

2. Сравнительный анализ частот аллелей и генотипов полиморфизма -308G/A гена TNF- $\alpha$  не выявил ассоциации с риском развития язвенного колита в исследуемой популяции, однако наличие аллеля -308A отчетливо связано с утяжелением течения данного заболевания, что диктует необходимость активного проведения базисной терапии и тщательного мониторинга состояния больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ полиморфизма генов NOD2/ CARD15 и TNF $\alpha$  у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта / Ю.А. Насыхова [и др.] // Молекулярная медицина. – 2010. – № 3. – С. 32–37.
2. *Валуйских, Е.Ю.* Влияние генетических и средовых факторов на клинические проявления хронических воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона и неспецифический язвенный колит): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Ю. Валуйских. – Новосибирск, 2012. – 32 с.
3. *Макейкина, М.А.* Генетические прогностические факторы течения неспецифического язвенного колита / М.А. Макейкина, М.А. Ливзан // Практическая медицина. – 2012. – № 9 (65). – С. 133–136.
4. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа. – М.: Миклош, 2008. – 400 с.
5. Полиморфизм генов NOD2/CARD15, OCTN1 и OCTN2 у детей с болезнью Крона и язвенным колитом / П.В. Шу-

милов [и др.] // Лечение и профилактика. – 2011. – № 1. – С. 16–21.

6. *Cho, J.H.* The genetics of inflammatory bowel disease / J.H. Cho, C.T. Weaver // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 133. – P. 1327–1339.

#### REFERENCES

1. Анализ полиморфизма генов NOD2/ CARD15 и TNF $\alpha$  у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта / Yu.A. Nasykhova [i dr.] // Molekulyarnaya medicina. – 2010. – № 3. – S. 32–37.
2. *Valuiskih, E.Yu.* Vliyaniye geneticheskikh i sredovykh faktorov na klinicheskie proyavleniya hronicheskikh vospalitel'nykh zabolevaniy kishchnika (bolezny' Krona i nespecificheskii yazvennyi kolit): avtoref. dis. ... kand. med. nauk / E.Yu. Valuiskih. – Novosibirsk, 2012. – 32 s.
3. *Makeikina, M.A.* Geneticheskie prognosticheskie faktory techeniya nespecificheskogo yazvennogo kolita / M.A. Makeikina, M.A. Livzan // Prakticheskaya medicina. – 2012. – № 9 (65). – S. 133–136.
4. Nspecificheskie vospalitel'nye zabolevaniya kishchnika / pod red. G.I. Vorob'eva, I.L. Halifa. – M.: Miklosh, 2008. – 400 s.
5. Polimorfizm genov NOD2/CARD15, OCTN1 i OCTN2 u detei s boleznyu Krona i yazvennym kolitom / P.V. SHumilov [i dr.] // Lechenie i profilaktika. – 2011. – № 1. – S. 16–21.
6. *Cho, J.H.* The genetics of inflammatory bowel disease / J.H. Cho, C.T. Weaver // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 133. – P. 1327–1339.

© Э.Б.Фролова, М.Ф.Яушев, 2013

УДК 616.24-002.2+616.12-008.46

## ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ХСН НА ОСНОВАНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПРОСНИКА SF-36

**ЭЛЬВИРА БАКИЕВНА ФРОЛОВА**, зам. начальника по лечебной работе Клинического госпиталя МВД России по РТ, Казань, Россия, e-mail: frolova.67@mail.ru

**МАРАТ ФАРИДОВИЧ ЯУШЕВ**, докт. мед. наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: umukgmu@rambler.ru

**Реферат.** Представлено изучение качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на основании опросника качества жизни (КЖ). Опросник SF-36 (англ. – *the Short Form-36*) – это неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента, широко используемый при проведении исследований качества жизни. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияют состояние здоровья. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

**Ключевые слова:** опросник SF-36, ХСН, ХОБЛ.

## STUDY OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH COPD IN CONJUNCTION WITH THE USE IN CHF SF-36

**ELVIRA B. FROLOVA, MARAT F. YAUSHEV**

**Abstract.** The abstract is the study of the quality of life in patients with COPD and CHF on the basis of Quality of Life Questionnaire. SF-36 questionnaire (English *The Short Form-36*) – is a non-specific questionnaire for assessing quality of life of the patient, is widely used in studies of quality of life. The survey reflects the general well-being and satisfaction with those aspects of human life that are affected by the state of health. SF-36 consists of 36 questions grouped into eight scales: physical functioning, role activities, bodily pain, general health, vitality, social functioning, emotional and mental state of health. Performance of each scale so constituted that the higher value of the exponent (0 to 100) the best estimate of the chosen scale. Of them form two parameters: the psychological and physical components of health.

**Key words:** SF-36 questionnaire, CHF, COPD.

**Введение.** Наряду с клинической характеристикой состояния больных, основанной на оценке симптомов заболевания, характера течения, общего состояния и др., в настоящее время все большее внимание уделяется оценке качества жизни – показателю восприятия больным состояния своего здоровья, включая физический, психологический компонент, а также отдельные составляющие (домены) восприятия уровня здоровья [2]. Это в полной мере касается обследования больных ХОБЛ и ХСН [1, 3, 4, 5]. Изучение КЖ используется не только для интегральной оценки состояния здоровья больного, но и в качестве индикативных показателей эффективности лечения больных [6].

**Цель исследования** – изучение особенности измененной КЖ больных ХОБЛ, ХСН и сочетанной патологии.

**Материал и методы.** Были обследованы 120 больных, находившихся на стационарном этапе лечения в Клиническом госпитале ФГУЗ МСЧ МВД РТ. Больные были объединены в 3 группы по 40 человек – ХОБЛ, ХСН и ХОБЛ в сочетании с ХСН. Большинство обследованных составляли мужчины – 93 (77,5%), женщины – 27 (22,5%). Средний возраст пациентов составил  $(60,81 \pm 1,2)$  года.

Средняя длительность заболевания в группе ХОБЛ составила 9,4 года, в группе ХОБЛ+ХСН –  $(21,70 \pm 0,27)$  года. Длительность течения ХСН составила  $(18,1 \pm 0,24)$  года при изолированной ХСН и  $(16,6 \pm 0,21)$  года при сочетанной патологии ХОБЛ+ХСН.

В этиологии ХСН основная доля приходилась на сочетание ИБС с артериальной гипертензией (АГ) (37%), ИБС составила 22%, изолированная АГ составила 14%, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 10%, ИБС + сахарный диабет (СД) – 5%, пороки сердца – 4%, дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – 3%.

В группах с ХОБЛ доля больных с легкой, средне-тяжелой, тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ составила соответственно 13,7, 50,0, 27,5 и 8,7%, т.е. преобладали больные с тяжелой и среднетяжелой ХОБЛ.

Учитывая существенные нозологические различия между группами, в своей работе мы использовали хорошо зарекомендовавший себя неспецифический вопросник оценки качества жизни SF-36 (SF-36 Health

Survey), позволяющий оценить влияние состояния здоровья на физическую активность (домен физического функционирования), повседневную ролевую деятельность (домен влияния физического состояния на ролевое функционирование), влияние боли на способность заниматься повседневной деятельностью (домен интенсивности боли), оценку больным своего состояния здоровья (домен общего состояния здоровья), жизненную активность (домен жизнеспособности), социальную активность (домен социального функционирования), влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности (домен ролевого эмоционального функционирования), общий показатель положительных эмоций, настроения (домен психического здоровья).

Градация показателя уровня жизни для разных доменов КЖ соответствовала следующим интервалам баллов: низкий показатель КЖ – 0–20 баллов; пониженный показатель КЖ – 21–40 баллов; средний показатель КЖ – 41–60 баллов; повышенный показатель КЖ – 61–80 баллов; высокий показатель КЖ – 81–100 баллов.

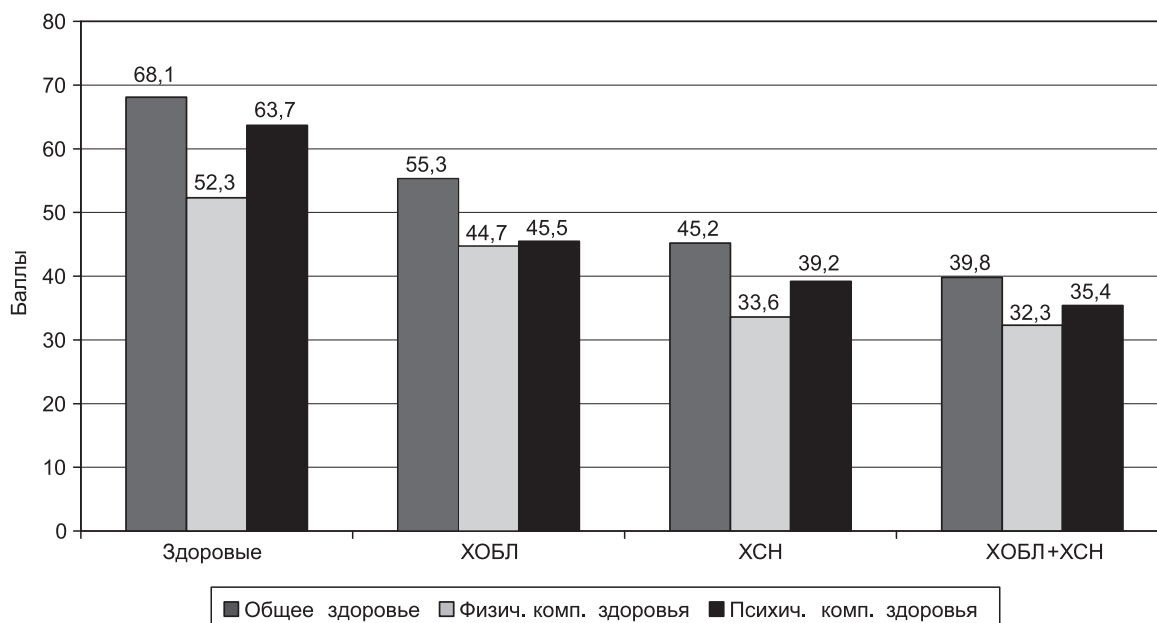
Для оценки влияния общих для проживания в данном регионе внешних факторов сравнивали показатели КЖ больных с группой здоровых добровольцев (50 человек).

**Результаты и их обсуждение.** Анализ показал, что восприятие общего здоровья больными было невысоким и достоверно отличалось в зависимости от заболевания. Этот показатель снижался в ряду: здоровые – больные ХОБЛ – ХСН – ХОБЛ+ХСН (рисунк).

Так, если в контрольной группе здоровых показатель общего здоровья был повышенным (68,1 балла), то в группе ХОБЛ и ХСН был средним (55,3 и 45,2 балла соответственно), а при сочетанной патологии – пониженным (39,8 балла).

Во всех группах восприятие физического компонента здоровья было ниже, чем психического, и по обоим доменам также снижалось от группы ХОБЛ, до сочетания ХОБЛ+ХСН.

Проведенный нами анализ отдельно по доменам показал (табл. 1), что качество жизни больных ХОБЛ и ХСН существенно отличалось от такового здоровых.



Качество жизни в ряду: здоровые – больных ХОБЛ, ХСН, ХОБЛ+ХСН (SF-36, баллы)

Параметры КЖ (SF-36) больных ХОБЛ, ХСН, ХОБЛ+ХСН и группы здоровых (баллы, M±SD, Anova)

Домены	Группа сравнения <sup>0</sup> (n=50)	ХОБЛ <sup>1</sup> (n=39)	$\Delta^{0-1}$	ХСН <sup>2</sup> (n=39)	$\Delta^{0-2}$	ХОБЛ+ХСН <sup>3</sup> (n=39)	$\Delta^{0-3}$	F <sup>1,2,3</sup>	p
ФФ	90,0±13,4	68,9±26,2	-21,1	41,4±27,4	-48,6	29,3±26,6	-60,7	22,7	<0,001*
РФФ	85,6±29,9	62,2±42,5	-23,4	25,6±33,7	-60,0	23,1±35,9	-62,5	13,4	<0,001*
Б	89,5±16,8	65,5±27,9	-24,0	41,8±22,2	-47,7	44,0±26,3	-45,5	10,2	<0,001*
ОЗ	68,1±12,3	55,3±14,9	-12,8	45,2±14,4	-22,9	39,8±17,3	-28,3	10,0	<0,001*
Ж	70,8±13,8	58,2±15,4	-12,6	43,9±19,3	-26,9	43,0±18,1	-27,8	9,1	<0,001*
СФ	89,7±17,6	73,9±17,3	-15,8	55,2±22,4	-34,5	49,3±27,3	-40,4	12,5	<0,001*
РЭФ	85,8±26,1	63,3±43,9	-22,5	36,7±43,2	-49,1	30,8±39,5	-55,0	6,6	<0,01*
ПЗ	70,1±11,6	67,2±15,1	-2,9	54,1±19,6	-16,0	50,4±19,9	-16,0	9,0	<0,001*
ФЗ	52,3±5,0	44,7±8,2	-7,6	33,6±8,4	-11,1	32,3±10,0	-20,0	22,9	<0,001*
ИПЗ	63,7±7,1	45,5±8,0	-18,2	39,2±10,9	-24,5	35,4±11,5	-28,3	9,8	<0,001*

\* Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

Если в группе здоровых восприятие КЖ по большинству доменов было повышенным (более 61 балла) или высоким (более 81 балла), то ни в одной группе больных не был отмечен высокий уровень КЖ, а при ХСН и ХОБЛ+ХСН величина большинства доменов была не выше среднего уровня (не более 61).

Сравнение групп больных со здоровыми показало, что наименьшее негативное влияние ХОБЛ и ХСН оказали на ощущение психического здоровья, его снижение в сравнении со здоровой группой было наименьшим (ПЗ от -2,9 до -16,0 балла).

В то же время наиболее негативное влияние ХОБЛ и ХСН сказалось на повседневной физической активности (ФФ от -21,1 до -60,7 балла) и осуществлении ролевой деятельности по причине плохого физического состояния (РФФ от -23,4 до -62,5 балла), на осуществлении повседневной деятельности в связи с болью (Б от -24,0 до -47,7 балла) и из-за ухудшения эмоционального состояния (РЭФ от -22,5 до -55,0 балла), а также на социальной активности (СФ от -15,8 до -40,4 балла).

Сравнение нозологических групп между собой показало, что минимально пострадало качество жизни в группе ХОБЛ. Большинство доменов в этой группе больных находилось в интервале более 61 балла (ФФ=68,9 балла, РФФ=62,2 балла, Б=65,5 балла, СФ=73,9 балла, РЭФ=63,3 балла, ПЗ=67,2 балла), что свидетельствовало об уровне показателя КЖ выше среднего.

Качество жизни по большинству доменов в группе с ХСН, ХСН+ХОБЛ было достоверно и существенно ниже, чем в группе ХОБЛ.

Снижение баллов КЖ в сравнении с группой здоровых при ХСН и ХСН+ХОБЛ было почти в 2 раза значительнее, чем при ХОБЛ. Таким образом, ХСН оказала более негативное влияние на различные аспекты КЖ в сравнении с ХОБЛ.

Наиболее негативное влияние ХСН оказала на восприятие повседневной физической активности (ФФ) – снижение по сравнению с ХОБЛ в 1,7 и 2,4 раза соответственно в группе ХСН и ХОБЛ+ХСН, на ролевую деятельность по причине плохого физического состояния (РФФ) – в 2,4 и 2,7 раза соответственно, на эмоциональное состояние при выполнении повседневной деятельности (РЭФ) – в 1,7 и 2,1 раза соответственно, а также восприятие боли (Б) – в 1,6 и 1,5 раза соответственно.

Наряду с этим отмечено незначительное снижение показателя психологического здоровья – снижение в

группе ХСН, ХОБЛ+ХСН по сравнению с ХОБЛ в 1,2 и 1,3 раза соответственно.

С целью выявления причинно-следственной связи между восприятием КЖ и различными функциональными параметрами, изменяющимися вследствие ХОБЛ и ХСН, проведено изучение корреляционной матрицы (табл. 2–4).

Таблица 2

**Взаимосвязь доменов качества жизни с показателями внешнего дыхания и насосной функции сердца больных ХОБЛ до лечения (корреляционная матрица, r, n=13)**

Физическое состояние	Фракция выброса	Ударный объем	Rtot	ОФВ <sub>1</sub>	ПОС
ФФ	-0,00	-0,29	-0,39	0,33	-0,11
РФФ	0,33	-0,12	-0,13	0,19	-0,34
Б	-0,35	-0,03	0,03	0,54	-0,07
ОЗ	-0,17	-0,15	0,06	0,61*	0,32
Ж	-0,34	0,41	-0,21	-0,05	0,09
СФ	-0,28	0,00	-0,00	0,57*	0,04
РЭФ	0,13	-0,14	-0,04	0,25	-0,42
ПЗ	-0,25	-0,01	-0,05	0,37	0,44
ФЗ	-0,08	-0,17	-0,20	0,50	-0,11
ИПЗ	-0,29	0,08	-0,01	0,52	0,02

\* Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

В группе больных ХОБЛ анализ выявил достоверную прямую умеренной силы связь между основным индикатором тяжести ХОБЛ – ОФВ<sub>1</sub>, с одной стороны, и доменом общего здоровья ( $r=0,61$ ) и социального функционирования ( $r=0,57$ ) – с другой. В то же время в этой группе не выявлено взаимосвязи КЖ с параметрами насосной функции сердца (см. табл. 2).

Что касается группы больных ХСН, то исследование корреляционной матрицы выявило взаимосвязь КЖ с параметрами центральной гемодинамики (см. табл. 3). Величина ударного объема (УО) достоверно с умеренной силой связи коррелировала с большинством доменов КЖ – физическим функционированием ( $r=0,49$ ), болью ( $r=0,47$ ), доменом общего здоровья ( $r=0,55$ ), социальным функционированием ( $r=0,48$ ), показателем физического здоровья ( $r=0,53$ ).

Таблица 3

**Взаимосвязь доменов качества жизни с показателями внешнего дыхания и насосной функции сердца больных ХСН до лечения (корреляционная матрица,  $r$ ,  $n=21$ )**

Физическое состояние	Фракция выброса	Ударный объем	Rtot	ОФВ <sub>1</sub>	ПОС
ФФ	0,04	0,49*	-0,22	0,01	-0,10
РФФ	-0,22	0,39	0,01	-0,12	-0,19
Б	-0,13	0,47*	-0,46*	-0,17	-0,15
ОЗ	-0,16	0,55*	-0,04	-0,09	-0,02
Ж	0,19	0,13	-0,11	-0,15	0,14
СФ	0,06	0,48*	-0,28	0,01	0,09
РЭФ	-0,22	0,36	-0,09	-0,30	-0,18
ПЗ	-0,03	0,38	-0,18	-0,09	0,15
ФЗ	-0,08	0,53*	-0,29	-0,01	-0,12
ИПЗ	0,02	0,28	-0,18	-0,28	0,04

\* Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

Что касается группы больных с сочетанной патологией ХОБЛ+ХСН, то достоверная умеренной силы корреляционная связь доменов качества жизни выявлена как с параметрами внешнего дыхания – РЭФ с ОФВ<sub>1</sub> ( $r=0,47$ ) и ПОС ( $r=0,61$ ), так и насосной функцией сердца – СФ с фракцией выброса ( $r=0,55$ ) (см. табл. 4).

Таблица 4

**Взаимосвязь доменов качества жизни с показателями внешнего дыхания и насосной функции сердца больных ХОБЛ+ХСН до лечения (корреляционная матрица,  $r$ ,  $n=19$ )**

Физическое состояние	Фракция выброса	Ударный объем	Rtot	ОФВ <sub>1</sub>	ПОС
ФФ	-0,04	0,12	0,06	-0,01	0,01
РФФ	-0,11	0,19	-0,40	0,28	0,36
Б	-0,01	-0,14	-0,32	0,28	0,38
ОЗ	0,37	-0,12	-0,15	0,21	0,04
Ж	0,25	-0,09	-0,11	0,30	0,36
СФ	0,55*	-0,37	0,17	0,05	-0,03
РЭФ	-0,12	0,30	-0,46*	0,47*	0,61*
ПЗ	0,27	0,22	-0,23	0,45	0,41
ФЗ	0,11	-0,10	-0,25	0,23	0,30
ИПЗ	0,27	0,06	-0,26	0,41	0,43

\* Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют, что вопросник SF-36 как инструмент оценки восприятия больными качества жизни достаточно чувствительно и дифференцированно отражает влияние основных патогенетических факторов: при ХОБЛ восприятие КЖ зависит от параметров внешнего дыхания, а при ХСН – от параметров систолической функции сердца.

Интересно, что при сочетанной патологии ХОБЛ+ХСН нарушение основных функциональных показателей сопровождалось негативным влиянием эмоционального состояния на осуществление повседневной деятельности (РЭФ).

Таким образом, наше исследование показало, что неспецифический опросник (SF-36) может вполне успешно использоваться при оценке ХОБЛ и ХСН. Более того, он позволяет дать дифференцированную оценку КЖ в зависимости от патологии.

Во всех группах восприятие физического компонента здоровья было существенно ниже, чем психического. Восприятие общего здоровья было различным: наименьшее снижение отмечено в группе ХОБЛ, а наибольшее – при сочетании ХОБЛ с ХСН. При изолированной ХОБЛ или ХСН восприятие общего здоровья соответствовало среднему уровню, в то время как при сочетанной патологии – пониженному.

Те же закономерности проявлялись и относительно других доменов КЖ. Для большинства доменов наименьшее снижение КЖ отмечалось в группе ХОБЛ, дальнейшее существенное снижение КЖ отмечалось при ХСН и сочетанной патологии.

Наиболее негативное влияние ХОБЛ и ХСН сказалось на повседневной физической активности, выполнении социальных функций по причине плохого физического состояния, на осуществлении повседневной деятельности в связи с болью и из-за ухудшения эмоционального состояния.

Что касается факторов, влияющих на параметры КЖ больных, то они тесно связаны с патогенезом заболеваний. Так, проведенный корреляционный анализ показал, что при ХОБЛ восприятие общего здоровья и социальное функционирование тесным образом связано с наиболее информативным функциональным показателем при ХОБЛ – ОФВ<sub>1</sub>.

Что касается ХСН, то в этой группе показатели насосной функции сердца, в частности ударный объем, тесно связаны с доменами КЖ: физическим функционированием, ощущением общего здоровья, влиянием боли на физическую активность и социальным функционированием.

В группе с сочетанной патологией значение функциональных параметров (УО, ОФВ<sub>1</sub>, ПОС) связано, прежде всего, с социальной активностью и выполнением повседневной деятельности в связи с эмоциональным состоянием больных.

#### Выводы:

1. Неспецифический опросник качества жизни SF-36 является достаточно информативным, чувствительным инструментом для оценки степени снижения КЖ больных обструктивными заболеваниями легких и хронической сердечной недостаточностью. Его использование позволяет выявить существенное снижение как общих (показатель общего здоровья, психического здоровья), так и отдельных параметров КЖ больных ХОБЛ и ХСН в сравнении с группой здоровых.

2. Неспецифический опросник качества жизни SF-36 позволяет провести дифференцированную оценку КЖ больных ХОБЛ и ХСН. У больных ХСН и ХСН в сочетании с ХОБЛ отмечаются более выраженное снижение параметров КЖ в сравнении с ХОБЛ.

3. Величина отдельных параметров КЖ по опроснику SF-36 коррелирует с основными функциональными параметрами больных ХОБЛ и ХСН, что свидетельствует в пользу его объективности и связи восприятия КЖ с патогенезом заболевания. У больных ХОБЛ величина доменов SF-36 коррелирует с вентиляционными показателями ОФВ<sub>1</sub> и ПОС, а при ХСН – с показателями насосной функции сердца – УО и фракцией выброса.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин, А.Г. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: можем ли мы ожидать большего? (Результаты национального исследования ИКАР-ХОБЛ) / А.Г. Чучалин [и др.] // Пульмонология. – 2006. – № 5. – С. 19–27.
2. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
3. Сенкевич, Н.Ю. Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии (по материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТМА'98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) / Н.Ю. Сенкевич, А.С. Белевский // Терапевтический архив. – 2000. – Т. 72, № 3. – С. 36–41.
4. Золотарев, И.Н. Качество жизни больных ХОБЛ / И.Н. Золотарев, В.Т. Бурлачук // Медицина и качество жизни. – 2010. – № 4. – С. 37.
5. Stewart, A.L. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study / A.L. Stewart, R.D. Greenfield, R.D. Hays // JAMA. – 1989. – Vol. 262. – P. 907–913.
6. Мареев, В.Ю. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) / В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, Г.П. Арутюнов, А.В. Коротеев, А.Ш. Ревшвили // Журнал сердечная недостаточность. – Т. 10, № 2. – С. 64–103.

## REFERENCES

1. Chuchalin, A.G. Kachestvo zhizni pacientov s hronicheskoj obstruktivnoy bolezn'yu legkih: mozhem li my ozhdat' bol'shego? (Rezultaty nacional'nogo issledovaniya IKAR-HOBL) / A.G. Chuchalin [i dr.] // Pul'monologiya. – 2006. – № 5. – S. 19–27.
2. Novik, A.A. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine / A.A. Novik, T.I. Ionova; pod red. akad. RAMN Yu.L. Shevchenko. – M.: ZAO «OLMA Media Grupp», 2007. – 320 s.
3. Senkevich, N.Yu. Kachestvo zhizni – predmet nauchnyh issledovaniy v pul'mologii (po materialam Mezhdunarodnogo kongressa INTERASTMA'98 i 8-go Nacional'nogo kongressa po bolezniam organov dyhaniya) / N.Yu. Senkevich, A.S. Belevskii // Terapevticheskiy arhiv. – 2000. – T. 72, № 3. – S. 36–41.
4. Zolotarev, I.N. Kachestvo zhizni bol'nyh HOBL / I.N. Zolotarev, V.T. Burlachuk // Medicina i kachestvo zhizni. – 2010. – № 4. – S. 37.
5. Stewart, A.L. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study / A.L. Stewart, R.D. Greenfield, R.D. Hays // JAMA. – 1989. – Vol. 262. – P. 907–913.
6. Mareev, V.Yu. Nacional'nye rekomendacii VNOK i OSSH po diagnostike i lecheniyu HSN (tretii peresmotr) / V.Yu. Mareev, F.T. Ageev, G.P. Arutyunov, A.V. Koroteev, A.Sh. Revishvili // Zhurnal serdechnaya nedostatochnost'. – T. 10, № 2. – S. 64–103.

© Р.И.Шаймуратов, Г.В.Лысенко, А.А.Визель, 2013

УДК 616.24-002-036.8(470.41)

## СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПИВШИХ В СТАЦИОНАРЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН, СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОТ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗА 2012 ГОД

**РУСТЕМ ИЛЬДАРОВИЧ ШАЙМУРАТОВ**, аспирант кафедры фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: russtem@gmail.com

**ГАЛИНА ВИКТОРОВНА ЛЫСЕНКО**, аспирант кафедры фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: Galina.Lysenko@tatar.ru

**АЛЕКСАНДР АНДРЕЕВИЧ ВИЗЕЛЬ**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: lordara@inbox.ru

**Реферат.** Цель исследования — изучить характеристику пациентов, поступивших в стационары Республики Татарстан, со смертельным исходом от внебольничной пневмонии за 2012 г. На основе полученных данных можно сделать выводы о факторах, влияющих на развитие летального исхода. *Материал и методы.* Вид исследования — ретроспективное наблюдательное; предмет анализа — медицинские карты стационарного больного. *Результаты.* Всего было проанализировано 160 смертельных исходов у пациентов старше 18 лет, поступивших на лечение в стационары Республики Татарстан. Возраст умерших на момент поступления в стационары составил от 21 до 90 лет ( $56,98 \pm 16,506$ ), 69,4% составили мужчины, 30,6% — женщины. *Заключение.* В структуре смертности преобладают лица мужского пола трудоспособного возраста. Присутствовала недооценка тяжести состояния при поступлении, проявляющаяся в позднем переводе в палату интенсивной терапии, только у 2/3 пациентов была оценена сатурация. Отмечены такие недостатки первичного обследования больных, умерших от внебольничной пневмонии (ВП), как редкое назначение рентгенограмм в боковой проекции, бактериоскопический и бактериологический анализы мокроты.

**Ключевые слова:** внебольничная пневмония, смертность, стационарные больные.

## STRUCTURAL ANALYSIS OF MORTALITY OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS ADMITTED TO HOSPITALS OF THE TATARSTAN REPUBLIC IN 2012

**RUSTEM I. SHAYMURATOV, GALINA V. LYSENKO, ALEXANDER A. VIZEL**

**Abstract.** *Objective:* To examine the characteristics of patients admitted to the hospitals of the Republic of Tatarstan died from community-acquired pneumonia in 2012. To draw conclusions about the factors that influences the development of death. *Material and methods.* Type of study: a retrospective, observational, an object of analysis — in-patient medical