

*С.В.Ловицкий², А.А.Новик¹, В.И.Трофимов², Т.И.Ионова¹,
А.А.Ценкова¹, А.В.Киштович¹*

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

¹Межнациональный центр исследования качества жизни;

²Российская военно-медицинская
академия, кафедра госпитальной терапии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

A DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE IN CHRONIC BRONCHITIS PATIENTS UNDER THE TREATMENT

S.V.Lovitsky, A.A.Novik, V.I.Trofimov, T.I.Ionova, A.A.Tsepkova, A.V.Kishtovich

Summary

The aim of the work was to study a dynamics of quality of life (QoL) in chronic bronchitis (CB) patients under the treatment. The study involved 69 chronic bronchitis patients admitted to a therapeutic hospital of the I.P.Pavlov medical university in Sankt-Petersburg. The QoL was assessed using a Russian version of the questionnaire MOS SF-36. The patients filled in the questionnaire independently at the cut points according to a stage of the disease and a phase of the treatment: before the treatment when admitted to the hospital at the exacerbation stage (the 1st cut-point); in 21 day starting the therapy at the reducing exacerbation stage (the 2nd cut-point); in 2 months starting the therapy at the stable condition (the 3rd cut-point).

The study showed that the QoL parameters, mostly role functioning parameters (as physical as emotional fields) decreased at the exacerbation stage. At whole the physical health parameters were lower than psychological ones. The disease deteriorated all the vital activities: physical, emotional, role, psychological and social fields compared with a control group. The 2-month standard therapy of CB significantly improved some QoL parameters excluding those of physical functioning and pain which were still lower after 2 months of the treatment compared with the controls. So, the CB exacerbation considerably deteriorated the QoL. All the parameters of the SF-36 questionnaire had statistically lower values compares with the controls. The physical functioning of the patients with the CB exacerbation was disordered more than psychological one. The 1-month standard therapy improved the total QoL and this tendency have been maintaining after 2 months of the treatment. The QoL parameters of the CB patients in 2 months starting the therapy became equal with those of healthy persons excluding the parameters of physical functioning and pain.

Резюме

Целью данной работы явилось изучение динамики показателей качества жизни (КЖ) у больных хроническим бронхитом (ХБ) в процессе лечения. В исследование включено 69 больных ХБ, находившихся на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Оценку КЖ больных проводили с помощью русской версии опросника MOS SF-36. Больные самостоятельно заполняли опросник SF-36 в точках, которые определяли с учетом фазы заболевания и этапа лечения: до начала лечения в момент поступления больных в стационар в фазу обострения заболевания (1 точка), через 21 день после начала лечения в фазу затихающего обострения (2 точка), через 2 мес после начала лечения в фазу ремиссии (3 точка).

Исследование КЖ больных ХБ с помощью общего опросника SF-36 показало, что при обострении заболевания показатели КЖ больных значительно снижены. В большей степени страдает ролевое функционирование как физическое, так и эмоциональное. Показатели физического здоровья в целом хуже, чем психологического. При сравнении показателей КЖ больных ХБ с группой контроля было установлено, что заболевание ухудшает КЖ больных, оказывая влияние на все сферы жизнедеятельности: физическое, эмоциональное, ролевое, психологическое, социальное функционирование. Проведение стандартной терапии значительно улучшает ряд параметров КЖ через 2 мес после начала лечения. Не имеют тенденции к улучшению только показатели физического функционирования и боли, значения которых у больных ХБ после 2 мес лечения остаются более низкими, чем в контрольной группе.

Исследование качества жизни (КЖ) широко применяется в пульмонологии у больных с хроническими нарушениями бронхиальной проходимости [2,6]. Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) сопровождаются нарушением толерантности к физической нагрузке. Палитра нарушений у больных достаточно разнообразна: дефицит энергии, снижение жизнеспособности, ощущение беспокойства, возрастание зависимости от других людей, ряд других психологических и социальных проблем, включая утрату трудоспособности [4]. Исследование КЖ дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние больных [2,3,7]. Сравнивая показатели КЖ больных ХОЗЛ с показателями КЖ здоровых людей, можно получить представление о характере и выраженности влияния заболевания на КЖ больного. Имеются результаты исследования КЖ, свидетельствующие о том, что по сравнению с общей популяцией у больных ХОЗЛ более низкий уровень энергии, физической активности и более выражены нарушения сна [5]. Программы терапии ХОЗЛ, как правило, направлены на уменьшение симптомов заболевания и улучшение КЖ [6]. В связи с этим при ХОЗЛ наряду с широко применяемыми методами оценки симптомов (например, шкала оценки одышки) становится актуальной оценка общего КЖ больного. Исследование КЖ до лечения и во время его проведения дает информацию о том, как изменилось КЖ больных в процессе лечения и служит дополнительным критерием оценки эффективности лечения.

Целью данной работы было исследование влияния заболевания на КЖ больных хроническим бронхитом (ХБ) и изучение динамики показателей КЖ больных ХБ в процессе лечения.

В исследование включено 69 больных ХБ, находившихся на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова. Среди больных преобладали мужчины (79,7%), средний возраст составил 61 год ($SD \pm 4,6$). Все больные страдали ХБ не менее 5 лет и поступили в стационар в фазу выраженного обострения заболевания. За время стационарного лечения все больные получали

стандартную терапию (антибиотики, отхаркивающие препараты, эуфиллин, ингаляционные бронходилататоры). С целью объективизации жалоб больных было решено воспользоваться балльными оценками основных клинических проявлений: 1) кашель, 2) одышка, 3) выделение мокроты. 3 балла соответствовали максимальной выраженности этих проявлений; 0 — отсутствие данного проявления болезни. Учитывалось количество вдохов бронходилататора за сутки. Данные, характеризующие особенности клинических проявлений у больных в различных точках обследования, приведены в табл.1.

Группу контроля составили 80 здоровых жителей Санкт-Петербурга [3], которая соответствовала группе больных ХБ по полу и возрасту.

Дополнительными критериями отбора больных были следующие: 1) отсутствие клинически значимых сопутствующих заболеваний, требующих лечения, 2) отсутствие психических заболеваний, 3) возраст старше 18 лет, 4) согласие больного принимать участие в исследовании КЖ.

У всех больных определяли клинические показатели (ОФВ₁, ЖЕЛ), продолжительность заболевания и учитывали социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, занятость).

Оценку КЖ больных проводили с помощью русской версии опросника MOS SF-36 [1]. Это общий опросник, пригодный к использованию у больных хроническими заболеваниями, в том числе у больных ХБ [2,3,7]. Опросник состоит из 36 вопросов и 8 шкал. Характеристика опросника представлена в табл.2.

Результаты исследования КЖ с помощью опросника SF-36 выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из 8 шкал опросника (после проведения специальной перекодировки необработанных данных в баллы). Чем выше балл по шкале, тем лучше показатели КЖ.

Больные самостоятельно заполняли опросник SF-36 в точках, которые определяли с учетом фазы заболевания и этапа лечения:

- до начала лечения в момент поступления больных в стационар в фазу обострения заболевания (1 точка),
- через 21 день после начала лечения в фазу затихающего обострения (2 точка),

Таблица 1

Клиническая характеристика больных ХБ (n=69) в динамике

Признак	0 точка (фаза обострения)	Через 21 день	Через 2 мес	Различий между 1 и 2	Различий между 1 и 2
Кашель	2,9±0,1	2,6±0,2	1,2±0,4	$p>0,05$	$p<0,05$
Одышка	2,4±0,2	2,1±0,3	0,9±0,1	$p>0,05$	$p<0,05$
Выделение мокроты	2,8±0,1	1,8±0,3	0,8±0,3	$p<0,05$	$p<0,01$
Количество вдохов бронходилататора в среднем за сутки	7,2±1,1	6,2±1,3	4,3±1,7	$p>0,05$	$p<0,05$

Характеристика шкал опросника SF-36

Шкалы SF-36	Преобладание корреляций шкал с физическим или психологическим суммарными компонентами здоровья	Характеристика шкалы	
		при самом высоком возможном балле	при самом низком возможном балле
Физическое функционирование (ФФ)	С физическим компонентом	Выраженные ограничения в выполнении любой физической деятельности, включая прием ванны или одевание	Выполнение всех видов физической активности, включая самые тяжелые, без ограничений со стороны здоровья
Рольное физическое функционирование (РФФ)	С физическим компонентом	Проблемы при выполнении работы или другой повседневной деятельности из-за физических проблем	Нет проблем с работой или другой повседневной деятельностью
Боль (Б)	С физическим компонентом	Очень сильная и приводящая к выраженным ограничениям боль	Нет боли или ограничений из-за боли
Общее здоровье (ОЗ)	С физическим компонентом и в меньшей степени с психологическим	Оценка собственного здоровья как плохого и ощущение того, что оно ухудшится	Оценка собственного здоровья как отличного
Рольное эмоциональное функционирование (РЭФ)	С психологическим компонентом	Проблемы при выполнении работы или другой повседневной деятельности из-за эмоциональных проблем	Нет проблем с работой или другой повседневной деятельностью
Психологическое здоровье (ПЗ)	С психологическим компонентом	Ощущение нервозности и депрессии все время	Ощущение спокойствия, счастья и умиротворенности все время
Социальное функционирование (СФ)	С психологическим компонентом и в меньшей степени с физическим	Выраженные и частые ограничения в выполнении обычной социальной деятельности из-за физических и эмоциональных проблем	Выполнение обычной социальной деятельности без ограничений, связанных с физическими или эмоциональными проблемами
Жизнеспособность (Ж)	С психологическим компонентом и в меньшей степени с физическим	Чувствует себя усталым и измученным все время	Чувствует себя бодрым, полным сил и энергии все время

• через 2 мес после начала лечения в фазу ремиссии (3 точка).

Статистический анализ проводился путем вычисления средних значений и стандартных отклонений показателей шкал. Различия показателей между группами больных считали достоверными, если значение p по t -критерию было меньше 0,05. Для определения корреляционных взаимосвязей показателей КЖ с возрастом и продолжительностью заболевания использовался непараметрический метод Пирсона.

Для оценки надежности опросника SF-36 использовали коэффициент Кронбаха. В данном исследовании коэффициент Кронбаха для всех шкал КЖ, за исключением РФФ и РЭФ, был выше 0,70.

Динамика показателей КЖ в процессе лечения обострения заболевания

Показатели КЖ больных ХБ в процессе лечения обострения заболевания представлены на рисунке. Самые низкие показатели КЖ по всем шкалам опросника отмечали до начала лечения. В большей степени

было снижено рольное функционирование: физическое и эмоциональное (РФФ = 18,8 и РЭФ = 23,1). Наиболее высокие показатели соответствовали шкалам психологического здоровья (ПЗ) и социального функционирования (СФ) (42,3 и 36,7 соответственно), имевшим устойчивую корреляцию с психологическим компонентом здоровья. В целом при обострении заболевания шкалы физического компонента здоровья имели более низкие показатели, чем психологического.

Через 21 день после начала лечения статистически значимо улучшались все показатели КЖ ($p < 0,01$). В наибольшей степени положительная динамика была характерна для шкал РФФ и РЭФ (увеличение в 3 раза по сравнению с исходным уровнем). В целом показатели шкал физического компонента здоровья (ФФ, Б, РФФ) на 21-й день лечения существенно улучшались, не уступая показателям ПЗ, за исключением шкалы ОЗ, по которой был получен самый низкий показатель (39,6).

Через 2 мес после начала лечения показатели КЖ сохраняли тенденцию к улучшению. Статистически

значимые изменения по сравнению с предыдущей точкой обследования (через 21 день после начала лечения) были получены по всем шкалам ($p < 0,01$; по шкале ПЗ — $p < 0,05$), кроме шкал ОЗ и РЭФ.

Таким образом, в процессе лечения было получено достоверное улучшение всех показателей КЖ. В большей степени на фоне терапии улучшались показатели ролевого функционирования (РФФ и РЭФ), которые через 2 мес после начала лечения достигли максимального значения (80,4 и 80,1 соответственно), а также показатель шкалы ФФ (увеличился в 2 раза). В меньшей степени в процессе лечения положительная динамика касалась показателя общего здоровья, который через 21 день и через 2 мес лечения оставался самым низким среди всех параметров КЖ.

Сравнение показателей КЖ у больных ХБ и контрольной группы

С целью оценки выраженности влияния ХБ на КЖ больных их показатели сравнивали с показателями КЖ контрольной группы. При обострении заболевания показатели КЖ оказались существенно ниже таковых у здоровых людей. Статистически достоверные различия были получены по всем шкалам опросника SF-36. Как видно из табл.2, в большей степени страдало ролевое функционирование. Показатели шкал ролевого физического и эмоционального функционирования были значительно ниже, чем в контрольной группе. В процессе лечения существенно улучшалось ролевое, психологическое и социальное функционирование больных, и через 2 мес после начала лечения показатели жизнеспособности (Ж), психического здоровья (ПЗ), социального функционирования (СФ) и общего здоровья (ОЗ) становились соизмеримыми с показателями КЖ здоровых людей. Ролевое функционирование, особенно показатель РФФ, превышал аналогичный параметр в группе здоровых (р < 0,05). Тем не менее показатели физического функционирования и боли (ФФ и Б) через 2 мес после начала лечения оставались более низкими по сравнению с контрольной группой (ФФ — $p < 0,001$ и Б — $p < 0,01$).

Оценка функции внешнего дыхания показала что объем форсированного выдоха за 1-ю секунду в целом по группе в начале исследования было $74,8 \pm 6,8\%$ должной, в конце исследования — $85,9 \pm 8,1\%$ должной; жизненная емкость легких в начале исследования $68,3 \pm 9,8\%$ должной, в конце исследования $71,4 \pm 8,6\%$ должной.

Таким образом, исследование КЖ больных ХБ с помощью общего опросника SF-36 показало, что при обострении заболевания показатели КЖ больных значительно снижены. В большей степени страдает ролевое функционирование как физическое, так и эмоциональное (РФФ и РЭФ). Показатели физического здоровья в целом хуже, чем психологического. При сравнении показателей КЖ больных ХБ с группой контроля было установлено, что заболевание ухудшает КЖ больных, оказывая влияние на все сферы жизнедеятельности: физическое, эмоциональное, роле-

вое, психологическое, социальное функционирование. Проведение стандартной терапии значительно улучшает ряд параметров КЖ через 2 мес после начала лечения. Не имеют тенденции к улучшению только показатели физического функционирования и боли, значения которых у больных ХБ после 2 мес лечения остаются более низкими, чем в контрольной группе.

Таким образом, исследование КЖ при ХБ дает важную дополнительную информацию о влиянии заболевания и лечения на состояние больного. Сравнение показателей КЖ больных со здоровой группой позволяет оценить выраженность влияния ХБ на физическое, психологическое и социальное функционирование больного. Исследование показателей КЖ в динамике позволяет расширить круг стандартных параметров оценки результативности терапии и более точно и обоснованно судить об эффективности проводимого лечения.

Выводы

1. Обострение ХБ существенно ухудшает показатели КЖ больных. Все шкалы опросника SF-36 у больных имеют статистически достоверно более низкие значения в сравнении с контрольной группой.
2. Физическое функционирование больных ХБ при обострении заболевания страдает в большей степени, чем психологическое.
3. Проведение стандартной терапии в течение 1 мес приводит к улучшению общего КЖ больных; через 2 мес тенденция к улучшению показателей КЖ сохраняется.
4. Показатели КЖ больных через 2 мес после начала лечения становятся соизмеримыми с таковыми у здоровых людей, за исключением показателей физического функционирования и боли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ионова Т.И., Новик А.А., Гандек Б. и др. Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга. В кн.: Исследование качества жизни в медицине: Материалы конф. Санкт-Петербург, 4–6 июня 2000. СПб: 2000. 54–57.
2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб: ЭЛБИ; 1999.
3. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школа) на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника SF-36 в пульмонологии). Пульмонология 1997; 3: 18–21.
4. Alonso J., Prieto L., Ferrer M. et al. Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 health survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. J. Clin. Epidemiol. 1998; 51(11): 1087–1094.
5. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press; 1996.
6. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. Why quality of life should be used in the treatment of patients with respiratory illness. Monaldi Arch. Chest Dis. 1994; 49(1): 79–82.
7. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. et al. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.

Поступила 21.11.01