ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С КОМОРБИДНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ НА СЕВЕРЕ

DYNAMICS OF THE QUALITY OF LIFE INDICATORS IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA WITH COMORBIDAL CONDITIONS WITH LONG DISPENSARY OBSERVATION IN THE NORTH

УДК 616.24-002-07

DOI: 10.24411/2658-4964-2020-10302

Садриева Елена Валерьевна, Ассистент, Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Зуевская Татьяна Валерьевна, Доктор медицинских наук**,** Доцент**,** Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Губина Анастасия Евгеньевна, Кандидат медицинских наук**,** Ассистент**,** Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Игнатов Сергей Владимирович, Кандидат медицинских наук**,** Доцент**,** Кафедра клинических дисциплин**,** Факультет ДПО**,** Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Латынцева Алена Сергеевна, Ассистент**,** Кафедра пропедевтики внутренних болезней и факультетской терапии, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск

Sadrieva E.V. cvetok26@mail.ru

Zuevskaya T.V. z-alnair@mail.ru

Gubina A.E. blinnikowa@mail.ru

Ignatov S.V. cor_cardio@mail.ru

Latinzeva A.S. afedich@inbox.ru

Аннотация

В статье приведена оценка качества жизни в процессе длительного диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой с 4-5 коморбидными состояниями в сравнении с данными качества жизни у больных бронхиальной астмы без коморбидных состояний. Качество жизни оценивали по опроснику SF-36, были изучены в динамике наиболее значимые показатели качества жизни (КЖ): РФ – роли, которую играют физические проблемы в ограничениях жизнедеятельности человека (RP, Role Physical); ЖС – жизнеспособности (VT, Vitality); ОЗ – общего здоровья (GH, General Health), ФФ – физического функционирования (PF, Physical Functioning); ПЗ – психического здоровья (MN, Mental Health); Б – боли (BP, Bodily Pain).

Annotation

The article provides an assessment of the quality of life in the process of long-term dispensary observation of patients with bronchial asthma with 4-5 comorbid conditions in comparison with data on the quality of life in patients with bronchial asthma without comorbid conditions. Quality of life was assessed according to the SF-36 questionnaire, the most significant indicators of the quality of life (QOL) were studied in dynamics: RP - Role Physical; VT - Vitality; GH - General Health, PF - Physical Functioning; MN - Mental Health; BP - Bodily Pain.

Ключевые слова: бронхиальная астма, коморбидные состояния, качество жизни, диспансерное наблюдение.

Keywords: bronchial asthma, comorbid conditions, quality of life, dispensary observation.

Введение:

Югра, принадлежит к немногим субъектам РФ, в которой закреплены на законодательном уровне направления, механизм политики государства относительно качества жизни (КЖ) граждан, согласно закону «О качестве жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа — Югры» [4]. Согласно определению ВОЗ, КЖ выступает в качестве индивидуального восприятия собственного положения с точки зрения системы ценностей, культуры, согласно их личным ожиданиям, целям, заботам, стандартам [1].

Всемирная организация здравоохранения внесла большой вклад в разработку научного изучения КЖ - она выработала основополагающие критерии качества жизни человека: психологические, физические, жизнь в обществе, уровень независимости, духовность, окружающая среда.

Беря во внимание данные рекомендации, качество жизни является индивидуальным соотношением собственного положения, с точки зрения системы ценностей, культуры общества, и планов, целей данного лица, степени, возможностями неустройства. То есть, данный термин характеризует внутреннюю комфортность человека и внешнюю (если говорить об обществе).

При БА без сопутствующей патологии на качество жизни больных влияют тяжесть течения БА, частота приступов удушья при неконтролируемом течении, тяжесть одышки, систоло-диастолическая недостаточность, аритмии, угрожаемые жизни, частота госпитализаций, режим диспансерного наблюдения, базисной терапии, реабилитации [2, 3, 5, 6].

Особенности течения БА у северян выражаются в относительно быстром формировании хронической дыхательной недостаточности, в более быстром формировании БА (через 5-7 лет проживания на Севере), посредством выраженных склеротических, фиброзных изменений, которые происходят в лёгких, быстрого формирования лёгочного хронического сердца, в ремоделировании стенки бронхов, в ухудшении дренажной функции, нарушении мукоцилиарного аппарата, формировании слизисто-гнойных

слепков бронхов, в выраженном снижении систоло-диастолической функции сердца [6].

У пациентов, проживающих на Севере отмечаются и более выраженные изменения механики дыхания, снижение растяжимости лёгких, повышение механического сопротивления лёгких, и как следствие этого более выражен обструктивный синдром. Кроме того, в большей мере отмечаются признаки вторичного иммунодефицита, снижение функции антиоксидантной защиты [6].

Известным является факт отсутствия возможности получения полной и всесторонней информации посредством традиционной оценки состояния пациента, в основе которой заложены исключительно инструментальные, лабораторные, клинико-функциональные параметры. По данным зарубежных авторов A.S. Pickard, Y. Yang, P.W. Jones 2011 г. выявлена низкая корреляционная зависимость (r = 0,3) между $ОФВ_1$ и качеством жизни.

При этом, характеристика исключительно клинического, функционального состояния исключает возможность отражения воздействия болезни на иные грани жизни пациента (психологическую, эмоциональную, социальную), исключает возможность определения степени его дезадаптации. При этом, приведенная пациентом субъективная оценка может выступать в качестве наиболее существенной, так как является отражением разных аспектов ожиданий, здоровья, отношения к используемой методике лечения, удовлетворённости им.

Вместе с тем, следует исключить возможность учета мнений врачей, семьи в процессе самостоятельной оценки пациентом уровня КЖ. В связи с чем, предусматривается применение анализа КЖ в качестве критерия эффективности различных методов лечения при БА. Наряду с этим показатели КЖ (по опроснику SF-36) у больных БА с КС в процессе короткого и длительного диспансерного наблюдения мало изучены, так же как и вопрос о влиянии коморбидности на качество жизни больных БА с различной степенью тяжести. Изучение этого вопроса у данных категорий больных имеет большое

научно-практическое значение, особенно в условиях высоких широт.

Цель: изучить динамику показателей качества жизни у больных бронхиальной астмой с коморбидными состояниями и у больных бронхиальной астмой без таковых при длительном диспансерном наблюдении на Севере.

Материалы и методы исследования:

КЖ было изучено в динамике за 10 летний период диспансерного наблюдения в группе больных бронхиальной астмой с коморбидными состояниями (БА с КС) и без таковых.

В основную группу больных БА с КС (n=25) вошли пациенты бронхиальной астмой средней степени тяжести БАСТ (n=22) и тяжелой бронхиальной астмой БАТТ (n=3) в среднем возрасте 47,2±2,4 лет (20 женщин и 5 мужчин). В контрольную группу (n=25) больных БА с КС вошли пациенты БАСТ (n=22) и БАТТ (n=3) в среднем возрасте 46,8±2,6 лет (20 женщин и 5 мужчин).

В качестве групп сравнения показатели КЖ были изучены у больных бронхиальной астмой без коморбидных состояний (БА без КС). В основной группе БА без КС наблюдали пациентов (БАСТ) (n=23), БАТТ (n=2) (20 женщин, 5 мужчин) в среднем возрасте 46,2±2,6 лет, а в контрольную группу БА без КС вошли пациенты БАСТ (n=22) и БАТТ (n=3) в среднем возрасте 46,4±2,5 лет (20 женщин и 5 мужчин).

Качество жизни оценивали в динамике по опроснику SF-36, который состоит из следующих критериев качества жизни (КЖ): ЖС – жизнеспособности (VT, Vitality); РФ – роли, которую играют физические проблемы в ограничениях жизнедеятельности человека (RP, Role Physical); ФФ – физического функционирования (PF, Physical Functioning); ПЗ – психического здоровья (MN, Mental Health); Б – боли (BP, Bodily Pain); ОЗ – общего здоровья (GH, General Health); РЭ – роли, принадлежащая эмоциональным проблемам в условиях ограничения жизнедеятельности (RE, Role Emotional); СА – социальной активности (SF, Social Functioning). Нами

были изучены в динамике наиболее значимые показатели КЖ: РФ, ЖС, ОЗ, ФФ, ПЗ.

В основной группе больные БА с КС (n=25) и больные БА без КС (n=25) на протяжении 10 лет получали усовершенствованную программу диспансерного ведения пациентов. Она включала ежемесячный контроль, коррекцию ступенчатой терапии пациентов (на протяжении 1-го года диспансерного наблюдения – 8–10 раз, после чего – 6–8 раз в год). При этом, на начальном этапе использовали будесонид с бронхолитиком (фенотерол + ипратропия бромид, теофиллин), в дальнейшем использовали схемы формотерола + будесонида либо же сальметерола+флутиказон, монтелукаст, тиотропия бромида (10 мг/курс 45 дн, на протяжении года троекратно) либо теофиллина.

С пациентами ежегодно в школах здоровья беседовали о здоровом образе жизни, в обязательном порядке ежегодно проводили обучение в «астма-школе». Применяли так же дополнительные физиотерапевтические методики лечения (курсы 1 - 4 раза в год) и реабилитации с индивидуальным подбором.

Коморбидные состояния лечили современными методами, согласно существующим рекомендациям.

Больные контрольной группы БА с КС и БА без КС получали традиционное ступенчатое лечение с частотой наблюдения 2-3 раза в год, поэтому многие пациенты отмечали нерегулярный прием лекарственных средств. В качестве основного базисного препарата получали беклометазон (200-250 мкг 1 вдох 2-3 раза в сутки), по показаниям принимали теофиллин. Некоторые пациенты получали только бронхолитические средства (формотерол или ипратропия бромид+фенотерол), не применяя ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) по причине страха побочных эффектов ГКС. Лечение в физиотерапевтическом отделении пациенты контрольной группы получали 1 раз в год. Лечение коморбидных состояний

проводили согласно разработанным стандартам, аналогично как и в основной группе больных.

В рамках настоящей работы, помимо общеклинического обследования, применяли иммунологические, функциональные и рентгенологические исследования пациентов на современном оборудовании. Диагноз бронхиальной астмы и тяжесть течения выставляли на основании частоты дневных и ночных симптомов, данных спирометрии ($ОФВ_1$) и пикфлуометрии (вариабельность ПСВ) (критерии степени тяжести разработанные GINA 2011).

Систематизацию материала и представленных результатов расчетов проводили с применением программного пакета электронных таблиц Microsoft Excel, статистические расчеты и обработку проводили с применением пакета Microsoft Statistica version 6.1 и компьютерной программы С. Гланца «Biostat». Абсолютно достоверным считали $p<0,05$.

Результаты:

В результате исследования установлено (табл. 1), что у больных основной группы БА без КС в исходном состоянии показатели КЖ были следующие: РФ 43,6±2,1, ЖС 42,9±3,0, ОЗ 38,0±1,9, ФФ 47,1±2,49, ПЗ 39,0±1,86 баллов и они были значительно больше ($p<0,01$; $p<0,001$) таковых у больных основной группы БА с КС, которые составляли соответственно 24,6±2,3; 26,2±1,83; 26,7±1,32; 33,9±2,01; 27,2±1,6 баллов.

Таблица 1

Динамика показателей качества жизни
у больных основных групп БА без КС и БА с КС
в процессе длительного диспансерного наблюдения

№ п/п	Показатели КЖ	Показатели КЖ у больных БА без КС (n=25)	Показатели КЖ у больных БА с КС (n=25)	p между группами
1	РФ	43,6±2,1 63,2±2,4^{xxx}	24,6±2,3 51,3±2,1^{xxx}	<0,001 <0,05
2	ЖС	42,9 ±3,0 60,5±1,05^{xxx}	26,2±1,83 61,7±0,57^{xxx}	<0,001 >0,05
3	ОЗ	38,0±1,90 60,5±1,05^{xxx}	26,7±1,32 58,4±0,36^{xxx}	<0,001 >0,05

4	ФФ	47,1±2,49 68,5±0,89^{xxx}	33,9±2,01 68,03±0,56^{xxx}	<0,01 >0,05
5	ПЗ	39,0±1,86 69,2±1,05^{xxx}	27,2±1,6 53,4±2,3^{xxx}	<0,001 <0,001

Примечания: числитель состоит из показателей до использования новой программы; в знаменателе – показатели по окончании программы длительного диспансерного наблюдения; x - p<0,05; xx - p<0,01; xxx - p<0,001.

При этом у больных контрольной группы БА без КС вышеперечисленные показатели КЖ были в исходном состоянии и после длительного диспансерного наблюдения значительно выше аналогичных у пациентов, которым диагностирована БА с КС (таблица 2).

По завершении диспансерного наблюдения показатели КЖ по опроснику SF-36 у пациентов основной группы БА без КС составили: РФ 63,2±2; ЖС 60,5±1,05; ОЗ 60,5±1,05; ФФ 68,5±0,89; ПЗ 69,2±1,05 баллов, а у больных основной группы БА с КС были получены следующие показатели КЖ: РФ 51,3±2,1; ЖС 61,7± 0,57; ОЗ 58,4±0,36; ФФ 68,03±0,56; ПЗ 53,4±2,3 баллов).

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни
у больных контрольных групп БА без КС и БА с КС
в процессе длительного диспансерного наблюдения

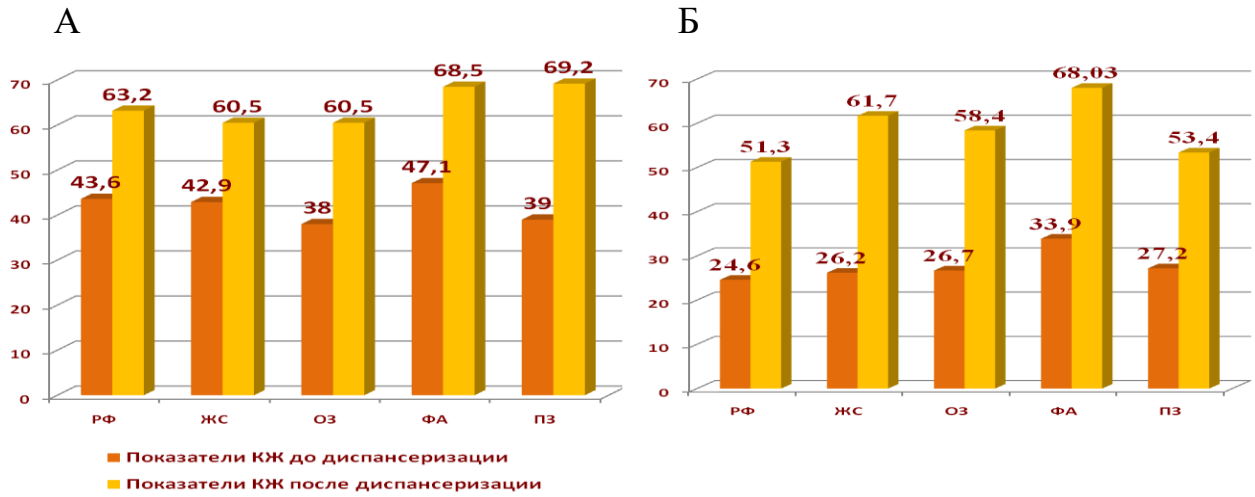
№ п/п	Показатели КЖ	Показатели КЖ у больных БА без КС (n=25)	Показатели КЖ у больных БА с КС (n=25)	p между группами
1	РФ	33,5 ±2,34 33,9 ±2,17	22,4 ±1,6 24,3 ±1,8	≤0,001 <0,05
2	ЖС	42,6 ±3,14 43,1 ±2,88	33,03 ±2,21 28,0 ± 2,17	≤0,05 <0,05
3	ОЗ	46,5 ±1,91 49,3 ±1,86	33,5 ±2,49 28,3 ±2,59	≤0,01 <0,001
4	ФФ	45,0 ±2,45 45,9 ±2,28	29,13 ±2,22 28,0 ±2,17	≤0,001 <0,001
5	ПЗ	37,9 ±1,63 38,9 ±1,61	23,6 ±1,9 25,3 ±1,53	≤0,001 <0,001

Примечания: числитель состоит из показателей до использования новой программы; в знаменателе – показатели по окончании программы длительного диспансерного наблюдения; x - p<0,05; xx - p<0,01; xxx - p<0,001.

При этом, у пациентов основной группы как больных БА с КС, так и больных БА без КС по окончании диспансерного наблюдения показатели КЖ по опроснику SF-36 значительно повысились (p<0,001) и максимально приблизились к таковым у здоровых лиц (РФ 82,3±3,8; ЖС 75,2±3,5; ОЗ 84,5±3,4; ФФ 86,5±4,3; ПЗ 68,4±2,8) (рис. 1).

Рисунок 1

Динамика показателей качества жизни
у больных основных групп БА без КС (А) и БА с КС (Б)
в процессе длительного диспансерного наблюдения



Пациенты основной группы больных БА с КС и БА без КС давали более высокую оценку общего здоровья, больше времени ощущали себя бодрыми и полными сил, чаще чувствовали себя спокойными и умиротворёнными без склонности к депрессивным состояниям (в сравнении с контрольными группами больных БА с КС и БА без КС) (табл 1, 2).

Причём более высокие показатели КЖ по опроснику SF-36 у пациентов основных групп БА с КС и БА без КС сохранялись и по окончании длительного диспансерного наблюдения, но на достоверно более высоком уровне, чем в исходном состоянии, то есть качество жизни больных БА достоверно улучшалось и длительно сохранялось на достигнутом уровне.

Заключение: Приведена оценка качества жизни в процессе длительного диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой с 4-5 коморбидными состояниями в сравнении с данными качества жизни у больных с бронхиальной астмы без коморбидных состояний.

В результате исследования установлено, что у больных основной группы БА без КС в исходном состоянии показатели (по опроснику SF-36) РФ, ЖС, ОЗ, ФА, ПЗ были значительно больше ($p<0,05$) таковых у больных основной группы БА с КС.

При этом у больных контрольной группы БА без КС выше перечисленные показатели КЖ (SF-36) были в исходном состоянии и после диспансеризации значительно выше ($p<0,05$) таковых у больных контрольной группы БА с КС.

Таким образом, в результате проведения усовершенствованной программы длительного диспансерного наблюдения качество жизни больных основной группы БА как с КС так и без КС (по опроснику SF - 36) достоверно улучшилось, а по некоторым характеристикам КЖ отсутствовали различия в основных группах у больных БА с КС и БА без КС. Различия показателей КЖ у больных БА без КС и больных БА с КС в основных группах к концу диспансерного наблюдения были сведены почти к нулю ($p<0,05$) в результате применения усовершенствованной программы длительного диспансерного наблюдения.

Литература

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») // Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. С.36-38.
2. Болдина М.В., Постникова Л.Б., Соодаева С.К. Распространенность сердечнососудистой патологии и метаболических нарушений у больных ХОБЛ и БА. – Тезисы XXIII Национального Конгресса по болезням органов дыхания. г.Казань, 2013. с.238.

3. Галимова Е.С., Нуртдинова Г.М., Загидуллин Ш.З. Качество жизни у больных бронхиальной астмой на фоне заболеваний пищеварительного тракта. – Тезисы XXIII Национального Конгресса по болезням органов дыхания. г.Москва, 2012. с.52.
4. О качестве жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры [Электронный ресурс] закон Ханты-Мансийского АО – Югры от 28 фев.2006 г. № 35-оз. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
5. Лабинцева Н.В. Качество жизни пациентов в зависимости от режима базисной терапии астмы. – Тезисы XXIII Национального Конгресса по болезням органов дыхания. г.Казань, 2013. с.32.
6. Ушаков В.Ф. и др. Проблемы северной пульмонологии: от знания к действию. Сургут: Изд-во СурГУ, 2011. С. 58-111.

Literature

1. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I. and others. Population indicators of quality of life according to the SF-36 questionnaire (results of a multicenter study of the quality of life "MIRAGE") // Scientific and practical rheumatology. 2008. No. 1. P.36-38.
2. Boldina M.V., Postnikova L.B., Soodaeva S.K. Prevalence of cardiovascular pathology and metabolic disorders in patients with COPD and BA. - Abstracts of the XXIII National Congress on Respiratory Diseases. Kazan, 2013, P. 238.
3. Galimova E.S., Nurtdinova G.M., ZagidullinSh.Z. Quality of life in patients with bronchial asthma against the background of diseases of the digestive tract. - Abstracts of the XXIII National Congress on Respiratory Diseases. Moscow, 2012, P. 52.
4. On the quality of life of the population of the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug - Ugra [Electronic resource] the law of the Khanty-Mansi Autonomous Okrug - Ugra dated February 28, 2006 No. 35-оз. Access from "Consultant Plus".

5. Labintseva N.V. Patient quality of life depending on the basic asthma therapy regimen. - Abstracts of the XXIII National Congress on Respiratory Diseases. Kazan, 2013, P. 32.
6. Ushakov V.F. and others. Problems of northern pulmonology: from knowledge to action. Surgut: Publishing house of SURGU, 2011.P. 58-111.