

С. Г. Донич
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ
ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии имени И. М. Сеченова, г. Ялта

Вступление

Бронхиальная астма (БА), как и другие хронические заболевания легких, склонные к прогрессированию и протекающие с обострениями, приводят к стойкому ограничению всех аспектов (физических, психических, социальных) нормальной жизни человека [11]. Отследить эти ограничения можно путем оценки качества жизни (КЖ) больного человека. КЖ — интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [14]. Многочисленными исследованиями показано, что БА существенно ухудшает КЖ больных [2, 3, 8, 9, 12]. Изучение особенностей КЖ в разных клинических ситуациях имеет принципиальное значение для уточнения программ лечения и реабилитации больных БА.

Целью исследования явилось изучение особенностей изменения КЖ больных БА в разные периоды течения заболевания.

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили клинические данные 215 больных БА. Мужчин было 90 (41,9 %), женщин — 125 (58,1 %). Возраст обследуемых варьировал от 18 до 70 лет и в среднем составил $46,85 \pm 0,77$ лет. Для исследования отобраны больные с легкой и средней степенью тяжести заболевания, которые диагностировали согласно нормативному документу [5]. Легкая степень тяжести диагностирована у 91 (42,3 %), средняя степень — у 124 (57,7 %) больных. Обострение установлено у 110 (51,2 %) и отсутствие обострения (период вне обострения) — у 105 (48,8 %) больных.

Качество жизни изучено при помощи опросника MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [14]. Использовался официальный русскоязычный аналог [4]. По результатам анкетирования проводился расчет 8 параметров: физическая активность (ФА), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ), боль, жизнедеятельность (ЖС), социальная активность (СА), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), психическое здоровье (ПЗ) и общее здоровье (ОЗ). Каждое измерение вычислялось в соответствии со шкалой 0–100, при этом, чем ниже балл, тем хуже КЖ.

Для изучения факторов, способных повлиять на течение БА, проанализированы конституциональные параметры: пол, возраст, рост, вес, индекс массы тела; сведения об особенностях жизни больного: курение (факт курения, пачка-лет), наличие профессиональных вредностей, наличие личного автотранспорта; данные об особенностях развития заболевания: наличие ближайших родственников, страдающих БА и/или аллергическими заболеваниями, дебют заболевания (в детстве или в зрелом возрасте), время проявления признаков аллергии (в

детстве или в зрелом возрасте), наличие аллергической реакции на разные вещества (домашняя пыль, растительная пыльца, пищевые продукты и лекарственные препараты), фактор, вызывающий приступы удушья (физическая нагрузка, холод, инфекция дыхательных путей, перемена погоды и эмоции); данные об особенностях течения заболевания: длительность болезни, количество обострений и госпитализаций в год, длительность пребывания в стационаре, количество дней амбулаторного лечения и дней нетрудоспособности в год, количество вызовов скорой помощи в год, инвалидность больного, степень тяжести заболевания; данные об особенностях лечения заболевания: использование β_2 -агонистов короткого действия, β_2 -агонистов пролонгированного действия и ингаляционных кортикостероидов, базисная терапия в последний месяц, использование небулайзера в предшествующий год, информированность о небулайзере, наличие индивидуального небулайзера, посещение астма-школ, применение нетрадиционных и альтернативных методов лечения.

Оценка текущего состояния больных проведена по следующим клиническим критериям: тест контроля астмы [6, 10], количество приступов удушья (ПУ) в сутки и в неделю в последний месяц, выраженность одышки по шкале MRC вне приступа, физическая активность в дневное время, частота дыхания и частота сердечных сокращений (ЧСС).

Функция внешнего дыхания (ФВД) оценивалась по данным спирографии, выполненной при помощи аппарата FlowScreen (фирма "Viasys Healthcare"). Для анализа отобраны 3 базовых функциональных показателя: объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁), обратимость бронхиальной обструкции и пиковая объемная скорость выдоха (ПОСВ). Методом пикфлоуметрии определялась суточная изменчивость пиковой скорости выдоха (ПСВс). Аппаратом MicroRPM (фирма MICRO MEDICAL LTD, Великобритания) регистрировали максимальное инспираторное (MIP) и экспираторное (MEP) давление на уровне ротовой полости для определения силы дыхательной мускулатуры.

Характеристику психоэмоционального состояния больных давали путем оценки выраженности депрессии по Беку [1]. Изучена приверженность пациентов к лекарственному лечению по сокращенному тесту (4 вопроса) D. E. Morisky (1986) [13].

Статистическое описание выборкам давали стандартными методами оценки вариационных рядов. Взаимосвязь между признаками изучена путем определения коэффициента Спирмена (ρ), для которого вычислялась средняя ошибка и оценивалась его достоверность. Факторный анализ осуществляли методом главных компонент, ротация факторов проведена способом varimax normalized. Множественный линейный регрессионный анализ проведен стандартным методом. Вычисления выполнялись посредством программного продукта STATISTICA 5.0 (фирма StatSoft, США) [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Течение БА характеризовалось двумя периодами — обострение и вне обострения. Заключение о периоде течения заболевания формировалось на основе теста контроля астмы [6, 10] и данных о текущем состоянии больных (анализ клинических показателей и показателей ФВД) [5, 11]. 110 человек заполнили опросник SF-36 во время обострения, 105 человек — в период вне обострения БА. Полученные данные сравнивали со среднепопуляционными значениями, полученными А. Г. Чучалиным и соавт. во время широкомасштабного исследования "ИКАР" в России и опубликованными в 2004 году [2].

Из табл. 1 следует, что параметры КЖ при обострении существенно и статистически значимо отличаются от таковых вне обострения. В период обострения регистрируются самые низкие значения показателей КЖ, они все статистически значимо отличаются от соответствующих среднепопуляционных значений.

Обострение БА накладывает существенное ограничение на физическое функционирование больных, что выражается в снижении физической активности (ФА — $62,05 \pm 1,08$ баллов) и усилении роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ — $42,32 \pm 3,07$ баллов). У этих больных выявлена повышенная роль эмоциональных проблем (РЭ — $49,43 \pm 2,34$ баллов) в ограничении жизнедеятельности, что предполагает наличие стресса в этот период течения заболевания. Также при обострении изменены критерии КЖ, связанные с ментальной сферой, — зафиксировано существенное снижение показателей "жизнеспособность" (ЖС — $46,34 \pm 0,99$ баллов) и "психическое здоровье" (ПЗ — $53,36 \pm 0,93$ баллов). Снижение жизнеспособности необходимо рассматривать как фактор риска развития различных депрессивных состояний, связанных с заболеванием, что подтверждается и низкой субъективной оценкой больными состояния своего психического здоровья, т. е. степенью спокойствия и умиротворения.

При обострении БА отмечается снижение социальной активности больных (СА — $63,71 \pm 1,58$ баллов), что свидетельствует о невозможности больными полноценно осуществлять социальные связи в соответствии с возрастом, общественным положением и уровнем потребностей в этот период течения заболевания. В период обострения также выявляется низкое субъективное восприятие больными БА общего состояния своего здоровья, обозначаемое как "общее здоровье" (ОЗ — $45,95 \pm 1,10$

баллов). Этот показатель чувствителен ко многим факторам, но особенно — к факту болезни. Поэтому при заболевании он быстро снижается, что отмечено и в нашем исследовании.

Наконец, параметр КЖ "боль" ($67,66 \pm 1,65$ баллов) при обострении БА не отличался от среднепопуляционного значения, что может указывать на его "нечувствительность" в описании этого периода течения заболевания. Это можно объяснить тем, что в период обострения больные серьезно обеспокоены специфическими симптомами БА и не обращают внимания на боль в буквальном ее понимании.

Совсем другая картина вырисовывается при оценке КЖ больных БА в период вне обострения. В этот период течения заболевания три параметра КЖ (ФА, РФ и ОЗ) соответствуют, а остальные пять (боль, ЖС, СА, РЭ и ПЗ) статистически значимо превышают среднепопуляционные уровни (табл. 1). Такое существенное превышение среднепопуляционных значений отмеченных параметров КЖ легко объясняется, если учесть условия, которые позволили достичь периода вне обострения заболевания. Исходно все эти пациенты длительно болели, течение заболевания было неконтролируемым, регулярно, несколько раз в год, наступали обострения заболевания, а после годичного лечения в специальном учреждении с использованием стандартного лекарственного лечения и дополнительных организационных процедур клиническое состояние пациентов существенно улучшилось. Такая разительная благополучная перемена самочувствия и могла привести к "завышению" больными субъективной оценки состояния своего здоровья.

В период вне обострения пациенты не испытывают ограничений в физической активности (ФА — $77,41 \pm 0,99$ баллов) и не имеют физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ — $64,43 \pm 2,77$ баллов). Им также свойственны высокий уровень жизнеспособности (ЖС — $61,03 \pm 0,87$ баллов) и благополучное психическое здоровье (ПЗ — $62,78 \pm 0,88$ баллов), т. е. пациенты не испытывают никаких депрессивных состояний, они спокойны и умиротворены. Вне обострения больные проявляют высокую социальную активность (СА — $76,24 \pm 1,42$ баллов) и способны полноценно осуществлять социальные связи в соответствии с возрастом, общественным положением и уровнем потребностей. В это период проявил свою значимость показатель "боль" ($80,28 \pm 1,50$ баллов), который по своему значению стал существенно

Таблица 1

Параметры КЖ больных БА в зависимости от периодов течения заболевания

Параметры КЖ	Значения в популяции (1)	Периоды течения БА		Статистически значимые различия между группами
		Обострение (2)	Вне обострения (3)	
ФА	$75,9 \pm 0,55$	$62,05 \pm 1,08$	$77,41 \pm 0,99$	1–2 2–3
РФ	$59,7 \pm 0,89$	$42,32 \pm 3,07$	$64,43 \pm 2,77$	1–2 2–3
Боль	$66,0 \pm 0,64$	$67,66 \pm 1,65$	$80,28 \pm 1,50$	1–2 1–3 2–3
ЖС	$54,5 \pm 0,46$	$46,34 \pm 0,99$	$61,03 \pm 0,87$	1–2 1–3 2–3
СА	$71,6 \pm 0,54$	$63,71 \pm 1,58$	$76,24 \pm 1,42$	1–2 1–3 2–3
РЭ	$60,7 \pm 0,88$	$49,43 \pm 2,34$	$69,51 \pm 1,88$	1–2 1–3 2–3
ПЗ	$58,6 \pm 0,41$	$53,36 \pm 0,93$	$62,78 \pm 0,88$	1–2 1–3 2–3
ОЗ	$55,4 \pm 0,48$	$45,95 \pm 1,10$	$56,87 \pm 1,07$	1–2 2–3

превышать среднепопуляционный уровень. Трудно объяснить этот клинический факт, если учесть, что при обострении этот параметр полностью соответствовал среднепопуляционному значению. Вероятно, после существенного улучшения своего клинического состояния и исчезновения всех основных симптомов заболевания, пациенты посчитали, что заодно исчезла и боль, как общее проявление заболевания. Вне обострения БА субъективное восприятие больными БА общего состояния своего здоровья ($OЗ = 56,87 \pm 1,07$ баллов) соответствует среднепопуляционному значению, т.е. пациенты достаточно спокойно относятся к своей болезни.

Вычисление коэффициента корреляции между значениями параметров КЖ и формализованным выражением двух периодов течения БА (0 — нет обострения, 1 — есть обострение) показало наличие клинически и статистически значимой связи между ними. Наиболее сильные связи с периодами течения БА определены у параметров "жизнеспособность" ($r = -0,60$) и "физическая активность" ($r = -0,59$). Другие параметры КЖ обладают меньшей силы связями с периодами течения БА: боль — $r = -0,47$, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности — $r = -0,44$, общее здоровье — $r = -0,44$, психическое здоровье — $r = -0,43$, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности — $r = -0,39$ и социальная активность — $r = -0,31$.

Об особенностях восприятия больными собственно КЖ в зависимости от периодов течения заболевания судили по результатам факторного анализа, способного выделить наиболее значимые параметры в описании объекта/явления. Вне обострения заболевания оценка больными своего КЖ являет собою одну совокупность факторов (первый главный фактор), включающую 7 параметров из 8-ми (показатель "боль" сформировал отдельно второй фактор). На фоне полного клинического благополучия пациенты не склонны выделять отдельные составляющие КЖ, а воспринимают качество своей жизни цельно (если уж хорошо, то все хорошо). В свою очередь, при обострении два параметра (боль и роль физических проблем) "выпали" из оценки больными КЖ. Оставшиеся 6 параметров сформировали два самостоятельных фактора: в первый главный фактор вошли ФА, ЖС, СА и ОЗ, во второй — РЭ и ПЗ. Это указывает на то, что при обострении заболевания ухудшение КЖ больных обусловлено, прежде всего, ограничением физических возможностей, а затем психоэмоциональными расстройствами. Последующим регрессионным анализом определены два параметра КЖ, которые наиболее подвержены изменению при влиянии периодов течения заболевания, — это физическая активность и жизнеспособность больного.

Выявление конкретных факторов, оказывающих влияние на КЖ больных БА, проведено путем вычисления коэффициента корреляции между каждым параметром КЖ и основными показателями обследования больных, а также построением регрессионных уравнений, когда зависимой переменной поочередно выступали параметры КЖ, а независимыми — основные показатели исследования. При этом 64 показателя исследования, характеризующие конституцию и особенности жизни больного, развитие, течение и лечение заболевания, текущее состояние больного были представлены как факторы, способные влиять на КЖ больного.

Для полноты описания каждого периода течения заболевания вычислены две корреляционные матрицы, вклю-

чающие связи 64-х показателей исследования. Затем проведен суммарный подсчет всех значимых связей в целом и отдельно для 8-ми параметров КЖ в рамках каждой матрицы. В целом 64 показателя исследования и 8 параметров КЖ при обострении формируют 185, а в период вне обострения — 99 статистически значимых связей с силой $r \geq 0,3$ ($p < 0,001$). Это говорит о том, что КЖ при обострении определяется большим количеством факторов, чем вне обострения. В свою очередь, шесть параметров КЖ (ФА, РФ, ЖС, СА, РЭ, ОЗ) при обострении также имеют больше связей с показателями исследования, чем вне обострения. Параметр КЖ "психическое здоровье" имеет одинаковое количество связей с показателями исследования как при обострении, так и вне обострения, а параметр "боль" вне обострения имеет даже больше связей, чем при обострении. Все это говорит о совершенно разных взаимоотношениях между факторами, определяющими КЖ, в разные периоды течения БА.

О том, какие конкретно факторы оказывают значимое влияние на отдельные параметры КЖ определено путем анализа соответствующих корреляций. Исходно принято, что клинически значимое влияние фактора на КЖ больного выражается силой связи $\geq 0,5$. В таком случае, пол больного ($r = 0,53$) формирует хорошую физическую активность вне обострения заболевания (касается больше мужчин). Чем меньше возраст, тем выше физическая активность больных как при обострении ($r = -0,63$), так и вне обострения заболевания ($r = -0,60$). Таким же образом рост влияет на физическую активность — чем выше человек, тем выше и физическая активность (при обострении $r = 0,68$, вне обострения $r = 0,74$).

Связь приступов удушья с эмоциями является клинически значимой в развитии эмоциональных проблем как при обострении ($r = -0,73$), так и вне обострения ($r = -0,77$), т.е. наличие такой связи способствует формированию эмоциональных проблем. Длительность болезни способствует ограничению физической активности при обострении ($r = -0,51$) и вне обострения заболевания ($r = -0,52$). Чем чаще наступают обострения заболевания в год, тем ниже физическая активность больного в период обострения заболевания ($r = -0,61$). Количество вызовов скорой помощи в год также ограничивает физическую активность больного при обострении ($r = -0,52$) и вне обострения ($r = -0,50$) заболевания.

Учащение приема в сутки и наращивание суточной дозы β_2 -агонистов короткого действия способствует ограничению физической активности при обострении заболевания ($r = -0,50$). В свою очередь, наличие у пациента индивидуального небулайзера способствует росту физической активности ($r = 0,55$), жизнеспособности ($r = 0,53$) и повышает субъективное восприятие пациентом общего состояния своего здоровья ($r = 0,67$) вне обострения. Существенную роль в субъективном восприятии больными общего состояния своего здоровья играет приверженность к лекарственному лечению пациентов при обострении: чем ниже приверженность, тем хуже больные оценивают уровень своего "общего здоровья" ($r = -0,70$).

Влияние двух интегральных показателей оценки клинического состояния больных БА, к которым можно отнести степень тяжести заболевания и тест контроля астмы, на КЖ проявляется в том, что при обострении степень тяжести формирует низкую физическую активность ($r = -0,52$), сниженную жизнеспособность ($r = -0,51$) и низкое субъективное восприятие пациентом общего со-

тояния своего здоровья ($r = -0,50$). В свою очередь, при обострении тест контроля астмы является выражением такого состояния больного, которое определяет его низкую физическую активность ($r = 0,75$), формирует физические проблемы ($r = 0,60$), приводит к снижению жизнеспособности ($r = 0,67$), неадекватной социальной активности ($r = 0,65$) и низкому субъективному восприятию общего состояния своего здоровья ($r = 0,59$).

Группа клинических показателей (количество ПУ в сутки и в неделю, выраженность одышки, физическая активность в дневное время и частота дыхания), отражающих текущее состояние больных БА, оказывает существенное влияние на физическую активность, физические проблемы, жизнеспособность, социальную активность и субъективное восприятие пациентом общего состояния своего здоровья при обострении, приводя к снижению и ограничению КЖ по этим параметрам. То же самое можно сказать и о функциональных показателях: ОФВ₁, ПОСВ, и МЕР при обострении существенно снижают и ограничивают физическую активность, жизнеспособность, социальную активность, субъективное восприятие пациентом общего состояния своего здоровья и формируют физические проблемы этих больных. Еще два функциональных показателя (ПСВ_{си} и МПР) способны при обострении заболевания видимо воздействовать на физическую активность и жизнеспособность больных. Наконец, показатель "выраженность депрессии" при обострении определяет роль эмоциональных факторов ($r = -0,72$) и состояние психического здоровья ($r = -0,76$). С другой стороны, как интегральные клинические параметры (степень тяжести заболевания и тест контроля астмы), так частные клиничко-функциональные показатели не оказывают видимого влияния на параметры КЖ больных вне обострения БА.

При помощи регрессионного анализа определены наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на параметры КЖ. Такими факторами считались те показатели исследования, которые в регрессионных уравнениях для соответствующей зависимой переменной (параметра КЖ) имели наибольшие значения коэффициентов регрессии. В табл. 2 представлены итоги 16 регрессионных уравнений.

Из этой таблицы следует, что при обострении БА физическая активность, роль физических факторов в ограничении жизнедеятельности, жизнеспособность, социальная активность и общее здоровье больного формируются преимущественно двумя интегральными клиническими показателями — тяжестью течения заболевания, тестом контроля астмы и группой функциональных показателей — ПОСВ, ПСВ_{си}, ОФВ₁. Это является логичным, поскольку обострение заболевания проявляется именно этими показателями и симптомами. Здесь следует подчеркнуть также клинически объяснимые факты — при обострении к числу ведущих факторов в повышении роли эмоциональных проблем относится симптом "связь приступов удушья с эмоциями", а в расстройстве психического здоровья — симптом "выраженность депрессии". Интересным клиническим моментом можно считать то, что при обострении приверженность к лекарственному лечению выступила ведущим фактором в оценке больными своего общего здоровья. То есть, чем меньше приверженность больного к лекарственному лечению, тем хуже его качество жизни, о чем уже говорилось ранее.

Другая картина вырисовывается при анализе ведущих факторов в формировании параметров КЖ вне обострения (табл. 2). Для пяти параметров КЖ (ФА, РФ, боль, РЭ, ПЗ) изменения текущего состояния больного имеют уже второстепенное значение. Здесь ведущими становятся факторы течения заболевания и конституции больного, несколько лечебных факторов, а затем уже факторы, отражающие текущее состояние больного. Так, КЖ больных БА вне обострения заболевания является следствием длительности срока течения болезни, количества обострений и госпитализаций в год, длительности срока пребывания в стационаре; является выражением пола и возраста; формируется использованием ингаляционных кортикостероидов и информированностью больного о небулайзере. Обращает внимание и то, что вне обострения заболевания количество ПУ в неделю явилось фактором, определяющим уровень КЖ больных для четырех его составляющих (РФ, ЖС, ПЗ и ОЗ).

Выводы

КЖ больных БА во многом определяется периодом течения заболевания. Обострение БА существенно огра-

Таблица 2

Наиболее значимые факторы, оказывающие влияние на параметры КЖ, в зависимости от периода течения БА по результатам регрессионного анализа

Параметры КЖ	Обострение	Вне обострения
ФА	ПСВ _{си} , Тест контроля астмы, ОФВ ₁	Длительность пребывания в стационаре, ОФВ ₁ , ПОСВ, Длительность болезни, МЕР
РФ	ПОСВ, ПСВ _{си} , ОФВ ₁ , ЧСС	Длительность болезни, Количество ПУ в неделю, ПСВ _{си}
Боль	Возраст, Тяжесть течения, Тест контроля астмы	Тест контроля астмы, Длительность болезни, Использование ингаляционных кортикостероидов, Информированность о небулайзере
ЖС	ОФВ ₁ , ПОСВ, Тяжесть течения	ОФВ ₁ , Тест контроля астмы, Длительность болезни, МЕР, Количество ПУ в неделю
СА	ОФВ ₁ , ПОСВ, ПСВ _{си} , МЕР	Количество госпитализаций в год, Тест контроля астмы, Количество обострений в год, Длительность пребывания в стационаре
РЭ	Связь приступов удушья с эмоциями, Тест контроля астмы	Длительность болезни, Возраст, Длительность пребывания в стационаре, Период жизни, когда дебютировало заболевание, Информированность о небулайзере
ПЗ	ОФВ ₁ , Выраженность депрессии	Пол, Количество ПУ в неделю, Инвалидность пациента
ОЗ	Тяжесть течения, ОФВ ₁ , ПОСВ, Приверженность к лечению	ОФВ ₁ , ПОСВ, Длительность болезни, Возраст, Количество ПУ в неделю

ничивает физическую активность больных, усиливает роль физических и эмоциональных проблем, снижает жизнеспособность, расстраивает психическое здоровье, снижает социальную активность и ухудшает субъективное восприятие больными общего состояния своего здоровья. Вне обострения БА все параметры КЖ больных соответствуют и даже превышают среднепопуляционные уровни, что указывает на высокую субъективную оценку больными своих физических, психических и социальных возможностей.

Вне обострения на фоне полного клинического благополучия пациенты не склонны выделять отдельные составляющие КЖ, а воспринимают качество своей жизни цельно. В свою очередь, обострение одновременно существенно ограничивает как физический, так психоэмоциональный компоненты здоровья, что конкретно выражается в преимущественном снижении физической активности и жизнеспособности больного.

При обострении КЖ больных БА формируется значительно большим количеством факторов, чем вне обострения. В целом при обострении заболевания КЖ больных БА складывается, прежде всего, факторами текущего состояния пациентов (тяжесть течения заболевания, тест контроля астмы, ОФВ₁, ПСВ_{си} и ПОСВ), а затем факторами течения и лечения заболевания. Также существенное влияние на КЖ больных БА при ее обострении оказывает низкая приверженность больных к лекарственному лечению.

КЖ больных вне обострения БА определяется небольшим количеством клинических факторов. В этой клинической ситуации на первое место среди факторов, формирующих КЖ, выходят параметры конституции больного (возраст), течения (длительность болезни) и лечения (информированность пациента о небулайзере) заболевания, а затем только текущее состояние больного (ОФВ₁). Также клинически значимо вне обострения на КЖ больных БА влияет такой показатель, как индивидуальный небулайзер — его наличие существенно улучшает КЖ этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике: Методические рекомендации* / Составители: Г. М. Кушнир, В. В. Могильников, Л. Л. Корсунская, А. А. Никлаев. — Симферополь: Крым. госуд. мед. ун-т им. С. И. Георгиевского, 2004. — 34 с.
2. *Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным заболеванием легких* / Под ред. А. Г. Чучалина. — Москва: Атмосфера, 2004. — 256 с.
3. *Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: Результаты многоцентрового популяционного исследования* / Чучалин А. Г., Белевский А. С., Смоленов И. В. и др. // Пульмонология. — 2003. — № 5. — С. 88–96.
4. *Методы оценки качества жизни больных хроническими обструктивными болезнями легких: Пособие для врачей* / Составители: Чучалин А. Г., Сенкевич Н. Ю., Белевский А. С. — Москва: НИИ пульмонологии, 1999. — 32 с.
5. *Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спе-*

ціальністю "Пульмонологія". [WWW-документ]. URL <http://www.ifp.kiev.ua>.

6. *Огородова Л. М., Федорова О. С.* Европейские данные в пользу использования теста по контролю над астмой АСТ: исследование AIRE // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. — 2005. — № 4. — С. 46–48.
7. *Риброва О. Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — Москва: Медиа Сфера, 2002. — 312 с.
8. *Суховская О. А., Илькович М. М., Игнатъев В. А.* Исследование качества жизни при заболеваниях органов дыхания / Пульмонология. — 2003. — № 1. — С. 96–99.
9. *Факторы, влияющие на качество жизни больных с бронхиальной астмой* / Чучалин А. Г., Белевский А. С., Смоленов И. В., Смирнов Н. А., Алексеева Я. Г. // Пульмонология. — 2004. — № 1. — С. 67–83.
10. *Яшина Л. А.* Астма-контроль — пути достижения // Укр. пульмон. журнал. — 2003. — № 1. — С. 11–16.
11. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2006.* [WWW-документ]. <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem>.
12. *Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of Sf-36 questionnaire* / Bousquet J., Knani J., Dhivert H. et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 1994. — Vol. 149. — P. 371–375.
13. *Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M.* Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Medical Care. — 1986. — Vol. 24, № 1. — P. 67–74.
14. *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide* / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek; The Health Institute, New England Medical Center. — Boston: Mass, 1993. — 198 p.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

С. Г. Донич

Резюме

Качество жизни (КЖ) больных бронхиальной астмой (БА) определяется периодом течения заболевания. При обострении заболевания существенно снижаются все параметры КЖ, а в период вне обострения параметры КЖ больных соответствуют и даже превышают среднепопуляционные уровни. При обострении заболевания КЖ больных формируется значительно большим количеством факторов, чем вне обострения, а ведущими факторами, определяющими КЖ больных, являются параметры оценки текущего состояния пациентов (тест контроля астмы, тяжесть течения, функциональные показатели). Вне обострения такими факторами являются параметры конституции больного, течения и лечения заболевания.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN DIFFERENT PERIODS OF THE DISEASE

S. G. Donich

Summary

Quality of life (QL) of patients with bronchial asthma (BA) is determined by the period of disease course. During the exacerbation all QL parameters decrease substantially, while in remission phase the values correspond to and even exceed average population levels. In disease exacerbation QL is formed by considerably bigger number of factors. The leading determining factors are the parameters of patient's current status (asthma control score, severity of disease, functional indices). In phase of remission these are the patient's constitution indices, disease course and treatment parameters.