

В.В. КИЩУК, Я.П. ГРИЦУН

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІЗНИХ ВИДІВ ТЕРАПІЇ

Вінницький нац. мед. ун-тет ім. М.І. Пирогова

Склерома є однією з актуальних проблем сучасної оториноларингології та системи охорони здоров'я в цілому. Це захворювання характеризується хронічним перебігом, високою резистентністю до терапевтичних заходів, часто прогресуюче, непередбачуване та на теперішній час невиліковне [1]. В результаті втрати працездатності та інвалідизації частини хворих, а також великих витрат на лікування, реабілітацію та соціальну допомогу, проблема склероми має високу соціально-економічну значимість.

Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, що ґрунтується на його суб'єктивному сприйнятті [3]. Під фізичним функціонуванням в даному випадку мається на увазі функціональний дефіцит і інвалідизація в сприйнятті хворого. Найбільш часто оцінюваними психологічними параметрами є втомлюваність, тривога та депресія. Саме ці симптоми часто на початкових етапах розвитку захворювання впливають на якість життя пацієнтів. Подальше погіршення носового та гортанного дихання при склеромі швидко приводить хворого до обмеження в різних сферах життєдіяльності. Можна припустити, що негативний вплив на якість життя цих пацієнтів чинять й різноманітні соціальні чинники, в тому числі сприйняття оточуючими людьми пацієнта з цим захворюванням.

Згідно з даними зарубіжної літератури, показник якості життя входить в стандарти обстеження та лікування пацієнтів. З його допомогою здійснюють індивідуальний моніторинг в процесі лікування, оцінюють ефективність терапії і прогноз за-

хворювання. Саме результати оцінки якості життя можуть слугувати кінцевою точкою в оцінці ефективності застосування того чи іншого фармацевтичного препарату. Серед способів оцінки якості життя найбільш поширеними є опитувальники, котрі заповнюють самі хворі. Найбільш часто в світовій практиці використовують коротку форму вивчення медичних підсумкових параметрів SF-36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey – SF-36) [3].

Показник якості життя доповнює картину хвороби, є багатофакторним критерієм оцінки стану хворих із хронічними захворюваннями [2]. При певних захворюваннях оцінка пацієнтом свого стану є найважливішим показником здоров'я [3].

Якість життя – це динамічний параметр, що залежить від перебігу захворювання, процесу лікування та системи надання медичної допомоги [1]. В зв'язку з цим в Україні впродовж останнього десятиріччя зростає інтерес до дослідження якості життя в медицині при різних захворюваннях. Проте дослідження якості життя у хворих на склерому не проводилося. Тому *метою* нашого дослідження було дослідити якість життя хворих на склерому та оцінити динаміку її показників під впливом різних видів терапії.

Матеріал та методи дослідження

Представлені матеріали були отримані при обстеженні та лікуванні 92 (33 чоловіка, 59 жінок) хворих на склерому віком від 23 до 79 років (в середньому ($M \pm \sigma$) – $53,5 \pm 14,52$ років) та тривалістю захворювання від 1 до 48 років (в середньому –

17,63±11,94 років). Розподіл хворих за клінічними формами склероми: 31 (33,7%) – переважно інфільтративна форма захворювання, 30 (32,6%) – переважно атрофічна форма, 31 (33,7%) – переважно рубцева форма. Ці хворі були розділені на 2 клінічні групи – контрольну та основну. Контрольну групу склали 47 хворих, яким застосовували стандартну терапію, яка включала: антибактеріальну терапію (амікацин, цефтріаксон,

ін.), лідазу, алое, вітаміни групи В, А, С, Е, дилатаційні методи лікування, кріо- та гальванокірургію при рубцевих формах захворювання, інгаляції протеолітичних ферментів. До основної групи увійшли 45 пацієнтів, які на тлі стандартної терапії додатково отримували препарат ацетилцистеїну. Виділені нами клінічні групи були зіставлені за статтю, віком, формою та тривалістю захворювання (табл. 1).

Таблиця 1

Деякі характеристики досліджуваних груп

Показник	Групи	
	контрольна (n=47)	основна (n=45)
Стать, абс. (%)		
чоловіча	19 (40,4%)	14 (31,1%)
жіноча	29 (59,6%)	31 (68,9%)
Вік, роки (M±σ)	54,27±15,48	52,92±14,06
Форма склероми, абс. (%)		
переважно інфільтративна	16 (34,0%)	15 (33,3%)
переважно атрофічна	15 (31,9%)	15 (33,3%)
переважно рубцева	16 (34,0%)	15 (33,3%)
Тривалість захворювання, роки (M±σ)	18,71±10,57	16,33±10,67

Примітка: в таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і стандартні квадратичні відхилення (σ).

Обстеження проводилось за єдиною схемою з використанням стандартизованих карт, в які заносилась інформація про скарги, загальноклінічні показники, результати детального огляду ЛОР-органів, ендоскопічного дослідження гортані, трахеї, бронхів – до та після проведеного лікування. Крім цього, учасники дослідження заповнювали опитувальник «Коротка версія Опитувальника здоров'я – 36». Цей опитувальник включає 36 питань, що відображають 8 концепцій здоров'я: фізичне (PF), рольове (RP), соціальне (SF), емоційне функціонування (RE), загальне (GH) і психологічне (MH) здоров'я, життєздатність (VT) та больовий синдром (BP).

Максимальна оцінка за основними шкалами SF-36 становила 100, що відповідає найкращому рівню якості життя. Мінімальне (найгірше) значення шкал якості життя відповідало нульовій оцінці.

Поряд із 8 загально прийнятими шкалами SF-36, вираховувались 2 інтегральних показника – «фізичний» (PCS) і «психічний» (MCS) компоненти здоров'я. Показник «фізичного компонента здоров'я» розраховувався як сума оцінок за шкалами фізичне та рольове функціонування, біль, загальне здоров'я. «Психічний компонент здоров'я» обчислювався підсумовуванням показників життєздатності, соціального та емоційного функціонування, психологічного здоров'я.

Показники якості життя порівнювались в таких групах: 1) група порівняння – практично здорові особи (n=20); 2) контрольна група – пацієнти, які отримували стандартну терапію (n=47); 3) основна група – пацієнти, які на тлі стандартної терапії додатково отримували препарат ацетилцистеїну (n=45).

Отримані в процесі дослідження дані аналізувались за допомогою статистичних

методів з використанням пакету програм «SPSS 23».

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження хворі основної та контрольної груп були порівняними за частотою основних скарг та результатів об'єктивного дослідження ЛОР-органів ($p > 0,05$), тоді як після завершення лікування між цими групами фіксувались значущі відмінності щодо частоти основних скарг. Так, в основній групі була значуще нижчою, ніж у групі контролю, частота скарг на сухість слизових оболонок дихальних шляхів (СШ: 0,17; ДІ: [0,04-0,84]; $p = 0,017$), осиплість голосу (СШ: 0,28; ДІ: [0,12-0,69]; $p = 0,005$) та утруднення гортанного дихання (СШ: 0,47; ДІ: [0,2-0,99]; $p = 0,03$) (рис. 1).

Використання модифікованої терапії також супроводжувалось більш істотним, ніж у групі контролю, зниженням частоти виявлення інфільтратів в порожнині носа (СШ: 0,13; ДІ: [0,02-0,98]; $p = 0,031$) та слизової оболонки трахеї, бронхів (СШ: 0,1; ДІ: [0,01-0,79]; $p = 0,009$), а гнійні кірки слизової оболонки трахеї, бронхів по завершенню лікування у хворих основної групи були відсутні ($p = 0,045$) (рис. 2).

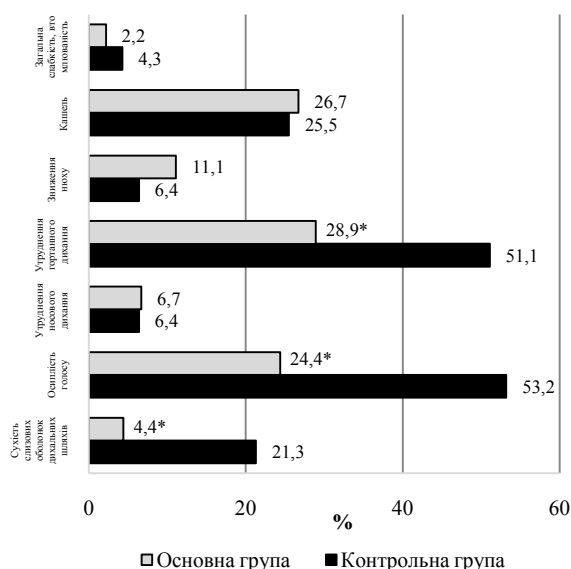


Рис. 1. Основні скарги пацієнтів основної та контрольної групи після завершення лікування. Примітка. * – достовірність відмінностей показників порівняно з показником контрольної групи ($p < 0,05$).

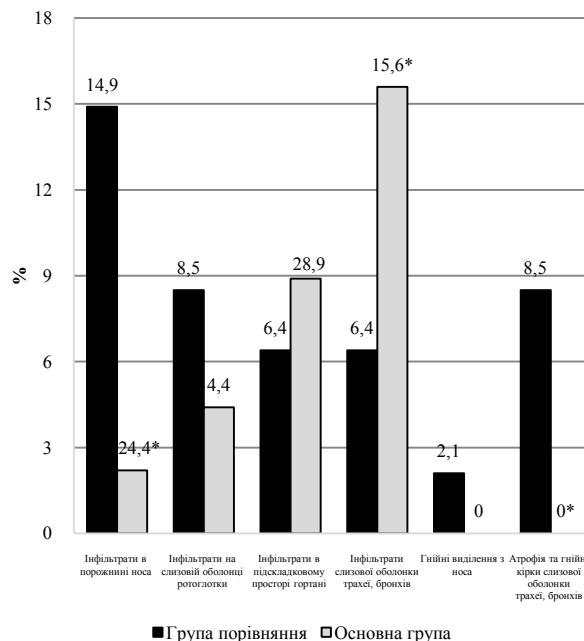


Рис. 2. Клінічні прояви склерому у пацієнтів основної та контрольної групи після завершення лікування. Примітка: * – достовірність відмінностей показників порівняно з показником контрольної групи ($p < 0,05$).

При порівнянні показників якості життя хворих на склерому основної та контрольної груп до початку лікування значущих відмінностей виявлено не було. Проте в порівнянні зі здоровими особами (група порівняння) виявлено, що всі показники якості життя хворих на склерому є достовірно нижчими ($p < 0,05$), за виключенням показника фізичного болю, що свідчить про вплив захворювання на різні аспекти не тільки фізичного, але й психологічного здоров'я. Це дозволяє зробити висновок, що склерома, будучи позитивним прогресуючим захворюванням, істотно погіршує якість життя, що, на нашу думку, повинно акцентувати увагу практичних лікарів на виявлення предикторів негативної динаміки якості життя та розгляд можливостей терапевтичної корекції останніх (рис. 3).

Вивчення впливу різних видів терапії на показники якості життя виявило, що найбільш значуще збільшення показників якості життя у хворих контрольної групи після проведення стандартної терапії було зафіксовано по показнику життєздатності – на 29,5% ($p = 0,042$), загальному сприйнятті

здоров'я – на 20,9% ($p=0,029$) та ролі емоційних проблем – на 15,8% ($p=0,02$) (рис. 4). Таким чином, отримані результати дозволяють стверджувати, що стандартна терапія склероми дала можливість знизити частоту суб'єктивних та об'єктивних клінічних проявів захворювання, покращити суб'єктивну оцінку настрою, енергійності, життєвих сил, оцінку загального стану здоров'я та зменшити роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності.

Під час порівняння середніх значень якості життя, визначених за опитувальником SF-36 по завершенні лікування, встановлено значущі відмінності між групами в фізичному функціонуванні ($p=0,039$), ролі фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності ($p<0,001$), соціальній активності ($p=0,003$), ролі емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності ($p<0,001$) (табл. 2). Ці відмінності між групами зумовили достовірно вищий інтегральний фізичний компонент здоров'я у хворих основної групи, який склав $48,75 \pm 13,38\%$ та був на 22,4% вищим, ніж у хворих групи порівняння ($p<0,001$).

Таким чином, при аналізі форм оцінки якості життя встановлено, що за переважною більшістю компонентів, котрі складають концепцію «якості життя» протоколу SF-36, показники в основній групі (модифі-

кована терапія) були значуще вищими за відповідні показники в групі, яка отримувала традиційну терапію. Безсумнівно, підвищення фізичної активності, зниження ролі фізичних та емоційних проблем у життєдіяльності, покращення соціальної активності, показники яких були найкращими в групі модифікованої терапії є, на наш погляд, більш важливим, ніж підвищення рівня життєздатності та загального сприйняття здоров'я в групі порівняння. Отримані результати дозволяють стверджувати, що модифікована терапія склероми (включення препарату ацетилцистеїну) дозволила більш ефективно вирішити ряд терапевтичних завдань, а саме: зменшити висіваємість клебсієли склероми з 19,1% до 4,4% (СШ: 0,2; ДІ: [0,04-0,97]), що, ймовірно, пов'язано з активацією факторів специфічного та неспецифічного імунітету при дії препарату ацетилцистеїну, а також покращити самопочуття хворих, зменшити сухість слизових оболонок дихальних шляхів, осиплість голосу, утруднення гортанного дихання, інфільтратів в порожнині носа та слизової оболонки трахеї, бронхів, кількість гнійних кірок слизової оболонки трахеї, бронхів. Останнє дозволило поліпшити якість життя пацієнтів, що є чи не найбажанішим результатом терапії, враховуючи позитивний, прогресуючий характер даного захворювання.

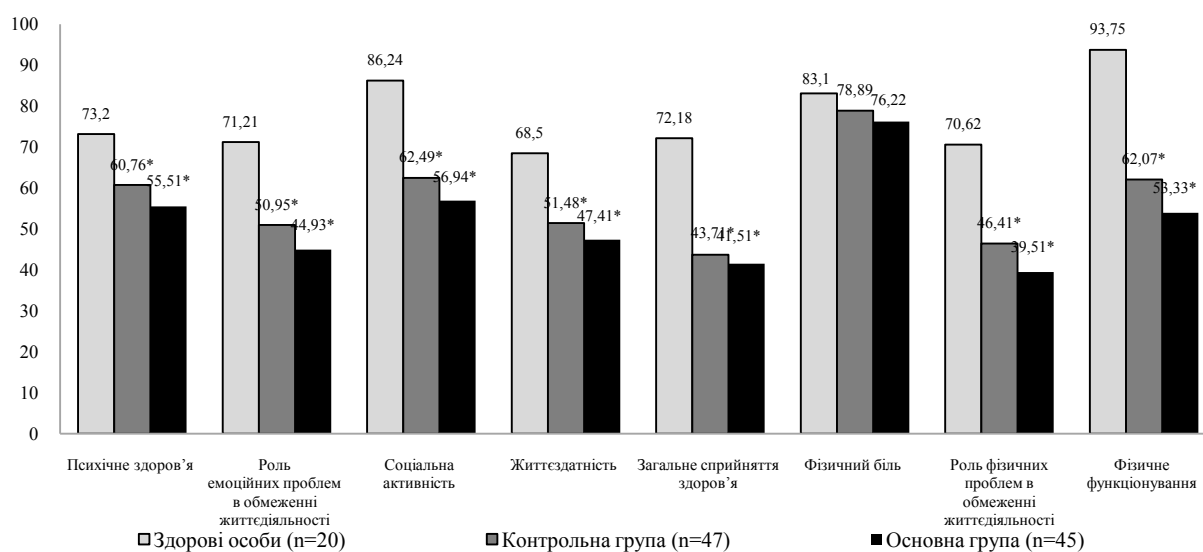


Рис. 3. Показники якості життя за опитувальником SF-36 у здорових осіб та хворих на склерому основної й контрольної групи. Примітка: * – достовірність відмінностей показників порівняно з показником контрольної групи ($p<0,05$).

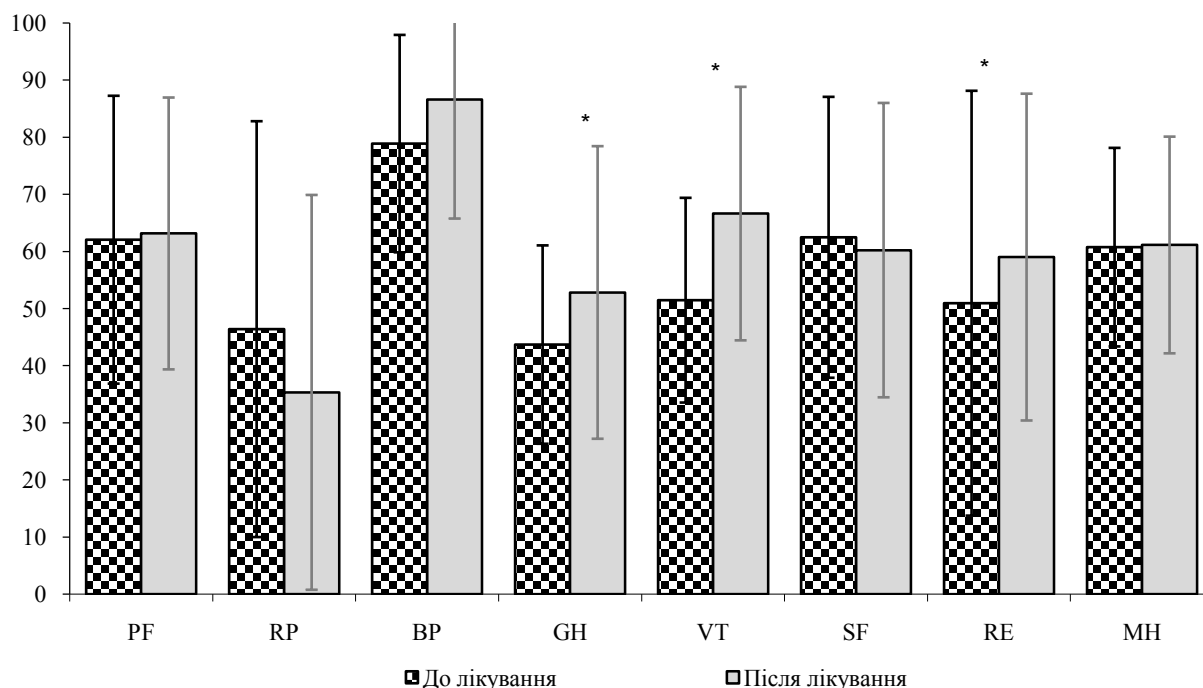


Рис. 4. Відмінності показників якості життя у хворих контрольної групи порівняння до та після лікування (M±σ). Примітка: * – достовірність відмінностей показників порівняно з показником контрольної групи (p<0,05).

Таблиця 2

Відмінності показників якості життя в основній групі та групі порівняння після завершення лікування

Показники	Група порівняння (n=47)	Основна група (n=45)	Значення t _{st}
	M±σ		
Фізичне функціонування (PF)	63,16±23,79	74,6±28,43*	-2,096
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (RP)	35,34±34,56	70,17±33,33*	-4,918
Соціальна активність (SF)	60,24±25,76	76,99±26,37*	-3,082
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (RE)	59,02±28,61	71,6±38,32*	-4,061

Примітки: у таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і стандартні квадратичні відхилення (σ); * – рівень значущості відмінностей показників порівняно з іншою групою p<0,05.

Висновки

1. Склероматозне ураження верхніх дихальних шляхів супроводжується істотним зниженням якості життя хворих у порівнянні з показниками здорових осіб.

2. Застосування стандартної схеми лікування склероми супроводжувалось зменшенням частоти суб'єктивних та об'єктивних клінічних проявів захворюван-

ня та покращило показники якості життя хворих, а саме: збільшило показник життєздатності на 29,5% (p=0,042), загального сприйняття здоров'я на 20,9% (p=0,029) та рольового емоційного функціонування на 15,8% (p=0,02) (за цим ефектом значно поступалась модифікованій терапії). Стандартна схема лікування не впливала на інтегральний фізичний компонент здоров'я.

3. Модифікована терапія склероми із включенням препарату ацетилцистеїну сприяла більш ефективному вирішенню окремих терапевтичних завдань у хворих на склерому (зменшення сухості слизових оболонок дихальних шляхів, осиплості голосу, утруднення гортанного дихання, інфільтратів та кількості гнійних кірок у порожнині носа та слизової оболонки трахеї, бронхів), що асоціювалося з більш

ефективним покращенням таких показників якості життя, як фізичне функціонування ($p=0,039$), роль фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності ($p<0,001$), соціальна активність ($p=0,003$) у порівнянні з традиційною терапією. Інтегральний фізичний компонент здоров'я у хворих основної групи був на 22,4% вищим, ніж у хворих при застосуванні традиційної терапії ($p<0,001$).

Література

1. Дмитренко І.В., Кіщук В.В. Досвід надання невідкладної допомоги хворим на склерому при гострому порушенні дихання // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 3-с. – С. 128-129.
2. Кром І.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., Балакіна Д.Д. Интегративные исследования качества жизни в медицине // Психосоматические и интегративные исследования. – 2017. – № 3. – С. 2-5.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОлмаМедиаГрупп, 2007. – 320 с.
4. Шахназаров Н.А., Булекбаева Ш.А., Лисовская Н.Ю., Кузянова К.К., Лисовский Е.В. Возможности и проблемы современной реабилитации в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1. – С. 1735-1740.

References

1. Dmytrenko IV, Kishchuk VV. Experience in providing emergency care for patients with acute sclerosis with acute respiratory failure. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2006; (3): 128-9. [Article in Ukrainian].
2. Krom YL, Eruhyna MV, Shmerkevych AB, Balakyna DD. Integrative research of quality of life in medicine. Psykhosomatycheskye y yntehratyvnie yssledovaniya. 2017; (3): 2-5. [Article in Russian].
3. Novyk AA, Yonova TY. Guide to the study of quality of life in medicine. 2nd edition / ed. acad. Shevchenko YuL. Moscow; 2007: 320 p. [Article in Russian].
4. Shakhnazarov NA, Bulekbaeva ShA, Lysovskaiya NYu, Kusaynova KK, Lysovskiy EV. Opportunities and problems of modern rehabilitation in oncology. Fundamentalnye yssledovaniya. 2015; (1): 1735-40. [Article in Russian].

Надійшла до редакції 20.08.18

© В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, 2018

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІЗНИХ ВИДІВ ТЕРАПІЇ

В.В. Кіщук, Я.П. Грищун (Вінниця)

А н о т а ц і я

Обстежено 92 (33 чоловіка, 59 жінок) хворих віком від 23 до 79 років (в середньому – $53,5 \pm 14,57$ років). Дослідження включало оцінку скарг, загальноклінічних показників, результатів огляду ЛОР-органів, ендоскопії гортані, трахеї, бронхів до та після проведеного лікування. Показники якості життя визначались за опитувальником «Коротка версія Опитувальника здоров'я – 36» (The MOS 36-item Short Form Health Survey – SF-36) в таких групах: 1) група порівняння – практично здорові особи ($n=20$); 2) контрольна група – пацієнти, які отримували стандартну терапію ($n=47$); 3) основна група – пацієнти, які на тлі стандартної терапії додатково отримували препарат ацетилцистеїну ($n=45$).

Проведені дослідження свідчать про те, що модифікована терапія склероми із включенням препарату ацетилцистеїну сприяла більш ефективному вирішенню окремих терапевтичних завдань у хворих на склерому (зменшення сухості слизових оболонок дихальних шляхів, осиплості голосу, утруднення гортанного дихання, інфільтратів та кількості гнійних кірок у порожнині носа та слизової оболонки трахеї, бронхів), а також вона більш позитивно впливає на якість життя пацієнтів у порівнянні з традиційною терапією.

Ключові слова: склерома, якість життя, ацетилцистеїн.

ANALYSIS OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH SCLEROMA DEPENDING ON DIFFERENT KINDS OF THERAPY

Kishchuk VV, Grytsun JP

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University (Vinnitsya, Ukraine); e-mail: grytsunjp86@gmail.com

Abstract

Introduction: By now in the literature the data about the influence of different kinds of therapy on indices of life quality in patients with scleroma are absent.

Materials and methods: There have been examined 92 patients (33 males, 59 females) with scleroma at the age from 23 to 79 years (at an average – $53,5 \pm 14,57$ years). The study of patients included assessment of complaints, general clinical score, results of examination of ENT-organs, endoscopy of larynx, trachea, bronchi before and after performed treatment. Quality life indices were determined from enquirer Short version of Health enquirer – 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey – SF-36) in the following groups: 1) comparison group – apparently healthy persons ($n=20$); 2) control group – patients receiving routine treatment ($n=47$); 3) treatment group – patients who on the background of routine therapy additionally received preparation acetylcysteine ($n=45$).

Results: Use of routine treatment regimen of scleroma was accompanied by decrease of incidence of subjective and objective clinical manifestations of disease and improved indices of life quality of patients, namely: increased viability index in 29,5% ($p=0,042$), overall comprehension of health in 20,9% ($p=0,029$) and role-emotional functioning in 15,8% ($p=0,02$) (by this effect it significantly yielded on modified therapy). Routine treatment regimen did not influence on integral physical health.

Alternatively, use of modified therapy of scleroma including preparation acetylcysteine promoted more effective solving of separate therapeutic tasks in patients with scleroma (decrease of respiratory airways xerosis, hoarseness, difficulty of laryngeal respiration, infiltrates and quantity of suppurative crusts in nasal cavity and mucous lining of trachea, bronchi) that are associated with more effective improvement of such indices of life quality as physical functioning ($p=0,039$), role of physical and emotional problems in limitation of life activity ($p<0,001$), social activity ($p=0,003$) in comparison with routine treatment. Integral physical health in patients of treatment group was in 22,4% higher than in patients of routine treatment ($p<0,001$).

Conclusions: Scleroma injury of higher respiratory airways is accompanied by essential decrease of indices of life quality that requires further investigation of predictors of negative dynamics of life quality and capability of their correction.

Key words: scleroma, life quality, acetylcysteine.