

СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТАВОЧНЫЕ УСТРОЙСТВА В УПРАВЛЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

М.А. ПОЛЯНСКАЯ, О.Я. ЛЕКАН, А.Н. ТУМАНОВ, Г.Л. ГУМЕНЮК, В.И. ИГНАТЬЕВА

Резюме

Приведены обзор литературы про современные доставочные устройства для проведения ингаляционной терапии, данные собственных наблюдений, касающихся овладения навыками их использования пациентами, врачами, медицинскими сестрами; ошибками при использовании и результаты образовательной работы диагностическо-консультативного центра "Пульмис" в этой области.

MODERN DELIVERING DEVICES FOR MANAGEMENT OF BRONCHIAL ASTHMA

M.A. POLYANSKAYA, O.Ya. LEKAN, A.N. TUMANOV, G.L. GUMENYUK, V.I. IGNATYEVA

Summary

The article presents the review of the literature about modern inhalation-delivering devices and the results of own studies. The different characteristics of these devices: the preferences of the patients, physicians, nurses, as well as mistakes during the use of inhalers) were discussed. The article also demonstrates the results of educational work of consultative-diagnostic center "Pulmis".

УДК 616.248: 616. 211-002-056.3: 616.5 – 001-031]

Т.А. ПЕРЦЕВА, Л.И. КОНОПКИНА, Л.А. БОТВИНИКОВА

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Аллергические риниты (АР), бронхиальная астма (БА), аллергодерматозы являются наиболее распространенными аллергическими заболеваниями, причем заболеваемость ими из года в год растет [1, 4, 17, 18]. Несвоевременная диагностика и неадекватное лечение одной патологии зачастую способствует прогрессированию аллергического поражения и, в конечном итоге, развитию другого заболевания.

Так, в последние годы убедительно доказана тесная связь АР и БА. Этой актуальной проблеме посвящен опубликованный в 2001 г. документ ВОЗ "Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA)" [21]. Роль атопии в развитии БА продемонстрирована и в других работах [29, 31]. Вновь возрастающий интерес к этой проблеме связан с активной разработкой программ первичной профилактики астмы и аллергии в различных странах мира. Эпидемиологическими исследованиями установлено, что АР имеет место у 80–90 % больных БА, а 38–40 % пациентов с АР страдают астмой. АР предшествует развитию БА в 43–64 % случаев, являясь фактором риска ее формирования [28, 35]. Многими авторами показана общность механизмов воспаления при этих заболеваниях, которая послужила одной из предпосылок для создания концепции единого заболевания объединенных дыхательных путей ("one way, one disease", "allergic rhinobronchitis") [21, 22, 31].

Что касается аллергодерматозов, то распространенность крапивницы и отеков Квинке составляет от 3 до 31 % в зависимости от региона. Крапивница возникает хотя бы один раз в жизни у 10–20 % населения. А у больных аллергическими заболеваниями аллергодерматозы встречаются в среднем в 20 % случаев [17].

Малое число специалистов (аллергологов, пульмонологов, оториноларингологов, дерматологов) не в состоянии охватить столь большое число страдающих аллергическими заболеваниями независимо от системы здравоохранения той или иной страны. В связи с этим специалистами были обобщены имеющиеся знания, на основании чего разработаны и изданы международные согласительные документы по диагностике и лечению больных согласно современному уровню знаний. Они представляют собой стандарты прежде всего для врачей общей практики (general practice — GP) — терапевтов и педиатров общего профиля, ведь именно врачи GP чаще всего наблюдают больных с аллергическими заболеваниями, особенно с неосложненными формами. Очень важным явилось определение того универсального критерия, на который мог бы ориентироваться лечащий врач в своей повседневной работе (не исключая в то же время специальных методов диагностики). Одним из таких критериев, ориентированных непосредственно на пациента, является качество его жизни (КЖ).

В последнее десятилетие изучение КЖ стало самостоятельной областью исследований. За это время понятие КЖ из обывательского превратилось в предмет научного исследования, в показатель, имеющий свои методы определения и критерии количественной оценки, изучающий соотношение положения индивидуума в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства [5, 38]. КЖ — это многогранное понятие, с помощью которого исследователи пытаются измерить оценку людьми собственного благополучия, определить степень

Таблиця 1

Критерии качества жизни и их составляющие, рекомендованные ВОЗ

Критерии	Составляющие
Физические	Боль, сила, энергия, усталость, дискомфорт, сон
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Общественная жизнь	Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, досуг, экология (поллютанты, шум, населенность, климат)
Духовность	Религия, личные убеждения

комфортности как внутри себя, так и в рамках своего общества. В последнее время отмечается повышенный интерес ученых и к оценке медицинских аспектов КЖ.

Что же такое КЖ?

На сегодняшний день существует множество определений «качества жизни», но каждое из них дополняет и конкретизирует трактовку термина.

КЖ может быть определено как степень удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным состоянием [16]. Также КЖ может определяться как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему социальному положению и получать удовлетворение от жизни [9]. В последние годы КЖ определяют также как показатель адаптации больного к наличию у него болезни, возможности выполнения привычных функций, связанных с социально-экономическим положением на работе и в быту [8]. Важно понимать, что «качество жизни» не аналогично «функциональному статусу», который ВОЗ определяет как «...спо-собность индивидуума в данное время выполнять задание или функцию, которые должны иметь фактический результат». Функциональный статус является лишь одним из аспектов показателя КЖ [38].

Несмотря на отсутствие единого общепризнанного определения термина «качество жизни», обычно принято считать, что это понятие охватывает физическое, психологическое и социальное благополучие так, как его воспринимает сам пациент, и позволяет качественно и количественно оценить влияние на перечисленные составляющие таких факторов, как болезнь и методы лечения (табл. 1). В последние годы КЖ определяют также как показатель адаптации больного к наличию у него болезни, возможности выполнения привычных функций, связанных с социально-экономическим положением на работе и в быту [8, 9, 12].

В большинстве случаев исследователи оценивают не КЖ как таковое, а его компоненты, к которым относятся:

1) удовлетворенность степенью физического, психо-

логического, социального и духовного благополучия;

2) общее восприятие своего состояния здоровья;

3) социальное благополучие;

4) психологическое благополучие;

5) физическое благополучие;

6) клиническая характеристика заболевания (жалобы, объективные признаки поражения, данные дополнительных методов исследования, наличие осложнений заболевания).

В медицинской практике показатель КЖ используется с различными целями:

1) для выявления психологических проблем у больных;

2) для определения прогноза заболевания;

3) для оценки эффективности действия препарата или метода лечения;

4) для оценки эффективности действия новых лекарственных средств;

5) для анализа соотношения затрат и эффективности медицинской помощи;

6) в медицинском аудите.

Несмотря на то, что понятие КЖ все еще остается довольно неопределенным, существуют и применяются надежные методы его оценки у больных. В основе их лежит несколько принципиальных подходов. Во-первых, все методы делятся на общие и специфические для конкретного заболевания. Выбор исследователем метода оценки КЖ больного зависит от вопроса, на который он хочет получить ответ. Во-вторых, методы исследования КЖ могут быть представлены в виде индексов и профилей, а каждый опросник имеет свои критерии и шкалы оценки.

Общие (неспецифические) анкеты и опросники измерения КЖ (табл. 2) предназначены для широкого круга болезней и категорий пациентов. Они пригодны для исследований, касающихся сравнения КЖ при различных заболеваниях или сравнения с КЖ населения в целом. Такие опросники направлены на оценку здоровья населения и тактику здравоохранения в целом, независимо от нозологии [13, 16, 41].

Таблиця 2

Общие опросники для изучения качества жизни

Анкета	Название на русском языке
Nottinham Health Profile	Ноттингемский профиль здоровья
Sickness Impact Profile	Профиль влияния болезни
Medical Outcome Study SF-36 Short-Form Health Survey	Краткий медицинский опросник SF-36
McMaster Health Index	Показатель здоровья МакМастера
Psychological General Well-Being Index	Показатель психологического благополучия
General Health Rating Index	Показатель уровня общего здоровья
Quality of Well-Being Scale	Шкала самочувствия
Activities of Daily Living	Активность в повседневной жизни
Perceived Quality of Life	Восприятие качества жизни

Наиболее широко известен опросник SF-36, разработанный в Центре Изучения Медицинских Результатов США в 1992 г. докторами John E Ware и Cathy Donald Sherbourne [6, 37, 41]. Опросник предназначен для использования в клинической практике и в научных исследованиях для оценки общего здоровья населения, а также разработки тактики здравоохранения. Рассчитан на пациентов в возрасте старше 14 лет. Опросник не является специфическим, поэтому может быть использован у различных контингентов больных с разными нозологиями.

Специфические анкеты и опросники — это специальные опросники, разработанные для оценки КЖ пациентов с конкретными заболеваниями или лиц определенных групп населения (например, детей). Они сфокусированы на оценку специфических проявлений болезни, поэтому являются более чувствительными и точными [9, 10, 20, 23].

Важно помнить, что опросники по КЖ не оценивают тяжесть заболевания. Они отражают только то, как больной переносит свой недуг. Так, при хроническом патологическом процессе некоторые пациенты как бы «привыкают» к своему состоянию и «перестают обращать внимание» на беспокоящие симптомы. У таких пациентов можно зарегистрировать улучшение КЖ, что, однако, не означает наличие регрессии заболевания [19].

Выбирая опросники для оценки КЖ, необходимо руководствоваться тем, что они должны быть:

- 1) универсальными (охватывать все параметры здоровья);
- 2) надежными (фиксировать индивидуальные уровни здоровья у всех респондентов);
- 3) чувствительными к клинически значимым изменениям здоровья каждого респондента;
- 4) воспроизводимыми (тест = ретест);
- 5) простыми в использовании и краткими;
- 6) стандартизованными (предлагать единый вариант стандартных вопросов и ответов для всех групп респондентов);
- 7) оценочными (давать количественную оценку параметров здоровья).

Качество жизни больных АР

Сведения об АР, как правило, базируются на данных обращаемости к врачу по поводу заболевания. Гораздо реже выявления заболеваемости связано с исследованиями, проводимыми в специально отобранных группах. В связи с этим становится понятным, что в поле зрения исследователей чаще попадают лица с тяжелыми проявлениями патологического процесса. Этим и обусловлены результаты по изучению КЖ больных.

Согласно литературным данным, КЖ больных АР, связанное с физическим состоянием, прежде всего зависит от формы заболевания — сезонного АР (САР), причиной которого является сезонное появление аллергических частиц в воздухе (пыльца растений, спор простейших грибов) или круглогодичного АР (КАР), причиной которого чаще всего являются клещи домашней пыли, перхоть домашних животных, библиотечная пыль, аллергены тараканов. Если при САР на первый план в клинике заболевания выступает обильная ринорея, зуд в полости носа, повторяющееся чихание и нередко anosmia, то характерным симптомом КАР является

назальная обструкция, которая в значительной степени ухудшает КЖ пациентов [3, 6, 7]. Кроме того, при круглогодичной форме АР часто нарушается функция прилегающих отделов дыхательного тракта (евстахиевой трубы, придаточных пазух, бронхов), что влечет за собой наблюдение больного несколькими смежными специалистами и оценку каждым из них «своего» аспекта КЖ больного.

Показатель КЖ зависит также от характера течения заболевания. Если при САР, когда периоды обострения сменяются достаточно продолжительными периодами ремиссии, КЖ страдает только в сезоны поллинии растений, то при КАР показатель КЖ достоверно ниже по сравнению с таковым в общей популяции в течение всего года, еще значительно снижаясь в периоды обострений.

В одном из недавно проведенных исследований показано, что более 95 % больных САР отмечают значительное влияние симптомов заболевания на свою работоспособность [30, 36]. Поэтому улучшение самочувствия или обусловленного состоянием здоровья КЖ является основной целью лечения пациентов с этой формой АР.

При анализе эффективности лекарственных средств в лечении больных САР стало обычной практикой оценивать КЖ больных. Специально для этого был разработан Опросник по КЖ при риноконъюнктивите (ОКЖР); доказаны его валидность и воспроизводимость результатов. Проведенное исследование показало, что антигистаминный препарат III поколения фексофенадин обеспечивает более клинически значимое улучшение КЖ больных САР по сравнению с плацебо и лоратадином [40].

Таким образом, стабильное подавление симптомов и длительное поддержание КЖ на высоком уровне представляется реальной и вполне достижимой целью лечения АР.

Качество жизни больных БА

В медицине всегда существовали заболевания, в большей мере снижающие уровень общего здоровья, работоспособности и продолжительности жизни населения. В аллергологии и пульмонологии таким заболеванием, чаще других ведущим к преждевременной смерти, значительно обременяющим жизнь человека, протекающим с частыми обострениями, потерей трудоспособности, является БА. Дыхательный дискомфорт и, как высшая форма его проявления, удушье, привязанность к определенным лекарствам, с одной стороны, и боязнь приема этих лекарств, с другой, — все это и многое другое делает жизнь больных БА в значительной степени отличающейся от жизни окружающих, что существенно влияет на КЖ больных [25, 26].

Для каждого страдающего БА важны не только показатели физического состояния, но и психического статуса, социальной активности, общего благосостояния и др. Появившееся большое количество новых бронхолитических и противовоспалительных препаратов постоянно расширяет возможности терапии данной категории больных, однако, наряду с этим выявляются нежелательные побочные эффекты противоастматических лекарственных средств. В этой связи изучение КЖ больных БА является весьма актуальным, так как является важным дополнительным критерием при определении врачебной тактики [6, 8, 14, 27, 32].

Для исследования больных БА предложено и апробировано несколько анкет. Из них наиболее известен опросник «Качество жизни больных бронхиальной астмой» (AQLQ), который разработан прежде всего для оценки результатов лечения больных. Исследования продемонстрировали, что этот опросник обладает необходимыми свойствами, включая достоверность и согласованность, благодаря чему позволяет точно измерить те параметры, для которых он предназначен. Кроме того, показано, что он чувствителен к изменениям и поэтому может выявлять улучшения или ухудшения КЖ с течением времени [33].

В настоящее время анкеты и опросники для изучения и оценки КЖ еще не получили широкого распространения в медицинской практике, а наиболее активно используются в контролируемых клинических испытаниях для оценки и сравнения новых или уже существующих лекарственных препаратов. Так, опросник AQLQ использовали в 4-недельном исследовании для сравнения эффектов лечения β_2 -агонистами — сальметеролом и салбутамолом у больных БА различных ступеней [19, 33]. Результаты этого исследования показали, что сальметерол оказывает более значимое, чем салбутамол, положительное влияние на КЖ; различия в степени улучшения качества жизни были статистически достоверными.

Второе исследование с использованием опросника AQLQ касалось влияния на КЖ больных БА фиксированной комбинации сальметерола и флутиказона пропионата — серетиды. Было выявлено достоверно лучшее влияние комбинированного препарата на показатели КЖ по сравнению с раздельным использованием сальметерола и ингаляционных глюкокортикостероидов. При сравнении влияния серетиды и сальметерола клинически значимые различия были отмечены по 4 шкалам AQLQ, а при сравнении серетиды и флутиказона пропионата — по 3 шкалам [15].

Вопросами оценки КЖ больных с заболеваниями органов дыхания сотрудники кафедры факультетской терапии и эндокринологии Днепропетровской медицинской академии занимаются с 1996 года [13]. В 1998–2000 гг. нами было проведено исследование, в котором изучалось влияние длительного обучения и реабилитации на КЖ больных БА [11]. Было продемонстрировано, что исходные показатели КЖ у больных БА по опроснику AQLQ были значительно снижены по сравнению с расчетным максимумом (7 баллов). Они характеризовали значительное ограничение активности, выраженную симптоматику болезни, сопровождавшуюся снижением эмоционального статуса и значительной подверженностью негативным влияниям окружающей среды. После обучения и длительной комплексной реабилитации улучшение общего состояния больных было сопряжено с существенным повышением качества их жизни. Одновременно с уменьшением выраженности симптомов у больных улучшились показатели физической активности, защищенности от воздействий окружающей среды, что, по-видимому, связано с прекращением курения и соблюдением антиаллергического режима. Значительно улучшилось и эмоциональное состояние больных, которых стали меньше беспокоить озабоченность из-за наличия астмы, тревога из-за появления приступов, снизились опасения по поводу

негативных эффектов лекарственных средств; общий показатель по опроснику AQLQ достоверно увеличился.

Показатель КЖ может быть применим при выработке не только лечебных, но и индивидуальных реабилитационных программ для больных БА. Уровень КЖ является основой выбора системы медицинской легочной реабилитации в каждом конкретном случае. Можно выделить три аспекта последней:

- 1) медицинский, включающий методы лечения (как медикаментозные, так и немедикаментозные);
- 2) психологический, включающий методы психологической коррекции;
- 3) социальный, направленный на социальную адаптацию больных с бронхообструктивным синдромом.

Каждый из указанных методов реабилитации направлен на коррекцию соответственно физического состояния больного (клинических симптомов и функциональных показателей) или его психического и/или социального статуса. При детальном анализе факторов, составляющих интегральное понятие КЖ больного, можно выделить один из компонентов, который страдает в большей мере у данного конкретного пациента. В дальнейшем, рационально используя алгоритмы легочной реабилитации, руководствуясь параметрами КЖ, следует добиваться улучшения функционирования наиболее пораженной сферы [34].

Качество жизни больных аллергодерматозами

Клиницисты всегда признавали негативное влияние кожных болезней на жизнь человека, но лишь недавно осознали, что оценка КЖ является частью ведения больного [20]. Недавние исследования КЖ больных с хронической крапивницей выявили серьезные изменения, включающие нарушение сна, вялость, социальную изоляцию, измененную эмоциональную реактивность, проблемы на работе и дома, связанные как с самой болезнью, так и с проводимым лечением. Снижение КЖ было сравнимо с таковым при ИБС.

Атопический дерматит также приводит к снижению КЖ ввиду необходимости диетического питания, выбора определенной одежды, температурного режима, отказа от косметических средств, ограничения межличностных контактов из-за смущения и подавленности, вызванных состоянием кожи [2].

Измерение параметров КЖ больных с кожными заболеваниями необходимо для:

- 1) оценки степени тяжести больного;
- 2) оценки эффективности лечения;
- 3) подбора индивидуальной терапии в качестве дополнительного критерия;
- 4) оценки эффективности новой терапии;
- 5) получения сравнительных данных для разделения ресурсов между медицинскими специальностями;
- 6) оценки эффективности деятельности дерматологической клинической службы;
- 7) обеспечения дополнительного исследования состояния пациента;
- 8) обеспечения сравнения между течением и лечением разных кожных заболеваний [24].

Примером простого практического опросника для ежедневного применения в клинической практике может служить

дерматологический индекс КЖ – ДИКЖ (Dermatology Life Quality Index – DLQI) [2, 24, 39]. Цель анкетирования – определить влияние заболевания на жизнедеятельность больного в течение прошедшей недели. Исследователи отмечают, что при повышении балла за один вопрос может снизиться балл за другой, и общий балл останется без изменения. Например, улучшение состояния кожи (в баллах) может нивелироваться приемом антигистаминных препаратов с выраженными седативными свойствами или употреблением местной мазевой терапии, вызывающей разнообразные ограничения. То есть результат, достигнутый «любими средствами» без учета всех возможных последствий назначения того или иного препарата, не является показателем качественного лечения.

Данный опросник является одним из нескольких, предложенных для применения в клинической практике аллерголога и дерматолога. Он удобный для применения, информативный, однако не учитывает наличия у пациента конкретного заболевания, проявляющегося изменениями кожных покровов. По-видимому, на основе имеющихся требуется создание опросников для измерения КЖ больных именно аллергодерматозами с адаптацией их к

национальным особенностям системы здравоохранения.

Исходя из вышеизложенного можно заключить, что изучение КЖ у больных аллергическими заболеваниями – это достоверный способ оценки эффективности лечения больных, реакции пациентов на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, а также важный критерий в анализе результативности и безопасности использования новых препаратов. Накопленные к настоящему времени данные свидетельствуют, что КЖ может рассматриваться как важный самостоятельный показатель состояния больного, а его динамика в ходе лечения может иметь иногда большее значение, чем обычно оцениваемые клинические параметры. Показатель КЖ также может быть использован как решающий критерий в выборе оптимальных лечебных программ с учетом их эффективности и стоимости. В итоге, оценка КЖ пациентов может привести к улучшению качества медицинского обслуживания в целом [9, 25, 26].

Для получения сопоставимых результатов по оценке КЖ больных в различных регионах перспективным направлением является разработка единых национальных критериев и создание унифицированных валидных опросников.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абелевич М.М.* Аллергические риниты: Пособие для врачей. – 1998. – 25 с.
2. *Данилычева И.В., Ильина Н.И.* Качество жизни у больных крапивницей и atopическим дерматитом. // *Consilium Medicum.* – 2001; Vol. 3, N 4. – P. 184–186.
3. *Ильина Н.И., Польшнер С.А.* Круглогодичный аллергический ринит // *Consilium Medicum.* – 2001. Т. 3, № 8. – С. 384–393.
4. *Ильина Н.И.* Аллергический ринит // *Consilium Medicum.* – 2000. – Т. 2, № 8. – С. 338–343.
5. *Качество жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы/ О.Б. Степура, Л.С. Пак, Е.В. Акатова и соавт // Кардиология.* – 1998. – № 10. – С. 62–65.
6. *Конопкина Л.И., Ботвинникова Л.А.* Влияние применения ингаляционных кортикостероидов на качество жизни больных с ХОЗЛ // II з'їзд фтизіатрів і пульмонологів України: (Матеріали наук. праць), м. Київ, 20–23 жовтня, 1998 р. – Київ, 1998. – С. 173.
7. *Крюков А.И., Туровский А.Б.* Симптоматическая терапия при некоторых заболеваниях ЛОР-органов // *Consilium Medicum.* – 2001. Т.3, № 8. – С. 378–383.
8. *Моисеев В.С.* Лекарства и качество жизни // *Клинич. фармакология и терапия.* – 1993. – № 1. – С. 5–9.
9. *Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова и соавт. // Клинич. медицина.* – 2000. – №2. – С.10–13.
10. *Оценка качества жизни в клинике внутренних болезней / Т.Ю. Захарова, Ю.А. Васюк, Ю.Е. Абакумов и соавт.. // Сов. медицина* – 1991. – №6. – С. 34–38
11. *Перцева Т.А., Ботвинникова Л.А.* Влияние образовательных программ на качество жизни больных бронхиальной астмой // *Укр. терапевт. журн.* – 2001. – Т. 3, № 2. – С. 65–67.
12. *Перцева Т.О., Ботвінікова Л.А.* Медико-соціальні аспекти визначення якості життя в хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт // *Укр. пульмонолог. журн.* – 2000. – № 1. – С. 19–22.
13. *Перцева Т.А., Гончар М.Н.* Оценка качества жизни больных хроническими обструктивными заболеваниями легких // *Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины: (Сб. научн. работ).* – 1996. – С. 55–64.
14. *Пресс-релиз, распространенный компанией Берингер-Ингельхайм на 10-м конгрессе Европейского Респираторного Общества / // Укр. пульмонолог. журн.* – 2000. – № 3. – С. 71.
15. *Применение фиксированных комбинаций ингаляционных кортикостероидов и длительно действующих β_2 -агонистов в лечении бронхиальной астмы / А.Г. Чучалин, Е.Н. Калманова, З.Р. Айсанов и соавт. // Пульмонология.* – 2000. – № 1. – С.81–85.
16. *Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С.* Качество жизни – предмет научных исследований в пульмонологии: (По материалам Между-народного конгресса Интерастма'98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) // *Терапевт. арх.* – 2000. –№ 3. – С. 36–41.
17. *Феденко Е.С.* Современные представления о крапивнице // *Consilium Medicum.* – 2000. – Т.2, № 5. – С. 188–393.
18. *Фещенко Ю.И.* Бронхиальная астма – одна из главных проблем медицины // *Укр. пульмонолог. журн.* – 2000. – Додаток до №2 (28). – С. 13–15.
19. *Twaites R.M.A., Price M.S.* Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов // *Пульмонология.* – 1998. – № 3. – С. 19–23.
20. *A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease / Guyatt G.H., Berman L. B., Townsend M. et al. // Thorax.* – 1987. – Vol. 42. – P. 773–778.
21. *Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N. et al.* Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) – Pocket Guide. – WHO, 2001. – 23 p.
22. *Durham S.R.* Effect of intranasal corticosteroid treatment on asthma in children and adults // *Allergy.* – 1999. – Vol. 54, Suppl. 57. – P. 124–131.
23. *Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials / Juniper E.F, Guyatt G.H., Epstein R.S. et al. // Thorax.* – 1992. – Vol. 47. – P. 76–83.
24. *Fedeschi A., Suli C., Torini M., Airaghi T.* Successful treatment of chronic urticaria // *Allergy.* – 2000. – Vol. 50. – P. 1096–1097.
25. *Jones P.W.* Quality of life measurement: the value of standartization // *Eur. Resp. Rev.* – 1997. – Vol. 7, № 42. – P. 46–49.
26. *Jones P.W.* Quality of Life, health economics and asthma // *Eur. Resp. Rev.* – 1995. – Vol. 30, № 5. – P. 279–283.
27. *Jones P.W.* Quality of life, symptoms and pulmonary function in asthma: long-term treatment with nedocromil sodium examined in a controlled multicentre trial // *Eur. Resp. J.* – 1994. – Vol. 7, № 1. – P. 55–62.
28. *Leynaert B., Neukirch F., Demoly P., Bousquet J.* Epidemiologic evidence for asthma and allergic rhinitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2000. – Vol. 106. – P. 201–205.
29. *Magnussen H., Jorres R.* Effect of pollution to the prevalence of asthma and allergy: lessons from the German reunification // *Thorax.* – 1993. – Vol. 48. – P. 879.
30. *Mosges R., van Cauwenberge P., Lloyd T and STAR Study Investigating Group.* Fexofenadine and loratedine exhibit rapid onset of relief, but only fexofenadine maintains efficacy over a 2-week study period // *Eur J Allergol & Clin. Immunol.* 2000.

31. Passalacqua I., Ciprandi G., Canonica G. W. The nose lung interaction in allergic rhinitis and asthma: united airways disease // *Cur. Opin. Allergy and Immunology*. – 2001. – Vol. 1. – P. 1–7.
32. Quality of life during formoterol treatment: comparison between asthma-specific and generic questionnaires / Molen T., Sears M. R., Graaff C. S. et al. // *Eur. Resp. J.* – 1998. – № 12. – P. 30–34.
33. Quality of life in asthma clinical trials: comparison of salmeterol and salbutamol / Juniper E.F., Johnson P.R., Borkhoff C.M. et al. // *Am. J. Resp. Crit. Care Med.* – 1995. – Vol. 151. – P. 66–70.
34. Reardon J., Patel E.C., ZuWallack R.L. Improvement in quality of life is unrelated to improvement in exercise endurance after outpatient pulmonary rehabilitation // *J. Cardiopulmon Rehabil.* – 1993. – Vol. 13. – P. 51–54.
35. Sconer D. Complications of allergic rhinitis // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2000. – Vol. 105. – P. 605–609.
36. Sporik R., Ingram J.M., Price W. et al. Association of asthma with serum IgE and skin test reactivity to allergens among children living at high altitude. Ticking the dragon's breath. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 1995. – Vol. 151 – P. 1388.
37. The Subjective Quality of Life Profile Questionnaire: statistical analysis in clinical trials / Mercier C., Davord A., Chauvin F. et al. // *News Letter QoL*. – 1995. – Vol. 12. – P. 10–12.
38. The WHOQOL Group. What Quality of Life? // *World Health Forum*. – 1996. – Vol. 17, № 24. – P. 354–356.
39. Toubi E., Blant A., Kessel A. Low-dose cycloporin A in the treatment of severe chronic idiopathic urticaria. // *Allergy*. – 1997. – Vol. 52. – P. 312–316.
40. Van Cauwenberge P., Crawford B., Marquis P et al. Interpreting quality of life data in SAR patients: fexofenadine in a comparative trial / *Eur J Allergol & Clin. Immunol*, 2000.
41. Ware J.E., Sherbourn C.D. The MOS 36-item short-form health surf (SF-36). Conceptual framework and item selection // *Med. Care*. – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Т.А. ПЕРЦЕВА, Л.И. КОНОПКИНА, Л.А. БОТВИНИКОВА

Резюме

Аллергические риниты (АР), бронхиальная астма (БА), аллергодерматозы являются наиболее распространенными аллергическими заболеваниями, причем заболеваемость ими из года в год растет. Одним из критериев оценки эффективности лечения, на который врач может ориентироваться в своей повседневной работе является качество жизни (КЖ) пациента. В статье рассмотрены методы оценки КЖ у больных АР, БА и аллергодерматозами с использованием различных опросников.

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ALLERGIC DISEASES

T.A. PERTSEVA, L.I. KONOPKINA, L.A. BOTVINNIKOVA

Summary

Allergic rhinitis, asthma and allergic dermatitis are among the most widespread allergic diseases with morbidity rates, growing each year. Quality of life is one of the most reliable indices of effectiveness of treatment, which is very useful for physician in his everyday clinical practice. This article deals with the methods of evaluation of quality of life using different questionnaires in patients with allergic rhinitis, asthma and allergic dermatitis.

УДК: 616–056.3:615.37

Е.Ф. ЧЕРНУШЕНКО

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины, Киев.

Мировая медицинская статистика констатирует рост числа аллергических заболеваний. Их патогенез очень сложен, но основное значение отводится иммунологическим механизмам, обусловленным реакцией клеток иммунной системы на антиген (аллерген). Интенсивность и направленность иммунного ответа определяются, с одной стороны, характером и свойствами аллергена (доза, кратность, длительность воздействия, путь поступления в организм), с другой — состоянием пациента: защитные свойства кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отягощающих факторов (наследственность, профессия, экологические условия, перенесенные и сопутствующие заболевания и т.д.). Очень большое значение имеет состояние иммунной

системы, как отдельных иммунокомпетентных клеток (ИКК), так и факторов, регулирующих их функционирование (гормоны, эндорфины, цитокины и др.).

В реализации иммунного ответа на аллергены участвуют разнообразные клеточные элементы (лимфоциты, фагоциты, базофилы, эозинофилы, эндотелиоциты, эпителиоциты, фибробласты, тромбоциты) и гуморальные факторы (комплемент, биологически активные вещества, цитокины (ЦК), молекулы адгезии и др.). Очень важным звеном является цитокиновая система. Цитокины — пептиды — продукты синтеза различных ИКК, обеспечивающие их взаимодействие в условиях нормы и патологии. Среди ЦК особая роль отводится интерлейкинам (IL-1, IL-2 и др.), интерферонам, ростовым и цитотоксическим факторам. ЦК определяют как про-, так и противовоспалительный эффект,

© Чернушенко Е.Ф., 2002