> 0,05
SGRQ						
симптомы, %	19,2 ± 18,0	42,6 ± 28,9	< 0,001	29,8 ± 24,1	19,9 ± 21,8	< 0,05
активность, %	19,7 ± 19,2	41,1 ± 25,0	< 0,001	29,0 ± 25,0	22,5 ± 21,9	> 0,05
влияние, %	10,0 ± 15,3	27,3 ± 22,6	< 0,001	17,0 ± 22,4	12,4 ± 16,0	> 0,05
общая сумма, %	14,3 ± 15,4	33,9 ± 22,6	< 0,001	22,5 ± 22,1	16,5 ± 17,4	> 0,05

Примечание: p₁ – между группами пациентов с нормальными и сниженными показателями спирометрии; p₂ – между группами пациентов с положительным и отрицательным выделением МБТ в анамнезе.

Все показатели SGRQ, SOBQ, BDI, шкалы MRC были значительно ниже во 2-й группе, причем во всех случаях разница была статистически достоверной. Можно сделать вывод, что нарушение ФВД оказывает значительное влияние на КЖ лиц, излеченных от туберкулеза легких.

Следует также отметить, что у пациентов 1-й группы (ОФВ₁ – в норме) среднее значение параметров "симптомы" и "активность" составило 19 %, показателя "влияние" – 10 %, а общей оценки – 14 %. Все эти величины значительно меньше, чем у здоровых людей, разница во всех случаях клинически значима. Таким образом, несмотря на излечение от туберкулеза легких, даже у пациентов с нормальными показателями спирометрии КЖ остается существенно сниженным.

Для изучения влияния бактериовыделения в анамнезе на КЖ все обследованные пациенты были разделены на 2 группы (табл. 4). В одну из них вошли 77 пациентов с выделением МБТ в анамнезе (ОФВ₁ – 80,9 ± 24,7 %_{долж.}), в другую – 59 человек с отсутствием МБТ (ОФВ₁ – 95,4 ± 23,8 %_{долж.}). Средние величины показателей SGRQ были значительно ниже у пациентов с бактериовыделением, хотя по параметру "симптомы" разница достигала статистически значимого уровня (p < 0,05). Тем не менее по компоненту "симптомы" разрыв между группами достигал ~ 10 единиц, по показателю "активность" – > 6, по параметру "влияние" – > 4 и по общей сумме – ~ 7 единиц. Средние значения SOBQ, BDI и MRC были также ниже у пациентов с бактериовыделением, хотя различия и не были статистически значимыми.

Заключение

Все показатели SGRQ изменены по сравнению с общей популяцией. Разница со здоровыми лицами составляет не менее 10 единиц. Несмотря на излечение от туберкулеза, 25 % пациентов отметили, что проблемы в легких и бронхах влияют на их трудоспособность. Снижение ФВД оказывает существенное влияние на их КЖ. Даже у пациентов с нормальными показателями спирометрии КЖ остается сниженным. КЖ пациентов при наличии в анамнезе выделения МБТ значительно хуже, чем у пациентов с от-

рицательными результатами бактериологического исследования.

Литература

1. Евфимьевский В.П., Свиридова С.А., Богородская Е.М. Изменения механики дыхания при посттуберкулезных эмфиземе и пневмосклерозе. Пробл. туб. 1999; 5: 22–24.
2. 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.
3. Perelman M.I. Tuberculosis in Russia. Int. J. Tuberc Lung Dis. 2000; 4 (12): 1097–1103.
4. Шмелев Е.И., Беда М.В., Jones P.W. и др. Качество жизни больных ХОБЛ. Пульмонология 1998; 2: 79–81.
5. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M., Littlejohns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. Am. Rev. Respir. Dis. 1992; 145: 1321–1327.
6. Pasipanodya J.G., Miller T.L., Vecino M. et al. Using the St. George respiratory questionnaire to ascertain health quality in person with treated pulmonary tuberculosis. Chest 2007; 132: 1591–1598.
7. Mahler D.A., Weinberg D.H., Wells C.K., Feinstein A.R. The measurement of dyspnea. Contents, interobserver agreement, and physiologic correlates of two new clinical indexes. Chest 1984; 85: 751–858.
8. Kupferberg D.H., Kaplan R.M., Slymen D.J., Ries A.L. Minimal clinically important difference for the UCSB Shortness of breath questionnaire. O. Cardiolpulm. Rehab. 2005; 25: 370–377.
9. 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

Мандрыкин Юрий Владимирович – д. м. н., врач отделения реабилитации Медицинского центра Банка России; тел.: 213-07-85; e-mail: uvm1950@mail.ru

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

Белевский Андрей Станиславович – д. м. н., проф., зав. лабораторией реабилитации и исследования качества жизни НИИ пульмонологии ФМБА России; тел.: (495) 965-09-27

Мещерякова Наталья Николаевна – к. м. н., старший научный сотрудник лаборатории реабилитации и исследования качества жизни НИИ пульмонологии ФМБА России; тел.: (495) 965-09-27

Поступила 27.11.09
© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.24-002.5-07