

регрессионный анализ, который показал статистическую функциональную зависимость суммарного показателя качества жизни и его составляющих у больных ишемической болезнью сердца от клинических характеристик ($P \leq 0,05$), являющихся предикторами клинического прогноза у данной категории больных. Снижение показателя качества жизни и его составляющих у больных ишемической болезнью сердца с перенесённым инфарктом миокарда при наличии каждой из клинических характеристик: перенесённого инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма, хронической сердечной недостаточности III функционального класса является статистически существенным ($P \leq 0,01$).

При анализе составляющей качества жизни, характеризующей физическое состояние больного (как и общий показатель качества жизни), была отмечена наибольшая её зависимость от выраженности сердечной недостаточности.

Менее заметное влияние на психологическое состояние больных оказывают тяжесть ишемической болезни сердца, наличие артериальной гипертензии и осложнение основного заболевания. Полученные данные подтвердили мнение о том, что в социально-психологической дезадаптации больных ишемической болезнью сердца с установленной группой инвалидности ведущую роль играют личностные и социальные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состояниями и «ситуацией болезни», а также и ресурсы, предоставляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической патологией.

Величина показателя качества жизни, вычисленного на основании оценок самого больного, как выяснилось, коррелирует с рядом объективных характеристик, в том числе устанавливаемых в ходе инструментального обследования больных. Отмечена функциональная статистическая зависимость значения показателя качества жизни и его составляющих от данных, выявляемых при инструментальном обследовании больных с перенесённым инфарктом миокарда (гипертрофии левого желудочка, наличие тахикардии, брадикардии, дилатации левого предсердия и левого желудочка, фракции выброса, диастолической дисфункции левого желудочка, аневризмы левого желудочка, легочной гипертензии), с достоверностью 95%.

Качество жизни предполагает и оценку самим больным ограничений своей жизнедеятельности. Выявлена существенная зависимость качества жизни от способности больного к самообслуживанию и трудовой деятельности ($P \leq 0,05$), что позволяет объективизировать процесс установление группы инвалидности.

Была доказана чёткая прогностическая значимость показателя качества жизни. Проанализировано влияние различных факторов (клинических,

инструментальных, социальных) на клинический прогноз больных ишемической болезнью сердца с перенесённым инфарктом миокарда. Выяснилось, что ни один из них, взятый изолированно, не может определять течение и исход заболевания и влияет на клинический прогноз во взаимодействии с другими факторами. С использованием метода пошаговой регрессии была построена линейная модель клинического прогноза, которая на 100% совпала с точным клиническим прогнозом ($P \leq 0,01$), определенным с учетом динамических изменений клинических данных и результатов инструментального обследования больных. При этом выявлена зависимость клинического прогноза от показателей, характеризующих качество жизни, установленных при тестировании больных по Миннесотскому опроснику.

Заключение. По нашему мнению, целесообразно рассматривать исследование качества жизни, релевантного здоровью, как возможность объективизации внутренней картины болезни, имеющей прогностическое значение у больных, страдающих соматическим заболеванием. Полученные результаты показали, что качество жизни следует рассматривать как самостоятельный и объективный многофакторный показатель, отражающий состояние больных ишемической болезнью сердца с перенесённым инфарктом миокарда. Определение качества жизни больных, страдающих ишемической болезнью сердца с перенесённым инфарктом миокарда, несомненно, могло бы явиться одним из критериев оценки эффективности медико-социальной реабилитации и социализации данной категории больных.

Библиографический список

1. Гиляревский С.Р. Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Российский кардиологический журнал. 2001. № 2 (29). С. 58-72.
2. Katz S. The Science of quality of life // J. Chron. Dis. 1987. Vol. 40. P. 452-463.
3. Сыркин А.Л., Печорина Е.А., Дриничина С.В. Определение качества жизни у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией напряжения // Клиническая медицина. 1998. № 6. С. 52-58.
4. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. 1993. № 5. С. 66-72.
5. Edlund M., Tancredi L. Quality of life: an ideological critique // Perspectives in Biology and Medicine. 1985. № 85. P. 591-607.
6. Качество жизни больных с постинфарктной аневризмой левого желудочка до и после хирургического лечения по методике D. Cooley и V. Dor / В.П. Поляков, С.В. Максимова, А.П. Семагин, Д.Г. Неровный // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2005. № 1. С. 45-49.
7. Jaffe A. Physical disablement concerts for physical therapy research and practice // Physical Therapy 1994 Vol. 74 № 5 P. 380-386.
8. Петрова М.М., Айвазян Т.А., Фандюхин С.А. Качество жизни у мужчин, перенесших инфаркт миокарда // Кардиология. 2000. № 2. С. 65-66.

УДК 616.24-036.12-039.71-071:615.371-071:579.61

Оригинальная статья

САТ-ТЕСТ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

А.Д. Протасов – ГОУ ВПО Самарский ГМУ Росздрава, кафедра общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии, очный аспирант; **А.В. Жестков** – ГОУ ВПО Самарский ГМУ Росздрава, заведующий кафедрой общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии, доктор медицинских наук, профессор; **И.Ю. Шанина** – ГОУ ВПО Самарский ГМУ Росздрава, врач-кардиолог.

CAT-TEST SIGNIFICANCE IN LIFE QUALITY ASSESSMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

A.D. Protasov – Samara State Medical University, Department of General and Clinical Microbiology, Immunology and Allergology, Post-graduate; **A.V. Zhestkov** – Samara State Medical University, Head of Department of General and Clinical Microbiology, Immunology and Allergology, Professor, Doctor of Medical Science; **I.Yu. Shanina** – Samara State Medical University, Cardiologist.

Дата поступления – 30.08.2010 г.

Дата принятия в печать – 16.09.2010 г.

Протасов А.Д., Жестков А.В., Шанина И.Ю. САТ-тест в оценке показателей качества жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 588–592.

Цель исследования – анализ влияния комплексной вакцинации против пневмококка, гемофильной инфекции типа b и гриппа на показатели САТ-теста через 6 месяцев после вакцинации у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сравнении с невакцинированными пациентами. I-я группа – 48 больных с хронической обструктивной болезнью легких, одномоментно вакцинированные «Пневмо-23», «Хиберикс», «Гриппол плюс» (средний возраст – 61,46±1,17 года), II-я группа – 80 невакцинированных пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (средний возраст – 54,65±0,6 года). Пациентам из обеих групп проведен САТ-тест в начале исследования и через 6 месяцев. Выявлено достоверное снижение показателей САТ-теста через 6 месяцев в группе вакцинированных пациентов по сравнению с невакцинированными больными с хронической обструктивной болезнью легких.

САТ-тест может использоваться в качестве чувствительного инструмента, позволяющего осуществлять мониторинг показателей качества жизни у больных с хронической обструктивной болезнью легких в процессе терапии. Комплексная вакцинация против пневмококка, гемофильной типа b инфекции и гриппа способствует улучшению показателей качества жизни у больных с хронической обструктивной болезнью легких через 6 месяцев после медицинского вмешательства.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, хроническая обструктивная болезнь легких, САТ-тест.

Protasov A.D., Zhestkov A.V., Shanina I.Yu. CAT-test significance in life quality assessment in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2010. Vol. 6, № 3. P. 588–592.

Comprehensive analysis of the impact of complex vaccination against pneumococcus, Haemophilus influenzae type b and influenza on performance CAT-test 6 months after vaccination in patients with chronic obstructive pulmonary disease compared with unvaccinated patients. 1 group – 48 patients with chronic obstructive pulmonary disease, vaccinated simultaneously «Pneumo-23», «Hiberix», «Grippol plus» (mean age – 61,46±1,17 years). Group 2 – 80 non-vaccinated patients with chronic obstructive pulmonary disease (mean age – 54,65±0,6 years). Patients from both groups held CAT-test at baseline and 6 months after. There was a significant decline in CAT-test after 6 months in the vaccinated patients compared with unvaccinated patients with chronic obstructive pulmonary disease.

CAT-test can be used as a sensitive tool to monitor indicators of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the process of therapy. Complete vaccination against pneumococcus, Haemophilus influenzae type b infection and influenza contributes to improving the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in 6 months after medical intervention.

Key words: vaccination, chronic obstructive pulmonary disease, CAT-test.

Введение. В последние годы отмечается рост числа заболеваний органов дыхания, среди которых особое место занимает хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), представляющая собой существенную медицинскую и социальную проблему [1, 2]. ХОБЛ остается единственным заболеванием, смертность от которого не только не снижается, но продолжает увеличиваться [3, 4].

Важной особенностью ХОБЛ является ее неуклонно прогрессирующее и инвалидизирующее течение, что приносит значительный социально-экономический ущерб обществу [5]. Прогрессирование ХОБЛ связано со значительным снижением показателей качества жизни таких пациентов. ХОБЛ приводит к снижению толерантности к физическим нагрузкам, ограничениям в повседневной деятельности, появлению и постоянному усилению одышки, сопровождающейся страхом смерти. В связи с этим одной из приоритетных задач современной терапии ХОБЛ является улучшение показателей качества жизни пациентов. Изучение показателей качества жизни у больных с ХОБЛ позволяет косвенно оценить достижение целей лечения заболевания.

Для изучения качества жизни у больных с ХОБЛ используются специальные вопросники. Британскими учеными была начата работа по созданию вопросника по оценке качества жизни больных с ХОБЛ (САТ-тест), подобного вопроснику АСТ-тест, применяемому у больных с бронхиальной астмой. САТ-тест не является диагностическим инструментом и не заменяет исследование функции легких и других диагностических процедур, необходимых для уста-

новления диагноза ХОБЛ и динамического наблюдения за состоянием пациента.

САТ-тест служит вспомогательным инструментом для оценки влияния болезни на повседневную деятельность больного. Простота его заполнения, краткость и удобство применения позволяют предположить, что он сможет выявить те аспекты проявлений болезни, которые плохо отражаются с помощью инструментального исследования. В настоящее время данный вопросник стал доступен к использованию, однако в литературе имеется ограниченное количество работ, основанных на оценке качества жизни пациентов с ХОБЛ с использованием САТ-теста [6].

Методы. Исследование проводилось на кафедре общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава» (заведующий кафедрой – профессор, доктор медицинских наук А.В. Жестков). С целью определения влияния комплексной вакцинации «Пневмо-23», «Хиберикс», «Гриппол плюс» на показатели качества жизни у больных с ХОБЛ через 6 месяцев после медицинского вмешательства проведен сравнительный анализ двух групп больных. В I-ю группу включено 48 пациентов с ХОБЛ, которым была проведена сочетанная вакцинация «Пневмо-23», «Хиберикс», «Гриппол плюс». Во II-ю группу включено 80 пациентов с ХОБЛ, которым комплексная вакцинация против *S. pneumoniae*, *H. influenzae* и гриппа не проводилась.

В работе использовался социологический метод исследования (анкетирование) с определением суммарного балла по САТ-тесту до и через 6 месяцев от начала исследования. Всем испытуемым была тщательно разъяснена суть проводимого исследования, и они подписали установленную форму информированного согласия. Диагноз заболевания каждому обследованному (форма патологии, стадия, клини-

Ответственный автор – Протасов Андрей Дмитриевич.
Адрес: 443080, г. Самара, ул. Антонова-Овсеенко, 10, кв. 10.
Тел.: +7(846) 2603361; Моб.: 89277444126.
E-mail: cross82@mail.ru

ческие особенности, степень функциональных расстройств системы дыхания) ставился в соответствии с GOLD (2007) и Национальными клиническими рекомендациями РРО (2009). Проведение исследования было одобрено на заседании Комитета по биоэтике при ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава» (протокол № 82 от 28.09.2009 г.).

Средний возраст пациентов I-й группы составил $61,46 \pm 1,17$ года, II-й группы – $54,65 \pm 0,6$ года, $p < 0,001$. I-я стадия ХОБЛ была выявлена у трех пациентов I-й группы (6,25%) – одного мужчины (2,08%) и двух женщин (4,17%); II-я стадия ХОБЛ выявлена у 23 пациентов (47,92%) – 13 мужчин (27,09%) и 10 женщин (20,83%); III-я стадия ХОБЛ диагностирована у 18 человек (37,5%) – 13 мужчин (27,08%) и 5 женщин (10,42%), IV-я стадия ХОБЛ обнаружена у четырех мужчин (8,33%) I-й группы.

У пациентов из II-й группы I-я стадия ХОБЛ выявлена у 24 человек (30%) – 18 мужчин (22,5%) и 6 женщин (7,5%); II-я стадия ХОБЛ выявлена у 25 человек (31,25%) – 15 мужчин (18,75%) и 10 женщин (12,5%). III-я стадия ХОБЛ обнаружена у 25 пациентов II-й группы (31,25%) – 14 мужчин (17,5%) и 11 женщин (13,75%), IV-я стадия ХОБЛ диагностирована у 6 человек из II-й группы (7,5%) – четырех мужчин (5,0%) и двух женщин (2,5%).

Пациенты с ХОБЛ из обеих групп получали базисную терапию основного заболевания, которая в течение всего периода исследования не корректировалась. Исследуемые пациенты с I-й стадией ХОБЛ в 100% случаев получали бронхолитическую терапию препаратами короткого действия в составе комбинированного лекарственного средства «Беродуал Н», принимаемого по потребности ($n=3$).

Пациенты из I-й группы со II-й стадией ХОБЛ принимали бронхолитики короткого действия в 91,3% случаев (21 человек), из них 17 человек (73,9%) – в составе комбинированной бронхолитической терапии препаратом «Беродуал Н». Только 52,2% пациентов данной группы (12 человек) для терапии заболевания постоянно применяли бронхолитики длительного действия. 17,4% пациентов (4 человека) со II-й стадией ХОБЛ для лечения основного заболевания использовали ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), из них 13,0% ($n=3$) – в составе фиксированных комбинаций с бронхолитиками длительного действия. Для терапии данной группы пациентов в 4,3% случаев ($n=1$) использовались системные глюкокортикостероиды. Длительная кислородотерапия при II-й стадии ХОБЛ не применялась. 4,3% исследуемых пациентов с установленным диагнозом ХОБЛ II-й стадии вообще не получали лечения.

Исследуемые больные с III-й стадией ХОБЛ в 88,9% случаев ($n=16$) для лечения использовали бронхолитики короткого действия, из них 14 человек (77,8%) – в составе комбинированной бронхолитической терапии препаратом «Беродуал Н». 66,7% испытуемых с III-й стадией ХОБЛ ($n=12$) применяли бронхолитики длительного действия. 38,9% пациентов (7 человек) с III-й стадией ХОБЛ для лечения основного заболевания использовали ИГКС, из них 33,3% ($n=6$) – в составе фиксированных комбинаций с бронхолитиками длительного действия. При III-й стадии ХОБЛ не использовалась длительная кислородотерапия. Все пациенты из I-й группы с III-й стадией ХОБЛ получали базисную терапию.

Исследуемые пациенты с IV-й стадией ХОБЛ в 75,0% случаев ($n=3$) для лечения использовали

бронхолитики короткого действия, из них 2 человека (50,0%) – в составе комбинированной бронхолитической терапии препаратом «Беродуал Н». 100% больных из I-й группы с IV-й стадией ХОБЛ для лечения использовали бронхолитики длительного действия. 75,0% пациентов из I-й группы (3 человека) с IV-й стадией ХОБЛ для регулярной терапии использовали ИГКС, из них 25,0% – в составе фиксированных комбинаций с бронхолитиками длительного действия. Ни у одного из пациентов данной группы для терапии ХОБЛ не использовались системные ГКС и длительная кислородотерапия. Все пациенты I-й группы с IV-й стадией ХОБЛ получали назначенное лечение.

Пациенты из II-й группы с I-й стадией ХОБЛ в 100% случаев получали бронхолитическую терапию препаратами короткого действия в составе комбинированного лекарственного средства «Беродуал Н», принимаемого по потребности ($n=24$).

Больные из II-й группы со II-й стадией ХОБЛ принимали бронхолитики короткого действия в 88,0% случаев (22 человека), из них 14 человек (56,0%) – в составе комбинированной бронхолитической терапии препаратом «Беродуал Н». 60,0% пациентов данной группы (15 человек) для терапии заболевания постоянно применяли бронхолитики длительного действия. 20,0% пациентов (5 человек) со II-й стадией ХОБЛ для лечения основного заболевания использовали ИГКС в составе фиксированных комбинаций с бронхолитиками длительного действия. У двух пациентов данной группы (8,0%) для терапии использовались системные глюкокортикостероиды. Длительная кислородотерапия при II-й стадии ХОБЛ у пациентов из группы сравнения не применялась. 8,0% пациентов из II-й группы с установленным диагнозом ХОБЛ II-й стадии вообще не получали лечения.

Больные из II-й группы с III-й стадией ХОБЛ в 80,0% случаев ($n=20$) для лечения использовали бронхолитики короткого действия, из них 18 человек (72,0%) – в составе комбинированной бронхолитической терапии препаратом «Беродуал Н». 60,0% пациентов с III-й стадией ХОБЛ ($n=15$) для терапии применяли бронхолитики длительного действия. 44,0% пациентов (11 человек) с III-й стадией ХОБЛ для лечения основного заболевания использовали ИГКС, из них 24,0% ($n=6$) – в составе фиксированных комбинаций с бронхолитиками длительного действия. При III-й стадии ХОБЛ не использовалась длительная кислородотерапия. Все пациенты из II-й группы с III-й стадией ХОБЛ получали базисную терапию.

Пациенты из группы сравнения с IV-й стадией ХОБЛ в 83,3% случаев ($n=5$) для лечения использовали бронхолитики короткого действия, из них 4 человека (66,7%) – в составе комбинированной бронхолитической терапии препаратом «Беродуал Н». 100% больных из II-й группы с IV-й стадией ХОБЛ для лечения использовали бронхолитики длительного действия. 66,7% пациентов из II-й группы (4 человека) с IV-й стадией ХОБЛ для регулярной терапии использовали ИГКС в составе фиксированных комбинаций с бронхолитиками длительного действия. Системные ГКС применялись у одного пациента, длительная кислородотерапия в данной группе не использовалась. Все пациенты из II-й группы с IV-й стадией ХОБЛ получали назначенное лечение.

Обработка данных. Все численные данные представлены как $M \pm m$. Нормальность распределения признаков определялась с использованием критерия Шапиро – Уилка. При подтверждении нормальности распределения признаков нами использовались пара-

метрические критерии. В этом случае достоверность различий количественных показателей между группами определялась при помощи непарного t-критерия Student. При отсутствии нормального распределения признаков оценку достоверности различий осуществляли по непараметрическому тесту Манна – Уитни. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов была проведена при помощи пакета прикладных программ StatPlus 2009 Professional 5.8.4.

Результаты. В табл. 1 приведены показатели САТ-теста у исследуемых пациентов (I группа) и пациентов группы сравнения (II группа), полученные до комплексной вакцинации против пневмококка, гемофильной типа b инфекции и гриппа и через 6 месяцев от начала исследования.

Анализ данных табл. 1 показывает, что в начале исследования достоверных различий в показателях САТ-теста между исследуемыми больными и пациентами из группы сравнения выявлено не было.

Через 6 месяцев от начала исследования в группе вакцинированных больных с I-й стадией ХОБЛ выявлено снижение показателей САТ-теста с $16,3 \pm 2,33$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) до $9,3 \pm 1,45$ балла (незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), однако данное уменьшение суммарного балла САТ-теста не достигло уровня достоверно значимых различий ($p > 0,05$). Показатель САТ-теста в группе вакцинированных пациентов с I-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев был достоверно ниже фонового показателя в группе сравнения – $9,3 \pm 1,45$ балла (незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $16,7 \pm 0,64$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), $p < 0,001$. Среди больных из группы сравнения с I-й стадией ХОБЛ данный показатель увеличился с $16,7 \pm 0,64$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) до $19,2 \pm 0,81$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), достигнув уровня достоверной значимости, $p < 0,05$. Через 6 месяцев у больных с I-й стадией ХОБЛ суммарный балл САТ-теста оказался достоверно ниже в группе вакцинированных больных по сравнению с пациентами из группы сравнения – $9,3 \pm 1,45$ балла (незначительное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $19,2 \pm 0,81$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), соответственно ($p < 0,01$). Других достоверных различий в показателях САТ-теста у пациентов обеих групп с I-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев от начала исследования выявлено не было.

Через 6 месяцев от начала исследования в группе вакцинированных больных со II-й стадией ХОБЛ выявлено снижение показателей САТ-теста с $25,3 \pm 1,16$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов)

до $13,5 \pm 1,12$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), достигшее высокого уровня достоверной значимости, $p < 0,001$. Показатель САТ-теста в группе вакцинированных пациентов со II-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев был также достоверно ниже фонового показателя в группе сравнения – $13,5 \pm 1,15$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $26 \pm 0,79$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), $p < 0,001$. Среди больных из группы сравнения со II-й стадией ХОБЛ данный показатель увеличился с $26 \pm 0,79$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) до $29,6 \pm 1,02$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), достигнув уровня достоверной значимости, $p < 0,01$.

Пациенты со II-й стадией ХОБЛ из группы сравнения через 6 месяцев от начала наблюдения имели достоверно более высокий суммарный балл по САТ-тесту по сравнению с фоновыми значениями данного показателя у исследуемых больных – $29,6 \pm 1,02$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $25,3 \pm 1,16$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), $p < 0,01$. Через 6 месяцев у больных со II-й стадией ХОБЛ суммарный балл САТ-теста оказался достоверно ниже в группе вакцинированных больных по сравнению с пациентами из группы сравнения – $13,5 \pm 1,12$ баллов (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $29,6 \pm 1,02$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), соответственно ($p < 0,001$). Других достоверных различий в показателях САТ-теста у пациентов обеих групп со II-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев от начала исследования выявлено не было.

Через 6 месяцев от начала исследования в группе вакцинированных больных с III-й стадией ХОБЛ выявлено снижение показателей САТ-теста с $30,8 \pm 0,85$ балла до $20,3 \pm 1,66$ балла, достигшее высокого уровня достоверной значимости, $p < 0,001$. Показатель САТ-теста в группе вакцинированных пациентов с III-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев был также достоверно ниже фонового показателя в группе сравнения – $20,3 \pm 1,66$ балла против $30,3 \pm 0,47$ балла, $p < 0,001$. Среди больных из группы сравнения с III-й стадией ХОБЛ данный показатель увеличился с $30,3 \pm 0,47$ балла до $34,7 \pm 0,56$ балла (чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), достигнув уровня достоверной значимости, $p < 0,001$.

Суммарный балл САТ-теста у пациентов с III-й стадией ХОБЛ из группы сравнения через 6 месяцев был также достоверно выше фонового показателя исследуемых пациентов – $34,7 \pm 0,56$ балла (чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $30,8 \pm 0,85$ балла, соответственно ($p < 0,001$). Через 6 месяцев у больных с III-й стадией ХОБЛ сум-

Таблица 1

Динамика показателей САТ-теста у исследуемых пациентов и пациентов группы сравнения до и через 6 мес. от начала исследования

Срок проведения САТ-теста	ХОБЛ, 1 стадия (n=3 /n=24)	ХОБЛ, 2 стадия (n=23 /n=25)	ХОБЛ, 3 стадия (n=18 /n=25)	ХОБЛ, 4 стадия (n=4 /n=6)	Итого (n=48 /n=80)
0 мес. (балл)	$16,3 \pm 2,33$	$25,3 \pm 1,16$	$30,8 \pm 0,85$	$29,0 \pm 4,38$	$27,1 \pm 0,9$
	$16,7 \pm 0,64$	$26,0 \pm 0,79$	$30,3 \pm 0,47$	$32,5 \pm 0,62$	$25,1 \pm 0,74$
Через 6 мес. (балл)	$9,3 \pm 1,45^{###, \&\&}$	$13,5 \pm 1,12^{***, \&\&}$	$20,3 \pm 1,66^{***, \&\&}$	$19,0 \pm 4,14^{\#, \&\&}$	$16,3 \pm 1,02^{***, \&\&}$
	$19,2 \pm 0,81^{\#}$	$29,6 \pm 1,02^{**}$	$34,7 \pm 0,56^{***, \&\&}$	$35,2 \pm 0,79^{\#}$	$28,5 \pm 0,85^{##}$

В числителе – показатели исследуемых пациентов (группа 1), в знаменателе – показатели пациентов группы сравнения (группа 2).

Примечание: ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ – относительно фоновых показателей исследуемых пациентов (группа 1); # - $p < 0,05$; ## - $p < 0,01$; ### - $p < 0,001$ – относительно фоновых показателей группы сравнения (группа 2); && - $p < 0,01$; &&& - $p < 0,001$ – достоверность различий показателей с группой сравнения через 6 мес. от начала исследования.

марный балл САТ-теста оказался достоверно ниже в группе вакцинированных больных по сравнению с пациентами из группы сравнения – $20,3 \pm 1,66$ балла против $34,7 \pm 0,56$ баллов (чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), соответственно ($p < 0,001$). Других достоверных различий в показателях САТ-теста у пациентов обеих групп с III-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев от начала исследования выявлено не было.

Показатель САТ-теста в группе вакцинированных пациентов с IV-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев был достоверно ниже фонового показателя в группе сравнения – $19,0 \pm 4,14$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $32,5 \pm 0,62$ балла (чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), $p < 0,05$. Среди больных из группы сравнения с IV-й стадией ХОБЛ данный показатель увеличился с $32,5 \pm 0,62$ балла (чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) до $35,2 \pm 0,79$ балла (чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), достигнув уровня достоверной значимости, $p < 0,05$. Через 6 месяцев у больных с IV-й стадией ХОБЛ суммарный балл САТ-теста оказался достоверно ниже в группе вакцинированных больных по сравнению с пациентами из группы сравнения – $19,0 \pm 4,14$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $35,2 \pm 0,79$ балла (чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), соответственно ($p < 0,01$). Других достоверных различий в показателях САТ-теста у пациентов обеих групп с IV-й стадией ХОБЛ через 6 месяцев от начала исследования выявлено не было.

Анализ показателей САТ-теста без учета степени тяжести заболевания выявил снижение суммарного балла в группе вакцинированных больных с $27,1 \pm 0,9$ (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) до $16,3 \pm 1,02$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) через 6 месяцев от начала исследования, достигшее высокого уровня достоверной значимости, $p < 0,001$. Показатель САТ-теста в группе вакцинированных пациентов через 6 месяцев был также достоверно ниже фонового показателя в группе сравнения – $16,3 \pm 1,02$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $25,1 \pm 0,74$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), $p < 0,001$. Среди больных из группы сравнения данный показатель увеличился с $25,1 \pm 0,74$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) до $28,5 \pm 0,85$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), достигнув уровня достоверной значимости, $p < 0,01$. Через 6 месяцев у больных с ХОБЛ без учета степени тяжести заболевания суммарный балл САТ-теста оказался достоверно ниже в группе вакцинированных больных по сравнению с пациентами из группы

сравнения – $16,3 \pm 1,02$ балла (умеренное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов) против $28,5 \pm 0,85$ балла (сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациентов), соответственно ($p < 0,001$). Других достоверных различий в показателях САТ-теста у пациентов с ХОБЛ из обеих групп через 6 месяцев от начала исследования выявлено не было.

Обсуждение. Проведенное исследование выявило положительное влияние комплексной вакцинации против пневмококка, гемофильной инфекции типа b и гриппа на показатели качества жизни пациентов с ХОБЛ, оцениваемые с помощью САТ-теста, в сравнении с невакцированными пациентами с ХОБЛ через 6 месяцев после медицинского вмешательства. Также показана высокая чувствительность САТ-теста в оценке динамики показателей качества жизни у больных с ХОБЛ на фоне комплексной вакцинации «Пневмо-23», «Хиберикс», «Гриппол плюс».

Заключение.

1. Комплексная вакцинация больных с ХОБЛ против пневмококка, гемофильной типа b инфекции и гриппа способствует достоверному снижению суммарного балла САТ-теста через 6 месяцев после медицинского вмешательства в сравнении с невакцированными пациентами с ХОБЛ.

2. Комплексная вакцинация больных с ХОБЛ препаратами «Пневмо-23», «Хиберикс», «Гриппол плюс» приводит к достоверному улучшению показателей качества жизни, оцениваемых с помощью САТ-теста, через 6 месяцев после иммунизации в сравнении с невакцированными пациентами.

3. САТ-тест целесообразно использовать в качестве чувствительного вспомогательного инструмента, позволяющего оценивать показатели качества жизни у больных с ХОБЛ на фоне комплексной вакцинации против пневмококка, гемофильной инфекции типа b и гриппа.

Библиографический список

1. Величковский Б.Т. О путях «сбережения народа» и роли болезней органов дыхания в решении этой проблемы // Пульмонология. 2007. № 3. С. 5-9.
2. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких. М., 2007. 240 с.
3. Хаитов М.Р., Акимов В.С. Роль респираторных вирусов в течении хронических обструктивных заболеваний респираторного тракта // Российский респираторный журнал. 2005. № 6. С. 65-69.
4. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study / S. Buist, McBurnie, W.M. Vollmer [et al.] // Lancet. 2007. Vol. 370. P. 741-750.
5. Чучалин А.Г. Белая книга. Пульмонология. М.: Медицина, 2004. С. 7-34.
6. Белевский А.С. САТ-тест – диалог на одном языке с пациентом // Сборник трудов 19-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. М., 2009. С. 25.

УДК 616.72-002-02:616.517:616.132.2-004.6-035.2]002-616.153.915-008.1(045)

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И СИСТЕМНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ

А.П. Ребров – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой госпитальной терапии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук; **И.З. Гайдукова** – ГУЗ Саратовская областная клиническая больница с ПЦ, отделение ревматологии, врач, заочный аспирант кафедры госпитальной терапии.

PECULIARITIES OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS: CONNECTION WITH ATHEROSCLEROSIS, CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AND INFLAMMATION ACTIVITY

A.P. Rebrov – Saratov Medical State University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Hospital Therapy of Therapeutic Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **I.Z. Gaydukova** – Saratov Regional Clinical Hospital, Ward of Rheumatology, Physician.