

Влияние коморбидной артериальной гипертензии на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких

М.М. Юсупалиева¹, О.Н. Крючкова¹, В.М. Савченко¹, С.В. Дорошкевич²

The influence of comorbid arterial hypertension on the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease

M.M. Yusupalieva¹, O.V. Kruchkova¹, V.M. Savchenko¹, S.V. Doroshkevich²

¹ Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Республика Крым, г. Симферополь, ² ГБУЗ РК «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова», Республика Крым, г. Ялта

Резюме

Цель исследования. Изучить влияние коморбидной артериальной гипертензии (АГ) на качество жизни (КЖ) больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Результаты исследования. Обследовано 114 пациентов с ХОБЛ, у 66 из которых имелась сопутствующая артериальная гипертензия II-III стадии. Установлено выраженное негативное влияние АГ на все показатели КЖ больных ХОБЛ с наличием прямой зависимости между уровнем снижения КЖ и тяжестью сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Заключение. Восстановительное санаторно-курортное лечение в сочетании с адекватной медикаментозной гипотензивной терапией способствует существенному улучшению всех параметров КЖ больных.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, артериальная гипертензия, качество жизни.

Summary

The purpose of research. To investigate the effect of comorbid arterial hypertension (AH) on the quality of life (QL) of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

The results of the study. 114 patients with COPD were examined, 66 of whom had concomitant

Юсупалиева Муясар Мансуровна – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: 1717pul@gmail.com; 295006, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Крючкова Ольга Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: kyuichkova62@yandex.ru; 295006, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Савченко Валентин Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: svnt-yalta@yandex.ru; 295006, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского.

Дорошкевич Сергей Викторович – научный сотрудник научно-исследовательского отдела физиотерапии, медицинской климатологии и курортных факторов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Академический научно-исследовательский институт физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова». Контактная информация: doroshkevich.sergey@mail.ru; 298603, Республика Крым, г. Ялта, ул. Мухина / пер. Свердлова, 10/3, АНИИ имени И.М. Сеченова.

hypertension of II – III stages. The expressed negative influence of AH on all the indicators of QL of COPD patients with the direct relationship between the level of deterioration of QL and the seriousness of concomitant cardiovascular disease was determined.

Conclusion. The rehabilitative sanatorium-and-resort treatment in combination with the adequate medical antihypertensive therapy contributes to a significant improvement of all the indicators of QL of patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, arterial hypertension, quality of life.

Введение

В настоящее время признано, что наличие коморбидной патологии при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) оказывает выраженное влияние на качество жизни (КЖ) и выживаемость пациентов [1, 4, 6]. Ограничение скорости воздушного потока и, особенно, гиперинфляция оказывают отрицательное влияние на работу сердца и газообмен [8]. Циркулирующие в крови воспалительные медиаторы могут способствовать потере мышечной массы и провоцировать развитие или усугублять течение сопутствующих заболеваний, в т.ч. болезней органов кровообращения. Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее частой спутницей ХОБЛ и оказывает значительное влияние на прогноз у таких больных [2, 5, 9,10].

Цель работы

Изучить влияние коморбидной артериальной гипертензии на качество жизни больных ХОБЛ на этапе санаторно-курортного лечения.

Материал и методы

Работа выполнена на базе Алуштинского специализированного санатория «Ветеран» (Южный берег Крыма) с участием 114 больных ХОБЛ I – III степени тяжести (группы А, В, С по классификации GOLD, пересмотр 2014 г.) в стабильной фазе. Среди этих больных мужчин было 76 (66,7%), женщин – 38 (33,3%) человек. Средний возраст больных составил $56,2 \pm 5,7$ лет. Все обследованные были разделены на три сопоставимые по полу и возрасту группы: I группа (n=48) – больные, у которых отсутствовали анамнестические данные о наличии АГ и величина артериального давления не превышала 139/89 мм. рт.ст.; II группа (n=36) – больные, которые страдали сопутствующей АГ II стадии с уровнем повышения артериального давления (АД) I-II степени; III группа (n=30) – больные с коморбидной АГ III стадии и с повышением АД II-III степени.

Диагноз ХОБЛ был верифицирован на основании положений GOLD (2014 г.) и Федеральных рекомендаций Российского респираторного общества (2014 г.) [1, 5]. Все больные получали стандартный санаторно-курортный комплекс климатических процедур. Медикаментозная коррекция АД осуществлялась в соответствии с рекомендациями Европейского кардиологического общества [7].

КЖ оценивалось дважды: при поступлении и за 1-2 дня до выписки с помощью вопросника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36). Рассчитывались 8 параметров: физическая активность (ФА), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФП), боль, жизнеспособность (ЖС), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭП), психическое здоровье (ПЗ) и общее здоровье (ОЗ). Каждый показатель вычислялся в соответствии со шкалой от 0 до 100 баллов, при этом, чем был ниже балл, тем хуже расценивалось КЖ. Данные анкетного опроса сравнивали со средними значениями в общей популяции, полученными в ходе проведенного в России широкомасштабного исследования «ИКАР» [3].

Статистическая обработка данных проводилась стандартными методами оценки вариационных рядов с определением среднего арифметического (M) и его стандартной ошибки (m). Значимость различий между значениями определялась при помощи непараметрических методов для зависимых (Т-критерий Вилкоксона) и независимых (U- Манна-Уитни) выборок. Критерием достоверности оценок служил уровень значимости с указанием вероятности ошибочной оценки (p). Оценка разности средних считалась значимой при $p < 0.05$. Статистическая обработка выполнена с помощью программного продукта STATISTICA 6.0 (фирма StatSoft, США).

Результаты и обсуждение

Полученные результаты исследования представлены в табл. 1, из которой следует, что все показатели КЖ у всех больных при поступлении на курорт были существенно ниже в сравнении со среднепопуляционными значениями (кроме показателя «боль»). Перед началом курортного лечения показатели КЖ в большей мере были снижены у больных ХОБЛ в сочетании с наличием АГ. Ухудшение КЖ этих больных зависело от стадии и степени гипертензии. Так, если у пациентов с АГ III стадии в сравнении с больными ХОБЛ без коморбидной АГ были статистически значимо меньшими все показатели КЖ, то при наличии АГ II стадии ряд показателей КЖ (РФП, РЭП и ОЗ), хотя и были несколько сниженными по сравнению с первой группой, однако статистически значимого различия при этом не зафиксировано.

Что касается параметра «боль», то он у обследованных

Динамика показателей КЖ в баллах у больных ХОБЛ на фоне санаторно-курортного лечения (M±m)

Параметры КЖ	ХОБЛ без АГ (I группа)	ХОБЛ с АГ II ст. (II группа)	ХОБЛ с АГ III ст. (III группа)	Достоверные различия между группами	Средне-популяционные значения
ФА	52,1±2,21	51,6±2,12	45,2±2,21	I-III	75,0±0,55
	59,2±2,21	59,3±2,1*	57,2±2,3*	–	
РФП	36,8±2,41	31,5±2,83	30,1±2,47	I-III	59,7±0,89
	45,5±2,26*	45,1±2,17*	44,5±2,14*	–	
Боль	64,8±3,16	64,7±3,18	61,1±3,21	–	66,0±0,64
	65,4±3,19	65,0±3,21	64,1±3,41	–	
ЖС	42,9±2,12	37,8±2,15	34,1±2,43	I-II; I-III	54,5±0,46
	46,4±2,25	45,4±2,19*	41,3±2,38*	I-III	
СА	56,2±2,35	52,2±2,41	50,0±2,51	I-III	71,6±0,54
	66,2±2,56*	68,4±2,47*	70,7±2,13*	–	
РЭП	39,2±2,24	34,3±2,43	28,3±2,26	I-II; I-III; II-III	60,7±0,88
	57,6±2,65*	62,1±2,24*	62,7±2,21*	I-III	
ПЗ	48,8±2,16	42,1±2,24	40,9±2,42	I-II; I-III	58,6±0,41
	54,1±2,08*	59,18±1,21*	60,1±2,23*	I-II; I-III	
ОЗ	43,2±2,84	41,2±2,38	32,8±2,31	I-III	55,4±0,48
	45,3±1,98	45,0±2,21*	40,2±2,17*	I-III	

Примечание. Над линией – значения показателей до лечения, под линией – после лечения. Звездочкой (*) обозначены статистически значимые различия в сравнении со значениями до лечения.

дованных всех групп не отличался от среднего популяционного значения, что указывало на его «нечувствительность» для данного заболевания. Это можно объяснить тем, что больные ХОБЛ в большей мере обеспокоены специфическими симптомами основного заболевания и не обращают внимания на боль в буквальном ее понимании. Лишь при наличии АГ III стадии выявлена некоторая тенденция к его снижению (статистически незначимая) по сравнению с пациентами других групп, в основном вследствие периодически беспокоящей цефалгии.

После курса санаторно-курортного лечения, которое у больных с АГ сочеталось с адекватно подобранной медикаментозной гипотензивной терапией, зафиксировано статистически значимое улучшение всех параметров КЖ. При этом показатели СА, РЭП и ОЗ достигли среднепопуляционных значений. Следует также отметить, что на фоне относительной нормализации АД констатировано практически полное исчезновение различия между выделенными группами в уровне КЖ. Несколько неожиданным оказалось, что параметр РЭП после лечения у пациентов с коморбидной АГ даже превысил значение в первой группе, что косвенно подтверждает наличие значимого влияния сердечно-сосудистой патологии на психоэмоциональную сферу больных ХОБЛ.

Выводы

Наличие коморбидной АГ у больных ХОБЛ оказывает существенное негативное влияние на их КЖ. Выраженность нарушений КЖ больных ХОБЛ зависит от стадии и степени тяжести сопутствующей АГ: чем тяжелее стадия АГ, тем ниже КЖ этих больных.

Климатическое лечение больных ХОБЛ с коморбидной АГ в условиях приморского курорта, которое осуществляется на фоне обязательного назначения адекватной базисной гипотензивной терапии, способствует существенному улучшению всех параметров КЖ этих больных.

Литература

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.) / пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2014. – 92 с.
2. Мостовой Ю.М. Хроничне обструктивне захворювання легень та артеріальна гіпертензія: особливості клінічного перебігу, тактика лікування / Ю.М. Мостовий, А.В. Распутіна // Укр. пульмонолог. журнал. – 2010. – № 1. – С. 23.
3. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным заболеванием легких / под ред. А. Г. Чучалина. – Москва: Атмосфера, 2004. – 256 с.
4. Овчаренко С.П. Хроническая обструктивная болезнь легких: реальная ситуация в России и пути ее преодоления / С.П. Овчаренко // Пульмонология. – 2011. – № 6.
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Российское респираторное общество, 2014. – 41 с.
6. Barnes P.J. Systemic manifestations and comorbidities of COPD / P.J. Barnes, B.R. Celli // Eur. Respir. J. – 2009. – Vol. 33. – P. 1165–1185.
7. The Task force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertension. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105–1187.
8. Barr R.G. Percent emphysema, airflow obstruction, and impaired left ventricular filling / R.G. Barr, D.A. Bluemke, F.S. Ahmed et al. // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 362. – P. 217–227.
9. Fabbri L.M. Complex chronic comorbidities of COPD / L.M. Fabbri, F. Luppi, B. Beghe, K.F. Rabe // Eur. Respir. J. – 2008. – Vol. 31. – P. 204–212.
10. Holguin F. Comorbidity and mortality in COPD – related hospitalization in the United States / F. Holguin, E. Folch, S.C. Redd, D.M. Mannino // Chest. – 2005. – Vol. 128. – P. 2005–2011.