

ЗАСТОСУВАННЯ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

УДК 616.248-036.1

А.А. Галамба, М.І. Товт-Коршинська
ВДНЗ "Ужгородський національний університет"

Резюме. При обстеженні 30 хворих на бронхіальну астму виявлений вірогідний зв'язок між клінічними проявами захворювання, психоемоційним станом та показниками якості життя. Якість життя погіршувалася при збільшенні ваги тіла, тяжкості та тривалості захворювання, зростанні числа госпіталізацій, частоти загострень та гострих респіраторних вірусних інфекцій й алергічних проявів, зі збільшенням віку хворих. При збільшенні рівня тривожності та депресивних тенденцій спостерігалось зниження якості життя при однаковій тяжкості перебігу захворювання.

Ключові слова: клінічні прояви бронхіальної астми, якість життя, тривожність, депресивні тенденції.

Серед хронічних захворювань органів дихання, що значною мірою впливають на психосоціальний статус пацієнта, є бронхіальна астма (БА) [3]. БА є поліетіологічним захворюванням, у розвитку якого приймають участь, як запальні та алергічні, так і психологічні фактори [8]. Так, серед дорослих хворих на БА емоційний стрес може призводити до нападів ядухи в 70 % випадків [10]. Разом із тим, проблемам психоемоційної сфери хворого уваги практично не приділяється, як у терапевтичній практиці, так, зокрема, і в роботі сімейного лікаря [5].

Для визначення стану хворих через кількісні показники, які відображають їх емоційний, психологічний та інші стани, у медичній практиці використовуються спеціальні опитувальники, основною метою яких є визначення показників якості життя (ЯЖ). Вивчення ЯЖ – це вірогідний спосіб оцінки ефективності лікування хворих, реакції пацієнтів на лікувально-профілактичні заходи [6].

Якість життя – інтегральний показник, що відображає ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання нею звичних функцій [2]. ЯЖ може визначатись як ступінь задоволеності людини своїм фізичним, психічним і соціальним станом. Останніми роками ЯЖ визначають також як показник адаптації хворого до своєї хвороби [3]. ВООЗ розробила основоположні критерії ЯЖ:

- фізичні (енергія, втома, біль, сон тощо);
- психологічні (позитивні емоції, мислення, вивчення, самооцінка, переживання тощо);
- рівень незалежності (активність, працездатність, залежність від ліків тощо);
- суспільне життя (особисті взаємини, суспільна цінність, сексуальна активність);
- навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність і якість медичної і соціальної допомоги, забезпеченість, екологія, можливість навчання тощо).
- духовність (релігія, переконання) [1].

Ці анкетні методики дозволяють виявити відхилення в психологічній сфері хворих і є важливими також з точки зору звернення саме хворих із численними скаргами різного характеру, що не підлягають поясненню, до лікаря загальної практики. У свою чергу, відсутність можливості своєчасного виявлення таких хворих сприяє тому, що вони залишаються без кваліфікованої медичної допомоги, а кошти витрачаються на невиправдану трудомістку діагностики та непотрібне лікування захворювань, під які маскуються розлади психоемоційної сфери [5].

Мета дослідження – оцінити зв'язок ЯЖ, психологічних характеристик із клінічними проявами БА та можливості застосування цих показників у практиці сімейного лікаря.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 30 хворих із діагнозом БА, що знаходи-

лися на стаціонарному лікуванні на базі пульмонологічного відділення Ужгородської центральної міської клінічної лікарні у фазі загострення: 10 чоловіків та 20 жінок віком $47,3 \pm 18$ років. Для обстеження хворих, встановлення діагнозу використовувалися загальноклінічні методи дослідження, анамнез, рентгенографічні та функціональні методи. Важкість перебігу БА визначалася згідно з наказом МОЗ України від 19.03.2007 року №128 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія". Клінічні симптоми БА визначалися астма-рахунком (АР), який включав: нічну астму (число пробуджень пацієнта протягом ночі у зв'язку з респіраторними симптомами), ранкова скутість в грудях, денна астма (свистяче дихання або укорочення дихання), кашель протягом дня. Кожен із перерахованих показників оцінювався за 4-бальною шкалою залежно від вираженості симптомів: 0 – відсутність симптомів, 4 – максимальний прояв симптоматики [7].

Для визначення психоемоційного стану та ЯЖ пацієнтів використовувався респіраторний опитувальник клініки Святого Георгія ("Sent George Respiratory Questionnaire") (SGRQ) [9], що складався із 76 запитань, які згруповані у 3 частини. Перша – "Симптоми" – визначала ступінь занепокоєння, обумовлене респіраторними симптомами. Друга – "Активність" – визначала обмеження рухливості й фізичної активності. Третя частина – "Психосоціальний вплив" – психосоціальний вплив. Крім того, розраховувалася підсумкова оцінка ЯЖ – ПОЯЖ. Сума балів при оцінюванні відповідей на цю анкету складала від 0 до 100 % – 0 є найкращим із можливих зна-

чень. Оскільки при БА хворі мають схильність до тривожності і депресій [5], нами також використовувалися тести для визначення особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна й тести для визначення депресії Бека.

Дані оброблювалися за допомогою програм Microsoft Office Excell 2003 та Statistica v 6.0 із використанням стандартних методів.

Результати досліджень та їх обговорення. У результаті дослідження нами був виявлений зв'язок між ЯЖ і тяжкістю захворювання, астма-рахунком та рівнем об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ₁). Що нижчим був рівень показника ОФВ₁, тим нижчими були параметри ЯЖ та АР і в чоловіків, і в жінок. Також при прогресуванні захворювання спостерігалось зростання рівня тривожності й депресивних тенденцій (табл.).

ЯЖ значно погіршувалася при тривалості захворювання більше 10 років (при тривалості хвороби до 5 років ЯЖ складала $53,9 \pm 13,7$ %, 5-10 р. – $49,8 \pm 16,5$ %, більше 10 р. – $63,8 \pm 25,3$ %), що, можливо, свідчить, що при збільшенні тривалості захворювання відбувалося не тільки прогресування самої хвороби, але і зниження адаптації хворих до хвороби. Виявлено також залежність ЯЖ від віку хворих: при однаковій тяжкості ЯЖ погіршувалася зі збільшенням віку хворих, незначне покращання ЯЖ спостерігалось після 50 років (у 20-30 р. ЯЖ складала $46,3 \pm 5,6$ %, 30-40 р. – $60,2 \pm 11,1$ %, 40-50 р. – $62,2 \pm 8,9$ %, 50-60 р. – $53,2 \pm 14,2$ %, старше 60 р. – $49,9 \pm 18,6$ %). При порівнюванні групи не відрізнялися між собою за тяжкістю захворювання, віком і статтю.

Особи з вищим рівнем освіти мали кращу ЯЖ ($51,5 \pm 16,9$ %), меншу схильність до тривожності ($50,6 \pm 6,8$ бали) і депресій ($11,3 \pm 4$ ба-

Таблиця

Взаємозв'язок показників якості життя та ОФВ₁, залежно від тяжкості перебігу бронхіальної астми за супутніх психоемоційних станів

Параметри	БА легка	БА сер.	БА важка
Симптоми, %	$50,9 \pm 21,3$	$68,5 \pm 17,3^*$	$87,2 \pm 13,1^*$
Активність, %	$40,8 \pm 31$	$61,6 \pm 16,9$	$70,9 \pm 12,4^*$
Психосоціальний вплив, %	$32,6 \pm 22$	$48,5 \pm 17,7$	$65,6 \pm 17^*$
ПОЯЖ, %	$38 \pm 19,8$	$55,8 \pm 15,1^*$	$70,6 \pm 13,2^*$
ОФВ ₁ , %	$57 \pm 14,9$	$52,9 \pm 20,2$	$36,7 \pm 6,1^*$
Астма рахунок, бали	$6,6 \pm 1,9$	$10,9 \pm 3,1^*$	$12,8 \pm 2,2^{**}$
Тривожність, бали	$47,8 \pm 7,4$	$52,1 \pm 8,5$	$55 \pm 12,2$
Депресивні тенденції, бали	$6,2 \pm 3,4$	$14,1 \pm 6,8^*$	$21,3 \pm 8,6^*$

Прим. * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$ порівняно з легким перебігом БА

ли), ніж особи з нижчим рівнем освіти (ЯЖ – $57,3 \pm 18,6$ %; тривожність – $52,4 \pm 9,9$ бали; депресивні тенденції – $14,6 \pm 8,8$ бали); а жителі міста мали тенденцію до нижчого рівня ЯЖ ($59,2 \pm 16,7$ %), більшу схильність до тривожності ($53,5 \pm 8,3$ бали) і депресії ($15,5 \pm 7,1$ бали), ніж жителі села (ЯЖ – $52,1 \pm 12$ %; тривожність – $48,8 \pm 6,9$ бали; депресії – $7,7 \pm 2,5$ бали).

При однаковій тяжкості захворювання ЯЖ була нижчою при ожирінні ($63,2 \pm 12,5$ %), порівняно з особами з нормальною вагою ($56,6 \pm 14,1$ %), що може свідчити про більший вплив надлишкової ваги тіла на показники ЯЖ ($r=0,65$), ніж тяжкості захворювання ($r=0,54$).

Особи, що хворіли на ГРВІ більше 3-х разів на рік мали зниження показників ЯЖ ($63,2 \pm 11$ % та $42,9 \pm 12,5$ % відповідно, $p<0,01$), вищу тривожність ($54,1 \pm 8,1$ та $48 \pm 8,4$ бали) і більшу схильність до депресії ($15,9 \pm 7,3$ та $10,3 \pm 4,3$ бали), порівняно з особами, що хворіли на ГРВІ не більше 1-го разу на рік ($r=0,44$). Зниження показників ЯЖ спостерігалось також в осіб, що були схильні до алергічних реакцій ($50,6 \pm 12,5$ %), порівняно з тими в кого не було алергії ($46,5 \pm 13,0$ %, $r=0,37$).

Показники ЯЖ погіршувалися при збільшенні кількості загострень БА на рік ($r=0,47$) та госпіталізацій у стаціонар ($r=0,48$).

ЯЖ погіршувалася при вираженішій депресії (при рівні депресії $22,4 \pm 7,1$ бали ЯЖ складала $66,7 \pm 18,4$ %) і високій тривожності (при тривожності $56,2 \pm 5,7$ бали ЯЖ складала $62,2 \pm 15,3$ %), порівняно з хворими з помірною тривожністю (при тривожності $40,6 \pm 2,9$ бали ЯЖ складала $41,5 \pm 13,6$ %, $p<0,01$) та без депресії (при рівні депресії $6,2 \pm 2,3$ бали ЯЖ складала $39,6 \pm 13,7$ %, $p<0,01$). Цей процес був вираженішим у чоловіків. На ЯЖ більше впливав рівень депресії ($r=0,46$), ніж вираженість тривожності ($r=0,38$). Ці дані свідчать, що на ЯЖ впливає не тільки тяжкість захворювання, але й психологічний стан пацієнтів.

Висновки. Таким чином, виявлений зв'язок між клінічними проявами БА та параметрами ЯЖ, які погіршувалися при збільшенні ваги тіла, тяжкості та тривалості захворювання, зростанні числа госпіталізацій у стаціонар, частоти загострень захворювання, ГРВІ та алергічних проявів, зі збільшенням віку хворих. Виявлено також, що при однаковій тяжкості захворювання при вищих рівнях тривожності та депресивних тенденцій спостерігалось зниження показників ЯЖ. Тобто, параметри ЯЖ мають враховуватись як важливі показники стану хворого для визначення стратегії й тактики лікування.

Література

1. Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / Г.Н. Алеева, М.Э. Гурылева, М.В. Журавлева // Здоров'я України. - 2006. - С. 11.
2. Беренда Е.А. Результаты шаттл-теста и показатели качества жизни у больных хроническим обструктивным заболеванием легких / Е.А. Беренда. // Укр. пульмонолог. журн. - 2006. - № 3. - С. 14-15.
3. Перцева Т.А. Качество жизни больных, страдающих аллергическими заболеваниями // Астма та алергія. - 2002. - №1. - С. 32-37.
4. Победьонна Г.П. Медико-економічні аспекти лікування бронхіальної астми // Укр. пульмонолог. журн. - 2006. - №1. - С. 44-48.
5. Чопей І.В., Товт-Коршинська М.І., Дью М.А. Психологічні розлади в практиці сімейного лікаря. - Ужгород. - 2000. - 176 с.
6. Чучалин А.Г. Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: можем ли мы ожидать большего? // Пульмонология. - 2006. - №5. - С. 19-27.
7. Яшина Л.А. Антигистаминный препарат фенкарот в лечении комбинированной патологии – аллергического ринита и бронхиальной астмы I-II ступени // Астма та алергія. - 2003. - №2-3. - С. 40-48.
8. Яшина Л.А. Особенности БА с тяжелым течением // Здоров'я України. - 2010. - № 1. - С. 6-8.
9. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M. The St. George's Respiratory Questionnaire. Respir. Med. - 1991. - 85 Suppl B - P. 25-31.
10. Solomon S.D. Mental health effects of natural and human-made // Psychol Bull. - 1991. - Vol.109. - № 3. - P. 384-399.

Summary

QUALITY OF LIFE TEST UTILISATION IN BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

A.A. Galamba, M.I. Tovt-Korshynska

We determined correlation between bronchial asthma clinical manifestation, psychoemotional status and quality of life (QL) test in 30 patients with bronchial asthma (BA). The decrease of QL level was connected with higher indexes of weight, severity and duration of disease, hospitalization rate, exacerbation, higher morbidity of upper respiratory virus infections, allergy and age. In patients with anxiety and depression the QL indices were lower in comparison with other patients.

Key words: bronchial asthma, quality of life, anxiety, depression.