

УДК:616.24

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ

Акбарова Г.К., Усманова У.И., Жураева М.А., Иминова Д.А

Кафедра подготовки врача общей практики №1 АГМИ.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, качество жизни, пикфлоуметрия, пульсоксиметрия, дыхательная недостаточность

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. По оценкам ВОЗ, ХОБЛ является одной из важнейших причин заболеваемости и смертности во всем мире (прогностически к 2020 году опередит все другие заболевания респираторной системы, в т.ч. и туберкулез легких), приводящей к значительному экономическому и социальному ущербу [3,6,9]. Несвоевременное использование функциональных методов исследования у больных с нарушением вентилиционной функции легких приводит к позднему выявлению ХОБЛ, когда заболевание принимает характер средней тяжести или тяжелый [1,2,4,6]. Кроме того, многим больным ХОБЛ свойственны эмоциональные расстройства и отсутствие мотивации к лечению, что значительно ухудшает качество жизни и усугубляет течение заболевания. В связи с этим, большая часть информации о распространенности, смертности и заболеваемости ХОБЛ недостаточно объективна, что в свою очередь приводит к недооценке общего ущерба наносимого этой патологией [3,5,7,8,10].

Цель исследования: повышение эффективности амбулаторных лечебно-диагностических мероприятий и качества жизни (КЖ) больных среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ на основе комплексной коррекции функциональных и депрессивных нарушений.

Методы исследования: Методом анкетирования и с помощью клинико-функциональных исследований обследовано 97 человек жителей города Андижан и сельских поселений Андижанской области. Из них 57 жителей областного центра и 40 жителей сёл. Исследование состояло из 3 этапов.

1 этап - выявление и клинико-инструментальное обследование больных ХОБЛ с определением тяжести течения заболевания.

2 этап - оценка КЖ с учетом функциональных и депрессивных нарушений больных среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ и сравнение его с не страдающими ХОБЛ.

3 этап - изучение возможности психофармакологической коррекции КЖ больных ХОБЛ, получавших комплексную базисную терапию.

Распространенность ХОБЛ в городе Андижан и Андижанской области составила 11%. Среди больных ХОБЛ было 7 (64%) мужчин и 4 (36 %) женщина. Из 11 больных ХОБЛ были отобраны 9 больных ХОБЛ II и III стадии, постоянно принимавших базисную терапию: 6 больной ХОБЛ II стадии и 3 больных ХОБЛ III стадии. В контрольную группу были включены 17 не страдающих ХОБЛ пациентов – 7 женщины и 10 мужчин в возрасте от 41 до 79 лет (средний возраст $62,0 \pm 8,3$). По наличию сопутствующих ХОБЛ заболеваний основная и контрольная группы были идентичны.

Диагноз ХОБЛ был установлен ранее на основании жалоб (на кашель, продукцию мокроты, одышку), анамнестических данных (анамнез заболевания, базисная терапия, получаемая по поводу заболевания), инструментальных данных (пикфлоуметрия) - отношение $ОФВ1/ЖЕЛ < 70\%$; постбронходилатационное значение $ОФВ1 - 50\% < ОФВ1 < 80\%$ от должного для ХОБЛ II и постбронходилатационное значение $ОФВ1 - 30\% < ОФВ1 < 50\%$ от должного для ХОБЛ III (GOLD, 2008). Оценка клинических симптомов проводилась при помощи модифицированной шкалы симптомов больных ХОБЛ (Paggiaro, 1998), основанной на взвешенной балльной оценке одышки, кашля, продукции мокроты и цвета мокроты. Оценивали стаж курения, выражаемый числом пачка/лет = (число сигарет в день $\times$ длительность курения, годы)/20. Проводили тест с 6-минутной ходьбой в соответствии со стандартным протоколом (Enright & Sherill, 1998). Проводили пульсоксиметрию для определения насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом. Результаты обрабатывались методами дисперсионного анализа и представлены в виде $M \pm t$.

Оценка достоверности различий средних величин и относительных показателей проводилась с использованием t- критерия Стьюдента.

Результаты исследования: Распределение больных ХОБЛ по стадиям заболевания составило: ХОБЛ I стадии в городе Андижан - 32%, в сельской местности — 33%; ХОБЛ II стадии - 41% и 35% соответственно; ХОБЛ III стадии - 23% и 28% соответственно; ХОБЛ IV стадии - 4% и 4% соответственно. Представленные данные показали отсутствие достоверных отличий в сравниваемых группах больных ($p > 0,05$). КЖ больных ХОБЛ было статистически значимо ниже по всем шкалам опросника SF-36, чем у здоровых лиц ($p < 0,001$). В большей степени данные изменения были характерны для следующих шкал: физическое функционирование - PF (средние значения шкалы для здоровых лиц - $78,2 \pm 11,3$, для больных ХОБЛ - $60,7 \pm 7,8$ ($p < 0,001$)), общее состояние здоровья - GH (средние значения шкалы для здоровых лиц - $68,5 \pm 9,7$, для больных ХОБЛ - $46,5 \pm 10,2$ ($p < 0,001$)), жизненная активность — VT (средние значения шкалы для здоровых лиц — $74,9 \pm 8,1$, для больных ХОБЛ - $55,4 \pm 9,4$ ($p < 0,001$)), психическое здоровье - MH (средние значения шкалы для здоровых лиц - $80,2 \pm 9,7$, для больных ХОБЛ - $65,4 \pm 8,3$ ($p < 0,001$)). При анализе КЖ больных ХОБЛ были выявлены достоверные различия по всем показателям между больными ХОБЛ II стадии и ХОБЛ III стадии. Больные ХОБЛ III стадии имели статистически более низкие показатели КЖ, чем больные ХОБЛ II стадии. Эти различия были связаны как с психологическими проблемами, так и с физическим функционированием. Анализ курения как одного из ведущих факторов, определяющих прогрессирование ХОБЛ, позволил выявить особенности КЖ пациентов. На момент обследования курили 6 (100%) пациентов ХОБЛ II стадии и 2 (72%) больных ХОБЛ III стадии. При сравнении показателей КЖ достоверных отличий между курящими и некурящими пациентами выявлено не было. На показатели КЖ опросника SF-36 влиял, согласно нашему исследованию, не сам факт курения, но его интенсивность. При сравнении КЖ пациентов со стажем курения 10-20 пачек/лет и более 20 пачек/лет были выявлены статистически достоверные отличия по всем шкалам

опросника, кроме шкалы RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием), по которой изменения были не достоверными ($p > 0,05$). Эти различия были достоверными по всем шкалам опросника SF-36. При анализе показателей КЖ больных ХОБЛ возрастных группах от 43 лет до 65 лет и старше 66 лет, были выявлены достоверно более низкие показатели у пациентов более старшего возраста по всем шкалам. Это объясняется появлением явной клинической симптоматики ХОБЛ и клинически значимым прогрессированием заболевания в этом возрасте.

Как показал анализ результатов тестирования по шкале Цунге, легкое депрессивное состояние ситуативного или невротического генеза было определено у 20% обследованных, маскированная депрессия - у 14%, истинное депрессивное состояние - у 6% пациентов. Состояние без депрессии выявлено у 60% человек. Эти данные свидетельствуют, что прогрессирование ХОБЛ сопровождается нарастанием распространенности и глубины депрессивных нарушений. При сравнении групп пациентов с ХОБЛ III и ХОБЛ IV, используя показатель соответствия χ^2 , достоверных различий не было выявлено. При анализе показателей КЖ больных ХОБЛ средней и тяжелой степени тяжести без депрессивных расстройств и с депрессивными нарушениями были выявлены достоверно более высокие показатели КЖ у 5 пациентов без депрессии, за исключением только показателя RE (ролевое функционирование) в группе больных ХОБЛ II ($p > 0,1$).

Высокая встречаемость депрессивных расстройств и их влияние на КЖ больных ХОБЛ обусловили необходимость психофармакологической коррекции. Для решения данной задачи нами был использован флуоксетин («Депрес», Узбекистан). Был назначен на 1,5 месяца антидепрессивный препарат Депрес в дозе 20 мг в сутки, с последующей оценкой КЖ. Параллельно были сформированы контрольные группы пациентов, страдающих ХОБЛ IIст. ($n=7$) и пациенты, страдающие ХОБЛ IIIст. ($n=2$), получавшие только базисную терапию ХОБЛ. Через 1,5 месяца терапии флуоксетином в основных группах пациентов, страдающих среднетяжелой и

тяжелой ХОБЛ, отмечалось статистически значимое повышение показателей КЖ по следующим шкалам опросника SF-36: для больных ХОБЛ II ст. - физическое функционирование (PF) ($p<0,05$), общее состояние здоровья (GH) ($p<0,01$), жизненная активность (VT) ($p<0,01$), психическое здоровье (MH) ($p<0,001$); для больных ХОБЛ III ст. - физическое функционирование (PF) ($p<0,01$), общее состояние здоровья (GH) ($p<0,05$), жизненная активность (VT) ($p<0,05$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) ($p<0,01$), психическое здоровье (MH) ($p<0,01$). У пациентов контрольных групп достоверной динамики показателей КЖ через 1,5 месяца не наблюдалось.

Выводы

1. Распространенность ХОБЛ среди населения Андижанской области составляет 7,6%. Среди сельских жителей данной патологией страдает 7,8%, среди городских - 6,6% обследованных. Для проживающих в сельской местности больных ХОБЛ, значимыми факторами риска формирования заболевания являются большой стаж курения и печное отопление жилища.

2. Основными факторами, снижающими КЖ пациентов, страдающих ХОБЛ, являются выраженность функциональных нарушений, длительность заболевания, стаж и интенсивность курения, а также депрессивные изменения личности, выраженность которых нарастает с тяжестью обструктивной патологии.

3. Выявление и амбулаторная терапия депрессивных состояний у больных среднетяжелой и тяжелой ХОБЛ в период стабильного течения заболевания, получавших флуоксетин, достоверно повышает КЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеев С.Н. Хроническая дыхательная недостаточность / С.Н.Авдеев // ConsiliumMedicum. - 2004. - Т. 6, № 4. - С. 263-269.
2. Бажин Е.Ф. Метод исследования субъективного контроля / Е.Ф.Бажин, Е.А. Голыкина, А.М.Эткинд // Психологический журн. — 1984.-Т. 5, №3.-С. 152-162.
3. Васильева О.С. Воздействие факторов окружающей среды и ХОБЛ / О.С.

- Васильева // Пульмонология: Избранные вопросы. — 2003. - № 6. -С. 1-4.
4. Ю.Визель А.А. Оценка клинико-функционального состояния и качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких до и после комплексной медикаментозной терапии в амбулаторных условиях / А.А. Визель, И.Ю. Визель, Е.С. Рюмина // Пульмонология. - 2004.-№1.-С. 60-67.
 5. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине: учеб.пособие / А.А.Новик, Т.И.Ионова / под ред. Ю.Л. Шевченко. - М.: ГЭОТАР -Медиа, 2004. - 304 с.
 6. Оптимальная оценка и лечение хронической обструктивной болезни легких. Согласованное заявление Европейского Респираторного общества // Рус.мед. журн. - 1998. — № 3. — С. 14-15.
 7. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни - предмет научных исследований в пульмонологии (По материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТ - МА - 98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) / Н.Ю. Сенкевич, А.С.Белевский // Тер.арх. - 2000. -Т. 72, №3.-С. 36-41.
 8. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине/ А.Б. Смулевич- М.:Медицинское информационное агентство, 2007. - 256 с. 38.Сухова Е.В. Программа медико-психологической реабилитациибольных хроническими обструктивными болезнями легких /Е.В.Сухова // Пульмонология. - 2004. - № 5. - С. 36-41.
 9. Murrey C.J. Alternative projections of mortality and disability by cause 1900-2020: Global Braden of Disease Study/ C.J. Murrey// Lancet. -1997.-Vol. 349.-P. 1498-1504.
 10. West J.B. What price psychotherapy? I J.B.West// Brit. Med. J. - 1984. -Vol. 208.-P. 809-810.

ХУЛОСА

УПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ ОГИР ВА УРТА ОГИР КЕЧИШИДАГИ БЕМОРЛАРДА АМБУЛАТОР ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ.

Акбарова.Г.К, Усманова У.И., Иминова Д.А.

1-Умумий амалиётшифокорларитайерлашкафедраси

Андижон Давлат тиббиёт институти

Ушбу ишда Андижон вилояти ва Андижон шаҳри аҳолисининг ҳаёт сифатига таъсир килувчи упкани сурункали обструктив касалликларининг эпидемиологияси клиник кечишини узига хослиги ва социал демографик характеристикаси урганилган. Упкани сурункали обструктив касаллигининг 2чи 3 чи боскичлариги беморларнинг тургун даврида ҳаёт сифатинига таъсир килувчи функционал ва депрессив узгаришлар урганилган. Стандартбазистерапияфонидаупканингсурункалиобструктивкасалигини 2 чи-3чи боскичларида булган касалларда депрессив бузилишларни қушимча коррекциялашни ҳаёт сифатига таъсирини динамикада урганилди. УСОКнинг 2чи 3чи боскичи ремиссия давридаги касалларда ҳаёт сифатини оширувчи депрессив узгаришларни комплекс терапияси клиник самараси курсатилган.

SUMMARY

OPTOMIZATION OF OUT-PATIENT DEPARTMENT THERAPY OF PATIENTS ILL WITH MIDDLE SEVERE AND SEVERE STAGES OF COLD.

Akbarova G.K, Usmanova U.I., Iminova D.A.

Chair Department of preparing of doctors to general practice.

Andijan State Medical Institut.

Epidemiology of chronic obstructive disease of the lungs (CODL), peculiarities of its clinical course and social-demographic characteristics which influence on life qualities (LQ) of patients with CODL who live in Andizhan city and villages of Andizhan region were investigated in this work. Functional and depressive disturbances which influence on life qualities (LQ) of patients with CODL II and III stages in stable period of the disease were investigated. Dynamic analysis of LQ of patients with CODL II and III stages on the ground of basic standard therapy was carried out and it showed the importance of additional depressive disorders correction. Clinical efficiency of complex therapy of depressive disorders in patients with CODL II and III stages elevated the LQ of patients of this group.