

УДК 615.248-036.65:615.036.2

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Галимова Е.С.*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, e-mail: galimovov@mail.ru*

Изучены показатели качества жизни у 42 больных бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого течения, протекающей на фоне заболеваний пищеварительного тракта, поступивших на стационарное лечение в связи с обострением заболевания. Анкетирование проводилось с помощью специальных вопросников AQLQ и SGRQ на 2–3 дни госпитализации и после проведенного лечения. Выявлено значительное снижение показателей качества жизни у больных бронхиальной астмой в период обострения заболевания. После проведенного лечения показатели качества жизни существенно возросли. В конце госпитализации наблюдается обратная корреляционная связь между длительностью заболевания и шкалами качества жизни. Помимо уменьшения симптомов заболевания и положительной динамики показателей функции легких достижение ремиссии БА сопровождается значительным улучшением качества жизни пациентов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, качество жизни

QUALITY OF LIFE STUDY IN PATIENTS WITH ASTHMA DURING INFLAMMATION

Galimova E.S.*Bashkirsk State Medikal University, Ufa, e-mail: galimovov@mail.ru*

Aiming to estimate quality of life scales in 42 patients with mild and severe asthma hospitalized for exacerbation period. Specialized questionnaires (AQLQ, SGRQ) were used to evaluate life quality. All patients with asthma during exacerbation had lower values of life scales than healthy. After treatment, in 15–25 days, means of scales were higher, but values of physical and psychological health were lower than in mild asthma. Duration of diseases effected on quality of life values during period of remission. The study revealed that asthma control lead not only to improvement of clinical symptoms and positive changes in the respiratory function, but to significant increase of life quality as well.

Keywords: bronchial asthma, life quality

Бронхиальная астма (БА) остается одним из наиболее тяжелых заболеваний системы органов дыхания. По данным Европейского сообщества пульмонологов, ее распространенность в России составляет 5–8% в общей популяции, причем 20% больных страдают этим заболеванием в тяжелой форме, нередко БА протекает на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЗЖКТ) [6]. Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получившим в последние годы широкое распространение, является качество жизни [1, 2, 3, 4]. Качество жизни (КЖ) – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Исследование КЖ дает представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние пациента [5]. БА как хроническое заболевание, склонное к прогрессированию и протекающее с обострениями, оказывает негативное воздействие на все стороны жизни больного [7]. Для более эффективного взаимодействия врача и пациента необходимо знание тех сфер жизнедеятельности человека, которые более всего страдают в связи с этим заболеванием.

Цель исследования – изучить качество жизни больных с обострением бронхиальной астмы среднетяжелого течения и его динамику на стационарном этапе лечения.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 42 больных БА сочетанной с ЗЖКТ (32 женщины и 10 мужчин) в возрасте от 36 до 70 лет, поступившие на стационарное лечение в нашей клинике в связи с обострением заболевания. Все пациенты страдали бронхиальной астмой среднетяжелого течения (БАСТ). В исследуемой группе 11 пациентов страдали аллергической формой БА, 10 – смешанной и 21 – неаллергической БА. Диагноз бронхиальной астмы и тяжесть заболевания выставлялись в соответствии с рекомендациями «Глобальной стратегии по бронхиальной астме» (GINA 2008). На поликлиническом этапе большинство пациентов (70%) получали базисную терапию: 19 пациентов (47%) – ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), 9 (23%) – комбинированную терапию (ИГКС + b2-агонисты длительного действия). Продолжительность обострения у большинства больных составляла более суток.

Контрольную группу составили 42 практически здоровых респондента в возрасте 36–70 лет, 34 женщины, 8 мужчин, средний возраст – 44,9 лет.

При госпитализации у пациентов отмечались приступы удушья, кашель, свистящее дыхание, снижение или отсутствие эффекта от ингаляционных (b2-агонистов короткого действия, ограничение физической активности, частые ночные симптомы БА, снижение пиковой скорости выдоха (ПСВ) с суточными колебаниями более 30%. Обследование больных

БА проводилось в соответствии с принципами GINA и «Стандартами оказания медицинской помощи больным БА», предусматривающими проведение клинического обследования, спирографии, пикфлоуметрии, электрокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки. Во время пребывания в стационаре пациенты получали комплексное лечение, включавшее ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), небулайзерную терапию (ингаляции с беротеком или беродуалом), пролонгированные теофиллины, при необходимости – системные глюкокортикостероиды.

Пациенты заполняли специальные вопросники по КЖ – «Респираторную анкету» (SGRQ) и «Asthma Quality of Life Questionnaire» (AQLQ) на 2–3 дни госпитализации (после уменьшения симптомов дыхательной недостаточности) и на 15–25 дни госпитализации (после проведенного лечения).

Вопросник AQLQ, разработанный профессором E. Juniper (Канада, 1992) специально для больных БА, содержит 32 вопроса, сгруппированных в 4 раздела (симптомы астмы, активность, окружающая среда, эмоции), обладает высокой чувствительностью и может применяться для оценки КЖ при обострении заболевания, а также контроля эффективности проводимого лечения. Ответы на вопросы оцениваются в баллах по шкале Ликерта от 1 (максимальное негативное влияние симптомов БА на КЖ) до 7 (отсутствие негативного влияния БА на КЖ пациента). Наименьшим клинически значимым изменением является 0,5 балла.

Вопросник SGRQ состоит из 76 вопросов. Первая часть «Симптомы» состоит из 8 вопросов, ответы на которые позволяют оценить выраженность кашля, одышки, свистящего дыхания, частоты и продолжительности обострений, происходивших в течение последнего года. Вторая часть «Ограничение активности» позволяет оценить степень ограничения физической активности, обусловленную симптомами заболевания. Третья часть «Влияние» измеряет психосоциальные последствия бронхиальной астмы. Домен «Общее качество жизни» отражает общее негативное влияние заболевания на здоровье. Оценка каждого показателя после перекодировки «сырых баллов» производится по 100-балльной шкале, при этом, чем выше балл, тем более негативное влияние оказывает болезнь на КЖ пациента. Минимальным клинически значимым различием считается изменение любого показателя не менее, чем на 4 балла.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с БАСТ при поступлении в стационар наблюдались ежедневные симптомы астмы, ограничивающие активность и нарушающие сон. Число ночных пробуждений в среднем составило 1,37 раза за ночь. Потребность в приеме b_2 -агонистов короткого действия у 34 пациентов была $5,7 \pm 2,0$ ингаляций в сутки, у 6 человек она превышала 12 ингаляций в сутки (в среднем $14,5 \pm 3,1$), что сопровождалось клиническими признаками передозировки адреномиметиков: подъемом артериального давления, тремором, тахикардией, экстрасистолией. Отмечалось снижение ОФВ₁ ($57,0 \pm 12,2\%$

должной), ПСВ ($54,2 \pm 15,6\%$ должной) с существенными колебаниями более 30 %.

Исследование КЖ при помощи вопросника AQLQ выявило низкие исходные значения всех шкал КЖ. Пациенты отмечали ограничения в своей повседневной деятельности (значение шкалы «активность» составило $2,93 \pm 0,2$ балла); страдали от симптомов болезни ($2,29 \pm 0,16$ балла); испытывали стресс вследствие удушья, приступов затрудненного дыхания, одышки, кашля (шкала «эмоции» – $2,67 \pm 0,23$ балла); тяжело переносили негативное влияние факторов окружающей среды ($3,73 \pm 0,35$ балла). Результаты ответов на респираторную анкету SGRQ также показали низкие исходные значения всех доменов КЖ.

Больным БА сочетанной с ЗЖКТ средней тяжести в течение 15–25 дней проводилось комплексное лечение, включавшее применение ИГКС, небулайзерную терапию с растворами бронхолитиков, пролонгированные теофиллины. По показаниям, при затяжных приступах удушья больным в первые дни назначались системные глюкокортикостероиды внутривенно капельно либо перорально; проводилась оксигенотерапия. В результате лечения у пациентов отмечено улучшение общего самочувствия, уменьшение симптомов БА, снижение потребности в b_2 -агонистах короткого действия до $0,72$ ингаляций в сутки, числа ночных пробуждений до $1,12$ раз в неделю. ОФВ₁ к концу госпитализации составил $86,2 \pm 6,9\%$, ПСВ – $81,5 \pm 12,4\%$ должной. Анализ результатов исследования КЖ после лечения с помощью вопросника AQLQ свидетельствует о значительном улучшении показателей КЖ у больных БАСТ. Одновременно со снижением выраженности симптомов заболевания (шкала «симптомы» изменилась с $2,29 \pm 0,16$ баллов до лечения до $4,52 \pm 0,26$ после лечения; $p < 0,001$) возросли показатели физической активности (соответственно $2,93 \pm 0,2$ и $5,17 \pm 0,24$ балла; $p < 0,001$). У пациентов повысилось настроение, уменьшились озабоченность по поводу болезни, тревога из-за приступов удушья, опасение остаться без необходимых лекарств (шкала «эмоции» возросла с $2,67 \pm 0,23$ балла до лечения до $4,59 \pm 0,21$ после лечения; $p < 0,001$); уменьшилось влияние негативных факторов окружающей среды (табачного дыма, пыли, резких запахов, средств парфюмерии, неблагоприятных метеорологических условий) – шкала «окружающая среда» составила в группе БАСТ после лечения $5,36 \pm 0,3$ балла (до лечения – $3,48 \pm 0,54$; $p < 0,001$).

По данным вопросника SGRQ, также была отмечена существенная положительная динамика КЖ у больных БА сочетанной с ЗЖКТ среднетяжелого течения. Активность больных под влиянием лечения возросла более, чем в 2 раза (шкала «симптомы» изменилась с $84,77 \pm 5,12$ балла до лечения до $35,84 \pm 3,8$ после лечения; $p < 0,001$). Если изначально заболевание легких считали самой большой проблемой в жизни 48 % больных, то после проведенного лечения – только 5 %, а 43 % респондентов показали, что заболевание легких вызывает у них мало проблем. Легочное заболевание до лечения мешало активной деятельности у 90 % больных, а после лечения – 48 %. В результате проведенного лечения значительно уменьшились психосоциальные последствия БА: если до лечения шкала «влияние» составляла $80,18 \pm 4,83$ балла, то после лечения – $20,98 \pm 7,7$; $p < 0,001$ (в вопроснике SGRQ, в отличие от AQLQ, чем выше значения шкалы КЖ, тем хуже КЖ). При ответах на вопросы, касающиеся влияния болезни на повседневную жизнь, 86 % пациентов при поступлении в стационар отметили, что их беспокоит кашель и затрудненное дыхание в общественных местах, 91 % – проблемы с дыханием мешают членам семьи, 81 % – легочное заболевание их сильно ослабило. После лечения эти проблемы оставались соответственно у 19, 14 и 14 % больных БА сочетанной с ЗЖКТ среднетяжелого течения. До лечения 71 % больных утверждали, что пугаются или впадают в панику, если ощущают неспособность справиться с затруднением дыхания, 81 % – не справляются со своим заболеванием. После лечения все больные преодолели эти проблемы. При ответе на вопросы, касающиеся медицинского обслуживания, до начала лечения 86 % пациентов полагали, что лекарства им не очень помогают, после лечения – только 5 %. Две трети больных с обострением БА (67 %) стеснялись принимать лекарства в общественных местах, после лечения такой ответ был дан только в 29 % случаев. Считали, что лекарства вызывают неприятные побочные эффекты 71 % пациентов, после лечения с этим согласились лишь 14 % больных. 76 % пациентов воспринимали прием лекарств как серьезную жизненную обузу, тогда как после лечения – только 29 %. После проведенной терапии существенно возросли не только психологические и социальные возможности больных, но и их физическая активность. Так, если до лечения 91 % пациентов с БА сочетанной с ЗЖКТ среднетяжелого течения беспокоило то, что они передвигались медленнее других людей или останавлива-

лись для отдыха, а 95 % больных затрачивали на домашнюю работу больше времени, то после лечения эти проблемы беспокоили 33 % и 14 % больных соответственно. До лечения все больные ответили, что затрудненное дыхание мешает им подниматься по лестнице с вещами, заниматься работой в саду, ходить за продуктами, тогда как после лечения эти жалобы предъявили только 44 % больных. Общая оценка качества жизни до лечения составила $80,64 \pm 3,94$ балла, после – $34,26 \pm 3,6$ ($p < 0,001$). Таким образом, в группе больных БА сочетанной с ЗЖКТ среднетяжелого течения отмечена положительная динамика не только клинико-функциональных данных, но и всех показателей качества жизни.

При сравнении показателей КЖ между группами с различной длительностью заболевания с помощью вопросника AQLQ в группе БА сочетанной с ЗЖКТ до лечения достоверные различия отмечены между группами больных БА сочетанной с ЗЖКТ с продолжительностью болезни до 1 года и более 10 лет по шкале «эмоции» (соответственно $2,4 \pm 0,4$ баллов и $3,02 \pm 0,3$; $p < 0,05$). Пациенты, страдающие астмой менее года, испытывали больший стресс в связи с обострением заболевания, но в конце лечения справились с этой проблемой. После проведенного лечения были выявлены различия в показателях физической активности между группами БА сочетанной с ЗЖКТ с длительностью заболевания меньше года и от года до 10 лет ($5,6 \pm 0,5$ балла и $4,98 \pm 0,4$; $p < 0,05$). Выраженность симптомов заболевания больше снизилась в группе пациентов с БА сочетанной с ЗЖКТ с длительностью заболевания меньше года по сравнению с группами от года до 10 лет и свыше 10 лет.

Были выявлены различия значений шкалы «симптомы» между группой больных БА сочетанной с ЗЖКТ до лечения со сроком заболевания менее 1 года и группами пациентов с БА сочетанной с ЗЖКТ с продолжительностью болезни от года до 10 лет и свыше 10 лет (вопросник SGRQ). После проведенного лечения выявлены различия между группой пациентов с БА сочетанной с ЗЖКТ с длительностью заболевания до года и группами больных БА сочетанной с ЗЖКТ, страдающими болезнью от года до 10 лет и свыше 10 лет по шкалам «активность», «влияние», «общее качество жизни». При исследовании корреляции шкал КЖ в группе больных БА среднетяжелого течения до лечения по вопроснику AQLQ отмечена прямая корреляционная зависимость для шкалы «активность» ($r = 0,4$; $p < 0,01$); после лечения – для шкал «сим-

птомы» ($r = 0,44$; $p = 0,004$), «окружающий мир» ($r = 0,33$; $p = 0,04$).

Анализ корреляционных связей между ПСВ и доменами респираторной анкеты SGRQ в группе БА сочетанной с ЗЖКТ до лечения выявил обратную корреляционную зависимость для шкал «влияние» ($r = -0,32$; $p = 0,04$) и «общее качество жизни» ($r = -0,34$; $p = 0,03$); после проведенного лечения – для шкал «симптомы» ($r = -0,32$; $p = 0,04$) и «активность» ($r = -0,36$; $p = 0,02$).

Применение двух специальных вопросников – AQLQ и SGRQ у пациентов с обострением бронхиальной астмы дает возможность представить подробную характеристику шкал КЖ.

Таким образом, результаты исследования показали, что специальные вопросники AQLQ и SGRQ являются чувствительными инструментами исследования КЖ, позволяющими оценить (наряду с клиническими и функциональными показателями) эффективность лечения у пациентов с обострением бронхиальной астмы.

Выводы

1. Специальные вопросники AQLQ и SGRQ позволяют оценить КЖ у больных с обострением бронхиальной астмы в процессе стационарного лечения и являются чувствительными инструментами для оценки проведенного лечения.

2. Выявлено значительное снижение показателей качества жизни у больных БА сочетанной с ЗЖКТ в период обострения заболевания.

3. Комплексное стационарное лечение пациентов с бронхиальной астмой среднетяжелого течения, наряду с улучшением клинико-функциональных показателей, приводит к достоверному повышению физической

активности, уменьшению симптомов и психосоциальных проявлений заболевания.

4. В период обострения заболевания показатели качества жизни были низкими, независимо от длительности заболевания, кроме шкалы «симптомы» (SGRQ). В конце госпитализации наблюдается усиление обратной корреляционной связи между длительностью заболевания и доменами качества жизни.

Список литературы

1. Долинина Л.Ю. Качество жизни больных бронхиальной астмой и его динамика на фоне терапии комплексными гомеопатическими препаратами / Л.Ю. Долинина, О.А. Суховская, В.И. Трофимов // Болезни органов дыхания. – СПб., 2008. – №1. – С. 46–52.
2. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Изд-во «Атмосфера», 2004. – 256 с.
3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.Н. Ионова. – СПб.: Издательский дом «Нева», М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 320 с.
4. Суховская О.А. Сравнительное исследование качества жизни здоровых и больных бронхиальной астмой / О.А. Суховская, И.А. Гобенко // Исследования качества жизни в медицине. – СПб., 2000. – С. 131–133.
5. Чучалин А.Г. Респираторная медицина: руководство в 2-х т. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007.
6. Global strategy for asthma management and prevention (revised 2008), www.ginaasthma.org.
7. Thwaites R.M., Price M.S. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов // Пульмонология. – 1998. – №3. – С. 19–23.

Рецензенты:

Муталова Э.Г., д.м.н, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии №1, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа;

Файзуллина Р.М., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа.

Работа поступила в редакцию 23.11.2011.