ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Болотова Е.В., Дудникова А.В., Мирцхулава Н.Г.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,

ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодар

Актуальность

- Понятие качества жизни включает в себя физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие больного.[1,2]
- Наличие хронических заболеваний, особенно их сочетание, обуславливает снижение качества жизни и нарушению психоэмоционального статуса в виде тревожных и депрессивных расстройств.[3]
- Психоэмоциональные нарушения и низкий уровень качества жизни отрицательно влияют на патофизиологические процессы организма, а так же существенно снижают приверженность к лечению.[4]

1. Fairclaugh L. D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. - Charman & Hall/CRC. — 2002, p. 164—177;
2. Kind P., Williams A. Measuring success in health care - the time has come to do it properly. Health Policy Matter, Issue 9, 2004, p. 1—8
3. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. Депрессии и расстройства депрессивного спектра вобщемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48-54.
4. Чазов Е.И. Депрессия как фактор развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний // Сердечная недостаточность. – 2003. – № 1. – С. 6-8.

Цель работы

- Изучение качества жизни, уровня тревоги и депрессии у пациентов с хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)при наличии или отсутствии хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы

180 пациентов пульмонологического стационара ГБУЗ ККБ№2 с верифицированным диагнозом ХОБЛ I-IV степени тяжести

	ХОБЛ I, N=37	ХОБЛ II, N=45	ХОБЛ III, N=50	ХОБЛ IV, N=48
ОФВ1	86,3±4,5%	65,3±6,3**	45,1±4,6 %	26,4±3,7%****
СКФ$_{CKD-EPI}$, мл/мин/1,73 м2	63,4±5,2	65,1±4,9	72,2±3,8	82,1±2,9
Креатинин	92,7±4,3	88,7±6,2	82,6±3,1	74,3±5,8
Индекс курильщика, пачек-лет	16,6±2,3*	21,6±4,7**	33,4±5,1	46,2±2,9**** ***
Возраст, лет	62,1±3,2	67,8±3,1	70,1±2,8	72,4±4,7

Примечание: *- $p < 0,05$ - критерий достоверности между 1-й и 3-й группами, **- $p < 0,05$ – критерий достоверности между 2-й и 4-й группами, ***- $p < 0,05$ - критерий достоверности между 1-й и 4-й группами, ****- $p < 0,05$ - критерий достоверности между 2-й и 4-й группами.

Материалы и методы

180 пациентов пульмонологического стационара ГБУЗ ККБ№2 с верифицированным диагнозом ХОБЛ I-IV степени тяжести[1]

Проведена диагностика ХБП согласно Национальным рекомендациям 2012 года (наблюдение с 2013-2015г, сбор анамнеза, УЗИ почек, расчет СКФ по формуле CKD-EPI [2], ОАМ)

1.Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013. Available from: http://www.goldcopd.org/.
2. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. // Ann Intern Med 2009; 150: 604-612

Материалы и методы

Пациенты разделены на две сопоставимых по возрасту и полу группы:

1-я группа
с наличием ХБП
I-IV ст, N=87
(48,3%)

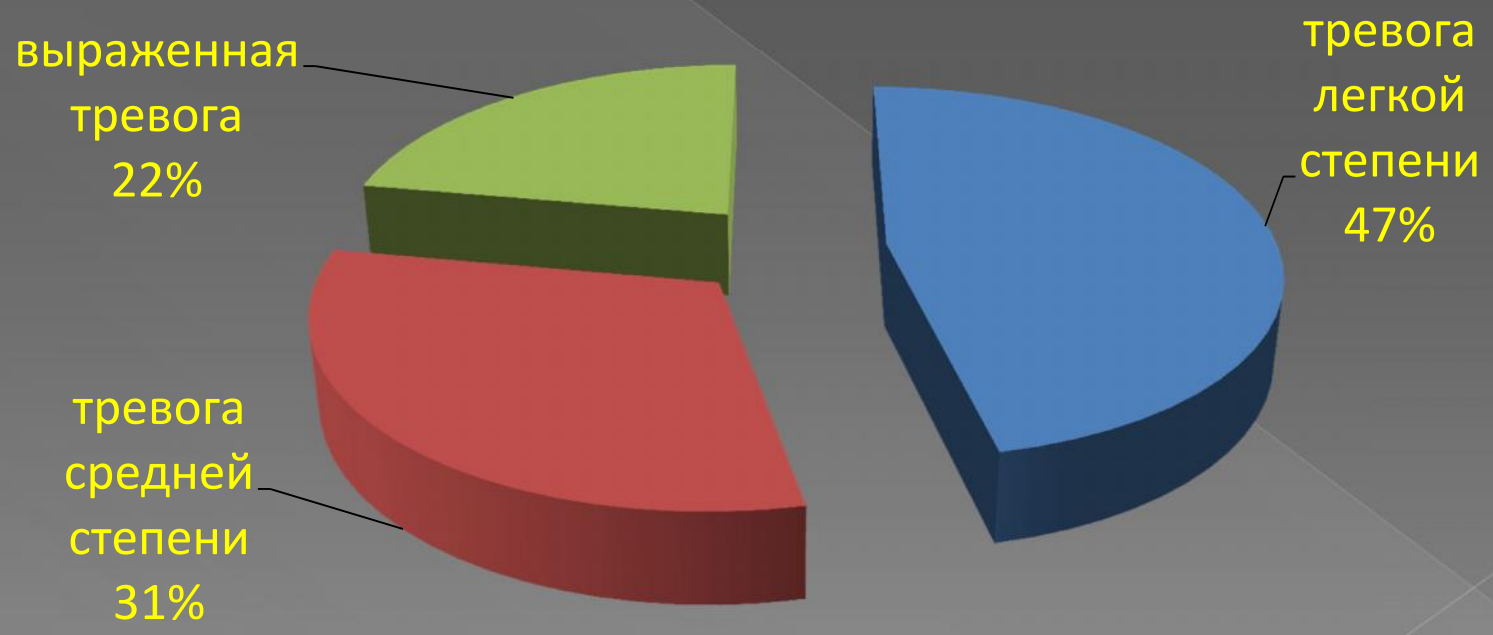
2-я группа
Без ХБП
N=93 (51,7%)

Анкетирование:
1) для оценки психического статуса использовалась шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)[1]
2) для оценки качества жизни – общий опросник SF-36 ((The Short Form-36)[2]
3) специальный - SGRQ («Респираторный опросник больницы Святого Георгия»[3]

1. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Zigmond, A. S.; Snaith, R. P.. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol 67(6), Jun 1983, 361-370.
2. Ware J. E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide,Lincoln,RI'.QualityMetric Incorporated, 2000, 150.
3. Ferrer, M. Interpretation of quality of life scores from the St. George`s Respiratory Questionnaire / M. Ferrer, C. Villasante, J. Alonso [et al.] // Eur Respir J. – 2002. – Vol. 19, № 3. – P. 405-413.

Результаты

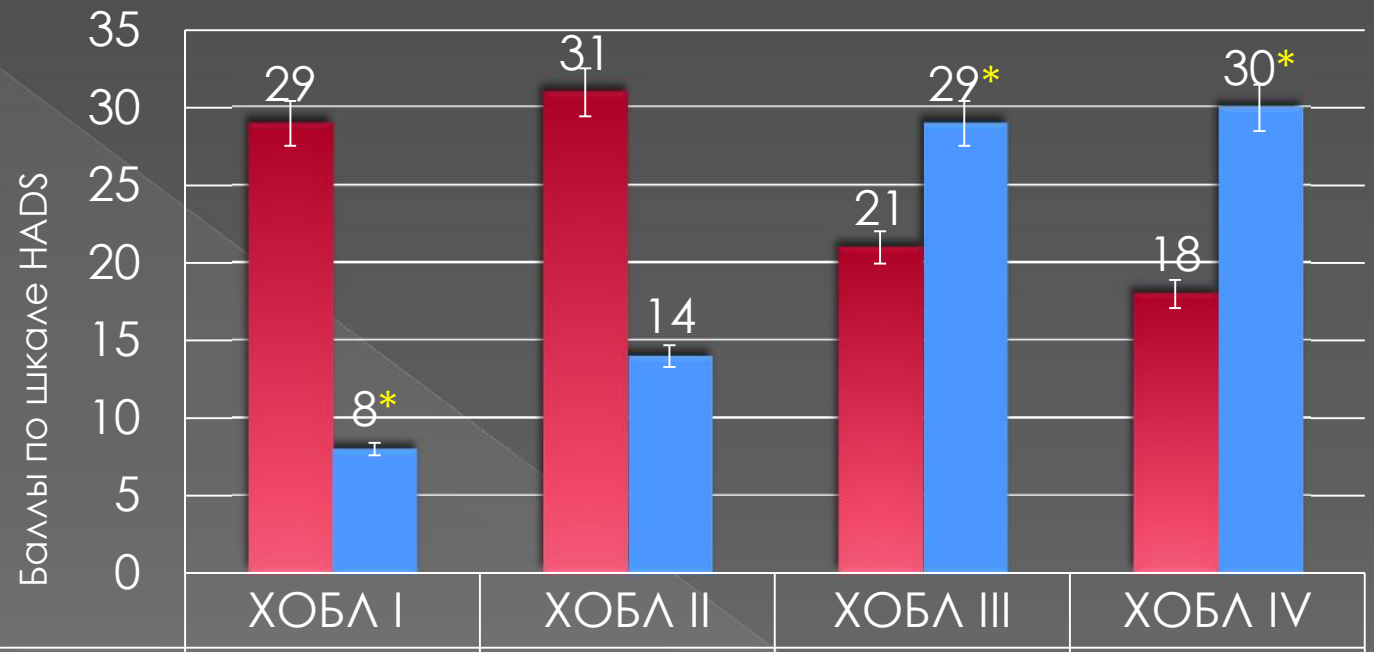
Тревожный синдром встречался у 100% пациентов с ХОБЛ (n=180)



Результаты собственных исследований

Частота и выраженность депрессии у пациентов с ХОБЛ при наличии или отсутствии ХБП (n=180)

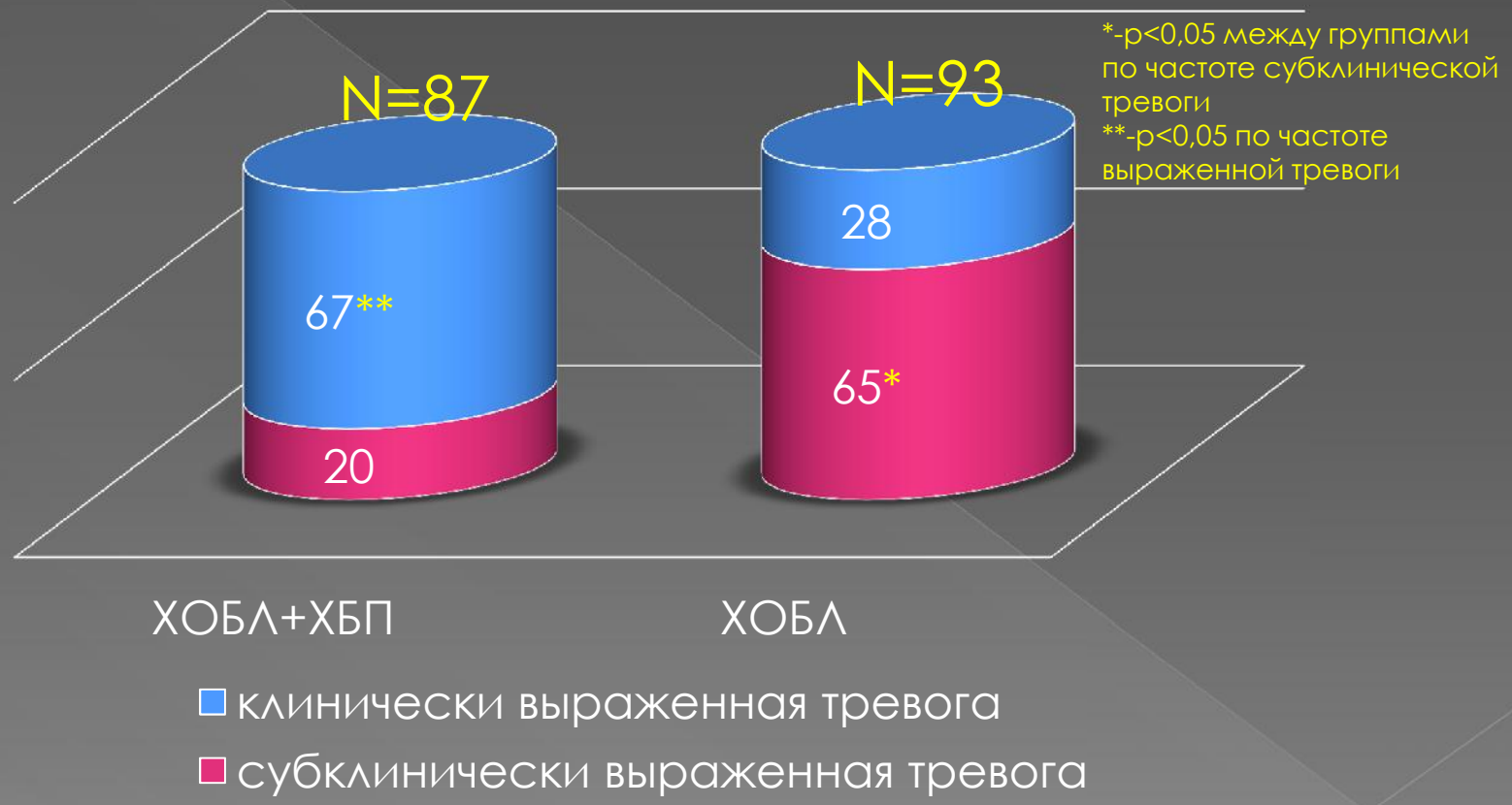
*-p<0,05



	ХОБЛ I	ХОБЛ II	ХОБЛ III	ХОБЛ IV
"субклинически выраженная тревога/депрессия"	29	31	21	18
"клинически выраженная тревога/депрессия"	8	14	29	30

Результаты собственных исследований

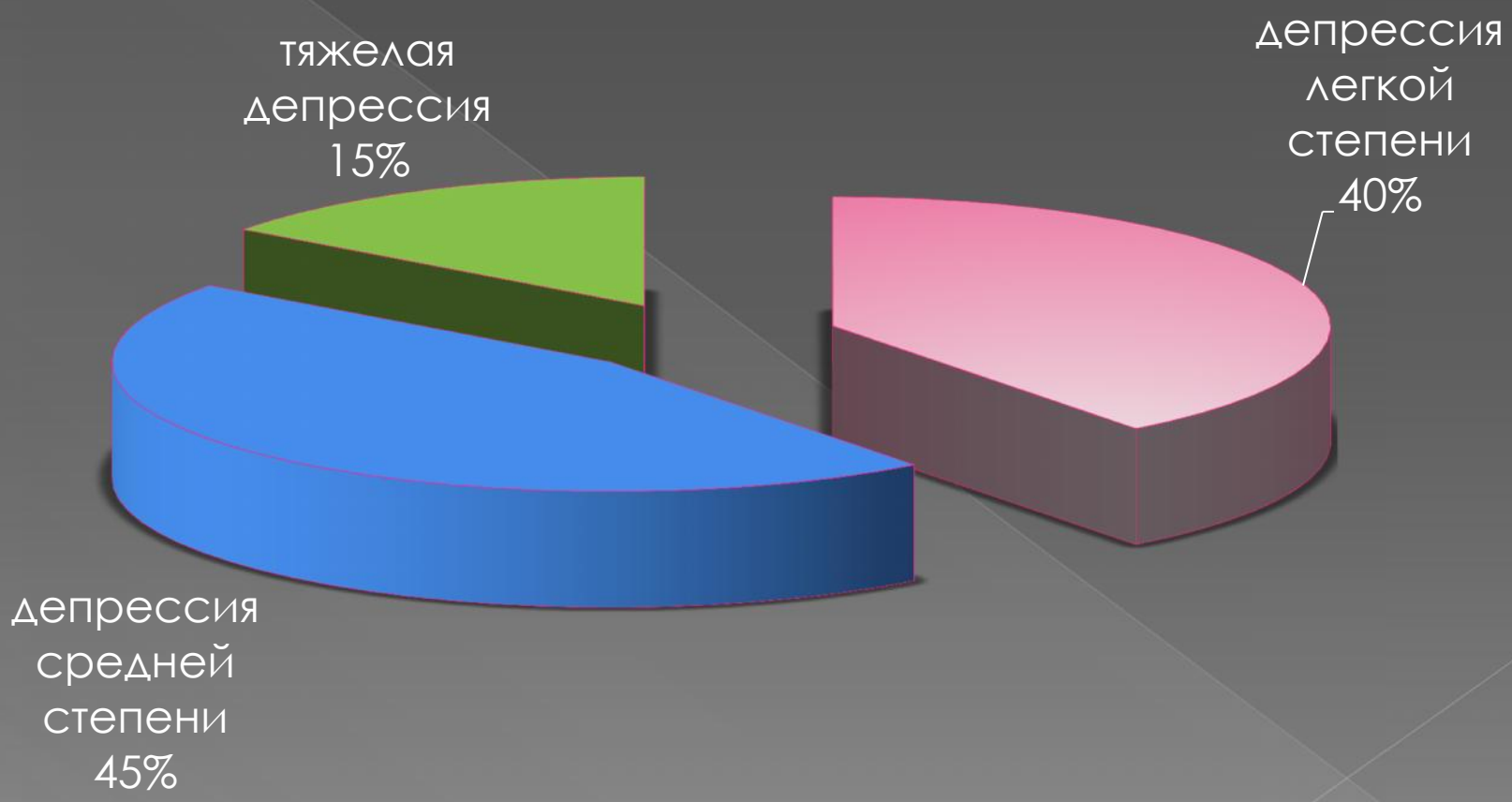
Выраженность тревоги у больных ХОБЛ



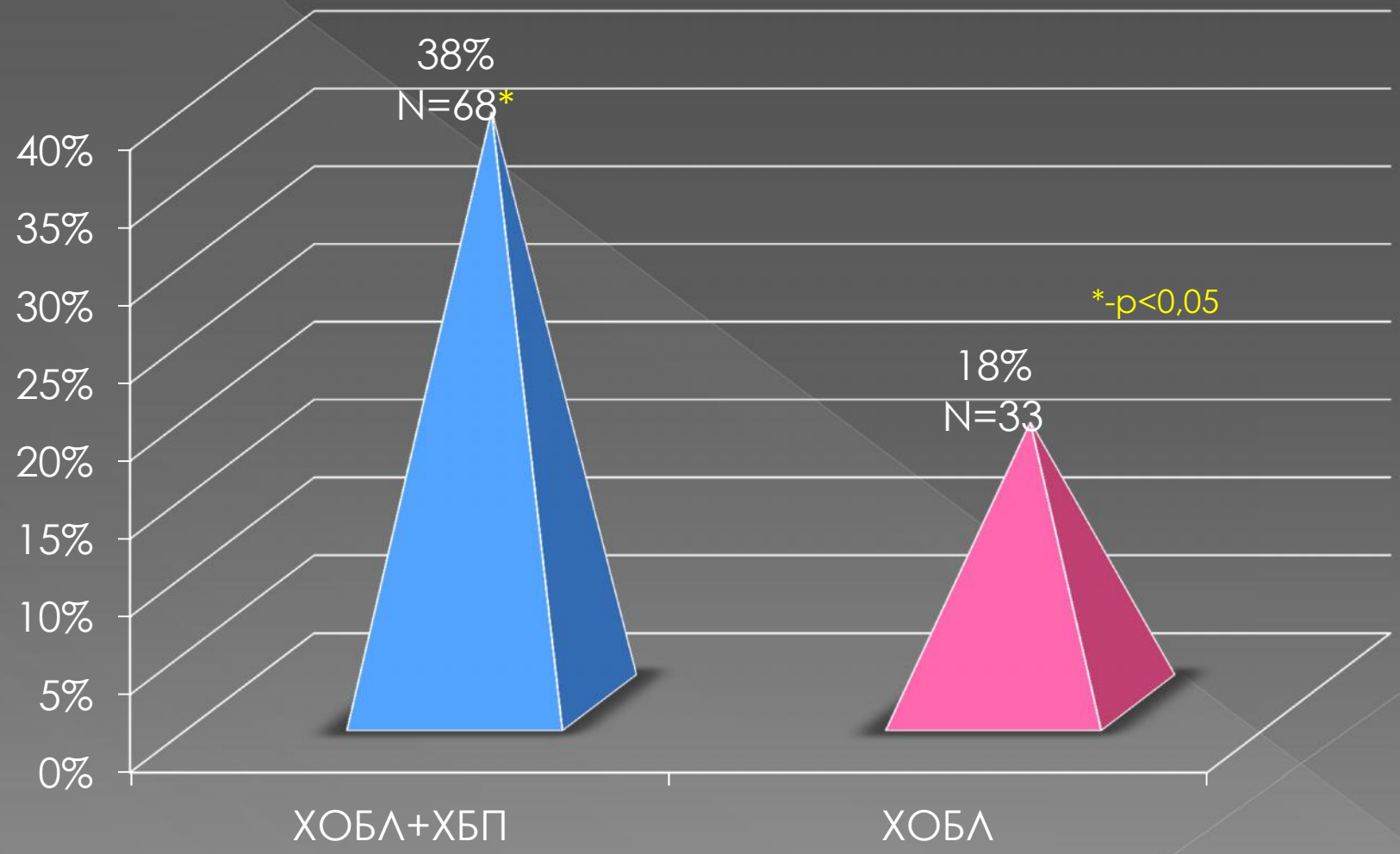
*-p<0,05 между группами по частоте субклинической тревоги
**-p<0,05 по частоте выраженной тревоги

Результаты собственных исследований

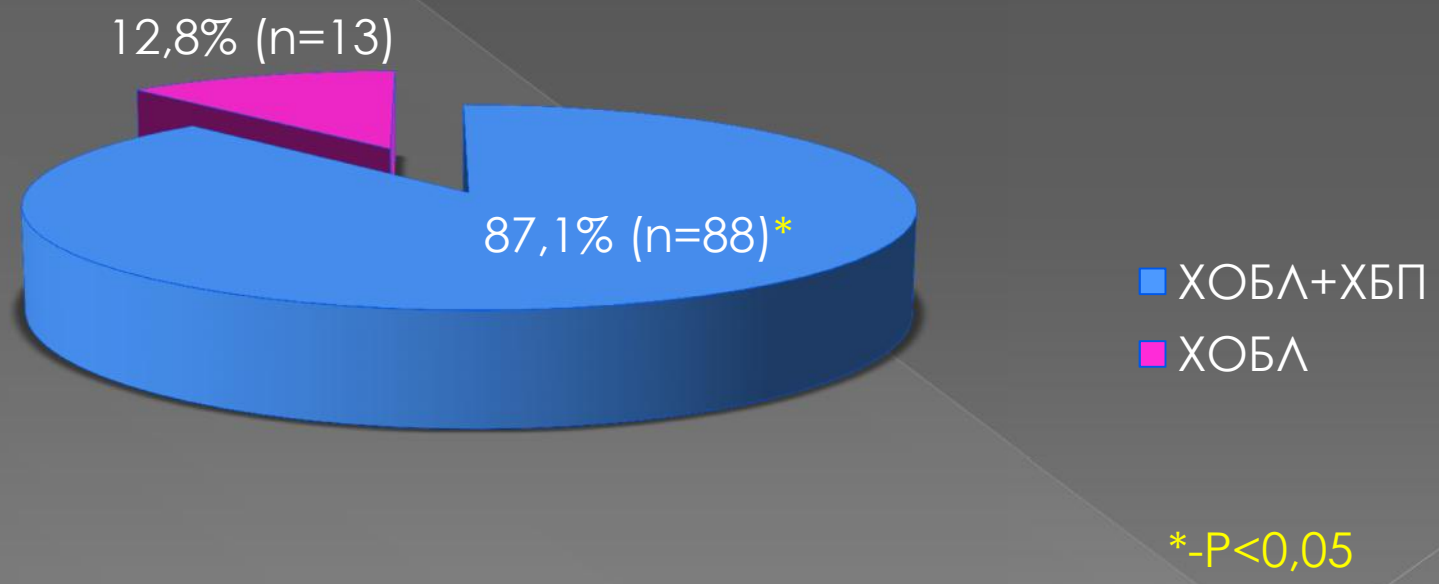
Распространенность депрессии среди пациентов с ХОБЛ составила 56,1% (n=101)



Частота депрессии у больных ХОБЛ в зависимости от наличия ХБП (n=101)



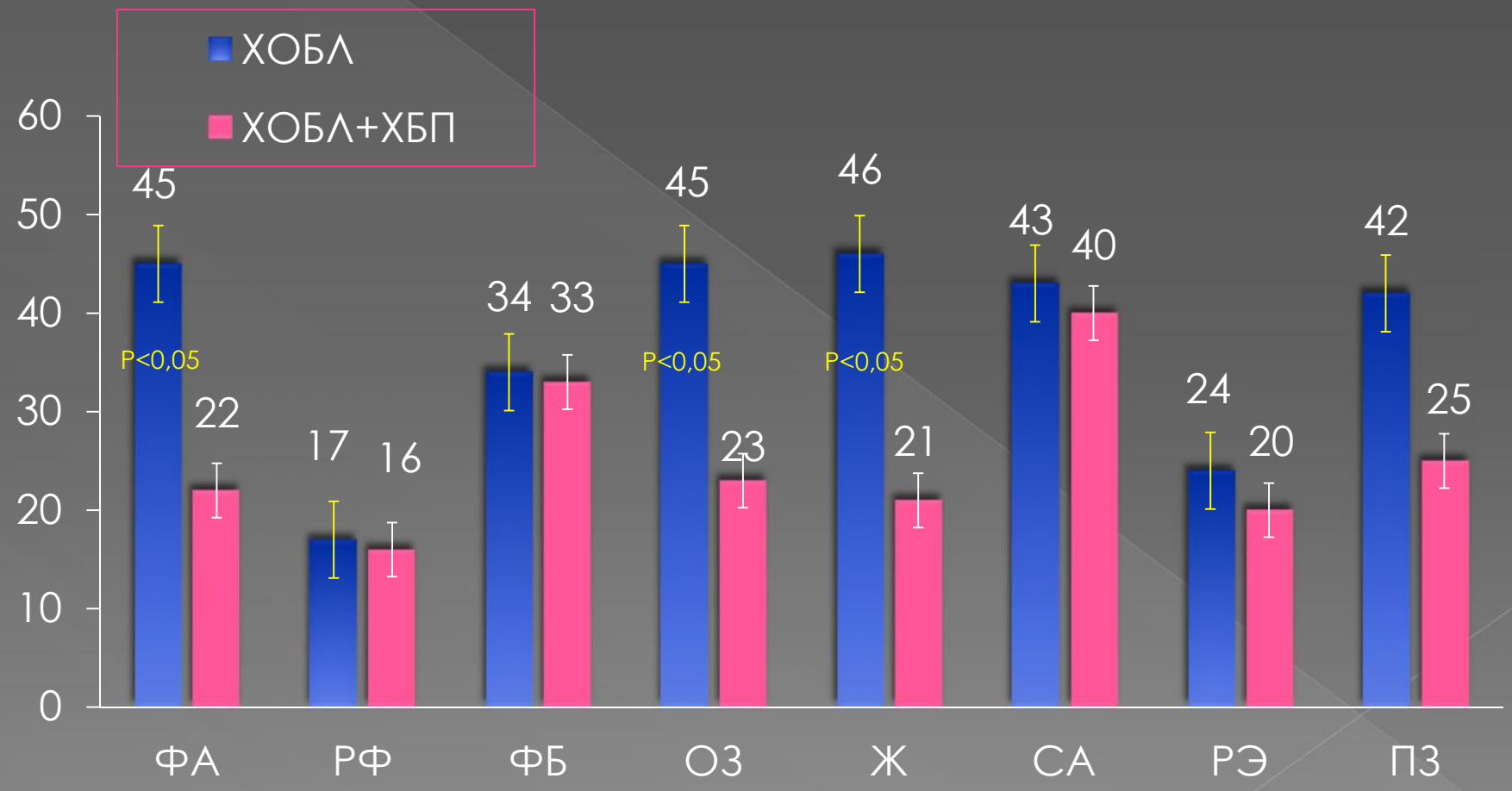
Распространенность сочетания тревоги и депрессии составила 56,1% (n=101)



*-P<0,05

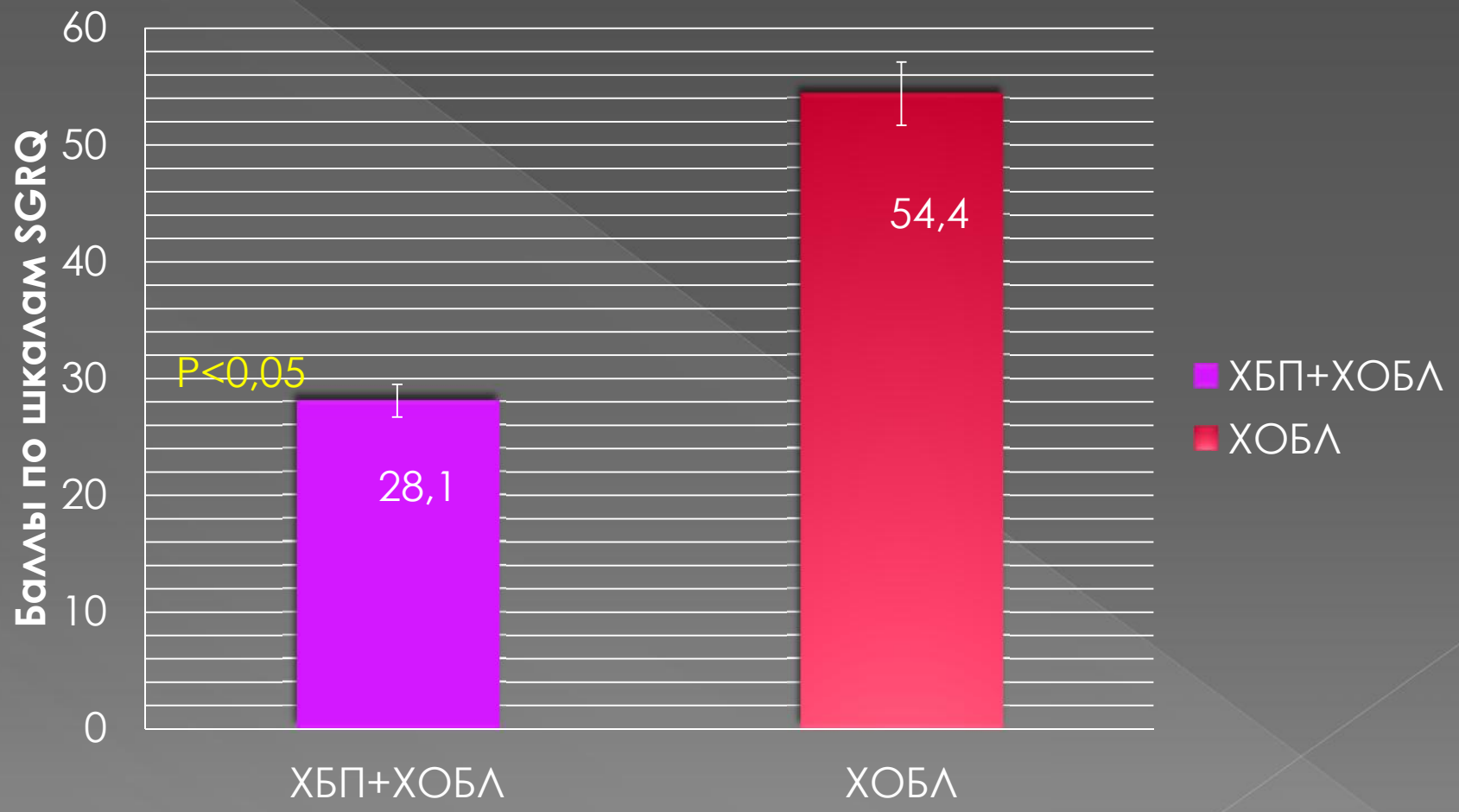
Результаты собственных исследований

Качество жизни пациентов по анкете SF-36 (n=180)



Результаты собственных исследований

Различия по шкалам опросника SGRQ



Результаты собственных исследований

Выводы

- У пациентов с ХОБЛ и сопутствующей ХБП достоверно чаще встречается выраженная степень тревоги (77% vs 30,1%), а так же сочетание тревоги и депрессии (87,1% vs 12,8 %).
- Согласно анкетированию SF-36, в группе пациентов с ХОБЛ без сопутствующей ХБП обнаружен достоверно более высокий уровень показателей жизненной активности (45,2±4,1vs 22,3±4,3), общего (45,2±3,8 vs 23,3±3,9) и психического (46±4,3 vs 21±2,8) здоровья.
- По опроснику SGRQ выявлены достоверные различия у пациентов с ХОБЛ без ХБП по сравнению с больными с ХОБЛ в сочетании с ХБП (54,4±5,7 баллов vs 28,1±3,4, $p<0,05$).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !