

## ОПИТУВАЛЬНИК SGRQ ЯК ОДИН З ІНСТРУМЕНТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

**В. Є. Городецький, Т. М. Кваша**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

---

У статті проаналізовано респіраторний опитувальник госпіталю Святого Георгія як один з інструментів дослідження якості життя хворих із бронхообструктивним синдромом різного генезу.

---

## ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE AS ONE OF THE TOOLS OF RESEARCH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BRONCHO-OBSTRUCTIVE SYNDROME OF DIFFERENT GENESIS

**V. Ye. Horodetsky, T. M. Kvasha**

*I. Horbachevsky Ternopil State Medical University*

---

The article analyzes St. George's respiratory questionnaire as one of the tools of research quality of life in patients with broncho-obstructive syndrome of different genesis.

---

**Вступ.** Досліджено, що бронхообструктивний синдром (БОС) – невід'ємний прояв або факультативне ускладнення багатьох захворювань респіраторної системи, що супроводжується порушенням бронхіальної прохідності. Результати досліджень, проведених у різних країнах, демонструють, що цю патологію діагностують приблизно в 4–6 % дорослого населення: в 14,2 % курців; у 6,9 % тих, хто припинив курити, та у 3,3 % осіб, які ніколи не курили [1, 7]. Згідно із сучасними статистичними даними, у нашій державі середня кількість пацієнтів із хворобами дихальної системи становить 10–14 % населення, а це майже 3 млн людей [1]. Зниження толерантності до фізичних навантажень, обмеження в повсякденній діяльності, дихальний дискомфорт, задишка, що супроводжується страхом смерті, прихильність до певних ліків, з одного боку, і страх цих ліків – з іншого, – все це і багато іншого значною мірою відрізняють життя хворого від життя оточуючих. Таким чином, БОС являє собою не тільки медичну, а й соціально-економічну і загальногуманітарну проблеми [2]. Тому важливим при веденні пацієнта на стаціонарному етапі є оцінка якості життя як невід'ємна частина сучасної медичної науки. Саме

тоді як для лікаря одним із головних завдань при веденні хворого є досягнення клініко-лабораторної ремісії та запобігання прогресуванню захворювання, то для пацієнта першочерговою метою є поліпшення самопочуття і всіх аспектів якості життя [3]. І тут необхідно виокремити роль медичної сестри як важливої об'єднувальної ланки між лікарем і пацієнтом, діяльність якої може наблизити об'єктивні клінічні дані з суб'єктивними переживаннями пацієнта.

Тема дослідження якості життя є актуальною для хворих зі скаргами на бронхообструкцію як при хронічному обструктивному запаленні легень (ХОЗЛ), так і при туберкульозі (ТБ), адже експерти GOLD у 2011 р. зазначили, що в межах однієї категорії за спірометричною класифікацією GOLD у даних пацієнтів може бути будь-який стан здоров'я – від відносно хорошого до дуже поганого життя [8]. Найчастіше застосовуване таке визначення якості життя – баланс між тим, чого хочеться досягти, і тим, що вже досягнуто або досягне, але це визначення дуже абстрактне для практичного використання життя [6]. За визначенням ВООЗ, якість життя – сприйняття людиною свого місця в житті з огляду культури та системи цінностей, в якій вона живе, і в зв'язку з її цілями, очікуваннями, стандартами

і турботами. Це широке і складне поняття, яке охоплює фізичне здоров'я людини, її психологічний стан, рівень незалежності, соціальний статус та їх зв'язок з основними особливостями оточення людини [9]. З метою оцінки якості життя було обрано опитувальник госпіталю Святого Георгія, який складається з двох частин. У першій вивчаються симптоми – респіраторні проблеми хворого за попередній період (від 1 місяця до 1 року), їх частота та тяжкість. Друга частина стосується обмеження фізичної активності внаслідок задишки на цей момент та впливу захворювання на психосоціальні проблеми, що пов'язані з диханням. Також обчислюється загальний рахунок – вплив хвороби на загальний стан здоров'я. Рахунок 100 балів відповідає найгіршому можливому стану здоров'я, 0 балів – найкращому життю [5]. Дослідження узгоджено із керівництвом Черкаського обласного протитуберкульозного диспансеру (ЧОПТД), на базі якого було проведено. Учасники були ознайомлені з протоколом дослідження та підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

**Основна частина.** Дослідження проводилося на базі Черкаського обласного протитуберкульозного диспансеру та складалося з трьох етапів. Перший етап – аналіз історій хвороб хворих на ХОЗЛ та ТБ, які мали бронхообструктивний синдром та їх анкетування. Другий етап – на основі отриманих даних адаптування та застосування уже відомих навчальних програм до специфіки ЧОПТД для хворих на специфічні та неспецифічні ураження легень. Третій етап – оцінка якості життя у хворих до та після навчально-реабілітаційного процесу. На базі комунального закладу «Черкаський обласний протитуберкульозний диспансер» Черкаської обласної ради проведено аналіз 60 історій хвороб хворих на легеневу бронхообструкцію в період з 2015–2016 рр. У дослідженні брали участь 60 хворих: 30 з них – хворі на ХОЗЛ, інші 30 – на ТБ. У кожній групі чоловіків було 17 (56,6 %), жінок – 13 (43,4 %). Вік хворих коливався від 29 до 63 років (середній вік  $46 \pm 1,5$  року). Обидві групи пацієнтів були однорідними між собою за статтю, віком та клінічними формами ТБ та ХОЗЛ ( $p < 0,05$  для всіх випадків). Даний діагноз був встановлений на попередніх етапах спостереження

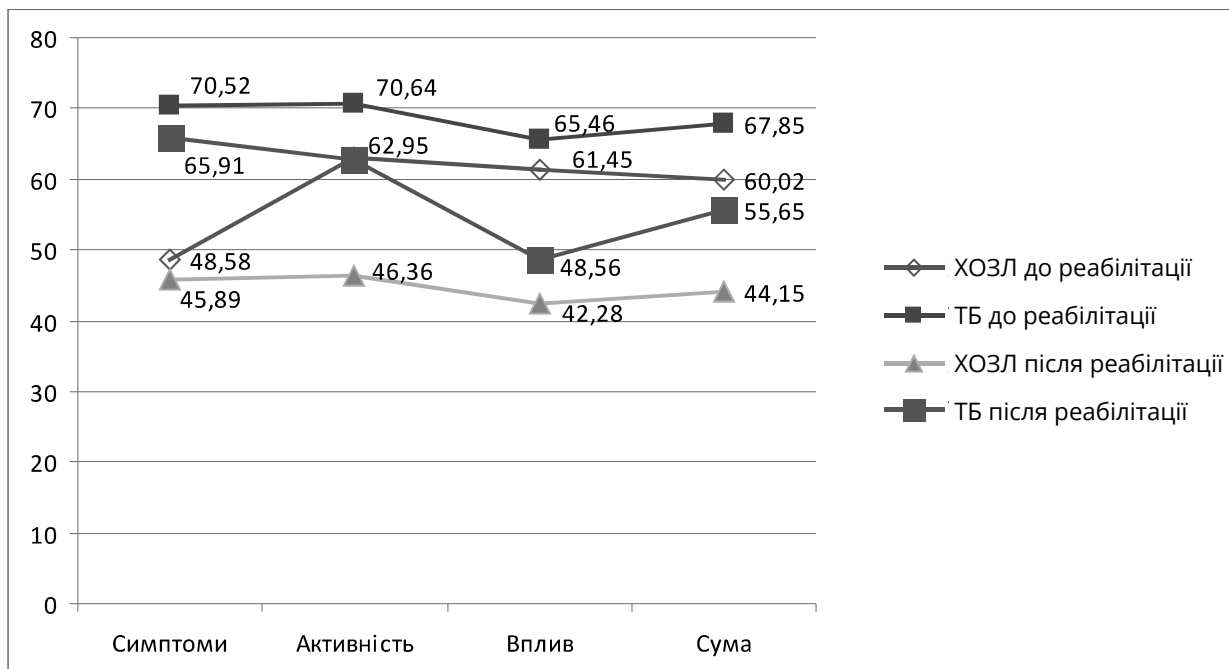
хворих із урахуванням результатів спірометричного дослідження. Всім хворим проводили ретельний моніторинг клініко-функціональних ознак захворювання, лабораторно-інструментальне обстеження та дослідження якості життя за допомогою селективної «Респіраторної анкети госпіталю Святого Георгія», інструктаж перед заповненням якого було проведено всім пацієнтам з досліджуваних груп хворих. Обчислення результатів проводили за допомогою калькулятора на базі програми Excel. Кожен пункт опитувальника має емпірично підраховану вагу та два варіанти відповіді: «так/ні» або «правильно/неправильно» [4]. Навчання проводилось в стаціонарних умовах і складалося з лекційного та практичного циклів занять, а також фізичних, психологічних та фізіотерапевтичних комплексів, які включали: ранкову гігієнічну гімнастику, дихальну гімнастику за О. М. Стрельниковою, лікувальний масаж, дієту та заходи по боротьбі з тютюнокурінням. Дані селективного опитувальника SGRQ, отримані від респондентів досліджуваних груп після проведення реабілітації, покращились: компонент «Симптоми» незначно: на  $(5,56 \pm 1,75)$  % при ХОЗЛ та  $(6,52 \pm 1,86)$  % при ТБ відповідно; компонент «Активність» на  $(26,39 \pm 1,16)$  % при ХОЗЛ та  $(11,04 \pm 1,26)$  % при ТБ; та найкращий результат показав компонент «Вплив» на  $(31,27 \pm 1,86)$  % при ХОЗЛ та  $(25,84 \pm 1,45)$  % при ТБ ( $p < 0,01$ ) (рис.).

Аналіз даних моніторингу показника ОФВ<sub>1</sub> у хворих досліджуваних груп встановив, що спірометричні показники при ХОЗЛ склали: ОФВ<sub>1</sub> –  $(67,37 \pm 2,76)$  % та ОФВ<sub>1</sub> –  $(42,21 \pm 1,38)$  % при ТБ відповідно. Дослідження показало значне зниження показників у хворих на ТБ порівняно з хворими на ХОЗЛ ( $p < 0,001$ ). Зате після проведення пульмонологічної реабілітації ОФВ<sub>1</sub> при ХОЗЛ становив  $(76,71 \pm 3,99)$  %, а при ТБ ОФВ<sub>1</sub> становив  $(62,57 \pm 4,17)$  % ( $p < 0,01$ ), що на 12,25 % та 32,48 %, відповідно, вище, ніж перед проведенням легеневої реабілітації (табл.).

Досліджено, що всі навчально-реабілітаційні заходи, які проведено з 2-ма групами хворих із БОС різного генезу, позитивно вплинули на динаміку даних критеріїв для обох груп.

**Таблиця.** Зміни ОФВ<sub>1</sub> в обстежених хворих при ХОЗЛ та ТБ

| Групи              | ХОЗЛ       | ТБ         | P      |
|--------------------|------------|------------|--------|
| До реабілітації    | 67,37±2,76 | 42,21±1,38 | <0,001 |
| Після реабілітації | 76,71±3,99 | 62,57±4,17 | <0,01  |



**Рис.** Динаміка показників якості життя хворих (SGRQ) досліджуваних груп до та після проведення реабілітаційної програми.

**Висновки.** Використання опитувальника SGRQ дозволило конкретизувати причини погіршення якості життя завдяки чіткій та доволі об'ємній деталізації скарг та симптомів. Було показано, що комплексне лікування хворих на ХОЗЛ та ТБ, яке включало тривале навчання і реабілітацію, дозволяє поліпшити не тільки основні клінічні особливості перебігу хвороби,

досягти поліпшення і стабілізації функціональних показників, але і значно підвищити якість життя хворих, істотно впливаючи на психоемоційну сферу. І даний опитувальник є чи не найважливішим аспектом оцінки якості життя хворих із бронхообструктивним синдромом різного генезу з позицій медсестри.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Островський М. М. Бронхообструктивний синдром при ХОЗЛ: можливості контролю / М. М. Островський, М. О. Кулініч-Міський, О. І. Варунків // Здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 21.
2. Чучалин А. Г. Качество жизни у больных туберкулезом и хронической обструктивной болезнью легких ; под ред. А. Г. Чучалина. – М. : Издательство «Атмосфера», 2010. – 256 с.
3. Ягеньський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А. В. Ягеньський, І. М. Січкарук // Внутрішня медицина. – 2009. – № 5–6 (17–18). – С. 24–28.
4. Incalzi R. A. Multidimensional assessment and treatment of the elderly with COPD / R. A. Incalzi, C. Redone, M. Pahor // Eur. Respir. Mon. – 43. – 2009. – P. 35–55.
5. Jones P. W. St. George's respiratory questionnaire for COPD patients manual / P. W. Jones, Y. Forde. – 2008. – St. George`s University of London. – P. 15.
6. Jones P. W. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease / P. W. Jones, P. G. Wijkstra. – European Respiratory Monograph 38: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – 2009. – P. 375–386.
7. Mannino D. M. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance / D. M. Mannino, D. M. Homa, L. J. Akinbami // MMWR. – 2012. – Vol. 51. – P. 1–16.
8. Rodriguez-Roisin R. Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease revised / R. Rodriguez-Roisin, A. Anzueto, J. Bourbeau. – 2011. – GOLD Executive Committee. – P. 90.
9. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment. – 2003. – Qual. Life Res. – Vol. 2 (2). – P. 153–159.

Отримано 10.01.17