УДК 616.24-092.12-002-053.89-085

# ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

**Садова Н.Г., Рассказова В.Н., Джевага А.В., Рассказова М.Е.**

*ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет», Владивосток, e-mail: vgmu@mail.ru*

Проведено изучение качества жизни у больных острой внебольничной пневмонией, а также у репрезентативно выбранной среди жителей г. Владивостока контрольной группы здоровых одного половозрастного состава с использованием методики исследования качества жизни ( International Society for Quality of Life Research -ISOQOL), которая прошла научную экспертизу и является общепризнанной. Рассчитаны показатели характера и выраженности влияния заболевания на физический, психологический и социальный статус больного.

**Ключевые слова: внебольничная пневмония, качество жизни, социальный, психологический и физический статус больного**

# ESPECIALLY FOR THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH NON-HOSPITAL PNEUMONIA

**Sadova N.G., Rasskazova V.N., Dzhevaga A.V., Rasskazova M.E.**

*State Educational Institution Of Higher Professional Education Vladivostok State Medical University, Vladivostok, e-mail: vgmu@mail.ru*

A study of quality of life in patients with non- hospital pneumonia, as well as representative chosen among the inhabitants of Vladivostok control group of healthy one demographic composition methodology studies quality of life (International Society for Quality of Life Research-ISOQOL) held a scientific examination and is widely recognized. Calculated the nature and extent of impact of disease on physical, psychological and social status of the patient.

**Keywords: non-hospital pneumonia, quality of life, social, psychological and physical status of the patient**

В течение последнего десятилетия возрос интерес к изучению качества жизни (КЖ) как нового интегрального показателя, описывающего наиболее важные функции человека и позволяющего дать глубокий многоплановый анализ изменения этих функций при развитии болезни и их восстановлении на фоне лечения.

**Подходы к изучению качества жизни** при различных заболеваниях имеют необходимые временные оценочные интервалы: **ближайшие и долгосрочные показатели** качества жизни. Анализ ближайших параметров в основном базируется на **субъективных ощущениях** пациента. В этой категории рассматриваются симптомы заболевания, жалобы, временная утрата трудоспособности, которые определяют краткосрочное снижение качества жизни. Оценка долгосрочных показателей зависит от **выживаемости пациентов и частоты необходимых госпитализаций**. При этом анализируются симптомы и жалобы, влияющие на отдаленный прогноз заболевания (скорость прогрессирования процесса, стойкая утрата трудоспособности, уменьшение продолжительности жизни, потеря социальной активности, зависимость от лекарств или постоянного медицинского контроля и др.) [8].

Для оценки КЖ в клинических и популяционных исследованиях целесообразно выделять 3 **основных компонента**, характеризующих медицинские аспекты качества жизни:

1. Функциональные способности – это возможность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную, эмоциональную функции, достигать экономической обеспеченности;
2. Восприятие – это взгляды и суждения человека о ценностях указанных выше компонентов, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью;
3. Симптомы и их последствия — они являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, снижаются или исчезают в результате вмешательства, могут появляться из-за побочного действия лекарств или прогрессирования процесса [1].

Важно понимать, что с помощью анализа КЖ оценивается не степень нарушений, а **то, как человек переносит заболевание.** Изучение КЖ может показать улучшение эмоционально-психологического, социального и физического статуса пациента, но при этом заболевание не регрессирует и даже может значительно прогрессировать. Таким образом, многие специалисты считают функциональное состояние индикатором качества жизни, однако его следует рассматривать, как способность индивидуума в данное время выполнять задание или

функцию, которые должны иметь конкретный результат [3].

Традиционно критериями эффективности лечения в клинических исследованиях являются физикальные данные и лабораторные показатели. Несмотря на то, что стандартные медико-биологические параметры часто являются основными критериями эффективности лечения в клинических исследованиях, они не отражают самочувствия больного и его функционирования в повседневной жизни. При определенных заболеваниях оценка пациентом своего состояния является самым важным показателем здоровья [10].

**Цель исследования.** Установить зависимость между тяжестью заболевания и уровнем качества жизни у госпитализированных больных ВП и оценить клинико-экономическую эффективность терапии.

## Материал и методы исследования

Общепризнанно, что КЖ является многомерным понятием и отражает влияние заболевания и лечения на благополучие больного. КЖ больного характеризует, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания или его лечения. В некоторых случаях это понятие включает также экономические и духовные аспекты функционирования больного.

В настоящее время КЖ больного является важным, а в ряде случаев основным, критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях, поэтому следует уделять серьезное внимание методам его оценки и анализа. Нами использовалась методика исследования качества жизни (International Society for Quality of Life Research -ISOQOL), которая прошла научную экспертизу и является общепризнанной.

**Наиболее известные опросники** для исследования КЖ больных представлены в таблице.

**Неспецифические опросники для** исследования качества жизни

| Название опросника |
|---|
| Опросник оценки качества жизни Европейской группы изучения качества жизни (EUROQOL – EuroQOL Group) |
| Краткая форма оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form [MOS-SF 36]) – 8 шкал, 36 вопросов |
| Индекс общего психологического благополучия (Psychological General Well-Being Index) |
| Профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile) – 12 категорий, 136 вопросов |
| Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile) – 6 параметров оценки переживаний, 38 вопросов; 7 параметров оценки повседневной жизни, 7 вопросов |
| Шкала беспокойства и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale [HAD]); Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index [QWBI]) |
| Опросник здоровья Мак Мастера (McMaster Health Index Questionnaire [MHIQ]) |
| Опросник детского здоровья (Child Health Questionnaire [CHQ]) |
| Опросник оценки качества жизни в педиатрии (PedsQL) |
| Обобщенная шкала оценки качества жизни (Overall Quality of Life Scale) |
| Индекс качества жизни (Quality of Life Index) |

Основными составляющими, которые подлежат изучению при развитии заболевания и оценке эффективности его лечения, являются физическое, психологическое и социальное благополучие больного. Полученные результаты стали основой для выработки рекомендаций по стандартизации методов лечения, опирающихся на показатели КЖ пациентов, и реализации принципов доказательной медицины в клинической практике [2, 6].

Острые и хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) сопровождаются нарушением толерантности к физической нагрузке, обусловленным длительной тканевой гипоксией. Палитра нарушений у больных достаточно разнообразна – это дефицит энергии, снижение жизнеспособности, ощущение беспокойства, возрастание зависимости от других людей и ряд других психологических и социальных проблем, включая утрату трудоспособности. Исследование КЖ при острых и ХНЗЛ дает важную дополнительную информацию о влиянии заболевания и лечения на состояние больного [4, 5].

Сравнение показателей с таковыми у здоровых обследованных позволяет оценить выраженность влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование больного, помогает расширить круг стандартных параметров оценки результативности терапии и более точно и обоснованно судить об эффективности проводимого лечения.

Острые и хронические необструктивные заболевания легких (НЗЛ) относятся к прогрессирующим заболеваниям и, как правило, сопровождаются выраженным снижением показателей КЖ. Исследование КЖ у данной категории больных позволяет оценить как позитивные результаты терапии, так и ее побочные эффекты [7, 9].

Сравнивая показатели КЖ у больных НЗЛ с таковыми у здоровых, нами получены представления о характере и выраженности влияния заболевания на физический, психологический и социальный статусы больного. Результаты исследования КЖ свидетельствуют о том, что по сравнению с общей популяцией у больных НЗЛ более низкий уровень энергии, физической активности и более выражены нарушения сна [6].

Контрольную группу составили 75 человек из репрезентативной выборки населения г. Владивостока, которая соответствовала по полу и возрасту группе больных с внебольничной пневмонией (ВП).

КЖ оценивали с помощью опросника SF-36. Больные самостоятельно заполняли опросник SF-36 в следующих точках:

- в момент поступления в стационар, в острой фазе заболевания — до начала лечения (1-я точка);
- через 21 день после начала лечения в фазе ранней реконвалесценции (2-я точка);
- через 2 месяца после начала лечения в фазе ремиссии (3-я точка).

**Результаты исследования и их обсуждение**

Приведем результаты изучения качества жизни у 75 больных ВП и здоровых людей, полученные в ходе нашего исследования.

Среди больных преобладали мужчины (69,3 %), средний возраст составил 44 ± 0,6 года, жизненная емкость легких – 56,3 ± 14,8 %, объем форсированного выдоха за 1 с – 49,7 ± 6,9 % (от должных величин). Все больные поступили на стационарное лечение в острой фазе заболевания. Во время пребывания в клинике все пациенты получали стандартную терапию: антибиотики, отхаркивающие препараты, бронхолитики, ингаляционные бронходилятаторы.

Изучение показателей качества жизни в динамике (до начала лечения, в периоде обострения и в ходе лечения) позволило выявить ряд закономерностей (рис. 1).

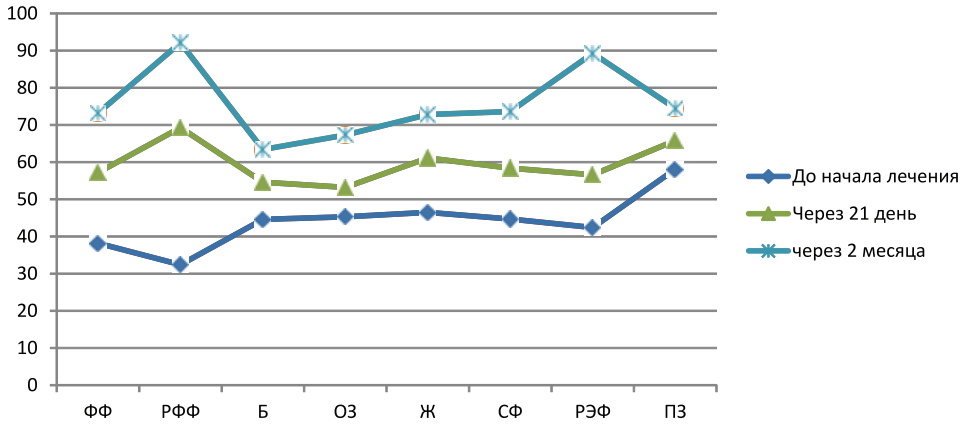


*Рис. 1. Показатели качества жизни больных внебольничной пневмонией (по оси абсцисс – шкала опросника SF-36, по оси ординат – сумма в баллах)*

Как видно из представленных данных, самыми низкими показателями КЖ по всем шкалам опросника были до начала лечения; в большей степени страдали показатели ролевого функционирования (РФФ – 32,4 ± 5,4 балла, ФФ – 38,2 ± 5,6 балла, РЭФ – 42,4 ± 5,7 балла), в меньшей – относящиеся к психологическому компоненту здоровья (СФ – 44,7 ± 5,7 балла, ПЗ – 58,1 ± 5,7 баллов).

Через 21 день после начала лечения статистически значимо улучшались все показатели качества жизни ($p < 0,01$). В наибольшей степени положительная динамика была характерна для шкал РФФ (увеличение в 2 раза) и РЭФ (увеличение в 1,5 раза). В целом показатели шкал физического компонента здоровья (ФФ, Б, РФФ) на 21-й день лечения существенно улучшились и не уступали параметрам психологического здоровья, за исключением шкалы ОЗ (этот показатель был самым низким – 53,2 ± 5,7 балла).

Через 2 месяца после начала лечения показатели КЖ сохраняли тенденцию к улучшению. Статистически значимые изменения по сравнению с предыдущей точкой обследования получены по всем шкалам ($p < 0,01$; по шкале ПЗ – $p < 0,05$), кроме шкалы ОЗ.

Таким образом, в процессе лечения происходило достоверное улучшение всех параметров качества жизни. В большей степени на фоне терапии улучшались показатели ролевого функционирования (РФФ и РЭФ), которые через 2 месяца после начала лечения достигли максимального значения (соответственно 92,1 ± 3,1 и 89,3 ± 3,5 балла), а также показатель шкалы ФФ (увеличился в 1,8 раза). В меньшей степени положительная динамика касалась показателя ОЗ, который через 21 день и через 2 месяца лечения оставался самым низким среди всех параметров качества жизни.

С целью оценки выраженности изменений сравнивали показатели КЖ больных с таковыми в контрольной группе. При активной фазе ВП показатели КЖ оказались существенно ниже, чем в контрольной группе (различия статистически достоверны по всем шкалам).

Как видно из данных рис. 2, у больных в большей степени страдало ролевое функционирование (РФФ и РЭФ), (по оси абсцисс – шкала опросника SF-36, по оси ординат – сумма в баллах).

В процессе лечения существенно улучшалось ролевое, психологическое и социальное функционирование больных. Так, через 2 месяца после начала лечения показатели шкал Ж, ПЗ, СФ и ОЗ становились соизмеримыми с таковыми у здоровых, а ролевое функционирование, особенно показатель РФФ, были выше, чем в контроле ($p < 0,05$). Тем не менее показатель ФФ и через 2 месяца оставался ниже популяционной нормы (соответственно $p < 0,01$).

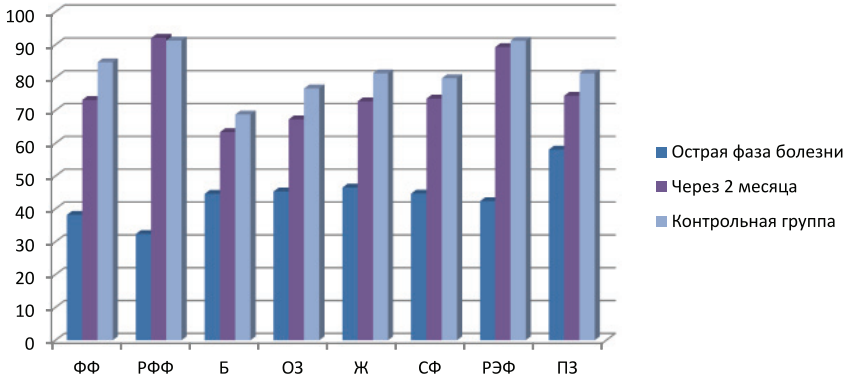


*Рис. 2. Показатели качества жизни у больных внебольничной пневмонией в сравнении с контрольной группой*

Таким образом, исследование КЖ больных ВП с помощью общего опросника SF-36 выявило значительное снижение всех показателей в активной фазе заболевания: в большей степени страдало ролевое функционирование (РФФ и РЭФ); показатели физического здоровья в целом были хуже, чем психологического. При сравнении с контрольной группой установлено, что заболевание ухудшает КЖ больных, оказывая влияние на все сферы жизнедеятельности – физическое, эмоциональное, ролевое, психологическое, социальное функционирование. Через 2 месяца стандартной терапии значительно улучшился ряд параметров КЖ, и только показатель физического функционирования оставался ниже, чем в контрольной группе.

Таким образом, индивидуальный мониторинг КЖ необходимо проводить до начала лечения, на протяжении лечения, а также на этапах ранней и поздней реабилитации. Здесь имеет место прогностическое значение результатов оценки КЖ. Результаты, полученные до лечения, дают ценную информацию о возможном исходе заболевания при использовании того или иного метода лечения и таким образом помогают в выборе правильной тактики ведения пациента. Оценка КЖ позволяет врачу вести постоянный контроль в ходе заболевания и при необходимости проводить коррекцию терапии.

Итак, основными направлениями современной медицины, где может применяться оценка КЖ, являются: во-первых, качественный индивидуальный мониторинг состояния пациента; во-вторых, разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания; в-третьих, разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины; в-четвертых, разработка реабилитационных программ; в-пятых, экспертиза новых методов лечения; в-шестых, проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска и обеспечением динамического наблюдения за группами риска и оценка эффективности профилактических программ; в-седьмых, экономическое обоснование методов лечения с учетом показателей «цена – качество», «стоимость – эффективность».

**Список литературы**

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ.; под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2008. – С. 14–20.

2. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М., 2004. – С. 18–22.

3. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов. – М., 2004. – С. 12–25.

4. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Черняк Б.А. и др. // Пульмонология. – 2005. – № 1. – С. 93.

5. Bousquet J., Burtin B., Chicoye A., Richard A. From genetics to quality of life // The Optimal Treatment and Management of Asthma / Eds P. Chanez et al. – Seattle, 1996. – P. 215–218.

6. Engel G. E. // Amer. J. Psychiat. – 1980. – Vol. 137. – P. 535–543.

7. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Update 2007. – http://www.gpldcord.com.

8. Finnerty J.P., Keeping I., Bullough I., Jones J. The effectiveness ofoutpatient pulmonary rehabilitation in chronic lung disease // Chest. – 2001. – Vol. 119, № 6. – P. 1927–1940.

9. Jones P. W. // Eur. Respir. J. – 2002. – Vol. 19. – P. 398.

10. Limbos MM., Joyse D.P., Chan C.K.N., Kesten S. Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients // Chest. – 2000. – Vol. 118, №2. – P. 142–155.

**Рецензенты:**

Ежов С.Н., д.м.н., профессор кафедры социологии и социальной психологии Тихоокеанского государственного экономического университета, г. Владивосток;

Кику П.Ф., д.м.н., профессор, зам. директора по научной и лечебной работе НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения РАМН – Владивостокский филиал учреждения РАМН Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания; г. Владивосток.

Работа поступила в редакцию 15.02.2011.