

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ С ПАРАМЕТРАМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Салаева М.С., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская Медицинская Академия

Ташкент, Узбекистан

Резюме. В исследование скрининг-анкетирование было проведено 140 больных ХОБЛ в возрасте от 19 до 79 лет. у больных ХОБЛ определяются множеством факторов и снижаются в зависимости от возраста, пола, стажа болезни, ряда социальных факторов: место жительства, род профессиональной деятельности, количество членов семьи, уровень жилищных условий и медицинского обслуживания.

Ключевые слова: качество жизни, хроническая обструктивная болезнь легких, курение.

THE RELATIONSHIP OF SOCIAL FACTORS WITH THE PARAMETERS OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Salaeva M.S., Khudayberganova N.H.

Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

Resume. The study screening survey was conducted in 140 patients with COPD aged 19 to 79 years. COPD patients are determined by many factors, and reduced depending on age, sex, length of illness, number of social factors: place of residence, kind of professional activity, the number of family members, the level of housing and health care.

Key words: quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, smoking.

Введение.

Клинические и социально-медицинские исследования изучение параметров качество жизни (КЖ) стали одним из приоритетных направлений современной медицины [1,2,6].

Хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) являясь одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире, которая ложится существенным и постоянно увеличивающимся экономическим и социальным бременем, как на отдельных лиц, так и на все человеческое сообщество, представляет собой важную медицинскую и социальную проблему [3,10]. Медицинское значение хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), чрезвычайно высоко, в первую очередь, из-за своей распространенности, в структуре заболеваемости, они входят в число лидирующих причин по числу дней нетрудоспособности, инвалидности и смертности [9,13]. Инвалидизация, потеря дней трудоспособности, снижение качества жизни наносят существенный экономический ущерб обществу [4].

Таким образом, ХОБЛ представляет собой не только медицинскую, но и социально-экономическую, и общегуманитарную проблему. Учитывая социальное бремя болезни и ее высокую распространенность, изучение КЖ при данной патологии представляется весьма актуальным [11]. Самая низкая оценка КЖ больных ХОБЛ является важным прогностическим фактором для госпитализации и смертности от различных причин. Разработка таких вопросников, как Сиэтлский, может способствовать выявлению больных, которым очень помогут превентивные меры [13].

Эпидемиологические исследования демонстрирует определенную связь развития ХОБЛ с социально-экономическим состоянием человека, его образованностью, интеллектом, что в значительной мере позволяет личности осознать известные факторы риска и иметь материальную и психологическую готовность избегать их патогенного действия [10]. Установлено, что относительно существенные взаимосвязи между КЖ и

возрастом, психоневрологическим и социоэкономическим статусами и дееспособностью [12].

Оценка специфического КЖ, как и общего, показала определенные поло-вые различия. У мужчин, больных ХОБЛ, субъективная реакция на болезнь была более выраженной по сравнению с женщинами (шкала «симптомы»), мужчины выше оценивали и степень ограничения физической активности («активность»), в целом общее негативное влияние ХОБЛ на состояние здоровья у мужчин также определялось более высоким («суммарная оценка») [11]. Исследование влияния табакокурения на КЖ, проведенное с использованием экспериментально-психологических, антропометрических методик, опросника по КЖ (SF-36) и физиологических тестов показало, что у курящих чаще отмечалось и более низкое качество жизни, особенно ролевого эмоционального функционирования и жизнеспособности [8]. Была установлено, что длительность курение оказывало негативное влияние на уровень КЖ больных ХОБЛ [7]. Результаты оценки психосоциального статуса, показывающие опросника SF-36, что параметры шкал «роль эмоциональных проблем» и «психическое здоровье» у бывших курильщиков выше у продолжающих длительно и интенсивно курить (индекс курения более 30) [11].

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют, что курящие больные по сравнению с некурящими менее склонны к реакциям невротического и депрессивного характера, лучше адаптированы к своему заболеванию и в значительно меньшей мере ощущают обусловленное болезнью снижение КЖ [4,5]. Сведения литературы оценка влияния социальных факторов в формирование параметров качество жизни у больных ХОБЛ до настоящего времени остаются немногочисленными и мало изучены.

Учитывая вышеизложенное мы поставили перед собой **цель** изучить роль социальных факторов в формирование параметров качество жизни у больных ХОБЛ.

Задачей нашего исследования были изучение

в зависимости с возрастом, от пола, от стажа болезни, фактора курения и его длительности, от наличия сопутствующих заболеваний, проживающих в городе и селе, от социального статуса, количества членов семьи, от жилищных условий, от качества медицинского обслуживания.

Материалы и методы.

В исследование скрининг-анкетирование было проведено на базе пульмонологического отделения НИИ фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз. Анкетировано 140 больных ХОБЛ в возрасте от 19 до 79 лет, из которых мужчин было 94 больных (67,1±4,8%) и женщин – 46 больных (32,9±6,9%). Средний возраст больных ХОБЛ составил 53,6±0,74 лет. Длительность заболевания больных ХОБЛ на момент включения в исследования составила 12,9±0,64 лет. Длительность заболевания до 5 лет отмечена у 21,4% больных, от 5 до 14 лет 42,8%; от 15 до 24 лет – 22,8%; свыше 24 лет – 13,5%. 52,8% больных ХОБЛ являлись лицами активно курящими. Средний стаж курения у больных ХОБЛ составлял 28,2±0,98 лет. 22,1% больных ХОБЛ имели стаж курения более 30 лет, до 20 лет курили 9,2% и 13,5% больных ХОБЛ курили в прошлом. Наличие сопутствующих заболеваний отмечено, у 56,4% больных ХОБЛ. В структуре сопутствующих заболеваний патология желудочно-кишечного тракта выявлена у 22,1% больных ХОБЛ, сердечно-сосудистые заболевания – у 35,7%, из которых ИБС зарегистрирована у 20%, гипертоническая болезнь у 15%. Эндокринные заболевания отмечено у 8,5% больных ХОБЛ. Среди больных ХОБЛ жители села составляли 45,7% (64 из 140 больных), жители города – 54,3% (76 из 140 больных). Включенных в исследование от социального статуса, рабочие составляли 39,2%, служащие – 45,5%, колхозники – 14,2%, домохозяйки – 2,1%. Количество членов семьи до 43,6% больных ХОБЛ проживают в семьях с числом членом семьи более 5 человек, до 28,6% больных ХОБЛ имели 4-5 человек в семье; до 15,0% ХОБЛ – 2-3 человек и 2,8% больных – одиноки. Несмотря на высокую обеспеченность респондентов отдельным жильем, только 25,7% больные ХОБЛ оценивают свои жилищные условия как хорошие, а 32,8% считают, что они плохие, 41,4% – как удовлетворительные. Анализ медицинского обслуживания больных ХОБЛ 10,7% охвачены диспансерным учетом у пульмонолога. На диспансерном учете у терапевта состоит 77,8%, самолечением занимались 33,5%, до 16,4% больных ХОБЛ нигде наблюдались.

Изучение параметров качества жизни у всех больных ХОБЛ проводилось при помощи «Сизтлского опросника качества жизни больных ХОБЛ» и оценивалось по балльной системе. Сизтлский опросник включающему 29 вопросов, оценивающих у больного физическое состояние, эмоциональное состояние, состояние профессиональной адаптации и удовлетворенности лечением.

Результаты и обсуждение.

Изучение параметров КЖ у больных ХОБЛ показало снижение показателей, определяющих физическую активность на 50% от должных. Было отмечено зависимость снижения переносимости физических нагрузок с возрастом больных ХОБЛ (рис. 1.).

В старшей возраст-ной группе (старше 74 лет) физическое состояние больного было на 23,1% ниже по сравнению с больными ХОБЛ в возраст 40-44 лет (2,6±0,25). Оценка эмоционального состояния больного, определяемого диском-фортом в общении с людьми, чувством страха перед физической нагрузкой, была более низкой у больных ХОБЛ в возрастной группе 40-44 года и составлял 2,9±0,31 балл (41,4% от должных). В старшей возрастной группе (старше 74 лет) оценка эмоционального состояния была наиболее высокой 4,5±0,47 балл (64,3% от должных). Оценка параметра КЖ, определяющих профессиональную пригодность больных ХОБЛ, была наиболее низкой в возрастной группе 45-54 лет (3,3±0,14 балла) и составляла 47,1% от должных.

Результатами исследования было отмечено, что с возрастом у больных оценка проводимого лечения врачом и удовлетворенность проводимые лечение снижалась и была наиболее низкой (2,3±0,21 балла) в старшей возрастной группе и составляла 46,0% от должного.

Более выраженное снижение физическое состояние у больных ХОБЛ старшего возраста по сравнению с молодыми пациентами можно объяснить; меньшей способностью адаптироваться к болезни в пожилом возрасте, накоплением лиц с сопутствующей патологией.

Оценка параметров КЖ в зависимости от пола (рис. 2.) показала, что у женщин, страдающих ХОБЛ, отмечены более низкие параметры КЖ, определяющих физическое (2,2±0,07) и эмоциональное (3,1±0,11) состояния.

Достоверных различий в параметрах качества жизни, определяющих удовлетворенность лечением и состояние профессиональной пригодности, среди мужчин и женщин установлено не было, но женщин отмечалось их достоверное снижение до 50% от должных величин.

Результаты исследование показали зависимость снижения всех пара-метров КЖ в зависимости от стажа болезни (рис. 3) отмечено, что у больных ХОБЛ, имеющих стаж болезни до 5 лет, показатели физического состояния составляли – 44,2% (2,3±0,12), эмоционального состояния – 47,1% (3,3±0,21), профессиональной пригодности – 50,0% (3,5±0,15) и удовлетворенность лечением – 46,0% (2,3±0,09). У больных страдающих ХОБЛ более 24 лет, параметров КЖ были резко снижены: физическое состояние до 1,9±0,17 (36,5% от должного), эмоциональное до 2,6±0,19 (37,1% от должного), профессиональной пригодности до 2,9±0,28 (41,4% от должного) и удовлетворенность терапией до 2,2±0,12 (44,0% от должного). Не установлено зависимости снижения параметра удовлетворенность лечением пациентов от стажа болезни.

Оценка фактора курения и его длительности (рис. 4), установила, что у курильщиков более 30 лет показатели эмоциональное состояние существенно ниже, чем у бывших курильщиков ($p < 0,05$). Параметры физическое состояние у лиц бывших курильщиков снизились по сравнению с больными курильщиками до 20 лет в 1,2 раза. Не установлено зависимости снижения параметра профессиональной пригодности и удовлетворенность лечением пациентов от стажа курения. Результаты исследования не отмечено достоверного снижения параметров КЖ у больных ХОБЛ

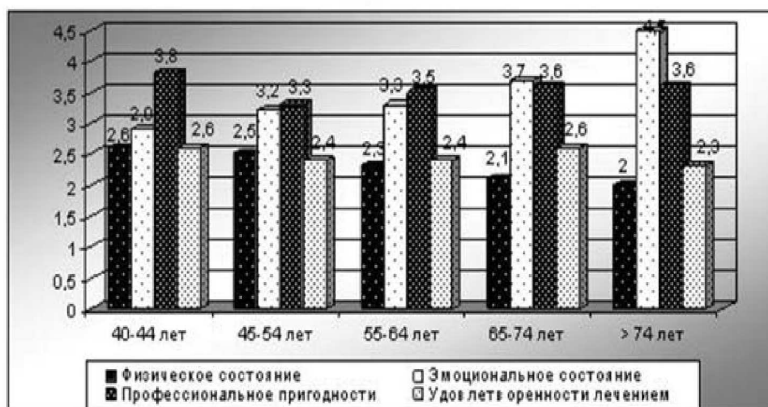


Рис.1. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от возраста (в баллах)

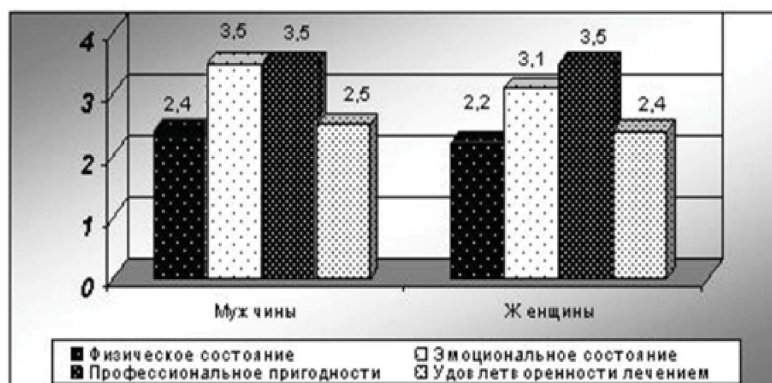


Рис. 2. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от пола (в баллах)

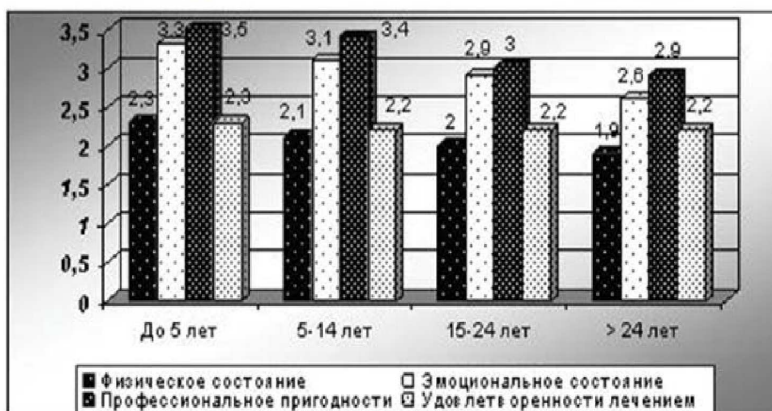


Рис. 3. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от стажа болезни (в баллах)



Рис. 4. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от стажа курения (в баллах)

Таблица 1.
Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний (в баллах)

Параметры	Максимальное возможно	ХОБЛ n=140		P
		С сопутствующие заболевания	Без сопутствующие заболевания	
Физическое состояние	5,2	2,0 ± 0,07	2,1 ± 0,07	> 0,5
Эмоциональное состояние	7,0	3,1 ± 0,12	2,9 ± 0,13	> 0,5
Профессиональное пригодности	7,0	3,1 ± 0,11	3,3 ± 0,13	> 0,2
Удовлетворенности лечением	5,0	2,2 ± 0,07	2,2 ± 0,07	–

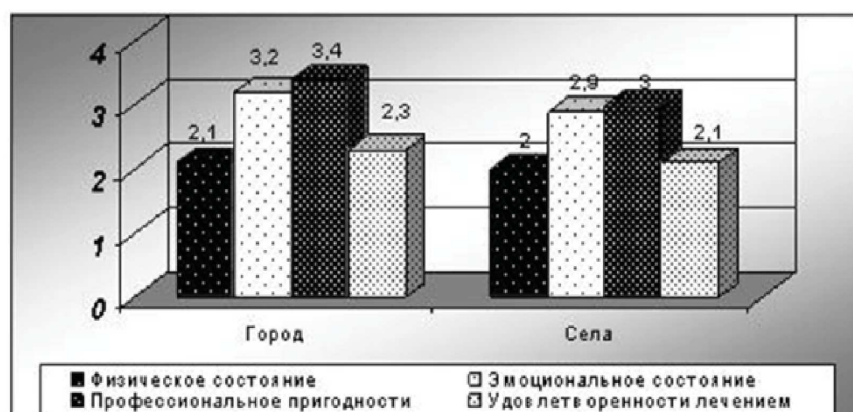


Рис. 5. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от места жительства (в баллах)



Рис. 6. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от социального статуса (в баллах)

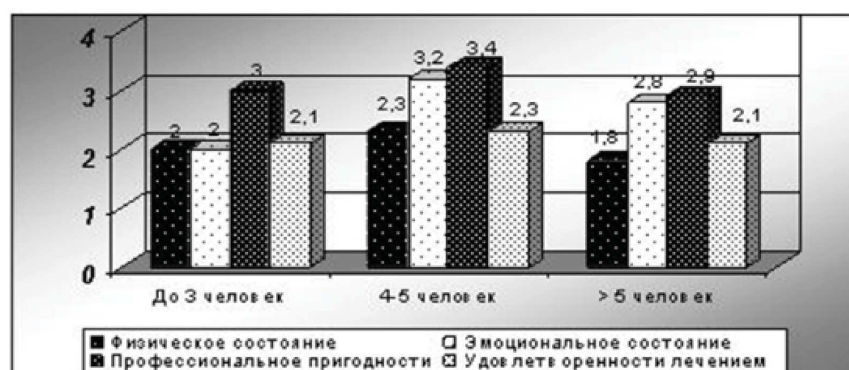


Рис. 7. Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от членом семьи (в баллах)

в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний (таб. 1).

При оценке параметров КЖ больных ХОБЛ, проживающих в городе и селе имеют достоверно низкие параметры эмоционального состояния ($2,9 \pm 0,10$), профессиональной пригодности ($3,0 \pm 0,09$) и удовлетворенность лечением ($2,1 \pm 0,08$) по сравнению с жители города (рис. 5).

Оценка параметров КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от социального статуса (рис. 6) показало, что служащие имеют достоверно большие оценки физического, эмоционального состояния, профессионального пригодности и удовлетворенности лечением по сравнению с колхозниками, у которых параметры физического состояния снижены до $1,8 \pm 0,10$ балла (34,6% от должного), эмоционального до $2,6 \pm 0,23$ (37,1% от должного), профессионального пригодности до $2,9 \pm 0,19$ (41,4% от должного) и удовлетворенности лечением до $2,0 \pm 0,06$ (40,0% от должного).

Служащие в отличие от рабочих имеют также достоверно большие оценки в параметрах физического состояния и удовлетворенности лечением. Рабочие в отличие от колхозников имеют достоверно выше параметры физического ($2,0 \pm 0,07$) и эмоционального ($3,1 \pm 0,14$) состояний.

Результаты исследования по оценке зависимости количества членов семьи на формирования параметров КЖ было отмечено (рис.7), что наибольший уровень всех параметры КЖ отмечен у больных ХОБЛ, которые проживают в семьях 4-5 человек и наиболее низкие — в семьях 5 и более человек. В данной группе больных показали физического состояния снижены до 34,6% от должного, эмоционального — до 40,0%, профессионального пригодности — до 41,4% и удовлетворенности лечением — до 42,0% от должного.

Анализ параметров КЖ больных ХОБЛ в зависимости от жилищных условий (таб. 2) показал, что наиболее низкий уровень всех параметров КЖ отмечался у больных ХОБЛ, проживающих в тяжелых жилищных условиях. Параметров физического состояния снижено до 34,6% от должного и на 30,8% от уровня больных ХОБЛ, проживающих в хороших жилищных условия; эмоциональное состояние снижено до 38,6% от должного и — на 28,9% от уровня хороших жилищных условий; удовлетворенность лечением снижена до 38,0% и — на 26,9% от уровня хороших жилищных условий.

Оценивая параметры КЖ в зависимости от качества медицинского обслуживания (таб. 3), было отмечено, что уровень параметров КЖ был достоверно выше среди больных, которые наблюдались у пульмонолога.

Таблица 2.
Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от жилищных условий (в баллах)

Параметры	МВ	хорошие n=36	удовлет- ворительное n=58	тяжелые n=46	P		
					1-2	1-3	2-3
Физическое состояние	5,2	$2,6 \pm 0,10$	$1,9 \pm 0,06$	$1,8 \pm 0,08$	< 0,001	< 0,001	> 0,5
Эмоциональное состояние	7,0	$3,8 \pm 0,20$	$2,9 \pm 0,10$	$2,7 \pm 0,16$	< 0,001	< 0,001	> 0,5
Профессиональное пригодности	7,0	$3,9 \pm 0,17$	$3,2 \pm 0,12$	$2,8 \pm 0,13$	< 0,001	< 0,001	< 0,02
Удовлетворенности лечением	5,0	$2,6 \pm 0,10$	$2,2 \pm 0,09$	$1,9 \pm 0,08$	< 0,01	< 0,001	< 0,05

МВ – максимальное возможно балла

Таблица 3.
Показатели КЖ у больных ХОБЛ в зависимости от медицинского обслуживания (в баллах)

Параметры	МВ	у терапевта n=100	у пульмо- нолога n=15	ни где не лечились n=23	P		
					1-2	1-3	2-3
Физическое состояние	5,2	$2,0 \pm 0,06$	$2,3 \pm 0,19$	$1,9 \pm 0,11$	> 0,1	> 0,5	< 0,05
Эмоциональное состояние	7,0	$3,1 \pm 0,11$	$3,2 \pm 0,22$	$2,7 \pm 0,19$	> 0,5	< 0,05	< 0,05
Профессиональное пригодности	7,0	$3,2 \pm 0,09$	$3,5 \pm 0,20$	$3,0 \pm 0,15$	> 0,2	> 0,5	< 0,05
Удовлетворенности лечением	5,0	$2,2 \pm 0,06$	$2,5 \pm 0,19$	$2,0 \pm 0,08$	> 0,1	< 0,05	< 0,02

МВ – максимальное возможно балла

При наблюдений больных ХОБЛ у терапевта отмечены достоверно больший уровень показателя эмоционального состояния и удовлетворенности лечением.

Заключение.

Таким образом, результаты исследования показали, что параметры КЖ у больных ХОБЛ определяются множеством факторов и снижаются в зависимости от возраста, пола, стажа болезни, ряда социальных факторов: место жительства, род профессиональной деятельности, количество членов семьи, уровень жилищных условий и медицинского обслуживания. Более выраженное снижение физическое состояние у больных ХОБЛ старшего возраста по сравнению с молодыми пациентами, а эмоциональное состояние достоверно снижено у больных молодыми пациентами по сравнению с старшего возраста. Физическое и эмоциональное состояние достоверно снижено у больных женщин, чем мужчин. У больных страдающих ХОБЛ более 24 лет, параметров КЖ были резко снижены: физическое состояние, эмоциональное, профессиональной пригодности и удовлетворенность терапией. Оценка фактора курения и его длительности, установила, что у курильщиков более 30 лет показатели эмоциональное состояние существенно ниже, чем у бывших курильщиков. При оценке параметров КЖ больных ХОБЛ, проживающих в городе и селе имеют достоверно низкие параметры эмоционального состояния, профессиональной пригодности и удовлетворенность лечением по сравнению с жители города. В зависимости от социального статуса показало, что служащие имеют достоверно большее оценки всех параметров КЖ по сравнению с колхозниками. В зависимости количества членов семьи на формирования параметров КЖ было отмечено, что наибольший уровень всех параметры КЖ отмечен у больных ХОБЛ, которые проживают в семьях 4-5 человек и наиболее низкие — в семьях 5 и более человек. Наиболее низкий уровень всех параметров КЖ отмечался у больных ХОБЛ, проживающих в тяжелых жилищных условиях. Уровень параметров КЖ был достоверно выше среди больных, которые наблюдались у пульмонолога.

Литература:

1. Вострикова Е.А., Багрова Л.О., Осипов А.Г. и др. Чувствительность и специфичность спирометрических показателей при скрининговом исследовании респираторной функции. //Пульмонология.- 2004.-№6.-с. 45-50
2. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хозиева Л.В. Оценка качества жизни больных с заболеваниями органов дыхания. // Проблемы туберкулеза. 2002.- №5.-с 55-61
3. Гурылева М.Э., Визель А.А., Хузиева Л.В., Самерханова А.Э. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких. //Медицинская помощь. 2002.- №4.-с. 13-15
4. Инсарская Т.И. Медико-социальная характеристика больных хроническими обструктивными болезнями легких и система мониторинга управляемых факторов риска. // Автореферат дисс. ... канд. мед. наук – Ч., 1999.
5. Мазур Е.С. Психологические особенности курящих и некурящих больных хроническим обструктивным бронхитом. // Пульмонология.- 1999.- №2.-с. 13-15
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине. // Клиническая медицина. 2000. т.78.- №2.-с. 10-14
7. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии. (По материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТМА'98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания). // Терапевтический архив.-2000.-№3.-с. 36-41
8. Суховская О.А., Илькович М.М., Игнатъев В.А. Методы исследования качества жизни в пульмонологии. Возможности и ограничения (обзор литературы). // Болезни органов дыхания. 2005. т.1. - №1.-с. 50-54
9. Убайдуллаев А.М. Нафас органи касалликлари. // Бахрамов С.М. тахрири остида. –Тошкент. -2004.-с. 84-109
10. Черняк Б.А., Трофименко И.Н., Белевский А.С. Качество жизни у больных ХОБЛ. Чучалин А.Г. (ред.). Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. //Издательство «АТМОСФЕРА» Москва. 2004.-с. 219-253
11. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. //Москва.-2003.-с. 5-108
12. McSweeney A.J. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – New York. 1988. – P.59-85
13. Fan V.S., Curtis J.P., Tu S.P., et al. Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases. //Chest.- 2002.- Aug. 122. (2). P. 429-36