

способности к самостоятельному передвижению 2 или 3 степени [142].

Установлено, что нарастание дыхательной недостаточности сопровождается утяжелением характера течения заболевания как при ПБ, так и при ХОБЛ ($p < 0.001$). При этом статистически достоверной взаимосвязи между частотой обострений заболевания и дыхательной недостаточностью при ПБ не установлено. У больных ХОБЛ, имеющих 5 и более обострений заболевания в течение года, отмечается нарастание степени тяжести дыхательной недостаточности ($p < 0.05$). При ПБ нарастание степени дыхательной недостаточности сопровождается увеличением числа лиц с такими осложнениями, как эмфизема легких ($p < 0.001$), диффузный пневмосклероз ($p < 0.05$), хроническое легочное сердце в стадии субкомпенсации ($p < 0.001$) и декомпенсации ($p < 0.05$). При ХОБЛ наличие эмфиземы легких не влияет на степень выраженности дыхательной недостаточности ($p > 0.1$), тогда как доля лиц с пневмосклерозом достоверно увеличивается ($p < 0.05$) при утяжелении функциональных нарушений со стороны органов дыхания. Статистически достоверной зависимости между степенью выраженности дыхательной недостаточности и хроническим легочным сердцем при ХОБЛ не установлено. Нарастание дыхательной недостаточности при обеих нозологических формах приводит к увеличению числа больных с более тяжелыми проявлениями ограниченной жизнедеятельности ($p < 0.001$), а также к возникновению социальной недостаточности ($p < 0.001$).

3.5. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БРОНХИТА И ХОБЛ

Оценка качества жизни проводилась с помощью краткой формы опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанной J.E. Ware с соавторами в 1988 году [215], в компьютерном варианте. Всего опрошено 88 пациентов, из них больных профессиональным бронхитом – 53 чел., больных ХОБЛ – 35 чел.