

УДК 616.248.1-085-084.001.5

Л. М. Курик

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Основні складові якості життя хворих на бронхіальну астму в залежності від ступеня тяжкості перебігу захворювання

Ключові слова: бронхіальна астма, якість життя.

Бронхіальна астма (БА) є одним із найпоширеніших захворювань у сучасному суспільстві. За останні десятиріччя значно збільшилась захворюваність на БА серед молодого фізично активного населення. Зростає відсоток тяжких, резистентних до медикаментозної терапії форм захворювання.

Сьогодні широко обговорюється і використовується термін «якість життя» (ЯЖ) як реальна можливість кількісно і якісно оцінити функціональні резерви хворого в його повсякденному житті, встановити здатність пацієнта адаптуватись до проявів хвороби, оцінити ефективність проведеного лікування [37]. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), ЯЖ — це індивідуальне співвідношення свого становища в житті суспільства, у контексті різноманітної культури та систем цінностей цього суспільства, з цілями даного індивідуума, його планами та можливостями. ВООЗ була проведена велика дослідницька робота щодо розроблення критеріїв ЯЖ людини (табл. 1) [38–45].

Дотепер триває пошук універсальних понять і точних критеріїв, які могли б охопити широкий спектр подій і змін у житті хворого під впливом захворювання. Численні дослідження показали, що БА впливає як на фізичний стан індивідуума, так і на психологію його поведінки, емоційні реакції, змінюючи його місце і роль у соціальному житті. Психіка хворого, що страждає на хронічне захворювання, ніколи не буває нормальною. Психостатус людини, що постійно відчуває прояви хронічного захворювання, набуває невротичних рис. Більшість авторів підкреслює необхідність поблажливого ставлення до деяких характерологічних особливостей пацієнта, що робить

його тяжким хворим, іноді примхливим, часто вигадуючи неіснуючі скарги.

Поняття ЯЖ покладено в основу сучасного розуміння хвороби і визначення ефективності методів її лікування. Його оцінка змушує лікарів поглянути в суть хвороби і симптомів, допомагає визначити, яким чином хвороба впливає на людину, та знайти відповідні способи втручання, лікування та реабілітації. ЯЖ дає можливість лікарю зосередити увагу на позитивних аспектах життя хворого і способах їх покращання.

Параметри ЯЖ хворого мають незалежну прогностичну значимість і є більш точними факторами прогнозу виживання та стану хворого під час лікування, ніж загальносоматичний статус. Оцінювання ЯЖ дає змогу порівняти ефективність різних терапевтичних програм. Загалом, можна говорити про те, що при хронічних захворюваннях ЯЖ — основний критерій оцінки стану хворого, психосоціальні якості особистості якого відіграють головну роль в адаптації пацієнта до хвороби, що робить особливо актуальним дослідження її у хворих на БА, адже на дану патологію найчастіше страждають молоді, фізично активні люди [1–6].

Основною метою проведеного дослідження було вивчення характеру основних складових ЯЖ хворих на БА в залежності від ступеня тяжкості перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводились на базі відділення пульмонології при ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». Для

Якість життя, рекомендована ВООЗ

Таблиця 1

Критерії	Характеристика
Фізичні	Сила, енергія, втома, біль, дискомфорт, сон, відпочинок
Психологічні	Позитивні емоції, мислення, вивчення, запам'ятовування, концентрація уваги, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання
Суспільне життя	Особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність
Оточуюче середовище	Благополуччя, безпека, побут, забезпеченість, доступність і якість медичного і соціального забезпечення, доступність інформації, можливість навчання та підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія (полутанти, шум, населеність, клімат тощо)
Духовність	Релігія, особисті переконання
Рівень самостійності	Щоденна активність, працездатність, незалежність від ліків і лікування

вирішення задач дослідження об'єктом вивчення були хворі на БА. В дослідження включали хворих лише за умови їх добровільної згоди з метою та обсягом запланованих обстежень. Відповідно до наведених критеріїв у дослідження було включено 40 хворих на БА у фазі загострення, віком від 21 до 65 років, в середньому ($32,3 \pm 5,8$) року, з них 17 чоловіків та 23 жінки.

Для виявлення факторів, що можуть вплинути на перебіг БА, враховували конституційні параметри: стать, вік, зріст, вага, індекс маси тіла; відомості про особливості життя хворого: куріння (факт куріння, пачко-років), наявність професійних шкідливих умов; дані про особливості розвитку захворювання: наявність найближчих родичів, що страждають на БА та/або алергічні захворювання, дебют захворювання (в дитинстві або в зрілому віці), час прояву ознак алергії (в дитинстві або в зрілому віці), наявність алергічної реакції на різні речовини, фактор, що спричинює напади задухи; дані про особливості перебігу захворювання: тривалість хвороби, кількість загострень і госпіталізацій на рік, тривалість перебування в стаціонарі, ступінь тяжкості захворювання; дані про особливості лікування захворювання: використання β_2 -агоністів короткої дії (БАКД), β_2 -агоністів пролонгованої дії (БАПД) та інгаляційних глюкокортикостероїдів (ГКС), базисна терапія в останній місяць, використання небулайзера в попередній рік, застосування нетрадиційних і альтернативних методів лікування.

Всі хворі були розподілені на три групи.

I група – 11 пацієнтів з легким персистуючим перебігом захворювання (симптоми виникають як мінімум 1 раз на тиждень, але рідше 1 разу на день упродовж більше 3 міс; симптоми загострення можуть порушувати активність і сон; наявність

хронічних симптомів, які потребують симптоматичного лікування, майже щоденно; нічні симптоми БА виникають частіше 2 разів на місяць; ОФВ₁ або ПОШвид. більше 80,0 % від належних; добові коливання ПОШвид. або ОФВ₁ – 20,0–30,0 %). 5 чоловіків і 6 жінок, середній вік ($27,8 \pm 1,9$) року, FEV₁ ($83,5 \pm 2,1$ %), FEV₁/FVC ($105,5 \pm 2,1$) з тривалістю БА ($3,5 \pm 1,5$) року, частота загострень БА – ($0,4 \pm 0,1$) разів/рік. Хворі I групи не отримували інгаляційні ГКС регулярно, використовували для лікування БАКД сальбутамол.

II група – 19 осіб з персистуючим перебігом середнього ступеня тяжкості (постійна наявність тривалих денних симптомів, загострення в середньому кожні 3–4 міс, часті нічні симптоми, часткове обмеження фізичної активності зумовлене БА, ОФВ₁ або ПОШвид. від 60,0 до 80,0 % від належних, добові коливання ПОШвид. або ОФВ₁ > 15,0 %, збільшення частоти використання БАКД – не більше 8 інгаляцій протягом доби, курсів прийому пероральних ГКС – не більше 1–2 рази на рік). 9 чоловіків і 10 жінок, середній вік ($45,6 \pm 1,5$) року, FEV₁ ($63,5 \pm 2,1$ %), FEV₁/FVC ($81,5 \pm 1,7$) з тривалістю БА ($9,2 \pm 1,6$) року, частота загострень БА – ($1,8 \pm 0,2$) разів/рік, які отримували лише стандартну базисну терапію періоду ремісії, що включає застосування комбінованого препарату (ГКС + БАПД), а також БАКД для купування симптомів БА.

III група – 10 осіб з тяжким, погано контрольованим перебігом (постійна наявність тривалих денних симптомів, часті тяжкі загострення, часті нічні симптоми, обмеження фізичної активності, зумовлене БА, ОФВ₁ або ПОШвид. < 60,0 % від належних, добові коливання ПОШвид. або ОФВ₁ > 30,0 %, збільшення частоти використання БАКД – більше 8 інгаляцій протягом доби, курсів прийому пероральних

ГКС – більше 2–3 разів на рік, а також часті виклики швидкої допомоги). 3 чоловіки і 7 жінок, середній вік ($58,4 \pm 2,3$) року, тривалість БА ($18,8 \pm 1,5$) року, середній FEV_1 ($44,7 \pm 3,4$) %, FEV_1/FVC ($61,5 \pm 2,5$), частота загострень БА – ($3,1 \pm 1,4$) разів/рік, які отримували лише стандартну базисну терапію періоду ремісії, що включає застосування комбінованого препарату (ГКС + БАПД), перорального ГКС преднізолону до 10 мг на добу постійного або інтермітуючого прийому (через добу), а також БАКД для купування симптомів БА.

Оцінка поточного стану хворих проведена за наступними клінічними критеріями: тест контролю БА, кількість нападів ядухи на добу і на тиждень в останній місяць, вираженість задишки за MRC поза шкалою нападу, фізична активність у денний час, частота дихання і частота серцевих скорочень (ЧСС). Усі ці хворі увійшли у проспективне контрольоване рандомізоване дослідження. При встановленні діагнозу БА враховувався анамнез, клінічні симптоми, показники функції зовнішнього дихання, зворотність обструкції в пробі з бронхолітиком.

Відбір хворих за ступенем тяжкості БА проводився відповідно до критеріїв Наказу № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» та наказу № 868 МОЗ України від 08.10.2013 р. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма» [7]. Як контроль було обстежено 10 здорових добровольців, що не мали тяжкої клінічно значимої патології. Як опитувальник для визначення ЯЖ хворим було запропоновано заповнити загальний опитувальник SF-36 [8].

Опитування хворих БА проводилось тричі – при загостренні та два рази під час ремісії захворювання з інтервалом у півроку. Для визначення «умовної норми» ЯЖ загальний опитувальник SF-36 використовувався у респондентів групи здорових. Первинні дані, отримані при використанні опитувальника SF-36, перекодовували. Розрахунок критеріїв ЯЖ за опитувальником SF-36 проводився тільки на основі перекодування даних за допомогою методу сумарії рейтингів Лікерта (за 100-бальною шкалою, %).

Критерії ЯЖ за SF-36 наступні: фізична активність, ФА (PF – Physical Functioning); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, РФ (RP – Role-Physical); біль, Б (BP – Bodily Pain); загальне здоров'я, ЗЗ (GH – General Health); життєздатність, ЖЗ (VT – Vitality); соціальна активність, СА (SF – Social Functioning); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, РЕ (RE – Role-Emotional); психічне здоров'я, ПЗ (MH – Mental Health); порівняння самопочуття, ПС. Фізичний статус респондента характеризують 5 шкал (ФА, РФ, Б, ЗЗ, ЖЗ), психосоціальний статус оцінювався також за 5 шкалами (РЕ, СА, ПЗ, ЗЗ, і ЖЗ). Два останні

показники визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини.

Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входять до пакету Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Academic OPEN NO LEVEL № 17016297 на персональному комп'ютері IBM Atlon у програмі Excel. Для перевірки нормальності розподілу даних використовували методику Лапач С. Н. та ін. (2001) (функція NORMSAMP-1, яка вбудовується в середовище Excel) [9, 10]. Робота виконана державним коштом.

Результати дослідження та їх обговорення

Основні визначальні компоненти ЯЖ здорових представлені на рисунку 1.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що незалежно від ступеня тяжкості перебігу БА, загострення захворювання завжди погіршує ЯЖ за рахунок обмеження фізичної активності, зміни психологічного стану індивідууму, обмежує соціальну активність, спричинює стрес та негативне ставлення до стану свого здоров'я. А вже наскільки виражені ці зміни, їхня глибина та тривалість, повністю залежить від ступеня тяжкості перебігу захворювання.

У хворих з легким персистуючим перебігом захворювання загострення БА незначно обмежує фізичну активність – ФА ($67,8 \pm 2,1$) бала, виводячи на передній план фізичні проблеми з обмеженням життєдіяльності – РФ ($55,3 \pm 1,1$) бала. Збільшується і частка емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – РЕ ($81,3 \pm 2,1$) бала, що дає можливість припустити наявність незначного стресу в цей період перебігу захворювання. Змінюються критерії ЯЖ, пов'язані з ментальною сферою: зафіксовано несуттєве зниження показників ЖЗ – ($50,8 \pm 1,8$) бала і ПЗ – ($55,5 \pm 2,0$) бала. Падають, відповідно, і показники соціальної активності хворих СА – ($67,6 \pm 2,1$) бала, що свідчить про неможливість хворих повноцінно здійснювати соціальні зв'язки у відповідності з віком, суспільним становищем і рівнем потреб у цей період перебігу захворювання.

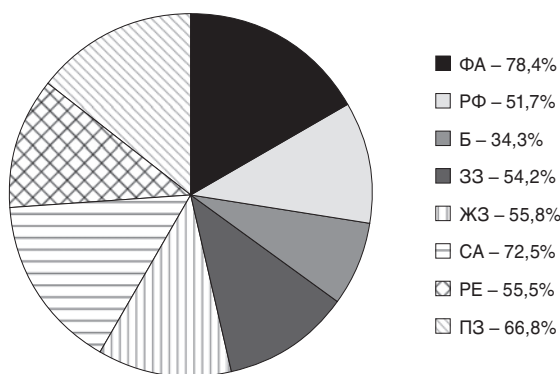


Рис. 1. Структура основних визначальних компонентів ЯЖ здорових

Також хворі занижують суб'єктивне сприйняття загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ – $(46,9 \pm 1,2)$ бала. Параметр ЯЖ Б при загостренні БА становив $(33,6 \pm 2,1)$ бала і не відрізнявся від значення групи здорових, що пояснюється тим, що в період загострення хворі серйозно стурбовані лише специфічними симптомами БА і не звертають уваги на біль у буквальному його розумінні (рис. 2).

У хворих з перебігом БА середнього ступеня тяжкості параметри (ФА, РФ, СА, ЗЗ, РЕ) були достовірно гіршими, ніж у групі здорових. Показник ФА падав до $(54,3 \pm 1,8)$ бала, показник РФ становив $(41,4 \pm 1,2)$ бала. Був збільшеним показник РЕ – $(87,3 \pm 2,5)$ бала, показник ментальної сфери: ЖЗ – $(44,6 \pm 1,3)$ бала і ПЗ – $(48,3 \pm 1,8)$ бала. Достовірно зниженими були показники СА – до $(52,4 \pm 1,1)$ бала. Також спостерігалось достовірне низьке суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ – $(39,1 \pm 0,8)$ бала. Параметр Б практично не відрізнявся від групи здорових – $(33,3 \pm 2,1)$ бала (рис. 3).

Найгірші показники опитувальника були у групі хворих з тяжким перебігом захворювання. А саме: показник ФА був достовірно зниженим аж до $(11,9 \pm 1,1)$ бала, показник РФ був зменшеним до $(26,2 \pm 1,1)$ бала. Достовірно зростав показник

РЕ – до $(96,3 \pm 2,9)$ бала, показник ментальної сфери: ЖЗ падав до $(18,5 \pm 0,3)$ бала і ПЗ – $(13,4 \pm 0,5)$ бала. Зниженими були й показники СА – до $(8,3 \pm 0,4)$ бала. Також спостерігалось знижене низьке суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ, – $(15,3 \pm 0,3)$ бала. Параметр Б зростав до $(79,5 \pm 2,1)$ бала (рис. 4).

Під час ремісії захворювання структура основних визначальних компонентів ЯЖ напряду визначалась ступенем тяжкості перебігу захворювання. При легкому перебігу БА у хворих під час ремісії показники не відрізнялись від групи здорових. ФА була в межах норми $(77,1 \pm 1,5)$ бала, показник РФ змінювався з $(55,3 \pm 1,1)$ до $(51,6 \pm 1,2)$ бала. Зменшувался показник РЕ з $(81,3 \pm 2,1)$ до $(58,3 \pm 1,1)$ бала, показник ментальної сфери ЖЗ з $(50,8 \pm 1,8)$ до $(54,2 \pm 1,5)$ бала і ПЗ – з $(55,5 \pm 2,0)$ до $(71,9 \pm 1,5)$ бала. Зростали показники СА з $(67,6 \pm 2,1)$ до $(73,4 \pm 1,7)$ бала. Нормалізовувалось суб'єктивне сприйняття хворими БА стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ, з $(46,9 \pm 1,2)$ до $(55,1 \pm 1,8)$ бала. Параметр Б залишався без суттєвих змін – $(34,5 \pm 2,2)$ бала (рис. 5).

Обчислення коефіцієнта кореляції між значеннями параметрів ЯЖ і двома періодами перебігу захворювання (ремісія чи загострення) показало наявність

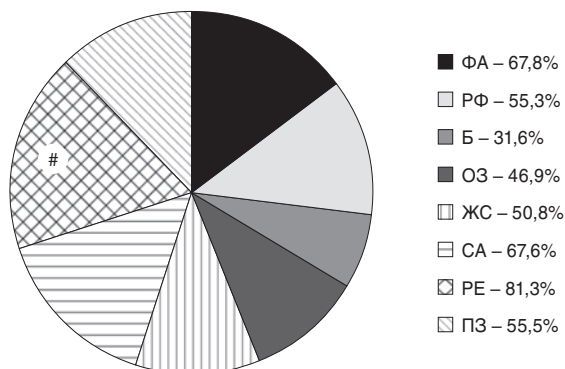


Рис. 2. Структура основних визначальних компонентів ЯЖ при легкому перебігу БА у фазі загострення

Примітка. # різниця показника у порівнянні із показником групи здорових вірогідна ($p < 0,05$)

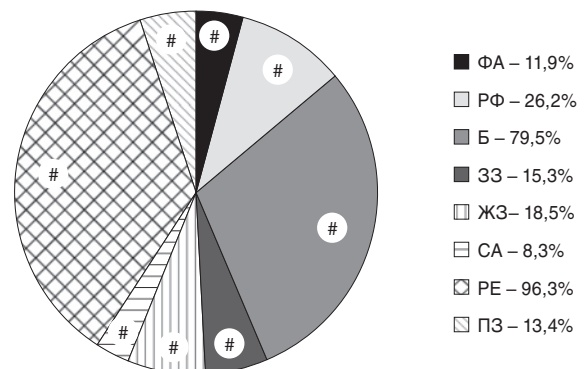


Рис. 4. Структура основних визначальних компонентів ЯЖ при тяжкому перебігу БА у фазі загострення

Примітка. # різниця показника у порівнянні із показником групи здорових вірогідна ($p < 0,05$)

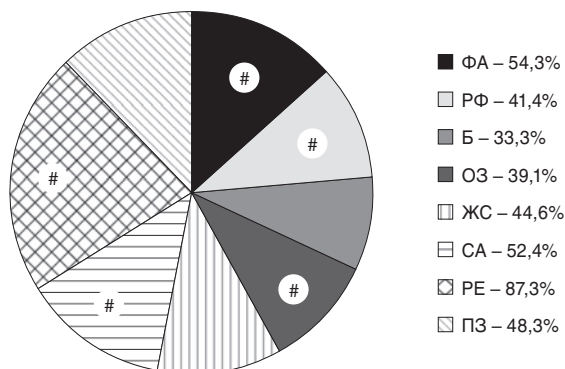


Рис. 3. Структура основних визначальних компонентів ЯЖ при перебігу БА середнього ступеня тяжкості у фазі загострення

Примітка. # різниця показника у порівнянні із показником групи здорових вірогідна ($p < 0,05$)

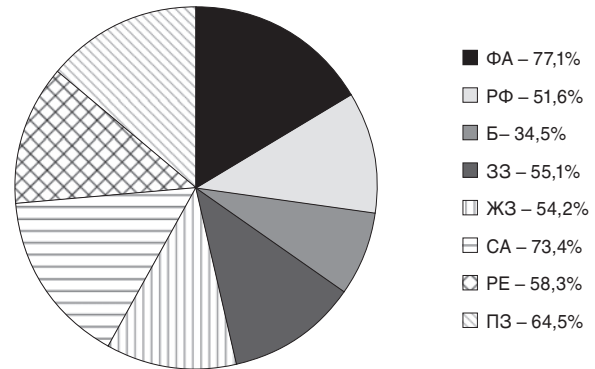


Рис. 5. Структура основних визначальних компонентів ЯЖ через 6 місяців спостереження при легкому перебігу БА у фазі ремісії

Примітка: достовірної різниці в оцінюваних показниках порівняно із групою здорових не спостерігалось

клінічно і статистично значущого зв'язку між ними. Найбільш сильний зв'язок з періодами перебігу БА визначений для хворих із легким перебігом БА у параметрах ФА ($\rho = -0,62$). Інші параметри ЯЖ мали меншої сили зв'язки з періодами перебігу БА: ЖЗ ($\rho = -0,55$), Б ($\rho = -0,39$), РЕ ($\rho = -0,48$), ЗЗ ($\rho = -0,46$), ПЗ ($\rho = -0,47$), РФ ($\rho = -0,21$) і СА ($\rho = -0,35$). Особливості сприйняття даними хворими власної ЯЖ в залежності від періодів перебігу захворювання були оцінені за результатами факторного аналізу.

Під час ремісії оцінка хворими з БА легкого перебігу своєї ЯЖ — це одна сукупність факторів (перший головний фактор), до якої увійшло 7 показників з 8 (показник Б сформував окремо другий фактор). На тлі повного клінічного благополуччя пацієнти не схильні виділяти окремі складові ЯЖ, а сприймають її цілісно (якщо все добре, то все добре). У свою чергу, при загостренні параметри Б і РФ «випали» з оцінки хворими ЯЖ, решта 6 параметрів сформували два самостійних фактора: в перший головний фактор увійшли ФА, ЖЗ, СА і ЗЗ, у другий — РЕ і ПЗ. Це свідчить, що при загостренні захворювання погіршення ЯЖ хворих обумовлено перш за все обмеженням фізичних можливостей, а потім — психоемоційними розладами.

У хворих групи з перебігом захворювання середнього ступеня тяжкості під час ремісії деякі показники ЯЖ достовірно відрізнялись від групи здорових, із незначною позитивною тенденцією у показниках ФЗ, РФ, СА, ЗЗ. Показники ЖЗ та ПЗ залишались без змін. ФА була зниженою — ($63,5 \pm 2,1$) бала, була присутня РФ — ($57,8 \pm 2,1$) бала (рис. 6).

Дещо зменшувався показник РЕ з ($87,3 \pm 2,5$) до ($75,3 \pm 2,6$) бала, мав позитивну тенденцію показник ментальної сфери ЖЗ з ($44,6 \pm 1,3$) до ($49,5 \pm 1,5$) бала та показник ПЗ з ($48,3 \pm 1,8$) до ($53,8 \pm 1,9$) бала. Зростали показники СА з ($52,4 \pm 1,1$) до ($63,8 \pm 1,5$) бала. Також нормалізувалось суб'єктивне сприйняття хворими з БА загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ, з ($39,1 \pm 0,8$) до ($47,8 \pm 1,2$) бала. Параметр Б залишався без суттєвих змін — з ($33,3 \pm 2,1$) до ($39,5 \pm 2,1$) бала.

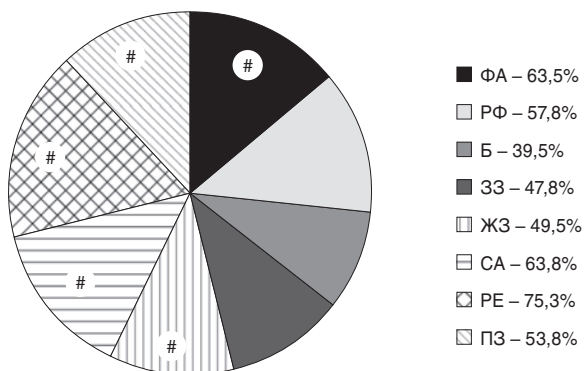


Рис. 6. Структура основних визначальних компонентів ЯЖ через 6 міс спостереження при перебігу БА середнього ступеня тяжкості у фазі ремісії

Примітка. # різниця показника у порівнянні із показником групи здорових вірогідна ($p < 0,05$)

Обчислення коефіцієнта кореляції між значеннями параметрів ЯЖ і двома періодами перебігу захворювання у хворих II групи показало наявність клінічно і статистично значущого зв'язку між ними. Найбільш сильний зв'язок з періодами перебігу БА параметрів ЖЗ ($\rho = -0,71$) і РЕ ($\rho = -0,48$). Інші параметри ЯЖ мали зв'язки меншої сили з періодами перебігу БА: Б ($\rho = -0,35$), ЗЗ ($\rho = -0,41$), ПЗ ($\rho = -0,48$), РФ ($\rho = -0,23$) і СА ($\rho = -0,32$).

Особливості сприйняття хворими II групи своєї ЯЖ в залежності від періодів перебігу захворювання були наступними. Під час ремісії оцінка хворими на БА середнього ступеня тяжкості своєї ЯЖ — це одна сукупність факторів (перший головний фактор), до якої увійшло також 7 показників з 8 (показник Б сформував окремо другий фактор). При загостренні параметри Б і РФ «випали» з оцінки хворими ЯЖ, решта 6 параметрів сформували два самостійних фактори: в перший головний фактор увійшли РЕ, ЖЗ, СА і ФЗ, у другий — ЗЗ і ПЗ. Це свідчить, що при загостренні захворювання погіршення ЯЖ хворих обумовлено, перш за все, психоемоційними розладами внаслідок обмеження фізичних можливостей.

Найгірші показники опитувальника на візиті II залишались у групі хворих з тяжким перебігом захворювання. Спостерігалась незначна позитивна тенденція, зі збереженням достовірної різниці практично всіх показників порівняно з групою здорових. Показник ФА змінювався з ($11,9 \pm 1,1$) до ($28,3 \pm 1,5$) бала, показник РФ з ($26,2 \pm 1,1$) до ($36,5 \pm 1,1$) бала. Змінювався показник РЕ з ($96,3 \pm 2,9$) до ($91,7 \pm 2,5$) бала, показник ментальної сфери ЖЗ з ($18,5 \pm 0,3$) до ($28,7 \pm 0,5$) бала і ПЗ з ($13,4 \pm 0,5$) до ($18,9 \pm 0,5$) бала. Залишались зниженими показники СА з ($8,3 \pm 0,4$) до ($11,9 \pm 0,8$) бала. Також покращувалось, проте залишалось зниженим суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ, з ($15,3 \pm 0,3$) до ($25,6 \pm 0,8$) бала. Параметр Б недостовірно зменшувався з ($79,5 \pm 2,1$) до ($68,9 \pm 2,3$) бала (рис. 7).

Обчислення коефіцієнта кореляції між значеннями параметрів ЯЖ і двома періодами перебігу

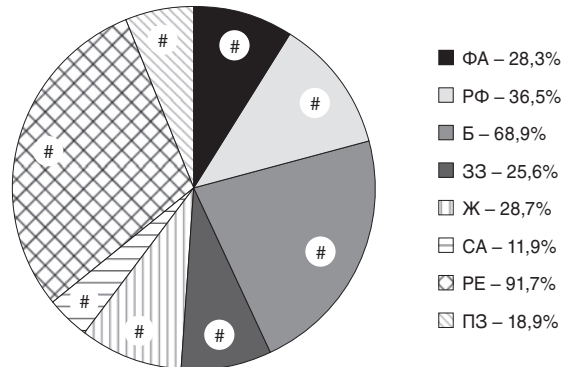


Рис. 7. Структура основних визначальних компонентів ЯЖ при тяжкому перебігу БА через 6 міс спостереження (фаза ремісії)

Примітка. # різниця показника у порівнянні із показником групи здорових вірогідна ($p < 0,05$)

захворювання у хворих III групи показало наявність клінічно і статистично значущого зв'язку між ними. Найбільш сильний зв'язок з періодами перебігу БА параметрів: ПЗ ($\rho = -0,61$), РФ ($\rho = -0,63$) і СА ($\rho = -0,70$), РЕ ($\rho = -0,4$). Інші параметри ЯЖ мали меншої сили зв'язку з періодами перебігу БА: ЖЗ ($\rho = -0,71$) і Б ($\rho = -0,35$), ЗЗ ($\rho = -0,41$).

Особливості сприйняття хворими III групи своєї ЯЖ в залежності від періодів перебігу захворювання були наступними. Під час ремісії оцінка хворими на БА легкого перебігу своєї ЯЖ — це одна сукупність факторів (перший головний фактор), до якої увійшло також 7 показників з 8 (показник Б сформував окремо другий фактор). При загостренні параметри Б і РФ «випали» з оцінки хворими ЯЖ, решта 6 параметрів сформували два самостійних фактора: в перший головний фактор увійшли РЕ, ЖЗ, СА і ФЗ, ПЗ, у другий — ЗЗ. Це свідчить, що такі хворі на перший план висувають проблеми психічного здоров'я, емоційні проблеми та соціальної активності, фізичної активності у погіршенні ЯЖ хворих, а от життєздатність, рівень загального здоров'я та біль йдуть на другий план.

Через 1 рік спостереження у хворих на БА легкого персистуючого перебігу суттєвої динаміки в показниках опитувальника не спостерігалось порівняно з результатами в ремісії через 6 міс після загострення. Достовірної різниці з даними групи здорових не було. Показник ФА становив ($70,6 \pm 1,2$) бала, показник РФ — ($54,8 \pm 1,1$) бала. Залишався дещо збільшеним показник РЕ — ($69,5 \pm 1,6$) бала, показник ментальної сфери: ЖЗ — ($52,6 \pm 1,2$) бала і ПЗ — ($52,6 \pm 1,2$) бала. Показник СА був ($72,1 \pm 1,6$) бала. Суб'єктивне сприйняття хворими на БА загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ, було адекватним — ($51,2 \pm 1,6$) бала. Параметр Б практично не відрізнявся від групи здорових ($33,9 \pm 2,1$) бала (рис. 8). Статистичної різниці між II та III візитом у групі не спостерігалось.

Через 1 рік спостереження у хворих II групи також не спостерігалось суттєвої динаміки в показниках опитувальника порівняно з отриманими результатами під час ремісії через 6 міс після загострення, зберігалась достовірна різниця порівняно з групою здорових у показниках ФА, ЖЗ, СА, РЕ, ПЗ, а саме: показник ФА становив ($53,5 \pm 1,8$) бала, показник РФ — ($48,9 \pm 1,5$) бала. Залишався збільшеним показник РЕ — ($79,5 \pm 2,1$) бала, показник ментальної сфери: ЖЗ — ($46,5 \pm 1,2$) бала і ПЗ — ($51,2 \pm 1,6$) бала. Показник СА був зниженим — ($55,3 \pm 1,3$) бала. Також спостерігалось неадекватне суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ, — ($43,2 \pm 1,1$) бала. Параметр Б практично не відрізнявся від групи здорових ($36,8 \pm 2,0$) бала. Порівняно з даними візиту I, на візиті II достовірно нормалізувався лише показник ФА та ЖЗ. На візиті III порівняно з візитом II достовірно погіршувався показник СА — з ($63,8 \pm 1,5$) до ($55,3 \pm 1,3$) бала (рис. 9).

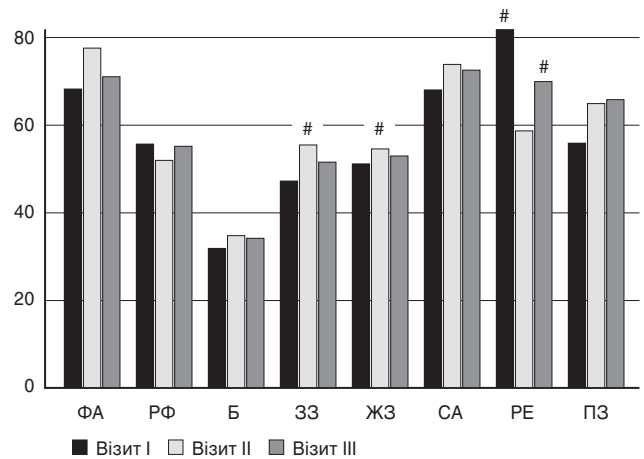


Рис. 8. Динаміка основних визначальних компонентів ЯЖ при легкому персистуючому перебігу БА через рік спостереження (у порівнянні з фазою загострення)

Примітка: # різниця показника порівняно з візитом I вірогідна ($p < 0,05$).

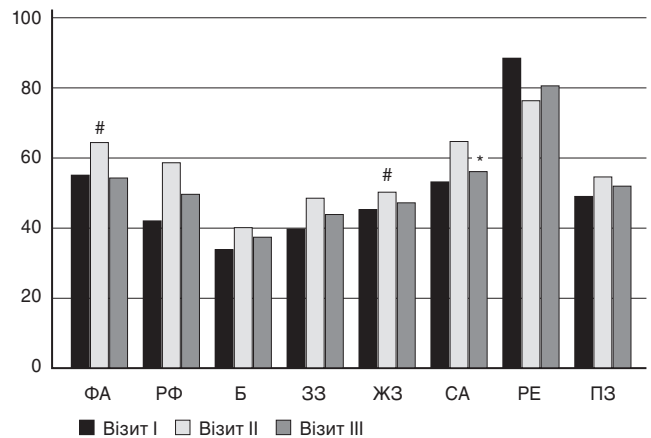


Рис. 9. Динаміка основних визначальних компонентів ЯЖ при персистуючому перебігу БА середнього ступеня тяжкості через рік спостереження (у порівнянні з фазою загострення)

Примітки: # різниця показника порівняно з візитом I вірогідна ($p < 0,05$); * різниця показника порівняно з візитом II вірогідна ($p < 0,05$).

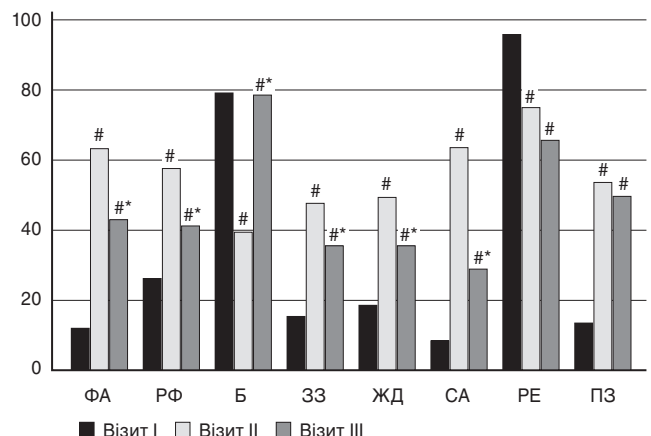


Рис. 10. Динаміка основних визначальних компонентів ЯЖ при тяжкому персистуючому перебігу БА через рік спостереження (у порівнянні з фазою загострення).

Примітки: # різниця показника порівняно з візитом I вірогідна ($p < 0,05$); * різниця показника порівняно з візитом II вірогідна ($p < 0,05$).

Найгірші показники опитувальника на візиті III знову таки були продемонстровані у групі хворих з тяжким перебігом захворювання. При порівнянні даних візиту I та II достовірна різниця спостерігалась абсолютно всіх показників. У порівнянні показників візиту II та III встановлено достовірне погіршення показників ФА та РФ, ЗЗ, ЖЗ та показника Б. Показник ФА змінювався з $(63,5 \pm 2,1)$ до $(43,1 \pm 1,1)$ бала, показник РФ — з $(57,8 \pm 2,1)$ до $(41,3 \pm 1,2)$ бала. Змінювався показник РЕ з $(75,3 \pm 2,6)$ до $(65,9 \pm 2,1)$ бала, показник ментальної сфери ЖЗ — з $(49,5 \pm 1,5)$ до $(35,6 \pm 1,1)$ бала і ПЗ — з $(53,8 \pm 1,9)$ до $(49,8 \pm 1,9)$ бала (рис. 10).

Залишалися зниженими показники СА з $(63,8 \pm 1,5)$ до $(28,9 \pm 1,1)$ бала. Також погіршувалось суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як ЗЗ, з $(47,8 \pm 1,2)$ до $(35,6 \pm 1,1)$ бала. Параметр Б достовірно зростає з $(53,8 \pm 1,9)$ до $(49,8 \pm 1,9)$ бала, проте значень періоду загострення не досягнув жоден з обчислюваних параметрів.

Висновки

В результаті проведеного дослідження встановлено, що ступінь тяжкості перебігу БА суттєво впливає на ЯЖ хворих. Чим легший перебіг — тим ЯЖ вище. При легкому перебігу БА загострення захворювання короткочасно і не суттєво змінювало ЯЖ хворих, лише за рахунок стресу та емоційних проблем,

нормалізуючись під час ремісії і зберігаючись без змін протягом року динамічного спостереження.

Загострення БА у хворих з перебігом захворювання середнього ступеня тяжкості за рахунок значного обмеження фізичної активності спричиняло пригнічення емоційного стану та ментальної сфери, створюючи очевидні умови для подальшого ризику розвитку депресії, знижуючи суб'єктивну оцінку сприйняття хворими стану свого психічного здоров'я, обмежуючи соціальну активність. Під час ремісії БА у хворих на перший план у порушенні ЯЖ виступав фактор обмеження фізичної активності, неспроможності вести адекватне для свого віку та стану соціальне життя, реалізації в соціумі з розвитком легкої депресії, зміні поведінкових реакцій та агравації тяжкості свого стану, суб'єктивного сприйняття стану свого здоров'я, неспокоїного ставлення до своєї хвороби, що зберігалось практично без суттєвих коливань протягом року динамічного спостереження.

І зовсім катастрофічна картина, згідно з отриманими даними опитувальника, відбувалась у групі хворих з тяжким перебігом захворювання. Незалежно від того, фаза ремісії це чи загострення, такі хворі постійно перебували в депресивному стані, тривозі, агравації свого фізичного стану, були невдоволені своїм здоров'ям, не вважали, що підтримувальна терапія їм допомагає та вони можуть контролювати перебіг свого захворювання.

Список літератури

1. Relationship between exercise capacity and quality of life in adolescents with asthma [Text] / R. Basso, [et al.] // J. Bras. Pneumol. — 2013. — № 2. — P. 121–127.
2. Physical Activity and Asthma: A Systematic Review and Meta-Analysis [Web] / M. Eijkemans, [et al.] // Eur. Respir. J. — 2015. — № 3. — P. 35–45.
3. Everhart, R. Validation of the asthma quality of life questionnaire with momentary assessments of symptoms and functional limitations in patient daily life [Text] / R. Everhart, J. Smyth // Respiratory Care. — 2012. — № 5. — P. 427–432.
4. Eves, N. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: respiratory disease [Text] / N. Eves, W. Davidson // Physiol. Nutr. Metab. — 2011. — № 1. — P. 80–100.
5. Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting [Text] / O. Monique, [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. — 2011. — № 71. — P. 166–173.
6. Asthma control and quality of life in patients with moderate or severe asthma [Text] / E. Pereira, [et al.] // J. bras. Pneumol. — 2011. — № 37. — P. 113–119.
7. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» [Текст]. — Київ: ТОВ «Велес», 2007. — 148 с. Decree of MOH of Ukraine № 128 from 19.03.2007 «On approval of clinical protocols of medical care in the specialty «Pulmonology»
8. Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of Sf36 questionnaire [Text] / J. Bousquet [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1994. — № 149. — P. 371–375.
9. Бабич, П. Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований. Сообщение третье. Отношение шансов: понятие, вычисление, интерпретация [Текст] / П. Н. Бабич, А. В. Чубенко, С. Н. Лапач // Український медичний часопис. — 2005. — № 2. — С. 113–119. The use of modern statistical methods in the practice of clinical research. Message three. The odds ratio: definition, calculation, interpretation.
10. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: Морион, 2001. — 320 с. Statistical methods in biomedical research using Excel.

Reference

1. Basso R, et al. Relationship between exercise capacity and quality of life in adolescents with asthma. J. Bras. Pneumol. 2013;2:121–127.
2. Eijkemans M, et al. Physical Activity and Asthma: A Systematic Review and MetaAnalysis. Eur. Respir. J. 2015;3:35–45.
3. Everhart R, Smyth J. Validation of the asthma quality of life questionnaire with momentary assessments of symptoms and functional limitations in patient daily life. Respiratory Care. 2012;5:427–432.
4. Eves N, Davidson W. Evidencebased risk assessment and recommendations for physical activity clearance: respiratory disease. Physiol. Nutr. Metab. 2011;1:80–100.
5. Monique O, et al. Quality of life of adolescents with asthma: The role of personality, coping strategies, and symptom reporting. J of Psychosomatic Research. 2011;71:166–173.
6. Pereira E, et al. Asthma control and quality of life in patients with moderate or severe asthma. J. bras. Pneumol. 2011;37:113–119.
7. Nakaz MOZ Ukraini № 128 vid 19.03.2007 r. «Pro zatverdzhennya klinichnikh protokoliv nadannya medichnoï dopomogi za spetsial'nisty «Pul'monologiya» (Decree of MOH of Ukraine № 128 from 19.03.2007 «On approval of clinical protocols of medical care in the specialty «Pulmonology»). Kiiv: TOV «Veles», 2007. 148 s.
8. Bousquet J, et al. Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of Sf36 questionnaire. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1994;149:371–375.
9. Babich PN, Chubenko AV, Lapach SN. Primenenie sovremennykh statisticheskikh metodov v praktike klinicheskikh issledovaniy. Soobshchenie tret'e. Otnoshenie shansov: ponyatie, vychislenie, interpretatsiya (The use of modern statistical methods in the practice of clinical research. Message three. The odds ratio: definition, calculation, interpretation). Ukr med chasopis. 2005;2:113–119.
10. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statisticheskie metody v medikobiologicheskikh issledovaniyakh s ispol'zovaniem Excel (Statistical methods in biomedical research using Excel). Kiev: Morion, 2001. 320 s.

ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Л. М. Курик

Резюме

Многочисленные исследования показали, что бронхиальная астма (БА) влияет как на физическое состояние индивидуума, так и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, изменяя его место и роль в социальной жизни. Психика больного, страдающего хроническим заболеванием, никогда не бывает нормальной. Психостатус человека постоянно испытывает проявления хронического заболевания, приобретает невротические черты. Большинство авторов подчеркивает необходимость снисходительного отношения к некоторым характерологическим особенностям пациента, что делает его тяжелым больным, иногда капризным, часто придумывающим несуществующие жалобы. Структурирующие компоненты качества жизни больного имеют независимую прогностическую значимость и являются даже более точными факторами прогноза выживания и динамики состояния пациента во время лечения, чем общесоматический статус. Оценка качества жизни позволяет сравнить эффективность различных терапевтических программ. В целом, можно говорить о том, что при хронических заболеваниях качество жизни — основной критерий оценки состояния больного, психосоциальные качества личности которого играют главную роль в адаптации пациента к болезни, что делает особенно актуальным исследование ее у больных БА, ведь данной патологией чаще всего страдают молодые, физически активные люди, а терапия является пожизненной.

Основной целью проведенного исследования было изучение характера основных составляющих качества жизни больных БА в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе отделения пульмонологии при ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины». Для решения задач исследования объектом изучения были пациенты с БА. В исследование включали больных только при условии их добровольного согласия с целью и объемом запланированных обследований. Согласно приведенным критериям, в исследование были включены 40 больных БА в фазе обострения в возрасте от 21 до 65 лет, в среднем $(32,3 \pm 5,8)$ года, из них 17 мужчин и 23 женщины. Все больные были разделены на три группы: I группа — 11 пациентов с легким персистирующим течением заболевания, II группа — 19 человек с персистирующим течением средней степени тяжести, III группа — 10 человек с тяжелым плохо контролируемым течением заболевания. В качестве контроля были обследованы 10 здоровых добровольцев, не имевших тяжелой клинической значимой патологии. В качестве опросника для определения качества жизни больных было предложено заполнить общий опросник SF-36. Опрос больных БА проводился три раза — при обострении и два раза в ремиссии заболевания с интервалом в полгода. Для определения «условной нормы» качества жизни общий опросник SF-36 использовался у респондентов группы здоровых. Первичные данные, полученные при использовании опросника SF-36, подлежали перекодировке. Расчет критериев качества жизни по опроснику SF-36 проводился только на основе перекодирования данных по методу суммации рейтингов Ликерта (по 100-балльной шкале, %). Статистическая обработка материала проводилась при помощи лицензионных программных продуктов, входящих в пакет Microsoft Office Professional 2000 (лицензия Russian Academic OPEN NO LEVEL № 17016297) на персональном

THE MAIN COMPONENT LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA DEPENDING ON THE SEVERITY COURSE OF THE DISEASE

L. M. Kuryk

Summary

Numerous studies have shown that asthma affects both the physical condition of the individual and his psychology behavior, emotional reaction, changing its place and role in social life. The psyche of a patient suffering from a chronic disease, is never normal. Human mental status constantly experiencing symptoms of chronic diseases, it becomes neurotic traits. Most of the authors emphasize the need for an indulgent attitude to certain personality traits of the patient, making him seriously ill, sometimes moody, often inventing nonexistent complaint. Structuring components of quality of life have an independent prognostic significance and are even more accurate prediction of survival factors and dynamics of the patient's condition during treatment than somatic status. Quality of life allows you to compare the effectiveness of various treatment programs. In general, we can say that in chronic diseases quality of life — the basic criterion for assessing the condition of the patient, psychosocial quality which personality plays a major role in the adaptation of the patient to the disease, which makes it particularly urgent study it in patients with asthma, because this pathology often most affected are young, physically active people, and therapy — lifetime.

The main goal of the study was to investigate the nature of the main components of quality of life of patients with bronchial asthma, depending on the severity of the disease.

Materials and methods. Research conducted at the department of pulmonology at the SE «State Institution National Institute of phthysiology and pulmonology named after F. G. Yanovsky National Academy of Medical Sciences of Ukraine» To solve the problems of the research object of the study were patients with bronchial asthma. The study included patients only when their voluntary consent for the purpose and scope of the planned inspections. According to these criteria in the study included 40 patients with asthma exacerbation, from 21 to 65 years, on average $(32,3 \pm 5,8)$ years, including 17 men and 23 women. All patients were divided into three groups: Group I—11 patients with mild persistent disease course, II group — 19 people with persistent course of moderate severity, III group — 10 people with poorly controlled severe course of the disease. As a control, 10 healthy volunteers were examined, had no clinically significant severe pathology. As a questionnaire to determine the quality of life of patients were asked to fill out a general questionnaire SF-36. A survey of patients with asthma was conducted three times — during exacerbation and twice a remission of the disease with an interval of six months. To determine the «conventional rules» overall QoL questionnaire SF-36 was used in a group of healthy respondents. Primary data obtained using the SF-36 were to be recoded. The calculation criteria for the quality of life questionnaire SF-36 was carried out only on the basis of re-encoding the data by the method of summation of Likert ratings (on a 100 — point scale, %). Statistical analysis of the material was carried out with the help of licensed software included in Microsoft Office Professional 2000 package (license Russian Academic OPEN NO LEVEL № 17016297) on Atlon IBM PC in Excel. Work performed by the state.

Conclusions. The study found that the severity of asthma significantly affects the quality of life of patients. The easier it is for — the higher the quality of life. In less severe asthma exacerbation short and slightly altered the quality of life of patients, but due to stress and emotional problems, normalizing in remission and remained unchanged during the year follow-up. Aggravation of asthma in patients over an average degree of severity of the disease due to a significant limitation of physical activity, emotional state caused depression and mental sphere, creating an obvious condition for the further development of the risk

компьютере ИВМ Atlon в программе Excel. Работа выполнена за счет государства.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что степень тяжести БА существенно влияет на качество жизни больных. Чем легче течение, тем качество жизни выше. При легком течении БА обострение заболевания временно и незначительно меняло качество жизни больных, только за счет стресса и эмоциональных проблем, нормализуясь в ремиссии и сохраняясь без изменений в течение года динамического наблюдения. Обострение БА у больных с течением заболевания средней степени тяжести за счет значительного ограничения физической активности вызвало подавленность эмоционального состояния и ментальной сферы, создавая очевидные условия для дальнейшего риска развития депрессии, занижая субъективную оценку восприятия больными состояния своего психического здоровья, ограничивая социальную активность. В ремиссии заболевания у больных на первый план в нарушении качества жизни выступал фактор ограничения физической активности, неспособности вести адекватную своему возрасту и состоянию социальную жизнь, реализуясь в социуме, что сопровождалось развитием легкой депрессии, изменением поведенческих реакций и аггравации тяжести своего состояния, субъективного восприятия состояния своего здоровья, беспокойного отношения к своей болезни, что сохранялось практически без существенных колебаний в течение года динамического наблюдения. И совсем катастрофическая картина, согласно полученным данным опросника, наблюдалась в группе больных с тяжелым течением заболевания. Независимо от того, фаза ремиссии это или обострения, такие больные постоянно находились в депрессивном состоянии, тревоге, аггравации своего физического состояния, были недовольны своим здоровьем, не считали, что поддерживающая терапия им помогает и они могут контролировать течение своего заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, качество жизни.

of depression, underestimating the subjective assessment of patient perception of the state of his mental health, by limiting social activity. The remission of the disease in patients to the fore a factor limiting physical activity acted in violation of the quality of life, not the ability to conduct adequate to the age and condition of social life, realized in the society, which was accompanied by the development of mild depression, behavioral change, and aggravation of the severity of the condition, the subjective perception the state of his health, not a calm attitude to his illness, which lasted almost without significant fluctuations during the year follow-up. And it is a catastrophic picture, according to the findings of the questionnaire, was observed in the group of patients with severe disease. Regardless of the phase of remission or exacerbation of this, these patients were constantly depressed, anxiety, aggravation of his physical melt were discontent with their health, they did not think that it helps to supportive therapy and they can monitor the course of his disease.

Key words: bronchial asthma, quality of life.

Theoretical and practical J. «Asthma and allergy», 2016, 4

L. M. Kuryk

PhD, Senior Scientific worker of Pulmonology Pulmonology dpt.

SO «National institute of phthisiology and pulmonology named after

F. G. Yanovsky

NAMS of Ukraine», Kiev

N. Amosova str., 10, Kiev, Ukraine, 03680

tel./fax: +38 (044) 275-30-21

e-mail: kurik@ifp.kiev.ua

Научно-практический журнал «Астма и аллергия», 2016, № 4

Л. М. Курик

канд. мед. наук, ст. н. с. отделения пульмонологии

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии

им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины»

ул. Амосова, 10, г. Киев, Украина, 03680

тел./факс: +38 (044) 275-30-21

e-mail: kurik@ifp.kiev.ua