



УДК: 616-002.5

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНКЕТЫ SF-36

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS USING THE SF-36 QUESTIONNAIRE

О.В. Великая, А.В. Акулова
O.V. Velikaya, A.V. Akulova

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко
394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10

Voronezh State Medical Academy of N. N. Burdenko
394036, Voronezh, Studencheskaya St., 10

e-mail: maradzola@mail.ru

Ключевые слова: качество жизни, анкета SF-36, женщины, туберкулез легких.
Key words: quality of life, SF-36, women, pulmonary tuberculosis.

Резюме. Целью настоящей работы было изучение качества жизни (КЖ) больных туберкулёзом лёгких женщин в Воронежской области. В основную группу вошла 31 пациентка с активным туберкулезом легких. Группу сравнения составили 25 женщин, не страдающих туберкулёзом. Туберкулёз лёгких приводит к снижению показателей КЖ по сравнению с лицами, не имеющими данного заболевания. У больных с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ) наблюдалось достоверное снижение показателей КЖ по сравнению с пациентами без выделения МБТ. У пациенток с двусторонним туберкулёзом показатели анкеты SF-36: физическая активность, физическая боль, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности снижены по сравнению с больными с односторонним поражением лёгких. Пациентки основной группы были разделены на три возрастные подгруппы. В возрасте от 25 до 44 лет наблюдалось снижение показателей физической активности, общего здоровья, жизнеспособности, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. В возрастной подгруппе более 44 лет, по данным анкеты, отмечались достоверно более низкие показатели физической активности, общего здоровья, жизнеспособности, социальной активности по сравнению с подгруппой 18-25 лет.

Summary. The aim of this work was to study the quality of life (QOL) of women patients with pulmonary tuberculosis. The study group included 31 patients with active pulmonary tuberculosis. The comparison group consisted of 25 women who did not have TB. Pulmonary tuberculosis leads to a decline in quality of life compared with those who do not have the disease. Patients with the release of Mycobacterium tuberculosis (MBT) significantly reduced quality of life indicators in comparison with patients without isolating the Office. In patients with bilateral tuberculosis indicators questionnaire SF-36: physical activity, physical pain, the role of physical problems in the Disability reduced compared with patients with unilateral disease of the lungs. Patients of the main group are divided into three age subgroups. In the age group from 25 to 44 indicators: physical activity, general health, vitality, social activity, the role of emotional problems in Disability-reduced; in the age group over 44 years of performance profiles: physical activity, general health, vitality, social activity - compared with the patients age group 18-25 years.

Введение

В настоящее время туберкулёз продолжает оставаться значимой медико-социальной проблемой как во всём мире, так и на территории Российской Федерации (РФ) [Всемирная организация здравоохранения, 2008]. В 2010-2011 г. выявлено увеличение доли женщин в структуре заболеваемости туберкулёзом на территории РФ: 2010 г. – 30.5 на 100 тыс. населения; 2011 г. – 31.5 на 100 тыс. населения [Российский статистический ежегодник, 2012, Нечаева О.Б. и др., 2013]. Воронежская область относится к регионам относительно благополучным по заболеванию туберкулёзом. По статистическим данным 2013 г., в Воронежской области зарегистрирована стабилизация эпидемиологической ситуации. Показатель территориальной заболеваемости в 2013 г. составил 36.7 на 100 тыс. населения (в 2012 г. – 45.1 на 100 тыс. населения), показатель территориальной смертности снизился до 6,0 на 100 тыс. населения (2012 г. – 7.9 на 100 тыс. населения) [Иконина И.В., 2013], но проблема туберкулёза по-прежнему остаётся важной и актуальной. Туберкулез приводит к значительным ограничениям нормальной жизнедеятельности: побочные эффекты от проводимой химиотерапии, невозможность выполнения привычной работы, материальные трудности,



изменение социального статуса и положения в обществе [Гурылева М.Э., Герасимова О.И., 2002, Новик А.А., 2004]. Этот факт делает необходимым изучение качества жизни (КЖ) больных туберкулёзом женщин в Воронежской области, в регионе благополучном по данному заболеванию. Анализ КЖ поможет индивидуализировать лечение, реабилитацию, а также выявить и своевременно устранить побочные эффекты от противотуберкулёзной терапии, определить степень удовлетворенности человека различными аспектами жизни, вследствие изменений, обусловленных болезнью и ее последствиями, процессом врачебного наблюдения и лечения [Перельман М.И., 2001].

Цель

Цель исследования - изучение качества жизни больных туберкулёзом лёгких женщин в зависимости от различных факторов (локализация процесса, возраст, наличие бактериовыделения).

Материалы и методы исследования

Наблюдали 2 группы пациенток. В первую группу (основную) вошла 31 пациентка с активным туберкулезом органов дыхания, наблюдавшихся в условиях терапевтического отделения КУЗ ВО «Воронежского областного противотуберкулёзного диспансера им. Н.С. Похвисневой». Вторую группу (группу сравнения) составили 25 женщин, не страдающих туберкулёзом. Пациенты наблюдались в условиях Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи №1. В исследование не включались больные с другими острыми и хроническими заболеваниями лёгких.

Для анализа параметров КЖ пациентов основной группы и группы сравнения использовалась русская версия анкеты SF-36. Анкета состоит из 8 компонентов (шкал) здоровья: физическая активность (PF); роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RF); физическая боль (BP); общее здоровье (GH); жизнеспособность (VT); социальная активность (SF); роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE); психическое здоровье (MH). Оценка проводилась по 100-бальной системе. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни [Гурылева М.Э., Герасимова О.И., 2002, Новик А.А., 2004]. Для анализа полученных данных использовались методы описательной статистики. Различия достоверны при коэффициенте достоверности различий $p < 0.05$.

Для оценки КЖ пациентов с различной локализацией туберкулезного процесса (поражение одного или двух лёгких), больные разделены на 2 подгруппы: односторонний процесс (22 пациента) и двусторонний процесс (9 пациентов).

Пациентки, страдающие туберкулезом лёгких, были разделены на три подгруппы в зависимости от возраста: 18-25 лет (6 пациенток), 25-44 года (11 пациенток), более 44 лет (14 пациенток). Наблюдались пациентки с 18 лет, так как больные более младшего возраста, как правило, проходят лечение в детском противотуберкулёжном отделении. Возраст 25 и 44 года выбран из-за возрастных особенностей развития лёгочной ткани: к 25 годам заканчивается физиологическое развитие лёгочной ткани, с 45 лет начинается постепенная инволюция лёгких.

Чтобы изучить влияние бактериовыделения на КЖ, из пациенток, страдающих туберкулёзом лёгких, сформированы 2 подгруппы. В подгруппу А вошли 5 женщин с МБТ (+), подгруппу В составили 26 больных с МБТ (-).

Всем наблюдаемым были проведены клинические, лабораторные, рентгенологические обследования, рассчитан индекс массы тела (ИМТ), произведена оценка степени занятости в трудоспособном возрасте, выявлено наличие вредных привычек.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст женщин, находившихся под наблюдением, составил 34 ± 1.8 лет в основной группе и 32 ± 2.1 года в группе сравнения.

При анализе социального статуса было выявлено, что в первой группе 19 пациентов (61.3%) не были заняты трудом в работоспособном возрасте. Во второй группе преобладали трудоустроенные женщины (64.0 %).



Вредные привычки выявлены у 13 пациенток (42%) основной группы: курение во всех случаях, злоупотребление алкоголем - у 6 (19.4%). Употребление наркотиков было не установлено. В группе сравнения вредные привычки встречались реже ($p < 0.05$) - курение наблюдалось у 6 женщин (24.0%), наркомания и алкоголизм не выявлены.

При поступлении в стационар у пациенток обеих групп был рассчитан индекс массы тела. В основной группе ИМТ до 18.0 кг/м^2 был у 43.0 % больных, в группе сравнения - у 15 % ($p < 0.05$). Женщин с повышенной массой тела не было зарегистрировано в обеих группах. У больных туберкулезом лёгких преобладал дефицит массы тела по сравнению с женщинами, не страдающими данным заболеванием.

У больных туберкулёзом лёгких женщин чаще наблюдалось одностороннее поражение лёгких (рис. 1).

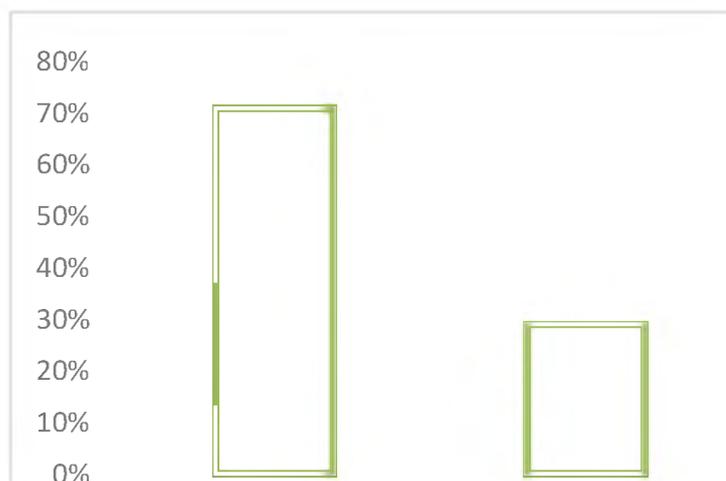


Рис. 1. Локализация туберкулезного процесса у женщин, больных туберкулёзом лёгких
Fig.1. Localization of tuberculous process in women patients with pulmonary tuberculosis

При микроскопическом исследовании мокроты у пациенток основной группы методом люминесцентной микроскопии кислотоустойчивые микобактерии обнаружены у 4 (12.9%) больных. При исследовании мокроты методом посева на плотную питательную среду бактериовыделение выявлено в 5 случаях (16.1%). У 26 (83.9%) пациенток микобактерии туберкулёза (МБТ) не были выявлены.

Изучение результатов анкеты SF 36 у больных туберкулёзом лёгких женщин показало умеренное снижение показателей аспектов жизнедеятельности (рис. 2, табл. 1). Показатель роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности значительно снижен у основной группы (43.47 ± 1.8) по сравнению с группой сравнения (75.67 ± 1.6) ($p < 0.05$). Это свидетельствует о более выраженном ограничении повседневной деятельности у женщин, страдающих туберкулезом лёгких, под влиянием основного заболевания. При оценке физической боли также обращает внимание различие показателей между первой и второй группой: 68.15 ± 1.8 и 73.35 ± 1.4 ($p < 0.05$) соответственно. Данная шкала снижена в меньшей степени по сравнению с другими показателями анкеты, что, вероятно, обусловлено сравнительно безболезненным течением туберкулезного процесса. Наличие болевого синдрома в группе сравнения, вероятно, обусловлено основным заболеванием, по поводу которого пациенты обследовались в стационаре (поллиноз в стадии ремиссии и др.).

Таблица 1.

Table 1

Показатель качества жизни женщин, больных туберкулёзом лёгких, и группы сравнения
Quality of life of women patients with pulmonary tuberculosis and the comparison group

Группы	PF	RF	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Сравнения	81.01 ± 1.2	75.67 ± 1.6	73.35 ± 1.4	74.14 ± 1.2	72.13 ± 1.4	81.9 ± 2.0	76.33 ± 1.9	69.13 ± 1.4
Основная	70.21 ± 1.6	43.47 ± 1.8	68.15 ± 1.8	61.57 ± 1.4	59.84 ± 1.5	70.33 ± 1.9	$51.9 \pm 2.1^*$	57.79 ± 1.6

Примечание: * - достоверное отличие показателей ($p < 0,05$)

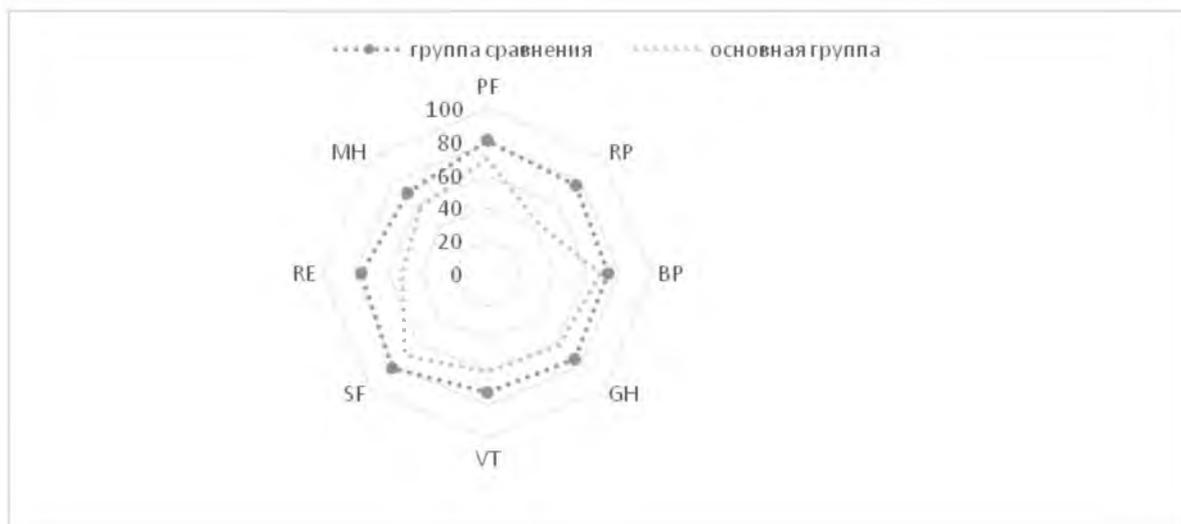


Рис. 2. Параметры качества жизни пациентов основной группы и группы сравнения
 Fig.2. The parameters of the quality of life of patients of the main group and the comparison group

Согласно данным анкеты, туберкулёз лёгких у женщин приводил к ограничению физической активности: количество баллов в основной группе – 70.21±1.6; в группе сравнения – 81.01±1.2 (p<0.05). Общее состояние здоровья у пациенток основной группы (61.57±1.4) хуже по сравнению с лицами, не болеющими туберкулёзом (74.14±1.2) (p<0.05). На показатели PF и GH влияют течение основного заболевания, эффективность терапии, побочные эффекты препаратов, а также отношение пациенток к лечению и своему здоровью. Параметры жизнеспособности (59.84±1.5) и социальной активности (70.33±1.9) ниже у женщин, страдающих туберкулёзом лёгких, и свидетельствуют об угнетении жизненной активности и ограничении социальных контактов (p<0.05). Показатель эмоционального функционирования у пациенток основной группы значительно снижен до 51.9±2.1 баллов, тогда как в группе сравнения только до 76.33±1.9 (p<0.05). Эмоциональная нестабильность больных туберкулёзом женщин ограничивает выполнение повседневной работы. В первой группе наблюдалось выраженное изменение шкалы психического здоровья (57.79±1.6) по сравнению с показателями второй группы (69.13±1.4) (p<0.05). Депрессии, неврозы, истерические состояния наблюдались у женщин, получавших противотуберкулёзную терапию.

Сравнительная оценка качества жизни пациенток, страдающих туберкулёзом лёгких, в зависимости от распространённости процесса (одно- или двусторонняя локализация туберкулёзного воспаления) представлена в таблице 2.

Таблица 2
 Table 2

Зависимость КЖ от локализации туберкулёзного процесса
Dependence of the quality of life on the localization of tuberculous process

Локализации	PF	RF	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Односторонний	74.21	46.47	71.35	62.57	59.89	70.66	51.66	57.9
Двусторонний	66.12*	39.87*	61.15*	60.37	59.76	70.33	50.33	57.4

Примечание: * - достоверное отличие показателей (p < 0.05)

У больных с двусторонней локализацией туберкулёзного воспаления в лёгких выявлено достоверное снижение показателей физической активности до 66.12 баллов (74.21 – при односторонней локализации), физической боли – до 61.15 (71.35 – при одностороннем процессе), физических проблем в ограничении жизнедеятельности – до 39.87 (46.47 – при локализации в одном лёгком) (p<0.05). Вероятно, вследствие распространённости процесса нарастает дыхательная недостаточность, симптомы интоксикации и снижается физическая активность и работоспособность.

В таблице 3 отражена сравнительная оценка параметров качества жизни в зависимости от возраста пациенток, больных туберкулёзом лёгких.

Таблица 3
Table 3

**Показатели качества жизни в зависимости от возраста пациенток
больных туберкулёзом лёгких**
Quality of life depends on the age of patients with pulmonary tuberculosis patients

Возрастные группы	PF	RF	BP	GH	VT	SF	RE	MH
18-25 лет	74.66	48.66	66.21	64.13	62.33	73.35	54.33	59.33
25-44 года	67.21*	37.18*	68.25	59.17*	55.17*	67.12*	47.33*	56.32
Более 44 лет	69.11*	39.66*	64.15	57.5*	57.76*	68.33*	50.66	57.67

Примечание: * - различия достоверны по сравнению с показателями в выборке с возрастом 18–25 лет ($p < 0.05$)

В возрастной подгруппе от 25 до 44 лет по сравнению с женщинами 18 - 25 лет достоверно снижены показатели КЖ: PF - до 67.2 баллов, GH – 59.17, VT – 55.17, SF – 67.12, RE – 47.33, RF – 37.18 ($p < 0.05$). В возрастной подгруппе более 44 лет показатели КЖ также достоверно снижены по сравнению с подгруппой 18 – 25 лет: PF – до 69.11 баллов, RF – 39.66, GH – 57.5, VT – 57.76 и SF – 68.33 ($p < 0.05$). При сравнении показателей качества жизни между возрастными подгруппами 25 - 44 лет и 44 и более лет статистической значимости в различиях показателей не выявлено ($p > 0.05$). Данные анкеты свидетельствуют о снижении качества жизни больных туберкулёзом женщин после 25 лет, что необходимо учитывать при контроле за течением заболевания, назначении противотуберкулёзных препаратов и патогенетической терапии.

Исследование влияния выделения МБТ на качество жизни больных туберкулезом легких отражено в табл. 4.

Таблица 4
Table 4

Показатели качества жизни у больных туберкулёзом лёгких с МБТ (+) и МБТ (-)
Quality of life of patients with bacillary pulmonary tuberculosis and MBT (-)

Подгруппы	PF	RF	BP	GH	VT	SF	RE	MH
A	65.12*	43.14	67.79	60.57	59.13	64.33*	51.87	56.69
B	73.12	43.67	68.66	62.13	59.97	73.33	51.93	58.89

Примечание: * - достоверное отличие показателей ($p < 0.05$)

По данным анкеты SF 36, выявлено снижение показателей социальной и физической активности у больных туберкулёзом лёгких с бактериовыделением до 64.33 баллов и 65.12 баллов соответственно, что достоверно отличает их от подгруппы B ($p < 0.05$). Вероятно, снижение данных показателей обусловлено пребыванием в стационаре с тщательным инфекционным контролем со стороны медицинского персонала.

Заключение

Больные туберкулёзом лёгких женщины чаще имели низкий социальный статус (безработные) и страдали никотиновой и алкогольной зависимостью. У них преобладал дефицит массы тела по сравнению с женщинами без туберкулёза. У 71 % пациенток с туберкулёзом лёгких специфическое воспаление локализовалось в одном лёгком, у 16 % наблюдалось бактериовыделение.

Туберкулёз органов дыхания у женщин приводил к умеренному снижению всех параметров качества их жизни: физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, физической боли, общего здоровья, жизнеспособности, социальной активности, роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психического здоровья. Максимальное снижение до 43.47 баллов было зарегистрировано у показателя роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, что указывает на значительное влияние данного параметра на качество жизни пациенток.

У пациенток с двусторонней локализацией туберкулёзного воспаления в лёгких выявлено достоверное значительное снижение показателей физической активности, физической боли и физических проблем в ограничении жизнедеятельности по сравнению с больными туберкулёзом с поражением одного лёгкого. Показатели социальной и физической



активности у больных туберкулёзом лёгких с бактериовыделением были ниже, чем у пациенток, не выделяющих МБТ.

Снижение качества жизни больных туберкулёзом женщин после 25 лет необходимо учитывать при контроле за течением заболевания, назначении противотуберкулёзных препаратов и патогенетической терапии.

Литература

Всемирная организация здравоохранения. Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ. 2008. Женева, 77.

Российский статистический ежегодник. 2012. Москва, изд-во: Росстат. 786.

Нечаева О. Б., Скачкова Е. И., Кучерявая Д. А. 2013. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации. Туберкулез и болезни легких, 10(12): 46-49.

Иконина И. В. 2013. Противотуберкулезная помощь населению Воронежской области в 2013 году: информационно-методическое письмо для фтизиатров, терапевтов, педиатров, эпидемиологов, инфекционистов. 34.

Вестник новых медицинских технологий. 2014. 21(1): 58.

Гурьева М. Э., Герасимова О. И. 2002. Характеристика качества жизни больных туберкулёзом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения. Проблемы туберкулеза, 1(8): 7-10.

Новик А. А. 2004. Исследование качества жизни в медицине: учеб. Пособие. М., ГЭОТАР-МЕД, 304.

Перельман М.И. 2001. Туберкулез в России. Consilium medicum, 3(12): 564-569

Literature

Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Lechenie tuberkuleza: rekomendatsii dlya natsional'nykh programm. 2008. Zheneva, 77 (in Russian).

Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik. 2012. Moskva, izd-vo: Rosstat. 786 (in Russian).

Nechaeva O. B., Skachkova E. I., Kucheryavaya D. A. 2013. Monitoring tuberkuleza v Rossiyskoy Federatsii. Tuberkulez i bolezni legkikh, 10(12): 46-49 (in Russian).

Ikonina I. V. 2013. Protivotuberkuleznaya pomoshch' naseleniyu Voronezhskoy oblasti v 2013 godu: informatsionno-metodicheskoe pis'mo dlya ftiziatrov, terapevtov, pediatrov, epidemiologov, infektsionistov. 34 (in Russian).

Vestnik novykh meditsinskih tekhnologiy. 2014. 21(1): 58 (in Russian).

Guryleva M. E., Gerasimova O. I. 2002. Kharakteristika kachestva zhizni bol'nykh tuberkulezom organov dykhaniya pri ambulatornom rezhime lecheniya. Problemy tuberkuleza, 1(8): 7-10 (in Russian).

Novik A. A. 2004. Issledovanie kachestva zhizni v meditsine: ucheb. Posobie. M., GEOTAR-MED, 304 (in Russian).

Perel'man M.I. 2001. Tuberkulez v Rossii. Consilium medicum, 3(12): 564-569 (in Russian).