

Качество жизни у больных с соматической патологией и синдромом обструктивного апноэ–гипопноэ сна

Е. А. Медведский¹, Е. В. Алексеева²

¹ МО «Новая больница»,

² МУ ГКБ № 40, Екатеринбург

Резюме

В исследование включено 112 пациентов, из них 51 больной с синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна различной степени тяжести (СОАГС). Всем больным проведено полисомнографическое исследование (ПСГ) и оценка качества жизни (КЖ) по опроснику SF-36. Установлено, что под влиянием СОАГС более, чем на половину снижается уровень физической активности, значительно падает повседневная жизнедеятельность за счет ограничения физических и эмоциональных проблем ($p < 0,001$), оказывает отрицательное влияние на психическое здоровье и социальную активность больных ($p < 0,01$). У больных с хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания под влиянием СОАГС снижается физический статус, отмечается ограничение жизнедеятельности, связанное с физическими проблемами ($p < 0,001$). Гипертоническая болезнь на фоне СОАГС оказывает влияние только на показатель психического здоровья ($p < 0,05$).

Ключевые слова: качество жизни, синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна.

Введение

Исследования по изучению качества жизни, связанного с состоянием здоровья, чрезвычайно актуальны в настоящее время. Критерии КЖ признаны неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики в медицинской практике [1–3]. Особое внимание в последние годы привлечено к изучению обструктивных нарушений дыхания во время сна [4, 5]. Данная патология широко распространена, влияет на КЖ пациентов и повышает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность [6]. Одним из наиболее важных направлений медицины сна является диагностика и коррекция дыхательных расстройств во время сна у пациентов с различной соматической патологией [7, 8]. Систематизированная информация об особенностях качества жизни у больных с широко распространенным СОАГС в сочетании с наиболее распространенными соматическими заболеваниями отсутствует. До настоящего времени не определены особенности реагирования пациентов на СОАГС, не установлено, какие происходят изменения в формировании внутренней кар-

тины болезни под влиянием СОАГС у лиц с наиболее часто встречающейся в терапевтической практике соматической патологией. Таким образом, актуальным является проведение исследования, посвященного изучению особенностей КЖ пациентов с избыточной массой тела в зависимости от наличия у них СОАГС различной степени тяжести или его отсутствия.

Цель исследования: установить особенности КЖ у пациентов с избыточной массой тела, в зависимости от наличия СОАГС и соматической патологии.

Материал и методы

Исследование состояло из прескринингового и скринингового этапов. В прескрининговый этап включено 446 пациентов с подозрением на СОАГС, у которых имелись БА, ХОБЛ или ГБ, а также лица с избыточной массой тела и подозрением на СОАГС, не имеющих другой значимой соматической патологии. Прескрининговый отбор пациентов с подозрением на СОАГС проводился в соответствии с «Правилами скринингового отбора на ПСГ исследование». Скрининговый этап включал обследование больных, верификацию соматической патологии (бронхиальной астмой — БА, хронической обструктивной болезнью легких — ХОБЛ или гипертонической болезнью — ГБ), исключение из исследования пациентов с сочетанной пато-

Е. А. Медведский — врач высшей категории, зав. Центром по диагностике и лечению хронических обструктивных заболеваний легких;

Е. А. Алексеева — зав. Терапевтическим отделением ГКБ №40, врач-сомнолог.

Таблица 1. Общая характеристика пациентов, включенных в исследование, М±G

Группа больных	Число пациентов	Пол		Возраст, М±G	ИМТ кг/м ²
		М	Ж		
БА	31	18	13	50,3±9,5	32,4±5,4
ХОБЛ	25	20	5	59,1±6,6	33,1±5,1
ГБ	22	13	9	50,7±4,6	31,1±2,2
К*	34	23	11	50,4±3,5	32,0±3,4
Итого	112	74	38	52,3±7,4	32,1±4,0

Примечание. * — контрольная группа.

логией и проведение ПСГ. Критериями включения являлись:

- избыточная масса тела (ИМТ) > 25 кг/м²;
- диагнозы БА, ХОБЛ или ГБ, установленные не менее чем за 12 месяцев до исследования;
- возраст больных от 18 до 70 лет;
- соответствие пациентов правилу скринингового отбора на ПСГ исследование;
- отсутствие тяжелой сопутствующей патологии.

Контрольную группу составили больные без значимой соматической патологии, рекомендованные для скринингового отбора в рамках проведения ПСГ.

В табл. 1 представлена общая характеристика пациентов, включенных в исследование.

Все пациенты имели избыточную массу тела и в зависимости от результатов ПСГ выделено две группы пациентов: группа больных с СОАГС (51 человек) и без СОАГС (61 человек). Изучались параметры, отражающие КЖ (физический и психосоциальный статус пациентов).

Для выявления влияния соматической патологии на КЖ и типы психологического реагирования на заболевание сравнивались пациенты, имеющие СОАГС в сочетании с БА, ХОБЛ и ГБ с группой больных, страдающих СОАГС без указанной терапевтической патологии. На основании проведенного обследования и ПСГ при помощи полисомнографической системы Sleep Screen фирмы «Erich Jaeger» выделено 4 группы пациентов:

1-я группа включала 14 пациентов, страдающих БА средней тяжести и тяжелой;

2-я группа — 12 пациентов со средним и тяжелым течением ХОБЛ;

3-я группа — 10 пациентов с диагнозом ГБ II стадии (по классификации ВОЗ-МОГ 1999 г.) в сочетании с легкой, умеренной или тяжелой формой СОАГС;

4-я группа (контрольная) включала 15 пациентов с СОАГС различной тяжести, не имеющих на момент обследования значимой соматической патологии.

Качество жизни пациентов определялось с помощью русифицированного аналога опросника SF-36 (*The MOS 36-item Short Form Health Survey*) [9], прошедшего адаптацию и клинические испытания в России [10]. Опросник заполнялся респондентами самостоятельно. Помощь исследователя заключалась только в разъяснении сути вопроса. Расчет критериев КЖ производился методом суммирования рейтингов Ликерта на основе перекодированных сырых баллов, выраженных в процентах. Опросник SF-36 позволяет рассчитывать КЖ респондента по девяти критериям (8 основных и 1 — дополнительный по шкале от 0 до 100 баллов).

Критериями качества жизни согласно вопросу являются следующие:

1. Физическая активность (ФА).
2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ).
3. Телесная боль (ТБ).
4. Общее восприятие здоровья (ОЗ).
5. Жизнеспособность (ЖС).
6. Социальная активность (СА).
7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ).
8. Психическое здоровье (ПЗ).
9. Сравнение самочувствия с самочувствием в предыдущем году (СС).

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью прикладных программ «Excel 7.0» версии «Microsoft Office 2000 SR-1 Professional». Статистическая обработка результатов проведена при помощи пакета прикладных программ «Statistics for Windows, Release 4.3. StatSoft, Inc». Достоверность различий средних значений между двумя выборками определяли по *t* — критерию Стьюдента, различия считали достоверными для *p* < 0,05.

Результаты и их обсуждение

Характеристика критериев КЖ, отражающих физический и психосоциальный статус пациентов, приведена в табл. 2.

Из приведенной табл. 2 видно, что в группе больных с СОАГС по сравнению с группой без СОАГС, имеются достоверные отличия большинства показателей КЖ, отражающих изменение физического и психосоциального статуса пациентов.

В группе больных с СОАГС объем физической нагрузки (физическая активность — ФА), не ограниченный состоянием здоровья, который они могут выполнять составляет только 48,6% от максимального объема, т.е. больные с СОАГС могут выполнять менее, чем половину максимальной физической нагрузки. У пациентов без СОАГС этот показатель ниже только почти на 30% (*p* < 0,001).

Роль физических проблем (РФ) в ограничении жизнедеятельности у больных с СОАГС составила 20,1% от минимального уровня, т.е. синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна почти на 80% ограничивает повседневную жизнедеятельность больных, обусловленную физическими проблемами. У пациентов без СОАГС этот показатель выше на 35,2% по сравнению с группой больных с СОАГС и составляет 55,3% ($p < 0,001$).

Общее состояние здоровья (ОЗ) у больных в группе с СОАГС по их самооценке составляет 35,8% от идеального состояния. В группе больных без СОАГС показатель ОЗ выше на 15,9% ($p < 0,001$).

Жизнеспособность (ЖС) у больных с СОАГС значительно снижена и составляет только не многим более одной трети от максимально возможного уровня (34%). У больных без СОАГС этот показатель выше на 17,3% ($p < 0,001$).

Показатель социальной активности (СА) больных с СОАГС ограничен почти на 67% от максимально возможного уровня (43,4%). У больных без СОАГС ограничение СА менее выражено по сравнению с больными с СОАГС ($p < 0,001$).

Эмоциональные проблемы (РЭ) почти на 60% ограничивают повседневную жизнедеятельности больных с СОАГС и почти на одну треть ниже по сравнению с этим показателем КЖ у пациентов, не имеющих СОАГС ($p < 0,001$).

По самооценке больных с СОАГС, показатель их психического здоровья (ПЗ) составил 48,7% от максимально возможного уровня, т.е. состояние их ментальной сферы примерно на 62% ниже идеального состояния. Показатель психического здоровья в группе больных без СОАГС выше на 10,0% ($p < 0,01$).

Общую характеристику изменений в психосоциальном статусе дополняют описанные выше изменения общего состояния здоровья и жизнеспособности. Изменения этих параметров КЖ наряду с эмоциональными проблемами, социальной активностью и состоянием психического здоровья характеризуют психосоциальный статус.

Таким образом, у больных, страдающих СОАГС, достоверно выявляются изменения физического и психосоциальных статусов пациентов (в сравнении с больными без СОАГС).

В физическом статусе достоверно:

- уменьшается уровень физической активности пациентов;
- повышается степень ограничения повседневной деятельности, обусловленная физическими проблемами;
- увеличивается объем субъективных болевых ощущений;

Таблица 2. Сравнительная характеристика критериев КЖ по данным опросника MOS SF36 у пациентов с СОАГС и без СОАГС, $M \pm G$

Показатель	Больные с СОАГС, n=51	Больные без СОАГС, n=61	p
ФА	48,6±24,8	71,0±26,7	<0,001
РФ	20,1±27,4	55,3±42,1	<0,001
БТ	42,3±23,9	58,1±23,4	<0,05
ОЗ	35,8±17,8	51,7±18,0	<0,001
ЖС	34,0±18,5	51,4±23,7	<0,001
СА	43,4±25,3	65,6±25,5	<0,001
РЭ	40,5±37,3	68,3±38,7	<0,001
ПЗ	48,7±16,3	58,7±18,4	<0,01
СС	35,3±20,1	40,9±17,8	–

– снижается общая оценка состояния своего здоровья;

– снижается жизнеспособность — уменьшается бодрость и активность.

В психосоциальном статусе существенно:

– нарастает ограничение повседневной деятельности эмоциональными проблемами;

– уменьшается объем социальных связей и социальной активности;

– нарастает тревожность и беспокойство;

– снижается общее восприятие здоровья;

– снижается жизненный тонус.

Установлено, что клинические проявления и осложнения СОАГС, как хронически существующего синдрома, оказывают существенное влияние на изменение доменов качества жизни пациентов. Неудовлетворенность ночным сном и дневная сонливость, головные боли и дезориентация в утренние часы, снижение либидо и ночной энурез закономерно влияют на субъективную оценку пациентом уровня своего физического, психического и социального благополучия.

Длительно существующие механизмы синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна, такие как: ночная гипоксемия и гиперкапния, депривация и фрагментация сна, симпатическая активация приводят к существенному снижению физического и психосоциального статуса пациентов. На КЖ и внутреннюю картину заболевания, безусловно, оказывают влияние адаптационные сложности в коллективе и семье, социальные проблемы, связанные с СОАГС.

В табл. 3 представлена сравнительная характеристика показателей КЖ по данным опросника MOS SF-36 у пациентов с СОАГС в сочетании с БА, ХОБЛ и ГБ, в сравнении с больными с СОАГС без соматических заболеваний.

Таблица 3. Сравнительная характеристика КЖ по данным опросника MOS SF-36 у пациентов с СОАГС в сочетании с БА, ХОБЛ и ГБ и больными с изолированным СОАГС (контрольная группа), М±G

Показатель	СОАГС в сочетании с БА (n=14)	СОАГС в сочетании с ХОБЛ (n=12)	СОАГС в сочетании с ГБ (n=10)	Контрольная группа (n=15)
ФА	42,9±5,8**	33,7±6,1***	58,0±7,8	69,0±6,2
РФ	12,5±5,7*	10,2±2,8***	42,5±11,2	38,3±9,4
БТ	39,7±5,9	48,2±9,8	31,4±7,9*	50,8±5,8
ОЗ	44,3±2,0	42,2±8,5	40,7±8,3	38,1±4,5
ЖС	29,6±4,9*	25,8±6,8**	44,5±6,3	45,7±5,9
СА	44,6±8,3	35,4±3,4*	51,2±9,0	49,2±7,2
РЭ	28,6±10,5*	16,6±7,1***	31,0±9,9*	60,0±9,3
ПЗ	48,6±3,7	44,0±6,1	43,2±6,1*	54,7±4,9
СС	41,1±4,9	33,3±4,1	29,5±6,3	35,0±5,9

Примечание. * <0,05; ** <0,01; ***<0,001.

При анализе влияния соматической патологии на КЖ у больных с СОАГС сравнивались пациенты, имеющие СОАГС в сочетании с БА, ХОБЛ или ГБ с группой больных с СОАГС без указанной терапевтической патологии.

Из табл. 3 следует, что физические проблемы (РФ) у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких (БА и ХОБЛ) почти в 4 раза в большей степени ограничивают жизнедеятельность по сравнению с больными ГБ и достоверно отличаются по сравнению с больными СОАГС без соматической патологии (соответственно $p<0,05$ и $p<0,001$). Только у больных с ХОБЛ выявлено существенное снижение социальной активности по сравнению с пациентами без соматической патологии ($p<0,05$). ГБ в минимальной степени оказывает влияние на физический статус и, кроме влияния на субъективные болевые ощущения, физический статус не отличается в этой группе от больных без соматической патологии. У этих больных достоверно изменяются только показатели ментальной сферы

(психическое здоровье ($p<0,05$), роль эмоциональных проблем).

Таким образом, под влиянием СОАГС более, чем на половину снижается уровень физической активности, значительно ограничивается повседневная жизнедеятельность за счет физических и эмоциональных проблем. Кроме того, СОАГС оказывает отрицательное влияние на психическое здоровье и социальную активность больных.

Нами установлены особенности влияния СОАГС на параметры КЖ у больных с различной соматической патологией (БА, ХОБЛ, ГБ). В исследовании определено, что СОАГС достоверно влияет на КЖ у больных с БА и ХОБЛ. У больных с хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания под влиянием СОАГС снижается физическая активность, отмечается ограничение жизнедеятельности, связанное с физическими проблемами. В наибольшей степени социальная активность падает у больных с ХОБЛ на фоне СОАГС. Гипертоническая болезнь на фоне СОАГС оказывает влияние преимущественно на показатели психического здоровья.

Литература

1. Аронов Д. М., Зайцев В. П. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология 2002; 5: 92-95.
2. Новик, А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни и медицине. СПб.; М.; Нева; Олма-Пресс, 2002: 315.
3. Ventegodt S., Merrick J., Anderson N. J. Quality of life as medicine: a pilot study of patients with chronic illness and pain. Scientific World J. 2003; 3: 250-532.
4. Бабак, С. Л., Горбунова М. В., Голубев Л. А. Современная диагностика и лечение дыхательных расстройств во время сна в терапевтической практике. Пульмонология 2006; 5: 104-114.
5. Вейн, А. М., Елигулашвили Т. С., Полуэктов М. Г. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение. М.: Эйдос Медиа, 2002: 310 с.
6. Ross S., Sheinhal I., Harrison K. Systematic review and meta-analysis of the literature regarding the diagnosis of sleep apnea. Sleep 2000; 23 (4): 519-532.
7. Белов А. М., Григорьянц Р. А. Обструктивные нарушения дыхания во время сна: эпидемиология, патофизиология, клинические проявления, лечение. Тер. Архив 2002; 11: 82-90.
8. Phillips B., Kryger M. H., Roth T., Dement W.S. Management of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome: Overview. B. Phillips, M. H. Kryger eds. 4-th ed. Principles and Practice of Sleep Medicine. Saunders, Philadelphia, 2005.
9. Ware J. E. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Second Printing. Boston: The Health Institute; New England Medical Center, 1997.
10. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. Под ред. А. Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2004: 256 с.