

Т.В. Самсонова, В.С. Лучкевич,
И.Л. Самодова, Д.Л. Логунов

Особенности качества жизни больных с хроническими заболеваниями легких и их динамика в процессе стационарного лечения

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Резюме. Представлены особенности качества жизни больных с хроническими заболеваниями легких, лечившихся в городских пульмонологических стационарах. Показано, что хроническими обструктивными болезнями легких страдает 40% больных, бронхиальной астмой – 36,7%, хроническим бронхитом – 21%, альвеолитом – 2,3%. Выявлено, что 49,9% больных даже в процессе стационарного лечения продолжают курить; причем половина из них имеет хроническую обструктивную болезнь легких и бронхиальную астму, 43,3% употребляют алкоголь. Установлено, что среди больных, лечившихся в городских стационарах с заболеваниями органов дыхания, 58,6% – это работники промышленных предприятий, сферы образования, здравоохранения и социального обслуживания. В 53,9% случаев главным фактором риска формирования хронических заболеваний органов дыхания среди городских жителей трудоспособного возраста является воздействие повышенной запыленности и загазованности в процессе трудовой деятельности. Показано, что после выявления заболевания органов дыхания у 23,1% больных ухудшилось физическое и психологическое состояние. Установлено, что доступность и объем клиничко-диагностических обследований, а также качество обслуживания в поликлинике значительно влияют на удовлетворенность качеством жизни ($r=0,41$; $p<0,05$) и частоту обращаемости за медицинской помощью ($r=-0,51$; $p<0,05$). В целом, на особенности формирования качества жизни и эффективность лечения больных с хронической бронхолегочной патологией оказывают влияние факторы окружающей и производственной среды, образ жизни семьи, уровень медицинской информированности и медико-социальной активности. При формировании бронхолегочной патологии, особенно хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы, показатели качества жизни заболевших, уровень удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи на этапах амбулаторно-поликлинического и стационарного обслуживания ухудшаются. Кроме того, возрастает удельный вес больных, испытывающих психоэмоциональный дискомфорт.

Ключевые слова: хронические заболевания органов дыхания, бронхиальная астма, факторы риска, качество жизни, трудовая деятельность, окружающая и производственная среды, стационар.

Введение. Одной из значимых проблем здравоохранения является необходимость совершенствования организационных форм ранней профилактики заболеваний и эффективность лечения на этапах поликлинического и стационарного лечения [1]. На современном этапе развития здравоохранения одним из важных направлений является изучение распространенности факторов риска и формирования хронической бронхолегочной патологии среди городских жителей, проживающих в условиях мегаполиса [2]. Хроническая обструктивная болезнь легких является одним из наиболее распространенных заболеваний и одной из ведущих причин смерти [3]. Длительное и тяжелое течение патологии с частыми рецидивами, высокий уровень инвалидизации и летальности среди больных определяют необходимость разработки клиничко-организационных мероприятий, направленных на совершенствование системы раннего выявления и эффективности лечения хронических заболеваний легких, изучения и улучшения качества жизни больных на этапах поликлинического и стационарного лечения [4]. Современные исследования свидетельствуют

о том, что при хронических заболеваниях органов дыхания, когда болезнь протекает длительно с периодами обострений и ремиссий, важной составной частью эффективности лечения являются показатели динамики не только клиничко-функциональных изменений, но и показателей качества жизни пациентов, среди которых важное прогностическое значение имеют такие виды функционирования, как социально-гигиеническое, физическое, психоэмоциональное, удовлетворенность системой жизнеобеспечения и др. [5].

Цель исследования. Изучение качества жизни больных с хроническими заболеваниями легких, их динамики в процессе стационарного лечения, а также выявление и анализ факторов риска бронхолегочной патологии.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 612 больных, проходящих обследование и лечение в пульмонологическом отделении Городской больницы № 2 Санкт-Петербурга. 63,5% среди них составляли женщины старше 60 лет.

Применялись методики медико-социологического и клинко-статистического анализа, оценки качества жизни. Исследование проводилось по специально разработанной ранее программе клинко-статистического и медико-социального изучения эффективности лечения и качества жизни при заболеваниях органов дыхания [6]. Оценка здоровья городского населения проводилась на основе изучения первичной учетно-отчетной медицинской документации стационара, данных медико-социологического анализа, с субъективной оценкой здоровья и донологических состояний. Проведена оценка доступности, качества и эффективности медицинской помощи и лечебно-оздоровительных услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях города. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием параметрической и непараметрической статистики при помощи компьютерных программ Statistica. Рассчитывались относительные и средние величины, их ошибки, выявились корреляционные связи и достоверности различий.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что хроническими обструктивными болезнями легких страдает 40% больных, бронхиальной астмой – 36,7%, хроническим бронхитом – 21%, альвеолитом – 2,3%. Показано, что 49,9% больных даже в процессе стационарного лечения продолжают курить, причем половина из них имеет хроническую обструктивную болезнь легких и бронхиальную астму. После выявления заболевания органов дыхания у 23,1% больных ухудшилось физическое и психологическое состояние. Установлено, что доступность и объем клинко-диагностических обследований, а также качество обслуживания в поликлинике и стационаре значительно влияет на удовлетворенность качеством жизни ($r=0,41$; $p<0,05$) и частоту обращаемости за медицинской помощью ($r=-0,51$; $p<0,05$).

Установлено, что главной причиной формирования хронических заболеваний органов дыхания является воздействие вредных факторов трудовой деятельности, злоупотребление курением и алкоголем, место жительства и условия проживания. 58,6% пациентов, лечившихся в пульмонологических стационарах по поводу заболеваний органов дыхания, являются работниками промышленных предприятий, сферы образования, здравоохранения и социального обслуживания. В 53,9% случаев фактором риска формирования бронхиальной астмы у городских жителей является воздействие повышенной запыленности и загазованности в процессе трудовой деятельности. При этом 89,2% больных проживают в отдельной квартире, более половины из них имеют рядом с домом оживленную автомагистраль и промышленные объекты.

Установлено, что на этапах диагностики хронических заболеваний легких у трети пациентов

значительно ухудшилось их психоэмоциональное состояние. После выявления заболевания 61,5% опрошенных испытывали умеренную тревогу или депрессию. У 58% опрошенных психологическое состояние в течение последнего года после выявления заболевания органов дыхания значительно снизило уровень их рекреационной деятельности, социальной активности и возможностей часто проводить свободное время с семьей. У 64,2% опрошенных чаще стали появляться грустные мысли, неуверенность, сомнения в эффективности лечения и надежды на выздоровление. Значительная часть пациентов (51%) отмечают частое состояние плаксивости, вспыльчивости и раздражения.

В процессе стационарного лечения болезней органов дыхания уровень тревоги и депрессии значительно уменьшился. Лишь у 22,2% больных осталось состояние легкого беспокойства, а 49,8% больных стали чувствовать себя лучше и появилась уверенность в эффективности лечения.

На этапах формирования бронхолегочной патологии установлено, что у 59,2% пациентов в процессе их трудовой деятельности значительно снизилась работоспособность, появилась повышенная утомляемость к концу рабочего дня. При этом 38,5% из них не прекратили свою трудовую деятельность и продолжали работать. У 31,2% опрошенных появилась необходимость значительно ограничивать физические нагрузки.

В процессе лечения 52,8% пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой отметили состояние улучшения возможностей выполнения физической деятельности и только у 23,8% физическая активность не изменилась.

Выявлен низкий уровень медицинской информированности и медико-социальной активности пациентов с хроническими заболеваниями легких. Это привело к поздней обращаемости за медицинской помощью, после проявления выраженных признаков заболеваний. Так, 59,3% больных не имеют достаточных знаний об основных симптомах заболеваний органов дыхания, имеют низкий уровень медико-социальной и профилактической активности для устранения воздействия факторов риска.

Установлено, что на этапах диагностики и поликлинического лечения 29,3% стационарных больных с заболеваниями органов дыхания не получали оздоровительных и лечебно-восстановительных процедур в медицинских учреждениях, а 23,6% пациентов получали эти процедуры только по направлению врачей поликлиники с целью уменьшения воспалительного процесса и болевых проявлений. При этом 45,8% больных не проходили профилактический осмотр до установления первичного диагноза, а 65,5% больных не состояли на диспансерном учете по поводу заболеваний органов дыхания по месту жительства. Выявлено также, что только 33,6% больных с хроническими заболеваниями органов дыхания принимали регулярно

лекарственные препараты по предписанию врача во время выраженного проявления заболевания, 22,5% больных использовали необходимые лекарственные препараты только при появлении болей и выраженных симптомов, 21,7% – используют лечение препаратами давно и часто постоянно и часто. Однако значительная часть городских жителей даже при наличии уже выраженных признаков заболевания лекарственные препараты не употребляли, редко – с целью профилактики осложнений.

Установлено, что на догоспитальном этапе у 52,0% городских жителей с заболеваниями органов дыхания отмечалась повышенная температура тела, в 47,7% беспокоил кашель с выделением мокроты. Значительная часть больных (42,9%) имела повышенную потливость и приступы свистящего дыхания (38,5%), боли в грудной клетке (55,3%). 63,1% пациентов с заболеваниями легких болели острыми респираторными заболеваниями 2–3 раза в год и чаще.

73,9% пролеченных полностью удовлетворена доступностью, качеством и эффективностью стационарного лечения в специализированном пульмонологическом стационаре многопрофильной больницы. При этом установлено, что у 47,7% пациентов с заболеваниями органов дыхания в процессе лечения субъективное клиническое состояние значительно улучшилось. Однако 28,7% пациентов после стационарного лечения требуется дополнительное санаторно-курортное лечение. Выявлено, что 39% пролеченных больных регулярно обращались за дополнительными медицинскими услугами, консультацией и лечением в коммерческих медицинских центрах, так как не были достаточно удовлетворены медицинским обслуживанием на поликлиническом этапе лечения. Более половины обследованных пациентов (62,3%) оценивали уровень общегородской системы медицинского обслуживания больных с хроническими заболеваниями органов дыхания как удовлетворительный, 21,1% городских жителей – как хороший и 16,5% больных совершенно не удовлетворены объемом, качеством и эффективностью лечения.

В целом, за время проведения лечебно-оздоровительных мероприятий в пульмонологическом специализированном стационаре у пациентов на 40,2% повысились показатели физической активности и работоспособности; на 19,5% улучшились общие показатели здоровья; на 26,8% оптимизировалось общее психоэмоциональное состояние; на 9,2% повысился уровень медицинской информированности о профилактике заболеваний, способах коррекции своего состояния, поддержания и укрепления здоровья, установок на здоровый образ жизни; на 2,7% социальной защищенности и социальной активности; у 1,6% появилось чувство возможности возобновления трудовой деятельности. При этом у 32,8% пациентов значительно повысился уровень удовлетворенности качеством своей жизни, улучшились

показатели жизнеспособности и жизнерадостности. Однако при комплексной оценке качества жизни к концу стационарного лечения установлено, что только 14,9% больных вполне удовлетворены своим качеством жизни как городского жителя, 67,5% частично удовлетворены, а 17,6% – полностью не удовлетворены.

Выявлено, что доступность, объем и своевременность клиничко-диагностических обследований, а также качество обслуживания на догоспитальном этапе значительно влияет на удовлетворенность качеством жизни ($r=0,41$, $p<0,05$) и кратность обращений за медицинской помощью ($r=-0,51$; $p<0,05$).

Заключение. Установлено, что на профилактику обострений и эффективность лечения больных с хроническими заболеваниями органов дыхания оказывают значительное влияние факторы риска окружающей и производственной среды, образа жизни семьи, уровень медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности городских жителей. На этапе формирования бронхолегочной патологии, особенно хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы, значительно ухудшаются показатели качества жизни заболевших, уровень удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи. На этапе амбулаторно-поликлинического обслуживания, возрастает удельный вес больных в состоянии психоэмоционального дискомфорта. На догоспитальном этапе лечения заболеваний органов дыхания важнейшим является раннее выявление донозологических состояний, повышение уровня медицинской информированности и медицинской активности, устранение факторов риска социально-гигиенического и других видов функционирования. На этапе стационарного лечения необходима психологическая коррекция, повышение уровня удовлетворенности полнотой и кратностью клиничко-диагностических мероприятий, качества и эффективности лечения. Клиничко-статистический анализ историй болезней свидетельствует о высокой степени соответствия объема и кратности клиничко-диагностических и лечебных мероприятий общепринятым стандартам медицинской помощи больным при лечении бронхолегочной патологии.

Литература

1. Ахмедова, О.С. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / О.С. Ахмедова // Известия российского государственного университета им. А.И. Герцена. – № 22 (53) «Аспирантские тетради». – СПб, 2007. – С. 266–270.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких; пер. с англ. – под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Атмосфера, 2003. – 96 с.
3. Chapman, K.R. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease / K.R. Chapman [et al.] // European respiratory journal. – 2012. – № 27. – P. 188–207.
4. Чучалин, А.Г. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких: можем ли мы ожидать

- большого? (результаты национального исследования ИКАР-ХОБЛ) / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2006. – Вып. 5. – С. 19–27.
5. Лучкевич, В.С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ / В.С. Лучкевич. – СПб, 2011. – 86 с.
6. Мариничева, Г.Н. Качество жизни и здоровье населения Санкт-Петербурга / Г.Н. Мариничева, В.С. Лучкевич, И.Л. Самодова. – СПб, 2011. – 152 с.

T.V. Samsonova, V.S. Luchkevich, I.L. Samodova, D.L. Logunov

Quality of life features of patients with chronic lung disease and their dynamics in hospital treatment

Abstract. Quality of life features of patients with chronic lung disease treated in municipal pulmonary hospitals is presented. It is testified that 40% of patients suffer from a chronic obstructive pulmonary disease, 36,7% – asthma, 21% – chronic bronchitis, 2,3% – alveolitis, etc. The results of medical and sociological surveys show that 49,9% of patients in spite of all during inpatient treatment continue smoking, and half of them have chronic obstructive pulmonary disease and asthma. 43,3% of patients consumed alcohol. Found that among the patients with respiratory diseases treated in pulmonary hospital 58,6% are factory workers, educationalists, healthcare and social workers. In 53,9% of cases the primary risk factor for chronic respiratory diseases among urban residents of working age is the effect of increased dustiness and gas contamination in the course of work activity. Established that the access and quality of clinical and diagnostic examinations, as well as quality of service in the clinic significantly affects the quality of life satisfaction ($r=0,41$; $p<0,05$) and frequency of seeking medical care ($r=-0,51$; $p<0,05$). By and large environmental factors and working environment, family lifestyle, the level of medical knowledge and medical and social activity have influence on the peculiarities of formation quality of life and the effectiveness of treatment. In forming of bronchopulmonary diseases, especially chronic obstructive pulmonary disease and asthma, quality of life, the level of satisfaction with the availability and quality of care at the stages of outpatient and hospital services get worse. As well as the proportion of patients in a state of mental and emotional discomfort increases.

Key words: chronic pulmonary diseases, bronchial asthma, risk factors, quality of life, hospitals.

Контактный телефон: 8-921-790-04-29; e-mail: dmitry_logunov@mail.ru