

- in vivo / D. K. Finch, A. Midha, C. L. Buchanan, [et al.] // Brit. J. Pharmacol. — 2011. — Vol. 162, issue 2. — P. 480—490.
5. Stoklaser T. A. MHC class I and TCR avidity control the CD8 T cell response to IL-15/IL-15Ra complex / [T. A. Stoklaser, S. L. Colpitts, H. M. Smilowitz, L. Lefrancois] // J. Immunol. — 2010. — № 1, Vol. 185 (11). — P. 6857—6865.
6. Zeng R. Synergy of IL-21 and IL-15 in regulating CD8⁺ T cell expansion and function / R. Zeng, R. Spolski, S. E. Finkelstein [et al.] // J. Exp. Med. — 2005. — Vol. 201. — P. 139—148.
7. Попов Н. Н. Клиническая иммунология и аллергология: Учеб. пособие / Н. Н. Попов, В. Ф. Лавров, Э. Н. Солошенко. — М.: ООО Фирма «Реинфор», 2004. — 624 с.

УДК: 616.24-007.272-036.12+616.37-002-036.12]-037

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Н. М. Железнякова

Харківський національний медичний університет, Україна

У статті розглянуті аспекти якості життя хворих з ізольованим перебігом ХОЗЛ і при його поєднанні з хронічним панкреатитом (ХП). Якість життя оцінювалася методом анкетування з застосуванням загальномедичних (опитувальник SF-36) і спеціалізованих респіраторних (опитувальник госпіталю святого Георгія — SGRQ) опитувальників якості життя. Проведено аналіз отриманих результатів і виявлено, що супутній ХП негативно впливає на якість життя пацієнтів з ХОЗЛ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: якість життя, хронічне обструктивне захворювання легень, хронічний панкреатит, опитувальник SF-36, респіраторний опитувальник госпіталю святого Георгія

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Н. М. Железнякова

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В статье рассмотрены аспекты качества жизни больных с изолированным течением ХОЗЛ и при его сочетании с хроническим панкреатитом (ХП). Качество жизни оценивалось методом анкетирования с применением общемедицинских (опросник SF-36) и специализированных респираторных (опросник госпиталя святого Георгия — SGRQ) опросников качества жизни. Проведен анализ полученных результатов и выявлено, что сопутствующий ХП оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов с ХОЗЛ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество жизни, хроническое обструктивное заболевание легких, хронический панкреатит, опросник SF-36, респираторный опросник госпиталя святого Георгия

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH COMBINED COURSE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC PANCREATITIS

N. M. Zheleznyakova

Kharkiv National Medical University, Ukraine

The article deals with aspects of quality of life of patients with isolated COPD and combined with chronic pancreatitis (CP). Quality of life was assessed with general medical (SF-36 questionnaire) and specialized

respiratory (St. George's Hospital Questionnaire — SGRQ) questionnaires quality of life. It was found that the accompanying CP has a negative effect on quality of life of patients with COPD.

KEY WORDS: quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, chronic pancreatitis, the SF-36 questionnaire, St. George's Hospital Questionnaire

На теперішній час у світі зберігається висока захворюваність та смертність від хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), які протягом багатьох років є однією з провідних причин смертності населення у багатьох економічно розвинених країнах світу і являє значиму медичну і соціальну проблему [1, 2]. Так експерти ВООЗ відзначають, що за останні 30 років рівень смертності від ХОЗЛ у світі збільшився у 1,63 рази. Щорічно внаслідок цього захворювання помирає близько 3 млн людей, що більше ніж від раку молочної залози та цукрового діабету разом узятих. За прогнозами фахівців у 2020 році ХОЗЛ буде посідати 3-є місце в структурі причин смертності [2].

За даними Інституту фізіотерапії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України на ХОЗЛ страждає близько 7 % населення України, що приблизно складає 3 млн осіб [3]. Причому, це захворювання переважно охоплює працездатне населення середнього віку і вимагає тривалого, а в більшості випадків, довічного лікування, що веде до значних економічних втрат.

Поєднання різних захворювань внутрішніх органів на даний час набуває пильної уваги багатьох дослідників. Це обумовлено клінічною необхідністю, тобто амбулаторне та стаціонарне лікування більшості пацієнтів та їх диспансеризація передбачає урахування супутньої патології та розробку адекватних схем терапії [4–6].

Досить часто перебіг хронічного обструктивного захворювання легень поєднується з хронічним панкреатитом (ХП), якій займає одне з провідних місць в структурі хвороб травного тракту [7, 8]. Епідеміологічні дослідження вказують, що поширеність ХП серед населення різних країн варіює від 0,2 до 0,68 %. У Європі цей показник дорівнює 25–26,4 випадки на 100 тис. населення [9–11]. Серед механізмів, які сприяють хронічному перебігу панкреатиту та ХОЗЛ, велика увага приділяється синдрому хронічної запальної реакції, який обумовлює латентний перебіг коморбідних станів та системність ураження інших органів [7, 8, 4, 5]. Таким чином, можна припустити, що поєднання ХОЗЛ і хронічного панкреатиту може сприяти взаємообтяжливому впливу: провокувати подовження стадії загострення, перешкоджати формуванню повноцінної ремісії, приводити до розвитку ускладнень і т. ін.

В останні десятиліття відзначені безперечні успіхи в лікуванні як пацієнтів з ХОЗЛ, так і з ХП, що пов'язано зі швидкими темпами розвитку клінічної фармакології та розробкою нових високоефективних схем терапії даної категорії хворих. Проте хронічний характер патології, обмеження функціональних можливостей, необхідність тривалої, а в деяких ситуаціях, і постійної терапії, незмінно призводить до модифікації способу життя пацієнта, що, в свою чергу, ініціює появу проблем соціальної адаптації та погіршення якості життя (ЯЖ) [12, 13].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ЯЖ визначається як індивідуальне співвідношення людиною свого становища в житті суспільства з власними цілями, планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. На оцінку ЯЖ впливає цілий ряд факторів: фізичний, психічний і емоційний стан людини, а також ступінь його незалежності, громадське положення, особисті уявлення і стан навколишнього середовища [2]. Однак не варто забувати про такий важливий показник ЯЖ, як здатність хворої людини адаптуватися до проявів свого захворювання і відчувати себе комфортно в цій ситуації. Тому, в той час, як для лікаря одним з головних завдань при веденні хворого є досягнення клініко-лабораторної ремісії та запобігання прогресування захворювання, для пацієнта першочерговою метою є поліпшення самопочуття і всіх аспектів ЯЖ, що, в умовах наявності коморбідної патології, набуває особливого значення.

Все вищевказане послужило підставою для проведення даного дослідження, **метою** якого стало вивчення впливу супутнього ХП на аспекти якості життя хворих на ХОЗЛ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилося 95 пацієнтів з ХОЗЛ віком від 34 до 59 років (середній вік $42,5 \pm 6,8$ років), з яких чоловіків було 59 (62,1 %), жінок — 36 (37,9 %). Даний діагноз був встановлений на попередніх етапах спостереження хворих з урахуванням результатів спірометричного дослідження. Тривалість анамнезу ХОЗЛ в середньому по групі склала $14,2 \pm 4,9$ років. У 39 (41,1 %) випадках мав місце ізольований перебіг ХОЗЛ (група порівняння). У 56 спостереженнях (58,9 %) ХОЗЛ перебігало на тлі хронічного панкреатиту (основна

група), з анамнезом захворювання останнього $9,6 \pm 3,7$ років. Порушення екскреторної функції підшлункової залози (ПЗ) реєструвалося в усіх хворих: у 25 — легка і у 31 випадках — середньої тяжкості (за результатами вмісту еластази-1 у калі). Пацієнти обох груп були зіставлені за статтю, віком, освітою, стадією ХОЗЛ, ступенем екскреторної недостатності ПЗ, тривалістю захворювання.

Якість життя пацієнтів досліджувалася за допомогою наступних опитувальників: стандартизований неспецифічний опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) — 36 питань, що дозволяють найбільшою мірою оцінювати взаємозв'язок ЯЖ з соціальним статусом, психічним здоров'ям і загальним благополуччям індивідуума; респіраторний опитувальник госпіталю святого Георгія (SGRQ) — 76 питань, структурованих таким чином, що відповіді на них відображають суб'єктивну оцінку пацієнтом респіраторних порушень, фізичної активності та її обмежень, психосоціальної адаптації, вплив статусу здоров'я на трудову і повсякденну діяльність, емоційного сприйняття хвороби, відносин з близькими людьми, потреби в лікуванні та прогнозу захворювання.

Опитувальник SF-36 складається з 36 питань, об'єднаних у 8 наступних шкал: фізична активність — ФА (оцінює міру самообслуговування, ходьбу, підйом по сходах, перенесення важких речей, а також виконання значних фізичних навантажень); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності РФ (характеризує ступінь обмеження повсякденної діяльності через проблеми з фізичним здоров'ям), інтенсивність болю — ІБ (відображає інтенсивність болювого синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю); загальний стан здоров'я (оцінка ЗСЗ); життєва активність — ЖА (оцінка відчуття пацієнтом повноти сил та енергії); соціальна активність — СА (задоволеність спілкуванням, проведенням часу з друзями, родиною, сусідами, колегами); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності — РЕ (оцінка ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої звичайної повсякденної діяльності, включаючи великі витрати часу на їх виконання, зменшення обсягу зробленої роботи, зниження її якості); психічне здоров'я — ПЗ (характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, оцінює загальний показник позитивних емоцій).

Фізичний статус пацієнта оцінюється за п'ятьма шкалами (ФА, РФ, ІБ, ЗСЗ, ЖА),

психосоціальний статус також характеризується п'ять шкал (РЕ, СА, ПЗ, ЗСЗ, ЖА). Причому показники ЗСЗ та ЖА визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини.

Максимальне значення для всіх шкал, при повній відсутності обмежень чи порушень здоров'я, дорівнювало 100. Чим вищим був показник по кожній шкалі, тим кращою була ЯЖ по цьому параметру.

При аналізі ЯЖ за респіраторним опитувальником госпіталю святого Георгія (SGRQ) в якості оціночних параметрів застосовуються 4 узагальнених шкали: «Симптоми» — суб'єктивна оцінка пацієнтом ступеня виразності клінічних ознак ХОЗЛ; «Активність» — суб'єктивна оцінка пацієнтом ступеня обмеження фізичної активності, зумовленої захворюванням; «Вплив» — суб'єктивна оцінка пацієнтом виразності психологічних і соціальних проблем в результаті захворювання і «Сума» — загальний показник ЯЖ, що характеризує в цілому негативний вплив ХОЗЛ на стан здоров'я.

Оцінка кожної шкали проводиться по 100-бальній системі. Оціночні критерії є зворотними: чим вищий бал, тим більш негативним є вплив хвороби на ЯЖ пацієнта. Даний опитувальник дозволяє розраховувати ЯЖ хворих як у цілому, так і окремо за кожною із трьох шкал.

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою однієї багатфакторного дисперсійного аналізу (пакет ліцензійних програм «Microsoft Excel», «Statistica 6.0»).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Результати анкетування хворих за опитувальником SF-36 наведено у табл. 1.

Як показано у табл. 1, наявність супутнього ХП вірогідно погіршувала ЯЖ хворих на ХОЗЛ за всіма шкалами, що відображують фізичний стан пацієнта, а саме — фізичну активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, життєву активність.

При оцінці психосоціального статусу також відмічався негативний вплив на ЯЖ супутнього ХП, що підтверджувалося вірогідним зниженням його показників у основній групі, окрім показників соціальної адаптації та психічного здоров'я, відмінності у яких по групах були не достовірними.

Значне пригнічення «фізичної активності» у пацієнтів основної групи, при зіставленні з групою порівняння, було обумовлене обмеженням можливостей пацієнта викону-

Таблиця 1

Показники якості життя за опитувальником SF-36 в балах у обстежених хворих (M ± m)

Шкала	Хворі на ХОЗЛ та ХП (n = 56)	Хворі на ХОЗЛ (n = 39)
ФА	49,5 ± 2,9*	62,7 ± 3,3
РФ	32,9 ± 2,6*	51,4 ± 3,9
ІБ	58,5 ± 4,5*	42,3 ± 4,3
ЗСЗ	45,1 ± 3,2*	56,2 ± 3,7
ЖА	46,4 ± 2,9*	54,4 ± 3,2
СА	46,3 ± 2,7	44,9 ± 3,4
РЕ	40,6 ± 3,9*	57,8 ± 4,1
ПЗ	57,2 ± 3,2	60,3 ± 4,3

Примітка:

* — розбіжності достовірні порівняно з аналогічним показником групи порівняння.

вати типові повсякденні фізичні навантаження. Це у свою чергу призводило до зниження показників «ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», тобто фізична неспроможність пацієнта ініціювала появу проблем у емоційній сфері, що може справляти негативний вплив на лікування та реабілітацію хворого.

Усі ці фактори сприяли зниженню оцінки «загального стану здоров'я» у пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХП, що є

провідним показником сприйняття пацієнтом наявності хвороби.

При аналізі показників, що враховувались при анкетуванні за опитувальником SGRQ (табл. 2), виявлено, що наявність супутнього ХП у пацієнтів із ХОЗЛ вірогідно посилює негативний вплив захворювання на виразність клінічних ознак, ступень обмеження фізичної активності, поглиблює психологічні та соціальні проблеми пов'язані із захворюванням та погіршує загальний показник ЯЖ.

Таблиця 2

Показники якості життя за опитувальником SGRQ в балах у обстежених хворих (M ± m)

Показник	Хворі на ХОЗЛ та ХП (n=56)	Хворі на ХОЗЛ (n=39)
Симптоми	65,8 ± 4,2*	55,8 ± 3,2
Активність	62,7 ± 3,7*	46,4 ± 2,7
Вплив	42,1 ± 3,1*	25,2 ± 1,9
Сума	52,3 ± 4,3*	36,8 ± 2,7

Примітка:

* — розбіжності достовірні порівняно з аналогічним показником групи порівняння.

Таким чином, можна припустити, що кількісна варіабельність компонентів якості життя, що проявляються змінами в певних шкалах опитувальника SF-36 та респіраторного опитувальника госпіталю святого Георгія є віддзеркаленням співвідношення впливів ХОЗЛ та хронічного панкреатиту на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого захворювання та, у зв'язку з його наявністю, можливості особистісної активної адаптації в оточуючому середовищі.

ВИСНОВКИ

Супутні патології, а саме ХП, у пацієнтів

з ХОЗЛ справляє значний вплив на якість життя, що проявляється виразними змінами у суб'єктивному сприйнятті пацієнтом свого фізичного та психосоціального статусу. Дані обставини можуть вносити певні корективи у перебіг захворювання, ефективність лікування та реабілітаційних заходів у хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХП, що слід враховувати при веденні даної категорії хворих.

Перспективним напрямком є вивчення спільних патогенетичних механізмів у пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ і ХП та визначення їх впливу на окремі показники ЯЖ.

ЛІТЕРАТУРА

1. From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010. — Available from : <http://www.goldcopd.org/>.
2. World Health report. World Health Organization. — Available from : <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.

3. Фещенко Ю. И. Актуальные вопросы хронического обструктивного заболевания легких / Ю. И. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. — 2010. — № 1. — С. 6—11.
4. Шмелев Е. И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / Е. И. Шмелев // Пульмонология. — 2007. — № 2. — С. 5—9.
5. Chatila W. M. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease / W. M. Chatila, V. M. Thomashow, O. A. Minai // Proc. Am. Thorac. Soc. — 2008. — Vol. 5. — P. 549—555.
6. Fabbri L. M. Complex chronic comorbidities of COPD / L. M. Fabbri, F. Luppi, B. Beghe, [et al.] // Eur. Respir. J. — 2008. — Vol. 31. — P. 204—212.
7. Христич Т. Н. Клинико-патогенетические особенности сочетания хронического панкреатита и хронической обструктивной болезни легких / Т. Н. Христич, Л. Д. Кушнир // Укр. тер. журн. — 2006. — № 1. — С. 62—63.
8. Христич Т. М., Телекі Я. М. Значення синдрому системної запальної відповіді у розвитку хронічного обструктивного захворювання легень із супутнім хронічним панкреатитом / Т. М. Христич, Я. М. Телекі // Вісник Вінницького Національного мед. університету. — 2008. — № 12 (1). — С. 213.
9. Бабак О. Я. Новые подходы к терапии ферментными препаратами у больных с хроническим панкреатитом / О. Я. Бабак, А. Е. Гриднев, В. М. Чернова // Сучасна гастроентерологія. — 2011. — № 2 (58). — С. 49—55.
10. Минушкин О. Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация / О. Н. Минушкин // Фарматека. — 2007. — № 2. — С. 53—56.
11. Molero Richard X. Chronic pancreatitis / Richard X. Molero // Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 31, Suppl. 4. — P. 76—82.
12. Чучалин А. Г. Качество жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: можем ли мы ожидать большего? (результаты национального исследования ИКАР-ХОБЛ) / А. Г. Чучалин, А. С. Белевский, С. И. Овчаренко, И. А. Королева // Пульмонология. — 2006. — № 5. — С. 19—27.
13. Kardos P. Primary care physician assessment of COPD severity: European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P. W. Jones, M. L. Levy, [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — V. 36, Suppl. 54. — P. 4228.

УДК: 616.127:616.61

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 4 ТИПА

Э. Куруубадзе¹, М. А. Власенко¹, О. А. Власенко²

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

² Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Ремоделирование миокарда левого желудочка изучено у 107 больных хронической болезнью почек (ХБП): хроническим гломерулонефритом 54 больных, хроническим пиелонефритом — 36 и 17 диабетической нефропатией, с артериальной гипертонией II-III степени. ХБП I стадии была у 42 больных, ХБП II — 20, ХБП III — 27 и ХБП IV — у 18 больных. Возникновение кардиоренального синдрома при нефрогенной артериальной гипертонии (АГ) проявляется ремоделированием миокарда левого желудочка (ЛЖ). Для ремоделирования миокарда ЛЖ у больных ХБП характерна гипертрофия миокарда ЛЖ по концентрическому типу и по мере прогрессирования ХБП появлением эксцентрической гипертрофии миокарда ЛЖ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ремоделирование миокарда, кардиоренальный синдром