

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© ЕРМАКОВСКАЯ О.В. – 2007

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, ПРИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

О.В. Ермаковская

(Амурская государственная медицинская академия г. Благовещенск, ректор – д.м.н., проф. В.А. Доровских, кафедра госпитальной терапии, зав. – д.м.н., проф. Ю.С. Ландышев)

Резюме. В амбулаторно-поликлинических условиях в течение двух лет проводилась оценка динамики качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), ассоциированной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ЗССС), при применении комбинированного бронхолитика на фоне базисного патогенетического лечения. Установлено, что использование в лечении ХОБЛ комбинированного бронхолитика повышает качество жизни за счет уменьшения выраженности респираторной симптоматики, увеличения физической активности и коррекции психоэмоционального состояния больного. Основными факторами, оказывающими влияние на изменение качества жизни больных ХОБЛ, являются степень тяжести заболевания и наличие сопутствующих ЗССС.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, комбинированный бронхолитик, качество жизни, заболевания сердечно-сосудистой системы.

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает второе место в мире по распространенности, является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности, обладает общепризнанной медико-социальной значимостью [1,3,4]. Исследование качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, позволяет изучать влияние лечения на показатели КЖ больного [2]. Параметры КЖ имеют прогностическое значение и в связи с этим являются важными факторами в оценке состояния больного и эффективности проводимого лечения, наряду с общесоматическим статусом и лабораторно-инструментальными методами [2,5].

Целью исследования явилось изучение динамики КЖ у больных ХОБЛ при длительном регулярном наблюдении за основными показателями респираторной и сердечно-сосудистой систем в амбулаторно-поликлинических условиях при включении в базисное противоречивое лечебное комбинированного бронхолитика (КБ). Это позволило дать оценку не только субъектив-

ному восприятию больными своего состояния, эффективности проводимого противоречивого лечения КБ, но и влиянию степени тяжести заболевания и ассоциации с ЗССС на КЖ, динамике КЖ больных при осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе МУЗ поликлиники № 1 г. Свободного Амурской области. Диагноз ХОБЛ устанавливался на основании критериев Федеральной программы по ХОБЛ, диагноз ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии – Российских рекомендаций Комитета экспертов Всероссийского научного общества кардиологов 2004 года.

В течение двух лет осуществлялось динамическое наблюдение за 60 больными ХОБЛ. Из них мужчин – 42 (70%), женщин – 18 (30%). Средний возраст составил $61 \pm 1,47$ года, средняя длительность заболевания – $21,95 \pm 10,46$. Курили 54 (90%) больных, индекс курения

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп больных ХОБЛ

	Группы больных					
	1 (n=15)	2 (n=15)	3 (n=15)	4 (n=15)	контрольная (n=30)	
пол мужской (чел.)	9-60%	13-86%	10-66,6%	10-66,6%	19-63%	
ИБС II фк	-	-	5-33,3%	5-33,3%	-	
АГ I-II степени	-	-	13	14	-	
Индекс курения, M±SD (пачко/лет)	25,7±15,8	27,6±18,7	24,8±16,7	28,8±27,1	7,3±5,41	
Индекс массы тела, M±SD (кг/м ²)	25,8±3,43	25,1±4,12	26,5±4,53	26,7±3,67	24,7±3,15	
уровень дохода	низкий – до 3 тыс. руб./мес.	3-20%	3-20%	4-26,6%	4-26,6%	2-6,6%
	средний – до 5 тыс. руб./мес.	6-40%	6-40%	8-53,3%	9-60%	17-56,6%
	высокий – выше 5 тыс.руб./мес.	6-40%	6-40%	3-20%	2-13,3%	11-36,6%
образо- вание	высшее	3-20%	2-13,3%	3-20%	3-20%	9-30%
	среднее	9-60%	10-66,6%	9-60%	9-60%	15-50%
	специальное начальное	3-20%	3-20%	3-20%	3-20%	6-20%
семья	в браке	8	11	12	13	25
	холост	4	3	2	2	5
	разведен	3	1	1	-	-
лечение КБ	-	15-100%	-	15-100%	-	

составил $26,1 \pm 19,5$ пачек/лет. У 30 (50%) больных имелись ЗССС: у 27 (45%) – артериальная гипертензия, 10 (16,7%) – ишемическая болезнь сердца. Больные были подразделены на 4 группы по 15 человек, при этом больные 3 и 4 группы имели сопутствующие ЗССС, а 2 и 4 – в составе комплексного патогенетического лечения получали комбинированный бронхолитик Беродуал (дозированный аэрозоль с фиксированной комбинацией препаратов: ипратропия бромид 20,0 мкг и фенотерол 50,0 мкг).

Как следует из таблицы 1, группы по составу относительно однородны. В контрольную группу включались 30 здоровых респондентов, средний возраст составил $60,4 \pm 1,36$ года.

Интервьюирование больных проводилось в период ремиссии заболевания в начале исследования и повторно через 2 года лечения Беродуалом. Для изучения параметров КЖ использовался общий вопросник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form) и специализированный SGRQ (The St. George's Hospital Respiratory Questionnaire), позволяющие достаточно полно изучить данную проблему.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерной программы Statistica v.6.0 (StatSoft, Inc., 1984-2001). Достоверность измерений сравниваемых показателей анализировалась непараметрическими методами между двумя независимыми выборками – критерием Вилкоксона-Манна-Уитни, между двумя взаимосвязанными выборками – парным критерием Вилкоксона. Наличие связи между явлениями устанавливалась с помощью корреляционного анализа, рассчитывая коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r). Критический уровень достоверной нулевой статистической гипотезы был принят 0,05.

Результаты и обсуждение

По результатам статистического опроса до начала исследования с использованием вопросника SF – 36

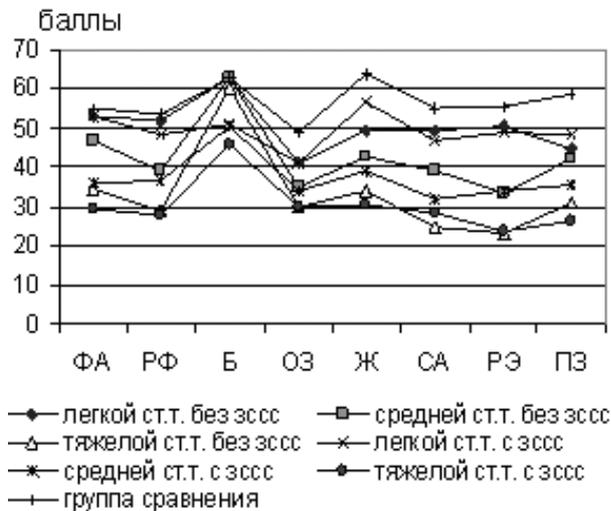


Рис. 1. Показатели КЖ больных ХОБЛ и группы сравнения.

было установлено (рис. 1), что у больных ХОБЛ достоверно хуже, чем у здоровых, параметры КЖ, характеризующие физическое состояние здоровья (ФА – физическая активность, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б – телесная боль, ОЗ – общее восприятие здоровья), но в большей степени отмечалось ухудшение критериев КЖ, характеризующих психический статус (Ж – жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье). Минимальное влияние ХОБЛ оказывала на КЖ больных с легким течением заболевания, не имеющих сопутствующих ЗССС. Наибольшее уменьшение КЖ выявлено у больных с тяжелым течением ХОБЛ в ассоциации с ЗССС.

Исследование, проведенное при помощи специали-

зированного опросника SGRQ, подтвердило (рис. 2), что при сочетании ХОБЛ с ЗССС и утяжелении заболевания параметры КЖ всех доменов ухудшаются в большей степени (выраженность респираторных симптомов ХОБЛ – С, ограничение физической активности – А, выраженность психологических проблем – В, общее негативное влияние ХОБЛ – О). Более значительное снижение бальной оценки параметров КЖ установлено у больных с тяжелым течением ХОБЛ и наличием ЗССС.

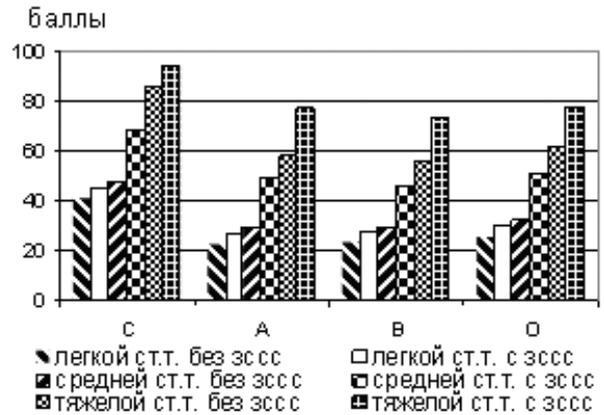
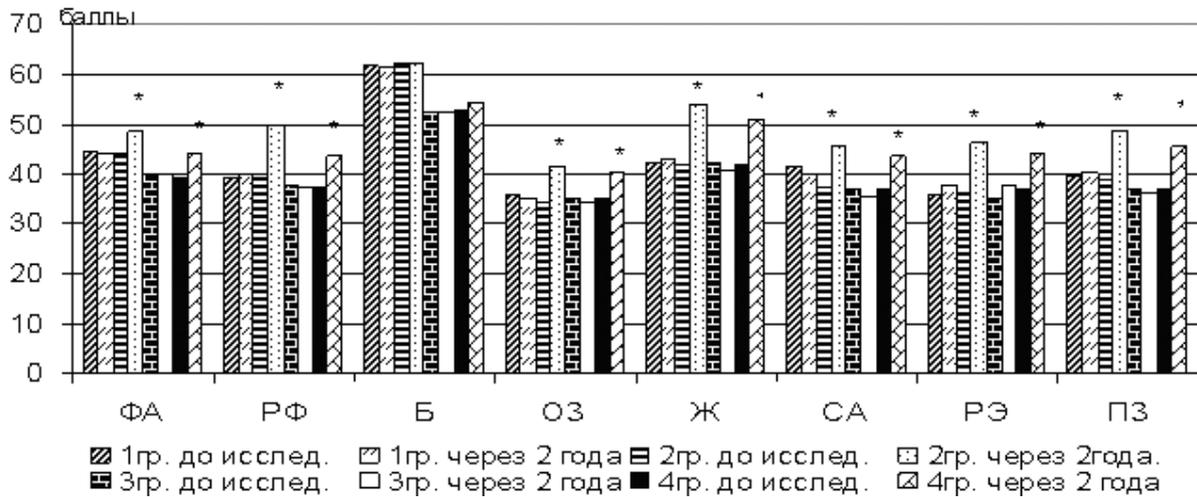


Рис. 2. Показатели КЖ больных ХОБЛ в зависимости от тяжести заболевания и наличия ЗССС.

С целью оценки влияния Беродуала на КЖ больных ХОБЛ осуществлен сравнительный анализ показателей, полученных с использованием вопросника SF-36, в начале исследования и через 2 года использования его в лечении. При этом было выявлено достоверное улучшение большинства показателей КЖ у больных 2 и 4 групп, получавших в лечении Беродуал (рис. 3). В обеих группах улучшились параметры доменов: ФА, РФ, ОЗ, Ж, СА, РЭ, ПЗ. За время наблюдения не отмечено достоверного влияния Беродуала на показатель домена Б. Несмотря на улучшение КЖ больных ХОБЛ 2 и 4 групп после двухлетнего лечения Беродуалом, результаты повторного интервьюирования показали сохраняющиеся достоверные различия с КЖ здоровых респондентов по большинству шкал опросника ($p < 0,01$).

В отличие от 2 и 4 групп в динамике параметров КЖ больных 1 и 3 групп наметилась тенденция к ухудшению отдельных доменов, в большей степени выраженная у больных 3 группы. В 1 группе ухудшились в сравнении с показателями в начале исследования параметры доменов: ФА ($44,7 \pm 8,7$ до $44,12 \pm 8,9$ соответственно), ОЗ ($35,81 \pm 5,8$ до $35,07 \pm 5,7$), СА ($41,06 \pm 12,8$ до $39,9 \pm 11,4$); в 3 группе: РФ ($37,8 \pm 10,2$ до $37,33 \pm 9,3$), ОЗ ($35,24 \pm 6,5$ до $34,49 \pm 4,7$), Ж ($42,26 \pm 12,4$ до $42,14 \pm 11,2$), СА ($37,0 \pm 9,2$ до $35,66 \pm 13,5$).

Исследование с использованием специализированного вопросника SGRQ, установило, что у больных 1 и 3 групп достоверно ($p < 0,05$) ухудшились показатели КЖ по всем доменам (рис. 4). У больных 2 и 4 групп выявлена тенденция к улучшению КЖ по всем шкалам вопросника. Уровень показателей КЖ оказался ниже у больных 4 группы по сравнению со 2. Лечение Беродуалом привело к достоверному снижению показателей шкалы С в обеих группах ($58,85 \pm 21,21$ в начале исследования до $49,20 \pm 23,22$ ($p = 0,001$) – во 2 группе; с



Примечание: * - $p < 0,001$.

Рис. 3. Динамика КЖ больных ХОБЛ в зависимости от наличия в лечении КБ.

72,4±20,89 до 64,13±28,21 ($p=0,05$) – в 4 группе). Регулярная бронхолитическая терапия позволила добиться

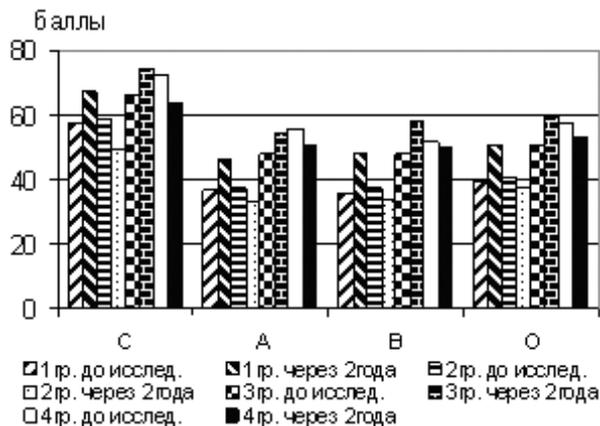


Рис. 4. Динамика КЖ больных ХОБЛ в зависимости от наличия в лечении КБ.

уменьшения степени выраженности респираторной симптоматики, существенного клинического улучшения состояния больных.

Таким образом, степень тяжести хронической обструктивной болезни легких и наличие сопутствующего заболевания сердечно-сосудистой системы являются основными факторами, ухудшающими качество жизни. Включение комбинированного бронхолитика Беродуала в комплексное лечение больных хронической обструктивной болезнью легких, ассоциированной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (4 группы), значительно улучшило показатели качества жизни по сравнению с аналогичными больными (3 группы), не получающими препарат.

QUALITY OF LIFE PATIENTS OF WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR DISEASES, IN PATHOGENETIC TREATMENT

O.V. Ermakovskaya
(Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk)

The dynamics of quality of life of chronic obstructive pulmonary diseases patients associated with diseases of cardiovascular system was evaluated in combined broncholytic treatment in outpatient department for two years. It was established that the use of combined broncholytic in COPD treatment increases the quality of life by decreasing expressiveness of respiratory symptomatology, increasing of physical activity and correcting of psychoemotional state of a patient. The main factors, effecting the changing in the COPD patients' quality of life are a degree of severity of the disease and presence of associated diseases of cardiovascular system.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айсанов З.Р. и др. Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа // Русский мед. журнал. – 2001. – Т. 9. – С.9-32.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Нева, 2002. – 320 с.
3. Чучалин А.Г. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. – М.: Атмосфера, 2004. – 256 с.
4. Шмелев Е.И. // Атмосфера: Пульмонология и аллергология. – 2003. – Т. 2. С.5-9.
5. Cazzola M., Lorenzo G.Di, Perna F.Di. et al. // Chest. – 2000. – Vol. 123, №118. – P.1567-1581.