

УДК 616.248-036.868:616.33-008.3:616.89-008.19

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, ПОЄДНАНОЇ ІЗ ДИСПЕПТИЧНИМ СИНДРОМОМ: КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**Ростока-Резнікова М.В.***Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра пульмонології та фтизіатрії з курсами інфекційних хвороб та дерматовенерології, м. Ужгород*

РЕЗЮМЕ: вивчалася якість життя пацієнтів із бронхіальною астмою, поєднаною із диспептичним синдромом, та її зв'язок із клінічним перебігом, функцією зовнішнього дихання, показниками тривожності та алекситимії. Виявлене погіршення якості життя за всіма шкалами, незалежно від наявності диспептичного синдрому, а також покращення її фізичного компоненту під впливом лікування. Обґрунтована доцільність визначення показників тривожності та алекситимії при загостренні бронхіальної астми, оскільки вони можуть негативним чином впливати на функцію зовнішнього дихання і якість життя.

Ключові слова: бронхіальна астма, диспептичний синдром, тривожність, алекситимія, якість життя

Вступ. Бронхіальна астма (БА) є важливою проблемою сучасної медицини, оскільки частота захворювання зростає щороку, а також відбувається збільшення кількості пацієнтів із БА, поєднаною з патологією інших органів і систем, причому поєднання БА із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є одним із найчастіших [3].

Відомо, що захворювання ШКТ, які проявляються диспептичним синдромом (ДС), можуть сприяти виникненню БА або обтяжувати її перебіг [3]. З іншого боку, хронічна гіпоксія, що має місце при БА середньоважкого і важкого перебігу, а також застосування деяких препаратів (метилксантини, кортикостероїди), які подразнюють слизову оболонку ШКТ і викликають порушення в роботі сфінктерного апарату, що також може призвести до розвитку або загострення патології ШКТ [3].

У більшості розвинених країн поряд із традиційними методами обстеження і лікування хворих на БА використовується оцінка якості життя (ЯЖ) пацієнтів. ВООЗ визначає ЯЖ як індивідуальне співвідношення свого стану в житті суспільства із завданням (бажаннями) даного індивідуума з його планами і можливостями. Параметри ЯЖ (фізичні можливості, психічний статус, соціальна адаптованість) дозволяють комплексно оцінити вплив захворювання на всі аспекти життя хворого [3]. В Україні мають місце публікації, у яких вивчалася ЯЖ у хворих на БА [6], проте дані про ЯЖ при поєднанні БА з іншими захворюваннями є поодинокими, тож це питання потребує подальшого вивчення.

Важливим є і питання зв'язку психоемоційних аспектів із параметрами ЯЖ. Ряд авторів вказують на високий рівень тривожності серед пацієнтів із БА та захворюваннями ШКТ [2]. У той же час, алекситимія – затруднення або нездатність усвідомлювати і висловлювати свої емоції – є однією із найменш вивчених характеристик при захворюваннях внутрішніх органів, хоч і вважається важливим фактором, що впливає на перебіг захворювань [2]. Дані про вплив показників психоемоційного реагування на ЯЖ при захворюваннях внут-

рішніх органів у літературі є досить розрізненими [1, 2], а досліджень, присвячених цій проблемі у пацієнтів із захворюваннями органів дихання, зокрема БА, нами не знайдено.

Мета дослідження. Вивчити особливості показників тривожності та алекситимії при БА в поєднанні з ДС і їх вплив на ЯЖ пацієнтів.

Матеріали та методи. На базі пульмонологічного відділення Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А.Новака було обстежено 53 хворих (40 жінок і 13 чоловіків, середній вік $44,36 \pm 1,47$ року) із діагнозом БА, персистуючої, середньої важкості, в фазі загострення. Хворим проводилися загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, дослідження функції зовнішнього дихання, рентгенографія органів грудної клітки, фіброгастроуденоскопія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і нирок (за показами), консультація гастроентеролога. Діагнози БА і захворювань ШКТ встановлювалися згідно з відповідними протоколами [5]. Пацієнти отримували стандартну фармакотерапію загострення БА: системні глюкокортикоїди, бронхолітичні (β_2 -агоністи, метилксантини), відхаркувальні засоби тощо на фоні базисної терапії і були виписані з покращенням.

Відповідно до мети дослідження пацієнти були поділені на наступні групи: I – (основна) – 33 хворі (19 жінок і 14 чоловіків, середній вік $46,33 \pm 2,07$ року) із БА середньої важкості, у яких простежувався ДС у анамнезі; II – група порівняння – 20 хворих (10 жінок і 10 чоловіків, середній вік $43,85 \pm 2,1$ року) із БА середньої важкості без ДС. Як контроль було обстежено 20 практично здорових донорів. Клінічні групи були однорідними за віком, статтю і ОФВ₁.

Динаміка основних симптомів оцінювалася згідно з тестом по контролю за БА – АСТTM [4], де за п'ятибальною шкалою оцінювалися частота утрудненого дихання, нічних нападів, використання β_2 -агоністів короткої дії, а також суб'єктивне сприйняття впливу астми на звичний об'єм роботи і контроль симптомів (за останні 4 тижні). Сума балів ≤ 19 відповідала неконтрольованій астмі, 20-24 бали

– не повністю контрольованій астмі, 25 балів – повністю контрольованій астмі.

Проводилося визначення ситуативної та особистісної тривожності (СТ і ОТ відповідно) за методикою Спілберга-Ханіна і алекситимії (А) за допомогою Торонтської шкали алекситимії (ТАС) [2]. При аналізі результатів були використані наступні оцінки тривожності: менше 30 балів – низький, 31-44 бали – середній, понад 45 балів – високий. Оцінка ТАС: до 60 балів “не-алекситимічний” тип, 61-74 бали – група ризику, понад 75 балів – “алекситимічний тип” особистості [2, 6].

Якість життя оцінювалася за допомогою опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36), який містить наступні шкали: фізичне функціонування (PF), рольове фізичне функціонування (RP), біль (P), загальне здоров’я (GH), життєздатність (VT), соціальне функціонування (SF), емоційне функціонування (RE), психічне здоров’я (MH) [8].

Статистична обробка матеріалу проводилася за допомогою програм Microsoft Office Excell 2003 та Statistica v.6.0.

Результати досліджень та їх обговорення.

Серед пацієнтів основної групи у 12 чол. була виявлена функціональна диспепсія, у 7 чол. – гастроєзофагальна рефлюксна хвороба без езофагіту, у 2 чол. – виразка шлунка, у 6 чол. – дискінезія жовчовивідних шляхів, у 7 чол. – хронічний холецистит, у 1 чол. – постхолецистектомічний синдром.

При поступленні в стаціонар у пацієнтів із БА середньої важкості в фазі загострення, у яких спостерігався ДС (основна група) та не спостерігався (група порівняння), астма-рахунок складав (10,3±2,56) балів і (13±2,1) балів відповідно. ОФВ₁ складав (50,39±2,53%) в основній групі та (58,63±6,73%) у групі порівняння. Ми не виявили вірогідної різниці (p>0,05) між показниками астма-рахунку та ОФВ₁ у досліджуваних групах, тож наявність супутнього захворювання ШКТ, імовірно, суттєво не вплинула на клінічний перебіг і функцію зовнішнього дихання.

Аналізуючи показники психоемоційного реагування (СТ, ОТ, А), приведені в табл.1, ми виявили їх вірогідне підвищення порівняно з контролем (p<0,001), що не суперечить літературі [9, 10, 11].

Таблиця 1

Показники тривожності та алекситимії при загостренні бронхіальної астми середньої важкості

| Показник | Контроль (практично здорові), M±m | Основна група M±m | Група порівняння, M±m |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| Ситуативна тривожність, бали | 33,69±2,57 | 49,8±6,85* | 44,35±1,58* |
| Особистісна тривожність, бали | 43,5±2,84 | 56,2±1,46* | 52,23±1,65*■ |
| Алекситимія, бали | 58,07±4,05 | 71,8±3,43* | 73,48±2,21* |

Примітка: *p<0,001 порівняно з контролем

■p<0,001 порівняно з основною групою

При цьому показник СТ у хворих основної групи відносився до діапазону високої тривожності (понад 45 балів), у групі порівняння – до середнього рівня (31-44 бали). Показник ОТ був високим (понад 45 балів) у обох клінічних групах, і ми відзначили вірогідно вищий рівень ОТ у пацієнтів основної групи

порівняно з групою порівняння (p<0,001). Це узгоджується з даними літератури, які вказують на поглиблення рис тривожності при поєднанні БА з іншими захворюваннями [6]. За показником А пацієнти відносилися до групи ризику (62-74 бали).

Дані щодо ЯЖ пацієнтів приведені на рис. 1.

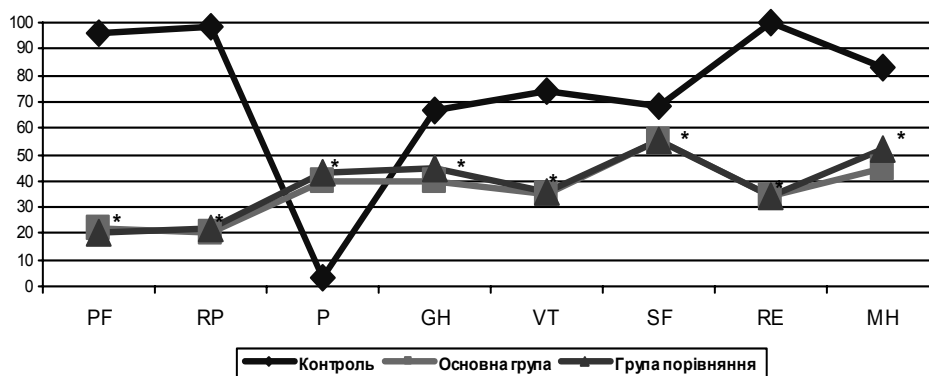


Рис. 1. Якість життя у пацієнтів із бронхіальною астмою в фазі загострення

Примітка: *p<0,001 порівняно з контролем

Мало місце зниження показників ЯЖ за всіма шкалами опитувальника у обох клінічних групах, причому вірогідної різниці між пацієнтами основної групи і групи порівняння нами не знайдено ($p > 0,05$).

При оцінці астма-рахунку в процесі лікування виявлена позитивна динаміка – вірогідне зростання балів астма-рахунку в обох клінічних групах – $(10,3 \pm 2,56)$ балів при поступленні, $(16,57 \pm 1,46)$ балів при виписці в основній групі, $p < 0,01$; і $(13 \pm 2,1)$ балів при поступленні, $(18,35 \pm 3,4)$ балів при виписці відповідно в групі порівняння ($p < 0,001$), що свідчить про клінічну ефективність проведеного лікування, хоча рівень добре (частково) контрольованої астми (20-24 бали) не був досягнутий. Нами не виявлено вірогідної різниці за астма-рахунком у пацієнтів основної групи та групи порівняння. Крім того, мало місце вірогідне підвищення ОФВ₁ у пацієнтів обох клінічних груп. Так, в основній групі ОФВ₁ при поступленні становила $(56,40 \pm 4,05)\%$, при виписці – $(69,2 \pm 6,46)\%$, у групі порівняння, відповідно, – $(55,63 \pm 9,73)\%$ і $(68,83 \pm 5,98)\%$, $p < 0,001$. Це також свідчить про ефективність лікування.

При вивченні взаємозв'язків між клінікою (за астма-рахунком), функцією зовнішнього дихання (за ОФВ₁) і показниками психоемоційного реагування (СТ, ОТ, А) та ЯЖ було виявлено від'ємний кореляційний зв'язок між ОФВ₁ і СТ ($r = -0,88$; $p < 0,01$).

Слід відзначити також від'ємний кореляційний зв'язок між астма-рахунком і наступними шкалами RP ($r = -0,77$; $p < 0,05$) і SF ($r = -0,72$; $p < 0,05$) опиту-

вальника з ЯЖ, хоча ми очікували позитивної кореляції в даному випадку, оскільки припускали, що покращення клінічної симптоматики позитивно вплине на ЯЖ. При розгляді показників психоемоційного реагування встановлено, що майже всі хворі, в яких спостерігалися відносно високі показники астма-рахунку і відносно низькі значення шкал RP і SF, відносилися до “алекситимічного” типу особистості.

Враховуючи, що особистостям “алекситимічного” типу важко усвідомити свої емоції, думки та почуття, а відтак і відчуті різницю між почуттями і тілесними відчуттями [2, 6], можна припустити, що це стосувалося також їхніх скарг, астма-рахунку і якості життя, тобто даним пацієнтам важко реально оцінити свій стан. Виходячи з цього, показник А є особливо актуальним для лікаря, і при роботі з такими хворими слід спиратися на дані об'єктивних методів обстеження, оскільки пацієнт може погано усвідомлювати свій стан і його динаміку.

При аналізі зв'язку між функцією зовнішнього дихання і ЯЖ виявлено від'ємний кореляційний зв'язок між ОФВ₁ і шкалою Р (біль) – $r = -0,83$; $p < 0,05$; а також позитивний – між ОФВ₁ і шкалами PF (фізичне функціонування) – $r = 0,83$; $p < 0,05$; і RE (емоційне функціонування) – $r = 0,95$; $p < 0,001$. За нашими даними, адекватне лікування загострення БА, що відображається зокрема підвищенням ОФВ₁, позитивно впливає як на фізичний, так і емоційний компоненти ЯЖ.

Розглядаючи вплив показників психоемоційного реагування на ЯЖ, виявлено наступне (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив показників психоемоційного реагування і якості життя при загостренні бронхіальної астми середньої важкості

| | PF | RP | P | GH | VT | SF | RE | MH |
|----|---------------|---------------|--------------|-------------|------------------|------------|---------------|------------------|
| СТ | $r = -0,65^*$ | $r = -0,71^*$ | $r = 0,30$ | $r = -0,11$ | $r = -0,78^{**}$ | $r = 0,40$ | $r = -0,73^*$ | $r = -0,79^{**}$ |
| ОТ | $r = -0,37$ | $r = -0,79$ | $r = 0,52$ | $r = -0,47$ | $r = -0,83^*$ | $r = 0,27$ | $r = -0,73^*$ | $r = -0,66^*$ |
| А | $r = -0,57$ | $r = -0,86^*$ | $r = 0,90^*$ | $r = -0,40$ | $r = -0,75^{**}$ | $r = 0,27$ | $r = -0,70^*$ | $r = -0,75^{**}$ |

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Мали місце від'ємні кореляційні зв'язки між СТ, ОТ і А та шкалами RE, MH, які є складовими емоційного компоненту ЯЖ, і шкалою VT (життєздатність), а також між СТ і шкалами PF і RP (фізичний компонент ЯЖ). Показник А також корелював із шкалами RP (від'ємний зв'язок) і Р (позитивний зв'язок). Тобто, за нашими даними, високі рівні тривожності та А негативно впливає на ЯЖ.

Слід відзначити, що нами не виявлено зв'язку між інфікуванням Нр і змінами астма-рахунку, ОФВ₁, тривожністю і А або ЯЖ, тож, імовірно, Нр суттєво не вплинув на перебіг загострення БА і ЯЖ в обстежуваних пацієнтів.

Ми не спостерігали вірогідних змін СТ, ОТ і А під впливом лікування ($p > 0,05$). При аналізі ЯЖ у процесі лікування виявлене вірогідне підвищення за шкалою PF у обох клінічних групах ((22 ± 3) бали і $(50 \pm 7,75)$ бала у основній групі, 20 ± 4 бали $55,02 \pm 5,89$ бала відповідно у групі порівняння, $p < 0,001$), причому показники ЯЖ у порівнюваних групах при виписці вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$).

Висновки.

1. Виявлено погіршення ЯЖ у пацієнтів із БА за всіма шкалами, порівняно з практично здоровими людьми, незалежно від наявності супутнього захворювання ШКТ.

2. Обґрунтовано доцільність визначення показників психоемоційного реагування при БА, оскільки у високотривожних осіб виявлене погіршення показників функції зовнішнього дихання, а у пацієнтів “алекситимічного” типу особистості при покращенні астма-рахунку не спостерігається пози-

тивної динаміки ЯЖ. Загалом високі рівні СТ, ОТ і А погіршують як емоційний, так і фізичний компоненти ЯЖ.

3. Під впливом лікування мало місце покращення астма-рахунку, функції зовнішнього дихання і фізичного компонента якості життя (шкала PF).

ЛІТЕРАТУРА

1. Глушко, Л.В. Електролітний дисбаланс, секреторна функція шлунка, психоневрологічний статус у хворих на функціональну диспепсію з різними клінічними варіантами/ Л.В.Глушко, В.М.Кулаєць// Буковинський медичний вісник. – 2010 – Т. 14, №1 (53). – С. 25-2.
2. Елисеєв О.П. Практикум по психології личности/ О.П.Елисеєв. – СПб.: Питер, 2004. – 312 с.
3. Корабельников, Д.И. Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания органов пищеварения/ Д.И.Корабельщиков, А.Г.Чучалин // Пульмонология. – 2002. – № 5. – С. 87–92.
4. Огородова Л.М. АСТ-новый инструмент для оценки контроля над бронхиальной астмой/Л.М. Огородова, О.С. Кобякова // Алергологія. – 2005. – № 2. – С. 56-59.
5. Приклади формулювання діагнозу у практиці сімейного лікаря / Кол. авт.; під ред. проф. І.В.Чопея. – Ужгород: Гражда, 2009. – 400 с.
6. Фещенко, Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих на бронхіальну астму / Ю.І.Фещенко, Ю.М.Мостовий, Ю.В.Бабійчук// Український пульмонологічний журнал. – 2003. – №3. – С. 9-11.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN ASTHMA PATIENTS WITH DYSPEPSIA: CLINICAL AND PSYCHOEMOTIONAL CORRELATIONS

Rostoka-Reznikova M.V.

The quality of life in asthma with dyspepsia and its connection with clinical and psychoemotional factors was investigated. We observed decreased levels of all scales of quality of life both in asthma with dyspepsia and without it and increasing level of physical functioning scale in the end of treatment. Measuring the anxiety and alexithymia levels is important for the physician because of its negative influence on lung function and quality of life.

Key words: asthma, dyspepsia, anxiety, alexithymia, quality of life