

## **ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У РАБОТНИКОВ НЕФТЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**АДАЛЯТ ЮСУФ ОГЛЫ АБДУЛЛАЕВ**, зав. отделением пульмонологии Центральной больницы нефтяников, Азербайджан, Баку, тел. +9-945-021-054-23, e-mail: dr\_adalyat@adanet.az

**Реферат.** Цель исследования — сравнить результаты объективного обследования больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), страдающих никотиновой зависимостью, с субъективными показателями на основе опросника качества жизни SF-36. *Материал и методы.* Обследовано 255 нефтяников, больных хронической обструктивной болезнью легких, с различной степенью никотиновой зависимости. В комплекс обследования включались как методы объективной оценки функции внешнего дыхания, так и результаты сравнительного исследования, проведенного с помощью опросника SF-36 качества жизни у этой же группы пациентов. *Результаты и их обсуждение.* Выявлено, что курение влияет не только на объективное состояние больного, но и на субъективные показатели здоровья, входящие в понятие «качество жизни». *Заключение.* Курение табака отрицательно сказывалось как на физической, так и на социальной активности больных ХОБЛ, а также на их психоэмоциональной сфере.

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, качество жизни, курение.

## **EFFECTS OF TOBACCO SMOKING ON THE QUALITY OF LIFE IN OIL INDUSTRY WORKERS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**ADALYAT YU. ABDULLAEV**, Head of Department of pulmonology Central Oil industry workers hospital, Azerbaijan, Baku, tel. +9-945-021-054-23, e-mail: dr\_adalyat@adanet.az

**Abstract.** *Aim.* To compare the results of physical examination in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with nicotine addiction to subjective indicators based on the quality of life questionnaire SF-36. *Material and methods.* We examined 255 patients with chronic obstructive pulmonary disease, with varying degrees of nicotine addiction. All of them were employees of the oil industry. The complex survey included methods of objective evaluation of respiratory function, and the results of a comparative study conducted using SF-36 quality of life in this group of patients. *Results.* Found that smoking affects not only the objective condition of the patient, but also on subjective health indicators included in the concept of quality of life. *Conclusions.* Tobacco smoking negatively affects both the physical and social activity in the patients with COPD, as well as their psychological and emotional sphere.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, smoking.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важнейших медико-социальных проблем [2, 4, 9, 10, 13]. Эпидемиологические исследования, проведенные во многих странах, свидетельствуют о неуклонном росте числа больных ХОБЛ [2, 11, 12, 14]. Наиболее важными причинами является ежегодное увеличение числа курящих людей, реклама табачных изделий, недостаточно адекватные и эффективные профилактические мероприятия, направленные на снижение и прекращение табакокурения.

Многие авторы рассматривают ХОБЛ как «болезнь образа жизни», поскольку наиболее существенной причиной заболевания является курение табака [1, 2, 5, 6]. Возраст начала курения, его продолжительность, количество и качество табачных изделий, а также социальный статус курильщика могут служить прогностическими признаками течения и сроков наступления неблагоприятных исходов ХОБЛ [3, 6,

9]. Установлено, что в 82% случаев возникновения ХОБЛ главный этиологический фактор — курение табака. Как правило, у курящих пациентов данное заболевание протекает более тяжело и длительно, с частыми осложнениями [2, 3, 9].

В настоящее время во всем мире существенно возросла исследовательская активность в области изучения качества жизни больных как одного из важнейших показателей эффективности проводимой терапии [5, 7, 11]. Качество жизни является одним из важных и самостоятельных параметров, который в практике ведения больных ХОБЛ необходимо оценивать наряду с функциональными показателями [10]. Курение традиционно рассматривается как ведущий фактор риска ХОБЛ, и с этих позиций представляет определенный интерес оценка его влияния на качество жизни больных этой патологией.

Целью проведения настоящего исследования явилось изучение качества жизни больных ХОБЛ

с учетом ведущего этиологического фактора — табакокурения, что позволит разработать индивидуальный подход к оценке состояния физического, психологического и социального благополучия больного.

**Материал и методы.** Оценка качества жизни была проведена среди 255 нефтяников, больных ХОБЛ. На момент обследования курили 164 больных ХОБЛ (64,3%), 56 человек (21,9%) бросили курить, никогда не курили 35 пациентов (13,8%).

Для оценки статуса курильщика рассчитывали индекс курящего человека, общее количество пачек/лет курения. Индекс курения рассчитывали по формуле:  $ИК = [\text{количество выкуриваемых сигарет в день} \times \text{стаж курения (годы)}] : 20$ .

С целью исследования уровня качества жизни больных и специфического влияния табакокурения на этот показатель в качестве контрольной группы были определены показатели качества жизни у 50 условно здоровых некурящих нефтяников мужского пола без признаков ХОБЛ. Параметры качества жизни устанавливались на основании опросника для изучения качества жизни (Short Form Medical Outcomes Study, SF-36). Опросник SF-36 состоит из 36 вопросов, объединенных в 8 шкал, сформированных из разного количества вопросов. К ним относятся следующие шкалы:

- физическая активность (ФА) — оценивает физическую активность, включающую самообслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, перенос тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок;
- роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ) — характеризует степень ограничения повседневной деятельности из-за проблем с физическим здоровьем;
- интенсивность боли (Б) — оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью;
- общее состояние здоровья (ОЗ) — оценка общего состояния здоровья;
- жизненная активность (ЖА) — подразумевает оценку ощущения пациентом полноты сил и энергии;
- социальная активность (СА) — удовлетворенность общением с людьми;
- роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ) — оценка степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества;
- психическое здоровье (ПЗ) — характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций.

Физический статус пациента характеризуют пять шкал (ФА, РФ, Б, ОЗ, ЖА), психосоциальный статус оценивается также по пяти шкалам (РЭ, СА, ПЗ, ОЗ и ЖА). Два последних показателя определяются как физическим, так и психическим статусом человека. Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100 баллам. Чем выше показатель по

каждой шкале, тем лучше качество жизни по этому параметру.

Опросник заполнялся больными самостоятельно, а результаты анкетирования анализировались при помощи персонального компьютера. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows [8].

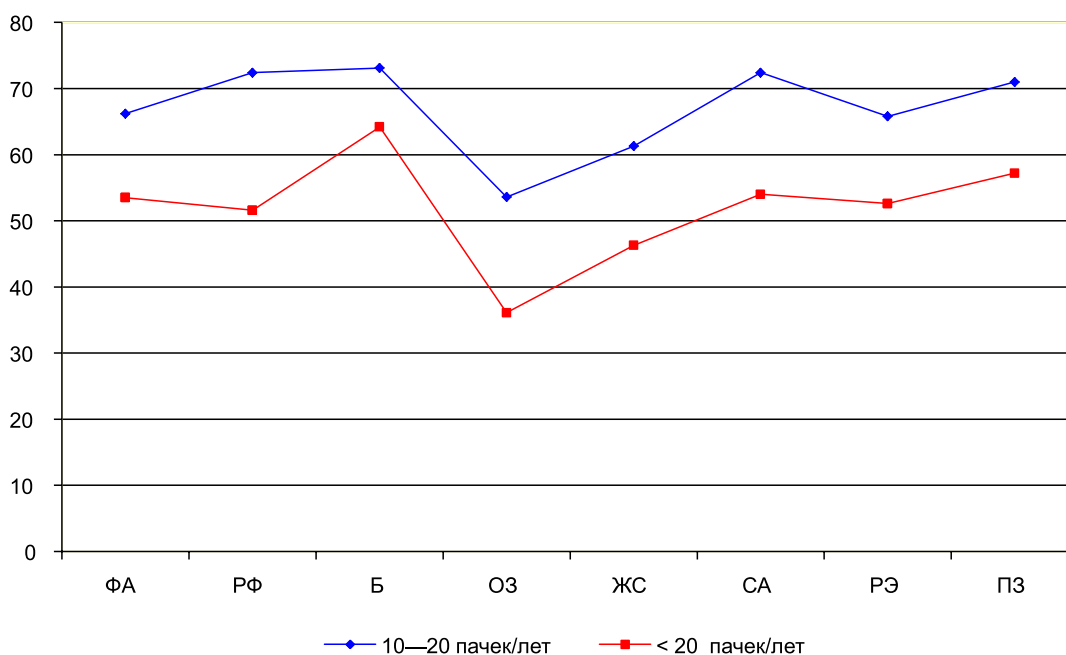
**Результаты и их обсуждение.** Анализ влияния курения как одного из ведущих факторов, определяющих прогрессирование ХОБЛ, позволил выявить особенности качества жизни нефтяников, больных ХОБЛ. Среди куривших интенсивность курения составляла в среднем (16,1±1,2) пачек/лет, среди бросивших курить — (9,2±0,9) пачек/лет. Достоверных различий по этому показателю среди больных ХОБЛ в зависимости от степени тяжести заболевания выявлено не было. Полученные нами результаты показали, что при увеличении продолжительности (стажа) курения отмечается тенденция к ухудшению параметров как физического, так и психосоциального статусов качества жизни.

Так, при длительности курения 11—20 лет ухудшались показатели шкал «жизнеспособность», «социальная активность», «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» по сравнению с некурящими больными ХОБЛ. При продолжительности курения от 21 до 30 лет снижались следующие показатели: «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности», «жизнеспособность», «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» и «психическое здоровье». При длительности курения более 30 лет было получено снижение показателей по всем шкалам опросника SF-36, увеличивалось влияние заболевания на качество жизни. У этих больных повышалась субъективная оценка степени выраженности ХОБЛ, степени ограничения физической активности, степени психологических проблем, связанных с заболеванием, и, как следствие этого, повышалось общее негативное воздействие ХОБЛ на статус здоровья пациентов.

Таким образом, при увеличении продолжительности курения снижаются параметры как физического статуса, так и изменяется психоэмоциональный статус курящего пациента с ХОБЛ.

Анализ полученных результатов показал, что на показатели качества жизни влиял не только сам факт курения, но и его интенсивность. При сравнении качества жизни пациентов с интенсивностью курения 10—20 пачек/лет и более 20 пачек/лет были выявлены статистически достоверные отличия по всем шкалам опросника ( $p < 0,01$ ) (рисунок).

При этом качество жизни курящих больных ХОБЛ с интенсивностью курения более 20 пачек/лет было достоверно ниже по большинству шкал опросника SF-36. В большей степени данные изменения были характерны для следующих шкал: «физическая активность» (ФА), «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» (РФ), «общее здоровье» (ОЗ), «психическое здоровье» (ПЗ). Анализ параметров качества жизни показал, что при увеличении степени никотиновой зависимости достоверно снижались все показатели общего



Показатели качества жизни больных ХОБЛ в зависимости от интенсивности курения

качества жизни, в том числе и психоэмоционального статуса, что может свидетельствовать об усугублении депрессивного состояния пациента.

У курящих пациентов по сравнению с некурящими больными отмечалось достоверное увеличение субъективных болевых ощущений ( $p < 0,05$ ). Показатели качества жизни у больных ХОБЛ с различными индексами курения и бывших курильщиков указывают на то, что при увеличении индекса курения происходит снижение показателей качества жизни, касающихся преимущественно физического статуса: отмечается достоверное снижение показателей по таким шкалам, как «физическая активность», «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности», «боль», «общее здоровье», «жизнеспособность». В то же время по шкалам «социальная активность», «роль эмоциональных проблем» и «психическое здоровье» выявленные изменения недостоверны ( $p > 0,05$ ).

При сравнительном анализе качества жизни пациентов, продолжающих курить, у бывших курильщиков с индексом курения менее 20 пачек/лет показатели «физическая активность» и «общее здоровье» выше. При увеличении индекса курения отмеченные различия с бывшими курильщиками исчезали, сохранял значение только параметр «боль» ( $p < 0,05$ ). Эти данные показывают, что длительное и интенсивное курение в прошлом даже после его прекращения у пациентов с ХОБЛ не приводит к достаточно быстрому улучшению физического статуса, а количество субъективных болевых ощущений увеличивается.

**Выводы.** Полученные нами результаты показали, что курение влияет не только на объективное состояние больного, но и на субъективную оценку показателей здоровья, входящие в понятие «качество жизни». Курение отрицательно сказывается как на физической, так и на социальной активности больных ХОБЛ, а также на их психоэмоциональной сфере.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Амиров, Н.Б.* Табачная эпидемия: фармакологические возможности борьбы / Н.Б. Амиров, Т.И. Андреева // Вестник современной клинической медицины. — 2011. — Т. IV, вып. 3. — С.28—33.
2. Особенности формирования бронхообструктивного синдрома у работников МВД и МЧС, работающих в автоинспекции и в пожарной службе / Н.Б. Амиров, А.А. Визель, М.В. Потапова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2008. — Т. I, вып. 1. — С.95—98.
3. *Антонов, Н.С.* Хроническая обструктивная болезнь легких у курящих: ранняя стадия болезни / Н.С. Антонов, Г.М. Сахарова // Терапевтический архив. — 2009. — № 3. — С.82—84.
4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2008 г.) / под ред. А.С. Белевского; пер. с англ. — М.: Атмосфера, 2009. — 100 с.
5. *Дворецкий, Л.И.* Качество жизни пожилого больного / Л.И. Дворецкий // Consilium Medicum. — 2009. — № 11. — С.98—102.
6. *Илькович, М.М.* Борьба с табакокурением как основа профилактики хронической обструктивной болезни легких / М.М. Илькович, Н.А. Кузубова, Е.А. Кисилева // Пульмонология. — 2010. — № 2. — С.37—39.
7. *Новик, А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. — М., 2007. — 156 с.
8. *Реброва, О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О.Ю. Реброва. — М., 2000. — 122 с.
9. *Синцова, С.В.* Табакокурение — эпидемия XXI века / С.В. Синцова, Е.Н. Чичерина // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 3. — С.23—26.
10. *Стасюк, О.Н.* Оценка качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких / О.Н. Стасюк, М.И. Ульянова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. — 2008. — № 32. — С.29—32.
11. *Черняк, Б.А.* Качество жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких / Б.А. Черняк // Хрони-

- ческая обструктивная болезнь легких / под ред. А.Г. Чу-  
чалина. — М.: Атмосфера, 2008. — С.322—338.
12. Шмелев, Е.И. Изменение параметров спирометрии форсированного выдоха у больных ХОБЛ (результаты длительного наблюдения) / Е.И. Шмелев, И.Ю. Визель, А.А. Визель // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 8. — С.50—56.
  13. Comparison of demographic data of patients with COPD treated in primary care by country in European Health-related Quality of Life in COPD study / P.W. Jones, G. Brusselle, T. van der Molen [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol.36, suppl. 54. — P. 4233.
  14. Primary care physician assessment of COPD severity: European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P.W. Jones, M.L. Levy [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol. 36, suppl. 54. — P.4228.

## REFERENCES

1. Amirov, N.B. Tabachnaya epidemiya: farmakologicheskie vozmozhnosti bor'by [Tobacco epidemic: pharmacological possibilities of struggle] / N.B. Amirov, T.I. Andreeva // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny [Bulletin of modern clinical medicine]. — 2011. — T. IV, vyp. 3. — S.28—33.
2. Osobennosti formirovaniya bronhoobstruktivnogo sindroma u rabotnikov MVD i MCHS, rabotayuschih v avtoinspekcii i v pozharnoi sluzhbe [Peculiarities of bronchial obstruction in the Interior Ministry and the Emergencies Ministry workers working in the traffic police and fire service] / N.B. Amirov, A.A. Vizel', M.V. Potapova [i dr.] // Vestnik sovremennoi klinicheskoi mediciny [Bulletin of modern clinical medicine]. — 2008. — T. I, vyp. 1. — S.95—98.
3. Antonov, N.S. Hronicheskaya obstruktivnaya bolezni' legkih u kuryaschih: rannaya stadiya bolezni [Chronic obstructive pulmonary disease in smokers: the early stage of the disease] / N.S. Antonov, G.M. Saharova // Terapevticheskii arhiv [Therapeutic archive]. — 2009. — № 3. — S.82—84.
4. Global'naya strategiya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki hronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkih (peresmotr 2008 g.) [Global strategy for the diagnosis, treatment and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (revision 2008)] / pod red. A.S. Belevskogo; per. s angl. — M.: Atmosfera, 2009. — 100 s.
5. Dvoreckii, L.I. Kachestvo zhizni pozhilogo bol'nogo [Quality of life of elderly patients] / L.I. Dvoreckii // Consilium Medicum. — 2009. — № 11. — S.98—102.
6. Il'kovich, M.M. Bor'ba s tabakokureniiem, kak osnova profilaktiki hronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkih [Tobacco control, as a basis for the prevention of chronic obstructive pulmonary disease] / M.M. Il'kovich, N.A. Kuzubova, E.A. Kisileva // Pul'monologiya [Pulmonology]. — 2010. — № 2. — S.37—39.
7. Novik, A.A. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine [Guidelines for Quality of Life Research in Medicine] / A.A. Novik, T.I. Ionova. — M., 2007. — 156 s.
8. Rebrova, O.Yu. Statisticheskii analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm Statistica [Statistical analysis of medical data. Application software package Statistica] / O.Yu. Rebrova. — M., 2000. — 122 s.
9. Sincova, S.V. Tabakokureniiye — epidemiya XXI veka [Smoking — an epidemic of the XXI century] / S.V. Sincova, E.N. Chicherina // Tuberkulez i bolezni legkih [Tuberculosis and Lung Disease]. — 2011. — № 3. — S.23—26.
10. Stasyuk, O.N. Ocenka kachestva zhizni u bol'nyh hronicheskoi obstruktivnoi bolezni'yu legkih [Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease] / O.N. Stasyuk, M.I. Ul'yanova // Nauchno-medicinskii vestnik Central'nogo Chernozem'ya [Scientific and Medical Bulletin of the Central Black Earth region]. — 2008. — № 32. — S.29—32.
11. Chernyak, B.A. Kachestvo zhizni u bol'nyh hronicheskoi obstruktivnoi bolezni legkih [Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease] / B.A. Chernyak // Hronicheskaya obstruktivnaya bolezni' legkih [Chronic obstructive pulmonary disease] / pod red. A.G. Chuchalina. — M.: Atmosfera, 2008. — S.322—338.
12. Shmelev, E.I. Izmenenie parametrov spirometrii forsirovannogo vydoha u bol'nyh HOBL (rezul'taty dlitel'nogo nablyudeniya) [Change the settings for forced expiratory spirometry in patients with COPD (long-term monitoring results)] / E.I. Shmelev, I.Yu. Vizel', A.A. Vizel' // Tuberkulez i bolezni legkih [Tuberculosis and Lung Disease]. — 2010. — № 8. — S.50—56.
13. Comparison of demographic data of patients with COPD treated in primary care by country in European Health-related Quality of Life in COPD study / P.W. Jones, G. Brusselle, T. van der Molen [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol.36, suppl. 54. — P. 4233.
14. Primary care physician assessment of COPD severity: European Health-related Quality of Life in COPD study / P. Kardos, P.W. Jones, M.L. Levy [et al.] // Eur. Resp. J. — 2010. — Vol. 36, suppl. 54. — P.4228.

© Р.В. Гарипова, З.М. Берхеева, С.В. Кузьмина, 2015

УДК 613.86-051(470.41)

## ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

**РАИЛЯ ВАЛИЕВНА ГАРИПОВА**, канд. мед. наук, ассистент кафедры гигиены, медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-917-255-38-44, e-mail: railyagaripova@mail.ru

**ЗУХРА МИНДИЯРОВНА БЕРХЕЕВА**, канд. мед. наук, доцент кафедры гигиены, медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-905-310-74-46, e-mail: kgmu\_profpat@mail.ru

**СВЕТЛАНА ВАЛЕРЬЕВНА КУЗЬМИНА**, канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии с курсом наркологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 8-987-296-22-49, e-mail: skouzmina21@list.ru

**Реферат.** Цель исследования — изучение психосоциальных факторов риска в формировании синдрома профессионального выгорания. *Материал и методы.* На основе анкеты, разработанной экспертами ВОЗ для европейской модели «Управление здоровьем, окружающей средой и безопасностью на рабочем месте», проведено анкетирование 246 медицинских работников, из них 56 врачей, 154 средних и 36 младших медработников.