

## ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

О.Ю.Кыткова, Т.А.Гвозденко

Владивостокский филиал Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, 690105, г. Владивосток, ул. Русская, 73г

## РЕЗЮМЕ

Цель исследования – изучение степени негативного воздействия хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на качество жизни пациентов разных возрастных групп. Качество жизни изучалось у 86 больных ХОБЛ в стадии ремиссии. Основную группу составили пациенты старшего возраста (средний возраст 64,92±3,51 лет), группу сравнения – пациенты зрелого возраста (средний возраст 41,99±2,81 лет). В основу оценки качества жизни положены результаты анкетирования больных по общему вопроснику «Краткий медицинский вопросник» (MOS SF-36) и специализированному вопроснику «Респираторный вопросник госпиталя Святого Георгия» (SGRQ). Согласно результатам проведенных исследований, для больных старшего возраста было характерно снижение показателей качества жизни по большинству шкал общего вопросника MOS SF-36, в сравнении с больными зрелого возраста. Статистически значимое снижение показателей имели шкалы, характеризующие физический и психосоциальный статус пожилых больных. При анализе показателей специфического качества жизни по результатам вопросника SGRQ установлено более выраженное влияние заболевания на общее состояние здоровья среди больных старшего возраста, что подтверждалось более высоким «Суммарным баллом». Таким образом, по результатам применения общего и специализированных вопросников установлено, что возраст является одним из значимых факторов, определяющих выраженность снижения качества жизни больных ХОБЛ в период ремиссии.

Ключевые слова: ХОБЛ, качество жизни, возраст.

## SUMMARY

## INFLUENCE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS

O.Yu.Kytikova, T.A.Gvozdenco

Vladivostok Branch of Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration – Research Institute of Medical Climatology and Rehabilitation Treatment, 73g Russkaya Str., Vladivostok, 690105, Russian Federation

**Objective:** to study the degree of negative impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on the quality of life of patients from different age groups. The quality of life was studied in 86 patients with COPD in remission. The main group consisted of the older pa-

tients (the mean age is 64.92±3.51 years old), the comparison group included mature patients (the mean age is 41.99±2.81 years old). The assessment of the quality of life was done by the results obtained from the questionnaire «Medical Outcomes Study Short Form-36» (MOS SF-36) and specialized questionnaire «St. George's Respiratory Questionnaire» (SGRQ). According to the results of the research, older patients were characterized by a decrease in the quality of life in the majority of scales of the common questionnaire MOS SF-36 compared with mature patients. Statistically significant reductions were in the scales characterizing the physical and psychosocial status of elderly patients. When analyzing the SGRQ specific quality of life questionnaire results, a more significant effect of the disease on the overall health of older patients was found out, which was confirmed by a higher «total score». Thus, the results of general and specialized questionnaires showed that the age is one of the most important factors determining the reduced quality of life of COPD patients in remission.

*Key words:* COPD, quality of life, age.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из сложнейших медико-социальных проблем пульмонологии мирового уровня [3, 5, 6, 10]. По прогнозу ВОЗ, ХОБЛ к 2020 г. выйдет на пятое место в структуре заболеваемости и третье место – в структуре смертности населения [12]. По официальной статистике в России около 1 млн больных ХОБЛ, однако на самом деле этот показатель значительно выше заявленных цифр. В условиях демографического постарения популяции распространенность данной патологии продолжает неуклонно увеличиваться, остро ставя перед мировым геронтологическим сообществом проблему реализации здорового старения, направленную на повышение продуктивности дополнительных лет жизни [16].

Целями лечения ХОБЛ стабильного течения являются уменьшение степени выраженности симптомов, предотвращение обострений и прогрессирования заболевания, что результируется в улучшении качества жизни больных [1]. При хронических заболеваниях в фазе ремиссии качество жизни является основным критерием оценки состояния больного. В настоящее время качество жизни рассматривают как самостоятельный критерий, характеризующий самочувствие больного и эффективность разработки и реализации новых стратегий в терапии различных заболеваний [2, 8]. Улучшение субъективной характеристики больным его физического, психоэмоционального и социального функционирования является одним из определяющих результатов лечения ХОБЛ [7, 15]. Установлено, что

критерий качества жизни изменяется во времени, в зависимости от состояния больного, однако исследования, посвященные изучению взаимосвязи возраста и данного параметра, весьма ограничены [9]. Учитывая социальную значимость ХОБЛ, изучение качества жизни лиц старших возрастов при данной патологии представляется чрезвычайно актуальным направлением исследований [4].

Главным инструментом изучения качества жизни являются общие и специализированные вопросники [11]. Одним из широко применяемых в популяционных и специализированных исследованиях качества жизни является общий Краткий медицинский вопросник MOS SF-36 (*Medical Outcomes Study Short Form-36*), разработанный в Институте здоровья США [14]. Специализированный вопросник SGRQ (*St. George's Respiratory Questionnaire* – Респираторный вопросник госпиталя Святого Георгия) сфокусирован на специфических проявлениях заболевания и обладает высокой чувствительностью и хорошей воспроизводимостью, что делает его достаточно популярным в исследовании качества жизни больных ХОБЛ [13].

Целью настоящего исследования явилось изучение качества жизни больных ХОБЛ разных возрастных групп при помощи общего и специализированного вопросников.

#### Материалы и методы исследования

Были обследованы 86 больных ХОБЛ в стадии ремиссии. Диагноз ХОБЛ устанавливался на основании клинических, анамнестических и функциональных методов исследования (критерии GOLD, 2011). Основную группу составили 42 пациента старшего возраста (средний возраст  $64,92 \pm 3,51$  года), группу сравнения – 44 больных зрелого возраста (средний возраст  $41,99 \pm 2,81$  года).

Сбор данных осуществлялся методом анкетирования респондентов. Опросник SF-36 позволяет проанализировать качество жизни больных ХОБЛ по 8 шкалам, отражающим физический и психосоциальный статус. Оценивали:

- Физическую активность, ФА (*PF – Physical Functioning*). Субъективная оценка респондентом объема повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время. Чем выше показатель, тем большую нагрузку респондент может выполнить.

- Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, РФ (*RP – Role Physical*). Оценка респондентом степени ограничения жизнедеятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем меньше проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.

- Боль, Б (*BP – Bodily Pain*). Оценка боли в ограничении повседневной деятельности респондента за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем меньше влияние болевых ощущений.

- Общее здоровье, ОЗ (*GH – General Health*). Субъективная оценка респондентом общего состояния

здоровья. Чем выше показатель, тем лучше респондент воспринимает здоровье в целом.

- Жизнеспособность, ЖС (*VT – Vitality*). Оценка респондентом своего жизненного тонуса за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем выше жизненный тонус.

- Социальную активность, СА (*SF – Social Functioning*). Субъективная оценка респондентом уровня взаимоотношений с окружающими за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем выше уровень социальной активности.

- Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, РЭ (*RE – Role Emotional*). Оценка респондентом степени ограничения жизнедеятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем меньшее влияние эмоционального состояния.

- Психическое здоровье, ПЗ (*MH – Mental Health*). Субъективная оценка респондентом настроения за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем лучше настроение.

Градации показателя качества жизни для доменов опросника: низкий показатель – 0-20 баллов; пониженный – 21-40 баллов; средний – 41-60 баллов; повышенный – 61-80 баллов; высокий – 81-100 баллов.

Опросник SGRQ состоит из 76 вопросов, сгруппированных в 4 шкалы:

- Шкала симптомов (*Symptoms*) – оценка респондентом симптомов обструкции дыхательных путей, продолжительности, числа и тяжести обострений болезни.

- Шкала активности (*Activity*) – оценка респондентом видов повседневной деятельности, ограничиваемых основными симптомами заболевания.

- Шкала воздействия (*Impact*) – психосоциальные последствия болезни.

- Шкала общего качества жизни (*Total*) – суммирующее влияние заболевания на общее состояние здоровья по оценке респондента.

Оценка производилась по 100-балльной шкале. Чем выше балл, тем значительнее влияние болезни на качество жизни респондента.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием прикладной программы Statistica 6.0. Достоверность оценивалась с помощью критерия Стьюдента.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Согласно результатам проведенных исследований, для больных старшего возраста (основная группа) было характерно снижение показателей качества жизни по большинству шкал общего вопросника MOS SF-36, в сравнении с больными зрелого возраста (группа сравнения). Большинство доменов в основной группе находились в диапазоне от 41 до 60 баллов, соответствующем среднему уровню качества жизни ( $53,99 \pm 2,81$ ), в то время как в группе сравнения – в диапазоне от 61 до 80 баллов, соответствующем показателю уровня качества жизни выше среднего ( $64,92 \pm 3,53$ ). Данные различия могли быть обуслов-

лены длительностью течения основного заболевания и возраст-зависимым формированием феномена полиморбидности у больных старшего возраста. Статистически значимое снижение показателей имели шкалы, характеризующие физический (ФА, Б, ОЗ, РФ) и психосоциальный (СА, РЭ, ОЗ) статус пожилых больных (табл. 1). Так, отмечено снижение субъективной оценки респондентами старшего возраста общего состояния здоровья на 24,91% ( $p < 0,05$ ), объема повседневной физической нагрузки на 19,85% ( $p < 0,05$ ), уровня взаимоотношений с окружающими на 20,88% ( $p < 0,05$ ), повышение значимости роли физических (на 20,15%,  $p < 0,05$ ) и эмоциональных (на 20,71%,  $p < 0,05$ ) проблем в ограничении жизнедеятельности, объема субъективных болевых ощущений на 15,63% ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 1**  
Показатели качества жизни больных ХОБЛ по данным вопросника MOS SF-36 (M±m)

Шкалы	Основная группа	Группа сравнения
ФА	51,34±1,75*	64,06±2,24
РФ	50,60±3,54*	63,37±1,92
РЭ	60,19±2,88*	75,92±2,31
СА	52,43±3,33*	66,27±2,58
Б	66,43±2,78*	78,74±3,06
ПЗ	48,97±2,53	55,90±2,36
ЖС	55,24±5,19	55,53±4,52
ОЗ	44,07±1,85*	58,69±1,82

*Примечание:* \* –  $p < 0,05$  – уровень статистической значимости различий показателей при сравнении между группами.

При анализе показателей специфического качества жизни по результатам вопросника SGRQ установлено более выраженное снижение качества жизни у больных старшего возраста, в сравнении с группой зрелого возраста (табл. 2). Среднее значение показателя шкалы «Симптомы» было выше на 28,07% ( $p < 0,05$ ), «Активность» – на 51,32% ( $p < 0,001$ ) в основной группе больных. Наиболее выраженные изменения касались шкалы «Активность», которая связана с видами деятельности, мотивирующими или затрудняющими дыхание больного ХОБЛ. Несмотря на более высокие показатели шкалы «Влияние» в группе больных старшего возраста, различия с показателем в группе больных зрелого возраста не имели статистической достоверности. Выраженное влияние заболевания на общее состояние здоровья среди больных старшего возраста подтверждалось более высоким (на 28,44%,  $p < 0,01$ ) «Суммарным баллом».

Степень негативного воздействия ХОБЛ на качество жизни пациентов в значительной мере определяется возрастом. Результаты оценки качества жизни по общему и специализированному вопросам представляют собой важные аналитические данные о существенном влиянии ХОБЛ не только на физический, но и психосоциальный статус пациентов старшего возраста. Учет качества жизни больных ХОБЛ старших возрастов может способствовать улучшению медицин-

ского обслуживания этой возрастной категории пациентов за счет включения в реабилитационные программы направлений, корригирующих психосоциальную составляющую жизни.

**Таблица 2**  
Показатели качества жизни больных ХОБЛ по данным вопросника SGRQ (M±m)

Шкалы	Основная группа	Группа сравнения
Симптомы	44,25±3,11*	34,55±2,99
Влияние	34,02±1,31	30,88±0,76
Активность	48,68±2,78**	32,17±1,38
Суммарный балл	42,67±1,39*	33,22±0,80

*Примечание:* \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,001$  – уровень статистической значимости различий показателей при сравнении между группами.

Таким образом, по результатам анкетирования больных ХОБЛ разных возрастных групп с применением общего и специализированных вопросников установлено, что возраст является одним из значимых факторов, влияющих на выраженность снижения качества жизни больных ХОБЛ в период ремиссии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких / Г.И.Ермаков [и др.]. Ижевск, 2010. 140 с.
2. Ермолаев А.А., Нарышкина С.В. Влияние диротона® на показатели качества жизни у больных с легочной гипертензией // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2003. Вып.14. С.50–52.
3. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Пригорнев В.Б. Состояние и перспективы развития пульмонологической помощи населению на территории Дальневосточного федерального округа // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2007. Вып.27. С.7–8.
4. Колосов В.П., Трофимова А.Ю., Нарышкина С.В. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких. Благовещенск, 2011. 132 с.
5. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Перельман Ю.М. Скрининговая оценка хронических респираторных заболеваний: итоги реализации I этапа проекта ВОЗ-GARD на территории Амурской области // Бюл. физиол. и патол. дыхания. 2012. Вып.46. С.8–18.
6. Колосов В.П., Манаков Л.Г., Кику П.Ф., Полянская Е.В. Заболевания органов дыхания на Дальнем Востоке России: эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты. Владивосток: Дальнаука, 2013. 220 с.
7. Нарышкина С.В., Коротич О.П., Круглякова Л.В. Клиническая пульмонология (учебное пособие). Благовещенск, 2010. 142 с.
8. Новик А.А. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под. ред. Ю.Л.Шевченко. М.: РАЕН, 2012. 528 с.
9. Сухов В.М. Хроническая обструктивная болезнь легких и качество жизни у людей пожилого возраста, зависимость от табакокурения и взаимосвязь с сер-

дечно-сосудистой патологией: науч.-практ. пособие. Самара: Волга-Бизнес, 2009. 96 с.

10. Хроническая обструктивная болезнь легких / под ред. А.Г.Чучалина. М.: Атмосфера, 2008. 568 с.

11. Relationship between depression in patients with COPD and the percent of predicted FEV(1), BODE index, and health-related quality of life / A.Iguchi [et al.] // *Respir. Care*. 2013. Vol.58, №2. P.334–339.

12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2011. URL: <http://www.goldcopd.org>.

13. Jenkins C., Rodriguez-Roisin R. Quality of life, stage severity and COPD // *Eur. Respir J.* 2009. Vol. 33, №5. P.953–955.

14. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. The St. George's Respiratory Questionnaire // *Respir. Med.* 1991. Vol. 85, Suppl.B. P.25–31.

15. Factors associated with changes in quality of life of COPD patients: a prospective study in primary care / M.Monteagudo [et al.] // *Respir Med.* 2013. Vol.107, №10. P.1589–1597.

16. Vijayan VK. Chronic obstructive pulmonary disease // *Indian J. Med. Res.* 2013. Vol.137, №2. P.251–269.

#### REFERENCES

1. Ermakov G.I., Strelkov N.S., Molchanova L.F., Vakhrushev Ya.M. The quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Izhevsk; 2010 (in russian).

2. Ermolaev A.A., Naryshkina S.V. Dirotone® effect on life quality values in patients with chronic obstructive bronchitis accompanied with lung hypertension. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniya – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2003; 14:50–52 (in russian).

3. Kolosov V.P., Manakov L.G., Prigornev V.B. Condition and prospects of development of pulmonological care in territory of Far East Federal District. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniya – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2007; 27:7–8 (in russian).

4. Kolosov V.P., Trofimova A.Yu., Naryshkina S.V. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Blagoveshchensk; 2011 (in russian).

5. Kolosov V.P., Manakov L.G., Perelman J.M. Screening estimation of chronic respiratory diseases: the results of realization of World Health Organization project first stage – GARD on the territory of the Amur region. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniya – Bulletin physiology and pathology of respiration* 2012; 46:8–18 (in russian).

6. Kolosov V.P., Manakov L.G., Kiku P.F., Polyanskaya E.V. Respiratory diseases in the Far East of Russia: epidemiologic and social-hygienic aspects. Vladivostok: Dal'nauka; 2013 (in russian).

7. Naryshkina S.V., Korotich O.P., Kruglyakova L.V. Clinical Pulmonology. Blagoveshchensk; 2010 (in russian).

8. Hovik A.A., Ionova T.I. Guide to the study of life quality in medicine. Moscow: RAEN; 2012 (in russian).

9. Sukhov V.M. Chronic obstructive pulmonary disease and quality of life among the elderly, the dependence on tobacco use and its association with cardiovascular disease. Samara: Volga-Biznes; 2009 (in russian).

10. Chuchalin A.G. Chronic obstructive pulmonary disease. Clinical guidelines. Moscow: Atmosfera; 2008 (in russian).

11. Iguchi A., Senjyu H., Hayashi Y., Kanada R., Iwai S., Honda S., Kitagawa C., Ozawa H., Rikitomi N. Relationship between depression in patients with COPD and the percent of predicted FEV(1), BODE index, and health-related quality of life. *Respir. Care* 2013; 58(2):334–339.

12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2011. Available at: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

13. Jenkins C., Rodriguez-Roisin R. Quality of life, stage severity and COPD. *Eur Respir J.* 2009; 33(5):953–955.

14. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Respir. Med.* 1991; 85(Suppl.B):25–31.

15. Monteagudo M., Rodríguez-Blanco T., Llagostera M., Valero C., Bayona X., Ferrer M., Miravittles M. Factors associated with changes in quality of life of COPD patients: a prospective study in primary care. *Respir Med.* 2013;107(10):1589–1597.

16. Vijayan VK. Chronic obstructive pulmonary disease. *Indian J. Med. Res.* 2013; 137(2):251–269.

Поступила 04.12.2014

Контактная информация

Оксана Юрьевна Кытикова,

кандидат медицинских наук, лаборант-исследователь,

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения,

690105, г. Владивосток, ул. Русская, 73г.

E-mail: [kytikova@yandex.ru](mailto:kytikova@yandex.ru)

Correspondence should be addressed to

Oksana Yu. Kytikova,

MD, PhD, Research assistant,

Research Institute of Medical Climatology and Rehabilitation Treatment,

73g Russkaya Str., Vladivostok, 690105, Russian Federation.

E-mail: [kytikova@yandex.ru](mailto:kytikova@yandex.ru)