

С. І. Лещенко, Н. Є. Моногарова, В. В. Поліщук ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ІДЮПАТИЧНІ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНІ ПНЕВМОНІЇ

Національний інститут фізичної та пухмонології ім. Ф. Г. Яновського

Якість життя (ЯЖ) у широкому розумінні — це філософська категорія, так само як і категорія людського щастя, яке кожен трактує у міру свого світогляду — від "щастя — це гармонія з собою" (Лев Толстой) до "щастя — задоволення всіх наших потреб" (Еммануїл Кант). Загалом, ЯЖ — поняття, що охоплює багато сторін життя людини і характеризує здатність індивідуума функціонувати в суспільстві відповідно своєму положенню та одержувати задоволення від цього.

У соціології під ЯЖ розуміють ступінь задоволення особливостями праці і дозвілля; рівень комфорту в праці і побуті; якість харчування, одягу, предметів побуту, сфери обслуговування; рівень задоволення потреби в спілкуванні, знаннях, творчості. Коли мова йде про ЯЖ у медичному аспекті, мається на увазі ЯЖ, залежна від наявності (відсутності) певного хворобливого стану, тобто пов'язана зі здоров'ям. Особливий відтінок має термін ЯЖ, пов'язаний зі станом здоров'я що і буде матись на увазі під цим терміном у подальшому. Лікар має не тільки лікувати хворобу, але й допомогти пацієнту здолати перепони, які йому виставляє хвороба у повсякденному житті, визначити необхідність у психосоціальної адаптації. Останніми роками вивчення ЯЖ, що відноситься до здоров'я (health related quality of life, HRQL), розвивається як окрема медична наука, яка має свої методи дослідження, критерії оцінки, сферу застосування та ін. Вона базується на визначенні ЯЖ ВООЗ як індивідуального співвідношення свого положення у житті спільноти у контексті культури і системи цінностей суспільства з цілями даного індивідуума, його планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості [12], тобто сприйняття людиною своєї позиції в житті, у тому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища, у якому вона живе, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя й іншими складовими психологічного комфорту [5].

Термін ЯЖ у медицині вперше з'явився в 1920 р., але набув широкого розповсюдження після того, як ВООЗ розширила визначення здоров'я як "стану фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутності хвороб" [4]. У медицині про ЯЖ судять за рівнем благополуччя і задоволеності тими сторонами життя, на які впливають хвороби, нещасні випадки або їхнє лікування, а також у зв'язку з обмеженнями функціональної здатності внаслідок захворювання [3]. Сукупність цих характеристик і складає ту ЯЖ, що пов'язана зі станом здоров'я. Різні хвороби порушують не тільки самопочуття, але і настрої, фізичні можливості, емоційний рівень, соціальну і професійну активність. Показник ЯЖ, пов'язаної зі здоров'ям, узагальнено відбиває ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання звичних функцій, що відповідають її соціально-економічному стану [1, 2].

Першим науковим дослідженням ЯЖ у медицині прийнято вважати вивчення D. A. Karnovsky у 40-х роках ХХ сторіччя деяких складових ЯЖ у хворих на саркоїдоз.

Ця робота поклала початок всебічного вивчення особистості, що страждає на соматичне захворювання. Тепер вивчення ЯЖ увійшло до стандартів світових медичних досліджень і відображає біосоціальну основу різних аспектів життєдіяльності індивідуума.

Відомо понад 50 наукових груп та інститутів, які займаються розробкою методів дослідження ЯЖ. Загалом зареєстровано понад 1000 загальних та спеціальних опитувальників [5]. У 1994 році створено Міжнародне товариство дослідження якості життя (International Society for Quality of Life Research — ISOQOL), яке об'єднує експертів різних країн та має 3 представництва: американське, азіатське та російське. Ці регіональні представництва мають наступні задачі:

- об'єднання у певному регіоні чи державі фахівців, що займаються дослідженням ЯЖ;
- ініціація і координація наукових досліджень у сфері вивчення ЯЖ на певній території;
- удосконалення методології дослідження ЯЖ;
- впровадження стандартизованих інструментів оцінки ЯЖ і симптомів у клінічні дослідження і клінічну практику;
- координація досліджень по культурній та мовній адаптації міжнародних інструментів оцінки ЯЖ і симптомів;
- створення банку національних інструментів дослідження ЯЖ і симптомів;
- розробка і реалізація програм у царині дослідження ЯЖ з метою покращання якості надання медичної допомоги;
- проведення наукових конференцій і симпозіумів по дослідженню ЯЖ [2].

Стандартизовані опитувальники — основний інструмент визначення рівня ЯЖ. Як не існує єдиних критеріїв ЯЖ, так немає стандартних норм ЯЖ. Кожний опитувальник має свої критерії та шкали оцінки, які різняться також за демографічними, регіональними та іншими ознаками. Все ж експерти ВООЗ рекомендують застосовувати наступні основні критерії ЯЖ: фізичні, психологічні, рівень незалежності, суспільне життя, оточуюче середовище, духовність, які по різному компонуються та мають свої складові у різних опитувальниках. Наразі найбільш вживаними є наступні загальні опитувальники: Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36, у подальшому SF-36), World Health Organization Quality of Life — 100 (WHOQOL-100), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form — 12 (SF-12), Quality of Well-Being Scale (QWB), Process Quality Values (PQVS), EURO Quality of Life (EUROQOL EQ-5D), General Health Questionnaire (GHQ) та інші, причому, вони також мають різні версії. Окрім загальних, розроблені спеціальні опитувальники для хворих з певними захворюваннями. Так, у пухмонології використовують близько десяти спеціальних опитувальників, з них вісім — для бронхіальної астми та два — для хронічного обструктивного захворювання легень [1, 2, 3, 6]. Ключовим у розробці опитувальників

ЯЖ є широке охоплення критеріїв, а не опис окремого симптому (біль, задишка), у разі його наявності — вплив такого симптому на різні сфери діяльності, самостійність особи, її психологічний стан, духовне життя і тому подібне. Мають оцінюватися як негативні впливи хвороби, так і позитивні аспекти життя [5].

Обмеження функції або об'єму легеневої тканини, безперечно, впливає на повсякденне життя хворого. Спеціального апробованого і затвердженого опитувальника для хворих із рестриктивною патологією ще немає. При таких захворюваннях, як ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії (ІІП), саркоїдоз, пневмоконіоз використовують, за даними літератури, QWB, SIP, Chronic Respiratory Questionnaire (SGRQ), SF-36 [2]. При співставленні результатів було показано, що ці опитувальники корелюють з об'ємом форсованого видиху за першу секунду та дифузійною здатністю легень. Більшість авторів вважають найбільш адекватними та достатньо чутливими опитувальниками для таких хворих SF-36, SIP, SGRQ. Вітчизняних робіт по дослідженню ЯЖ у хворих на ІІП ми не знайшли. J J Swigris та співавт. [9] дослідили бази даних MEDLINE, EMBASE, Health and Psychosocial Instruments, and Cochrane Library та узагальнили дані 7 робіт, де вивчалась ЯЖ у хворих на ІІП. В 1 випадку застосовували опитувальники WHOQOL-100 та SGRQ, у 2 випадках — SGRQ, в 1 випадку — WHOQOL-100 і у трьох дослідженнях — SF-36.

Одним з найбільш популярних при проведенні медичних, соціально-економічних досліджень є загальний опитувальник SF-36, який був розроблений у Центрі Вивчення Медичних Результатів (США) у 1992 році John E. Ware і Cathy Donald Sherbourne [11]. Його популярність обумовлена тим, що дає змогу оцінити ЯЖ респондентів з різними нозологіями і порівнювати цей показник зі здоровими, дозволяє опрацювати респондентів з 14 років. Для інших загальних опитувальників (за винятком кількох спеціалізованих, розроблених для дітей чи батьків), мінімальним віковим рівнем є 17 років. SF-36 має високу чутливість, короткий (складається з 36 питань), відповіді на питання може збирати дослідник, анкета може заповнюватися самим респондентом, з ним можна працювати по телефону, є електронні версії (на жаль, іншомовні). Опитувальник SF-36 було нормовано для загальної популяції США і репрезентативних вибірок у переліку інших країн. У США і країнах Європи були проведені дослідження окремих популяцій і отримані результати по нормам для здорового населення і для груп хворих із різноманітними хронічними захворюваннями (з виділенням груп за статтю і віком) [8, 10]. Адаптація SF-36 на українську мову за процедурою міжнародного центру з вивчення якості життя IQOLA (The International Quality of Life Assessment, Бостон, США) була проведена у 1998 — 2001 роках [7].

Опитувальник має 3 рівні:

- пункти (питання)
- 8 шкал
- 2 сумарних виміри, які об'єднуються в шкали

Всього в анкеті 36 пунктів, із яких 35 використовують для обробки балів по 8 шкалам: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Кожний пункт використовується в обробці балів тільки по одній із шкал. Другий пункт не використовується в обробці ні по одній із шкал, а дозволяє визначити "перехідну точку здоров'я" (self reported health

transition — перехідний момент здоров'я, оцінений самостійно). У даній версії — порівняння свого здоров'я з тим станом, який був рік тому. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 балами (умовними одиницями), де 100 презентує повне здоров'я. Кількісно оцінюються наступні показники (таб. 1):

1. Фізична активність (ФА) (Physical Functioning — PF), відображає ступінь обмеження виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах, переноска тяжких речей і т.п.). Низькі показники по цій шкалі свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежена станом його здоров'я.

2. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) (Role-Physical Functioning — RP) — вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники по цій шкалі свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

3. Біль (Б) (Bodily Pain — BP) та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу дома та за його межами. Низькі показники по цій шкалі свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальне здоров'я (ЗЗ) (General Health — GH) — оцінка хворим свого стану здоров'я у поточний момент і перспектив лікування. Чим нижче бал по цій шкалі, тим нижче оцінка стану здоров'я.

5. Життєздатність (ЖЗ) (Vitality — VT) — це суб'єктивна оцінка респондентом свого життєвого тону (енергія, жвавість та ін.) за останні чотири тижні, відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, обезсиленим. Низькі бали свідчать про втому пацієнта, зниження життєвої активності.

6. Соціальна активність (СА) (Social Functioning — SF), характеризується як суб'єктивна оцінка респондентом рівня своїх відносин з друзями, колегами по роботі, рідними за останні чотири тижні. Цей показник визначає, у якій мірі фізичний чи емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного і емоційного стану.

7. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) (Role-Emotional — RE) це суб'єктивна оцінка респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності, обумовленої емоційними проблемами за останні чотири тижні. Оцінюється, на скільки емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (враховуючи більші затрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості і т.п.). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров'я (ПЗ) (Mental Health — MH), характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних хвилювань, психічного неблагополуччя.

Шкали групуються у два загальні показники "фізичний компонент здоров'я", або "фізичний статус" (ФС) і "психологічний компонент здоров'я", або "психологічний статус" (ПС):

1. Фізичний компонент здоров'я, (ФС) (Physical health — PH)

Таблиця 1

Визначення концепцій ЯЖ при використанні опитувальника SF-36

Питання	Шкала	Загальний показник
3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к	Фізична активність (ФА) (Physical Functioning — PF)	Фізичний компонент здоров'я
4а, 4б, 4в, 4г	Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) (Role-Physical Functioning — RP)	
7	Біль (Б) (Bodily pain — BP)	
8		
1	Загальне здоров'я (ЗЗ) (General Health — GH)	
11а, 11б, 11в, 11г		
9а, 9б, 9в, 9г, 9и	Життєздатність (ЖЗ) (Vitality — VT)	
6	Соціальна активність (СА) (Social Functioning — SF)	
10		
5а, 5б, 5в	Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) (Role-Emotional — RE)	
9б, 9в, 9г, 9е, 9з	Психічне здоров'я (ПЗ) (Mental Health — MH)	Психологічний компонент здоров'я

Складові шкали:

- Фізична активність (ФА)
- Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)

• Біль (Б)

• Загальне здоров'я (ЗЗ)

2. Психологічний компонент здоров'я (ПС) (Mental Health — MH)

Складові шкали:

- Психічне здоров'я (ПЗ)
- Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)

• Соціальна активність (СА)

• Життєздатність (ЖЗ)

Нами вивчено ЯЖ у 112 хворих на ІІП, які вперше звернулися до консультативної поліклініки Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського. Вік пацієнтів — від 18 до 76 ($47,67 \pm 0,34$) років, чоловіків — 40, жінок — 72. Жителів сільської місцевості — 41, міста — 71. Середній показник життєвої ємності легень ($M \pm SD$ належних величин) — ($63,5 \pm 22,8$) %, а форсованої життєвої ємності легень — ($63,8 \pm 22,5$) %.

Опитувальники заповнювали методом інтерв'ю з використанням російськомовної версії, розташованої на сайті компанії Евіденс — Клініко-фармакологічні дослідження. Статистична обробка даних опитувальника SF-36 проведена у відповідності до інструкцій компанії Евіденс — Клініко-фармакологічні дослідження.

Для порівняння використано перші вітчизняні результати вивчення ЯЖ із застосуванням SF-36 у 52 здорових осіб (Ю. І. Феценко та співавт., 2003) [7] (табл. 2, рис.).

Аналіз показників ЯЖ у хворих на ІІП виявив зниження по всім шкалам опитувальника. Так, якщо показник фізичної активності (ФА) у здорових наближався до максимальних значень ($84,80 \pm 5,00$) у.о., то у хворих на ІІП він був менше в 2,4 рази ($35,00 \pm 2,18$) у.о., $p < 0,001$.

Хворі на ІІП не виконують у повному обсязі своєї звичайної роботи, що характеризується зменшенням показ-

ника обмеження життєдіяльності за рахунок фізичних проблем (РФ), який є суб'єктивною оцінкою респондентом ступеня обмеження своєї буденної діяльності внаслідок стану здоров'я за останні чотири тижні. У хворих показник РФ ($29,3 \pm 6,3$) у.о. був достовірно ($p < 0,001$) нижчий, ніж у контрольній групі у хворих на ІІП ($65,9 \pm 6,6$) у.о.

Больові відчуття не характерні для ІІП, тому за показником "біль" (Б) обстежені групи не відрізнялись (здорові особи — ($65,9 \pm 6,4$) у.о., хворі на ІІП ($58,7 \pm 2,9$) у.о.; $p > 0,05$).

Зрозуміло, що загальний стан свого здоров'я хворі на ІІП оцінили нижче, ніж здорові (відповідно ($35,1 \pm 1,4$) у.о. та ($43,6 \pm 6,9$) у.о., $p < 0,001$).

У цілому фізичний компонент здоров'я (ФС) хворих був достовірно нижче ($42,7 \pm 0,1$ у.о. та $73,3 \pm 6,1$ у.о. $P < 0,005$)

Задишка та інші симптоми ІІП впливають не тільки на показники ЯЖ, що характеризують фізичний компонент здоров'я, але певним чином і на психологічний компонент здоров'я (ПС), який був знижений в обох групах: у здорових він становив ($63,1 \pm 6,7$) у.о.; у хворих на ІІП — ($37,7 \pm 1,0$) у.о., $p < 0,001$.

Життєздатність (ЖЗ) у хворих на ІІП знижена до ($31,8 \pm 1,7$) у.о. у порівнянні з аналогічним показником у здорових ($53,8 \pm 6,9$) у.о., ці зміни були достовірними ($p < 0,01$).

Аналогічні значення мав показник психічне здоров'я (ПЗ): ($47,4 \pm 1,9$) у.о. у хворих та ($59,4 \pm 6,8$) у.о. у здорових ($p < 0,001$).

Зниження показника ПС у хворих відбувалося також за рахунок зменшення соціальної активності (в 1,4 рази) та за рахунок емоційних проблем при виконанні буденної роботи (в 1,65 рази).

Показник "Погіршення стану здоров'я в порівнянні з минулим роком" (ЗР) характеризує суб'єктивну оцінку респондентом свого здоров'я, та змін, що сталися протягом року. Він був знижений в обох групах, проте у хворих на ІІП ЗР був достовірно менший ($24,5 \pm 2,5$) у.о. та ($44,7 \pm 6,9$) у.о.; $p < 0,05$).

Таблиця 2

Порівняльний аналіз показників ЯЖ у хворих на ІІП та контрольної групи

Статистичні показники	Групи обстежених		p
	Контрольна група (n=52) M±m, у.о.	Хворі на ІІП (n=112) M±m, у.о.	
1. Фізична активність (ФА)	84,8±5,0	35,0±2,2	< 0,001
2. Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	65,9±6,6	29,0±2,7	< 0,001
3. Біль (Б)	69,2±6,4	58,7±2,9	> 0,05
4. Життєздатність (ЖЗ)	53,8±6,9	31,8±1,7	< 0,01
5. Соціальна активність (СА)	69,0±6,4	49,0±2,3	< 0,01
6. Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	60,9±6,8	36,9±3,6	< 0,01
7. Психічне здоров'я (ПЗ)	59,4±6,8	47,4±1,9	> 0,05
8. Загальне здоров'я (ЗЗ)	43,6±6,9	35,1±1,4	> 0,05
9. Здоров'я у порівнянні з тим, що було рік тому (ЗР)	44,7±6,9	24,5±6,4	< 0,05
Узагальнюючі показники			
1. Фізичний статус (ФС)	73,3±6,1	42,7±0,6	< 0,001
2. Психологічний статус (ПС)	63,1±6,7	37,7±1,0	< 0,001

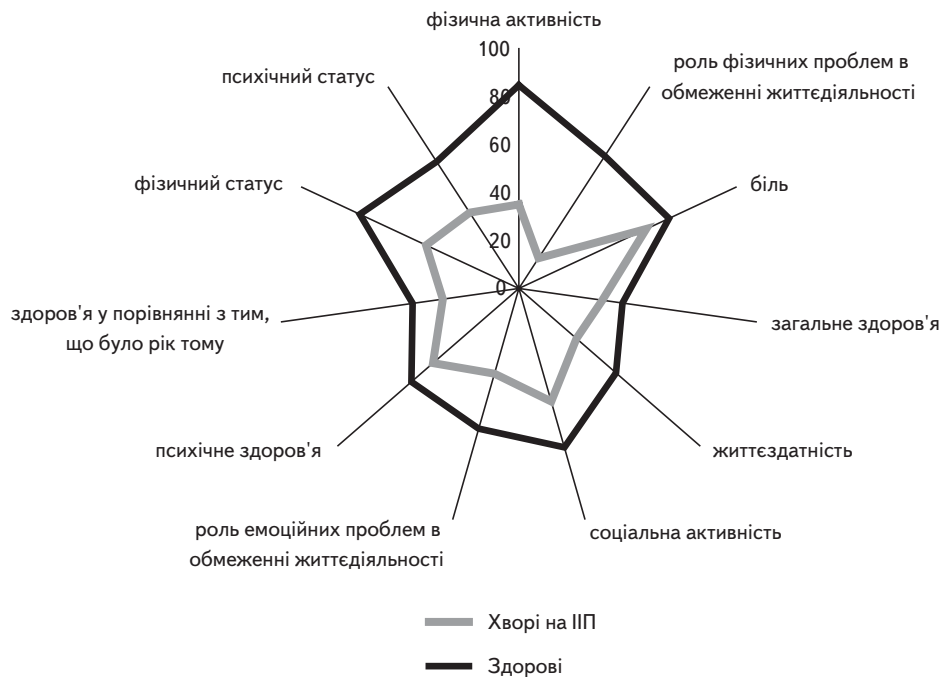


Рис. Показники ЯЖ у хворих на ІІП та здорових

Проведене дослідження виявило, що хворі на ІІП мають низькі показники ЯЖ, у них є обмеження в фізичному, психологічному та соціальному аспектах життя. Отримані дані співпадають з даними інших дослідників [9].

Таким чином, опитувальник є достатньо простим і разом з тим інформативним в оцінці ЯЖ хворих. Враховуючи, що терапія ІІП триває досить довго, показники ЯЖ можна рекомендувати для диспансерного спостереження хворих з метою оцінки ефективності лікування та прогнозування перебігу захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Гурылева М. Э., Визель А. А., Хузиева Л. В.* Качество жизни при оценке состояния больных с патологией органов дыхания // Казанский медицинский журнал. — 2002. — Т.83, №4. — С. 294–297.
2. *Интерстициальные заболевания легких.* Руководство для врачей. Под редакцией М. М. Ильковича, А.Н. Кокосова. Нордмедиздат: Санкт-Петербург, 2005. — 560 с.
3. *Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования* / А. Г. Чучалин, А. С. Белевский, И. В. Смоленов и др. // Пульмонология 2003. — Т. 13, № 5. — с. 88–96.
4. *Лехан В. М., Іпатов А. В., Гук А. П., Зюков О. Л.* (13.10.2006) Якість життя в медичних дослідженнях [WWW document] URL <http://www.healthmanagement.com.ua/index.php?id=8&pid=2&pid1=5> — (01.12.2007).
5. *Новик А. А., Іонова Т. І.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под редакцией Ю. Л. Шевченко — Санкт-Петербург: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 315 с.
6. *Перцева Т. О., Ботвінікова Л. А.* Медико-соціальні аспекти визначення якості життя у хворих на бронхіальну астму та хронічний

- обструктивний бронхіт // Укр. пульмонол. журн. — 2000. — № 1. — С. 19–21.
7. *Фещенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В.* Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя в Україні. Досвід застосування у хворих на бронхіальну астму // Укр. пульмонол. журн. — 2002 № 3. — С. 9–11.
 8. *Jenkinson C., Coulter A., Wright L.* Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age // *BMJ*. — 1993. — V. 306. — P. 1437–1440.
 9. *Health-related* quality of life in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: a systematic review / J. J. Swigris, W. G. Kuschner, S. S. Jacobs et al. // *Thorax*. — 2005. — Vol. 60. — P. 588–594.
 10. *Mihaila V., Enachescu D., Davila C., Badulescu M.* General Population Norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36). — *QL News Letter*. — 2001. — N 26. — P. 17–18.
 11. *Ware J. E., Sherbourne C. D.* The MOS 36- item short form health survey (SF-36) // *Medical Care*. — 1992. — Vol. 30. — P. 473–483.
 12. *WHOQOL* Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment (WHOQOL) // *Qual. Life Res.* -1993. — Vol. 2. — P. 153–159.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ІДІОПАТИЧНІ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНІ ПНЕВМОНІЇ

*С. І. Лещенко, Н. Є. Моногарова,
В. В. Поліщук*

Резюме

Метою роботи було вивчення показників якості життя (ЯЖ) у 112 хворих на ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії. Опитувальник MOS SF-36 виявив зниження параметрів життя, що співпадає з даними інших дослідників, він достатньо простий і разом з тим інформативний в оцінці ЯЖ, його можна рекомендувати для диспансерного спостереження хворих на ідіопатичні інтерстиціальні пневмонії.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH IDIOPATHIC INTERSTITIAL PNEUMONIAS

*S. I. Leshchenko, N. E. Monogarova,
V. V. Polishchuk*

Summary

The aim of this study was to investigate quality of life of 112 patients with idiopathic interstitial pneumonia. The questionnaire MOS SF-36 has shown decrease of quality of life of patients with idiopathic interstitial pneumonia which correlated with other studies. This questionnaire was simple and informative to estimate the quality of life. It may be recommended for follow-up of the patients with idiopathic interstitial pneumonias.