Качество жизни у больных бронхиальной астмой с коморбидными состояниями на севере

Абдурасулов Кошмурат Дуйшоевич,
к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней
и факультетской терапии,
Ханты-Мансийская государственная медицинская академия.
Россия, г. Ханты-Мансийск
УДК 616.24-008.811.6-036.12:616-053.8/.9
E-mail: abdurasulovkd@gmail.com

В настоящее время особое внимание уделяется изучению качество жизни больных как одного из важнейших показателей эффективности проводимого комплекса терапевтического воздействия (1). Актуальность обусловлена тем, что анализ КЖ при БА с коморбидными состояниями может дать важную дополнительную информацию о влиянии заболевания на состояние больного. При сравнении показателей КЖ больных БА с КС со здоровой группой появляется возможность оценки выраженности влияния заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование пациента, а по результатам сравнения показателей КЖ при различных способах терапии в течение длительного времени выявляется достоверная эффективность проводимого лечения с точки зрения самого больного (2,3).

В РФ по оценкам специалистов, численность больных БА, как минимум в 5,6 раз превышает данные официальной статистики (5,9 млн. в сравнении с отчетными данными — 1,3 млн. человек). В Москве 41% пациентов с БА получают пособие по инвалидности [4]. В РФ прямые затраты здравоохранения, связанные с лечением БА, составляют около 8,5 млрд. рублей [5,6]. Качество жизни пациентов БА, ХОБЛ напрямую связано с показателями выживаемости, частотой обострений, степенью одышки [7]. ВОЗ определяет КЖ как «восприятие» индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами [8,9]. Поэтому была поставлена цель: представить на обсуждение опыт повышения качества жизни у больных ХОБЛ, БА с коморбидными состояниями при применении оптимальной программы диспансеризации больных на Севере.

Материал и методы: исследования проводили в 2002-2011 гг. Объектами послужили больные

ХОБЛ II-III степени; БА средней и тяжелой степени тяжести с КС и без КС, которые разделены на группы (основную и контрольную) с учетом разной программы ведения больных. Под наблюдением в течение 10 лет (2002-2011 гг.) были 130 больных (Группы А) + БА с КС (АГ, ИБС, аритмии, ПИКС, ХОБЛ) с осложнениями (ОДН, ОИМ, ОНМК, ХСН, и др.), которые присоединялись в процессе наблюдения). При этом в исходном состоянии АГ (артериальная гипертензия) отмечалась почти у всех больных. Больных основной п/группы группы В (с БАСТ — 32 больных; с БАТТ — 38 больных) в среднем возрасте (49,2 ± 3,1 лет) получали: контрольное обследование (8-10 раз в год) в первый год диспансеризации с использованием вначале будесонида в сочетании со спривой или комплексы (форадил комби 12/400 мкг 2 вдоха + спирива 18 мкг, 1 вдох + сингуляр 10 мг — 1 раз в год + антиоксиданты (аскорбиновая к-та 1,0 — токоферол — 0,2×3 раза + мексидол 125 мг — 1 раз в день). Небулайзерную домашнюю терапию, лечение в физиотерапевтическом кабинете (лазеротерапию), обучение в астма-школе. Кроме того больные получали гипотензивные препараты (микардис или лизиноприл + арифон). Больные в возрасте старше 50 лет получали кардио-магнил, аспирин-кардио, крестор 20 мг; при аритмии — бисопролол 5 мг; или др. антиаритмические препараты с учетом показаний. Больные с КС (ИБС, ОИМ, аритмиями, ОНМК, ХСН) наблюдались в кардиодиспансере. Лечение, обследование проводилось своевременно. При холодовой гиперреактивности больным перед выходом на открытый воздух (5) (при т-ре —20°С, — 50°С по Арнольди) назначали фародил — комби (12\400 мкг) + спирива + сингуляр. Кроме того, больные получали курсы: массажа грудной клетки, дозированные пешеходные прогулки, лазеротерапию, курсы микросауны по показаниям, обучение в астма-школе, при присоеденении к БА ХОБЛ назначали лечебную БФС. Больные контрольной группы (n=60, БАСТ — 30 человек; с БАТТ — 30 человек; средний возраст — 51,3 ± 3,3 лет), группы А получили стандартное лечение (β_2 — агонисты, бекламетазон, беродуал, серетид), ингибиторы АПФ — нерегулярно, нерегулярно — системные ГКС; наблюдались у кардиолога, получали несвоевременное лечение в кардиологическом отделении ОКБ, кардиодиспансере. Усовершенствованная программа больных ХОБЛ с КС группы «Б» основной подгруппы включала: обследование и контроль лечения 8-12 раз в году (1й год наблюдения, затем 4-6 в году). В качестве базисной терапии назначались: симбикорт (4,5/160 мг) или (в пределах 2002-2007 гг.) будесонид 200 мкг + формотерол 4,5 мкг — 2-3 раза в сутки или форадил-комби (12/400 мкг), + спирива (18 мкг в день, теопек 0,3×2 раза в день, т.е. по схеме 2+1. Кроме того, больные получали: домашнюю небулайзерную терапию при обострении (по схеме: ингаляция бронхолитика — ингаляция лазолвана — проведение кинезитерапии — ч/з 30` - ингаляция пульмикорта), антиоксиданты (токоферол + аскорбиновая к-та + мексидол или мебикар в дозе 0,3 мкг по 1 табл. 3 раза в день; или (в период «белых ночей») мелаксен 3 мг в 22:00. Перед выходом на открытый воздух (осенью, зимой больные получали ингаляции симбикорт + беродуал 2-вдоха) или форадил-комби + спирива + сингуляр. Проводилась: своевременная диагностика, лечение, диспансеризация КС в кардиоцентре, больные в возрасте старше 50 лет получали аспирин-кардио + кардиомагнил и по показаниям крестор. Реабилитационная программа включала: массаж грудной клетки, лазеротерапию, дозированные пешеходные прогулки, кинезотерапию. Больные со вторичными бронхоэктазами получали лечебную БФС. Контрольная группа больных ХОБЛ с КС получали обычную программу диспансеризации, реабилитации. Оценивали показатели качества жизни пациентов, при этом весьма перспективным для использования в научных исследованиях и повседневной клинической работе является опросник Short Form — 36 (MOS-SF — 36) [J.Ware et al., 1993]. Систематизация материала предоставленных результатов расчетов проводилась с применением програмного пакета электронных таблиц Microsoft Excel, статистические расчеты проводились с применением пакета Microsoft Statisica version 6.1. Вычислялись критерии Шапиро-Уилка; Фридмана, Ньюмена-Кейлса в динамике (2002, 2005, 2007, 2011 гг.) Достоверность различий оценивали также с помощью парного t-критерия Стьюдента. Использовали также парный метод анализа по Вилкоксону

Результаты исследований

При изучении качество жизни у больных БАСТ с КС (микст патологией) установлено, что болезнь воздействует на большинство аспектов их жизни. Исходный уровень качества жизни в 2002 году у больных с микст патологией основной и контрольной групп до реализации новой программы ведения больных был значительно (p<0,05; p<0,001) ниже уровня здоровых.

В частности, по сравнению с группой здоровых лиц, у пациентов с микст патологией (основной и контрольной групп) достоверно были снижены показатели, характеризующие физическое состояние (ФА, РФ, ОЗ) и психический статус (ЖС, СА, ПЗ, СС).

При повторном интервьюировании через 10 лет у больных основной группы, в отличие от контрольной группы, произошли более выраженные позитивные изменения по всем шкалам опросника. У пациентов основной группы наблюдалось увеличение физической активности, жизнеспособности, общего здоровья, социальной активности. Эти показатели у них приблизились к условной норме здоровых лиц (табл. 1). При этом, показатели качества жизни, характеризирующие физическое состояние, психический статус больных контрольной группы в процессе

диспансеризации существенно не изменились (p<0,05).

Таблица 1.

Динамика показателей качества жизни у больных с микст патологией в процессе диспансеризации

Показатели качества жизни	**Здоровые n=20**	**1-а, основная группа**		**2-я, контрольная группа**	
		До 2002 г.	**После 2011 г.**	**До 2002 г.**	**После 2011г.**
		диспансеризации		**диспансеризации**	
ФА	78,6 ±3,2	25,25± 1,35	57,75 ±0,25**	24 ±2,60	25,50±1,74
РФ	72,4 ±2,1	25,86 ±1,29	60,32± 0,94**	23,13 ±2,47	27,00±1,66
ОЗ	76,4± 3,1	25,36 ±1,38	59,04± 0,55**	25,96 ±1,70	26,60±1,61
ЖС	71,6 ±3,4	22,60 ±2,33	57,90 ±0,30**	31,67 ±2,85	33,50±2,47
ПЗ	72,4 ±3,6	25,70± 1,31	45,57± 0,56**	27,80 ±1,31	27,80±1,47
СС	56,4 ±3,3	22,18 ±1,13	56,50 ±0,42**	27,70 ±2,26	29,80±2,17
СА	82,4 ±4,2	22,80 ±2,28	58,14 ±0,30**	28,90± 2,31	30,00±2,10

.

Результаты исследования КЖ показали, что у больных основной группы через 10 лет 2002-2011 г.г. диспансеризации общий объем фазового пространства и общий показатель ассиметрии значительно уменьшились, что свидетельствовало о выраженном положительном

эффекте управляющих воздействий, о стабилизации функциональной системы больных с микст — патологией.

По результатам многофакторного анализа, у больных основной группы общий объем (Vx) значительно уменьшился с $1{,}24\times10^{14}$ до $5{,}26\times10^{9}$. При этом у больных контрольной группы (Vx) общий объем на фоне диспансеризации существенно не изменился (составил до $4{,}21\times10^{14}$, после

1.19×10^{14}), а показатель rX уменьшился (но в меньшей степени, чем у лиц основной группы), что свидетельствовало о достаточно высоком уровне нестабильности функциональной системы, о менее выраженном терапевтическом эффекте диспансеризации у лиц контрольной группы.

Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о положительном и долгосрочном влиянии оптимальной программы диспансеризации на КЖ больных основной группы. Ведение пациентов БАСТ с КС не должно и не может ограничиваться только оценкой клинических данных. В случае недооценки параметров КЖ существенно снижается комплаентность пациентов, что может привести к ошибкам терапевтического воздействия. Исследования показали улучшение у пациентов основной группы параметров психического и физического здоровья. В процессе диспансеризации у больных уменьшились признаки ограничения «невыполнимости» физической работы, они стали более спокойными, умиротворенными, повысились резервы здоровья, исчезли депрессивные состояния, появилась уверенность в правильности выбранного метода лечения, программы реабилитации. Оценка КЖ, в то же время, позволяет выявить достоверную эффективность проводимого лечения с точки зрения самого больного.

Заключение. Наиболее выраженный терапевтический эффект отмечался у больных БА с КС, получающих оптимальный вариант диспансеризации.

Литература:

1. Колосов В.П., Трофимова А.Ю., Нарышкина С.В. Качество жизни больных хронической обструктивной болезнь.ю легких. Благовещенск; 2011.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА Медиа Групп; 2007.
3. The MRC breathlessness scale adapted from Fletcher C.M. Discussion on the Diagnosis of Pulmonary Emphesema. J. R. Soc. Med. 1952; 45: 576-586.
4. Антонов Н.С. Эпидемиология, факторы риска, профилактика. // Хронические обструктивные болезни легких / Н.С. Антонов, О.Ю. Стулова, О.В. Зайцева / под ред. А.Г. Чучалина. — М.: БИНОМ; СПб.: Невский диалект, 1998. — 66-81.
5. Арнольди И.А. Гигиенические вопросы акклиматизации населения на крайнем Севере. В кн.: «Гигиенические вопросы акклиматизации населения на крайнем Севере», М., 1961.- с.135.156
6. Архипова Н.Н. Биоинформационный анализ параметров микроциркуляции оболочек глаз, иридознаков у больных бронхиальной астмой на Севере: дисс. канд. мед. наук: 03.01.09. — Сургут, 2011. — 19 с.
7. Багирова Г.Г., Чернышева Т.В., Сизова Л.В. Оценка качества жизни в ревматологии. М.: изд-во БИНОМ, 2011. — 248 с.
8. Белевский А.С. Реабилитация в пульмонологии. / А.С. Белевский //
9. Респираторная медицина: руководство: [в 2 т.]. // Российское респираторное общество; под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Геотар-Медиа, 2007. — Т. 2. — С. 720-732.
10. Ware J.J., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care 1992; 30: 473–83.