О. С. Ахмедова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Работа представлена кафедрой медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ. Научный руководитель – кандидат психологических наук, доцент О. Ю. Щелкова

В статье представлены результаты сравнительного исследования качества жизни 116 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с различной тяжестью заболевания, проведенного с помощью специализированных опросников качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ). Также представлены результаты корреляционного анализа общих и специфических для ХОБЛ характеристик КЖЗ в группах больных на различных стадиях заболевания. Полученные данные позволяют более дифференцированно подойти к планированию психокоррекционной работы с больными ХОБЛ на различных стадиях заболевания.

The article presents the results of the comparative research of quality of life (QoL) of the 116 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with different severity. Results of the correlated analysis of the general and specific for COPD characteristics of QoL of the patients with COPD with different severity of disease were also presented. The results of the study may afford to get a higher degree of individualization of psychological accompaniment of the somatic patients and may have a practical value for the clinical psychologists.

В последние годы внимание врачей, психологов, социологов приковано к изучению качества жизни (КЖ) различных категорий населения. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖЗ), под которым понимают физическое, психологическое, социальное, духовное и финансовое благополучие больного. Сфера исследований КЖЗ является новой, быстро развивающейся отраслью медицинской науки. Данные о КЖЗ наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить более полную и объективную картину болезни[1]. В нашей стране идет активная разработка концепции и методологии КЖ при различных соматических и нервно-психических заболеваниях[2].

Особое значение изучение КЖ имеет для больных с хроническим характером течения заболевания. Известно, что хронические заболевания, склонные к прогрессированию и протекающие с обострениями, оказывают психотравмирующее влияние и могут привести к существенным ограничениям во всех составляющих нормального существования человека. Одним из таких хронических заболеваний, имеющих все большее распространение в последнее время, является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), существенно влияющая на эмоциональное состояние и социальное функционирование пациентов.

«Глобальная инициатива по хроническим обструктивным заболеваниям легких» (GOLD)[3] определяет ХОБЛ как заболевание, характеризующееся прогрессивным нарушением проходимости дыхательных путей, вызванным патологической воспалительной реакцией на хроническое вдыхание частиц. Люди, страдающие ХОБЛ, быстрее стареют и теряют работоспособность, а при отсутствии адекватного лечения быстро становятся инвалидами.

ХОБЛ характеризуется медленным, постепенным началом. В соответствии с международной программой «Глобальная ини-

циатива по ХОБЛ» выделяется несколько стадий ХОБЛ по степени тяжести заболевания. На первой стадии больной может не замечать, что функция легких у него нарушена. Эта стадия сопровождается кашлем и продукцией мокроты. На второй стадии пациенты, как правило, обращаются за медицинской помощью в связи с одышкой и обострением заболевания. Отмечается усиление симптомов с одышкой, появляющихся при физической нагрузке. Третья стадия характеризуется нарастанием одышки, частоты обострений заболевания, которые влияют на КЖ пациентов.

На четвертой стадии обострения могут быть угрожающими для жизни. Болезнь приобретает инвалидизирующее течение[4]. Эта стадия характеризуется также терминальной степенью дыхательной недостаточности, происходит значительное снижение скорости выдоха, она составляет 50% от должной величины. Признаки гипоксии проявляются выраженными астеническими проявлениями.

Представленные клинические характеристики больных ХОБЛ свидетельствуют о том, что данное заболевание сопровождается дыхательным дискомфортом, эмоциональная значимость которого превышает болевой синдром. Именно поэтому важно определить, каким образом болезнь влияет на человека, причем на все аспекты его жизни.

При оценке эффективности проведенного лечения больного с ХОБЛ, врачи опираются на результаты исследования функции внешнего дыхания, рентгенологические данные, клинический анализ крови. Однако при длительном заболевании эти критерии меняются очень незначительно[5]. В этих случаях результаты исследования КЖ могут быть дополнительным и очень важным критерием оценки эффективности лечения.

Основная цель лечения ХОБЛ – снижение частоты обострений и замедление прогрессирования болезни, а также профилактика и лечение осложнений, повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение КЖ[6]. В этом случае КЖ отражает не столько тяжесть течения процесса, сколько показывает, как пациент относится к своему заболеванию, какие трудности он испытывает и какая сфера его жизнедеятельности более всего затронута болезнью. Вследствие этого в качестве актуальной выступает задача комплексного разностороннего рассмотрения КЖЗ пациентов с ХОБЛ на разных стадиях заболевания, что и послужило целью данного исследования.

Основной гипотезой настоящего исследования являлось предположение о наличии существенных различий в структуре КЖЗ пациентов с различной тяжестью хронической обстуктивной болезни легких.
В соответствии с гипотезой и основной целью исследования были сформулированы следующие конкретные задачи:

1. Выявление и сопоставление общих характеристик КЖЗ в группах больных ХОБЛ с различной тяжестью заболевания.
2. Выявление и сопоставление специфических для ХОБЛ особенностей КЖЗ в группах больных ХОБЛ с различной тяжестью заболевания.
3. Изучение взаимосвязи общих и специфических для ХОБЛ характеристик КЖЗ в группах больных, различающихся по степени тяжести заболевания.

Для реализации цели и задач исследования был использован следующий методический аппарат: «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), «Респираторный опросник больницы Святого Георгия» (SGRQ).

«Краткий общий опросник оценки статуса здоровья», обозначаемый в литературе как опросник SF-36 (от английского названия «The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey»), относится к опросниковым методам оценки КЖЗ независимо от характера имеющейся патологии[7]. Опросник состоит из 36 вопросов. Оценка КЖЗ с его помощью проводится по 9 категориям: «Физическая активность» (ФА) – субъективная оценка объема повсед-

невной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время; «Роль физических проблем в ограничении жизнедеятетельности» (РФ) – субъективная оценка степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами; «Боль» (Б) – роль болевых ощущений в ограничении повседневной деятельности; «Общее здоровье» (ОЗ) – субъективная оценка общего состояния своего здоровья в настоящее время; «Жизнеспособность» (ЖС) – субъективная оценка жизненного тонуса; «Социальная активность» (СА) – субъективная оценка уровня взаимоотношений с лицами из ближайшего социального окружения; «Роль эмоциональных проблем» (РЭ) – субъективная оценка степени ограничения повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами; «Психическое здоровье» (ПЗ) – субъективная оценка настроения.

«Респираторный опросник больницы Святого Георгия» (Saint George Respiratory Questionnaire hospital – SGRQ) позволяет сравнивать КЖ пациентов с разными нозологиями, входящими в группу ХОБЛ[8]. Опросник SGRQ состоит из 76 вопросов, сгруппированных в 4 шкалы: шкала «Симптомы» показывает, как больной оценивает свою одышку, кашель, продолжительность, число и тяжесть обострений болезни, измеряет степень беспокойства, обусловленного респираторными симптомами; шкала «Активность» позволяет оценить, какие виды повседневной деятельности ограничиваются основными симптомами заболевания; шкала «Влияние болезни» показывает, как болезнь влияет на повседневную жизнь больного, нарушает ли сон, мешает ли общению с родственниками, друзьями, социальному функционированию, т. е. оценивает психосоциальные последствия болезни; шкала «Общее качество жизни» отражает общую оценку больным своего качества жизни, связанного со здоровьем.

Материал исследования составили данные изучения КЖЗ 116 больных ХОБЛ. Из них – 26 женщин и 90 мужчин, средний возраст больных составил 63,3 года.

В соответствии с целью и задачами все исследованные пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты с 1, 2 и 3-й стадиями заболевания, которые характеризуются нарастанием симптомов заболевания, трудностями концентрации внимания, гипомнестическими проявлениями, аффективной лабильностью. В эту группу вошли 83 пациента, из которых 16 женщин и 67 мужчин, средний возраст – 56,5 года. Вторую группу составили пациенты с 4-й стадией заболевания, характеризующейся заметным усилением проявлений заболевания, повышением частоты обострений заболевания, приводящих к инвалидизации пациентов. На этой стадии появляются более выраженные трудности концентрации внимания, раздражительность, существенные мнестические затруднения, выраженная аффективная лабильность. Вторую группу составили 33 пациента, из которых 10 женщин и 23 мужчины, средний возраст больных – 66 лет.

Результаты сопоставления общих характеристик КЖЗ в группах больных с различной тяжестью заболевания представлены в табл. 1

Таблица 1

Результаты сопоставления общих характеристик КЖЗ в группах больных ХОБЛ с различной тяжестью заболевания

Шкалы опросника SF-36	1-я группа n = 83	2-я группа n = 33
	$M \pm m$	$M \pm m$
Общее здоровье	45,1 ± 1,7*	37,5 ± 3,2*
Физическая активность	46,2 ± 2,7**	25,3 ± 2,9**
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	23,6 ± 3,8*	7,6 ± 0,5*
Роль эмоциональных проблем	44,6 ± 4,6**	16,1 ± 3,0**
Социальная активность	62,7 ± 2,7**	36,0 ± 3,7**
Боль	88,3 ± 2,9	79,7 ± 5,5
Жизнеспособность	37,7 ± 2,08*	28,3 ± 2,8*
Психическое здоровье	54,3 ± 2,0*	44,1 ± 3,0*

Примечание: в табл. 1 и 2: * – статистические различия между сравниваемыми группами на уровне значимости $p < 0,05$; ** – статистические различия на уровне значимости $p < 0,01$.

Анализ данных, представленных в табл. 1, показал, что статистически значимые различия между группами больных ХОБЛ получены по всем шкалам опросника SF-36, кроме шкалы «Боль». Это свидетельствуют о том, что пациенты 1-й группы считают, что могут выполнить большую физическую нагрузку, проблемы со здоровьем меньше ограничивают их в повседневной жизни, по сравнению с пациентами 2-й группы. Пациенты 1-й группы также более высоко оценивают свое здоровье, больше времени ощущают себя полными сил и энергии, выше оценивают качество своих социальных связей, чем пациенты 2-й группы. Кроме того, больные 1-й группы считают, что их эмоциональное состояние меньше влияет на повседневную жизнь; они чаще чувствуют себя спокойными и умиротворенными по сравнению с пациентами 2-й группы.

Отсутствие достоверных различий оценок по шкале «Боль» свидетельствует о том, что болевые ощущения примерно в равной степени ограничивают пациентов двух сопоставляемых групп в повседневной деятельности, что соответствует клинической картине заболевания, не сопровождающейся выраженным болевым синдромом ни на одной из стадий.

Результаты сопоставления специфических для ХОБЛ особенностей КЖЗ в группах больных ХОБЛ с различной тяжестью заболевания представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты сопоставление специфических для ХОБЛ особенностей КЖЗ в группах больных ХОБЛ с различной тяжестью заболевания

Шкалы опросника SGRQ	1-я группа *n* = 83	2-я группа *n* = 33
	M ± *m*	*M* ± *m*
Симптомы	63,7 ± 1,9**	75,4 ± 2,3**
Ограничение активности	69,5 ± 2,3**	93,1 ± 2,1**
Влияние болезни	45,7 ± 1,8**	63,6 ± 2,8**
Общее качество жизни	55,9 ± 1,6**	74,4 ± 2,2**

Как видно из табл. 2, в результате сравнительного анализа обнаружены достоверные различия по всем специфическим для ХОБЛ показателям КЖ в двух группах пациентов. Эти данные свидетельствуют о том, что пациенты 1-й группы по сравнению с пациентами 2-й группы легче оценивают свою одышку, кашель, а также продолжительность, число и тяжесть обострений болезни; меньше видов повседневной деятельности вызывают у них основные симптомы заболевания, болезнь меньше влияет на жизнедеятельность больных (меньше нарушает сон, мешает общению с родственниками, друзьями и другим формам социального функционирования). В целом пациенты 1-й группы лучше оценивают свое качество жизни, связанное со здоровьем, чем пациенты 2-й группы.

Таким образом, проведенное сравнительное исследование показало, что пациенты с менее выраженными симптомами заболевания выше оценивают свое КЖЗ в целом, меньше ограничивают себя в различных сферах социального функционирования, чем пациенты с более тяжелой выраженностью симптомов заболевания.

Результаты изучения взаимосвязи между общими и специфическими для ХОБЛ характеристиками КЖЗ отражают сходную корреляционную структуру показателей в двух изученных группах больных. Это указывает на тесную взаимосвязь проявлений болезни и социального функционирования как на ранних, так и на более отдаленных стадиях заболевания и еще раз подчеркивает влияние ХОБЛ на все аспекты жизнедеятельности больных.

В заключение следует отметить, что на современном этапе развития медицины становится все более очевидной необходимость научно обоснованной психопрофилактической и психокоррекционной работы с больными. Такая работа возможна лишь с учетом знания внутренних психологических закономерностей изменений психики больных, индивидуальных способов реагирования на болезнь, особенно-

тей их социального функционирования в условиях болезни и качества жизни – в целом. Получение полноценных научных данных о влиянии хронической болезни на психику может способствовать более эффективным терапевтическим вмешательствам, психологическому сопровождению больных и психокоррекции. Особо перспективной представляется разработка индивидуальных программ, учитывающих объективные характеристики качества жизни больных ХОБЛ и субъективное отражение болезни и ее последствий в сознании больного.

ПРИМЕЧАНИЯ

[1] *Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб., 2002.

[2] *Вассерман Л. И. и др.* Концепция реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни / Под. ред. М. М. Кабанова. СПб., 2001.

[3] Global initiative for chronic obstructive lung disease. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report. Publ. 2701. March, 2001.

[4] *Казанцев В. А., Вальденберг А. В., Чижова О. Ю.* Диагностика и лечение обструктивной патологии легких. СПб., 2006.

[5] *Barley E. A., JonesP. W.* A comparison of global questions versus health status questionnaires as measures of the severity and impact of asthma // Europ. Respir. J. 1999. Vol. 14. N 3.

[6] *Casaburi R., Mahler D. A., Jones P. W. et al.* A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease // Eur Respir J Feb 2002.

[7] *Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю.* Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. СПб., 2004.

[8] *Шмелев Е. И. и др.* Качество жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // Пульмонология. 1998. № 3.