

# Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой

А.Б. Строк<sup>1</sup>, С.Б. Баширова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> — Кафедра клинической фармакологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава

<sup>2</sup> — Кафедра внутренних болезней №4 ДГМА

Одним из основных аспектов в лечении больных с бронхиальной астмой (БА) является поддержание адекватного контроля над течением заболевания, то есть достижение состояния, позволяющего больному чувствовать себя практически здоровым. Существуют данные о корреляции тяжести БА со степенью снижения качества жизни пациентов в различных популяциях. Нестабильность течения заболевания может способствовать значительным по времени пропускам занятий в школе у детей, у взрослых - отсутствию на работе, может повредить карьере больного. Основные расстройства могут сами по себе вызвать недомогание, особенно когда их развитие непредсказуемо.

Уровень контроля над течением БА в свою очередь влияет на психо-эмоциональную сферу пациента, возможность выполнения физических нагрузок, на социальную адаптацию пациента в целом, то есть на качество жизни больного с астмой.

Общепринятого определения качества жизни в настоящее время не существует. Всемирной Организацией Здравоохранения была проделана большая исследовательская работа по выработке основополагающих критериев качества жизни и предложена следующая характеристика: **«Качество жизни понимается как уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни (своим физическим, психологическим и социальным состоянием), на которые влияют болезни, несчастные случаи или их лечение, а также оценка больным тех негативных изменений, которые произошли или могут произойти в результате этих заболеваний».**

Под качеством жизни можно понимать степень комфортности человека внутри себя и в рамках своего общества.

Понятие «качество жизни» является многофакторным, т.е. включает в себя множество компонентов; среди них были выделены следующие:

1. медицинские аспекты качества жизни, под которыми понимается влияние самого заболевания, его симптомов и признаков; ограничение функциональной способности, наступающее в результате заболевания; а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного;

2. психологические аспекты, под которыми в первую очередь понимается субъективное отно-

шение человека к своему здоровью; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению;

3. социально-экономические аспекты, отражающие степень участия человека в социальной жизни общества, его социальная значимость.

Существует большое количество инструментов и методик для оценки качества жизни. Все они представляют собой опросники и шкалы, позволяющие получить количественное выражение в баллах по разным аспектам качества жизни. Изучение качества жизни может быть использовано как для одномоментной оценки состояния пациента, так и для динамической оценки, например при определении эффективности лечения.

В оценке эффективности лечения пациентов с БА используются объективные критерии, основанные на показателях функции внешнего дыхания: динамики  $ОФВ_1$  - объема форсированного выдоха за 1-ю секунду; динамики ПСВ - пиковой скорости выдоха. Вместе с тем, важным дополнительным критерием является и субъективная оценка пациентом качества жизни. Помощь в оценке качества жизни больных с БА оказывают опросники - SF-36 (Measures of Sickness short-form general health survey), PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), Nottingham Health Profile, включающим 45 пунктов), визуальные аналоговые шкалы для оценки общего состояния здоровья (например, Sickness Impact Profile, включающая 136 пунктов или шкала в опроснике EQ-5D). Также существует компромисс между длинными опросниками и более сжатыми инструментами определения здоровья. Анализ результатов опроса больных с БА позволяет оценить степень выраженности симптомов и влияние заболевания на ограничение нормальной жизнедеятельности пациента.

Метод PRISM является графическим методом самооценки больными текущего воздействия болезни. Он позволяет раздельно оценить значимость для больного отдельных симптомов заболевания как соматического, так и психопатологического круга.

Визуальная аналоговая шкала целесообразна для оценки одышки с целью количественного

мониторинга тяжести течения БА у отдельных пациентов в случае, когда другие, более объективные тесты недоступны.

Опросник общего состояния здоровья SF-36 был разработан в Центре изучения медицинских результатов США в 1992 г. др. John Ware Cathy Donald Sherboynг. Он рассчитан на пациентов от 14 лет и старше. SF-36 состоит из 36 пунктов, отражающих 8 основных шкал (физическое функционирование, ролевая деятельность, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Исследование с использованием опросника SF-36 у пациентов БА разной степени тяжести показало, что большинство ответов на вопросы коррелирует с тяжестью БА (табл.1).

*Таблица 1*

**Критерии качества жизни опросника SF-36**

Критерий		Корреляционная связь с тяжестью БА
ФА	Физическая активность	прямо пропорциональная
РФ	Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	обратно пропорциональная
ТБ	Телесная боль	обратно пропорциональная
ОЗ	Общее здоровье	прямо пропорциональная
ЖС	Жизнеспособность	прямо пропорциональная
СА	Социальная активность	прямо пропорциональная
РЭ	Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	обратно пропорциональная
ПЗ	Психическое здоровье	прямо пропорциональная.
СС	Сравнение самочувствия с предыдущим годом	прямо пропорциональная

В 2003 году были опубликованы данные крупномасштабного исследования качества жизни в России у 2051 больных с БА (ИКАР). Полученные среднепопуляционные значения показателей качества жизни имели существенные различия по сравнению с аналогичными параметрами, характерными для США. В целом российские среднепопуляционные показатели качества жизни были на 10-20% ниже по сравнению с референтными значениями, полученными у жителей США. Наибольшие различия касались таких параметров, как «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности», «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» и «общее здоровье». При этом нужно отметить, что вообще существуют значительные различия между среднепопуляционными значениями, характерными для разных стран. Наиболее высокие значения были получены в скандинавских стра-

нах (Дании, Норвегии), США, странах Западной Европы; существенно более низкие – в странах Центральной и Восточной Европы (Румынии, Хорватии). В целом российские значения соответствуют таковым, характерным для Восточной Европы.

Целью нашего исследования была оценка качества жизни больных с тяжелой БА на фоне проводимой базисной терапии высокой дозой ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС).

Для этого в открытое исследование было включено 70 амбулаторных больных (22 мужчины и 48 женщин) обоего пола, в возрасте от 31 до 70 лет (средний возраст составил  $54,4 \pm 1,6$  года), с подтвержденным на момент начала исследования диагнозом БА тяжелого течения, находящиеся на терапии ИГКС в высокой дозе в г. Москве. Средняя длительность БА в исследуемой группе составила 7,9 лет. Исходные показатели функции внешнего дыхания составили:  $ОФВ_1$   $57,2 \pm 4,2\%$  от должного, утренние значения ПСВ  $256,1 \pm 14$  л/мин, что соответствует тяжелой степени БА.

Для оценки качества жизни пациентов с БА применялся анализ данных опросника SF-36 и визуально-аналоговой шкалы опросника EQ-5D (табл. 2).

*Таблица 2*

**Критерии качества жизни опросника SF-36 у больных с тяжелой БА**

Критерий		Результат без терапии (по данным исследования ИКАР)	Результат лечения ИГКС в высокой дозе
ФА	Физическая активность	$42,4 \pm 4,1$	$62,9 \pm 3,8$
РФ	Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$17,6 \pm 4,4$	$32,6 \pm 3,5$
ТБ	Боль	$58,3 \pm 5,8$	$59,0 \pm 4,5$
ОЗ	Общее здоровье	$37,4 \pm 4,2$	$50,6 \pm 3,9$
ЖС	Жизнеспособность	$31,3 \pm 3,2$	$51,4 \pm 4,7$
СА	Социальная активность	$48,6 \pm 4,5$	$61,5 \pm 3,6$
РЭ	Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$37,0 \pm 8,2$	$36,8 \pm 3,1$
ПЗ	Психическое здоровье	$40,3 \pm 4,0$	$58,4 \pm 4,2$
СС	Сравнение самочувствия с предыдущим годом	Нет данных	$57,2 \pm 4,3$

Среднее значение визульно-аналоговой шкалы опросника EQ-5D с градацией от 0 до 100 баллов самооценки состояния здоровья составило 64,6 у исследуемых больных с тяжелой БА.

По данным табл. 2, можно утверждать, что БА значительно снижает уровень качества жизни больных по всем критериям опросника SF-36. Наибольшие неблагоприятные изменения наблюдаются по шкалам «роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности» и «роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности». Необходимо отметить, что показатели качества жизни опросника SF-36 в исследовании ИКАР у больных с тяжелой БА, не получавших базисной терапии, значительно ниже показателей, характеризующих физическую активность, общее здоровье, жизнеспособность, социальную активность у больных на фоне базисной терапии ИГКС. Однако показатель, характеризующий «роль эмоциональ-

ных проблем в жизнедеятельности» практически не зависит от присутствия лечения у пациентов с тяжелой БА.

### Вывод

Таким образом, показатели качества жизни отражают тяжесть неблагоприятного воздействия БА при ее тяжелой форме течения на физические и эмоциональные аспекты жизнедеятельности пациентов. Базисная терапия высокими дозами ИГКС позволяет улучшить качество жизни больных с тяжелой БА, повышая их физическую и социальную активность, психическое здоровье.

### Литература

1. Gupta D., Aggarwal A.N., Subalaximi M.V., Jindal S.K. Assessing severity of asthma: spirometric correlates with visual analogue scale (VAS). *Indian J. Chest Dis Allied Sci* 2000; 42:95-100.
2. Bousquet J., Knani J., Dhivert H., Richard A., Chicoye A., Ware JE Jr., Michel F.B. Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* - 1994. - Vol. 149, © 2, Pt 1. - P. 371-375.
3. Stewart A.L., Hays R.D., Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population // *Med. Care.* — 1988. — Vol. 26, © 7. - P. 724-735.
4. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В., Смирнов Н.А., Алексеева Я.Г. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования. // «Пульмонология» 2003, №5.
5. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Овчаренко С.И., Королева И.А. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: можем ли мы ожидать большего? (Результаты национального исследования ИКАР-ХОБЛ) // «Пульмонология» 2006, №5.