

МЕДСЕСТРИНСЬКА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ ОБСТРУКЦІЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Резюме. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) належить до прогресуючих захворювань суспільства і є провідною причиною смертності населення у багатьох економічно розвинених країнах світу, що становить значиму медичну і соціальну проблему, не обминає стороною жоден прошарок суспільства. Сучасні методи діагностики ХОЗЛ та арсенал лікарських засобів не завжди досягають стійких ремісій, що погіршує якість життя хворих, тому пошук доступних, дешевих методів реабілітації пацієнтів є актуальним.

Мета дослідження – медсестринське дослідження та оцінка якості життя хворих на бронхіальну обструкцію різного генезу до та після навчальних програм, а також розробка рекомендацій щодо удосконалення догляду і профілактики хвороби при даній патології в умовах Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру (ТОПТД) та навчання хворих правилам якісного життя.

Матеріали і методи. Дослідження складалося з 3 етапів. Перший етап – аналіз історій хвороб пацієнтів із ХОЗЛ та туберкульозом легень (ТБЛ), які мали бронхообструктивний синдром (БОС) та їх анкетування. Другий етап – на основі отриманих даних адаптування та застосування уже відомих навчальних програм до специфіки ТОПТД для пацієнтів із специфічними та неспецифічними ураженнями легень. Третій етап – оцінка якості життя у хворих до та після навчально-реабілітаційного процесу. Ретроспективно проведено аналіз 60-ти історій хвороб пацієнтів із легеневою бронхообструкцією в період за 2015–2016 рр., з них – 30 хворі на ХОЗЛ, інші 30 – на ТБЛ.

Результати досліджень та їх обговорення. У процесі комплексного лікування, навчання і реабілітації хворих із БОС різного генезу, поряд з оцінкою тяжкості клінічного перебігу захворювання, дослідженням вентиляційної функції легень варто визначати рівень якості життя пацієнтів. У пацієнтів із бронхообструкцією відзначається значне погіршення якості життя, яке виявляється у зниженні повсякденної життєвої активності пацієнтів і зумовлене впливом симптомів захворювання на фізичну, психічну й емоційну сфери пацієнтів. При ранньому включенні у комплексне лікування індивідуальних програм тривалої фізичної реабілітації і психокорекції можна досягти тривалого поліпшення якості життя хворих та істотно змінити психоемоційний статус пацієнтів, зменшуючи рівень депресії і тривоги.

Висновки. Оптимальною формою реабілітації стаціонарних хворих на ХОЗЛ та ТБЛ, поліпшення якості життя пацієнтів є активна навчальна робота з пацієнтами, яка повинна включати програми групового й індивідуального навчання їх, боротьбу з тютюнокурінням, корекцію порушень психологічного стану та фізичні реабілітаційні заходи, а також підвищення толерантності до фізичного навантаження у хворих із БОС.

Ключові слова: ХОЗЛ; туберкульоз легень; якість життя.

ВСТУП За останні роки у світі зберігається висока захворюваність та смертність від хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) різного генезу, яка є провідною причиною смертності населення у багатьох економічно розвинених країнах світу, що становить значиму медичну і соціальну проблему [1, 2]. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) відзначають, що за останні 30 років рівень смертності від ХОЗЛ у світі збільшився у 1,63 раза. 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 р. ХОЗЛ буде посідати 3-є місце в структурі причин смертності [2]. За даними Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії Медичних Наук України, від ХОЗЛ страждає близько 7 % населення України, що приблизно складає 3 млн осіб [3]. За даними прес-служби Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, на сучасному етапі наша держава належить до групи країн із високим рівнем захворюваності на туберкульоз (82 на 100 тис. населення) та посідає за цим показником 7-ме місце в Європейському регіоні. У структурі цієї недуги майже дві третини становить контингент хворих, які перебувають на диспансерному обліку, що є недостатнім. Щогодини в Україні реєструють 4 хворих на туберкульоз, і кожну годину один такий хворий помирає, серед них – діти, кількість яких з кожним роком збільшується. Щороку в нашій країні вперше реєструють до 40 тис. хворих на туберкульоз, помирає 10 тис. 500 тис. українців перебувають на диспансерному обліку з приводу туберкульозного захворювання, з них 90 тис. – з

відкритою формою. У структурі захворюваності на туберкульоз легень (ТБЛ) найбільший відсоток припадає на безробітних працездатного віку [4–6].

І специфічні, і неспецифічні захворювання легень супроводжує БОС — патологічний стан, зумовлений порушенням бронхіальної прохідності з подальшим збільшенням опору потоку повітря при вентиляції [7, 8]. Він є невід'ємним проявом або факультативним ускладненням багатьох захворювань респіраторної системи, в тому числі й ТБЛ. Обструктивне захворювання легень різного генезу – це одна з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Результати досліджень, проведених у різних країнах, демонструють, що цю патологію діагностують приблизно у 4–6 % дорослого населення: у 14,2 % курців; у 6,9 % тих, хто припинив курити, та у 3,3 % осіб, які ніколи не курили [9, 10]. У США, наприклад, у 2005 р. нараховувалось більше 12 млн хворих на ХОЗЛ, і за останні 10 років їх кількість зросла на 41,5 %. У Росії в структурі поширення захворюваності органів дихання ХОЗЛ займає лідируюче положення, складає більше 55 % патології респіраторної системи, при цьому тривалість життя хворих у Росії нижча на 10–15 років порівняно з хворими у Західній Європі [11]. В Україні ХОЗЛ входить у число лідерів щодо причин тимчасової втрати працездатності, інвалідності та смертності населення. Згідно з сучасними статистичними даними, у нашій державі середня кількість пацієнтів із хворобами дихальної системи становить 10–14 % населення, а це майже 3 млн людей [9]. 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 відрізняє життя хворого від життя оточуючих. Таким чином, ХОЗЛ є не тільки медичною, а й соціально-економічною, і загальногуманітарною проблемою [12]. У сучасній медицині якість життя (ЯЖ) розглядають як інтегральну характеристику стану хворої людини, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Кожен із компонентів, у свою чергу, включає цілий ряд складових, наприклад фізичний, – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо [13]. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, якість життя визначається як індивідуальне співвідношення людиною свого становища в житті суспільства з власними цілями, планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. На оцінку якості життя впливає цілий ряд факторів: фізичний, психічний та емоційний стан людини, а також ступінь його незалежності, громадське положення, особисті уявлення і стан навколишнього середовища [14].

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. Для лікаря одним із головних завдань при веденні хворого є досягнення клініко-лабораторної ремісії та запобігання прогресуванню захворювання, а для пацієнта першочерговою метою є поліпшення самопочуття і всіх аспектів ЯЖ [13].

Метою дослідження були медсестринське дослідження та оцінка якості життя хворих на бронхіальну обструкцію різного генезу до та після навчальних програм, а також розробка рекомендацій щодо удосконалення догляду і профілактики хвороби при даній патології в умовах Тернопільського обласного протитуберкульозного диспансеру (ТОПТД) та навчання хворих правилам якісного життя.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 60 хворих з БОС віком від 29 до 63 років. Перша група – 30 хворих на ХОЗЛ, друга група – 30 пацієнтів із туберкульозом легень. Діагноз було встановлено на попередніх етапах спостереження хворих з урахуванням результатів спірометричного дослідження. Усім хворим проводили ретельний моніторинг клініко-функціональних ознак захворювання, лабораторно-інструментальне обстеження та дослідження якості життя за допомогою селективної Респіраторної анкети госпіталю Святого Георгія, де в якості оціночних параметрів застосовують 4 узагальнених

шкали: “Симптоми” — суб’єктивна оцінка пацієнтом ступеня виразності клінічних ознак; “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 захворювання на стан здоров’я.

Для реабілітації хворих було обрано програму легеневої реабілітації інституту Яновського, яка ґрунтується на наказах МОЗ України: № 555 від 27.06.2013 р. “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень” та № 601 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів” від 03.08.2012р. Як один із методів фізичної реабілітації було досліджено дихальну гімнастику О. М. Стрельникової [6].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У групі хворих з БОС на ХОЗЛ: основна частка 60 % припадає на вік 50–59 р., 23 % займають люди старші 60 років та лише 17 % хворі до 50 років. На ТБЛ хворіє значно молодша частина населення – 70 % віком 40–49 років та 16 % – віком 29–39 років. У зв’язку з рецидивами та невдачами у лікуванні на хворих 50–59 років припадає 12 % та мізерних 2 % – на хворих, старших 60 років. За гендерним розподілом співвідношення чоловіків до жінок в обох групах було приблизно однакове і складало 1,3/1.

За результатами проведеного дослідження варто відзначити неухильне прогресування хронічного обструктивного захворювання легень. Достовірно виявлено прямий зв’язок між тяжкістю ХОЗЛ та його тривалістю ($p < 0,01$). При цьому середня тривалість захворювання у пацієнтів із легким, середньо-тяжким, тяжким і вкрай тяжким ХОЗЛ склала $(5,4 \pm 0,5)$, $(8,6 \pm 0,5)$, $(10,9 \pm 0,4)$ і $(12,8 \pm 0,5)$ років відповідно (рис. 1).

Щодо часу виникнення стійкого БОС у хворих на туберкульоз слід відмітити, що при даній патології вони такі: при ВДТБ цей показник складає $(8,6 \pm 0,5)$, при рецидиві, перерві чи невдачі лікування цей час скорочується $(4,8 \pm 0,4)$ та найбільш тяжкий перебіг захворювання спостерігається при МРТБ $(1,3 \pm 0,5)$ року.

Як виявилось в ході дослідження, тривалість та інтенсивність куріння має значний вплив на ступінь вираженості бронхообструктивного синдрому в обох групах хворих, де переважали чоловіки. Хворі на ХОЗЛ мали більше ніж 20-річний стаж куріння на противагу хворим на ТБЛ, стаж куріння яких сягав до 10-ти років.

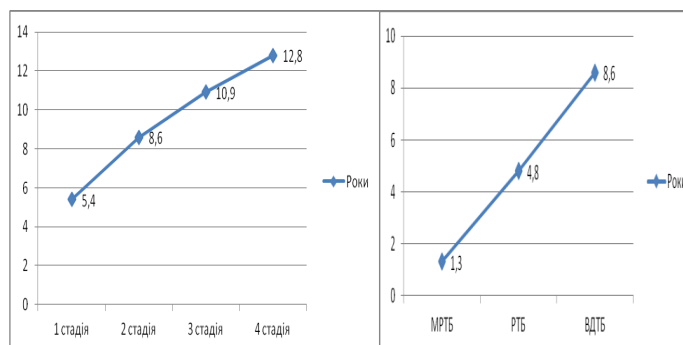


Рис. 1. Швидкість виникнення стійкого БОС у досліджуваної групи хворих на ХОЗЛ та ТБЛ.

При аналізі показників, що враховувались при анкетуванні за опитувальником SGRQ, виявлено, що наявність ТБЛ у хворих з БОС має більш негативний вплив на перебіг даного синдрому, що проявляється на клінічних ознаках, ступені обмеження фізичної активності, поглибленні психологічних та соціальних проблем, пов'язаних із захворюванням та погіршує загальний показник якості життя.

Дані селективного опитувальника SGRQ, отримані від респондентів досліджуваних груп після проведення реабілітації значно 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. 2).

Аналіз даних моніторингу показника $ОФВ_1$ у хворих досліджуваних груп показав, що спірометричні показники хворих на ХОЗЛ склали: $ОФВ_1 - (67,37 \pm 2,76)$ % та $ОФВ_1 - (42,21 \pm 1,38)$ % на ТБЛ відповідно ($p < 0,001$). Після проведення пульмонологічної реабілітації $ОФВ_1$ при ХОЗЛ становив $(76,71 \pm 3,99)$ %, а при ТБ $ОФВ_1$ становив $(62,57 \pm 4,17)$ % ($p < 0,01$), що на 12,25 та 32,48 % відповідно вище, ніж перед проведенням легеневої реабілітації.

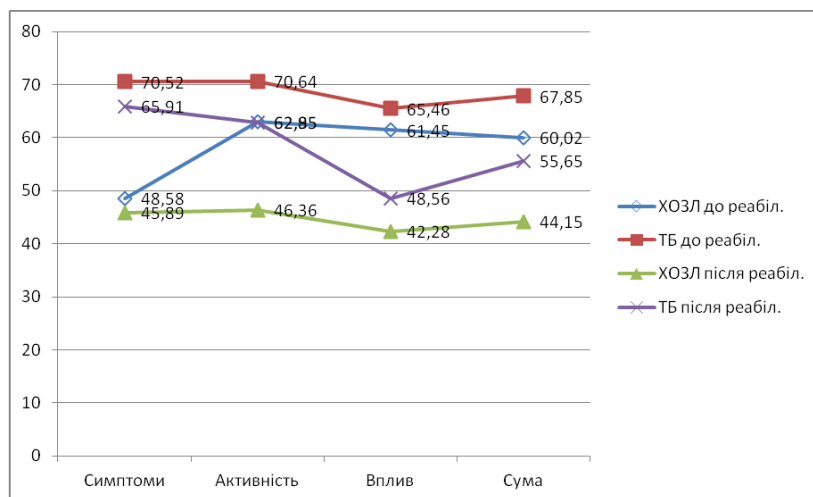


Рис. 2. Динаміка показників якості життя хворих (SGRQ) у досліджуваних групах хворих до та після проведення реабілітаційної програми.

ВИСНОВКИ Отримані результати роботи, проведеної на базі ТОПТД, дозволяють констатувати, що найбільш оптимальною формою реабілітації стаціонарних хворих на ХОЗЛ та ТБЛ є активна медсестринська навчальна робота з хворими, яка повинна включати програми групового й індивідуального навчання пацієнтів, боротьбу з курінням, корекцію порушень психологічного стану та фізичні реабілітаційні заходи, а також підвищення толе-

рантності до фізичного навантаження у хворих із БОС. За умови постійного та активного спостереження за хворими, моніторингу функції легень з якомога більш раннім включенням у комплексне лікування індивідуальних програм тривалої фізичної реабілітації і психокорекції, можна досягти тривалого поліпшення якості життя хворих та істотно змінити психоемоційний статус пацієнтів, зменшуючи рівень депресії і тривоги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Jones P. W., George's respiratory questionnaire for COPD patients manual / P. W. Jones, Y. St. Forde – 2008. – St. George's University of London. – p. 15.
- World Health report. World Health Organization. – Available from : <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.
- Фещенко Ю. І. Актуальные вопросы хронического обструктивного заболевания легких / Ю. І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2010. – С. 6–11.
- Зайков С. В. Бронхообструктивный синдром: принципы диагностики и терапии / С. В. Зайков // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – № 1. – С. 45–49.
- Мельник В. М. Патоморфологія туберкульозу: рентгенологічні та бактеріологічні зміни в легенях / В. М. Мельник, В. Г. Матусевич // Український пульмонологічний журнал. – 2012. – № 3. – С. 47–51.
- Присяжнюк С. І. Дихальні методики / С. І. Присяжнюк, Б. А. Сладкевич. – К. : Видавництво "Центр учбової літератури", 2010. – С. 12–19.
- Хамитов Р. Ф. Оценка качества жизни при хронической бронхолегочной патологии / Р. Ф. Хамитов, Л. Ю. Пальмова, В. Р. Новоженев // Российские медицинские вести. – 2014. – № 3. – С. 13–19.

- Шмелев Е. И. Бронхообструктивный синдром и его коррекция у больных туберкулезом // Consilium Medicum. – 2004. – Т. 06, № 4. – С. 254–256.
- Островський М. М. Хронічне обструктивне захворювання легень: можливості контролю / М. М. Островський, М. О. Кулініч-Міськів, О. І. Варунків // Здоров'я України. – 2009. – № 3. – С. 21.
- Mannino D. M. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance / D. M. Mannino, D. M. Homa, L. J. Akinbami // MMWR. – 2012. – Vol. 51. – P. 1–16.
- Чучалин А. Г. Пневмония / А. Г. Чучалин, А. І. Синопальников, Н. Е. Чернеховская. – М. : Экономика и информатика, 2010. – 480 с.
- Чучалин А. Г. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А. Г. Чучалина. – М. : Издательство "Атмосфера", 2010. – 256 с.
- Ягенський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А. В. Ягенський, І. М. Січкарук // Внутрішня медицина. – 2009. – № 5–6 (17–18). – С. 24–28.
- Лещенко І. В. Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни легких / И. В. Лещенко, С. И. Овчаренко // РМЖ. – 2013. – Т. 4. – № 11.

Отримано 18.04.17

©I. Ya. Hospodarsky

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

EXPERIENCE IN NURSE'S ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL OBSTRUCTION OF DIFFERENT GENESIS

Summary. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a progressive societal disease and is the leading cause of mortality in many economically developed countries, which is a significant medical and social problem, and it can not avoid any stratum of society. Modern methods of COPD diagnostics and an arsenal of medications that are used do not always lead to stable remission that affects the patients quality of life, thus searching the cheapest methods of patients' rehabilitation is important.

The aim of the study – the nursing study and evaluation of the patients' quality of life with bronchial obstruction of different genesis before and after training programs, and develop recommendations for improving care and prevention of disease and this condition in Ternopil Regional TB Dispensary (TRTBD) and patient education guidelines on quality of life.

Materials and Methods. The study consisted of three phases. The first stage – analysis of case reports of patients with COPD and pulmonary tuberculosis (TBL), with broncho-obstructive syndrome (BOS) and their questioning. The second stage – on the basis of the data adaptation and usage of existing training programs to the specifics of TRTBD for patients with specific and non-specific lung disorders. The third stage – assessment of the quality of life in patients before and after training and rehabilitation process. Retrospective analyzes of 60 case reports of patients with pulmonary bronchial obstruction during the period of 2015–2016 – 30 patients with COPD, the other 30 – with TBL.

Results and Discussion. In a process of complex treatment, training and rehabilitation of patients with BOS of various origin, along with clinical assessment of the severity of the disease, a study of lung ventilation, it is necessary to determine the quality of life of patients. In patients with bronchial obstruction we observed a significant deterioration in the life quality, that lead to the reduction the daily life activities of patients and symptoms caused by the influence of the physical, mental and emotional sphere of patients. In a case of early inclusion in treatment of individual programs of prolonged physical rehabilitation and psychiatric correction, can be achieved a long-term improvement in quality of life and significant changes in the psycho-emotional status of patients, reducing the level of depression and anxiety.

Conclusions. The optimal form of patient rehabilitation with COPD and TBL, is the improving of the quality of life is an active educational work with patients, which should include programs of group and individual patient education, the antismoking, campaign, psychological and physical rehabilitation and improvement of tolerance to physical exercises in patients with BOS.

Key words: COPD; pulmonary tuberculosis; quality of life.

©И. Я. Господарский

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»

МЕДСЕСТРИНСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Резюме. Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОБЛ) относится к прогрессирующим заболеваниям общества и является ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах мира, составляет значимую медицинскую и социальную проблему, не обходит стороной ни один слой общества. Современные методы диагностики ХОБЛ и арсенал лекарственных средств не всегда достигают устойчивых ремиссий, что ухудшает качество жизни больных, поэтому поиск доступных, дешевых методов реабилитации пациентов является актуальным.

Цель исследования – медсестринское исследование и оценка качества жизни больных бронхиальной обструкцией различного генеза до и после учебных программ, а также разработка рекомендаций по совершенствованию ухода и профилактики болезни при данной патологии в условиях Тернопольского областного противотуберкулезного диспансера (ТОПТД) и обучение больных правилам качественной жизни.

Материалы и методы. Исследование состояло из 3 этапов. Первый этап – анализ историй болезней пациентов с ХОБЛ и туберкулезом легких (ТБЛ), которые имели бронхообструктивный синдром (БОС) и их анкетирования. Второй этап – на основе полученных данных адаптации и применения уже известных учебных программ к специфике ТОПТД для пациентов со специфическими и неспецифическими поражениями легких. Третий этап – оценка качества жизни у больных до и после учебно-реабилитационного процесса. Ретроспективно проведен анализ 60-ти историй болезней пациентов с легочной бронхообструкцией в период 2015–2016 гг., из них – 30 больных ХОБЛ, остальные 30 – ТБЛ.

Результаты исследований и их обсуждение. В процессе комплексного лечения, обучения и реабилитации больных с БОС различного генеза, наряду с оценкой тяжести клинического течения заболевания, исследованием вентиляционной функции легких, следует определять уровень качества жизни пациентов. У больных с бронхообструкцией отмечается значительное ухудшение качества жизни, которое выражается в снижении повседневной жизненной активности пациентов и обусловлено влиянием симптомов заболевания на физическую, психическую и эмоциональную сферы пациентов. При раннем включении в комплексное лечение индивидуальных программ длительной физической реабилитации и психокоррекции можно достичь длительного улучшения качества жизни больных и существенно изменить психоэмоциональный статус пациентов, уменьшая уровень депрессии и тревоги.

Выводы. Оптимальной формой реабилитации стационарных больных ХОБЛ и ТБЛ, улучшение качества жизни пациентов является активная учебная работа с больными, которая должна включать программы группового и индивидуального обучения пациентов, борьбу с курением, коррекцию нарушений психологического состояния и физические реабилитационные мероприятия, а также повышение толерантности к физической нагрузке у больных с БОС.

Ключевые слова: ХОБЛ; туберкулез легких; качество жизни.