

Е.И.Шмелев, М.В.Беда, Paul W.Jones, Rob Thwaites, А.Г.Чучалин

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ

ЦНИИ туберкулеза РАМН, Москва; Медицинский отдел Glaxo Wellcome Россия; Division of Physiological Medicine, St. George's Hospital School, UK; Pharmacoeconomic Research of Glaxo Wellcome, UK; НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) — группа широко распространенных хронических заболеваний легких, объединенных признаком прогрессирующей необратимой обструкции дыхательных путей.

Наряду с традиционными методами оценки функции внешнего дыхания и лабораторных признаков активности воспаления, при ХОБЛ, как и при других хронических болезнях, необходимо исследование физического и психического здоровья, социальной активности, общего благосостояния и множества других показателей здоровья, а также влияния болезни и проводимого лечения на эти показатели. Качество жизни (КЖ) — показатель, интегрирующий большое число физических и психологических характеристик больного, отражающий способность больного адаптироваться к проявлениям болезни. Получение ответов на стандартные вопросы является эффективным методом оценки статуса здоровья. Тщательно выстроенные связи вопросов и ответов подсчитываются по методу суммирования рейтингов [3] и составляют основу современных анкет для оценки качества жизни. Цель настоящей статьи — информировать клиницистов о появлении адаптированной русскоязычной версии «Респираторной анкеты больницы Святого Георгия» (РАСГ) — инструмента исследования качества жизни пациентов с ХОБЛ.

В последние годы созданы международные (Европейский международный союз, 1995), и национальные (России, США, Австралия — 1995, Великобритания — 1997) стандарты по дефинициям, диагностике и лечению ХОБЛ. В этих документах подчеркивается важность улучшения качества жизни пациентов. Применяемые в повседневной работе пульмонолога методы оценки состояния больных ХОБЛ учитывают в большей степени состояние отдельных органов и систем. Например, объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁) — общепризнанный показатель выраженности бронхиальной обструкции. Можно до бесконечности перечислять тесты и их способность характеризовать состояние практически любого внутреннего органа при ХОБЛ. Но ни один из этих методов не может дать

интегральную оценку того, как ХОБЛ изменяет самочувствие и повседневную жизнь пациента, предполагающую все многообразие физической, эмоциональной, интеллектуальной и прочих сфер деятельности человека.

В Большой Медицинской Энциклопедии США сказано: «Качество жизни — степень удовлетворения человеческих потребностей» [8]. Что же такое КЖ и зачем его использовать в клинической практике? Впервые понятие КЖ появилось в медицинской литературе в 1969 г., когда был описан 90-летний пациент, наслаждавшийся празднованием своего дня рождения [1]. Первые данные по КЖ у больных опубликованы в 1975 году [10]. В настоящее время еще нет единой общепринятой формулировки понятия КЖ. КЖ можно определить как «... удовлетворенность от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием» [11], или как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием» [4].

Для определения КЖ используются специальные анкеты. Обычно в них содержатся вопросы о симптомах болезни, об их влиянии на активность пациента (физическую, эмоциональную, социальную и др.), а также об отношении больного к этим симптомам. Составление анкеты — сложный и деликатный процесс. Анкета должна отвечать следующим требованиям:

- 1) стандартизировано и подробно оценивать КЖ;
- 2) улавливать различия в состоянии уровня здоровья между разными пациентами;
- 3) определять и оценивать изменения в состоянии здоровья каждого пациента;
- 4) быть воспроизводимой;
- 5) помочь пациенту быть предельно откровенным при заполнении;
- 6) быть достоверной [2].

Важно понимать, что анкеты по КЖ не оценивают тяжесть заболевания. Они отражают то, как больной переносит свое заболевание. При длительно текущей болезни некоторые пациенты как бы привыкают к своему заболеванию и перестают обращать внимание на симптомы. У таких лиц можно даже отметить

повышение уровня КЖ, что не всегда означает регрессию заболевания [9].

В зависимости от цели исследования могут использоваться общие и специальные анкеты. Общие анкеты характеризуют состояние больного независимо от нозологической принадлежности. При различных болезнях их воспроизводимость и надежность разная. Эти анкеты позволяют сравнивать разные популяции больных при применении разных лечебных программ. Наиболее распространены следующие общие анкеты: "Профиль влияния болезни" (*Sickness Impact Profile*) из 136 вопросов; "Ноттингемский профиль здоровья" (*Nottingham Health Profile*) из 45 вопросов; "Краткий медицинский опросник" (*Medical Outcome Study SF-36*) с 36 вопросами. У всех этих анкет невысока чувствительность к изменениям здоровья при легкой и средней степени тяжести болезни, они не способны отражать результаты лечения. Эти анкеты более чувствительны к ухудшению, чем к улучшению состояния [5].

Специальные анкеты сфокусированы на оценку специфических проявлений болезни. Они разработаны для определенных групп заболеваний, что делает их более чувствительными. В настоящее время у пациентов с ХОБЛ используются несколько вариантов анкет. "Анкета хронических респираторных болезней" содержит 4 категории вопросов, характеризующих одышку, недомогание, эмоциональную сферу и ощущения контроля болезни.

"Респираторная анкета больницы Святого Георгия (РАСГ) — другой инструмент, используемый для оценки качества жизни при ХОБЛ, обладает хорошей воспроизводимостью и чувствительностью. Она уже переведена на 13 языков, адаптирована к соответствующим национальным условиям и широко внедряется в пульмонологической практике. РАСГ состоит из 76 вопросов. На ее заполнение больному требуется около 10—15 мин. Все вопросы анкеты разделены на две основные части. В первой представлено 8 вопросов, ответы на которые позволяют количественно оценить выраженность кашля, одышки, свистящего дыхания, частоты и продолжительности обострений, происшедших в течение последнего года. Вторая часть — состоит из 7 разделов. В первом — вопросы по оценке отношения больного к своей болезни и влияния болезни на его производственную деятельность. Второй раздел — вопросы о толерантности к физической нагрузке. Третий характеризует влияние кашля и одышки на самочувствие. Четвертый дает оценку отношения больного к основным симптомам болезни. Пятый характеризует отношение больного к лечению. Шестой и седьмой оценивают влияние болезни на повседневную физическую и эмоциональную активность.

Сумма баллов, подсчитанная при ответе на все вопросы, дает общую оценку состоянию здоровья пациента. Эта анкета обладает хорошими психометрическими свойствами, как в оригинальной форме на английском языке, так и в последующих переводных версиях [6,7].

До настоящего времени РАСГ не применялась в России. Только в декабре 1996 года началась работа

по адаптации РАСГ для применения в России. В ней принимал участие авторский коллектив настоящей статьи, консультанты — социолог А.В. Ольховский (Институт Управления) и А.Ю. Лапицкий (*Glaxo Wellcome*). Потребовалось почти 10 месяцев для того, чтобы пройти последовательные этапы создания русскоязычной версии:

- перевод анкеты на русский язык;
- модификация формулировок некоторых вопросов для того, чтобы максимально адаптировать документ к национальным условиям;
- перевод документа на английский язык переводчиком, который не был знаком с оригинальной версией на английском языке;
- обсуждение переведенной версии с группой авторов оригинального проекта, российскими специалистами и социологами.

После успешного прохождения всех этапов русскоязычная версия РАСГ была создана и одобрена к применению в качестве инструмента для оценки КЖ пациентов с ХОБЛ. Исследователи, которые хотели бы получить копию этого документа, могут обратиться к разработчикам русской версии, в частности в медицинский отдел представительства *Glaxo Wellcome* в России (117418, Россия, Москва, ул. Новочеремушкинская, 61) и профессору Е.И. Шмелеву (127018 Россия, Москва, ул. Двинцев, 6, больница № 11). Для получения разрешения на использование РАСГ, пожалуйста, обращайтесь к профессору *Paul Jones* (*Division of Physiological Medicine, St. George's Hospital Medical School, Granmer Terrace, London SW17 ORE, United Kingdom*).

В 1998 году в России будет проведено первое многоцентровое клиническое исследование с использованием русской версии РАСГ по оценке изменения качества жизни пациентов с ХОБЛ. В исследовании планируется оценить основные свойства адаптированного варианта РАСГ, а именно, воспроизводимость, чувствительность, корреляцию с основными клиническими симптомами болезни. Предварительные результаты исследования будут представлены на Российском Пульмонологическом Конгрессе в Москве осенью 1998 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Boncton K.P. Young's 90th birthday party // Arch. Environ. Health.— 1969.— Vol.18.— P.306.
2. Donner C.F., Carona M., Bertolotti G. Methods of assessment of quality of life // Eur. Respir. Rev.— 1977.— Vol.7, № 42.— P.43—45.
3. Guyatt G.H., Feeny D., Patrick D. Proceedings of the international conference on the measurement of quality of Life as an outcome in clinical trials: postscrip // Controll. Clin. Trials.— 1991.— Vol.12.— P.266—269.
4. Jones P.W. Quality of life measurement; the value of standartization // Eur. Respir. Rev.— 1997.— Vol.7, № 42.— P.46—49.
5. Jones P.W. Quality of life measurement for patients with diseases of the airways // Thorax.— 1991.— Vol.46.— P.676—682.
6. Jones P.W., Quirk F.H., Boreystock C.M., Littejohns P. A self-complete measure for chronic airflow limitation — the St. George's Respiratory Questionnaire // Am. Rev. Respir. Dis.— 1992.— Vol.145.— P.1321—1327.
7. Jones P.W., Bosh T.K. Quality of life changes in COPD patients treated with salmeterol // Am. J. Respir. Crit. Care Med.— 1997.— Vol.155.— P.1283—1289.

8. Quality of Life. Medical Encyclopedia.- Chicago: The World Book, 1995.— P.744.
9. Sherbourne C.D., Stewart A.L., Wells K.B. Role Functioning measures // Outcomes Study Approach.— Durham, NC: Duke University Press.— 1992.— P.205—208.
10. Stewart B.N., Hood C.I., Block A.J. Long-term results of continuous oxygen therapy at sea level // Chest.— 1975.— Vol.68.— P.486—492.

11. Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Am. J. Cardiol.— 1984.— Vol.54.— P.908—913.

Поступила 30.04.98.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1998

УДК 616.2-002-07:616.233-008.8-07

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ИНДУЦИРОВАННОЙ МОКРОТЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

С.Н.Авдеев, Э.Х.Анаев, А.Г.Чучалин

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

Исследование мокроты является одним из наиболее важных диагностических методов, используемых в клинике легочных заболеваний. Неоспоримым достоинством метода является относительная простота забора материала для исследования, отсутствие потребности в инвазивных вмешательствах. Изучение мокроты помогает получить информацию о возбудителях бронхолегочной инфекции и о природе и выраженности воспалительного процесса в дыхательных путях. К сожалению, мокроту не всегда удается получить спонтанно, и тогда приходится прибегать к бинвазивным процедурам — проведению бронхоскопии с забором материала для исследования при помощи бронхиальных смывов, бронхоальвеолярного лаважа, браш-биопсии, эндобронхиальной и трансbronхиальной биопсии.

Однако все эти процедуры довольно обременительны и неудобны для больного, не рекомендуются для выполнения у больных при обострении заболевания, при тяжелых функциональных нарушениях (выраженная бронхиальная обструкция, дыхательная недостаточность), могут спровоцировать обострение заболевания и не могут повторяться многократно. В таких случаях альтернативой данным методам может служить неинвазивный метод индуцированной мокроты, то есть получение мокроты после ингаляции 3—5% гипертонического раствора NaCl. При помощи «солевой индукции» удается получить мокроту в 76—100% случаев, в том числе даже у здоровых лиц [13,35].

Метод впервые был предложен для диагностики рака легких [4] и туберкулеза легких [60], а в 80-е гг. получил широкое применение для диагностики инфекции *Pneumocystis carinii* [37]. В настоящее время метод индуцированной мокроты широко используется для диагностики рака легких [29,53], туберкулеза [23,32,34], пневмоцистной пневмонии [6,11,28], цитомегаловирусной инфекции [19], токсоплазмоза [9], аспергиллеза [24], криптококкоза [30], а также для диагностики банальных бронхолегочных инфекций [17].

Кроме выявления инфекционных агентов, индуцированная мокрота (ИМ) может быть использована для изучения клеточных и неклеточных факторов воспаления (маркеров воспаления), содержащихся в дыхательных путях, и, т.о. служить для оценки интенсивности воспаления при острых и хронических заболеваниях легких (бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких и др.), их активности и тяжести [18,44,52,58].

Механизм повышения продукции мокроты после ингаляции гипертонического раствора не вполне ясен. Возможной причиной являются осмотический эффект — повышение притока жидкости в просвет дыхательных путей вследствие осмотического градиента, повышения сосудистой проницаемости [55], стимуляция секреторной активности слизистых желез. Может иметь место просто эффект повышения объема, однако этот механизм наименее вероятен, так как ингаляция изотонического раствора практически не индуцирует мокроту [43]. Также возможным механизмом индукции мокроты может быть стимуляция мукоцилиарного клиренса, что было продемонстрировано у больных с хроническим бронхитом и муковисцидозом [33,46].

Методика получения ИМ

В основе метода лежит ингаляция 3—5% гипертонического солевого раствора в течение 5—30 минут, во время или после которой пациент пытается откашлять мокроту. В последние годы данная методика была несколько усовершенствована и унифицирована. Наиболее признанным является метод, предложенный Pin и др. [35] в модификации Роров и др. [43].

До начала процедуры больной выполняет ингаляцию сальбутамола (200 мкг, 2 вдоха), премедикация β-агонистами особенно необходима для пациентов с бронхиальной астмой, так как это позволяет предотвратить бронхоконстрикцию во время ингаляции гипер-