

- Comparison of nebulised budesonide and prednisolone in severe asthma exacerbation in adults. *BioDrugs* 2000; 14: 247–254.
18. *Maltais F., Ostinelli J., Bourbeau J.* Comparison of nebulized budesonide and oral prednisolone with placebo in the treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002; 165: 698–703.
 19. *McEvoy C.E., Niewoehner D.E.* Adverse effects of corticosteroid therapy for COPD. A critical review. *Chest* 1997; 111: 732–743.
 20. *McEvoy C.E., Ensrud K.E., Bender E. et al.* Association between corticosteroid use and vertebral fractures in older men with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1998; 157: 704–709.
 21. *Messer J., Reitman D., Sacks H. et al.* Association of adrenocorticosteroid therapy and peptic-ulcer disease. *N. Engl. J. Med.* 1983; 309: 21–24.
 22. *Morice A.H., Morris D., Lawson-Matthew P.* A comparison of nebulized budesonide with oral prednisolone in the treatment of exacerbations of obstructive pulmonary disease. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1996; 60: 675–678.
 23. *Nava S., Fracchia C., Callegari G. et al.* Weakness of respiratory and skeletal muscles after a short course of steroids in patients with acute lung rejection. *Eur. Respir. J.* 2002; 20: 497–499.
 24. *Niewoehner D.E., Erbland M.L., Deupree R.H. et al.* Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 1999; 340: 1941–1947.
 25. *Otulana B.A., Varma N., Bullock A., Higgenbottam T.W.* High dose nebulized steroid in the treatment of steroid-dependent asthma. *Respir. Med.* 1992; 86: 105–108.
 26. *Pedersen S., O'Byrne P.* A comparison of the efficacy and safety of inhaled corticosteroids in asthma. *Allergy* 1997; 52 (suppl.39): 1–34.
 27. *Quanjer Ph.H., Tammeling G.J., Cotes J.E. et al.* Lung volumes and forced ventilatory flows. *Eur. Respir. J.* 1993; 6 (suppl.16): 5–40.
 28. *Saetta M., Di Stefano A., Maestrelli P. et al.* Airway eosinophilia in chronic bronchitis during exacerbations. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994; 150: 1646–1652.
 29. *Sayiner A., Aytemur Z.A., Cirit M., Unsal I.* Systemic glucocorticosteroids in severe exacerbations of COPD. *Chest* 2001; 119: 726–730.
 30. *Seemungal T.A.R., Donaldson G.C., Bhowmik A. et al.* Time course and recovery of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000; 161: 1608–1613.
 31. *Snow V., Lascher S., Mottur-Pilson C.* The evidence base for management of acute exacerbations of COPD. Clinical practice guideline, part 1. *Chest* 2001; 119: 1185–1189.
 32. *Stoller J.K.* Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 2002; 346: 988–994
 33. *Sung L., Osmond M.H., Klassen T.* Randomized, controlled trial of inhaled budesonide as an adjunct to oral prednisone in acute asthma. *Acad. Emerg. Med.* 1998; 5: 209–213.
 34. *Takao M., Higgenbottam T.W., Audley T. et al.* Effects of inhaled steroids (Budesonide) on acute and chronic lung function in heart-lung transplant patients. *Transplant Proceedings* 1995; 27: 1284–1285.
 35. *Terajima M., Yamaya M., Sekizawa K. et al.* Rhinovirus infection of primary cultures of human tracheal epithelium: role of ICAM-1 and IL-1beta. *Am. J. Physiol.* 1997; 273: L749–L759.
 36. *Thompson W.H., Nielson C.P., Carvalho P. et al.* Controlled trial of oral prednisone in outpatients with acute COPD exacerbation. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1996; 154: 407–412.
 37. *Wedzicha J.A.* Oral corticosteroids for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2000; 55 (suppl.1): S23–S27.
 38. *Wilson A.M., McFarlane L.C., Lipworth B.J.* Systemic bioactivity profiles of oral prednisolone and nebulized budesonide in adult asthmatics. *Chest* 1998; 114: 1022–1029.
 39. *Wood-Baker R., Walters E.H., Gibson P.* Oral corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*. Oxford, UK: Update Software; 2002; issue 2.

Поступила 25.07.03

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2003

УДК 616.248-07

А.Г.Чучалин¹, А.С.Белевский¹, И.В.Смоленов², Н.А.Смирнов², Я.Г.Алексеева²

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

¹ НИИ пульмонологии Минздрава РФ;

² Волгоградский государственный медицинский университет

QUALITY OF LIFE OF ASTHMA PATIENTS IN RUSSIA: RESULTS
OF MULTI-CENTER POPULATION STUDY

A.G.Chuchalin, A.S.Belevsky, I.V.Smolenov, N.A.Smirnov, Ya.G.Alexeeva

Summary

The aim of this study was to evaluate the quality of life in Russian men (population-based study) and in bronchial asthma patients. This project involved 3,500 people aged 18 to 74 yrs from 22 regions of Russia. The following groups were formed: 1,500 randomized inhabitants from 22 cities, 1,050 well-controlled asthma patients (according to the Bateria's criteria) and 1,050 poor-controlled asthma patients. The Russian version of MOS SF-36 questionnaire was used.

The population-based standards of the quality of life were established. Most parameters of the quality of life in mild asthma patients were increased compared to the standards. The moderate asthma patients showed decreased physical health status and social activity. The severe asthma patients demonstrated significantly altered physical and psychosocial health status.

Резюме

Целью данной работы явилась оценка качества жизни у мужчин (популяционное исследование) и больных бронхиальной астмой в России. В исследовании участвовали 3500 человек в возрасте от 18 до 74 лет из 22 регионов России. Были выделены следующие группы: 1500 жителей из 22 городов, 1050 больных хорошо контролируемой бронхиальной астмой (критерии Батермана) и 1050 больных плохо контролируемой астмой. Использовалась русская версия опросника SF-36.

В результате популяционного исследования были определены нормальные показатели качества жизни. По сравнению с ними у больных легкой бронхиальной астмой большинство параметров качества жизни были повышены, у больных среднетяжелой астмой были снижены показатели физического здоровья и социальной активности, у больных тяжелой астмой были значительно изменены показатели физического и психосоциального здоровья.

За последнее 10-летие во всем мире существенно возросла исследовательская активность в области изучения качества жизни больных, как одного из важнейших показателей эффективности здравоохранения [1,2]. Многие международные и отечественные нормативные документы, касающиеся диагностики, профилактики и лечения заболеваний, указывают на необходимость подобных исследований с целью повышения качества оказания медицинской помощи населению [3,4]. Не являются исключением и такие документы, как программа "Бронхиальная астма. Глобальная стратегия" [5] и руководство для врачей России "Бронхиальная астма. Формулярная система".

Бронхиальная астма и другие хронические заболевания, склонные к прогрессированию и протекающие с обострениями, приводят к стойкому ограничению всех аспектов (физических, психических, социальных) нормальной жизни человека. При этом исчезновение (ослабление) симптоматики и нормализация клинико-лабораторных показателей является лишь одной из задач, стоящих перед врачом. Целью лечения заболевания следует считать повышение качества жизни больного человека на фоне положительной клинической динамики.

Качество жизни (КЖ) — интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению. ВОЗ рекомендует определять КЖ как субъективное соотношение положения индивидуума в жизни общества с учетом культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства [6]. Другими словами, КЖ — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Решение проблемы улучшения КЖ конкретного больного с бронхиальной астмой возможно лишь при:

- наличии валидного, доступного, удобного для заполнения и интерпретации инструмента для изучения КЖ;

- наличии российских популяционных норм КЖ, без которых интерпретация результатов, полученных при тех или иных нозологических формах, является проблематичной;
- выявлении факторов, определяющих изменение КЖ при бронхиальной астме;
- определении возможностей медикаментозной и немедикаментозной терапии в отношении нормализации/улучшения КЖ.

Несмотря на то что в России исследования КЖ больных ведутся на протяжении последнего 10-летия, до настоящего времени не определены популяционные нормы КЖ, не стратифицированы факторы, оказывающие влияние на КЖ больных астмой, ограничены и противоречивы данные о влиянии различных фармакотерапевтических режимов на этот показатель у пациентов.

Для получения достоверной и современной информации относительно влияния бронхиальной астмы на КЖ потребовалось проведение широкомасштабного исследования в различных регионах страны, основанного на стандартной методике и проведенного в единый социально-экономический период жизни общества. Это и послужило поводом для создания и реализации проекта ИКАР (исследование качества жизни в России).

Данный проект ставил две основные цели: определить среднепопуляционные значения показателей КЖ лиц, проживающих в Российской Федерации, а также изучить влияния бронхиальной астмы на КЖ больных.

Субъекты исследования и методы

Исследование проводилось в 22 регионах РФ: Барнауле (координатор исследования *Т.И.Мартыненко*), Волгограде (*И.В.Смоленов, Н.А.Сосонная*), Екатеринбурге (*И.В.Лещенко*), Иркутске (*Б.А.Черняк*), Казани (*Р.С.Фассахов*), Краснодаре (*В.И.Гельвих*), Красноярске (*И.В.Демко*), Липецке (*Г.Г.Прозорова*), Москве (*А.Л.Верткин, Ю.К.Дмитриев, Н.И.Ильина, Н.И.Коккина*), Московской области (*Н.И.Косякова*,

Н.С.Татаурщикова), Мурманске (А.А.Тарковская), Нижнем Новгороде (И.С.Добротина), Новосибирске (Л.П.Короленко), Ростове-на-Дону (Е.Н.Гайдар, Л.Д.Евтуева, Л.И.Паничкина), Самаре (А.В.Жестков), Санкт-Петербурге (В.А.Игнатьев, В.И.Трофимов), Саратове (Н.Г.Астафьева), Смоленске (А.А.Пунин), Ставрополе (С.Г.Кечеджиева), Томске (Л.М.Волкова), Уфе (Ш.З.Загидуллин), Ярославле (Ш.Х.Палютин).

В каждом регионе были выбраны 2 когорты респондентов: жителей данного региона, отобранных случайным методом, а также больных астмой с контролируемым и неконтролируемым течением заболевания (по критериям *E. Bateman* [7]). Формирование выборок проводилось таким образом, чтобы половозрастная структура данных когорт была идентична и не отличалась от таковой, характерной для российской популяции в целом (рис.1). Определение объема и структуры выборки проводилось сотрудниками кафедры социологии Московского государственного университета (руководители проекта — профессора Ю.П.Аверин и Г.Н.Батулин).

Всего в исследование предполагалось включить 3600 респондентов в возрасте от 18 до 74 лет включительно (1500 человек в группу "популяционная норма", по 1050 человек в группы с контролируемым и неконтролируемым течением астмы).

Наличие у больного бронхиальной астмы должно было быть подтверждено инструментально (снижение $ОФВ_1 < 80\%$ от должных значений, прирост $ОФВ_1 > 12\%$ при проведении пробы с β -агонистом). В исследование не включали пациентов, имеющих острые заболевания и обострение астмы на момент анкетирования, а также больных, находившихся на стационарном лечении в течение последних 4 нед. У респондентов могли быть сопутствующие хронические заболевания вне обострения (если они не требовали увеличения объема проводимой терапии в течение 4 нед, предшествовавших анкетированию).

К группе пациентов с хорошо контролируемой астмой были отнесены больные, получавшие регу-

лярную противовоспалительную терапию на протяжении предшествующих 3 мес и достигшие следующих критериев:

- частота симптомов астмы ≤ 2 дней в неделю;
- частота использования короткодействующих бронхолитиков для купирования симптомов астмы — ≤ 2 дней в неделю (максимум 4 применения в неделю);
- отсутствие ночных пробуждений вследствие бронхиальной астмы;
- отсутствие обострений астмы;
- отсутствие неотложных визитов к врачу из-за астмы;
- отсутствие нежелательных явлений, вызванных противоастматическими препаратами.

К группе пациентов с неконтролируемой астмой были отнесены больные, которые обратились за медицинской помощью вследствие неэффективности/отсутствия ранее проводимого лечения астмы, и не соответствующие хотя бы одному из критериев хорошо контролируемой астмы.

Исследование КЖ проводилось с использованием общего "Краткого вопросника оценки статуса здоровья", являющегося официальным русскоязычным аналогом инструмента *MOS-SF-36* [8]. На основании результатов анкетирования проводился расчет 5 показателей, характеризующих физический статус респондента (физическая активность, роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, боль, общее здоровье, жизнеспособность) и 5 параметров, отражающих его психосоциальный статус (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, социальная активность, психическое здоровье, общее здоровье и жизнеспособность). Два последних показателя определяются как физическим, так и психическим статусом человека.

Статистическая обработка проводилась с использованием статистического пакета *SPSS for Windows v. 11.5* (*SPSS Inc.*, 1989–2002). Значимые изменения в показателях КЖ оценивались с использованием однофакторного дисперсионного анализа. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В исследование был включен 2051 больной с бронхиальной астмой (97,7% от запланированного объема выборки) и 1495 человек, отнесенных к группе "популяционная норма" (99,7%). Среди лиц, включенных в исследование, преобладали женщины (53,6%), на долю респондентов 18–24 лет приходилось 13,9%, 25–34 лет — 19,2%, 35–44 лет — 24,1%, 45–54 лет — 18,5%, 55–64 лет — 13,7%, 65–74 лет — 10,6%.

В Центральном регионе РФ (Москва, Липецк, Смоленск, Ярославль) было включено 15,7% респондентов, в Северо-Западном (Санкт-Петербург, Мурманск) — 18,8%, в Поволжье (Казань, Нижний Новгород, Самара, Саратов, Уфа) — 23,8%, в Сибири (Барнаул, Иркутск, Красноярск, Новосибирск, Томск) — 20%, на Урале (Екатеринбург) — 7,5%, на Юге



Рис. 1. Половозрастная структура больных астмой ($n=2100$), включенных в исследование.

России (Волгоград, Краснодар, Ростов-на-Дону, Ставрополь) — 14,2%.

Сформированные группы практически не различались по уровню профессиональной занятости. На момент анкетирования имели постоянную работу 68,8% лиц из группы "популяционная норма" и 71,7% больных астмой.

Выявлены определенные различия в уровне образования. Так, среди больных астмой существенно больше респондентов имели высшее образование по сравнению с популяционной группой (41% против 33,1%). Число респондентов со средним специальным/неполным высшим образованием в обеих группах не различалось (37,3 и 38,3%).

Среди больных астмой, включенных в исследование, 65,2% состояли в браке (в группе "популяционная норма" 60%), 8,5% (10,6%) были разведены, 18,3% (19%) — холосты/не замужем, 8% (10,4%) — вдовы/вдовцы.

Полученные путем анкетирования данные об уровне доходов свидетельствовали о более высоком благосостоянии пациентов с астмой. Так, низкий доход (менее 1000 руб. в месяц на 1 члена семьи) имели 24,3% лиц из группы "популяционная норма" и только 13,1% больных астмой. Уровень дохода 1001–5000 руб. в месяц был зарегистрирован у 67,7 и 63% респондентов соответственно. Высокий уровень доходов (более 5000 руб. в месяц) отмечался у 4,8% респондентов из группы "популяционная норма" и 12,3% больных астмой.

Среди больных астмой тяжелое течение заболевания отмечалось у 19,9% (мужчины — 17,5%, женщины — 22%), среднетяжелое — у 59,2% (60,8 и 57,7%), легкое — у 20,9% (21,7 и 20,3%). Среди больных с легким течением астмы преобладали пациенты с контролируемым заболеванием (рис.2). Соотношение между "контролируемой" и "неконтролируемой" астмой при среднетяжелом течении болезни было близким к 50/50. Процент больных с тяжелой астмой увеличивался с возрастом, при этом во всех



Рис.2. Распределение больных (в %) по тяжести заболевания и уровню контроля над астмой.

возрастных группах преобладали пациенты с неконтролируемым течением болезни.

Наличие сопутствующих хронических заболеваний изучалось с использованием перечня, приведенного в оригинальной версии вопросника *MOS-SF-36* [8]. Сочетанная хроническая патология (2 заболевания и более, требующих регулярной или периодической медикаментозной терапии) отмечалась у 32,6% больных астмой, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 7,9%, гипертоническая болезнь — у 6%, заболевания кожи — у 2,15%, болезни почек и мочевыводящих путей — у 2,1%, заболевания костей и суставов — у 2,1%, ишемическая болезнь сердца — у 1,9%, другие заболевания — у 10,5%. Сопутствующие заболевания отсутствовали у 34,8% пациентов с астмой.

Подавляющее число (65,6%) пациентов с астмой наблюдалось врачами-специалистами (аллергологом или пульмонологом), 34,4% больных — участковыми терапевтами, 4,5% не находились на диспансерном учете на момент включения в исследование.

Большинство (90,7%) пациентов получали базисную противовоспалительную терапию в течение 3 мес, предшествовавших исследованию. При этом 37,3% принимали ингаляционные кортикостероиды, 23,3% — комбинированную противовоспалительную терапию (преимущественно комбинацию ингаляционных кортикостероидов с β -агонистами длительного действия), 16,5% — мембраностабилизирующие средства, 10,6% — системные кортикостероиды, 3% — другие препараты.

Полученные среднепопуляционные значения показателей КЖ имели существенные различия по сравнению с аналогичными параметрами, характерными для США [8]. В целом российские среднепопуляционные показатели КЖ были на 10–20% ниже по сравнению с референтными значениями, полученными у жителей США (табл.1). Наибольшие различия касались таких параметров, как "роль эмоциональных проблем (РЭ) в ограничении жизнедеятельности", "роль физических проблем (РФ) в ограничении жизнедеятельности" и "общее здоровье" (ОЗ). При этом нужно отметить, что вообще существуют значительные различия между среднепопуляционными значениями, характерными для разных стран [9,10]. Наиболее высокие значения были получены в скандинавских странах (Дании, Норвегии), США, странах Западной Европы. Существенно более низкие среднепопуляционные значения характерны для стран Центральной и Восточной Европы (Румынии, Хорватии). В целом российские значения соответствуют таковым, характерным для Восточной Европы [9,10]. Незначительные различия касаются значений показателей "роль физических/эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности". Это может быть объяснено использованием чрезмерно сложных для понимания лингвистических конструкций в авторизованной русскоязычной версии вопросника ("Случалось ли Вам за последние 4 нед испытывать за-

Таблица 1

Среднепопуляционные значения показателей КЖ в разных странах (вопросник MOS-SF-36), средние значения

Страна	ФА	РФ	ОЗ	Ж	РЭ	ПЗ
США	84,15	80,96	71,95	60,86	81,26	74,74
Дания	89,25	84,25	74,95	70,35	87,33	78,12
Франция	86,7	83,5	68,8	61,05	83,66	69,0
Германия	84,0	81,25	64,9	62,05	83,33	72,88
Италия	89,4	82,75	67,75	64,65	79,0	69,0
Нидерланды	83,7	76,5	69,7	68,95	82,33	76,96
Норвегия	88,4	79,25	76,25	60,35	82,33	79,12
Испания	89,5	86,5	70,55	68,8	89,66	74,12
Великобритания	83,95	80,75	70,3	63,55	87,66	77,16
Хорватия	69,94	63,01	53,40	51,85	72,42	61,71
Россия	75,9	59,7	55,4	54,5	60,7	58,6

Примечание. Здесь и в табл.2-5: ФА — физическая активность, РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, Б — боль, ОЗ — общее здоровье, Ж — жизнеспособность, РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, СА — социальная активность, ПЗ — психическое здоровье.

труднения в выполнении своих профессиональных обязанностей или другой повседневной деятельности из-за своего физического состояния, вследствие чего пришлось сократить количество времени, затрачиваемого обычно на работу или другие дела?"

Об адекватности полученных среднепопуляционных значений свидетельствует также снижение величин показателей КЖ с возрастом. Аналогичная тенденция отмечалась также в американской популяции [8]. При этом различия в абсолютных величинах показателей КЖ между двумя выборками больных сохраняются и при изменении возраста респондентов.

При анализе среднепопуляционных значений КЖ, полученных в различных регионах РФ, существен-

ные различия отсутствовали (табл.2). Несколько более низкие значения были характерны для Поволжья и Юга России, более высокие — для Урала и Северо-Запада (достоверные различия между показателями КЖ выявлены только при сравнении 2 регионов — Поволжья и Северо-Запада).

Полученные результаты свидетельствуют о возможности корректной интерпретации параметров КЖ, полученных при различных нозологических формах, только при использовании национальных популяционных нормативных значений.

Изучение КЖ больных астмой выявило значительные отклонения большинства параметров от среднепопуляционных значений. Так, при анализе физического статуса установлено, что ограничение физических

Таблица 2

Качество жизни больных астмой в различных регионах РФ (среднее±ошибка среднего)

Регион	ФА	РФ	Б	ОЗ	Ж	СА	РЭ	ПЗ
Сибирь	63,95±1,15	55,11±1,96	70,81±1,36	49,01±0,92	52,18±0,99	70,88±1,13	63,70±1,92	59,13±0,91
Урал	63,17±1,82	60,42±3,32	77,44±2,22	50,16±1,60	56,19±1,95	78,29±2,04	69,87±3,30	61,79±1,80
Юг	61,86±1,37	49,15±2,39	70,82±1,76	48,18±1,21	48,93±1,30	66,19±1,52	58,31±2,38	55,28±1,14
Поволжье	60,91±1,08	51,60±1,79	66,64±1,26	43,47±0,92	48,47±0,92	65,80±1,12	58,87±1,86	54,40±0,84
Северо-Запад	67,76±1,23*	65,50±1,93*	78,49±1,34*	57,45±1,02*	60,91±1,04*	75,29±1,24*	77,30 ±1,88*	65,67±0,96*
Центр	66,48±1,25	52,41±2,21	71,77±1,56	49,47±1,02	51,23±1,14	68,01±1,35	64,80±2,25	57,66±1,12

* $p < 0,001$ между регионами "Поволжье" и "Северо-Запад".

возможностей пациентов с астмой детерминировано степенью тяжести заболевания и возрастом.

Так, при анкетировании больных с легкой степенью астмы моложе 35 лет обнаружено достоверное снижение 2 показателей, характеризующих физический статус респондента: "физическая активность" (ФА) (объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен состоянием здоровья) и "общее здоровье" (оценка общего состояния здоровья респондентом на момент опроса). Значения показателя "жизнеспособность" (Ж) (оценка общего состояния жизненного тонуса респондентом за последние 4 нед) не отличалось от среднепопуляционных значений. При этом больные испытывали достоверно меньше болевых ощущений, а также ограничений в своей повседневной деятельности из-за проблем с физическим здоровьем. Об этом свидетельствуют более высокие по сравнению с "популяционной нормой" значения показателей КЖ "боль" (Б) и "роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности".

В возрастной группе 35–44 года значения показателей "физическая активность" и "общее здоровье" у пациентов с легкой степенью астмы достигли среднепопуляционных значений. У больных старше 45 лет значения всех показателей КЖ, отражающих физический статус, выше, чем в группе "популяционная норма".

Для больных со среднетяжелой астмой в возрасте до 45 лет было характерно снижение объема повседневной физической активности (показатель "физическая активность") и обычной деятельности из-за проблем с физическим здоровьем (показатель "роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности"). Кроме того, у этой группы больных была снижена оценка собственного здоровья (показатель "общее здоровье") и жизненного тонуса (показатель "жизнеспособность"). В возрастной группе 45–54 года данные показатели КЖ приближались к среднепопуляционным значениям ("физическая активность" в 55–64 года).

В старшей возрастной группе (старше 55 лет) большинство показателей, отражающих физический статус больных со среднетяжелой астмой, превосходили среднепопуляционные значения.

Шкала "боль", отражающая субъективные болевые ощущения, которые испытывал респондент за последние 4 нед, у пациентов со среднетяжелой астмой моложе 35 лет не отличалась от среднепопуляционных значений, а в более старшей возрастной группе — превосходило их.

Для больных с тяжелым течением астмы были характерны наиболее низкие значения всех показателей, характеризующие физический статус. При этом с возрастом происходило прогрессивное ограничение способностей больных выполнять физическую нагрузку. Лишь показатель "боль" у больных старше 44 лет находился на уровне среднепопуляционных значений.

При оценке психосоциального статуса больных астмой установлено, что при легком течении заболе-

вания эмоциональное состояние респондентов в меньшей степени ограничивало их повседневную активность, чем у лиц, вошедших в группу "популяционная норма". Для больных с легкой астмой независимо от возраста были характерны более высокие значения показателей "социальная активность" и "психическое здоровье", т.е. для этих пациентов нетипичным было наличие тревоги и депрессии, больные чаще ощущали себя бодрыми и полными сил. Это подтверждается также высокими значениями шкалы "жизнеспособность", особенно у лиц старше 35 лет. Сам факт наличия болезни скорее способствовал, нежели препятствовал, развитию нормальных социальных взаимоотношений у этой группы пациентов — общению с членами семьи, друзьями, коллегами.

Состояние психосоциального статуса пациентов со среднетяжелой астмой в значительной степени определялось их возрастом. Так, у больных до 45 лет показатели "психическое здоровье" и "роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности" не отличались от среднепопуляционных значений, при этом социальная активность пациентов была снижена. О значимом снижении психосоциального функционирования данной группы пациентов косвенно свидетельствует и снижение таких показателей, как "жизнеспособность" и "общее здоровье". У пациентов старше 45 лет все показатели КЖ, прямо или косвенно характеризующие психосоциальный статус ("социальная активность", "психическое здоровье", "роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности", "жизнеспособность" и "общее здоровье"), достоверно превосходили среднепопуляционные нормативы.

Для больных с тяжелым течением астмы было характерно достоверное и значительное снижение всех показателей, характеризующих психосоциальный статус. При этом наиболее низкие значения были характерны для таких показателей, как "жизнеспособность" и "общее здоровье".

Для больных астмой характерно менее значительное снижение с возрастом показателей, отражающих психосоциальный статус, чем в группе "популяционная норма".

В целом можно сказать, что легкое течение бронхиальной астмы оказывает некоторое негативное влияние на КЖ больных лишь молодого возраста (до 35 лет), приводя к умеренному снижению их физической активности и показателя "общее здоровье". При этом параметры, отражающие психосоциальный статус, превосходят среднепопуляционные значения.

У больных с легкой астмой старше 45 лет все показатели КЖ достоверно выше, чем среднепопуляционные значения. Безусловно, более высокое КЖ больных легкой астмой требует осмысления. Возможными гипотезами, объясняющими подобные различия, могут быть:

- некоторые различия в социальной структуре в двух группах респондентов. Среди больных с легкой астмой значительно больше лиц с высшим

образованием (43,6% против 33% в группе "популяционная норма"), имеющих постоянную работу (86 и 69,1% соответственно) и более высокий уровень доходов;

- различия в структуре сопутствующих заболеваний. 59,7% больных с легкой астмой моложе 45 лет не имели сопутствующих заболеваний (49,6% со среднетяжелой и 4,1% с тяжелой). В группе больных от 45 до 59 лет сопутствующие заболевания отсутствовали у 35,4, 19,9 и 12,1% больных с легкой, среднетяжелой и тяжелой астмой соответственно. И наконец, в группе пожилых больных (60 лет и старше) с легким течением астмы отсутствие сопутствующих заболеваний также было зарегистрировано чаще (27,3%), чем при среднетяжелой (6,9%) и тяжелой (4,2%) астме. Однако для подтверждения гипотезы "если легкая астма является ведущей медицинской проблемой, то сопутствующие заболевания отсутствуют или мало значимы", недостаточно данных о распространенности хронических заболеваний в популяции;
- преобладание больных с контролируемым течением болезни среди пациентов с легкой астмой. Соотношение "контролируемая / неконтролируемая" астма в возрастной группе от 18 до 24 лет составляет — 5,4/1, 35–44 года — 10,1/1, 65–74 года — 19/1. При этом необходимо заметить, что для контролируемого течения астмы вообще характерны более высокие показатели КЖ, чем для популяции в целом (рис.3). Возможно, исчезновение ограничений, длительно накладываемых заболеванием на повседневную жизнь больных астмой, приводит к более яркому осознанию вновь открывшихся возможностей в физической и психосоциальной сфере. При этом неясно, насколько длительно сохраняются эти более высокие по сравнению со среднепопуляционными показатели КЖ. Среднетяжелая астма накладывает безусловные ограничения на физическое функционирование больных моложе 45 лет, что подтверждается снижением большинства показателей, характеризующих физический статус (физической активности, роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, об-



Рис.3. Влияние степени контроля над астмой на КЖ больных.

* $p < 0,001$ по отношению к популяционной норме.

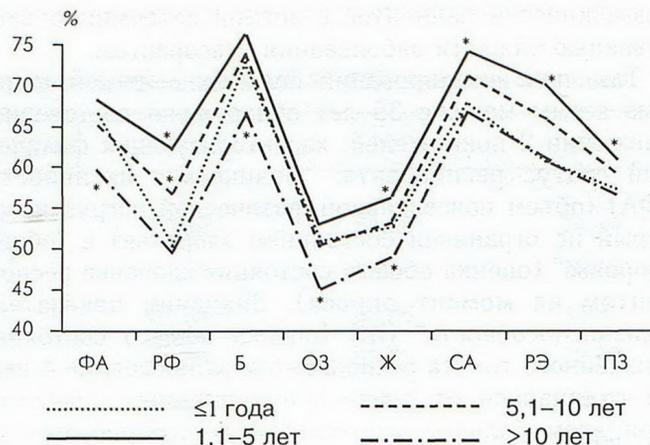


Рис.4. Влияние длительности заболевания астмой на КЖ больных.

* $p < 0,001$ по отношению к группе с длительностью астмы <1 года.

щего здоровья и жизнеспособности). Ограничения, накладываемые состоянием физического здоровья, приводят к значимому снижению социальной активности больных. При этом другие показатели, отражающие психосоциальный статус (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье) находятся на уровне среднепопуляционных значений. У пациентов 45–54 лет показатели приближаются к таковым, характерным для группы "популяционная норма" (за исключением показателя "физическое здоровье", который сохраняется на более низком уровне до возраста 65 лет). У пожилых пациентов со среднетяжелой астмой большинство показателей КЖ превосходят среднепопуляционные значения.

Причины более высокого КЖ пожилых пациентов с бронхиальной астмой могут быть объяснены определенными различиями в социальной структуре групп. Так, среди больных со среднетяжелой астмой старше 45 лет 48,2% имели высшее образование, в группе "популяционная норма" — 34,2%. Уровень доходов более 5000 руб. в месяц на 1 члена семьи декларировали 10,7% больных астмой и 0,8% слу-

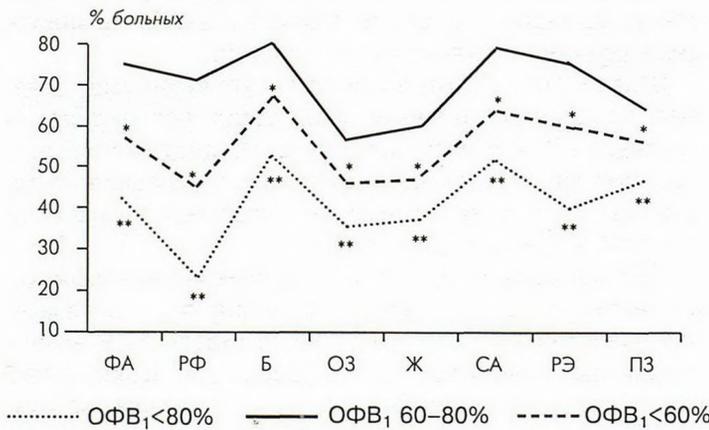


Рис.5. Влияние показателей легочной функции (ОФВ₁) на КЖ больных астмой.

* — $p < 0,001$ по отношению к ОФВ₁ >80%; ** — $p < 0,001$ по отношению к ОФВ₁ 60–80%; $p < 0,001$ по отношению к ОФВ₁ <60%.

чайно отобранных респондентов. Кроме того, с возрастом изменялось и соотношение контролируемой и неконтролируемой астмы внутри группы больных со среднетяжелым течением болезни (18–24 года — 0,53, 45–54 года — 1,09, 65–74 года — 1,12).

Тяжелая астма оказывает выраженное негативное влияние на физические и психосоциальные компоненты КЖ, при этом наибольшие отклонения от среднепопуляционных значений зарегистрированы для показателей "физическая активность" и "роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности"

Если ставить задачу нормализации КЖ больных астмой, то мониторинг параметров КЖ безусловно необходим для пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания. В последней группе больных наибольшую информативность имеют показатели, характеризующие физический статус и социальное функционирование. Мониторинг КЖ у больных с легким течением астмы, безусловно, интересен, но, вероятно, не имеет большого клинического значения.

Одной из задач исследования было выявлении факторов, определяющих изменение КЖ при бронхиальной астме. Установлено, что на КЖ больных оказывают влияние следующие факторы:

- длительность заболевания. У больных с недавно выявленной астмой (давность симптомов менее 1 года) отмечается выраженное снижение всех показателей КЖ, что более выражено для параметров, характеризующих психосоциальный статус. У больных с длительностью симптомов астмы от 1 до 5 лет все показатели, отражающие психосоциальный статус (социальная активность, психическое здоровье, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, жизнеспособность, общее здоровье), были достоверно выше, чем в предыдущей группе. Имеется тенденция к увеличению показателей физического статуса, но достоверное возрастание было зарегистрировано только в отношении одного из них — "роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности". У больных с давностью астмы 5–10 лет показатели КЖ снижались, при этом до-

стоверные различия с группой "недавно выявленной" астмы отсутствовали. И наконец, у больных с давностью заболевания более 10 лет были получены наиболее низкие значения всех параметров КЖ (рис.4). Впрочем в этой группе больных был наибольший процент лиц с тяжелым течением болезни;

- показатель ОФВ₁. Установлена четкая связь между величиной ОФВ₁ и показателями КЖ, отражающими физический и психосоциальный статус респондентов (рис.5). При этом наиболее высокие значения параметров КЖ получены у лиц с ОФВ₁ >80%, наиболее низкие — при ОФВ₁ <60%;
- число пачко-лет. Некоторое возрастание показателей КЖ "физическая активность", "социальная активность", "роль эмоциональных/физических проблем в ограничении жизнедеятельности" зарегистрировано у лиц, имеющих небольшой стаж курения (до 5 пачко-лет) и экскурльщиков. Достоверное снижение всех показателей КЖ было зарегистрировано у больных, имеющих стаж курения более 20 пачко-лет (табл.3).
- характер проводимой противовоспалительной терапии. Установлено, что КЖ больных имеет существенные различия в зависимости от наличия и характера проводимой противовоспалительной терапии. Так, при среднетяжелой астме достоверно более высокие значения показателей "роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности", "роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности", "социальная активность", "психическое здоровье", "жизнеспособность" получены у больных, получавших базисную терапию (кромогликат натрия и ингаляционные кортикостероиды). Наиболее высокие значения всех показателей КЖ зарегистрированы у больных, получавших комбинированную терапию ингаляционными кортикостероидами и β-агонистами длительного действия (табл.4). При тяжелой астме достоверное возрастание показателей КЖ (по отношению к группе "отсутствие противовоспалительной терапии") зарегистрировано только у

Таблица 3

Влияние индекса курения на качество жизни больных с астмой (среднее±ошибка среднего)

Показатель	ФА	РФ	Б	ОЗ	Ж	СА	РЭ	ПЗ
Не курит	63,44±0,60	55,29±1,01	71,58±0,71	49,41±0,51	52,71±0,54	69,64±0,63	64,90±1,01	58,48±0,49
Курил ранее	69,18±1,66	61,11±2,89	73,30±2,01	49,65±1,52	52,89±1,52	74,12±1,80	69,98±2,84	59,27±1,41
Менее								
5 пачко-лет	71,53±2,76	58,05±5,04	73,56±3,46	49,36±2,71	53,31±2,74	69,28±3,25	66,10±5,00	60,75±2,69
5–20 пачко-лет	65,08±1,72	54,40±2,90	75,08±2,02	51,03±1,49	54,23±1,67	70,88±1,81	64,29±3,10	60,62±1,59
Более								
20 пачко-лет	53,27±3,04*	42,73±5,01*	66,91±4,17*	42,93±2,32*	45,36±2,82*	65,68±3,39*	56,36±5,73*	55,27±2,64*

* p<0,01 по отношению к группе некурящих.

Качество жизни больных со среднетяжелой астмой: влияние базисной терапии (среднее±ошибка среднего)

Режим терапии	ФА	РФ	Б	ОЗ	Ж	СА	РЭ	ПЗ
Кромогликат натрия	63,30±2,16	47,07±3,74*	71,34±2,84	48,79±1,98	50,48±2,25*	67,55±2,78*	62,06±4,21*	57,91±2,10*
Беклометазон	65,20±1,20	53,01±2,31*	72,96±1,59	47,06±1,09	52,00±1,14*	69,10±1,46*	62,87±2,30*	58,07±1,09*
Будесонид	67,48±1,59	59,48±3,22*	74,94±2,11	49,75±1,42	54,22±1,44*	76,96±1,64*	70,59±2,98*	60,60±1,43*
Флутиказон	68,44±2,37	61,72±5,04*	75,81±3,34	52,59±2,53	55,86±2,64*	71,68±3,03*	65,10±4,78*	58,38±2,70*
Серетид	76,67±2,47**	79,17±4,61**	83,67±3,29**	56,22±2,69**	62,59±2,45**	83,10±2,94**	81,48±4,55**	65,63±2,30**
Отсутствие терапии	58,74±2,34	35,92±3,51	65,52±2,91	44,48±1,92	41,21±1,97	61,77±2,12	42,72±4,05	49,63±1,75

* $p < 0,01$ по отношению к группе "отсутствие терапии", ** $p < 0,001$.

Качество жизни больных с тяжелой астмой: влияние базисной терапии (среднее±ошибка среднего)

Режим терапии	ФА	РФ	Б	ОЗ	Ж	СА	РЭ	ПЗ
Беклометазон	52,29±3,66	31,25±5,44	62,63±4,37	36,92±2,98	40,63±3,29	57,29±3,62	38,89±5,47	51,50±2,97
Будесонид	53,50±4,84	28,75±5,52	62,40±5,84	36,45±3,31	33,75±3,57	53,75±3,96	33,33±8,38	47,80±3,98
ИГК + пролонгированный теофиллин	46,94±4,20	21,77±5,41	54,23±5,12	34,90±3,09	40,48±3,37	54,84±4,66	47,31±8,00	47,48±3,36
Флутиказон	52,64±3,51	31,94±5,51	59,92±4,88	39,22±3,18	45,14±3,57	54,86±3,35	42,59±6,85	52,11±3,42
Серетид	65,53±5,46*	61,84±9,04*	65,79±7,03*	55,11±4,36*	55,00±5,57*	75,66±5,01*	71,93±8,17*	61,47±4,79*
Отсутствие терапии	42,41±4,05	17,59±4,39	58,30±5,82	37,37±4,15	31,30±3,20	48,61±4,54	37,04±8,22	40,30±4,01

* $p < 0,001$ по отношению к группе "отсутствие терапии".

больных, получавших комбинированную терапию (табл.5). Однако для того чтобы доказать различия между режимами противовоспалительной терапии в отношении их влияния на КЖ больных, необходимо проведение рандомизированных контролируемых клинических исследований.

Таким образом, широкомасштабная апробация "Краткого вопросника оценки статуса здоровья"; определение среднепопуляционных значений КЖ лиц, проживающих в РФ, позволяют в дальнейшем решать прикладные задачи оптимизации терапии конкретного пациента с астмой.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bateman E.D., Bousquet J., Braunstein G.L.* Is overall asthma control being achieved? A hypothesis-generating study. *Eur. Respir. J.* 2001; 17 (4): 589–595.
2. *Bungay K.M., Ware J.E.* Measuring and monitoring health-related quality of life. *Current concepts.* Kalamazoo, MI: The Upjohn Company; 1993.
3. *de La Loge C., Mesrobian X.* Health related quality of life: A key driver of therapeutic value. *QoL Newsletter* 2002; 29: 4.
4. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Heart, Lung, and Blood Institute. National asthma education program. Expert panel report. 2002.
5. *Juniper E.F.* Quality-of-life considerations in the treatment of asthma. *PharmacoEconomics* 1995; 8 (2): 123–138.
6. *Mihaila V., Enachescu D., Davila C., Badulescu M.* General population norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36). *QoL Newsletter* 2001; 26: 17–18.
7. *Vuletic G., Babic-Banaszak A., Juresa V.* Health-Related Quality of Life (HRQL) assessment in the Croatian population using the SF-36. *Ibid.* 2002; 29: 7.
8. *Ware J.E.* SF-36 health survey. Manual and interpretation guide. Second printing. Boston, Massachusetts: The Health Institute. New England Medical Center; 1997.
9. What is quality of life? – 2000. – Vol.1, № 9. – P.1–6. (www.evidence-based-medicine.co.uk).
10. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. med.* 1995; 41: 1403–1409.