

Качество жизни как интегральный показатель эффективности терапии: в фокусе пациенты с хронической обструктивной болезнью легких, туберкулезом легких и артериальной гипертензией

Н.В. Багишева¹, М.В. Моисеева¹, И.А. Викторова¹, А.В. Мордык¹,
Д.И. Мордык², Г.В. Филипенко³

¹ Омский государственный медицинский университет

² Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области Минтруда России

³ Клинический противотуберкулезный диспансер, Омск

Quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary tuberculosis and in the presence of the arterial hypertension

N. Bagisheva¹, M. Moiseeva¹, I. Viktorova¹, A. Mordyk¹, D. Mordyk², G. Filipenko³

¹ Omsk State Medical University

² Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Omsk Region of the Ministry of Labor of Russia

³ Clinical TB dispensary, Omsk

© Коллектив авторов, 2020 г.

Резюме

Цель исследования: анализ особенностей изменения качества жизни (КЖ) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), ХОБЛ+туберкулез (ТБ) и при наличии артериальной гипертензии (АГ) (ХОБЛ+ТБ+АГ). **Материалы и методы.** Проанализированы показатели КЖ по восьми шкалам опросника SF-36 у 115 респондентов: 35 пациентов с ХОБЛ, 25 — с ХОБЛ+ТБ, 20 — с ХОБЛ+ТБ+АГ и 35 пациентов с АГ. **Результаты исследования.** В отличие от пациентов с АГ, при ХОБЛ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ уровень ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, общего состояния здоровья, жизнеспособности, социального функционирования, психологического здоровья оценивался ниже среднего в популяции. У пациентов с ХОБЛ+ТБ+АГ выявлены самые низкие показатели как физического, так и пси-

хического индексов здоровья. **Заключение.** Наличие коморбидных ХОБЛ и АГ у пациентов, получающих лечение по поводу ТБ, ведет к снижению КЖ пациентов с тремя конкурирующими заболеваниями, что требует комплексного подхода к ведению данной категории пациентов с привлечением специалистов различных специальностей для повышения комплаенса и излечения пациента от ТБ.

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

Summary

Objective. To analyze the characteristics of the quality of life (QOL) changes in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), COPD + TB and arterial

hypertension (AH) (COPD + TB + AH). **Material and methods.** QOL indices were analyzed by 8 scores of SF-36 questionnaire in 115 respondents (n=35 (COPD), n=25 (COPD + TB), n=20 (COPD + TB + AH), n=35 (AH)). **Results.** Compared to patients with AH, the level of role functioning based on physical condition, general health, vitality, social functioning, and mental health patients with COPD, COPD + TB and COPD + TB + AH, was assessed below the average in general population. Patients with COPD + TB + AH showed the lowest rates of both physical and men-

tal health indices. **Conclusion.** The presence of comorbid COPD and AH in patients receiving treatment for TB leads to a decrease in the QOL of patients with 3 competing diseases, which requires an integrated approach to the management of this category of patients, involving specialists of various specialties to increase patient compliance and cure then from TB.

Keywords: quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, tuberculosis, arterial hypertension

Введение

Наука о качестве жизни (КЖ) рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве важного инструмента при принятии решений относительно методов лечения, научных исследований и подготовки медицинского персонала. ВОЗ рекомендует определять КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства [1]. Основываясь на рекомендациях ВОЗ и проведенных собственных исследованиях, ученые Научно-исследовательского института (НИИ) пульмонологии Российской Федерации предложили следующее определение КЖ: качество жизни — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [2, 3].

Разработаны общие опросники, направленные на оценку здоровья населения и тактику здравоохранения в целом, независимо от нозологии, и специальные опросники для конкретных областей медицины и нозологий в отдельности. Общими у всех опросников являются простота их применения, доступность для понимания пациентами и достоверность результатов (SF-36, КЖ ВОЗ и т.д.) [4, 5].

Дыхательный дискомфорт при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и, как высшая форма его проявления, удушье, сопровождающееся страхом смерти, постоянное ожидание приступа, привязанность к определенным лекарствам, с одной стороны, страх перед этими лекарствами — с другой, все это и многое другое существенно снижает качество жизни больного ХОБЛ [6–9]. Ряд авторов указывают на снижение отдельных параметров качества жизни у больных туберкулезом (ТБ), в том числе при сочетании с ВИЧ-инфекцией [10].

Проблема изменения качества жизни на фоне комплексной терапии, а возможно и полипрагмазии, у больных с тремя конкурирующими заболеваниями, такими как ХОБЛ, артериальная гипертензия (АГ) и ТБ, разработана недостаточно. Сочетание нескольких

патологий у одного человека может оказывать разнонаправленное действие, каждое из которых требует дополнительного изучения и осмысления.

Цель исследования

Целью исследования было проведение сравнительного анализа КЖ на фоне комплексной терапии у пациентов с ХОБЛ, АГ, ХОБЛ+туберкулезом (ТБ) и ХОБЛ+ТБ+АГ.

Материалы и методы исследования

Простое сравнительное проспективное исследование проводилось на базе Бюджетных учреждений здравоохранения Омской области Клинического областного противотуберкулезного диспансера и Клинического противотуберкулезного диспансера № 4, городской поликлиники г. Омска. Критериями включения являлись наличие впервые выявленного туберкулеза легких, наличие ХОБЛ средней и тяжелой степени; АГ 2-й степени, II стадии, информированное согласие на участие в исследовании; возраст 40–70 лет. Критериями исключения были внелегочный туберкулез, наличие ВИЧ-инфекции, вирусных поражений печени, лекарственно-устойчивые формы туберкулеза, нежелание пациента участвовать в исследовании. Исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (good clinical practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

В соответствии с критериями включения в исследование взято 115 пациентов, которые были распределены на четыре группы: 1-я группа — пациенты с АГ — 35 человек, 2-я группа — пациенты с ХОБЛ — 35 человек, 3-я группа — ХОБЛ+ТБ — 25 человек, 4-я группа — ХОБЛ+ТБ+АГ — 20 человек. Среди включенных в исследование преобладали мужчины (53,9% мужчин, 46,1% женщин). Возраст пациентов [Mе (25,0;75,0)] в 1-й группе составил 56,0 (54,0; 60,0) лет, во

2-й группе — 58,0 (56,0; 59,0) лет, в 3-й группе — 60,0 (57,0; 64,0) лет, в 4-й группе — 57,0 (53,0; 63,0) лет.

Пациенты 3-й и 4-й групп имели различные формы туберкулеза легких. Инфильтративный туберкулез был у 89,5% пациентов 3-й группы и 85,6% больных 4-й группы ($\chi^2=0,05$; $p=0,825$), очаговый туберкулез — у 5,3% и 4,2% ($\chi^2=0,11$; $p=0,744$) соответственно, диссеминированный туберкулез — у 3,9 и 6,3% ($\chi^2=0,38$; $p=0,537$), фиброзно-кавернозный туберкулез — у 1,3% в 3-й группе и 3,9% в 4-й группе соответственно ($\chi^2=1,76$; $p=0,185$).

Пациенты получали лечение по I и III режимам химиотерапии: 3-я группа: I режим — 48,3%; III режим — 51,7%; 4-я группа: I режим — 41,1% ($\chi^2=0,38$; $p=0,537$); III режим — 58,9% ($\chi^2=0,29$; $p=0,589$). Пациенты, получающие лечение по IV режиму, в данном исследовании отсутствуют, так как согласно критериям включения отобраны пациенты с лекарственно-чувствительным туберкулезом.

Согласно критериям включения в исследование включены пациенты со среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ. Во 2-й группе среднетяжелая ХОБЛ диагностирована у 23 пациентов, тяжелая — у 12 пациентов; в 3-й группе — 18 и 7 пациентов, в 4-й группе — 16 (при сравнении трех групп использовался критерий Краскела–Уоллиса $H=0,72$; $p=0,867$) и 9 пациентов соответственно ($H=0,47$; $p=0,925$). Все они получали антихолинергические препараты длительного действия, пациенты с тяжелой ХОБЛ — комбинированные бронхолитические препараты (ДДАХ+ДДБА).

Для лечения АГ согласно клиническим рекомендациям используется пять основных классов антигипертензивных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (блокаторы рецепторов ангиотензина II — БРА), блокаторы кальциевых каналов (БКК), диуретики и бета-адреноблокаторы (ББ). В качестве стартовой терапии у большинства пациентов предпочтение отдается комбинации препаратов различных групп (исключение АГ 1-й степени, I стадии). Предпочтительные комбинации включают блокатор ренин-ангиотензиновой системы (РАС) (либо иАПФ, либо БРА) с БКК или диуретиком.

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) в начале терапии и через 3 мес регулярного приема гипотензивных препаратов (лечение проходило в условиях стационаров КПТД, препараты принимались под наблюдением среднего медицинского персонала). Для анализа были взяты показатели среднего САД 24, среднего ДАД 24 и среднего пульсового АД (мм рт.ст.) как параметры, которые быстрее других изменяются при применении гипотензивной терапии. Медиана САД для всех групп в начале терапии составила 138 (131,5; 140,0), среднее

ДАД 84,5 (82,0; 86,0), среднее пульсовое АД 54,0 (52,0; 56,0) мм рт.ст. Через 3 мес антигипертензивной терапии медиана САД для всех групп составила 132 (130,0; 134,0), среднее ДАД 80,0 (79,0; 81,0), среднее пульсовое АД 52,0 (50,0; 53,0) мм рт.ст.

Качество жизни оценивалось по опроснику SF-36. Стандартизованные показатели КЖ по всем шкалам опросника SF-36 рассчитаны у всех 115 пациентов, включенных в исследование. Сбор данных осуществлялся с помощью анкетирования респондентов методом прямого опроса. После разъяснения респондентам целей проводимого опроса давалась информация о том, как планируется использовать результаты исследования, и объяснялись правила заполнения опросника SF-36, затем опросник однократно заполнялся респондентами самостоятельно. Анализ КЖ проводился по следующим шкалам: физическая активность; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизнеспособность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психологическое здоровье [10]. Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше КЖ по данному параметру [4]. Перед подсчетом показателей 8 шкал проводилась перекодировка ответов (процедура пересчета необработанных баллов опросника в баллы КЖ), затем для получения значений каждой шкалы — суммирование перекодированных ответов согласно методике, представленной авторами опросника в руководстве по применению [11].

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного пакета STATISTICA 8.0 (StatSoft, Inc., USA). Описание количественных данных осуществлялось в виде медианы, 25 и 75 перцентилей — $Me (P_{25}; P_{75})$. Качественные данные представлены в виде процентов абсолютных чисел и ($\% \pm m$). Для оценки достоверности различий показателей между двумя группами использовали непараметрический U-критерий Манна–Уитни, между несколькими группами — критерий Краскела–Уоллиса. Достоверность изменений показателей в динамике оценивали с помощью непараметрического критерия согласованных пар Уилкоксона. Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали соответствующим $p < 0,05$.

Результаты исследования

Сравнительный анализ показателей КЖ у пациентов с ХОБЛ и АГ не выявил статистически значимых различий, а у пациентов с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ

показал наличие статистически значимых различий по состоянию как физического, так и психологического здоровья (табл. 1, 2).

Низкие показатели по шкале физического функционирования пациентов с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ свидетельствуют о невозможности выполнения этими пациентами повседневной деятельности (ходьба, подъем по лестнице) в полном объеме. Физическая активность пациентов с ХОБЛ и АГ имела менее выраженные ограничения (рис. 1).

Нами получены низкие показатели по шкале ролевого физического функционирования пациентов с ХОБЛ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ. Выявлены статистически значимые различия между данными группами пациентов.

Среди пациентов с ХОБЛ и ХОБЛ+ТБ выполнение обычной деятельности, повседневных обязанностей значительно ограничивалось физическим состоянием здоровья. У пациентов с АГ не выявлено ограничений в выполнении повседневной деятельности, показатели по шкале ролевого физического функционирования достаточно высоки (см. рис. 1). Пациенты с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ испытывают болевой синдром, о чем свидетельствуют более низкие показатели по шкале интенсивности боли в сравнении с пациентами, страдающими ХОБЛ и АГ. Пациенты с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ сомневались в перспективах лечения, в благоприятных исходах из-за ожидаемого ухудшения

общего состояния здоровья. Все пациенты предъявляли жалобы на утомляемость, снижение работоспособности, жизненной активности. Жизнеспособность респондентов с ХОБЛ+ТБ+АГ была статистически значимо ниже в сравнении с пациентами, страдающими АГ, ХОБЛ и ХОБЛ+ТБ (см. рис. 1).

На рис. 1 представлены значения шкалы социального функционирования пациентов с ХОБЛ, ТБ и ХОБЛ+ТБ. Обращали на себя внимание средние показатели шкал социальной активности пациентов с АГ, ХОБЛ. Пациенты с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ не удовлетворены уровнем социальной активности (общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе), что характеризуется низкими баллами по шкале социального функционирования, соответственно наблюдается значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением здоровья.

Пациенты с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ имели низкие показатели эмоционального функционирования и психологического здоровья, что может свидетельствовать о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии, в отличие от пациентов с АГ и ХОБЛ, которые имели более высокие показатели по данным шкалам (см. рис. 1).

При расчете индексов здоровья для стандартизации значений каждой шкалы был выбран 50% уровень от «идеального» индекса здоровья, как физического,

Таблица 1

Распределение пациентов с ХОБЛ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ в шкалах методики SF-36 с последующим сравнением

Шкалы SF-36	ХОБЛ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	ХОБЛ+ТБ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	Z; p	ХОБЛ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	ХОБЛ+ТБ+АГ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	Z; p
Физическое функционирование	50 (45; 65)	47,5 (30;65)	2,110; 0,034799	50 (45; 65)	40 (25; 55)	Z=-1,608; p=0,108
Ролевое физическое функционирование	25 (0; 75)	25 (0;65)	1,901; 0,989403	25 (0; 75)	25 (0; 75)	Z=-0,201; p=0,841
Интенсивность боли	64 (41; 80)	54,5 (38;70)	2,301; 0,0050130	64 (41; 80)	45 (36; 55)	Z=- 5,829 ; p= 0,000
Общее состояние здоровья	49 (30; 52)	45 (32;46)	2,901; 0,0050403	49 (30; 52)	35,5 (30; 46)	Z=-0,000; p=1,000
Жизнеспособность	48 (30; 60)	45 (30;55)	1,708; 0,0054755	48 (30; 60)	37,5 (31; 45)	Z=- 3,216 ; p= 0,001
Социальное функционирование	52 (38; 75)	50 (34;64)	3,919; 0,000088	52 (38; 75)	45 (32; 55)	Z=- 6,835 ; p= 0,0006
Эмоциональное функционирование	39 (36; 64)	27 (0; 39)	3,316; 0,00091	39 (36; 64)	25 (0; 33)	Z=- 2,412 ; p= 0,016
Психологическое здоровье	41 (41; 64)	38 (38; 60)	2,311; 0,020794	41 (41; 64)	36 (36; 50)	Z=- 2,814 ; p= 0,005
Физический индекс здоровья	36,47 (26,29; 42,85)	36,11 (30,36; 41,34)	1,191; 0,1981370	36,47 (26,29; 42,85)	28,205 (23,22; 37,73)	Z=- 3,819 ; p= 0,000
Психический индекс здоровья	34,275 (28,68; 44,68)	32,18 (28,56; 41,35)	2,610; 0,008969	34,275 (28,68; 44,68)	28,975 (22,4; 37,55)	Z=- 3,216 ; p= 0,001

Таблица 2

Распределение пациентов с АГ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ в шкалах методики SF-36 с последующим сравнением

Шкалы SF-36	АГ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	ХОБЛ+ТБ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	Z; p	АГ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	ХОБЛ+ТБ+АГ Me (P ₂₅ ; P ₇₅)	Z; p
Физическое функционирование	49 (43; 49)	47,5 (30;65)	Z=-8,728; p=0,000	49 (43; 49)	40 (25; 55)	Z=-8,359; p=0,000
Ролевое физическое функционирование	44 (43; 47)	25 (0;65)	Z=-10,943; p=0,000	44 (43; 47)	25 (0; 75)	Z=-10,943; p=0,000
Интенсивность боли	62 (30; 65)	54,5 (38;70)	Z=-11,313; p=0,000	62 (30; 65)	45 (36; 55)	Z=-9,836; p=0,000
Общее состояние здоровья	48 (42; 65)	45 (32;46)	Z=-7,251; p=0,000	48 (42; 65)	35,5 (30; 46)	Z=-8,913; p=0,000
Жизнеспособность	46 (36; 50)	45 (30;55)	Z=-5,405; p=0,000	46 (36; 50)	37,5 (31; 45)	Z=-6,143; p=0,000
Социальное функционирование	53 (35; 53)	50 (34;64)	Z=-9,466; p=0,000	53 (35; 53)	45 (32; 55)	Z=-6,143; p=0,000
Эмоциональное функционирование	42 (30; 52)	27 (0; 39)	Z=-8,359; p=0,000	42 (30; 52)	25 (0; 33)	Z=-9,836; p=0,000
Психологическое здоровье	43 (41; 65)	38 (38; 60)	Z=-8,359; p=0,000	43 (41; 65)	36 (36; 50)	Z=-6,513; p=0,000
Физический индекс здоровья	36,39 (30,42; 46,72)	36,11 (30,36; 41,34)	Z=-5,302; p=0,000	36,39 (30,42; 46,72)	28,205 (23,22; 37,73)	Z=-3,744; p=0,000
Психический индекс здоровья	31,135 (25,8; 34,5)	32,18 (28,56; 41,35)	Z=-3,456; p=0,000	31,135 (25,8; 34,5)	28,975 (22,4; 37,55)	Z=-3,928; p=0,000

так и психического, с использованием следующих формул [1]:

Физический индекс здоровья, формула:

$$\begin{aligned} \text{PHsum} = & (\text{PF-Z} \times 0,42402) + (\text{RP-Z} \times 0,35119) + \\ & + (\text{BP-Z} \times 0,31754) + [\text{SF} \times (-0,00753)] + \\ & + [\text{MH-Z} \times (-0,22069)] + [\text{RE-Z} \times (-0,19206)] + \\ & + [\text{VT-Z} \times (-0,02877)] + [\text{GH-Z} \times (-0,24954)]. \end{aligned}$$

Физический индекс здоровья = (PHsum × 10) + 50.

Психический индекс здоровья, формула:

$$\begin{aligned} \text{MHsum} = & [\text{PF-Z} \times (-0,22999)] + [\text{RP-Z} \times (-0,12329)] + \\ & + [\text{BP-Z} \times (-0,09731)] + (\text{SF} \times 0,26876) + \\ & + (\text{MH-Z} \times 0,48581) + (\text{RE-Z} \times 0,43407) + \\ & + (\text{VT-Z} \times 0,23534) + [\text{CH-Z} \times (-0,01571)]. \end{aligned}$$

Психический индекс здоровья = (MHsum × 10) + 50.

Рассчитаны значения физического и психического индексов здоровья отдельно для пациентов с ХОБЛ, АГ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ, проведено сравнение показателей между группами в начале исследования и через три месяца терапии (табл. 3, 4).

Следует отметить наличие статистически значимых различий в показателях физического и психического индексов здоровья между группами как в начале наблюдения, так и на фоне терапии, особенно при сравнении АГ и ХОБЛ+ТБ+АГ, что определяет общую тенденцию утяжеления состояния при увеличении количества нозологий у одного пациента, которое отражается на качестве жизни.

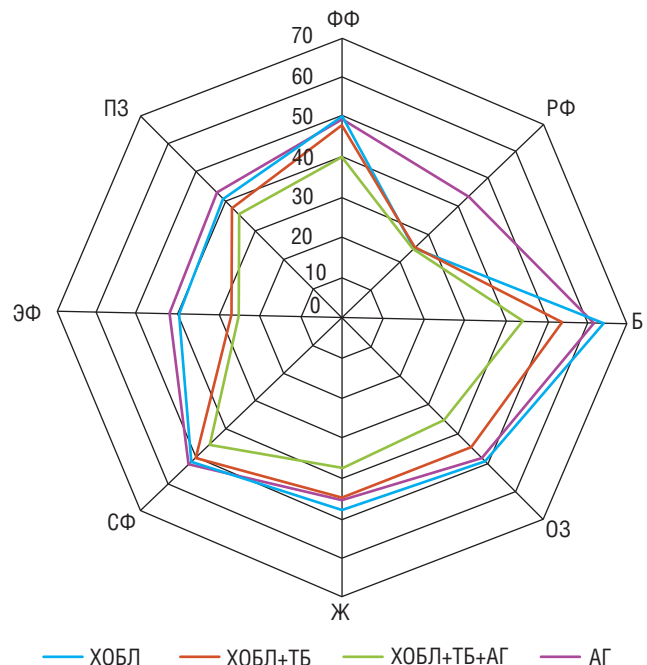


Рис. 1. Значения показателей качества жизни пациентов с ХОБЛ, АГ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ в начале исследования

Адекватная коррекция АД в течение 3 мес привела к позитивным изменениям во всех группах, с тем числе и коморбидных пациентов. Наиболее выраженное снижение наблюдалось при анализе как физического, так и психического индекса здоровья у пациентов с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ (рис. 2, 3). Среди пациентов с

Таблица 3

Сравнительный анализ физического и психического индексов здоровья в группах наблюдения в начале терапии

Группы	Показатели			
	ХОБЛ	ХОБЛ+ТБ	ХОБЛ+ТБ+АГ	АГ
Физический индекс здоровья				
<i>Критерий Краскела–Уоллиса (*p<0,05)</i>				
ХОБЛ		0,039671	4,559306*	0,049014
ХОБЛ+ТБ	0,039671		4,519635*	0,094342
ХОБЛ+ТБ+АГ	4,559306*	4,519635*		5,258518*
АГ	0,049014	0,094342	5,258518*	
Психический индекс здоровья				
ХОБЛ		0,649609	3,303301*	2,461534
ХОБЛ+ТБ	0,649609		2,653692*	1,719285
ХОБЛ+ТБ+АГ	3,303301*	2,653692*		1,312847
АГ	2,461534	1,719285	1,312847	

*p≤0,05.

Таблица 4

Сравнительный анализ физического и психического индексов здоровья в группах наблюдения через 3 мес антигипертензивной терапии

Группы	Показатели			
	ХОБЛ	ХОБЛ+ТБ	ХОБЛ+ТБ+АГ	АГ
Физический индекс здоровья				
<i>Критерий Краскела–Уоллиса (*p<0,05)</i>				
ХОБЛ		1,376434	6,068920*	0,509115
ХОБЛ+ТБ	1,376434		4,692486*	1,063611
ХОБЛ+ТБ+АГ	6,068920*	4,692486*		6,425288*
АГ	0,509115	1,063611	6,425288*	
Психический индекс здоровья				
ХОБЛ		1,766058	5,809644*	4,079468*
ХОБЛ+ТБ	1,766058		4,043586*	2,061554
ХОБЛ+ТБ+АГ	5,809644*	4,043586*		2,558683
АГ	4,079468*	2,061554	2,558683	

*p≤0,05.

ХОБЛ+ТБ+АГ выявлены самые низкие показатели как физического, так и психического индексов здоровья (см. табл. 1).

Через 3 мес имеется некоторая положительная динамика как по физическому, так и по психическому компонентам здоровья, составляющим качество жизни. Коррекция коморбидных состояний оказыва-

ет положительное влияние на состояние человека. Появление через столь короткое время положительных тенденций показателей качества жизни заставляет рассматривать коррекцию коморбидных состояний у пациентов с ТБ как важный фактор повышения приверженности к противотуберкулезной терапии и улучшения прогноза лечения основного заболевания.

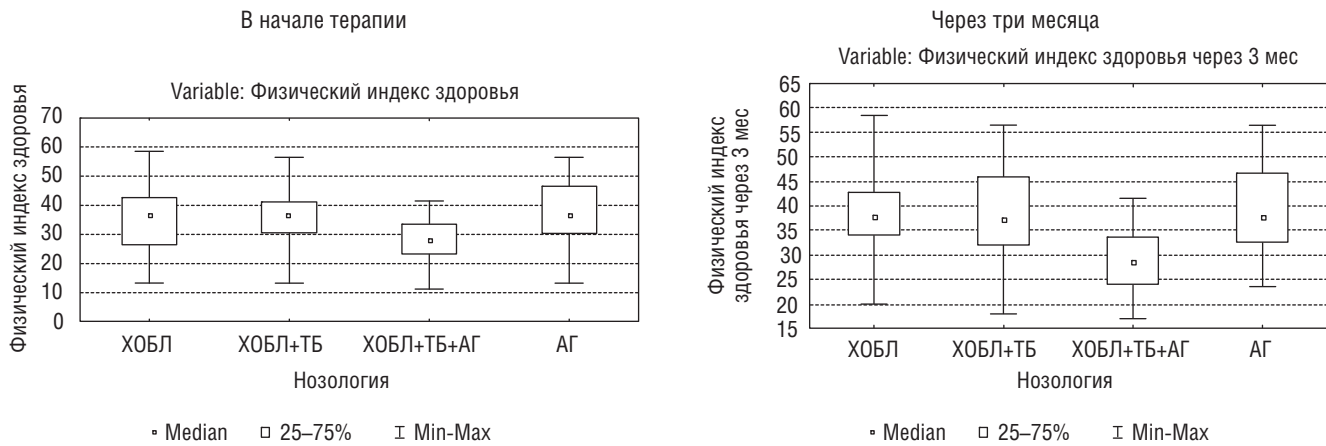


Рис. 2. Динамика физического индекса здоровья пациентов с ХОБЛ, АГ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ

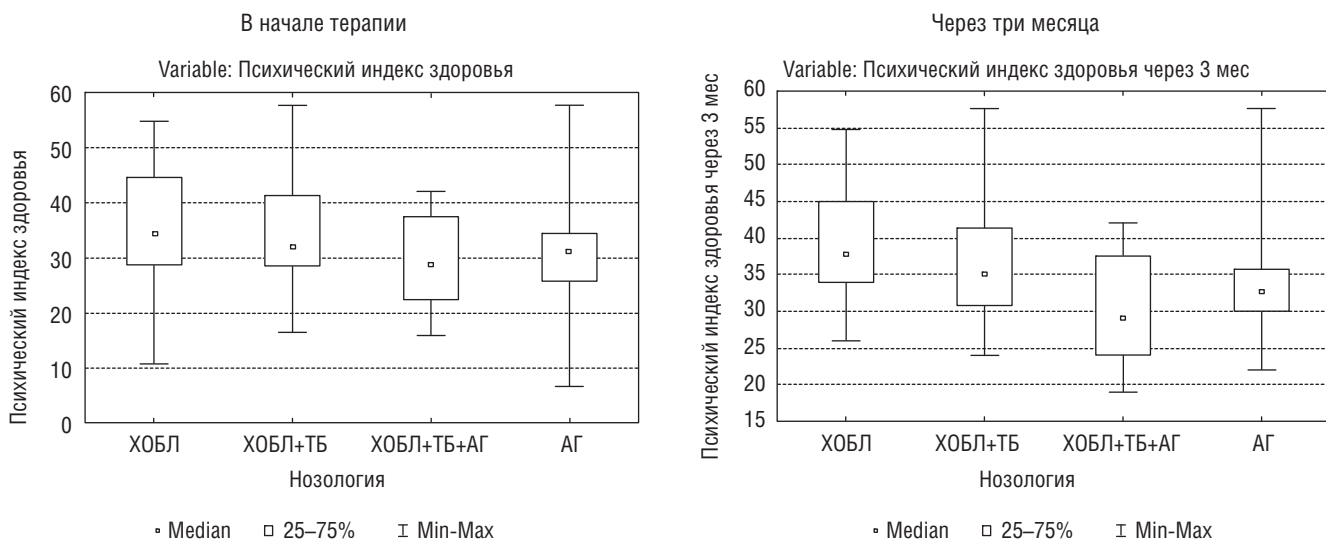


Рис. 3. Динамика психического индекса здоровья пациентов с ХОБЛ, АГ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ

Заключение

Анализ показателей КЖ пациентов с ХОБЛ, АГ, ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ показал, что пациенты с АГ и ХОБЛ имели умеренно выраженное снижение показателей КЖ по большинству шкал опросника SF-36. У пациентов с ХОБЛ, ХОБЛ+ТБ и с ХОБЛ+ТБ+АГ уровень ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, оценивался ниже среднего в популяции [1, 11]. Показатели общего состояния здоровья, жизнеспособности, социального функционирования, психологического здоровья у пациентов с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ оказались также ниже среднепопуляционных [1, 11].

Физический и психический индексы здоровья пациентов с ХОБЛ и АГ умеренно снижались, в отличие от пациентов с ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ, где снижение было выраженным. Усугубление течения ХОБЛ на

фоне коморбидного ТБ или ТБ и АГ, а также системные проявления и возможные осложнения ХОБЛ и АГ снижали как физический, так и психический индексы здоровья пациентов.

Оценка КЖ пациентов с коморбидной легочной и легочно-сердечной патологией (ХОБЛ+ТБ и ХОБЛ+ТБ+АГ) может стать важной частью ведения пациентов с данными нозологиями для длительного сохранения социальной адаптации в обществе, профессиональной деятельности, снижения инвалидизации и смертности. Исследование КЖ актуализирует необходимость терапии всех коморбидных состояний. Необходимо внедрение в рекомендации и алгоритмы ведения пациентов с ХОБЛ+ТБ+АГ комплексного подхода, координации деятельности специалистов (терапевта, пульмонолога, фтизиатра, психотерапевта), так как наличие коморбидной патологии делает усилия одного специалиста (фтизиатра) недостаточными для

достижения выздоровления от такого опасного заболевания, как ТБ. Работа команды специалистов позволит улучшить как физический, так и психический индексы здоровья пациентов с ХОБЛ+ТБ+АГ путем повышения мотивации к увеличению физической активности для снижения системных эффектов ХОБЛ (мышечная слабость). Увеличение физической активности при АГ повысит потребление кислорода организмом, снабжение им органов и тканей, а следовательно, адаптационные возможности организма. Увеличение

приверженности к базисной терапии ХОБЛ и АГ обеспечит работа с психотерапевтом, что в свою очередь положительно скажется на качестве лечения как ХОБЛ и АГ, так и ТБ (прекращение бактериовыделения, рассасывание очагов распада).

Конфликт интересов

Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Список литературы

1. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Черняк Б.А., Алексеева Я.Г., Трофименко И.Н., Зайцева А.С. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в России: результаты многоцентрового популяционного исследования «ИКАР-ХОБЛ». Пульмонология 2005; (1): 93–102 [Chuchalin A.G., Belevskii A.S., Chernyak B.A., Alekseeva Ya.G., Trofimenko I.N., Zaitseva A.S. Quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Russia: results of the multicenter population study "ICAR-COPD" Pul'monologiya 2005; (1): 93–102 (In Russ.)].
2. Попова А.Н., Трибунцева Л.В., Будневский А.В. Качество жизни и коррекция диссомнических нарушений у больных ХОБЛ пожилого возраста. Медицина и качество жизни 2013; (1): 36–37 [Popova A.N., Tribuntseva L.V., Budnevskii A.V. Quality of life and correction of dissonic disorders in elderly COPD patients. Meditsina i kachestvo zhizni 2013; (1): 36–37 (In Russ.)].
3. Сидорова И. Повышая качество жизни больных с ХОБЛ. Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике 2015; (7-8): 100 [Sidorova I. Improving the quality of life of patients with COPD. Remedium. Zhurnal o rossiiskom rynke lekarstv i meditsinskoi tekhnike 2015; (7-8): 100 (In Russ.)].
4. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ»). Научно-практическая ревматология 2008; (1): 36–48 [Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I., Rebrov A.P., Sorotskaya V.N. Population indicators of quality of life according to the SF-36 questionnaire (results of the MIRAGE multicenter study of quality of life. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya 2008; (1): 36–48 (In Russ.)].
5. Фролова Э.Б., Яушев М.Ф. Изучение качества жизни больных ХОБЛ в сочетании с ХСН на основании использования опросника SF-36. Вестник современной клинической медицины 2013; 4 (6): 21–25 [Frolova E.B., Yaushev M.F. Study of the quality of life of COPD patients in combination with CHF based on the use of the SF-36 questionnaire Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny 2013; 4 (6): 21–25 (In Russ.)].
6. Мусеева М.В., Багешева Н.В., Мордык А.В., Иванова О.Г., Иванченко А.А., Нажмутдинова А.Р., Шамшева Е.В., Мордык Д.И. Эхокардиографические особенности пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и впервые выявленным туберкулезом. Врач 2019; 2 (30): 48–51 [Moiseeva M.V., Bagisheva N.V., Mordyk A.V., Ivanova O.G., Ivanchenko A.A., Nazhmutdinova A.R., Shamsheva E.V., Mordyk D.I. Echo-cardiographic features of patients with chronic obstructive pulmonary disease and newly diagnosed tuberculosis. Vrach 2019; 2 (30): 48–51 (In Russ.)].
7. Филина Н.В., Будневский А.В. Изучение качества жизни у больных ХОБЛ с сопутствующей патологией. Молодежный инновационный вестник 2016; 1 (5): 94–95 [Filina N.V., Budnevskii A.V. Study of quality of life in COPD patients with comorbidities Molodezhnyi innovatsionnyi vestnik 2016; 1 (5): 94–95 (In Russ.)].
8. Багешева Н.В., Мордык А.В., Мордык Д.И. ХОБЛ и туберкулез: существует ли связь? Медицинский вестник Северного Кавказа 2019; 1.1 (14): 135–140 [Bagisheva N.V., Mordyk A.V., Mordyk D.I. COPD and tuberculosis: is therealink? Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza 2019; 1.1 (14): 135–140 (In Russ.)].
9. Петрова И.Л., Ушаков В.Ф., Абдурасулов К.Д., Шевченко О.В., Гирфанова Э.О., Садриева Е.В. Качество жизни у больных хроническими обструктивными заболеваниями с коморбидными состояниями. Медицинская наука и образование Урала 2016; 2 (86): 41–44 [Petrova I.L., Ushakov V.F., Abdurasulov K.D., Shevchenko O.V., Girfanova E.O., Sadrieva E.V. Quality of life in patients with chronic obstructive diseases with comorbid conditions. Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala 2016; 2 (86): 41–44 (In Russ.)].
10. Пасечник О.А., Блох А.И., Мордык А.В., Ароян А.Р., Ситникова С.В., Иванова О.Г. Качество жизни больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Медицинский альманах 2017; 4 (49): 129–131 [Pasechnik O.A., Blokh A.I., Mordyk A.V., Aroyan A.R., Sitnikova S.V., Ivanova O.G. Quality of life of patients with HIV-associated tuberculosis. Meditsinskii al'manakh 2017; 4 (49): 129–131 (In Russ.)].
11. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: Олма-пресс, 2007: 313 [Novik A.A., Ionova T.I. Guide to quality of life research in medicine. 2nd ed. ed. by Yu. L. Shevchenko, M.: OLMA PRESS 2007; 313 (In Russ.)].

Поступила в редакцию 12.03.2020 г.

Сведения об авторах:

Багешева Наталья Викторовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии и внутренних болезней Омского государственного медицинского университета; 644000, Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: ppi100@mail.ru; ORCID 0000-0003-3668-1023;

Моисеева Марина Викторовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры поликлинической терапии и внутренних болезней Омского государственного медицинского университета; 644000, Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: lisnyak80@mail.ru; ORCID 0000-0003-3458-9346;

Викторова Инна Анатольевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии и внутренних болезней Омского государственного медицинского университета; 644099, Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: vic-inna@mail.ru; ORCID 0000-0001-8728-2722;

Мордык Анна Владимировна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой фтизиатрии, фтизиохирургии и инфекционных болезней Омского государственного медицинского университета; 644099, Омск, ул. Ленина, д. 12; e-mail: amordik@mail.ru; ORCID 0000-0001-6196-7256;

Мордык Дмитрий Иванович — врач-эксперт Главного бюро медико-социальной экспертизы по Омской области Минтруда России; 644070, Омск, ул. 10 лет Октября угол 2, линия 74/57; e-mail: phtisiatra-omsk@mail.ru;

Филипенко Галина Викторовна — врач функциональной диагностики Клинического противотуберкулезного диспансера; 644058, Омск, Целинная ул., д. 2; e-mail: phtisiatra-omsk@mail.ru.



ФТИЗАМАКС

МАКРОЗИД

ЕКОКС

МАКОКС

ФОРКОКС

ЭТОМИД

ПРОТОМИД

КАПОЦИН

КОКСЕРИН

ТЕРИЗИДОН-МАК

МАК-ПАС

ОФЛОМАК

МАКЛЕВО

ТУБОСАН

на правах некоммерческой рекламы



www.atcl.ru