

ФОРМИ СКЛЕРОМИ – ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ*Вінницький нац. мед. ун-тет ім. М.І. Пирогова*

Склерома є хронічним захворюванням, що часто має прогресуючий, непередбачуваний перебіг та характеризується високою резистентністю до терапевтичних заходів [1]. Завдяки сучасним досягненням медицини істотно збільшилася тривалість життя хворих зі склеромою. Проте це захворювання на теперішній час залишається невиліковним, а метою терапії для більшості таких пацієнтів є, по суті, покращення якості життя шляхом поліпшення їх функціонування в результаті послаблення симптомів або обмеження прогресування хвороби.

Літературні дані вказують на значний негативний вплив хронічних захворювань на стан здоров'я і, отже, на якість життя людини [5]. По-перше, саме захворювання не може не відбитися на всіх сторонах життєдіяльності хворого, а по-друге, тривале, часом по життєве медикаментозне лікування так чи інакше впливає на якість життя пацієнта [5]. В зв'язку з цим у пацієнтів із склеромою надзвичайно важливою є оцінка медичних аспектів якості життя.

Якість життя є інтегральною характеристикою, що відображає фізичне, психологічне, емоційне та соціальне функціонування людини, що базується на його суб'єктивному сприйнятті [3]. Згідно з визначенням ВООЗ, якість життя – це прийняття індивідуумами свого положення в житті в контексті культури і системи цінностей того середовища, в якому вони живуть, в нерозривному зв'язку з їх цілями, очікуваннями, стандартами і турботами.

Поняття «якості життя» трактують як відображення впливу захворювання і його лікування на уявлення пацієнта, що змінюється під впливом різних факторів, функці-

ональних стресів, психологічних і соціальних впливів. В зв'язку з цим, на теперішній час як в світовій, так і вітчизняній практиці, показник якості життя, пов'язаний із здоров'ям (міжнародний термін – Health-Related Quality of Life – HRQL), входить в стандарти обстеження пацієнтів, широко використовується з метою оцінки ефективності лікувальних і профілактичних заходів, прогнозу захворювання, а також є невід'ємним елементом рандомізованих досліджень і фармакоекономічних розрахунків [4, 6, 7, 8].

Серед способів оцінки якості життя найбільш поширеними є опитувальники, котрі заповнюють самі хворі. Найбільш часто в світовій практиці використовують коротку форму вивчення медичних підсумкових параметрів SF-36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey – SF-36) [2].

В зв'язку з цим в Україні впродовж останнього десятиріччя спостерігається зростання інтересу до дослідження якості життя в медицині при різних захворюваннях. Проте, незважаючи на світову практику, проблема дослідження якості життя у хворих на склерому залишається практично не вивченою.

Мета дослідження: дослідити зміни показників якості життя хворих на склерому та оцінити цей показник у пацієнтів з різними формами захворювання.

Матеріал та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 92 хворих на склерому (33 чоловіка, 59 жінок), які спостерігалися та лікувалися на базі ЛОР-клініки Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Середній вік хворих ($M \pm \sigma$) – $53,5 \pm 14,52$ років (від 23 до 79 років), середня тривалість за-

хворювання – $17,63 \pm 11,94$ років (від 1 до 48 років).

Обстеження хворих включало загальноклінічне дослідження, детальний огляд ЛОР-органів, ендоскопію гортані, трахеї, бронхів. Для оцінки якості життя використовували опитувальник SF-36. Він включає 36 питань, що відображають 8 концепцій здоров'я: фізичне (PF), рольове (RP), соціальне (SF), емоційне функціонування (RE), загальне (GH) і психологічне (MH) здоров'я, життєздатність (VT) та больовий синдром (BP).

Поряд із 8 загально прийнятими шкалами SF-36 вираховували два інтегральних показника – «фізичний» (PCS) і «психічний» (MCS) компоненти здоров'я. Показник «фізичного компонента здоров'я» розраховували як суму оцінок за шкалами фізичне та рольове функціонування, біль, загальне здоров'я. «Психічний компонент здоров'я» обчислювали підсумовуванням показників життєздатності, соціального та емоційного функціонування, психологічного здоров'я.

Максимальна оцінка за основними шкалами SF-36 становить 100, що відповідає найкращому рівню якості життя. Мінімальне (найгірше) значення шкал якості життя відповідає нульовій оцінці.

Показники якості життя порівнювали в групах: 1) група порівняння – практично здорові особи ($n=20$); 2) хворі з переважно інфільтративною формою склероми ($n=31$); 3) хворі з переважно атрофічною формою захворювання ($n=30$); 4) хворі з переважно рубцевою формою ($n=31$).

Отримані в процесі дослідження дані аналізувались за допомогою статистичних методів, з використанням пакету програм «SPSS 23».

Результати дослідження та їх обговорення

Загальна якість життя обстежених нами пацієнтів із склеромою склала в середньому ($M \pm \sigma$) $41,37 \pm 10,11\%$ та була знижена на 18,4% у порівнянні із здоровими особами, переважно за рахунок фізичного компонента здоров'я. Так, у групі порівняння з 20 практично здорових осіб, порівняної за статтю та віком, що не мали будь-якого хронічного захворювання, котре могло би

вплинути на якість життя, загальний показник останньої склав в середньому $50,72 \pm 5,38\%$ ($p < 0,001$), а фізичний та психічний компоненти здоров'я (PCS та MCS) – $52,35 \pm 4,95\%$ та $48,65 \pm 6,98\%$ відповідно ($p < 0,001$ та $p = 0,004$). Також наші дві групи пацієнтів із склеромою та здорових осіб відрізнялися за наступними субшкалами: фізичне функціонування (PF) ($58,09 \pm 26,08\%$ проти $93,75 \pm 7,58\%$, $p < 0,001$), роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP) ($43,03 \pm 37,63\%$ проти $70,62 \pm 24,34\%$, $p < 0,001$), загальне сприйняття здоров'я (GH) ($42,63 \pm 17,93\%$ проти $72,18 \pm 21,23\%$, $p < 0,001$), життєздатність (VT) ($49,49 \pm 18,99$ проти $68,5 \pm 13,38$, $p < 0,001$), соціальна активність (SF) ($59,77 \pm 25,09\%$ проти $86,24 \pm 18,54\%$, $p < 0,001$), роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE) ($48,01 \pm 40,45\%$ проти $71,21 \pm 18,23\%$, $p < 0,001$), психічне здоров'я (MH) ($58,19 \pm 18,17\%$ проти $73,2 \pm 15,68\%$, $p = 0,001$) (рис. 1).

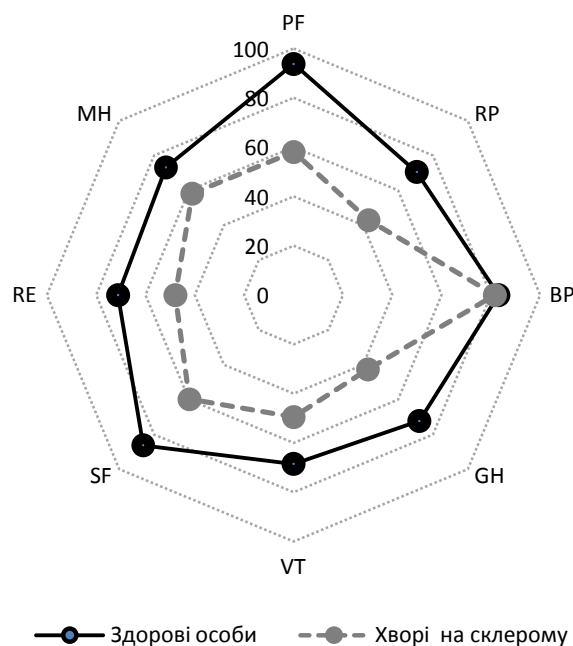


Рис. 1. Показники якості життя хворих із склеромою ($n=92$) та здорових осіб ($n=20$) (опитувальник SF-36). Тут і далі: PF – фізичне функціонування; RP – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; BP – фізичний біль; GH – загальне сприйняття здоров'я; VT – життєздатність; SF – соціальна активність; RE – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; MH – психічне здоров'я.

На підставі аналізу отриманих даних якість життя хворих на склерому є нижчою, ніж в здоровій популяції. При цьому показники якості життя знижуються при всіх формах склеромного ураження дихальних шляхів, хоч і в різній мірі. При порівнянні даних хворих із переважно інфільтративною формою склероми та здорових осіб (контроль) отримано значущі відмінності в показниках PF ($68,77 \pm 24,79\%$ проти $93,75 \pm 7,58\%$; $p < 0,001$) та SF ($69,22 \pm 25,97\%$ проти $86,24 \pm 18,54\%$; $p = 0,014$), що свідчить про вплив захворювання на здатність переносити фізичне навантаження протягом дня та наявність проблем у спілкуванні з іншими людьми вже на початкових стадіях захворювання. Відповідно отримані зміни позначаються на інтегральному показникові фізичного здоров'я, котрий був до лікування у хворих із переважно інфільтративною формою склероми $42,32 \pm 9,75\%$, що на 19,2% менше ($p < 0,001$), ніж у контролі. При переважно атрофічній та рубцевій формах склероми всі показники якості життя є нижчими ($p < 0,05$), порівняно з аналогічними показниками в контрольній групі (за виключенням показника фізичного болю), що свідчить про вплив захворювання на різні аспекти не тільки фізичного, але й психологічного здоров'я (рис. 2).

Склерома є по-життєвим прогресуючим захворюванням, тому істотно погіршує якість життя, що в свою чергу повинно привертнути увагу практичних лікарів на виявлення предикторів негативної динаміки якості життя та розгляд можливостей терапевтичної корекції останніх.

При порівнянні середніх значень якості життя між підгрупами хворих із переважно інфільтративною та атрофічною формами склероми встановлено значущі відмінності у фізичному функціонуванні, життєздатності та ролі емоційних і фізичних проблем ($p < 0,05$) (див. рис. 2). Отримані дані свідчать, що перехід захворювання в атрофічну стадію призводить не тільки до погіршення здатності переносити фізичне навантаження, але й появу проблем із суб'єктивною оцінкою настрою, енергійності, життєвих сил, а також чинить вплив на емоційну здатність людини займатися своєю професійною працею.

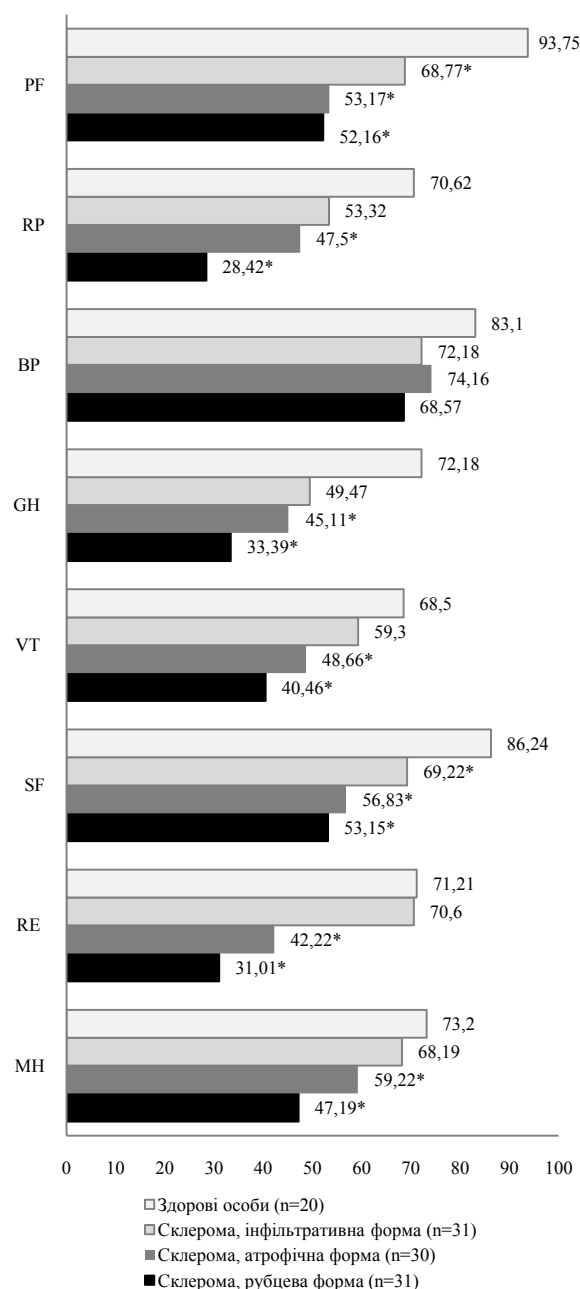


Рис. 2. Показники якості життя за опитувальником SF-36у здорових осіб та хворих на різні форми склероми. Примітка: * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з показником здорових осіб ($p < 0,05$).

При порівнянні середніх значень якості життя між підгрупою хворих із переважно інфільтративною формою склероми та підгрупою з переважно рубцевою формою захворювання, встановлено відмінності за такими шкалами опитувальника SF-36: фізичне функціонування, роль емоційних і фізичних проблем, життєздатність, загальне

сприйняття здоров'я, соціальна активність, психічне здоров'я ($p < 0,05$) (див. рис. 2).

Переважно атрофічна та рубцева форми склероми призводять до найбільш відчутного зниження фізичного ($39,35 \pm 10,81\%$ та $37,26 \pm 9,73\%$ відповідно) та психічного компоненту здоров'я ($42,27 \pm 10,04\%$ та $36,39 \pm 6,8\%$), як у порівнянні зі здоровими особами, так і хворими з переважно інфільтративною формою захворювання.

Висновки

1. Якість життя хворих із склеромним ураженням верхніх дихальних шляхів супроводжується істотним зниженням у порівнянні із здоровими особами, переважно за рахунок фізичного компонента здоров'я в середньому на 18,4%.

2. При порівнянні даних хворих із переважно інфільтративною формою склероми та здорових осіб (контроль) отримано відмінності в показниках PF ($68,77 \pm 24,79\%$ проти $93,75 \pm 7,58\%$; $p < 0,001$) та SF ($69,22 \pm 25,97\%$ проти $86,24 \pm 18,54\%$; $p = 0,014$), що свідчить про вплив захворю-

вання на здатність переносити фізичне навантаження протягом дня та наявність проблем у спілкуванні з іншими людьми вже на початкових стадіях захворювання. За умов переважно атрофічної та рубцевої форми склероми всі показники якості життя є нижчими ($p < 0,05$), порівняно з аналогічними показниками в контрольній групі (за виключенням показника фізичного болю).

3. Переважно атрофічна та рубцева форми склероми призводять до значного зниження фізичного ($39,35 \pm 10,81\%$ та $37,26 \pm 9,73\%$ відповідно) та психічного компоненту здоров'я ($42,27 \pm 10,04\%$ та $36,39 \pm 6,8\%$), як у порівнянні із здоровими особами, так і хворими з переважно інфільтративною формою захворювання.

4. Дослідження показників якості життя пацієнтів із склеромою в клінічній практиці дозволяє визначити вплив захворювання на фізичне, психологічне і соціальне функціонування хворого і, поряд із загально-клінічними методами дослідження, оцінити стан хворого та ефективність лікування.

Література

1. Дмитренко ІВ, Кішук ВВ. Досвід надання невідкладної допомоги хворим на склерому при гострому порушенні дихання. Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2006;3:128-9.
2. Новик АА, Іонова ТІ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007;320 с.
3. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007;320 с.
4. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении. Мед. новости. 2001;4:51-2.
5. Dunderdale K, Thompson DR, Beer SF, Furze G, Miles JN. Development and validation of a patient-centered health-related quality-of-life measure: the chronic heart failure assessment tool. J. Cardiovasc. Nurs. 2008;23(4):364-70.
6. Brundage M, Bass B, Davidson J, Queenan J, Bezjak A, Ringash J, Wilkinson A, Feldman-Stewart D. Patterns of reporting health-related quality of life outcomes in randomized clinical trials: implications for clinicians and quality of life researchers. Qual. Life Res. 2011;20(5):653-64.
7. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? Eur. J. Heart Fail. 2005;7(4):572-82.
8. Spertus JA. Evolving applications for patient-centered health status measures. Circulation. 2008;118(20):2103-10.

References

1. Dmitrenko IV, Kishchuk VV. [Experience in providing emergency care for patients with scleroma in acute respiratory failure]. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2006; (3): 128-9. [Article in Ukrainian].
2. Novik AA, Ionova TI. [Guide to the study of quality of life in medicine]. 2nd edition: ed. acad. RAMS Shevchenko YuL. Moscow: Olma Media Group, 2007; 320 p. [Article in Russian].
3. Guide to the study of quality of life in medicine. 2nd edition: ed. acad. RAMS Yu.L. Shevchenko. Moscow: OLMA Media Group, 2007: 320 p. [Article in Russian].
4. Shevchenko YuL. [The concept of research on the quality of life in health care]. Medical News. 2001; (4): 51-2. [Article in Russian].
5. Dunderdale K, Thompson DR, Beer SF, Furze G, Miles JN. Development and validation of a patient-centered health-related quality-of-life measure: the chronic heart failure assessment tool. J. Cardiovasc. Nurs. 2008; 23(4): 364-70.
6. Brundage M, Bass B, Davidson J, Queenan J, Bezjak A, Ringash J, Wilkinson A, Feldman-Stewart D. Patterns of reporting health-related quality of life outcomes in randomized clinical trials: implications for clinicians and quality of life researchers. Qual. Life Res. 2011; 20(5): 653-64.
7. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? Eur J Heart Fail. 2005; 7(4): 572-82.
8. Spertus JA. Evolving applications for patient-centered health status measures. Circulation. 2008; 118(20): 2103-10.

Надійшла до редакції 14.09.18

© В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, 2018

ФОРМИ СКЛЕРОМИ – ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ

Кіщук В.В., Грицун Я.П.

Вінницький нац. мед. ун-тет ім. М.І. Пирогова

А н о т а ц і я

Обстежено 92 хворих (33 чоловіка, 59 жінок) на склерому віком від 23 до 79 років (в середньому – $53,5 \pm 14,57$ років). Дослідження хворих включало оцінку скарг, загальноклінічних показників, результатів огляду ЛОР-органів, ендоскопії гортані, трахеї, бронхів. Показники якості життя визначали за опитувальником Коротка версія Опитувальника здоров'я – 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey – SF-36) в таких групах: 1) група порівняння – практично здорові особи ($n=20$); 2) хворі з переважно інфільтративною формою склероми ($n=31$); 3) хворі з переважно атрофічною формою захворювання ($n=30$); 4) хворі з переважно рубцевою формою ($n=31$).

Проведені дослідження свідчать про те, що якість життя хворих на склерому супроводжується істотним зниженням в середньому на 18,4% у порівнянні із здоровими особами, переважно за рахунок фізичного компонента здоров'я. При порівнянні даних хворих із переважно інфільтративною формою склероми та здорових осіб отримано значущі відмінності в показниках фізичного функціонування та соціальної активності, що свідчить про вплив захворювання на здатність переносити фізичне навантаження протягом дня та наявність проблем у спілкуванні з іншими людьми вже на початкових стадіях захворювання. За умов переважно атрофічної та рубцевої форм склероми всі показники якості життя є нижчими ($p < 0,05$), порівняно з аналогічними показниками в контрольній групі (за виключенням показника фізичного болю). Переважно атрофічна та рубцева форми склероми призводять до найбільш значущого зниження фізичного ($39,35 \pm 10,81\%$ та $37,26 \pm 9,73\%$, відповідно) та психічного компоненту здоров'я ($42,27 \pm 10,04\%$ та $36,39 \pm 6,8\%$), як у порівнянні із здоровими особами, так і хворими з переважно інфільтративною формою захворювання.

Ключові слова: склерома, якість життя

FORMS OF SCLEROMA – INFLUENCE ON THE PATIENTS QUALITY OF LIFE

Kishchuk VV, Grytsun JP

Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University (Vinnytsya, Ukraine); e-mail: grytsunjp86@gmail.com

Abstract

Introduction. Despite world practice that problem of studying the quality of life in patients with scleroma remains virtually uninvestigated. Therefore the purpose of our study was to investigate changes in the quality of life of patients with scleroma and to evaluate this indicator in patients with different forms of the disease.

Materials and methods. There have been examined 92 patients (33 males, 59 females) with scleroma at the age from 23 to 79 years (at an average $53,5 \pm 14,57$ years) and the duration of the disease from 1 to 48 years (at an average $17,63 \pm 11,94$ years). The study of patients included assessment of complaints, general clinical score, results of examination of ENT-organs, endoscopy of larynx, trachea, bronchi. Quality of life indices were determined from enquirer Short version of Health enquirer – 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey – SF-36) in the following groups: 1) comparison group – apparently healthy persons ($n=20$); 2) patients with predominantly infiltrative form of scleroma ($n=31$); 3) patients with predominantly atrophic form of the disease ($n=30$); 4) patients with predominantly cicatricial form ($n=31$).

Results. The quality of life of patients with scleroma is accompanied by a significant decrease of an average of 18,4% compared with healthy individuals, mainly due to the physical component of health. Comparing the data of patients with predominantly infiltrative form of scleroma and healthy persons (control), significant differences were observed in the indicators of physical functioning ($68,77 \pm 24,79\%$ versus $93,75 \pm 7,58\%$; $p < 0,001$) and social activity ($69,22 \pm 25,97\%$ versus $86,24 \pm 18,54\%$; $p=0,014$). This indicates the effect of the disease on the ability to with stand the physical activity during the day and the presence of problems in communicating with other people already at the initial stages of the disease. Mostly atrophic and cicatricial forms of scleroma lead to the most significant decrease in physical ($39,35 \pm 10,89\%$ and $37,26 \pm 9,73\%$, respectively) and the mental component of health ($42,27 \pm 10,04\%$ and $36,39 \pm 6,8\%$), as compared with healthy individuals and patients with predominantly infiltrative disease.

Conclusions. The study of the quality of life of patients with scleroma in clinical practice allows to determine the disease effect on the physical, psychological and social functioning of the patient and, along with the general clinical methods of the study, allows us to give a comprehensive assessment of the patient's condition and the effectiveness of his treatment.

Keywords: scleroma, quality of life.