

УДК 616.16.61- 225

Տուբերկուլոզ/ՄԻԱՎ համակցված ախտաբանությամբ հիվանդների կյանքի որակը

Ն.Գ. Ազիզյան

*Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարան,
ֆրիզիատրիայի ամբիոն
0025, Երևան, Կոռյունի փ., 2*

Բանալի բառեր՝ տուբերկուլոզ, ՄԻԱՎ, համակցված ախտաբանություն, կյանքի որակի ցուցանիշներ

Ներկայումս ողջ աշխարհում տուբերկուլոզը (ՏԲ) հանդիսանում է առողջապահության կարևորագույն խնդիրներից մեկը [2]: Դեռ 1997թ.-ին ԱՀԿ-ի գնահատմամբ երկրագնդի բնակչության 32%-ը վարակված էին *Mycobacterium tuberculosis*-ով [3, 6]: Չնայած այն հանգամանքին, որ հակաՏԲ-ային դեղամիջոցների լայնածավալ կիրառման շնորհիվ ՏԲ-ով հիվանդացության միտումը զգալիորեն նվազեց, այնուամենայնիվ հիվանդացության ցուցանիշները մնում են բարձր մակարդակի վրա [4, 5]: Բուժման արդյունավետ ռազմավարության մշակման շնորհիվ ՏԲ-ի հետ պայքարում նշարվեցին նաև այլ խնդիրներ, որոնք ուղղված էին հիվանդների մոտ զարգացող բարդությունների և մահացության նվազմանը: Դրա հետ կապված մեծ ուշադրության են արժանանում ՏԲ-ով հիվանդների կյանքի որակի (ԿՈ) հետազոտման ոլորտում կատարվող աշխատանքները [1]:

Ակտիվ ՏԲ-ի ժամանակ բազմաթիվ գործոններ կարող են նպաստել ԿՈ-ի ցուցանիշների նվազմանը: Որպես կանոն ակտիվ ՏԲ-ի բուժումը երկարատև (նվազագույնը 6 ամիս) գործընթաց է մի շարք տոքսիկ դեղանյութերի օգտագործմամբ, որոնք կարող են առաջացնել կողմնակի հետևանքներ հիվանդների մեծամասնության մոտ [10]: Բացի այդ, հնարավոր համակցված հիվանդությունները, մասնավորապես ՄԻԱՎ-ը, իրենց հերթին նպաստում են հիվանդության ընթացքի բարդացմանը, ինչը անկասկած կարող է անրադառնալ ԿՈ-ի ցուցանիշների վրա: ՏԲ-ի ուսումնասիրությունները վկայում են, որ այս հիվանդությունը ՄԻԱՎ-ով հիվանդների շրջանում շարունակում է մնալ նրանց հիվանդացության և մահացության կարևոր պատճառ:

Հետևաբար համակցված ախտաբանությունը լուրջ մարտահրավեր է ներկայացնում հանրային առողջության համար [3, 4, 9]:

Ժամանակակից բժշկական տեխնոլոգիաների մշակման և բժշկության մեջ լայնորեն ներդրման ուղղություններում գրանցված հաջողությունները հնարավորություն են տվել նախկինում դատապարտված համարվող ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված ախտաբանությամբ տառապող հիվանդների կյանքի տևողությունը էականորեն ավելացնել: Այսօր ակնհայտ է, որ կյանքի տևողության մեծացման խնդրին զուգահեռ առաջանում է խիստ յուրահատուկ պայմաններում դրա բովանդակության հարցը: Բուժման անցումը ուղեկցվում է հիվանդի կենսակերպի, սոցիալական և մասնագիտական կարգավիճակի կտրուկ փոփոխություններով, շփման շրջապատի նեղացման, աշխատունակության լրիվ կամ մասնակի նվազմամբ:

ԱՀԿ-ի սահմանմամբ ԿՈ-ը ներառում է անհատների կյանքի տարբեր ոլորտները՝ ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական (ֆունկցիոնալ կարգավիճակը, հոգեբանական բարեկեցությունը, բավարարվածությունը կյանքով, սեփական կյանքի ու առողջական վիճակի գնահատումը):

Վերոհիշյալից ելնելով մեր աշխատանքի նպատակն է եղել՝ ուսումնասիրել ՏԲ-ով և ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված ախտաբանությամբ հիվանդների ԿՈ-ի ցուցանիշները բուժման ընդացքում:

Նյութը և մեթոդները

Ուսումնասիրության առարկա են հանդիսացել 2011թ.-ի հունվարի 1-ից 2012թ.-ի հուլիսի 1 ՀՀ ԱՆ Հանրապետական հակառուբերկուլոգային դիսպանսերի ՏԲ ախտորոշմամբ հիվանդները: Հետազոտության մեջ ներառման չափանիշ են հանդիսացել՝ 18-50 տարեկան ՄԻԱՎ-պոզիտիվ և նեգատիվ ՏԲ ախտորոշում ունեցող կանայք և տղամարդիկ, որոնք ֆիզիկապես և հոգեպես ունակ էին պատասխանել ներկայացված հարցերին և համաձայնվել էին մասնակցել հետազոտությանը:

Հետազոտության մեջ ներառված հիվանդները բաժանվել են 2 հիմնական խմբերի՝

- I խումբ (ստուգիչ)՝ ՏԲ-ով հիվանդներ (ՄԻԱՎ նեգատիվ), (n=37);
- II խումբ (ստուգիչ)՝ ՏԲ/ՄԻԱՎ-ով հիվանդներ (ՄԻԱՎ պոզիտիվ), (n=51):

Հիվանդների ԿՈ-ի ցուցանիշները գնահատվել են ԱՀԿ-ի կողմից հաստատված *WHOQOL HIV* ԿՈ [10] հարցաշարի օգնությամբ: Այս

հարցաշարի առավելությունն այն է, որ հնարավորություն է տալիս գնահատել ՄԻԱՎ-պոզիտիվ հիվանդների ինչպես ԿՈ-ի ընդհանուր մակարդակը, այնպես էլ դրա ֆիզիկական և հոգեկան բաղադրիչները: Հետազոտության իրականացման համար որպես հիմք է ընդունվել նշված հարցաշարի անգլերեն բնօրինակի հայերենով թարգմանված առավել ադապտացված ձևաչափը: Յուրաքանչյուր հիվանդի կողմից ԿՈ-ի գնահատումը կատարվել է 2 անգամ մինչ բուժումը և բուժումից /6 ամիս/ հետո: Դիտարկվել է նաև նշված հիվանդների մոտ բուժման արդյունքների համեմատական կապը, որի նպատակով կիրառվել է χ^2 և Ստյուդենտի վիճակագրական մեթոդները՝ որպես հավաստիության գնահատական: Վերլուծության համար օգտագործվել է Պիրսոնի կո-ռելացիոն վիճակագրական մեթոդը: Ստացված տվյալները վերլուծվել են SPSS 15.0 վիճակագրական ծրագրերի փաթեթի օգնությամբ:

Արդյունքները և դրանց քննարկումը

Հետազոտվող երկու խմբերի հիվանդների սոցիոդեմոգրաֆիկ պատկերը ներկայացված է աղ.1-ում: Ինչպես երևում է աղյուսակում բերված տվյալներից, հետազոտվող երկու խմբերի հիվանդների գերակշռող մասը արական սեռի ներկայացուցիչներ են (73%՝ I-ին և 90□2%՝ II խմբում): Տարիքային կազմի ուսումնասիրության համաձայն՝ հիվանդները բաշխվում են համամասնորեն, բացառություն է կազմում միայն 40-ից բարձր տարիքային խումբը ՏԲ-ով հիվանդների մոտ (51□4% դեպք): Հետազոտվող հիվանդների մեծամասնությունը (86.5%՝ I-ին և 84.3%՝ II խմբում) ունեն միջնակարգ կրթություն:

Միայն ՏԲ-ով հիվանդների մեծամասնությունը գործազուրկ են (67.6%), ինչ վերաբերում է ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված ախտաբանությամբ հիվանդների, ապա մեծամասնությունը (58.8%) զբաղվածության տակ նշել են արտագնա աշխատանք, 29.4%-ը գործազուրկ են: Հետազոտվող հիվանդները խմբերում տարբերվում են նաև ծխախոտի և թմրանյութերի օգտագործման չափանիշներով: Այսպես, I-ին խմբի հիվանդների մեծամասնությունը (62.2%) չեն ծխում, 35□1%-ը ծխում են օրեկան մեկ տուփ: II-րդ խմբի հիվանդների 72.6%-ը ծխում են օրեկան մեկ տուփ, 9.8%-ը կես տուփ, իսկ 17.6%-ը ծխախոտ չեն օգտագործում: Թմրանյութերի օգտագործումը արձանագրվել է միայն II-րդ խմբի հիվանդների 47%-ի մոտ:

Աղյուսակ 1

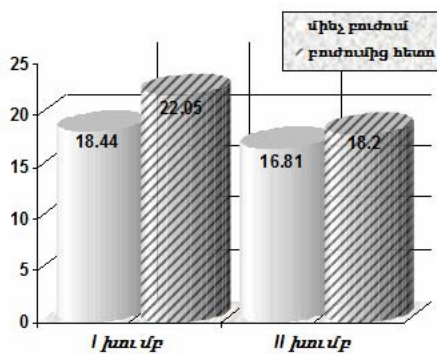
Հետազոտվող խմբերի հիվանդների սոցիոդեմոգրաֆիկ պատկերը

Համեմատվող ցուցանիշ	I խումբ, n=37 (%)	II խումբ, n=51 (%)
Սեռ		
արական	27 (73)	46 (90.2)
իգական	10(27)	5(9.8)
Տարիք		
≤ 29	9(24.3)	4(7.8)
30 – 39	9(24.3)	23(45.1)
≥ 40	19(51.4)	24(47.1)
Կրթություն		
միջնակարգ	32 (86.5)	43 (84.3)
թերի բարձրագույն	0	2 (3.9)
բարձրագույն	5(13.5)	6 (11.8)
Ընտանեկան կարգավիճակ		
ամուսնացած	31(83.8)	29 (56.9)
ամուրի	4(10.8)	14(27.4)
ամուսնալուծված	1(2.7)	6 (11.8)
այրի	1(2.7)	2(3.9)
Զբաղվածություն		
գործազուրկ	25(67.6)	15(29.4)
ծառայող/աշխատող	6(16.2)	2(3.9)
եղել են ազատազրկված	1(2.7)	10(19.6)
արտագնա աշխատանք	5(13.5)	30(58.8)
Օրեկան ծխախոտի քանակ /հատ/		
0	23(62.2)	9(17.6)
10-20	1(2.7)	5(9.8)
21-40	13(35.1)	37(72.6)
Թմրանյութեր		
օգտագործում են	0	24 (47)
չեն օգտագործում	37(100)	27(53)
ՏԲ կլինիկական ձևը		
թոքային	25(67.6)	29(56.9)
արտաթոքային	7(18.9)	12(23.5)
բազմաօրգան	5(13.5)	10(19.6)
ՏԲ-ի վարակումը առաջնային է	37(100)	18(35.3)
ՄԻԱՎ-ի վարակումը առաջնային է	0	30(58.8)
ՏԲ/ՄԻԱՎ միաժամանակ վարակում	0	3(5.9)

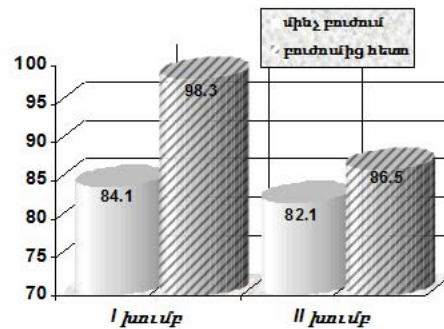
Հետազոտվող երկու խմբերի հիվանդների մոտ գերակայում է ՏԲ-ի թոքային ախտահարումը (67.6%՝ I-ին և 56.9%՝ II խմբում):

Հուշագրավ է, որ II խմբի 58.8% դեպքերում ՄԻԱՎ-ի վարակումը առաջնային էր:

ԿՈ-ի ցուցանիշների հետազոտության առաջին փուլում գնահատեցինք հետազոտվողների ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշները, որոնք ներառում էին աշխատունակությունը և կենսուրախությունը: Ինչպես երևում է ներկայացված նկարից (նկ.1), մինչև բուժման սկիզբը հիվանդների ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշները ըստ ԿՈ հարցաշարի հետազոտվող խմբերում աննշան ($p>0.05$) ցածր էին՝ ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված ախտաբանության ժամանակ (18.44 ± 0.02 , 16.81 ± 0.03) համեմատած (22.05 ± 0.03 , 18.2 ± 0.02) բուժումից հետո ստացված տվյալների հետ: Այսպիսով բուժման ընդացքում երկու խմբերի հիվանդների ֆունկցիոնալ ակտիվության ցուցանիշները աճում են համապատասխանաբար 1.2 և 1.1 անգամ:



Նկ.1. Հիվանդների ֆունկցիոնալ ակտիվությունը



Նկ.2. Հիվանդների ֆիզիկական ակտիվությունը

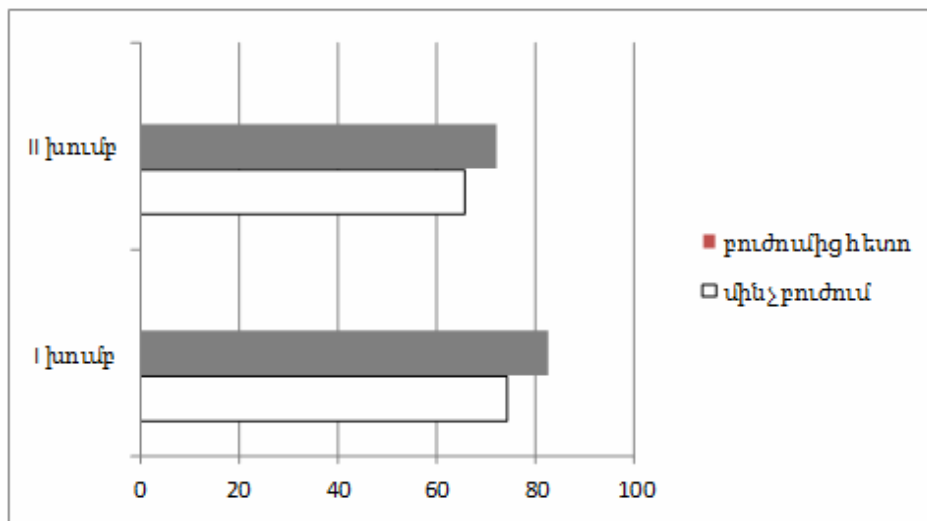
Հիվանդների ֆիզիկական ակտիվությունը գնահատվել է հետևյալ գործոններով՝ էներգիայի բացակայություն, հոգնածություն, թուլություն, քնկոտության աստիճան, կենսունակություն և ֆիզիկական ուժն ու տոկունությունը, զգալի ֆիզիկական ծարաբեռնվածության ունակությունը: Մինչև բուժում հոգնածությունից, քնկոտությունից զանգատվում էին հետազոտվող հիվանդների մեծամասնությունը, սակայն ֆիզիկական ակտիվության ցուցանիշների կտրուկ լավացում /ցուցանիշների բարձրացում/ նկատվում է միայն I խմբի հիվանդների մոտ ($p<0.001$):

Ստացված տվյալների համաձայն (նկ.2)՝ I խմբի հիվանդների մոտ արձանագրվել են ֆիզիկական ակտիվության ցուցանիշների գումարային հետևյալ արժեքները՝ 84.1 ± 0.02 մինչև բուժում և բուժումից հետո՝ 98.3 ± 0.03 : II խմբի հիվանդների մոտ պատկերը հետևյալն էր՝

մինչև բուժում՝ 82.1 ± 0.03 և բուժումից հետո՝ 86.5 ± 0.01 : Այս դեպքում ևս ակնառու է բուժման արդյունավետությունը, սակայն նկատվում է ցուցանիշների բարձրացման միտում ($p < 0.001$): Հատկանշական է, որ ֆիզիկական ակտիվության ցուցանիշների դրական տեղաշարժերը այս երկու խմբերի հիվանդների մոտ համընկնում էին նաև կլինիկա-լաբորատոր ցուցանիշների հետ:

Աշխատանքի հաջորդ հատվածում վերլուծման են ենթարկվել հետազոտվողների սոցիալական և ընտանեկան բարեկեցության հարցերը, այսինքն՝ միջանձնային և սոցիալական կապերը: Այս պարագայում գնահատվել են մտերիմների և ընկերների հետ հարաբերությունների փոփոխությունները, հանդիպումների սահմանափակումները, դիմացինի նկատմամբ անհանդուրժողականությունը, մենակ մնալու ցանկությունը:

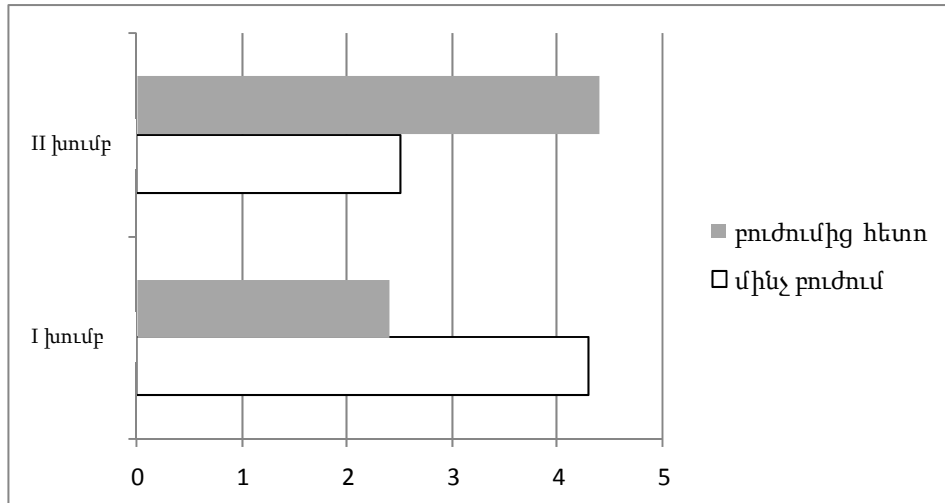
Ստացված տվյալների համաձայն (նկ.3)՝ կիրառվող բուժումը չի բերել վիճակագրորեն հավաստի սոցիալական և ընտանեկան բարեկեցության ցուցանիշների փոփոխությունների:



Նկ.3. Հիվանդների սոցիալական և ընտանեկան բարեկեցության ցուցանիշները

Հիվանդների հոգեբանական բարեկեցությունը գնահատվել է հետևյալ գործոններով՝ ընկճվածության զգացում, վիատություն, ճնշվածություն, անհանգստություն, նյարդայնություն, անձնական կյանքով և արտաքինով դժգոհություն, ցրվածություն, կենտրոնանալու անկարողություն, էմոցիոնալ անկայունության զգացում: Ճնշվածությունից, ընկճվածությունից և վիատությունից զանգատվում էին հե-

տագոտվող համարյա բոլոր հիվանդները՝ անկախ խմբային պատկանելության և հիվանդության ծանրության աստիճանի (նկ.4):

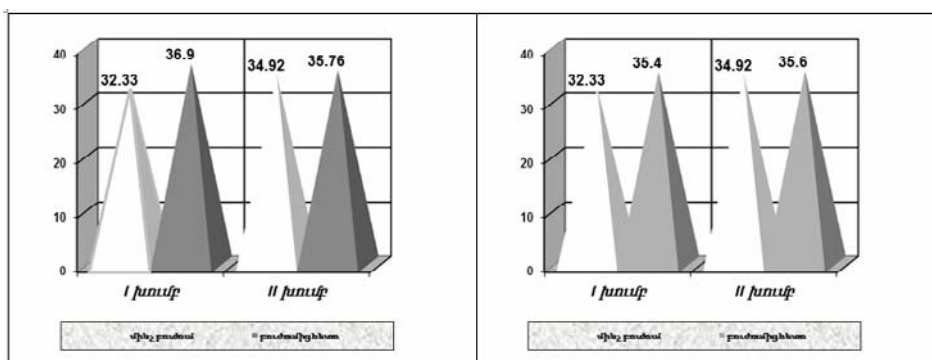


Նկ.4. Հիվանդների հոգեբանական բարեկեցության ցուցանիշները

Ստացված տվյալների համաձայն՝ հետագոտվող հիվանդների հոգեբանական բարեկեցության ցուցանիշների լավացում բուժման հետևանքով նկատվում է բոլոր խմբերում, սակայն ցուցանիշների կտրուկ ($p < 0.001$) լավացում /ցուցանիշների բարձրացում/ նկատվում է միայն I խմբի հիվանդների մոտ (45.7 ± 0.02 մինչ բուժում համեմատած 59.1 ± 0.03 բուժումից հետո ստացված տվյալների հետ):

Հիվանդների առողջության ինքնագնահատականը՝ քուն, աղեստամոքսային տրակտի վիճակ, տեսողություն, հիշողություն և ընդհանուր առողջություն, բացահայտել է հետևյալ պատկերը (նկ.5): Քնի և այլ առողջական խնդիրներ բուժումից առաջ նկատվել են բոլոր հիվանդների մոտ: Հատկանշական է, որ բուժումից հետո I և II խմբերի հիվանդների մոտ այս ցուցանիշները համեմատաբար կայուն են, նկատվում է միայն ($p < 0.2$) ցուցանիշների թույլ աճ, ինչը անկասկած կարող է ազդել այս հիվանդների կյանքի որակի վրա:

Կիրառվող բուժօգնության գնահատման վերաբերյալ, որն իր մեջ ներառում է շփումը բուժող բժշկի, բուժանձնակազմի հետ, կլինիկայի պայմանները, բուժօգնության մատչելիությունը, հիվանդների մեծամասնությունը գրեթե համամիտ էր (նկ.6):



Նկ.5. Հիվանդների ընդհանուր առողջության ինքնագնահատականը

Նկ.6. Հիվանդներին կիրառվող բուժօգնության գնահատականը

Մինչ բուժումը և բուժումից հետո հիվանդները դրական էին գնահատում շփումը բուժող բժշկի և բուժանձնակազմի հետ՝ օգտվելով բարձր միավորներից: Ցածր էին գնահատել կլինիկայի պայմանները, սակայն այդ ցուցանիշները մնում էին կայուն նաև բուժումից հետո: Այս հատվածում առավել ցայտուն տարբերություն նշմարվում էր հիվանդության ծանրության տարբեր աստիճանների հիվանդների պատասխանների միջև՝ I խմբի հիվանդների մոտ միայն ՏԲ-ի պարագայում մինչև բուժում՝ 3.0 ± 0.02 և բուժումից հետո՝ 3.8 ± 0.01 , թեթև ձևի դեպքում մինչև բուժում՝ 32.33 ± 0.01 և բուժումից հետո՝ 35.4 ± 0.01 : II խմբի հիվանդների մոտ մինչև բուժում՝ 34.92 ± 0.02 և բուժումից հետո՝ 35.6 ± 0.02 :

Ամփոփելով վերոգրյալը կարելի է փաստել, որ ԿՈ-ի ցուցանիշները առավել բարձր էին ստուգիչ խմբում ՄԻԱՎ նեգատիվ հիվանդների մոտ: Կիրառվող բուժումը նպաստում է հիվանդների կլինիկալ բարելավումը ցուցանիշների դրական տեղաշարժին, ինչը թույլ է տալիս բարելավել նրանց կյանքի որակը: ՏԲ-ի դեմ պայքարի ծրագրերը հնարավորություն կընձեռնեն բարելավել ՏԲ/ՄԻԱՎ համակցված ախտաբանությամբ հիվանդների կյանքի որակը:

Поступила 27.04.16

Качество жизни пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом

Н.Г. Азизян

Оценка качества жизни пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (ТБ) важна при разработке стратегии и реализации интервенционных программ по лечению, уходу и поддержке людей, живущих с

ВИЧ и ТБ. В данном исследовании мы сравнили качество жизни ВИЧ-позитивных и негативных пациентов с ТБ.

Проведено качественное и количественное исследование пациентов Республиканского противотуберкулезного диспансера Армении за период с 01.01.2011 по 01.07.2012 гг. Исследуемая популяция состояла из 37 больных туберкулезом и 51 ТБ/ВИЧ-инфицированных пациентов. Данные о качестве жизни собирали путем интервью с использованием короткой версии инструмента по качеству жизни для пациентов с ВИЧ Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL HIV). Собранные данные проанализированы с помощью статистического программного обеспечения SPSS 15.0.

ТБ/ВИЧ-инфицированные пациенты имели более низкое качество жизни во всех областях по сравнению с больными ТБ. Распространенность депрессии была выше у ТБ/ВИЧ-коинфицированных людей, чем в группе пациентов с ТБ. Образовательный статус, род занятий и депрессии были статистически значимыми с QoL доменами. Среди пациентов с коинфекцией депрессия была выше в 3.86 раза и влияла на качество жизни.

Программы по борьбе с туберкулезом должны помочь разработать стратегию, направленную на улучшение качества жизни больных туберкулезом с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Депрессия должна быть мишенью для улучшения качества жизни пациентов.

Quality of life of patients with HIV-associated tuberculosis

N.G. Azizyan

Assessing the health related quality of life among TB/HIV co-infected people is of great importance in designing strategies and implementing interventional programs on treatment care and support to people living with HIV and tuberculosis. In this study we have compared the quality of life of HIV positive and negative Armenian patients with TB.

Qualitative-quantitative research was undertaken at the Republican TB Dispensary in Armenia, between 01.01.2011 and 01.07.2012. The study population consisted of 37 TB patients and 51 TB/HIV co-infected patients. Data on quality of life were collected through face to face interviews using the short version of the World Health Organization Quality of Life instrument for HIV clients (WHOQOL HIV). The data were analyzed using SPSS 15.0 statistical software.

TB/HIV co-infected patients had a lower quality of life in all domains compared to TB patients. The prevalence of depression was found higher in TB-HIV co-infected people than TB group. Educational status, occupation and

depression were statistically significant with the QoL domains. Among co-infected patients, depression was 3.86 times more likely to influence QoL.

The TB control program should design strategies to improve the quality of life of TB/HIV co-infected patients. Depression should be targeted for intervention to improve the quality of life of these patients.

Գրականություն

1. *Бойко Е.О.* Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии. Вопросы наркологии, 2008, 5, с. 58–65.
2. *Deribew A., Tesfaye M., Hailmichael Y. et.al.* Tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life. Health and Quality of Life Outcomes, 2009, 7, p.105-109.
3. *Duyan B., Kurt B., Aktas Z. et.al.* Relationship between quality of life and characteristics of patients hospitalized with tuberculosis. Int. J. Tuberc. Lung Dis., 2005, 9(12), p.1361-1366.
4. *Galvão M.T., Cerqueira A.T., Marcondes-Machado J.* Evaluation of quality of life among women with HIV/AIDS using HATQoL. Cad. Saúde Pública, 2004, 20(2), p.430-437.
5. *Granich R., Akolo C., Gunneberg C. et al.* Prevention of tuberculosis in people living with HIV. Clin. Infect. Dis., 2010, 50, suppl. 3, p.215-222.
6. *Lemos L.de A., Feijão A.R., Marli E.G. et al.* Quality of life aspects of patients with HIV/tuberculosis co-infection. Acta Paul. Enferm., 2012, 25(Special Issue 1), p.41-47.
7. *O'Connel K., Skevington S., Saxena S.* Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. Social Science & Medicine, 2003, 57, p.1259-1275.
8. *Reis R.K., Haas V.J., Santos C.B. et al.* Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. Rev. Latinoam. Enferm., 2011; 19(4):874-81.
9. *Timilsina S., Regmi K.* Assessing quality of life and depression among people living with HIV/AIDS and TB-HIV coinfection in Kathmandu, Nepal //saarc j. tuber. lung dis. HIV/AIDS, 2014, vol.XI(2), p.7-14.
10. WHOQOL-HIV INSTRUMENT. THE 120 QUESTIONS WITH RESPONSE SCALES & 38 IMPORTANCE ITEMS. Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2002.