

4. Glossop J.R., Dawes P.T., Hassell A.B. et al. (2005) Anemia in rheumatoid arthritis: association with polymorphism in the tumor necrosis factor receptor I and II genes J. Rheumatol., 32(9): 1673–1678.

Курик Л.М.

*кандидат медичних наук,
старший науковий співробітник відділення пульмонології;*

Канарський О.А.

*молодший науковий співробітник відділення пульмонології,
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського НАМН України»*

ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЛЕГКОГО ПЕРСИСТУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОНТРОЛЬОВАНOSTІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Поняття якості життя (ЯЖ) покладено в основу сучасного розуміння хвороби і визначення ефективності методів її лікування. Його оцінка допомагає визначити, яким чином перебіг захворювання впливає на людину, знайти відповідні способи втручання, лікування та реабілітації. Параметри ЯЖ хворого мають незалежну прогностичну значимість і є більш точними факторами прогнозу виживання та стану хворого під час лікування, ніж загальносоматичний статус [1-6]. Оцінювання якості життя дозволяє порівняти ефективність різних терапевтичних програм. В цілому, можна говорити про те, що при хронічних захворюваннях якість життя – основний критерій оцінки стану хворого, психосоціальні якості особистості якого відіграють головну роль в адаптації пацієнта до хвороби, що робить особливо актуальним її у хворих на БА, адже на дану патологію найчастіше страждають молоді, фізично активні люди [1-6].

Основною метою проведеного дослідження було дослідження якості життя у хворих на бронхіальну астму із легким персистуючим перебігом в залежності від контрольованості перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження проводились на базі відділення пульмонології при ДУ «Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України». Для вирішення задач дослідження об'єктом вивчення були хворі на бронхіальну астму (БА). В дослідження включали хворих лише за умови їх добровільної згоди з метою та об'ємом запланованих обстежень. Відповідно до наведених критеріїв у дослідження було включено 45 хворих із легким персистуючим перебігом захворювання (симптоми виникають, як мінімум, 1 раз на тиждень, але рідше 1 разу на день на протязі більше 3-х місяців; симптоми загострення можуть порушувати активність і сон; наявність хронічних симптомів, які потребують симптоматичного лікування, майже щоденно; нічні симптоми астми виникають частіше 2 разів на місяць; ОФВ₁ або ПОШвид. $\geq 80\%$ від належних; добові коливання ПОШвид або ОФВ₁ – 20-30%.) Із них 23 хворих були із контрольованим перебігом захворювання (відсутність або мінімальні (≤ 2 /тиждень) денні симптоми, відсутність обмеження активності, нічних симптомів, відсутність або мінімальна (≤ 2 /тиждень) потреба в бронхолітиках за потребою для зняття симптомів, нормальні показники ФЗД, відсутність загострень). Значення ОФВ₁ на початку спостереження у групі становив $(89,2 \pm 1,8)\%$, FEV₁/FVC $(99,5 \pm 2,5)$ з тривалістю БА $(4,3 \pm 1,5)$ роки, частота загострень БА – 0 разів/рік. Решта 22 із не контрольованим перебігом (≥ 3 ознаки часткового контролю наявні у будь який тиждень). Значення ОФВ₁ на у групі становив $(84,3 \pm 1,7)\%$, FEV₁/FVC $(92,3 \pm 2,2)$ з тривалістю БА $(5,9 \pm 1,6)$ роки, частота загострень БА – $(1,3 \pm 0,1)$ разів на рік. Хворі отримували інгаляційні кортикостероїдні препарати регулярно у мінімальній добовій дозі, використовували у якості лікування β_2 – агоніст короткої дії сальбутамолу. Усі хворі увійшли у проспективне контрольоване рандомізоване дослідження. При постановці діагнозу БА враховувався анамнез, клінічні симптоми, показники функції зовнішнього дихання, зворотність обструкції в пробі з бронхолітиком. Відбір хворих за ступенем тяжкості БА проводився відповідно критеріям Наказу № 128 МОЗ України від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» та наказу № 868 Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної

(спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма» [7]. У якості контролю було обстежено 10 здорових добровольців, що не мали тяжкої клінічно значимої патології. У якості опитувальника для визначення якості життя хворим було запропоновано заповнити загальний опитувальник SF-36 [8]. Опитування хворих БА проводився три рази із 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, підлягали перекодуванню. Розрахунок критеріїв ЯЖ по опитувальнику SF-36 проводився тільки на основі перекодування даних по методу сумачії рейтингів Лікерта (за 100 – бальною шкалою, %). Критерії ЯЖ по 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, ЖД (VT – Vitality). Соціальна активність, СА (SF – Social Functioning). Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, БЕ (RE – Role-Emotional). Психічне здоров'я, ПЗ (MH – Mental Health). Порівняння самопочуття, СС. Фізичний статус респондента характеризують 5 шкал (ФА, РФ, Б, ОЗ, ЖС), психосоціальний статус оцінювався також по 5 шкалами (РЕ, СА, ПЗ, ОЗ, і ЖС). Два останніх показники визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини [8]. Статистичні: статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входять у пакет Microsoft Office Professional 2000, ліцензія Russian Academic OPEN NO LEVEL № 17016297 на персональному комп'ютері IBM Atlon у програмі Excel [9, 10]. Робота виконана державним коштом.

Отримані результати. В результаті проведеного дослідження встановлено, у хворих із легким не контрольованим персистуючим перебігом накладає обмеження на фізичне функціонування і посилює роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності: зниження показника ФА до $(69,8 \pm 1,5)$ балів та РФ до $(54,6 \pm 1,5)$ балів. Зростає роль емоційних проблем РЕ – $(80,2 \pm 1,8)$ балів, в обмеженні життєдіяльності, свідчить про присутність стресу в цей період перебігу захворювання. Змінюються критерії ЯЖ, пов'язані із ментальною сферою: зафіксовано суттєве зниження показників «життєздатність» ЖС – $(52,6 \pm 1,5)$ балів і «психічне здоров'я» ПЗ – $(57,3 \pm 1,2)$ балів, соціальної активності хворих СА – $(68,9 \pm 2,2)$ балів, що свідчить про неможливість хворими повноцінно

здійснювати соціальні зв'язки у відповідності із віком, суспільним становищем і рівнем потреб (див. табл. 1).

Таблиця 1

**Динаміка показників якості життя хворих на БА
із не контрольованим легким персистуючим перебігом
захворювання протягом року (M ± m)**

Показники ЯЖ (бали)	Здорові	Початок спостереження	6 місяців	12 місяців
	n = 10	n = 22		
ФА	78,4 ± 2,5	69,8 ± 1,5	65,8 ± 1,5 [#]	63,5 ± 1,1 [#]
РФ	51,7 ± 1,5	54,6 ± 1,5	56,5 ± 1,2	54,9 ± 1,1 [#]
Біль	34,3 ± 0,8	33,6 ± 2,1	33,8 ± 1,1	35,3 ± 0,8
ОЗ	54,2 ± 1,2	48,3 ± 1,6	39,1 ± 0,9 [#]	36,4 ± 0,3 [#]
ЖС	55,8 ± 0,5	52,6 ± 1,5	51,2 ± 1,2	52,5 ± 0,3
СА	72,5 ± 1,6	68,9 ± 2,2	53,2 ± 1,1 [#]	66,5 ± 0,4
РЕ	55,5 ± 0,5	80,2 ± 1,8 [#]	82,5 ± 1,5 [#]	81,3 ± 0,9 [#]
ПЗ	66,8 ± 1,2	57,3 ± 1,2	53,6 ± 1,8	55,8 ± 0,6

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

Присутнє занижене суб'єктивне сприйняття загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ (є чутливим до фактору хвороби) – (48,3 ± 1,6) балів. Тому при захворюванні він швидко знижується, що відзначено і в проведеному дослідженні. Нарешті, параметр «Біль» не суттєво відрізнявся від показників групи здорових – (33,6 ± 2,1) балів, що пояснюється тим, що хворі серйозно стурбовані лише специфічними симптомами БА і не звертають уваги на біль у буквальному її розумінні. І динаміки в оцінюваних показниках не відбувалось протягом року спостереження. Через 6 місяців обмеження на фізичне функціонування і фізичні проблеми в обмеженні життєдіяльності зберігались: ФА (65,8 ± 1,5) бали та РФ (56,5 ± 1,2) бали. Зберігалась виражена роль емоційних проблем РЕ – (82,5 ± 1,5) бали, в обмеженні життєдіяльності, присутні проблеми пов'язані із ментальною сферою: зниження показників «життєздатність» ЖС – (51,2 ± 1,2) бали і «психічне здоров'я» ПЗ – (53,6 ± 1,8) балів, соціальної активності хворих СА – (53,2 ± 1,1) бали.

У хворих на БА із контрольованим легким персистуючим перебігом показники не відрізнялись від групи здорових. Показник

фізичної активності ФА був у діапазоні $(78,2 \pm 1,5)$ балів, ролі фізичних проблем РФ $(52,3 \pm 1,2)$ балів, емоційних проблем РЕ – $(56,1 \pm 1,1)$ балів, ментальної сфери: «життєздатність» ЖС $(56,3 \pm 1,5)$ балів і «психічне здоров'я» ПЗ – $(65,2 \pm 2,2)$ балів, соціальна активність була високою – СА $(73,2 \pm 1,7)$ балів, суб'єктивного сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я ОЗ – $(55,2 \pm 1,8)$ балів. Параметр «Біль» $(34,6 \pm 2,1)$ балів. Через 6 місяців спостереження суттєвої динаміки в показниках опитувальника не спостерігалось. Достовірної різниці із даними групи здорових не було. Показник фізичної активності ФА становив $(63,5 \pm 1,6)$ балів, показник ролі фізичних проблем РФ – $(57,8 \pm 1,8)$ балів, показник емоційних проблем РЕ – $(55,9 \pm 2,6)$ балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС – $(54,8 \pm 1,5)$ балів і «психічне здоров'я» ПЗ – $(66,5 \pm 1,9)$ балів. Показник соціальної активності СА був $(72,8 \pm 1,5)$ бали. Також спостерігалось адекватне суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ – $(54,3 \pm 1,2)$ балів. Параметр «Біль» практично не відрізнявся від групи здорових $(33,2 \pm 1,2)$ бали.

Через рік спостереження суттєвої динаміки в показниках опитувальника не було. Достовірної різниці із даними групи здорових не спостерігалось. Показник фізичної активності ФА становив $(65,3 \pm 1,2)$ балів, показник ролі фізичних проблем РФ – $(57,8 \pm 1,8)$ балів, показник емоційних проблем РЕ – $(55,9 \pm 2,6)$ балів, показник ментальної сфери: «життєздатність» ЖС – $(55,8 \pm 0,6)$ балів і «психічне здоров'я» ПЗ – $(67,8 \pm 1,2)$ балів. Показник соціальної активності СА був $(73,5 \pm 1,2)$ бали. Також спостерігалось адекватне суб'єктивне сприйняття хворими БА загального стану свого здоров'я, позначене як «загальне здоров'я» ОЗ – $(55,2 \pm 0,6)$ балів. Параметр «Біль» практично не відрізнявся від групи здорових $(32,5 \pm 0,8)$ бали (табл. 2).

Таблиця 2

**Динаміка показників якості життя хворих на БА
із не контрольованим легким персистуючим перебігом
захворювання протягом року (M ± m)**

Показники ЯЖ (бали)	Здорові	Початок спостереження	6 місяців	12 місяців
	n = 10	n = 23		
ФА	78,4 ± 2,5	78,2 ± 1,5	63,5 ± 1,6	65,3 ± 1,2
РФ	51,7 ± 1,2	52,3 ± 1,2	57,8 ± 1,8	55,9 ± 1,1
Біль	34,3 ± 0,8	34,6 ± 2,1	33,2 ± 1,2	32,5 ± 0,8
ОЗ	54,2 ± 1,2	55,2 ± 1,8	54,3 ± 1,2	55,2 ± 0,6
ЖС	55,8 ± 0,5	56,3 ± 1,5	54,8 ± 1,5	55,8 ± 0,6
СА	72,5 ± 1,6	73,2 ± 1,7	72,8 ± 1,5	73,5 ± 1,2
РЕ	55,5 ± 0,5	56,1 ± 1,1	55,9 ± 2,6	54,8 ± 1,1
ПЗ	66,8 ± 1,2	65,2 ± 2,2	66,5 ± 1,9	67,8 ± 1,2

Примітка. Достовірної різниці у порівнянні із групою здорових не виявлено

В результаті проведеного дослідження встановлено наступне. Контрольованість перебігу бронхіальної астми суттєво впливає на якість життя хворих. Погана контрольованість перебігу бронхіальної астми обмежує фізичну активність хворих, погіршує емоційний фон настрою, знижує суб'єктивне сприйняття загального стану свого здоров'я, пригнічує та унеможлиблює соціальну активність, повноцінне здійснення соціальних зв'язків у відповідності із віком, суспільним становищем і рівнем потреб в цей період. При контрольованому перебігу астми пацієнти не відчують обмежень у фізичній активності, їм властиві високий рівень життєздатності і психічного здоров'я, вони не перебувають у депресивному стані, спокійні і умиротворені, проявляють високу соціальну активність і здатні повноцінно здійснювати соціальні зв'язки у відповідності з віком, суспільним становищем і рівнем потреб. Суб'єктивне сприйняття ними загального стану свого здоров'я відповідає діапазону даних групи здорових, тобто пацієнти досить спокійно відносяться до своєї хвороби.

Список використаних джерел:

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.

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.

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.