

## **ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

**Таютина Т.В.<sup>1</sup>, Клименко Н.Ю.<sup>1</sup>, Казарян Т.М.<sup>1</sup>, Агабалаева Д.Ш.<sup>1</sup>, Пономарева Е.Н.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России», Ростов-на-Дону, e-mail: tarus76@mail.ru

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния клинического фенотипа заболевания на качество жизни и психологическое отношение к болезни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Проведена оценка качества жизни и психологического отношения к болезни по методике у 345 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Медиана возраста - 61 [58,9; 62,4; ДИ - 95%] год. Медиана длительности основного заболевания - 8,0 [4,7; 5,9 ДИ - 95%] лет. Выделены две группы исследования, разделенные на две подгруппы в соответствии со степенью риска обострений и клиническим фенотипом заболевания. Степень риска развития обострений и клинический фенотип оказывают значительное влияние на параметры качества жизни, характеризующие состояние как физического, так и психологического здоровья. Формирование бронхитического фенотипа в большей степени снижает суммарный показатель физического здоровья, эмфизематозного – большинство доменов, характеризующих психологическое здоровье с активным влиянием на физическую активность. Эмфизематозный фенотип в значительной мере увеличивает шансы формирования апатичного и неврастенического типов отношения к болезни, бронхитический – ипохондрического, что и в том и в другом случае характеризует интрапсихическую направленность личностного реагирования, обуславливающую нарушения социальной адаптации. При планировании диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких необходимо учитывать не только клинико-функциональные параметры, но и особенности эмоционального состояния, отношения к заболеванию, защитные психологические реакции больных, наличие мотивации к лечению, психологические и социальные характеристики. В качестве способа патогенетической психологической коррекции возможно использование разработанных индивидуальных программ медико-психологической и физической реабилитации с учетом степени риска развития обострений и клинического фенотипа заболевания.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, качество жизни, психологическое здоровье, психологическое отношение к болезни, суммарный показатель физического здоровья.

## **THE INFLUENCE OF THE CLINICAL PHENOTYPE OF THE DISEASE ON THE QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL ATTITUDE TO THE DISEASE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Tyutina T.V.<sup>1</sup>, Klimenko N.Yu.<sup>1</sup>, Kazaryan T.M.<sup>1</sup>, Agabalaeva D.Sh.<sup>1</sup>, Ponomareva E.N.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>FSBEI oHE Rostov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, e-mail: tarus76@mail.ru

The aim of this study was to study the effect of the clinical phenotype of the disease on the quality of life and psychological attitude to the disease in patients with COPD. The quality of life was assessed using the MOS SF-36 questionnaire and the psychological attitude to the disease according to the TATD method in 345 patients with COPD. The median age was 61 [58.9; 62.4; CI - 95%] years. The median duration of the underlying disease was 8.0 [4.7; 5.9 CI - 95%] years. Two study groups were identified, divided into two subgroups according to the degree of risk of exacerbations and the clinical phenotype of the disease. The degree of risk of exacerbations and the clinical phenotype of COPD have a significant impact on the quality of life parameters characterizing the state of both physical and psychological health. The formation of the bronchitic phenotype of COPD reduces the overall indicator of physical health to a greater extent, and emphysematous – most domains characterizing psychological health with an active effect on physical activity. The emphysematous phenotype significantly increases the chances of forming apathetic and neurasthenic types of attitude to the disease, bronchitic – hypochondriacal, which in both cases characterizes the intrapsychic orientation of personal response, causing violations of social adaptation. When planning diagnostic, therapeutic and rehabilitation measures in patients with COPD, it is necessary to take into account not only the clinical and functional parameters, but also the peculiarities of the emotional state, attitude to the disease, protective psychological reactions of patients, motivation for treatment, psychological and social characteristics. As a method of pathogenetic psychological correction, it is possible to use the developed individual

**programs of medical, psychological and physical rehabilitation, taking into account the degree of risk of exacerbations and the clinical phenotype of the disease.**

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, psychological health, psychological attitude to the disease, total indicator of physical health.

## **Введение**

Большинство болезней органов дыхания, а именно: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, саркоидоз, бронхоэктатическая болезнь и др., могут являться причиной стойкой утраты трудоспособности. ХОБЛ является одним из немногих заболеваний, распространенность и смертность от которого продолжают расти, что сопровождается увеличением числа пациентов с инвалидизирующими осложнениями. Очень важно, чтобы на всех уровнях оказания медицинской помощи реализовывался единый подход с учетом влияния заболевания на качество жизни и реабилитационный потенциал [1-3].

Изучение качества жизни (КЖ) как одного из важнейших показателей эффективности здравоохранения играет важную роль в определении способов ее повышения [3-5]. Учитывая высокую распространенность и большое медико-социальное значение последствий ХОБЛ, исследование КЖ больных с этой патологией является крайне актуальным [6-8].

Касаясь КЖ у больных ХОБЛ в России, следует отметить, что до настоящего времени проведены только единичные исследования, охватывающие небольшой контингент больных. Учитывая медицинскую и социальную значимость патологии, ее влияние на КЖ больных и их семей, представляется целесообразным проведение дальнейших исследований в различных регионах страны, в том числе с учетом клинического фенотипа заболевания [8-10].

Цель исследования: оценить влияние клинического фенотипа заболевания на качество жизни и психологическое отношение к болезни у пациентов с ХОБЛ.

## **Материалы и методы исследования**

Исследование выполнено в отношении 345 пациентов ХОБЛ с бронхитическим и эмфизематозным фенотипами основного заболевания. Медиана возраста - 61 [58,9; 62,4; ДИ - 95%] год. Медиана длительности основного заболевания - 8,0 [4,7; 5,9 ДИ - 95%] лет. Из них 252 (73%) мужчины в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст  $63,94 \pm 6,42$  года) и 93 женщины (27%) в возрасте от 46 до 70 лет (средний возраст  $60,66 \pm 7,82$  года). Диагноз ХОБЛ был установлен в соответствии с глобальной инициативой GOLD и клиническими рекомендациями Минздрава России на основе комплексной оценки симптомов заболевания, данных анамнеза, объективного статуса, спирометрии [11].

Критерии включения в исследование: подписанное информированное добровольное согласие пациента на участие в исследовании; пациенты обоего пола в возрасте старше 18 лет;

установленный диагноз ХОБЛ не менее чем за 12 месяцев до включения в исследование, изолированная ХОБЛ.

Критерии невключения: обострение ХОБЛ в настоящее время; наличие установленной связи с профессиональными вредностями; злокачественное новообразование вне зависимости от локализации и стадии, включая наличие в анамнезе; сопутствующие заболевания легких, такие как опухоль легких, интерстициальные заболевания легких, туберкулез, саркоидоз, бронхиальная астма, облитерирующий бронхолит, бронхоэктатическая болезнь; хирургические вмешательства с уменьшением объема легких в анамнезе; необходимость и наличие показаний для длительной кислородотерапии, наличие тяжелой и крайне тяжелой степени бронхиальной обструкции, наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Исследование одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Первая группа (группа 1) – 172 больных ХОБЛ с низким риском обострений: 114 (66,3%) мужчин и 58 женщин (33,7%) в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст  $65,3 \pm 9,63$  года), была разделена на две подгруппы согласно клиническому фенотипу заболевания: 1а – 87 больных с ХОБЛ с бронхитическим фенотипом: 57 (65,5%) мужчин и 30 женщин (34,5%) в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст  $64 \pm 6,3$  года), подгруппа 1б – 85 больных с ХОБЛ с эмфизематозным фенотипом: 57 (67,1%) мужчин и 28 женщин (32,9%) в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст  $65,1 \pm 8,83$  года).

Вторая группа (группа 2) – 173 больных ХОБЛ с высоким риском обострений: 138 (79,8%) мужчин и 35 женщин (20,2%) в возрасте от 54 до 72 лет (средний возраст  $61,6 \pm 4,7$  года), была разделена на две подгруппы согласно клиническому фенотипу заболевания: 2а – 99 больных с ХОБЛ с бронхитическим фенотипом: 80 (80,8%) мужчин и 19 женщин (19,2%) в возрасте от 54 до 72 лет (средний возраст  $62,5 \pm 4,7$  года), 2б – 74 больных с ХОБЛ с эмфизематозным фенотипом: 58 (78,4%) мужчин и 16 женщин (21,6%) в возрасте от 43 до 72 лет (средний возраст  $59,50 \pm 6,3$  года). Группа контроля – 49 практически здоровых людей.

Группы и подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту и по компонентам применяемой базисной медикаментозной терапии ХОБЛ, используемым в соответствии с клиническими рекомендациям МЗ РФ [5; 6]: длительно действующие антихолинергические препараты ( $p=0,56$ ;  $p=0,43$ ;  $p=0,67$ ;  $p=0,77$ ;  $p=0,85$ ), длительно действующие  $\beta_2$ -агонисты ( $p=0,58$ ;  $p=0,46$ ;  $p=0,87$ ;  $p=0,67$ ;  $p=0,75$ ), комбинация длительно действующих антихолинергических препаратов и  $\beta_2$ -агонистов ( $p=0,31$ ;  $p=0,55$ ;  $p=0,37$ ;  $p=0,47$ ;  $p=0,65$ ), коротко действующие  $\beta_2$ -агонисты или антихолинергические препараты или их комбинация ( $p=0,45$ ;  $p=0,56$ ;  $p=0,57$ ;  $p=0,66$ ;  $p=0,71$ ), ингаляционные глюкокортикостероиды ( $p=0,56$ ;  $p=0,44$ ;  $p=0,81$ ;  $p=0,67$ ;  $p=0,45$ ); комбинация длительно действующих антихолинергических

препаратов,  $\beta$ 2-агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов ( $p=0,36$ ;  $p=0,36$ ;  $p=0,47$ ;  $p=0,67$ ;  $p=0,75$ ).

Всем пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее: сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр, общий анализ крови, мокроты, биохимический анализ крови, спирометрическое исследование. Исследование качества жизни проводилось с использованием опросника MOS SF-36 [12]. Психологическое отношение к болезни оценивалось с использованием методики ТОБОЛ [13].

Сбор и формирование базы данных осуществлялись при помощи программы Microsoft Excel 2007 (MS Office, Microsoft, США), обработка проводилась при помощи программного пакета SPSS Statistic 26.0 (IBM Statistic, США). Так как в большинстве случаев выборка не подчинялась нормальному закону распределения, то в описании использовали медиану (Me) и 25-й 75-й перцентили (Q1:Q3), представляя данные в виде: Me [Q1; Q3], при этом для описательной статистики использовался показатель среднего и стандартного отклонения -  $M \pm SD$ . Качественные показатели оценивались с использованием критерия  $\chi^2$ -Пирсона, различия между группами считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

При проведении попарного сравнительного анализа независимых данных во всех случаях в одной из двух сравниваемых групп данные фактора не были распределены по нормальному закону распределения, поэтому для оценки использовался непараметрический критерий Манна - Уитни, также и в случае, когда обе выборки не подчинялись закону распределения. Различия между группами считались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

### **Результаты и их обсуждение**

Анализ полученных данных показал, что при сравнении группы контроля с обеими подгруппами первой группы были выявлены статистически значимые различия абсолютного большинства показателей КЖ, характеризующих состояние физического здоровья, исключение составил домен «Боль», при оценке которых значимых различий выявлено не было.

При оценке показателей КЖ, характеризующих состояние физического здоровья первой группы исследования с использованием вопросника MOS SF-36, было выявлено, что медиана показателя физической активности (PF) в среднем была равна 60 [50;68] баллам, ролевого физического функционирования (RP) – 49 [48;51], выраженности болевых ощущений (BP) - 59 [57;60]. Общее состояние физического здоровья (GH) пациенты оценили в 50 [42;54] баллов, а медиана суммарного показателя данного домена (PCS) была равна 52 [45;55].

Анализ состояния психологического здоровья у пациентов с низким риском развития обострений ХОБЛ показал, что медиана уровня жизнеспособности (VT) составила 51 [49;52], социального функционирования (SF) 61 [59;62] балл. Ролевое функционирование,

обусловленное эмоциональным состоянием (RE), было равно 50 [49;51], а психическое здоровье (MH) пациенты с низким риском развития оценили в 50 [49;51] баллов. Медиана суммарного показателя психологического здоровья (MCS) также составила 50 [49;52] баллов.

Необходимо отметить, что при проведении оценки физического статуса у больных первой группы были выявлены статистически значимые различия между клиническими фенотипами по значению суммарного показателя физического здоровья, который был ниже у пациентов с бронхитическим фенотипом (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ показателей, характеризующих состояние физического здоровья при использовании вопросника MOS SF-36 у пациентов первой группы в соответствии с клиническим фенотипом заболевания

Параметр	Контрольная группа	Бронхитический фенотип, 1а подгруппа	Эмфизематозный фенотип, 1б подгруппа	p <sub>1-2</sub>	p <sub>1-3</sub>	p <sub>2-3</sub>
PF	70 [68,5;73,5]	59 [55; 64]	61,5 [50; 69,25]	0,001*	0,001*	0,150
RP	55 [52;59,5]	48 [48; 50]	50 [48; 51]	0,001*	0,001*	0,685
BP	59,5 [57;60,5]	58 [57; 60]	59 [58; 60,25]	0,259	0,332	0,675
GH	57 [55;60]	48 [42; 52]	52 [41; 55]	0,001*	0,001*	0,272
PCS	56 [55;59]	50 [47; 52]	53 [44; 56]	0,001*	0,001*	0,04*

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Манна - Уитни, где p<sub>1-2</sub> – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с бронхитическим фенотипом, p<sub>1-3</sub> – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с эмфизематозным фенотипом, p<sub>2-3</sub> – уровень значимости при сравнении фенотипов между собой.

Сравнительный анализ состояния ментального здоровья группы контроля и первой группы исследования при формировании обоих фенотипов также продемонстрировал наличие статистически значимых отличий по большинству показателей, исключение составили домены «Жизнеспособность» и «Социальное функционирование», которые не имели статистически значимых отличий при сравнении с параметрами больных с бронхитическим фенотипом. При этом при сравнении со значениями соответствующих доменов больных с эмфизематозным фенотипом была выявлена статистическая значимость (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей, характеризующих состояние ментального здоровья при использовании вопросника MOS SF-36 у пациентов с низким риском развития обострений в соответствии с клиническим фенотипом заболевания

Параметр	Контрольная группа	Бронхитический фенотип, 1а подгруппа	Эмфизематозный фенотип, 1б подгруппа	p <sub>1-2</sub>	p <sub>1-3</sub>	p <sub>2-3</sub>
VT	52 [49,5;54,5]	50 [48; 52]	42 [41; 46]	0,177	0,001*	0,001*
SF	59 [58;61]	61 [59; 61]	54 [51; 55]	0,27	0,001*	0,001*
RE	55 [54;60]	50 [49; 50]	50 [49; 51]	0,001*	0,001*	0,61

МН	53 [50,5;54,5]	50 [49; 51]	50 [50; 51]	0,003*	0,005*	0,689
MCS	53 [51,5;55]	50 [49; 51]	50 [49; 53]	0,003*	0,002*	0,834

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Манна - Уитни, где  $p_{12}$  – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с бронхитическим фенотипом,  $p_{13}$  – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с эмфизематозным фенотипом,  $p_{23}$  – уровень значимости при сравнении пациентов с разным видом фенотипа.

Кроме того, необходимо отметить наличие статистически значимой разницы при сравнении фенотипов в первой группе по показателям жизнеспособности и социального функционирования ( $p=0,001$ , в обоих случаях).

При проведении анализа частоты встречаемости различных психотипов отношения к болезни среди пациентов с низким риском развития болезни в зависимости от фенотипа было установлено, что у лиц с эмфизематозным фенотипом статистически значимо чаще встречался апатичный ( $p=0,053$  согласно критерию  $\chi^2$ -Пирсона) и неврастенический типы ( $p=0,025$  согласно критерию  $\chi^2$ -Пирсона), для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования [13]. Шансы развития неврастенического и апатичного типов отношения к болезни при данном фенотипе выше в 2,5 раза по сравнению с бронхитическим (ОШ=2,5 95%ДИ: 1,1-5,7). В остальных психотипах статистически значимых различий выявлено не было ( $p > 0,05$  во всех случаях).

Необходимо отметить выявленную тенденцию более частой встречаемости у лиц с бронхитическим фенотипом лиц с ипохондрическим типом личности (31 человек, 35,6% случаев), а у пациентов с эмфизематозным – с сенситивным (24 человека, 28,2%). У больных 1а подгруппы реже всего встречался апатичный тип (4 человека, 4,6%), а у 1б - паранойяльный (5 человек, 5,9% случаев).

Таким образом, результат проведенного исследования продемонстрировал значительную степень влияния клинического фенотипа ХОБЛ при низком риске развития обострений на параметры и физического, и психологического здоровья. Формирование бронхитического фенотипа снижало суммарный показатель физического здоровья, эмфизематозного – доменов, характеризующих ментальное здоровье. Кроме этого, необходимо отметить, что формирование эмфизематозного фенотипа в значительной мере увеличивало шансы формирования апатичного и неврастенического типов отношения к болезни.

Проведенный анализ показал, что, так же как и в первой группе исследования, при оценке показателей КЖ, характеризующих состояние физического статуса, у больных второй группы исследования в сравнении с контрольной группой отмечалось статистически значимое снижение абсолютного числа показателей. Исключение также составил домен,

характеризующий объем болевых ощущений, испытываемых больным в течение последних 4 недель наблюдения, при оценке которого статистически значимых различий с контрольной группой выявлено не было.

Анализ показателей физического здоровья у пациентов с высоким риском обострений показал, что медиана параметра PF составила 55,5 [47;65], RP - 48 [43;51], BP - 58 [56;60] баллов. Общее состояние здоровья (GH) пациенты оценивали в 49 [42;53] баллов, а медиана суммарного показателя PCS была равна 51 [45;54].

При оценке параметров КЖ, характеризующих состояние психологического здоровья, было выявлено, что медиана параметра VT составила 49 [46;51], SF - 60 [55;62] баллов. Значение показателя RE у пациентов с высоким риском было наименьшим по сравнению с другими группами и равнялось 49 [46;50]. Психическое здоровье (MH) пациенты с высоким риском развития обострений оценили в 49,5 [47;50,5], а медиана суммарного показателя MCS составила 50 [49;52] баллов.

Необходимо отметить, что при высоком риске развития обострений клинический фенотип заболевания оказывал влияние помимо суммарного показателя физического здоровья на физическую активность, характеризующую объем повседневной нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья. При этом данный показатель являлся прямым критерием, т.е. чем он выше, тем большую физическую нагрузку больной может выполнить. Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о том, что формирование эмфизематозного фенотипа при высоком риске развития обострений влияет на домен «Физического функционирования» при оценке КЖ (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительный анализ показателей, характеризующих состояние физического здоровья при использовании вопросника MOS SF-36 у пациентов с высоким риском развития обострений (2-я группа) в соответствии с клиническим фенотипом заболевания

Параметр	Контрольная группа	Бронхитический фенотип, 2а подгруппа	Эмфизематозный фенотип, 2б подгруппа	p <sub>1-2</sub>	p <sub>1-3</sub>	p <sub>2-3</sub>
PF	70 [68,5;73,5]	54,5 [45,5; 64,5]	49,5 [45,5; 54]	0,001*	0,001*	0,011*
RP	55 [52;59,5]	50 [43; 51]	46 [42,5; 51]	0,001*	0,001*	0,207
BP	59,5 [57;60,5]	58 [56; 60]	58 [55; 59]	0,158	0,987	1
GH	57 [55;60]	49 [41; 53]	50,5 [42,5; 54]	0,001*	0,001*	0,298
PCS	56 [55;59]	45 [42; 47]	49,5 [42; 53,5]	0,001*	0,001*	0,005*

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Манна - Уитни, где  $p_{1-2}$  – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с бронхитическим фенотипом,  $p_{1-3}$  – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с эмфизематозным фенотипом,  $p_{2-3}$  – уровень значимости при сравнении фенотипов между собой.

При сравнении показателей КЖ, характеризующих состояние ментального здоровья во второй группе исследования в сравнении с контрольной группой, было получено статистически значимое снижение по абсолютному большинству показателей вне зависимости от клинического фенотипа заболевания. Исключение составил домен «Социальное функционирование», который не имел статистически значимых различий при сравнении группы контроля и 2а подгруппы, при сравнении с 2б подгруппой была выявлена статистически значимая отрицательная динамика данного показателя (табл. 4).

Таблица 4

Сравнительный анализ показателей, характеризующих состояние ментального здоровья при использовании вопросника MOS SF-36 у пациентов с высоким риском развития обострений (2-я группа) в соответствии с клиническим фенотипом заболевания

Параметр	Контрольная группа	Бронхитический фенотип, 2а подгруппа	Эмфизематозный фенотип, 2б подгруппа	p <sub>1-2</sub>	p <sub>1-3</sub>	p <sub>2-3</sub>
VT	52 [49,5;54,5]	49 [46,5; 51]	41 [39; 44,5]	0,003*	0,001*	0,001*
SF	59 [58;61]	60,5 [57; 62]	42 [40; 44]	0,995	0,001*	0,001*
RE	55 [54;60]	49 [46,5; 50]	49 [45; 50]	0,001*	0,001*	0,442
MH	53 [50,5;54,5]	49,5 [45,5; 51]	48 [44; 50]	0,003*	0,005*	0,04*
MCS	53 [51,5;55]	50 [49; 52]	50 [48; 52]	0,003*	0,002*	0,882

Примечание: \* различия статистически значимы при  $p < 0,05$  согласно критерию Манна - Уитни, где p<sub>1-2</sub> – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с бронхитическим фенотипом, p<sub>1-3</sub> – уровень значимости при сравнении контрольной группы с группой пациентов с эмфизематозным фенотипом, p<sub>2-3</sub> – уровень значимости при сравнении фенотипов между собой.

Необходимо отметить, что в результате исследования было определено влияние эмфизематозного фенотипа у пациентов второй группы на такие домены ментального здоровья, как жизненная активность, социальное функционирование и состояние ментальной сферы.

Таким образом, результат проведенного исследования в отношении пациентов с высоким риском развития обострений продемонстрировал более выраженное влияние, чем при низком риске, клинического фенотипа на КЖ больных. Формирование бронхитического фенотипа в большей степени способствовало снижению суммарного физического здоровья, формирование эмфизематозного – ментального здоровья на фоне снижения повседневной физической активности.

У пациентов с высоким риском развития обострений в зависимости от фенотипа было выявлено статистически значимое различие только в одном психотипе – ипохондрическом: у лиц с бронхитическим фенотипом было статистически значимо больше случаев ипохондрического типа реагирования личности на болезнь (32 человека, 32,3%), чем у лиц с эмфизематозным фенотипом (6 человек, 8,1%). При анализе отношения шансов было



установлено, что у пациентов с бронхитическим фенотипом при высоком риске развития обострений шансы развития ипохондрического типа реагирования на болезнь выше в 5,4 раза, чем при эмфизематозном (ОШ=5,4 95%ДИ: 2,1-13,7). Кроме этого, было выявлено, что среди пациентов с бронхитическим фенотипом чаще всего встречались люди с меланхолическим типом реагирования (25 человека, 25,5% случаев), а среди пациентов с эмфизематозным - с эргопатическим (15 человек, 20,3% случаев). Реже всего в обоих фенотипах встречались лица с паранойяльным типом реагирования (5 человек, 5,1% случаев и 4 человека, 5,4% случаев соответственно).

### **Выводы**

1. Степень риска развития обострений и клинический фенотип ХОБЛ оказывают значительное влияние на параметры качества жизни, характеризующие состояние как физического, так и психологического здоровья.

2. Формирование бронхитического фенотипа ХОБЛ в большей степени снижает суммарный показатель физического здоровья, эмфизематозного – большинство доменов, характеризующих психологическое здоровье с активным влиянием на физическую активность.

3. Эмфизематозный фенотип в значительной мере увеличивает шансы формирования апатичного и неврастенического типов отношения к болезни, бронхитический – ипохондрического, что и в том и в другом случае характеризует интрапсихическую направленность личностного реагирования, обуславливающую нарушения социальной адаптации.

4. При планировании диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с ХОБЛ необходимо учитывать не только клинико-функциональные параметры, но и особенности эмоционального состояния, отношения к заболеванию, защитные психологические реакции больных, наличие мотивации к лечению, психологические и социальные характеристики.

5. В качестве способа патогенетической психологической коррекции возможно использование разработанных индивидуальных программ медико-психологической и физической реабилитации с учетом степени риска развития обострений и клинического фенотипа заболевания.

### **Список литературы**

1. Краснова Ю.Н., Калягин А.Н. Экспертные подходы при заболеваниях органов дыхания с учетом новых классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы. // Заместитель главного врача. 2016. № 2. С. 36-43.

2. Краснова Ю.Н. Медико-социальная экспертиза пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: взгляд клинициста // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2015. Т. 132. № 1. С. 128-132.
3. Драпкина О.М., Концевая А.В., Муканеева Д.К. и др. Прогноз социально-экономического бремени хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации в 2022 году // Пульмонология. 2022. Т. 32. № 4. С. 507–516. DOI: 10.18093/0869-0189-2022-32-4-507-516.
4. Концевая А.В., Муканеева Д.К., Баланова Ю.А., Худяков М.Б., Драпкина О.М. Экономический ущерб от болезней органов дыхания и хронической обструктивной болезни легких в Российской Федерации в 2016 году // Пульмонология. 2019. Т. 29. № 2. С. 159-166. DOI: 10.18093/0869-0189-2019-29-2-159-166.
5. Смирнова Л.Е., Смирнова Е.Н., Вороная Ю.Л. Психосоматические аспекты коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертонии // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17329> (дата обращения: 11.07.2024).
6. Козлов Е.В., Деревянных Е.В., Балашова Н.А., Яскевич Р.А., Москаленко О.Л. Влияние социально-экономических факторов на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких в условиях коморбидности // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2019. Т. 11. № 3. С. 103-120. DOI: 10.12731/2658-6649-2019-11-3-103-120.
7. Кулик Е.Г., Павленко В.И., Нарышкина С.В., Гончарова О.М. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких с различным риском развития обострений // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2020. № 75. С. 47-52. DOI: 10.36604/1998-5029-2020-75-47-52.
8. Sciriha A., Lungaro-Mifsud S., Scerri J., Magro R., Camilleri L., Montefort S. Health status of COPD patients undergoing pulmonary rehabilitation: A comparative responsiveness of the CAT and SGRQ // Chron. Respir. Dis. 2017. Vol. 14 (4). P. 352-359. DOI: 10.1177/1479972317694622.
9. Ризаханова О.А., Авдеев С.Н., Авдеева М.В., Никитина Л.Ю. Проблемы оказания медицинской помощи больным с хронической обструктивной болезнью легких на административных территориях Российской Федерации // Профилактическая медицина. 2023. Т. 26. № 6. С. 76-82. DOI: 10.17116/profmed20232606176.
10. Низов А.А., Ермачкова А.Н., Абросимов В.Н., Пономарева И.Б. Комплексная оценка степени тяжести ХОБЛ на амбулаторно-поликлиническом приеме // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2019. Т. 27. № 1. С. 59-65. DOI: 10.23888/PAVLOVJ201927159-65.

11. Halpin D.M.G., Criner G.J., Papi A., Singh D., Anzueto A., Martinez F.J., Agusti A.A., Vogelmeier C.F. Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease // *Am J. Respir Crit Care Med.* 2021. Vol. 203 (1). P. 24-36. DOI: 10.1164/rccm.202009-3533SO.
12. Яушев М.Ф., Алексеев А.П., Махмутов И.Ф., Петров Б.М. Сравнительное исследование влияния хронической обструктивной болезни легких на качество жизни больных туберкулезом легких на основе опросника MOS SF-36 // *Вестник современной клинической медицины.* 2021. Т. 14. № 3. С. 63-69. DOI: 10.20969/VSKM.2021.14(3).63-69.
13. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб., 2005. 54 с.