

На правах рукописи

ЕЖОВА Галина Юрьевна

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
В ПРОЦЕССЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

14.01.04 – внутренние болезни

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Уфа – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель: Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор
Загидуллин Шамиль Зарифович

Научный консультант: доктор биологических наук
Суховская Ольга Анатольевна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Волевач Лариса Васильевна,
доктор медицинских наук, профессор
Игнатова Галина Львовна

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится «_22___» декабря 2010 г. в _10:00___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.03 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3).

Автореферат разослан «___» ноября 2010 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Г.Х. Мирсаева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Бронхиальная астма (БА) остаётся одним из самых тяжёлых заболеваний болезней органов дыхания. По данным Европейского сообщества пульмонологов, её распространённость в России составляет 5–8% в общей популяции, причем 20% больных страдают этим заболеванием в тяжёлой форме (Чучалин А.Г., 2008).

Одним из критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получившим в последние годы широкое распространение, является качество жизни (Гурылёва М.Э., 2008; Новик А.А., Ионова Т.И., 2008; Суховская О.А., 2008; Игнатова Г.Л., 2010).

Качество жизни (КЖ) – интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможности выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. Исследование КЖ даёт представление о физическом, психологическом и социальном функционировании больного и позволяет оценить влияние заболевания на состояние больного (Чучалин А.Г., 2008).

Основным методом определения качества жизни является использование различных вопросников. Общие вопросники рассчитаны на оценку КЖ в группах здоровых или больных, независимо от нозологической формы, например, вопросник SF-36 или анкета ВОЗ КЖ-100. Специальные вопросники предназначены для изучения конкретных заболеваний, например вопросник для больных бронхиальной астмой AQLQ или респираторная анкета госпиталя Св. Георгия (SGRQ). КЖ больных БА является предметом интенсивных исследований (Гурылёва М.Э., 2008; Емельянов А.В., 2008; Суховская О.А., Трофимов В. И., 2008).

Представляется актуальным исследование качества жизни пациентов с обострением БА, его динамики на стационарном этапе лечения. Для решения этих задач в нашем исследовании были использованы общий вопросник ВОЗ КЖ-100, являющийся наиболее чувствительным из всех общих вопросников

к изменению КЖ за короткий интервал времени в 2–3 недели, а также специальные вопросники для больных БА AQLQ и SGRQ.

Цель исследования. Расширить арсенал диагностических критериев бронхиальной астмы в фазе обострения в динамике стационарного лечения за счет комплексной оценки показателей общего и специального вопросников, отражающих различные аспекты качества жизни больных.

Задачи исследования:

1. Провести сопоставление показателей шкал качества жизни больных с обострением бронхиальной астмы с группой практически здоровых лиц (общий вопросник ВОЗ КЖ-100) и расчетным максимумом (специальные вопросники AQLQ и SGRQ).

2. Оценить динамику качества жизни пациентов с обострением бронхиальной астмы с помощью вопросников ВОЗ КЖ-100, AQLQ и SGRQ.

3. Выявить особенности психосоциального и физического компонентов качества жизни больных бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести, возраста больных и длительности заболевания.

4. Показать взаимосвязь между функцией внешнего дыхания и качеством жизни больных бронхиальной астмой.

5. Изучить влияние небулайзерной терапии растворами бронхолитиков при обострении бронхиальной астмы на качество жизни пациентов.

6. Проанализировать возможности общего вопросника ВОЗ КЖ-100 и специальных вопросников AQLQ и SGRQ для изучения качества жизни пациентов с обострением бронхиальной астмы на стационарном этапе.

Научная новизна. Впервые у больных с обострением БА среднетяжёлого и тяжёлого течения исследованы значения доменов качества жизни в период госпитализации посредством общего вопросника качества жизни ВОЗ КЖ-100 и специальных вопросников AQLQ и SGRQ.

Показано выраженное негативное влияние обострения БА на физическое, психологическое и социальное функционирование пациентов. Установлены особенности доменов КЖ больных с обострением БА, отражающих физический

и психосоциальный статус в зависимости от тяжести течения БА, возраста пациентов и длительности заболевания.

Выявлено значительное улучшение физического и психосоциального компонентов КЖ в процессе стационарного лечения обострения БА. Установлено положительное влияние небулайзерной терапии растворами бронхолитиков в составе комплексной терапии, наряду с повышением эффективности лечения больных, на показатели качества жизни.

Практическая значимость. Результаты исследования рекомендуется использовать на стационарном и поликлиническом этапах лечения больных БА для оценки и коррекции социальных, эмоциональных и физических последствий заболевания и проводимого лечения. Целесообразно, наряду с клиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями, совместное применение общего вопросника ВОЗ КЖ-100 и специальных вопросников AQLQ и SGRQ при экспертной оценке новых лекарственных препаратов и методик лечения у пациентов с обострением бронхиальной астмы на стационарном этапе.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Показатели качества жизни больных среднетяжёлой и тяжёлой бронхиальной астмой в период обострения воспалительного процесса значительно снижены. Комплексное стационарное лечение больных с обострением бронхиальной астмы, наряду с улучшением их клинико-функционального состояния, приводит к улучшению показателей качества жизни, как общего, так и специальных вопросников.

2. У пациентов с тяжелым течением БА по сравнению с больными БА среднетяжелого течения отмечены более низкие значения шкал качества жизни. В группе пациентов старшего возраста с обострением бронхиальной астмы среднетяжелого течения длительность заболевания и возраст оказывают негативное влияние на качество жизни.

3. Установлены корреляционные связи между показателями функции внешнего дыхания и значениями шкал качества жизни общего и специальных вопросников, более выраженные у молодых пациентов и в конце лечения.

4. Небулайзерная терапия растворами бронхолитиков на фоне комплексного лечения обострения бронхиальной астмы, наряду с улучшением клинико-функциональных показателей, приводит к повышению значений шкал качества жизни общего и специального вопросников.

5. Общий вопросник ВОЗ КЖ-100 и специальные вопросники AQLQ и SGRQ позволяют оценить КЖ больных с обострением БА в процессе стационарного лечения и являются чувствительными инструментами для оценки проводимого лечения.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на научно-практической конференции молодых учёных Республики Башкортостан «Медицинская наука – 2005» (Уфа, 2005), конференции учёных Республики Башкортостан «Научный прорыв – 2005» (Уфа, 2005), 15-м, 16-м и 20-м Национальных конгрессах по болезням органов дыхания (Москва, 2005; Санкт-Петербург, 2006; Москва, 2010), Российской научно-практической конференции «Терапевтические проблемы пожилого человека» (Санкт-Петербург, 2009), на проблемной комиссии БГМУ «Внутренние болезни» (Уфа, ноябрь 2010).

Внедрение в практику. Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ), кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии и подготовки интернов терапевтического профиля ИПО БГМУ; кафедры терапии и сестринского дела с уходом за больными БГМУ.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликованы 13 работ, из них 5 журнальных статей, в том числе 1 – в рецензируемом научном журнале, рекомендованном ВАК РФ.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 173 страницах машинописного текста, иллюстрирована 71 таблицей и 10 рисунками. Диссертация написана в традиционном стиле и состоит из введения, 5 глав, обсуждения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический список

включает в себя ссылки на 251 источник литературы (111 отечественных работы и 140 работ зарубежных авторов).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Исследование обобщает результаты обследования 107 больных с обострением БА среднетяжёлого и тяжёлого течения в возрасте от 18 до 70 лет, из них 66 (61,8%) женщин, 41 (38,2%) мужчин, поступивших на стационарное лечение в аллергологическое отделение ГКБ № 21 г. Уфы.

Постановка диагноза «бронхиальная астма» и определение степени тяжести и стадии заболевания проводилась в соответствии с рекомендациями GINA-2002–2006. Из исследования исключались пациенты, имеющие злокачественные новообразования, острые заболевания, перенесшие в течение последних 4 недель оперативное вмешательство, принимающие психотропные препараты. Все пациенты дали информированное согласие на включение в исследование. Комплексное обследование больных включало изучение жалоб больного и анамнеза жизни и заболевания, клиническое обследование с внесением демографических и клинических данных в индивидуальную регистрационную карту; проведение спирографии в начале и в конце госпитализации, электрокардиографии, рентгенографии органов грудной клетки. Все пациенты в процессе лечения дважды в день проводили пикфлоуметрию.

Больные заполняли общий вопросник качества жизни ВОЗ КЖ-100, а также специальные вопросники AQLQ и SGRQ на 2–3 дни госпитализации и в конце лечения. Вопросник качества жизни ВОЗ КЖ-100 разработан ВОЗ и содержит 100 вопросов, объединённых в 6 шкал (сфер), каждая из которых, в свою очередь, включает от 3 до 8 субсфер (всего 24 субсферы) по 4 вопроса. В отличие от более распространённого вопросника SF-36, отражающего изменения состояния респондента при исследовании с интервалом не менее 4 не-

дель, вопросник ВОЗ КЖ-100 позволяет оценить динамику качества жизни за промежутки в 2 недели и применять его на стационарном этапе.

Вопросник AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire), разработанный профессором E. Juniper (1992) специально для больных БА, содержит 32 вопроса, сгруппированные в 4 раздела: симптомы астмы, активность, окружающая среда, эмоции. 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).

Вопросник SGRQ состоит из 76 вопросов, объединенных в 4 шкалы – симптомы, ограничение активности, влияние, общее качество жизни. Оценка каждого показателя производится по 100-бальной системе, при этом, чем выше балл, тем больше негативное воздействие заболевания на КЖ пациента. Раздел «симптомы» заполнялся больными только в начале госпитализации.

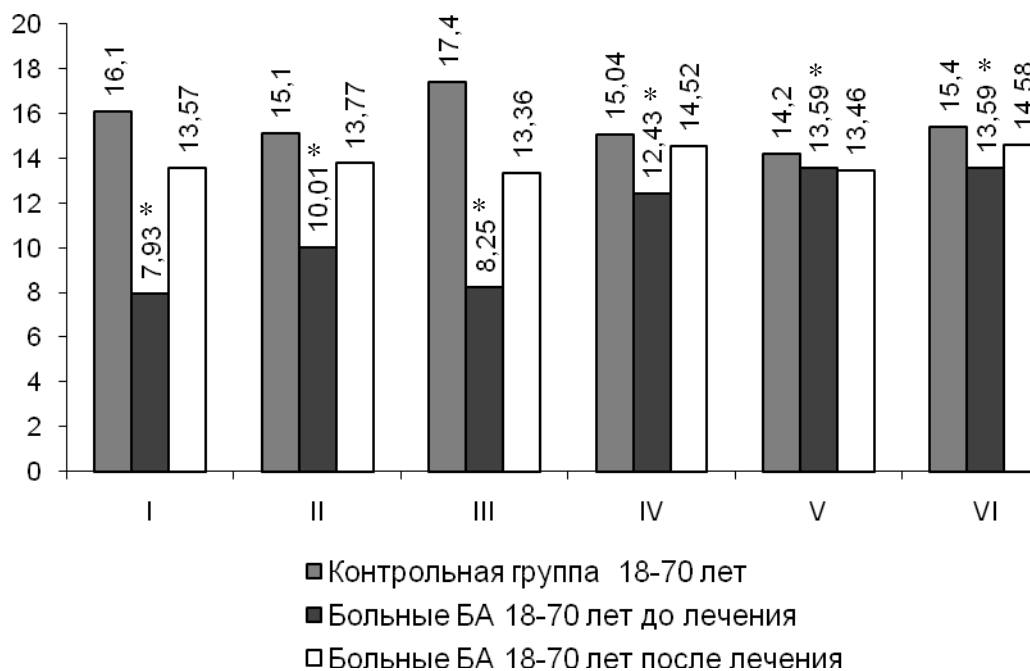
Включённым в исследование больным проводилась комплексная терапия, включавшая ингаляционные глюкокортикостероиды в комбинации с длительно действующими β_2 -агонистами (ДДБА), пролонгированные теофиллины, в ряде случаев раствор эуфиллина внутривенно капельно, антилейкотриеновые препараты, при необходимости – системные глюкокортикостероиды. Всем пациентам молодого возраста (41 пациент в возрасте 18-35 лет) на фоне комплексного лечения проводилась небулайзерная терапия (НТ) растворами бронхолитиков – беротека либо беродуала дважды в сутки. Пациенты «старшей» группы (49 человек в возрасте 36-70 лет) получали НТ растворами беротека, беродуала или атровента на фоне комплексного лечения в течение 10 дней; 11 человек – комплексное лечение без НТ.

Группу контроля (КГ) составили 73 практически здоровых респондента – 31 человек в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст $22,0 \pm 1,7$ лет) и 42 – от 36 до 70 лет ($44,9 \pm 1,5$). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием статистической программы «Statistika 6,0». Все полученные показатели были обработаны методами как параметрической, так и непараметрической статистики и включали в себя расчет средней арифметической (M),

среднеарифметической ошибки (m), среднеквадратического отклонения (δ). Для определения достоверности различий в независимых выборках в качестве критерия проверки использован критерий Манна-Уитни, в зависимых – Вилкоксона. Различие оценивалось как достоверное при $p < 0,05$ или $p < 0,01$. Взаимосвязь показателей в исследуемых группах оценивалась с помощью непараметрического коэффициента Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование проводилось в 3 этапа. На первом этапе было изучено КЖ больных с обострением БА в начале госпитализации в общей группе (107 пациентов 18–70 лет), а также в группах молодого (41 пациент в возрасте от 18 до 35 лет: 14 (34%) женщин, 27 (66%) мужчин, средний возраст $20,8 \pm 1,4$ года) и старшего возраста (61 пациент в возрасте от 36 до 70 лет: 49 (80%) женщин и 12 (20%) мужчин, средний возраст $49,9 \pm 1,6$ лет). Пациенты I группы были распределены в группы БА среднетяжёлого (БАСТ) – 32 больных и тяжёлого (БАТТ) течения – 9 больных. В группе БАСТ 24 человека (75%) страдали аллергической формой, 7 (21,9%) – неаллергической и 1 (3,1%) – смешанной формой БА. В группе БАТТ аллергическая форма БА отмечена у 5 человек (55,6%), неаллергическая – у 4 (44,4%). Пациенты II группы (36–70 лет) были распределены в группу БА среднетяжёлого (40 больных) и тяжёлого течения (21 пациент). В группе БАСТ 11 (27,5%) пациентов страдали аллергической формой БА, 21 (52,5%) – неаллергической и 8 (20%) – смешанной формой БА. В группе БАТТ 36–70 лет аллергическая форма заболевания наблюдалась у 1 (4,7%) больного, смешанная – у 2 (9,6%), неаллергическая – у 18 (85,7%). Следует отметить преобладание в I группе больных мужчин (66%), а в группе старшего возраста – женщин (80,3%); 71% пациентов молодого возраста страдали аллергической формой БА, тогда как в старшей возрастной группе – только 19,7%, а у 63,9% имела место неаллергическая форма бронхиальной астмы. С учетом особенностей течения БА в молодом и старшем возрасте исследование качества жизни и его динамики было проведено не только в общей группе 18–70 лет, но и в различных возрастных группах (18–35 и 36–70 лет).

При госпитализации у пациентов отмечалась приступообразная одышка, свистящее дыхание, повышение потребности в ингаляциях β_2 -агонистов короткого действия, частые ночные симптомы, снижение пиковой скорости выдоха с суточными колебаниями более 30%. Уровень качества жизни больных с обострением БА среднетяжёлого и тяжёлого течения в возрасте 18–70 лет в целом был достоверно ниже ($p < 0,001$) такового КГ по всем шкалам вопросника ВОЗ КЖ-100 (рис. 1). Значения физической сферы оказались почти вдвое ниже показателей здоровых респондентов, психологической сферы – на 30,4%, а показатели сферы «уровень независимости» пациентов были снижены более чем в 2 раза за счет затруднения при передвижении, высокой зависимости от лекарств и снижения работоспособности.

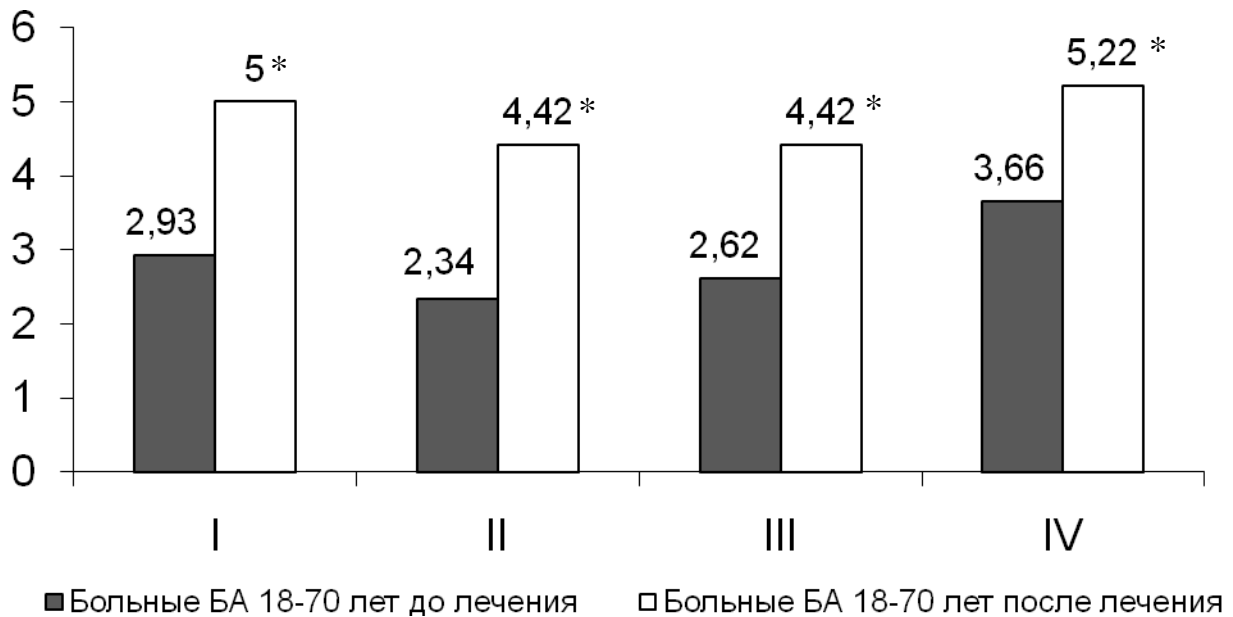


I – Физическая сфера; II – Психологическая сфера; III – Уровень независимости; IV – Социальные отношения; V – Окружающая среда; VI – Духовная сфера.

* – различия достоверны по сравнению с КГ ($p < 0,01$).

Рис. 1. Качество жизни больных бронхиальной астмой 18–70 лет и контрольной группы (вопросник ВОЗ КЖ-100), баллы

Исследование КЖ при помощи вопросника AQLQ выявило низкие значения всех шкал КЖ по сравнению с расчётным максимумом (рис. 2).



I – Активность; II – Симптомы; III – Эмоции; IV – Окружающая среда.

* – различия достоверны ($p < 0,01$).

Рис. 2. Качество жизни больных бронхиальной астмой 18–70 лет (вопросник AQLQ), баллы

У больных с обострением БАСТ I группы при поступлении в стационар отмечены более низкие значения всех доменов КЖ вопросника ВОЗ КЖ – 100 по сравнению с КГ (табл. 1).

Показатели, отражающие физический статус молодых пациентов с БА тяжёлого течения при поступлении в стационар, были ниже, чем у больных БА среднетяжёлого течения ($p < 0,01$). При исследовании КЖ с помощью вопросников AQLQ и SGRQ у молодых пациентов при поступлении в стационар выявлены низкие значения всех шкал КЖ, причем в группе больных БАТТ значения шкал «активность», «симптомы», «окружающая среда» вопросника AQLQ, а также все показатели вопросника SGRQ были ниже, чем у пациентов с БАСТ ($p < 0,05$).

Таблица 1 – Качество жизни больных БА среднетяжёлого и тяжёлого течения 18–35 лет и контрольной группы (вопросник ВОЗ КЖ–100), $M \pm m$

Показатели	Контрольная группа 18–35 лет (n = 32)	Больные БАСТ до лечения (n = 32)	Больные БАСТ после лечения (n = 32)	Больные БАТТ до лечения (n = 9)	Больные БАТТ после лечения (n = 9)
Физическая сфера	17,32±0,52	8,77±0,67 ($p_{1-2} < 0,001$)	14,81±0,61 ($p_{1-3} < 0,001$)	7,0±1,42 ($p_{2-4} < 0,02$)	13,07±1,78 ($p_{3-5} < 0,01$; $p_{4-5} < 0,01$)
Психологическая сфера	15,74±0,54	10,58±0,67 ($p_{1-2} < 0,001$)	14,61±0,53 ($p_{1-3} < 0,01$)	10,02±1,43	12,8±1,5 ($p_{3-5} < 0,04$; $p_{4-5} < 0,01$)
Уровень независимости	18,46±0,54	8,83±0,54 ($p_{1-2} < 0,001$)	13,34±0,57 ($p_{1-3} < 0,001$)	7,72±1,5	12,31±1,0 ($p_{3-5} < 0,001$; $p_{4-5} < 0,01$)
Социальные отношения	15,92±0,77	12,23±0,59 ($p_{1-2} < 0,001$)	14,80±0,62 ($p_{1-3} < 0,04$)	11,52±1,0	13,70±1,21 ($p_{4-5} < 0,01$)
Окружающая среда	14,79±0,46	11,7±0,46 ($p_{1-2} < 0,001$)	13,61±0,48 ($p_{1-3} < 0,001$)	10,82±0,94	12,61±0,96 ($p_{4-5} < 0,01$)
Духовная сфера	15,39±0,86	12,88±0,7 ($p_{1-2} < 0,001$)	14,63±0,68 ($p_{1-3} > 0,05$)	13,33±1,49	14,0±1,96
Общее качество жизни	97,62	64,98±1,8 ($p_{1-2} < 0,001$)	86,8±2,48 ($p_{1-3} < 0,001$)	60,42±6,63	78,49±2,36 ($p_{3-5} < 0,01$; $p_{4-5} < 0,01$)

Корреляционный анализ в I группе с обострением БАСТ выявил прямую корреляцию между шкалами ВОЗ КЖ–100 и величиной ПСВ для физической, психологической сфер, сфер «уровень независимости», «социальные отношения», «общее КЖ» и 10 субсфер (r от 0,33 до 0,7; $p < 0,05$); между шкалами AQLQ и ПСВ – для 3 шкал («активность», «симптомы», «эмоции»; $r \geq 0,7$; $p < 0,05$). Анализ корреляции

ляции ПСВ и шкал SGRQ определил отрицательную корреляцию (у шкал SGRQ обратный показатель) для всех 4 шкал (r от $-0,42$ до $-0,65$; $p < 0,05$).

Таким образом, обострение бронхиальной астмы у молодых пациентов оказывает выраженное негативное воздействие на составляющие КЖ как в сравнении с КГ (ВОЗ КЖ-100), так и с расчетным максимумом (AQLQ и SGRQ).

Исследование качества жизни пациентов более старших возрастных групп (36–70 лет) с обострением БА среднетяжелого и тяжёлого течения в начале госпитализации также выявило значительное снижение показателей КЖ как по сравнению с контрольной группой (ВОЗ КЖ–100, табл. 2), так и с максимальными значениями AQLQ и SGRQ. Следует отметить более низкие значения физической сферы и сферы «уровень независимости» (вопросник ВОЗ КЖ–100), а также большинства доменов специальных вопросников AQLQ и SGRQ в группе больных БАТТ ($p < 0,05$).

Исследование корреляционной зависимости между шкалами вопросника ВОЗ КЖ-100 и величиной ПСВ у пациентов с БАСТ II группы до лечения выявило прямую корреляцию средней силы для сфер физической, духовной, «уровня независимости»; между доменами специального вопросника AQLQ и ПСВ – прямую зависимость средней силы между ПСВ и значениями шкалы «активность»; между шкалами вопросника SGRQ и величиной ПСВ – обратную корреляцию средней силы для шкал «влияние» и «общее КЖ».

С целью изучения влияния длительности заболевания БА на КЖ пациенты с БАСТ 36–70 лет были разделены на группы с длительностью заболевания до одного года (8 пациентов), от года до 10 лет (19 человек) и более 10 лет (13 человек). При сравнении КЖ (ВОЗ КЖ-100) между группами с различной длительностью заболевания до лечения достоверные различия не выявлены, кроме субсферы «зависимость от лекарств и лечения», значения которой были достоверно ниже в группе БАСТ с длительностью заболевания свыше 10 лет по сравнению с группой БАСТ с длительностью заболевания до года ($p < 0,05$).

Таблица 2 – Качество жизни больных БА среднетяжёлого и тяжёлого течения 36–70 лет и контрольной группы (вопросник ВОЗ КЖ-100), $M \pm m$

Показатели	Контроль- ная группа 36–70 лет (n = 43)	Больные БАСТ до лечения (n = 40)	Больные БАСТ после лечения (n = 40)	Больные БАТТ до лечения (n = 21)	Больные БАТТ после лечения (n = 21)
Физическая сфера	15,11±0,25	8,07±0,28	13,80±0,26 ($p_{1-3} < 0,001$; $P_{2-3} < 0,001$)	6,83±0,30 ($p_{2-4} < 0,002$)	11,38±0,32 ($p_{1-5} < 0,001$; $p_{3-5} < 0,002$; $p_{4-5} < 0,001$)
Психологи- ческая сфера	14,6±0,2	10,06±0,34	13,95±0,28 ($p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} < 0,001$)	9,06±0,34	12,58±0,34 ($p_{1-5} < 0,001$; $P_{3-5} < 0,001$)
Уровень не- зависимости	16,61±0,24	8,62±0,31	13,87±0,22 ($p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} < 0,001$)	6,93±0,29 ($p_{2-4} < 0,002$)	11,23±0,28 ($p_{1-5} < 0,001$; $p_{3-5} < 0,002$; $p_{4-5} < 0,001$)
Социальные отношения	15,06±0,32	12,85±0,26	14,80±0,29 ($p_{2-3} < 0,001$)	12,22±0,22	13,90±0,30 ($p_{4-5} < 0,001$)
Окружающая среда	13,72±0,23	11,99±0,24	13,63±0,24 ($p_{2-3} < 0,001$)	11,88±0,28	13,16±0,28 ($p_{4-5} < 0,001$)
Духовная сфера	15,48±0,37	13,98±0,39	14,75±0,28 ($p_{2-3} < 0,03$)	14,05±0,43	14,61±0,40
Общее каче- ство жизни	90,58±3,2	65,56±1,37	84,79±1,21 ($p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} < 0,001$)	60,96±1,23 ($p_{2-4} < 0,002$)	76,87±1,23 ($p_{1-5} < 0,001$; $p_{3-5} < 0,002$; $p_{4-5} < 0,001$)

Больные, заболевшие БА в течение года, испытывали наибольший стресс в связи с обострением болезни (шкала «эмоции» вопросника AQLQ, $p < 0,05$), а пациенты со стажем заболевания свыше года в большей степени страдали от симптомов заболевания (шкала «симптомы» вопросника SGRQ, $p < 0,05$).

При сопоставлении молодых (18–35 лет) и старших (36–70 лет) возрастных групп больных БАСТ в начале госпитализации показатели сфер общего вопросника ВОЗ КЖ-100 не имели статистически значимых различий. Наиболее информативными явились значения субсфер. Пациенты старшего возраста указывали на более выраженную утомляемость, нехватку жизненных сил (субсфера «активность и энергия», $p < 0,05$), а молодые больные – на меньшую удовлетворенность поддержкой от друзей и членов семьи (субсфера «социальная поддержка», $p < 0,05$), а также на худшую возможность обеспечения доступной и качественной медицинской и социальной помощью ($p < 0,02$). Сравнение показателей КЖ с помощью специального вопросника SGRQ выявило более низкое КЖ больных с БАСТ 36–70 лет (шкалы «активность», «влияние», «общее качество жизни»).

На втором этапе работы была исследована динамика качества жизни в процессе лечения. После проведённого стационарного лечения у пациентов в возрасте 18–70 лет значительно улучшились показатели всех доменов КЖ общего вопросника ВОЗ КЖ-100 (рис. 1), однако большинство значений оставались ниже, чем у лиц контрольной группы ($p < 0,05$).

Исключение составили субсферы «социальная поддержка», «сексуальная активность», «среда дома» и «финансовые ресурсы», показатели которых не имели отличий от показателей практически здоровых людей, а значения субсферы «медицинская и социальная помощь» даже превосходили их показатели, то есть в результате проведённого лечения больные стали более позитивно оценивать доступность качественной медицинской помощи, чем лица контрольной группы ($p < 0,001$).

По данным вопросника AQLQ также можно отметить значительную положительную динамику значений всех шкал КЖ ($p < 0,001$) (рис. 2).

В результате лечения у пациентов I группы с обострением БА среднетяжёлого течения наблюдалось уменьшение симптомов БА, снижение потребности в β_2 -агонистах короткого действия, числа ночных пробуждений; рост ПСВ составил 25,9%. Одновременно с улучшением клинико-функциональных показателей значительно улучшились показатели всех составляющих качества жизни (ВОЗ КЖ-100, табл. 1).

Несмотря на существенное улучшение в конце лечения значений шкал ВОЗ КЖ – 100 у молодых пациентов с БАСТ, они оставались ниже, чем в контрольной группе. Исключение составили субсферы «мышление, обучаемость», «самооценка», «сексуальная активность», «среда дома», «медицинская и социальная помощь», а также сфера «духовность», значения которых достигли значений КГ.

После проведенного лечения у пациентов с обострением тяжёлой БА I группы также улучшилось самочувствие и клинико-функциональные показатели, но в меньшей степени, чем в группе БА среднетяжёлого течения. У пациентов с БАТТ отмечена положительная динамика всех сфер КЖ, кроме духовной сферы.

Исследование корреляционной зависимости между шкалами и величиной ПСВ в группе БАСТ после лечения выявило прямую связь между ПСВ и значениями сфер «физической», «уровень независимости», психологической, «окружающая среда», «общее качество жизни», а также 15 субсфер (r от 0,4 до 0,71; $p < 0,05$).

После проведённого лечения в группах молодых пациентов с обострением БА среднетяжёлого и тяжёлого течения отмечено также существенное улучшение показателей специальных вопросников AQLQ и SGRQ, причем в группе пациентов с БАТТ показатели КЖ оставались более низкими, чем у пациентов со среднетяжёлым течением ($p < 0,05$). Прямая корреляционная связь между ПСВ и шкалами вопросника AQLQ в группе пациентов с БАСТ после лечения установлена для всех 4 шкал (r от 0,47 до 0,8; $p < 0,05$); обратная корреляционная связь между ПСВ и шкалами вопросника SGRQ – также для всех 4 шкал (r от -0,64 до -0,75; $p < 0,002$).

При исследовании клинико-функционального статуса 61 пациента с обострением БАСТ и БАТТ старшего (36–70 лет) возраста отмечено улучшение всех

показателей в конце лечения, наиболее выраженное в группе БАСТ. В группе БАСТ после завершения лечения выявлен значительный рост значений всех показателей общего вопросника ВОЗ КЖ-100 ($p < 0,01$). В конце лечения показатели шкал «социальные отношения», «окружающая среда» и «духовная сфера» сравнивались со значениями лиц контрольной группы, а значения субсферы «медицинская и социальная помощь» превосходили ($p < 0,001$). Показатели физической и психологической сфер, а также сферы «уровень независимости», несмотря на существенный рост, остались достоверно ниже показателей КГ (табл. 2).

После проведённого лечения у пациентов с БА тяжёлого течения наблюдалось улучшение показателей КЖ (вопросник ВОЗ КЖ-100), однако значения физической, психологической сфер и сферы «уровень независимости» не достигли значений соответствующих шкал пациентов со среднетяжёлым течением ($p < 0,01$).

Анализ результатов исследования КЖ посредством специальных вопросников AQLQ и SGRQ в группах пациентов с БАСТ и БАТТ II группы в конце госпитализации выявило значительное улучшение всех показателей КЖ в обеих группах, но в группе БАТТ отмечены более низкие значения КЖ ($p < 0,001$).

Исследование корреляционной зависимости между шкалами вопросника ВОЗ КЖ-100 и величиной ПСВ у пациентов с БАСТ II группы после лечения выявило прямую связь средней силы для физической, психологической сфер и «уровня независимости» ($p < 0,05$); между шкалами специального вопросника AQLQ и ПСВ – для показателей шкал «симптомы», «окружающая среда» ($p < 0,05$). Установлена обратная корреляция между значениями шкал вопросника SGRQ и величиной ПСВ для шкал «симптомы» ($r = -0,32$; $p < 0,03$) и «активность» ($r = -0,36$; $p < 0,02$). Следует отметить меньшую зависимость значений шкал КЖ как общего вопросника ВОЗ КЖ–100, так и специальных вопросников AQLQ и SGRQ от величины ПСВ у больных БАСТ 36–70 лет по сравнению с группой пациентов с БАСТ 18–35 лет, что можно объяснить более высокой адаптацией больных старшего возраста к своей болезни.

Анализируя влияние длительности заболевания на КЖ у больных БАСТ 36–70 лет с помощью вопросника ВОЗ КЖ-100, необходимо отметить появление дос-

товерных различий между значениями физической сферы в конце лечения. В группе с длительностью заболевания до года показатели оказались достоверно выше ($p < 0,01$). По данным вопросника AQLQ в группе пациентов, болеющих БАСТ менее года, показатель «активность» в конце лечения был выше, чем у пациентов с длительностью заболевания от года до 10 лет, а показатель «симптомы» – чем у пациентов с длительностью заболевания от года до 10 лет и свыше 10 лет.

При сопоставлении показателей КЖ в группах пациентов с обострением БАСТ молодого и старшего возраста после лечения с помощью вопросника ВОЗ КЖ-100 у молодых больных выявлены более высокие показатели физической сферы ($p < 0,03$). Исследование КЖ в обеих возрастных группах после лечения с помощью специального вопросника SGRQ установило более низкое КЖ в группе пациентов старшего возраста (домены «активность», «общее качество жизни»; $p < 0,01$).

На III этапе исследования было изучено влияние небулайзерной терапии растворами бронхолитиков в составе комплексной терапии обострения БА на качество жизни. Больные БА в возрасте 36–70 лет в количестве 60 человек были распределены в 4 группы, сопоставимые по полу, возрасту и степени тяжести БА; 16 пациентов 1 группы получали раствор беротека (1,0 мг фенотерола), 16 пациентов 2 группы – раствор беродуала (0,25 мг ипратропиума бромида и 0,5 мг фенотерола) и 17 пациентов 3 группы – раствор атровента (0,5 мг ипратропиума бромида) через небулайзер дважды в сутки вместе с комплексной терапией; средняя продолжительность НТ составила 10 дней. Пациенты 4 группы (контрольной) в количестве 11 человек получали только комплексное лечение. Исследование КЖ проводилось при помощи общего вопросника ВОЗ КЖ-100 и специального вопросника AQLQ. При сопоставлении клинико-функциональных показателей и параметров КЖ между всеми четырьмя группами до лечения достоверных различий не было выявлено, что указывало на их однородность.

Во всех трех группах больных БА, получавших комплексное лечение с НТ, отмечен значительный рост показателей КЖ, несколько меньший в 3-й группе пациентов, получавших раствор атровента через небулайзер, однако

разница не была статистически достоверной. В четвертой группе пациентов, получавших комплексное лечение без НТ, также достоверно увеличились показатели КЖ ($p < 0,01$), но значения физической сферы и сферы «уровень независимости» вопросника ВОЗ КЖ-100, а также шкал «активность» и «эмоции» AQLQ оставались ниже соответствующих значений КЖ пациентов, получавших НТ растворами бронхолитиков ($p < 0,05$). Следовательно, НТ растворами бронхолитиков в составе комплексного лечения обострения БА, наряду с улучшением клинико-функциональных показателей, приводит к достоверному повышению КЖ пациентов.

Таким образом, проведенное исследование позволило расширить арсенал диагностических критериев бронхиальной астмы в фазе обострения в динамике стационарного лечения за счет комплексной оценки показателей общего и специального вопросников, отражающих различные аспекты качества жизни больных.

ВЫВОДЫ

1. Качество жизни больных с обострением бронхиальной астмы среднетяжёлого и тяжёлого течения достоверно снижено по сравнению со здоровыми лицами (общий вопросник ВОЗ КЖ-100) и расчётным максимумом (специальные вопросники AQLQ и SGRQ).

2. Комплексное стационарное лечение больных с обострением БА среднетяжёлого и тяжёлого течения, наряду с улучшением клинико-функциональных показателей, приводит к достоверному улучшению физической активности, уменьшению психосоциальных проявлений заболевания, однако большинство шкал КЖ остались ниже, чем показатели контрольной группы (общий вопросник ВОЗ КЖ-100), а также максимальные значения специальных вопросников (AQLQ и SGRQ).

3. У пациентов с тяжёлым течением бронхиальной астмы по сравнению с больными бронхиальной астмой среднетяжёлого течения отмечены более низкие показатели качества жизни, определяемые как по общему, так и по специальным вопросникам. После проведенного лечения значения шкал качества жизни боль-

ных бронхиальной астмой тяжёлого течения возрастают, оставаясь более низкими, чем у пациентов со среднетяжёлым течением. В группе пациентов старшего возраста с обострением бронхиальной астмы среднетяжёлого течения длительность заболевания и возраст оказывают негативное влияние на качество жизни.

4. Выявлены достоверные корреляционные связи между показателями функции внешнего дыхания и значениями шкал качества жизни общего и специальных вопросников у пациентов с обострением бронхиальной астмы.

5. Небулайзерная терапия растворами бронхолитиков в составе комплексного лечения обострения бронхиальной астмы среднетяжёлого и тяжёлого течения, наряду с повышением эффективности лечения больных, повышает значения физической сферы и сферы «уровень независимости» (общий вопросник ВОЗ КЖ-100), а также показатели шкал «активность», «симптомы» и «эмоции» (специальный вопросник AQLQ).

6. Общий вопросник ВОЗ КЖ-100 и специальные вопросники AQLQ и SGRQ позволяют оценить качество жизни и являются чувствительными инструментами для оценки проводимого лечения больных с обострением бронхиальной астмы в процессе стационарного лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется мониторировать качество жизни на стационарном и поликлиническом этапах лечения больных бронхиальной астмой для оценки и коррекции социальных, психологических и физических последствий заболевания и проводимого лечения.

2. Общий вопросник качества жизни ВОЗ КЖ-100 рекомендуется для широкого внедрения в практику в качестве инструмента для оценки эффективности терапии и реабилитационных мероприятий. Высокая чувствительность общего вопросника ВОЗ КЖ-100 к изменению параметров качества жизни за промежутки в 2–3 недели делает его незаменимым, наравне со специальными вопросниками AQLQ и SGRQ, для оценки качества жизни пациентов с обострением бронхиальной астмы на стационарном этапе.

3. Небулайзерную терапию растворами бронхолитиков целесообразно проводить пациентам с обострением бронхиальной астмы среднетяжелого и тяжелого течения с целью достижения лучшего клинического эффекта, а также повышения физического, психологического и социального благополучия.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Ежова, Г.Ю.** Качество жизни пациентов с бронхиальной астмой в пожилом возрасте / **Г.Ю. Ежова**, Ш.З. Загидуллин, О.А. Суховская // **Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова.** – 2009. – № 2. – С. 84–89.

2. **Ежова, Г.Ю.** Оценка качества жизни и его динамики в процессе лечения у больных бронхиальной астмой / **Г.Ю. Ежова** // Научный прорыв – 2005: сборник научных трудов конференции ученых Республики Башкортостан. – Уфа, 2005. – С. 80.

3. **Ежова, Г.Ю.** Применение ВОЗ КЖ-100 для изучения качества жизни больных бронхиальной астмой / **Г.Ю. Ежова**, Г.М. Баишева // Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня основания филиала «Иммунопрепарат». – Уфа, 2005. – С. 327.

4. Баишева, Г.М. Оценка качества жизни у пациентов с бронхиальной астмой / Г.М. Баишева, **Г.Ю. Ежова** // Сборник материалов 70-й Республиканской научной конференции с международным участием. – Уфа, 2005. – С. 218.

5. **Ежова, Г.Ю.** Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в период обострения заболевания / **Г.Ю. Ежова**, О.А. Суховская, Ш.З. Загидуллин // **Болезни органов дыхания.** – 2005. – Т. 1. – № 1. – С. 45–49.

6. **Ежова, Г.Ю.** Влияние уровня доходов пациентов с бронхиальной астмой на качество жизни / **Г.Ю. Ежова**, Ш.З. Загидуллин // **Медицинская наука – 2005: материалы Республиканской конференции.** – Уфа, 2005. – С. 55.

7. **Ежова, Г.Ю.** Применение общего вопросника ВОЗ КЖ-100 при бронхиальной астме / **Г.Ю. Ежова**, О.А. Суховская, Ш.З. Загидуллин // **Сборник тезисов 15-го Национального конгресса по болезням органов дыхания.** – М., 2005. – С. 56.

8. **Ежова, Г.Ю.** Динамика показателей качества жизни у больных бронхиальной астмой в процессе лечения / **Г.Ю. Ежова, О.А. Суховская, Ш.З. Загидуллин** // Актуальные вопросы внутренних болезней: материалы научно-практической конференции. – Челябинск, 2006. – С. 63–65.

9. **Ежова, Г.Ю.** Качество жизни у больных бронхиальной астмой с различной длительностью заболевания / **Г.Ю. Ежова, О.А. Суховская, Ш.З. Загидуллин** // Сборник тезисов 16-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб., 2006. – С. 108.

10. **Ежова, Г.Ю.** Качество жизни у больных бронхиальной астмой с различным уровнем доходов / **Г.Ю. Ежова, О.А. Суховская, Ш.З. Загидуллин** // Сборник тезисов 16-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб., 2006. – С. 108.

11. Небулайзерная терапия при обострении бронхиальной астмы: влияние на качество жизни / **Г.Ю. Ежова, О.А. Суховская, Т.А. Землякова** [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2008. – Т. 3, № 5. – С. 96–99.

12. **Ежова, Г.Ю.** Качество жизни больных бронхиальной астмой молодого возраста / **Г.Ю. Ежова, О.А. Суховская, Ш.З. Загидуллин** // Болезни органов дыхания. – 2010. – № 1. – С. 28–33.

13. Загидуллин, Ш.З. Оценка качества жизни больных бронхиальной астмой с помощью комплекса вопросников / Ш.З. Загидуллин, **Г.Ю. Ежова, О.А. Суховская** // Сборник тезисов 20-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2010. – С. 30–34.

ЕЖОВА Галина Юрьевна

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
В ПРОЦЕССЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293; тел.: (347) 250-81-20; тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 19.11.2010 г.
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5.
Тираж 100. Заказ № 574.

