

УДК:616.24-036.12-06:616.12-008.331.1:330.59

Козлов Е.В., Петрова М.М., Харьков Е.И.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ*ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск*

Резюме: Изучено влияние сочетанной кардио-пульмональной патологии на качество жизни пациентов. Обследовано 87 пациентов мужского пола, страдающих ХОБЛ, из них в сочетании с АГ 63 человека (средний возраст $62,8 \pm 1,0$ лет), без АГ 24 человека (средний возраст $61,6 \pm 1,7$ лет) и 44 пациента (средний возраст $61,4 \pm 0,8$ лет), с эссенциальной гипертензией, которые составили группу контроля. Исследование качества жизни проводилось методом самоанкетирования с использованием общего вопросника MOS SF-36, так же учитывали социально-экономический статус пациентов. Показано, что при сочетании данных патологий значительно страдает качество жизни пациентов, что существенно ограничивает все составляющие нормального существования человека.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, качество жизни.

*Kozlov E.V., Petrova M.M., Kharkov E.I.***QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN COMBINATION HYPERTENSIVES**

Summary. The effect of combined cardio - pulmonary disease on quality of life of patients was studied. We examined 87 male patients suffering from COPD, including persons with hypertension: 63 subjects (mean age of $62,8 \pm 1,0$ years), 24 subjects (mean age of $61,6 \pm 1,7$ years) without arterial hypertension and 44 males (mean age $61,4 \pm 0,8$ years) with essential hypertension, which became the control group. Analysis of quality of life was conducted by a self - questioning method with using of common general questions from MOS SF-36. Also it was carefully considered the social and economic status of patients. It is shown that the combination of these pathologies significantly affects the patients' quality of life and also significantly limits all the components of normal human existence.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, quality of life.

Введение. Исследование качества жизни (КЖ) актуально в различных разделах медицины [8], в том числе и в пульмонологии, особенно у больных с хроническими нарушениями бронхиальной проходимости [1,4].

Прогрессирование нарушений вентиляционной функции легких приводит к появлению и нарастанию симптомов хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), таких как кашель, отхождение мокроты, одышка при нагрузке, а также сопровождается развитием обострений, характеризующихся резким увеличением выраженности этих симптомов. Дыхательный дискомфорт, привязанность к определенным лекарствам существенно ограничивает возможность пациентов жить полноценной жизнью: снижает переносимость физической нагрузки, а затем и повседневной деятельности, усиление одышки, с приступами удушья, что сопровождается чувством страха, зависимостью от лекарственных средств, а также снижением КЖ [2,14]. Результат многоцентрового популяционного исследования «ИКАР-ХОБЛ» показал, что снижение КЖ начинается уже с легких обструктивных нарушений легочной вентиляции, затрагивая все аспекты жизни, включая общение, разговор и сон [5].

Наиболее тяжело пациенты с ХОБЛ переживают утрату трудоспособности, сопровождающуюся чувством беспомощности, ненужности обществу и близким [11].

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 [7,10]. Доказано, что у больных ХОБЛ низкое КЖ прогностически ассоциируется с высоким уровнем летальности [16].

Накопленные к настоящему времени данные позволяют рассматривать изучение параметров КЖ у больных ХОБЛ как важную и актуальную составляющую характеристику, которую врачу необходимо оценивать наряду с клинико-функциональными параметрами заболевания [6], при этом в литературе слабо освещены вопросы влияния социально-экономического статуса на КЖ при коморбидности ХОБЛ и АГ. В связи с этим была поставлена цель: изучение влияния ХОБЛ в сочетании с АГ на КЖ больных, в зависимости от их социально-экономического статуса.

Материалы и методы обследования. Проспективно обследовано 87 пациентов мужского пола с ХОБЛ, из них лиц страдающих АГ – 63 человека (средний возраст $62,8 \pm 1,0$ лет), без АГ 24 человека (средний возраст $61,6 \pm 1,7$ лет). Группу контроля составили 44 пациента с эссенциальной гипертонией (средний возраст $61,4 \pm 0,8$ лет), $p > 0,05$. По стажу и степени АГ группы были сопоставимы (табл. №1). Среди обследуемых лиц пациентов с 3 степенью АГ не встречалось.

Таблица 1

Стаж артериальной гипертонии у пациентов основной группы и группы контроля (Median [Percentile 25%;75%])

Степень АГ	Стаж артериальной гипертонии, лет		
	ХОБЛ и АГ	АГ	
1	4,0 [2,0;10,0]	5,0 [2,0;7,0]	$p=0,17$
2	6,5 [3,0;11,0]	5,5 [3,0;7,5]	$p=0,74$

Учитывая, что течение ХОБЛ имеет гендерные различия [3], исследование проведено на лицах мужского пола.

Верификация диагноза ХОБЛ и оценка степени тяжести проводилась в соответствии с критериями GOLD (2011 г.). Наличие ХОБЛ должно было быть подтверждено анамнестически и инструментально (ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70%, прирост ОФВ₁ ≤ 12 % и ≤ 200 мл при проведении пробы с β-агонистом). Из анамнеза установлено, что у всех обследуемых с ХОБЛ отмечалось повышение артериального давления, что также было подтверждено при проведении СМАД. Согласно критериям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК 2011 г.) АГ диагностировалась при уровне САД ≥ 140 мм рт.ст., ДАД ≥ 90 мм рт.ст. в условиях покоя или при наличии нормального уровня АД у пациентов, принимающих гипотензивную терапию на момент обследования, или в течение предыдущих двух недель. В исследование не включались пациенты, имевшие острые заболевания, наличие доброкачественных и злокачественных опухолей, системных и психических заболеваний, алкоголизм, наркомания, обострение или декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний внутренних органов.

Всем больным был проведен общий клинический осмотр, интервьюирование, измерение артериального давления (АД) по тонам Н.С. Короткова. Спирометрия проводилась на аппарате Super spiго (Micro Medical Ltd, Великобритания), электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, эхокардиография с использованием аппарата для трансторакального ультразвукового исследования сердца «Toshiba» (Япония), суточное мониторирование артериального давления (СМАД) аппаратом МнСДП-2 (Россия). Исследование КЖ проводилось методом самоанкетирования с использованием общего «Краткого вопросника оценки статуса здоровья» (официального русскоязычного аналога вопросника MOS SF-36 [15]). На основании результатов анкетирования по вопроснику MOS SF-36 проводился расчет 5 показателей, характеризующих физический статус респондента (физическая активность — ФА, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности — РФ, боль — Б, общее здоровье — ОЗ, жизнеспособность — ЖС), и 5 параметров, отражающих его психосоциальный статус (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности — РЭ, социальная активность — СА, психическое здоровье — ПЗ, общее здоровье — ОЗ и жизнеспособность — ЖС). Два последних показателя определяются как физическим, так и психическим статусом человека. SF-36 позволяет оценивать КЖ по 100-балльной шкале. Такие шкалы как ФА, ОЗ, ЖС, ПЗ, СА, оцениваются как «прямые»: чем выше значение, тем лучше КЖ пациента. Шкалы РФ, Б,

РЭ оцениваются как «обратные» критерии: чем выше значение, тем менее выражено его влияние на КЖ человека.

Обработка данных проводилась с помощью пакета компьютерных прикладных программ Statistica 6.0. Использовалась описательная статистика, непараметрические (критерий Манна-Уитни, критерий χ^2) и параметрические критерии значимости (t-критерий Стьюдента). Различия между изучаемыми параметрами признавали статистически значимым при $p < 0,05$. Данные представлены в виде Median [Percentile 25%;75%].

Результаты. Все пациенты с ХОБЛ были разделены на группы соответственно тяжести заболевания (по критериям GOLD, 2011г.). Так, с ХОБЛ II стадией было 19 пациентов (средний возраст $62,0 \pm 1,6$ лет), 33 больных страдали III стадией ХОБЛ (средний возраст $61,0 \pm 1,2$ лет) и 35 обследуемых составили группу с IV стадией ХОБЛ (средний возраст $69 \pm 1,5$ лет). Больных с ХОБЛ I стадии на момент клинического исследования выявлено не было.

При оценке связи между КЖ и параметрами легочной вентиляции, как более объективными показателями для диагностики и оценки тяжести ХОБЛ, было установлено, что в зависимости от выраженности нарушения функции внешнего дыхания прямо пропорционально снижались показатели КЖ, как физического так и психосоциального статуса (рис. №1). Исключение составляла шкала социальная активность, которая у пациентов с умеренными и выраженными обструктивными нарушениями легочной вентиляции находилась на одном уровне, что, вероятно, обусловлено проявлением заботы и вниманием со стороны близких у пациентов с крайне тяжелым течением болезни.

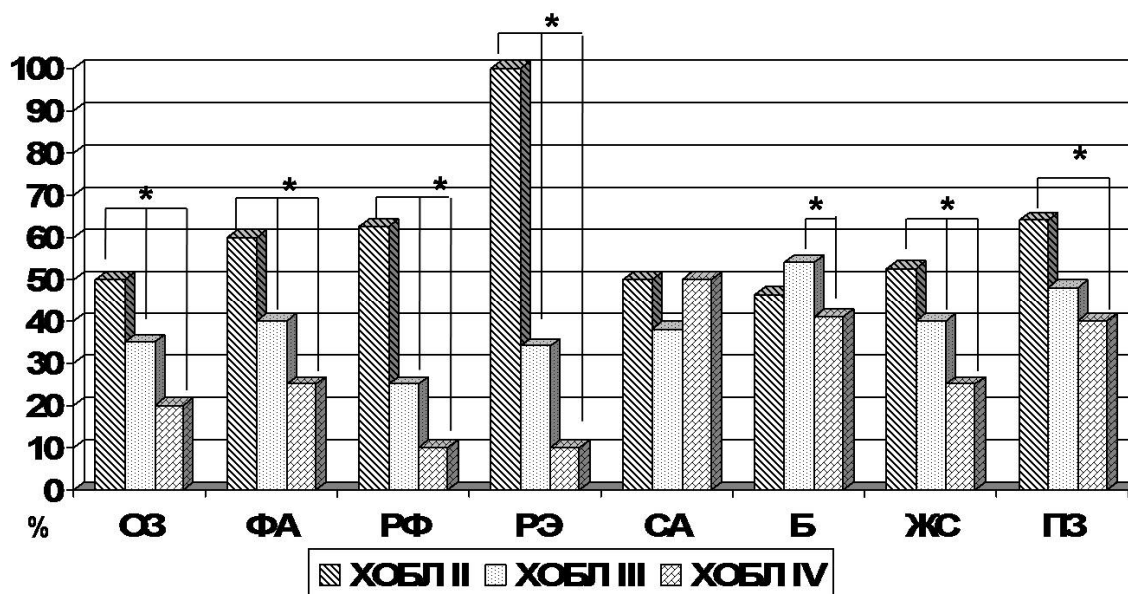


Рис. 1. Показатели КЖ в зависимости от степени тяжести заболевания ХОБЛ (* $p < 0,05$).

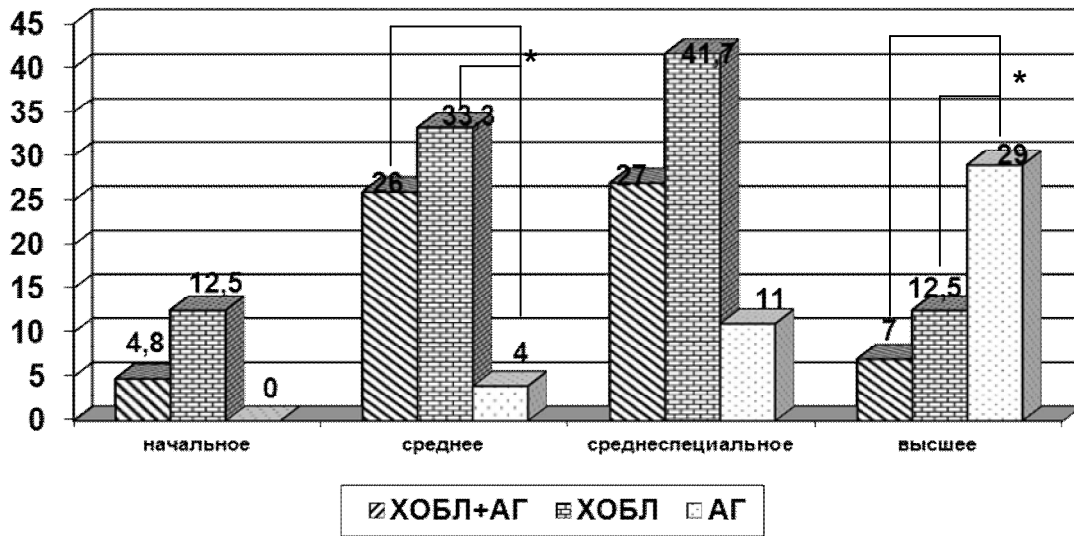
Аналогичное влияние на КЖ пациентов оказывала длительность заболевания (табл. №2). Характерно, что у пациентов с впервые диагностированной ХОБЛ, в анамнезе которых отмечается повышение АД, изменения КЖ были более выраженными в сравнении с группой контроля, при этом данные различия имели тенденцию увеличиваться с течением времени. «Стаж заболевания» в большей степени влиял на показатели физической активности (ФА и РФ) и психический статус (РЭ и ПЗ), вызывая ограничение их функционирования, снижая оценку «общего здоровья» и «жизнеспособности».

Таблица 2

**Влияние длительности соматической патологии на КЖ пациентов (баллы)
с момента установления диагноза (Median [Percentile 25%;75%])**

Показатели КЖ	Длительность заболевания, лет				
	ХОБЛ / АГ			ХОБЛ	АГ
	1 (n=12)	2 (n=34)	3 (n=17)	4 (n=24)	5 (n=44)
Впервые диагности- рованная / 2,5 [2,0;5,0]	3,0 [2,0;4,0] / 7,5 [3,0;11,0]	8,0 [7,0;10,0] / 10,0 [6,0;12,0]	6,0 [5,0;8,0]	5,5 [2,5;7,0]	
ОЗ	45,0 [35,0;50,0]	35,0 [20,0;41,0]	25,0 [20,0;35,0]	40,0 [25,0;55,0]	60,0 [51,0;71,0]
p1,2=0,016 p1,3=0,004 p1,4=0,51 p1,5=0,007 p2,3=0,51 p2,4=0,09 p2,5=0,00000005 p3,4= 0,07 p3,5=0,000006 p4,5=0,0005					
ФА	70,0 [60,0;85,0]	30,0 [15,0;40,0]	35,0 [20,0;55,5]	35,0 [25,0;70,0]	92,5 [80,0;95,0]
p1,2=0,00004 p1,3=0,0006 p1,4=0,03 p1,5=0,004 p2,3=0,21 p2,4=0,03 p2,5=0,00000000009 p3,4=0,36 p3,5=0,0000001 p4,5=0,0000006					
РФ	50,0 [25,0;75,0]	25,0 [15,0;37,5]	0,0	25,0 [25,0;50,0]	75,0 [12,5;100,0]
p1,2=0,002 p1,4=0,04 p1,5=0,05 p2,4=0,18 p2,5=0,00003 p4,5=0,005					
РЭ	50,5 [34,0;100,0]	34,0 [25,0;83,5]	34,0 [25,0;67,0]	34,0 [25,0;100,0]	100,0 [34,0;100,0]
p1,2=0,08 p1,3=0,052 p1,4=0,26 p1,5=0,5 p2,3=0,7 p2,4=0,48 p2,5=0,003 p3,4=0,31 p3,5=0,002 p4,5=0,0026					
СА	50,0 [38,0;50,0]	44,0 [38,0;56,5]	38,0 [38,0;50,0]	50,0 [38,0;50,0]	50,0 [38,0;50,0]
p1,2=0,78 p1,3=0,43 p1,4=0,78 p1,5=0,96 p2,3=0,64 p2,4=0,91 p2,5=0,51 p3,4=0,46 p3,5=0,18 p4,5=0,61					
Б	62,0 [52,0;62,0]	41,0 [31,0;61,0]	41,0 [31,0;54,0]	41,0 [31,0;62,0]	73,0 [41,0;100,0]
p1,2=0,04 p1,3=0,05 p1,4=0,14 p1,5=0,32 p2,3=0,63 p2,4=0,56 p2,5=0,00008 p3,4=0,99 p3,5=0,007 p4,5=0,01					
ЖС	50,0 [45,0;65,0]	35,0 [25,0;50,0]	30,0 [20,0;50,0]	35,0 [25,0;60,0]	67,5 [50,0;75,0]
p1,2=0,02 p1,3=0,01 p1,4=0,09 p1,5=0,06 p2,3=0,86 p2,4=0,67 p2,5=0,000007 p3,4=0,58 p3,5=0,000033 p4,5=0,0002					
ПЗ	62,0 [48,0;75,0]	43,5 [28,0;62,0]	40,0 [24,0;60,0]	40,0 [36,0;68,0]	66,0 [52,0;80,0]
p1,2=0,02 p1,3=0,02 p1,4=0,09 p1,5=0,49 p2,3=0,69 p2,4=0,48 p2,5=0,0002 p3,4=0,32 p3,5=0,0006 p4,5=0,003					

Уровень образования больных при коморбидности ХОБЛ и АГ существенно отличался от такового у пациентов с эссенциальной АГ. Так, среди обследуемых с сочетанной патологией преобладали лица со средним и среднеспециальным образованием, в отличие от пациентов группы контроля, которые преимущественно имели высшее образование (рисунок №2).

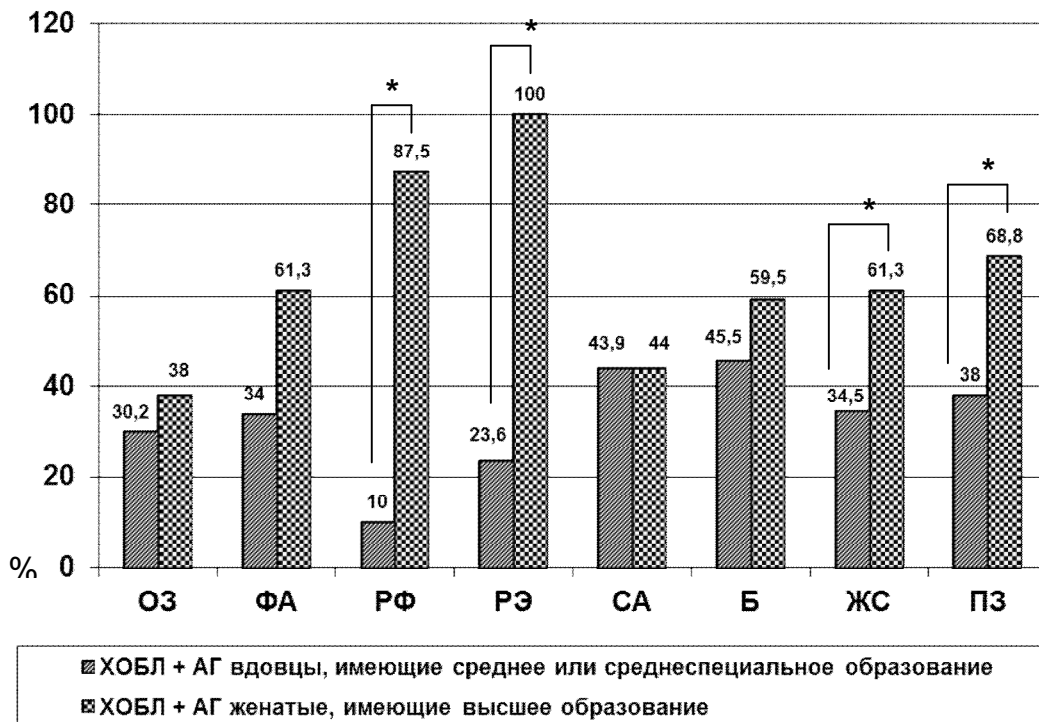


*p<0,05

Рис. 2. Уровень образования у обследуемых пациентов *p<0,05.

Среди пациентов при коморбидности данных патологий в сравнении с группой контроля преобладали лица, состоящие в браке (74,6%, и 88,6% соответственно, p=0,12). Среди пациентов с ХОБЛ чаще встречались одинокие, не состоявшие в браке или вдовцы, по сравнению с группой контроля (p=0,03).

Показатели качества жизни, характеризующие психосоциальный статус, были более низкими у одиноко проживающих (в результате смерти жены) пациентов со средним и среднеспециальным образованием, что негативно сказывалось на приверженности к лечению, адекватности оценки своего состояния и в конечном итоге приводило к частым обострениям основного заболевания (рисунок №3).



*p<0,05

Рис. 3. Показатели КЖ в зависимости от уровня образования и семейного положения.

Среди пациентов с ХОБЛ в сочетании с АГ и без нее, на момент обследования не наблюдались у участкового терапевта и пульмонолога 20,7% обследуемых, в связи с малой выраженностью клинических симптомов, эти пациенты не принимали базисную терапию. 19,8 % больных, имеющие инвалидность без права работы, получали со скидкой лекарственные средства в аптеках города по выписке рецептов от лечащего врача. 48,3% больных с ХОБЛ приобретали ингаляторы за полную стоимость и 1,2 % пациентам лекарственные препараты приобретали родственники.

При прогрессировании клинических симптомов увеличивалась потребность у данной категории больных в медикаментозной терапии. По рекомендациям участкового терапевта 87,5 % пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ II ст. использовали короткодействующие бронхолитики (в среднем $4,0 \pm 0,6$ доз в сутки). При прогрессировании ХОБЛ прямопропорционально увеличивалась и потребность в симптоматической бронхолитической терапии. Пациенты с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ использовали короткодействующие бронходилататоры в среднем $5,8 \pm 0,3$ и $7,6 \pm 0,6$ доз в сутки, соответственно ($p < 0,05$). По мимо симптоматической терапии пациентам с ХОБЛ назначалось базисное лечение виде длительнодействующих бронходилататоров (ДДБД) и ингаляционных глюкокортикостероидов (иГКС). Из всей когорты пациентов адекватную базисную терапию, назначенную врачом терапевтом или пульмонологом, получали 37,9 %. Из них приверженность к лечению, по данным теста Мориски-Грина [13], наблюдалась у 51,1 % пациентов, недостаточно приверженными были 12,1 %, и не приверженными к лечению – 36,4 % больных ($p > 0,05$).

Пациенты, принимающие адекватную комбинированную базисную терапию, несмотря на высокий комплаенс лечения, имеют более низкие показатели КЖ, что обусловлено более выраженными нарушениями легочной вентиляции (табл. №3).

Таблица 3

Оценка показателей КЖ в зависимости от приема терапии у пациентов с ХОБЛ

Показатели КЖ	Адекватная терапия		Неадекватная	
	ОФВ ₁ * 30,5 [22,0;34,5]	Комплаенс (тест Мориски-Грина)* 3,5 [1,5;4,0]	ОФВ ₁ * 36,0 [30,0;52,5]	Комплаенс (тест Мориски-Грина)* 1,0 [0,0;3,0]
	*p=0,002			
ОЗ	28,5 [20,0;41,0]		35,0 [25,0;52,0]	
	p=0,06			
ФА	22,5 [10,0;40,0]		45,0 [30,0;70,0]	
	p=0,0002			
РФ	0,0		25,0 [15,0;50,0]	
	p=0,001			
РЭ	17,0 [10,0;34,0]		34,0 [25,0;100,0]	
	p=0,03			
СА	38,0 [38,0;50,0]		50,0 [38,0;50,0]	
	p=0,7			
Б	32,0 [26,5;46,5]		52,0 [41,0;62,0]	
	p=0,006			
ЖС	30,0 [22,5;50,0]		45,0 [30,0;60,0]	
	p=0,09			
ПЗ	40,0 [32,0;58,0]		48,0 [36,0;68,0]	
	p=0,2			

При распределении затрат в месяц на лечение ХОБЛ в сочетании с АГ отмечается тенденция к увеличению потраченных денежных средств на покупку лекарственных препаратов в зависимости от тяжести заболевания. Больные с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ в сочетании с АГ тратят на лечение больше денежных средств по сравнению с группой контроля (табл. №4).

Таблица 4

**Распределение затрат в месяц на лечение ХОБЛ в сочетании с АГ (рубель)
(Median [Percentile 25%;75%])**

ХОБЛ II + АГ (n=13)	ХОБЛ III + АГ (n=23)	ХОБЛ IV + АГ (n=27)	АГ (n=44)
750,0 [300,0;1000,0]	520,0 [400,0;1400,0]	1540,0 [870,0;2500,0]	300,0 [100,0;1000]
p _{1,2} =0,8 p _{1,3} =0,004 p _{1,4} = 0,06 p _{2,3} =0,03 p _{2,4} =0,02 p _{3,4} =0,0000003			

Наряду с неуклонным прогрессированием ХОБЛ, для данного заболевания характерно наличие обострений, которые характеризуются не только усугублением симптомов болезни и ухудшением общего состояния здоровья больного, но и снижением КЖ ($p < 0,05$), что подтверждает и ряд других авторов [12]. Частота и тяжесть обострений зависела от стадии ХОБЛ. Так количество госпитализаций в год прямопропорционально возрастает с выраженностью нарушения функций внешнего дыхания ($p < 0,05$) [9].

Выводы:

1. Коморбидная патология (ХОБЛ в сочетании с АГ) оказывает негативное влияние как на физический, так и на психосоциальный статус пациентов, что значительно снижает качество жизни
2. Качество жизни у пациентов с коморбидной патологией (ХОБЛ в сочетании с АГ) низкое и зависит от выраженности нарушений легочной вентиляции, «стажа болезни», уровня образования и семейного положения.
3. Адекватная базисная терапия назначалась только 37,9% пациентов и характеризовалась низкой приверженностью к лечению, что обуславливает высокую частоту обострений заболевания и как следствие снижение качества жизни.
4. Качество жизни у пациентов с высоким комплаенсом ниже, чем с низким, что обусловлено более выраженными нарушениями легочной вентиляции и необходимостью постоянного приема медицинских препаратов.

Литература:

1. Авдеев С.Н. Выбор оптимальной терапии при ранних стадиях хронической обструктивной болезни легких // Справочник поликлинического врача. – 2009. – № 11. – С. 27-31.
2. Антонов Н.С. Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни / Н.С. Антонов, Г.М. Сахарова // Терапевтический архив. - 2009. - № 3. - С.82-84.
3. Гендерные особенности хронической обструктивной болезни легких пылевой этиологии / И.Ф. Костюк [и др.] // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – 2012. - №4. – С. 23-27.
4. Золотарев И.Н. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / И.Н. Золотарев, В.Т. Бурлачук // Медицина и качество жизни. – 2010. – № 4. – С. 37.
5. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования "ИКАР-ХОБЛ" / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. – 2005. - №1. – С. 93–102.
6. Колосов В.П. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / В.П. Колосов, А.Ю. Трофимова, С.В. Нарышкина. – Благовещенск, 2011. – 132 с.
7. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. - 320 с.
8. Оценка качества жизни у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям / Р.А. Яскевич [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. - Т.26, №4.- С.652-657.
9. Степашкин К.Н. Влияние коморбидной кардиоваскулярной патологии на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / К.Н. Степашкин, М.М. Петрова, И.В. Демко // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. - №4. – С. 66-69

10. Харьков Е.И. Особенности качества жизни и психологические характеристики больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и пути коррекции последних / Е.И. Харьков, Е.Л. Давыдов // Российский кардиологический журнал. - 2010. - № 3. - С. 53-57.
11. Comparative study of two quality of life questionnaires in patients with COPD / A.S. Buss, L.M. Correa da Silva // J. Bras. Pneumol. - 2009. - V. 35, № 4. – P. 318-324
12. Health utility burden for exacerbation of COPD requiring admission into hospital as measured by the EQ-5D / J. O'Reilly [et al.] // Am. J. Resper. Crit. Care Med. – 2003. – V. 167. – P. 229-234.
13. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. Med Care 1986; 24: 67—73.
14. Outpatient pulmonary rehabilitation in severe chronic obstructive pulmonary disease / O.M. Ige [et al.] // Indian J. Chest. Dis. Allied Sci. - 2010. - V. 52, №4. - P. 197—201.
15. Quality of life measured with a generic instrument (Short Form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD / F.M. Boueri [et al.] // Chest. – 2001. – V. 119. – P.77-84.
16. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease / B.R. Celli [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2004. – V. 350, №10. – P. 1005–1012.