

УДК:616.23/24-036.12-06:616-056.52:[613.2+616-052]

Савченко Л.В.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ФАКТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Оцінка ступеня тяжкості хронічного обструктивного захворювання легень окрім задишки, легене-вих функціональних показників включає в себе оцінку якості життя пацієнтів як вагомого маркеру ризику загострень та прогресування захворювання. Особливої уваги заслуговує когорта пацієнтів хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з супутнім абдомінальним ожирінням, яке саме по собі є важливим предиктором хронічного системного запалення. Враховуючи, що в основі проблеми ожиріння лежить позитивний енергетичний баланс внаслідок порушення харчової поведінки, дискусабельним залишається питання щодо взаємовпливу показників фактичного харчування та якості життя у пацієнтів хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з супутнім ожирінням. Мета: оцінити показники якості життя та фактичного харчування у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням. Матеріали та методи. Було обстежено 83 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. В залежності від індексу маси тіла було виділено дві групи: перша група – 30 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з нормальною масою тіла (індекс маси тіла 18,5-24,9 кг/м²); друга група – 53 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням I та II ступеню (індекс маси тіла 30,0-39,9 кг/м²). Всі пацієнти знаходились в фазі ремісії хронічного обструктивного захворювання легень і отримували базисну терапію відповідно до існуючих протоколів. Обстеження пацієнтів включало загальноклінічні методи, антропометричні виміри (індекс маси тіла, обвід талії). Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою тесту оцінки виразності симптомів ХОЗЛ - ТОХ, респіраторного опитувальника шпиталю святого Георгія та неспецифічного опитувальника SF-36. Фактичне харчування оцінювали методом 24-годинного відтворення харчування із заповненням харчового щоденника за дві доби – робочий та вихідний день. Результати та їх обговорення. Сумарний бал за опитувальником ТОХ-тесту в хворих першої групи становив 16,27±2,79 балів, а у хворих другої групи – 29,87±2,38 балів (p<0,05). Оцінюючи якість життя за респіраторним опитувальником шпиталю Святого Георгія, було встановлено, що хворі першої групи мали вірогідно нижчі показники за всіма шкалами в порівнянні з хворими другої групи. При оцінці результатів за опитувальником SF-36 було встановлено вірогідно вищі показники у хворих першої групи за шкалами Фізична активність, Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, Загальний стан здоров'я, Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, Психічне здоров'я в порівнянні з хворими другої групи. Фактична енергетична цінність спожитої їжі в хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням була у 1,4 рази вище порівняно з хворими на хронічне обструктивне захворювання легень з нормальним індексом маси тіла, а у вихідний день - 1,6 рази (p<0,05). Крім того, у хворих цієї групи було виявлено різницю між рекомендованою добовою потребою в енергії та фактичною енергетичною цінністю спожитої їжі за обидва дні (робочий та вихідний). Так, в робочий день енергетична цінність спожитої їжі була вище на 781,92±479,5 ккал/добу а у вихідний день – на 1277,0±476,1 ккал/добу (p<0,05). Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити зв'язок між фактичною енергетичною цінністю спожитої їжі за обидва дні (робочий та вихідний) з показниками якості життя хворих на хронічне обструктивне захворювання легень за опитувальниками ТОХ, шпиталю Святого Георгія, SF-36. Висновки. Наявність супутнього аліментарно-конституційного ожиріння у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень значно погіршує якість життя. У хворих з поєднаною патологією мало місце підвищення фактичної енергетичної цінності спожитої їжі за обидва дні (робочий день та вихідний). Встановлений кореляційний зв'язок між фактичною енергетичною цінністю спожитої їжі та якістю життя у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, ожиріння, якість життя, фактичне харчування.

Стаття є фрагментом НДР «Розробка стратегії використання епігенетичних механізмів для профілактики та лікування хвороб, пов'язаних із системним запаленням» (№ держреєстрації 0114U000784).

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – це хронічне запальне захворювання легень, яке характеризується прогресуючим обмеженням потоку повітря та ураженням паренхіми легеневої тканини з розвитком емфіземи. Оцінка ступеня тяжкості ХОЗЛ окрім задишки, легене-вих функціональних показників включає в себе оцінку якості життя (ЯЖ) пацієнтів як ва-гомого маркеру ризику загострень та прогресуван-

ня захворювання [6].

Нові рекомендації GOLD-2017 продовжують наголошувати на тому, що метою лікування при веденні пацієнтів з ХОЗЛ є зменшення симптоматики, покращення толерантності до фізичного навантаження, покращення самопочуття та запобігання прогресуванню захворювання; попередження і лікування загострень, зменшення смертності. Особливої уваги заслуговує когорта

пацієнтів на ХОЗЛ з супутнім абдомінальним ожирінням, яке саме по собі, є важливим фактором хронічного системного запалення [3;8].

Враховуючи, що в основі проблеми ожиріння лежить позитивний енергетичний баланс внаслідок порушення харчової поведінки, дискусійним залишається питання щодо взаємодії показників фактичного харчування та ЯЖ у пацієнтів на ХОЗЛ з супутнім ожирінням.

Мета

Оцінити показники якості життя та фактичного харчування у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням.

Матеріали та методи

Дослідження проведені відповідно дозволу комісії з біоетики Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія». Критерії включення в дослідження: підписання інформованої письмової згоди пацієнта, вік пацієнтів від 40 до 70 років, верифікований діагноз ХОЗЛ (клінічна група В з помірним ступенем бронхообструкції, тривалість захворювання на ХОЗЛ ≥ 1 року, анамнез куріння ≥ 10 пачко-років. Критерії виключення з дослідження: бронхіальна астма, цукровий діабет, стани, що потребували використання глюкокортикостероїдів, морбідне ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) >40 кг/м²), наявність чи підозра злоякісних новоутворень.

Було обстежено 83 хворих на ХОЗЛ. В залежності від індексу маси тіла було виділено дві групи: перша група – 30 хворих на ХОЗЛ з нормальною масою тіла (ІМТ 18,5-24,9 кг/м²); друга група – 53 хворих на ХОЗЛ в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням I та II ступеню (ІМТ 30,0-39,9 кг/м²). Всі пацієнти знаходились в фазі ремісії ХОЗЛ і отримували базисну терапію відповідно до існуючих протоколів (фенотерол/іпратропіуму бромід 50/20 по одній дозі через 8 год. постійно).

Обстеження пацієнтів включало загальноклінічні методи, антропометричні виміри (ІМТ, обвід талії (ОТ)).

Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою тесту оцінки виразності симптомів ХОЗЛ (ТОХ), респіраторного опитувальника шпиталю святого Георгія (S. George's Respiratory Questionnaire — SGRQ) та неспецифічного опитувальника Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Status (SF-36).

ТОХ тест складається з 8 питань і достовірно характеризує захворювання незалежно від статі пацієнта, країни проживання, стадії захворювання (загострення або ремісії) і описує наступні симптоми і відчуття: кашель, харкотиння, стиснення в грудній клітці, задишка, активність вдома, впевненість поза домом, якість сну, енергійність/втомлюваність. Кожна відповідь оцінюється по 5-ти бальній системі. Результати тесту інтерпретуються по наступній схемі: 0-10 балів - не-

значний вплив на життя пацієнта, 11-20 балів - помірний, 21-30 балів – сильний, 31-40 балів – надзвичайно сильний вплив [6].

Респіраторний опитувальник святого Георгія містить 76 питань, відповіді на які відображають суб'єктивну оцінку пацієнтом респіраторних порушень, фізичної активності, психосоціальної адаптації, вплив статусу здоров'я на повсякденну роботу, емоційне сприйняття захворювання, відносини з близькими людьми, необхідність в лікуванні і прогнозу захворювання. В якості оціночних параметрів ЯЖ застосовують 4 шкали: «Симптоми» - суб'єктивна оцінка пацієнтом ступеня виразності клінічних ознак ХОЗЛ; «Активність» - суб'єктивна оцінка пацієнтом ступеня обмеження фізичної активності, зумовленої захворюванням; «Вплив»- суб'єктивна оцінка пацієнтом виразності психологічних та соціальних проблем в результаті захворювання; «Сума» - загальний показник ЯЖ, що характеризує в цілому негативний вплив ХОЗЛ на стан здоров'я. Оцінка опитувальника проводиться по 100 - бальній системі. Чим вище бал, тим більш негативний вплив хвороби на ЯЖ пацієнта. [7].

Опитувальник SF-36 складається з 36 питань та дозволяє оцінити взаємозв'язок якості життя (ЯЖ) з соціальним статусом, психічним здоров'ям та загальним благополуччям індивідуума. Всі питання об'єднані у 8 шкал: фізична активність (ФА) оцінює рівень самообслуговування, підйом по сходах, перенесення важких речей, виконання фізичних навантажень; роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ) характеризує ступінь обмеження повсякденної діяльності через проблеми з фізичним здоров'ям; інтенсивність болю (ІБ) відображає інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатися нормальною діяльністю; загальний стан здоров'я (ЗСЗ); життєва активність (ЖА) характеризує відчуття повноти сил та енергії; соціальна активність (СА) відображає задоволеність спілкуванням, проведенням часу з друзями, родиною; роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ) оцінює ступінь, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи, включаючи великі витрати часу на їх виконання; психічне здоров'я (ПЗ) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги. При повній відсутності обмежень чи порушень здоров'я для всіх шкал максимальне значення дорівнює 100. Чим вище показник по кожній шкалі, тим кращою є ЯЖ по цьому параметру [9].

Фактичне харчування оцінювали методом 24-годинного відтворення харчування із заповненням харчового щоденника за дві доби – робочий та вихідний день [2]. У добовому раціоні аналізували енергетичну цінність їжі [4]. Кількість спожитої їжі за добу оцінювали за допомогою альбому з фотографіями перших та других страв, хлібобулочних виробів, салатів, різних видів фруктів, овочів, найбільш поширених продуктів Fastfood та напоїв. Кожен продукт був на-

даний у кількох варіантах за величиною та масою порції. При опитуванні респонденту пропонували обрати відповідний варіант продуктів та страв [1].

Статистична обробка результатів була проведена з використанням GraphPad Prism версії 5.00 (GraphPad Software, Inc). Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

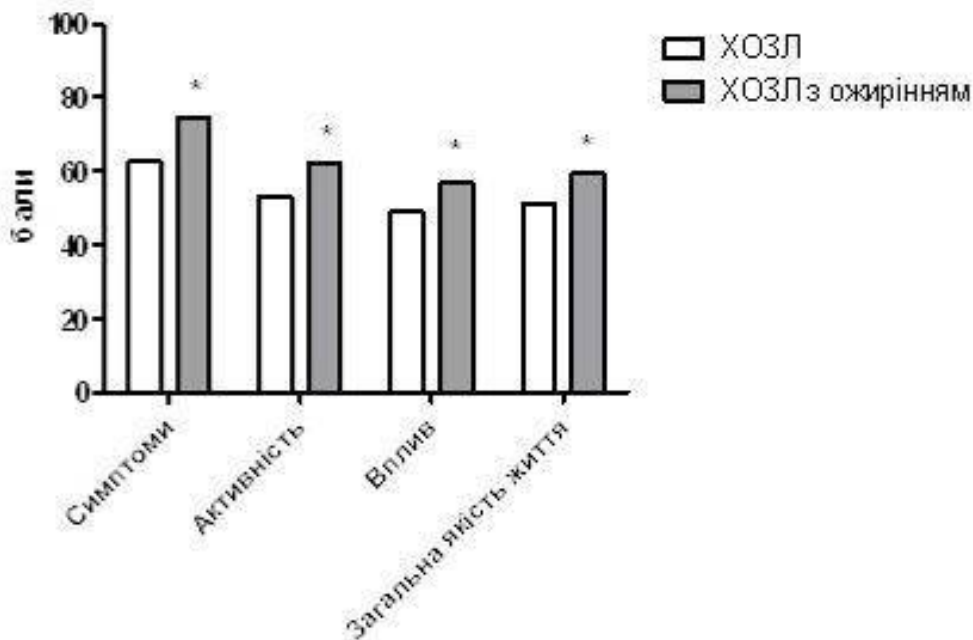
У хворих першої групи, серед яких було 23 (76,67 %) чоловіки та 7 (23,33 %) жінок, середній вік становив $57,17 \pm 8,27$ років, з показниками ІМТ - $23,08 \pm 1,32$ $\text{кг}/\text{м}^2$, ОТ - $78,97 \pm 5,05$ см, індексу пачко-років - $24,05 \pm 6,76$. До другої групи увійшло 53 хворих, серед яких було 38 (71,70 %) чоловіків та 15 (28,30 %) жінок, середній вік - $56,75 \pm 7,58$ років, з показниками ІМТ - $33,48 \pm 2,5$ $\text{кг}/\text{м}^2$, ОТ - $111,1 \pm 8,46$ см, індексу пачко-років - $21,72 \pm 7,11$. Групи хворих були співставні за віком, статтю, на тлі вірогідно вищих показників ІМТ, ОТ у хворих другої групи.

ТОХ-тест був розроблений як короткий, простий інструмент для визначення тяжкості симптомів ХОЗЛ у звичайній практиці та забезпечує

кращу комунікацію між пацієнтами та медичними працівниками щодо наслідків захворювання [5]. Оцінюючи виразність симптомів ХОЗЛ, було встановлено, що сумарний бал за опитувальником ТОХ-тесту в хворих першої групи становив $16,27 \pm 2,79$ балів, а у хворих другої групи - $29,87 \pm 2,38$ балів ($p < 0,05$). Таким чином, у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням захворювання мало «значний» вплив на самопочуття та повсякденне життя, а у хворих на ХОЗЛ з нормальним ІМТ - «помірний».

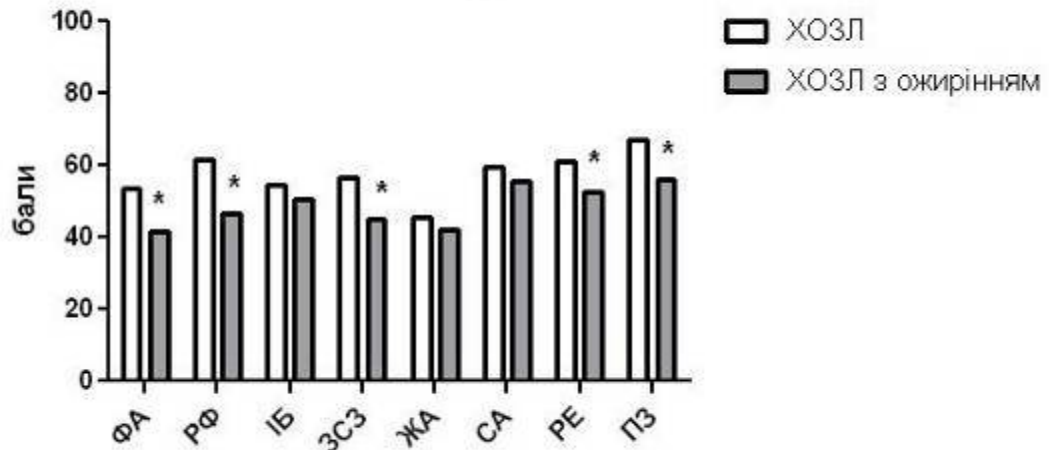
Оцінюючи якість життя за респіраторним опитувальником шпиталю Святого Георгія, було встановлено, що хворі першої групи мали вірогідно нижчі показники за всіма шкалами в порівнянні з хворими другої групи. Так, показник «симптоми» становив $62,7 \pm 2,89$ проти $74,65 \pm 5,60$ балів, «активність» - $53,21 \pm 2,61$ проти $62,37 \pm 5,41$ балів, «вплив» - $48,95 \pm 2,95$ проти $56,95 \pm 6,0$ балів, «загальна якість життя» - $51,36 \pm 2,58$ проти $59,60 \pm 4,11$ балів ($p < 0,05$) (рис.1).

Показники якості життя за опитувальником шпиталю Святого Георгія



* - статистично достовірні показники ($p < 0,05$) при порівнянні між групами

Показники якості життя за опитувальником SF-36



* - статистично достовірні показники (p < 0,05) при порівнянні між групами

При оцінці результатів за опитувальником SF-36 було встановлено вірогідно вищі показники у хворих першої групи за шкалами ФА, РФ, ЗСЗ, РЕ, ПЗ в порівнянні з хворими другої групи. Показник ФА становив 53,67±8,70 проти 41,77±8,49 балів, РФ 52,0±23,73 проти 46,42±27,43 балів, ЗСЗ 56,83±10,3 проти 45,09±9,93 балів, РЕ 57,04±8,9 проти 52,47±13,58 балів, а ПЗ 67,07±10,36 проти 56,26±8,15 балів (p < 0,05). Таким чином, хворі на ХОЗЛ в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням мали гірші показники якості життя, ніж хворі з нормальною масою тіла, відзначаючи низький рівень фізичної активності, зростання ролі фізичних та психоемоційних проблем в повсякденній життєдіяльності (рис.2).

Аналізуючи дані заповнення харчового щоденника, було встановлено, що фактична енергетична цінність спожитої їжі в робочий день у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням була у 1,4 рази вище порівняно з хворими на ХОЗЛ з нормальним ІМТ (3231,0±355,3 ккал/добу проти 2254,0±354,4 ккал/добу) (p < 0,05), а у вихідний день - 1,6 рази (3622,0±436,0 ккал/добу проти 2304,0±432,6 ккал/добу) (p < 0,05). Крім того, у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням було виявлено різницю між рекомендованою добовою потребою в енергії та фактичною енергетичною цінністю спожитої їжі за обидва дні (робочий та вихідний). Так, в робочий день енергетична цінність спожитої їжі була вище на 781,92±479,5 ккал/добу (2424,0±306,1 ккал/добу проти 3231,0±355,3 ккал/добу) а у вихідний день – на 1277,0±476,1 ккал/добу (2424,0±306,1 ккал/добу проти 3622,0±436,0 ккал/добу) (p < 0,05). В групі хворих на ХОЗЛ з нормальним індексом маси тіла достовірної різниці між рекомендованою добовою потребою та фактичною енергетичною цінністю спожитої їжі

за обидва дні (робочий та вихідний) не виявлено.

Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити зв'язок між фактичною енергетичною цінністю спожитої їжі за обидва дні (робочий та вихідний) з показниками якості життя хворих на ХОЗЛ. Фактична енергетична цінність спожитої їжі в робочий день мала прямий кореляційний зв'язок з виразністю симптомів (r=0.74 p < 0,05) за ТОХ-тестом; з показниками «симптоми» (r=0.68 p < 0,05), «активність» (r=0.48 p < 0,05), «вплив» (r=0.52 p < 0,05), «загальна якість життя» (r=0.63 p < 0,05) за опитувальником шпиталю Святого Георгія; зворотній кореляційний зв'язок з показниками ФА (r=-0.56 p < 0,05), РФ (r=-0.41 p < 0,05), ЗСЗ (r=-0.44 p < 0,05), ПЗ (r=-0.57 p < 0,05) за опитувальником SF-36. Фактична енергетична цінність спожитої їжі у вихідний день мала прямий кореляційний зв'язок з виразністю симптомів (r=0.79 p < 0,05) за ТОХ-тестом; з показниками «симптоми» (r=0.69 p < 0,05), «активність» (r=0.54 p < 0,05), «вплив» (r=0.53 p < 0,05), «загальна якість життя» (r=0.60 p < 0,05) за опитувальником шпиталю Святого Георгія; зворотній кореляційний зв'язок з показниками ФА (r=-0.50 p < 0,05), ЗСЗ (r=-0.40 p < 0,05), ПЗ (r=-0.49 p < 0,05) за опитувальником SF-36.

Висновки

1. Наявність супутнього аліментарно-конституційного ожиріння у хворих на ХОЗЛ значно погіршує якість життя.
2. У хворих на ХОЗЛ в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням мало місце підвищення фактичної енергетичної цінності спожитої їжі за обидва дні (робочий та вихідний).
3. Встановлений кореляційний зв'язок між фактичною енергетичною цінністю спожитої їжі та якістю життя у хворих на ХОЗЛ.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати обґрунтовують необхідність індивідуального підходу до лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з аліментарно-конституційним ожирінням, метою якого є не лише інгаляційна терапія основного захворювання, але й корекція харчового енергетичного балансу та підвищення рівня фізичної активності, задля попередження прогресування синтропії.

Література

1. Мартинчик А.Н. Альбом порцій продуктів і блюд / А.Н. Мартинчик, А.К. Батурич, В.С. Баєва. – М. : НИИ питания РАМН, 1995. – 64 с.
2. Мартинчик А.Н. Оценка количества потребляемой пищи методом 24-часового суточного воспроизведения питания / А.Н. Мартинчик, А.К. Батурич, А.И. Феоктистова, И.В. Свяховская ; утв. заместителем главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г. Г. Онищенко 26.02.1996. № С1- 19/14-17. – М. : Минздрав РФ, 1996. – 24 с.

3. Мостовой Ю.М. Обструктивні захворювання легень: реалії клінічної практики [Електронний ресурс] / Ю.М. Мостовой, Т.О. Перцева, М.М. Островський // Здоров'я України. – 2017. – Режим доступу: <http://health-ua.com/multimedia/3/1/0/5/1/1507817822.pdf>.
4. Скурихин И. М. Химический состав российских продуктов питания : справочник / И.М. Скурихин, В.А. Тутельян. – М. : ДеЛипринт, 2002. – 236 с.
5. Dodd J.W. The COPD assessment test (CAT): response to pulmonary rehabilitation. A multicentre, prospective study / J.W. Dodd, L. Hogg, J. Nolan [et al.] // Thorax. – 2011. – V.66. – P.425-429.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Electronic resource]. – 2016. — Access mode: <http://www.goldcopd.org>.
7. Jones P.W. The St George's Respiratory Questionnaire / P.W. Jones, F.H. Quirk, C.M. Baveystock // Respir Med. – 1991. – V.85, Sup. B. – P.25-31.
8. Sarioglu N. Relationship between BODE index, quality of life and inflammatory cytokines in COPD patients / N. Sarioglu, A.O. Alpaydin, A.S. Coskun [et al.] // Multidisciplinary Respiratory Medicine. – 2010. – V.5(2). – P.84-91.
9. Ware J.E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection / J.E. Ware, C.D. Sherbourne // Medical Care. – 1992. – V.30. – P.473-483.

Реферат

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Савченко Л.В.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, ожирение, качество жизни, фактическое питание.

Оценка степени тяжести хронического обструктивного заболевания легких кроме одышки, легочных функциональных показателей включает в себя оценку качества жизни пациентов как весомого маркера риска обострений и прогрессирования заболевания. Особого внимания заслуживает когорта пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких с сопутствующим абдоминальным ожирением, которое само по себе является важным предиктором хронического системного воспаления. Учитывая, что в основе проблемы ожирения лежит положительный энергетический баланс вследствие нарушения пищевого поведения, дискуссионным остается вопрос взаимовлияния показателей фактического питания и качества жизни у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких с сопутствующим ожирением. Цель: оценить показатели качества жизни и фактического питания у больных хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с алиментарно-конституционным ожирением. Материалы и методы. Было обследовано 83 больных хроническим обструктивным заболеванием легких. В зависимости от индекса массы тела было выделено две группы: первая группа - 30 больных хроническим обструктивным заболеванием легких с нормальной массой тела (индекс массы тела 18,5-24,9 кг / м²); вторая группа - 53 больных хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с алиментарно-конституционным ожирением I и II степени (индекс массы тела 30,0-39,9 кг / м²). Все пациенты находились в фазе ремиссии хронического обструктивного заболевания легких и получали базисную терапию в соответствии с существующими протоколами. Обследование пациентов включало общеклинические методы, антропометрические измерения (индекс массы тела, объем талии). Качество жизни пациентов оценивали с помощью теста оценки выраженности симптомов ХОБЛ - ТОХ, респираторного опросника госпиталя святого Георгия и неспецифического опросника SF-36. Фактическое питание оценивали методом 24-часового воспроизведения питания с заполнением пищевого дневника за двое суток - рабочий и выходной день. Результаты. Суммарный балл по опроснику ТОХ-теста у больных первой группы составил 16,27 ± 2,79 баллов, а у больных второй группы - 29,87 ± 2,38 баллов (p < 0,05). Оценивая качество жизни по респираторному опроснику госпиталя Святого Георгия, было установлено, что больные первой группы имели достоверно более низкие показатели по всем шкалам по сравнению с больными второй группы. При оценке результатов по опроснику SF-36 было установлено достоверно более высокие показатели у больных первой группы по шкалам ФА, РФ, ОСЗ, РЭ, ПЗ по сравнению с больными второй группы. Фактическая энергетическая ценность потребляемой пищи в рабочий день у больных хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с алиментарно-конституционным ожирением была в 1,4 раза выше по сравнению с больными хроническим обструктивным заболеванием легких с нормальным индексом массы тела, а в выходной день – 1,6 раза (p < 0,05). Кроме того, у больных этой группы было обнаружено разницу между рекомендованной суточной потребностью в энергии и фактической энергетической ценностью потребляемой пищи за оба дня (рабочий и выходной). Так, в рабочий день энергетическая ценность потребляемой пищи была выше на 781,92 ± 479,5 ккал / сутки а в выходной день - на 1277,0 ± 476,1 ккал / сутки (p < 0,05). Проведенный корреляционный анализ позволил установить связь между фактической энергетической ценностью потребляемой пищи за оба дня (рабочий и выходной) с показателями качества жизни больных хроническим обструктивным заболеванием легких по опроснику ТОХ, госпиталя Святого Георгия, SF-36. Выводы. Наличие сопутствующего алимен-

тарно-конституціонального ожирення у больних хроническим обструктивним захворюванням легких значительно ухудшаєт качество жизни. У больних с сочетанной патологией имело место повышение фактической енергетической ценности потребляемой пищи за оба дня (рабочий и выходной). Установленная корреляционная связь между фактической енергетической ценностью принимаемой пищи и качеством жизни у больних хроническим обструктивним захворюванням легких.

Summary

INDICATORS OF QUALITY OF LIFE AND ACTUAL NUTRITION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY OBSTRUCTION AND COMORBID ALIMENTARY AND CONSTITUTIONAL OBESITY

Savchenko L.V.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, obesity, quality of life, actual nutrition.

Evaluation of the severity of chronic obstructive pulmonary disease (COPD), along with shortness of breath, pulmonary function parameters, includes assessing the quality of life (QL) of patients as a significant marker of the risk of exacerbations and progression of the disease. Particular attention should be drawn to the cohort of COPD patients with alimentary and constitutional obesity, which in itself is an important predictor of chronic systemic inflammation. Considering the fact that the problem of obesity is based on a positive energy balance due to the disruption of eating behaviour, the question regarding the mutual influence of the actual nutrition and QL in COPD patients with alimentary and constitutional obesity remains unresolved. The aim of the research was to assess the quality of life and actual nutrition in COPD patients with alimentary and constitutional obesity. Materials and methods. 83 patients with COPD were examined. Depending on the body mass index, two groups were identified: the first group – 30 COPD patients with normal body weight (BMI 18.5-24.9 kg / m²); the second group - 53 COPD patients with alimentary and constitutional obesity of I and II degree (BMI 30.0-39.9 kg / m²). All patients were in the stable condition and received conventional therapy. Examination of patients included general clinical methods, anthropometric measurements (BMI, WC). The patients' quality of life was evaluated by using the CAT, SGRQ, SF-36 questionnaires. The actual nutrition was evaluated using the 24-hour food reproduction method with filling-in of a food diary during two days – a working day and a weekend (Saturday or Sunday). Results and their discussion. The total score at the CAT questionnaire in patients of the first group was 16.27 ± 2.79 points, and in patients of the second group - 29.87 ± 2.38 points (p <0.05). Assessing the QL according to the SGRQ, it was found that the patients in the first group had significantly lower indexes at all scales as compared with patients in the second group. In assessing the results by the SF-36 questionnaire, we found significantly higher indicators in patients of the first group by the scale of PA, RF, GH, RE, MH, as compared with patients in the second group. The actual energy value of consumed food per a workday in COPD patients with alimentary and constitutional obesity was in 1.4 times higher as compared with COPD patients with normal BMI, and on the weekend it was higher as much as in 1.6 times (p<0.05). In addition, these patients of this group showed the difference between the recommended daily intake of energy and the actual energy value of consumed food over the period of both days (workday and weekend). Thus, during a workday, the energy value of consumed food was higher by 781.92 ± 479.5 kcal / day and on the weekend – by 1277.0 ± 476.1 kcal / day (p <0.05). The conducted correlation analysis made it possible to establish an association between the actual energy value of consumed food over the period of both working day and weekend and the QL in COPD patients according to the questionnaires of CAT, SRGQ, SF-36. Conclusions. The presence of alimentary and constitutional obesity in COPD patients significantly impairs the quality of life. In patients with combined pathology, there was an increase in the actual energy value of consumed food over the period of both workday and weekend. The correlation between actual energy value of consumed food and QL in COPD patients has been established.