

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1997

УДК 616.248-036.1-092

С.И.Овчаренко, А.Ш.Тхостов, М.Ю.Дробизhev, Э.Н.Ищенко, И.А.Бевз

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И СТРУКТУРА ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Кафедра внутренних болезней № 1 1-го лечебного факультета ММА им.И.М.Сеченова*

SPECIFICITY OF BRONCHIAL ASTHMA COURSE AND THE DISEASE INTERNAL STRUCTURE

S.I.Ovcharenko, A.Sh.Tkhostov, M.Yu.Drobizhev, E.N.Ishchenko, I.A.Bevz

Summary

The correlation between the bronchial asthma development specificity and the disease internal structure features is considered. The study was performed in cooperation with the department for boundary psychological pathology and psychosomatic disorders of the Research Institute for Clinical Psychiatry of the NTsPZ Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences.

49 women and 29 men aged from 21 to 65 were examined. All the patients had a verified diagnosis of the bronchial asthma. The disease duration was at least 1 year. The questionnaire contained a wide range of questions covering the peculiarities of a patient perception of his state, his attitude to the social significance of the disease consequences, changes in interpersonal relations resulting from a pathological process and others. The factor analysis of the poll was fulfilled. Five independent factors were distinguished. It is possible to interpret them as the main types (variants) of the disease internal structure. These factors were named as follows: hypernosognosia, ego-distennity, "possibility of concealment", "attribution of responsibility" and "shame". The specific features of bronchial asthma course is classified in three groups with due consideration to the disease internal structure. The first group includes symptoms of the disease corresponding to the impossibility of a self-control of an acute bronchial asthma course. The second groups includes persisting symptoms of the bronchial asthma. These symptoms show not the degree of the disease severity but progradientness of the somatic suffering. The third group combines the repelling (evident to everybody) disease indications. The integral assessment of the bronchial asthma severity excluding the index of the peak full expiration rate, does not evident of the correlation with the disease internal structure. It is possible to use the given differentiation of the bronchial asthma parameters for the forecast of the disease internal structure dynamics. Consequently psychotherapy is possible at a well-time in order to correct the patient's behavior and the disease perception and to optimize the cooperation between the physician and a patient.

Резюме

В данной статье изучаются взаимосвязи между особенностями течения бронхиальной астмы (БА) и спецификой внутренней картины болезни (ВКБ). Работа выполнена совместно с отделением пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН.

В исследование включались пациенты (49 жен., 29 муж.) в возрасте от 21 до 65 лет с верифицированным диагнозом БА и длительностью заболевания не менее 1 года. Проведен факторный анализ опросника реагирования на болезнь включающий широкий круг вопросов, охватывающих особенности восприятия пациентом своего состояния, отношение больного к лично значимым последствиям болезни, изменение межличностных взаимоотношений вследствие патологического процесса и т.д. Результатом явилось выделение 5 независимых измерений (факторов), которые могут быть интерпретированы как

* Работа выполнена в сотрудничестве с отделением пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН.

основные типы (варианты) ВКБ. Эти факторы названы: "гипернозогнозия", "эго-дистонность", "возможность утаивания", "атрибуция ответственности", "стыд". Особенности течения БА, обнаруживающие соответствие со структурой ВКБ, разделены на 3 группы. Первая группа включает проявления заболевания, корреспондирующие с невозможностью самостоятельно контролировать острые симптомы БА. Во второй группе оказались в основном персистирующие симптомы БА, отражающие не столько степень тяжести заболевания, сколько прогрессивность соматического страдания. Третья группа включает "отталкивающие" (заметные окружающим) проявления заболевания. Интегральная оценка степени тяжести БА, за исключением показателя пиковой скорости выдоха, не обнаруживают соответствий (взаимосвязей) с ВКБ. Представленная дифференциация параметров БА может использоваться для прогнозирования динамики ВКБ что в свою очередь делает возможным осуществление своевременного психотерапевтического вмешательства, направляемого на коррекцию отношения пациента к болезни и оптимизацию сотрудничества между врачом и пациентом.

В последние десятилетия наблюдается рост распространенности бронхиальной астмы (БА) и смертности от ее осложнений. Пристальное внимание к проблемам, связанным с БА, прослеживается в ряде международных докладов и соглашений, подготовленных за период с 1992 по 1996 год. Принципиально важным положением этих публикаций явилось признание того, что ведущим звеном патогенеза БА выступает хроническое и, как правило, персистирующее воспалительное повреждение дыхательных путей, а гиперреактивность бронхов, обструкция и связанные с ними клинические симптомы, в том числе приступы удушья, — следствие этого воспаления. Так, в ряде работ [3,13] было показано, что характерные воспалительные изменения в слизистой оболочке бронхов могут быть выявлены и при отсутствии клинических симптомов обострения. Соответственно больным БА должна проводиться постоянная противовоспалительная терапия (интал, тайлед, глюкокортикоиды, предпочтительно — ингаляционные формы), а ее отсутствие может рассматриваться как один из факторов неблагоприятного прогноза в течении заболевания [8]. Осуществление такого длительного лечения требует от больного сотрудничества с лечащим врачом. Вместе с тем в ряде исследований [1,4,5,10—12,15,16] показано, что степень сотрудничества существенным образом зависит от отношения пациента к собственному заболеванию. Для обозначения такого отношения предложен термин "внутренняя картина болезни" (ВКБ) [2,6]. Структура ВКБ определяется особенностями, связанными как с самим пациентом (конституциональные черты, личностный опыт, ситуационные влияния, социальные, демографические характеристики и т.д.), так и с течением БА [4,5,7,9,12,15,16].

К особенностям БА, влияющим на формирование ВКБ, традиционно относят степень тяжести (СТ) [1,4,7,9]. Вместе с тем в некоторых современных исследованиях наличие однозначного соответствия между СТ и спецификой ВКБ у больных БА подвергается сомнению [5,11].

Цель настоящего исследования — изучение взаимосвязей между особенностями течения БА (включая СТ) и спецификой ВКБ.

В исследование включали пациентов в возрасте от 21 до 65 лет, находившихся на лечении в Факультетской терапевтической клинике ММА им.И.М.Сеченова с сентября 1994 по июнь 1996 г. с верифицированным диагнозом БА, длительностью заболевания не

менее 1 года. Диагностика БА и оценка степени тяжести основывалась на общепринятых критериях, предложенных в совместном докладе Национального института Сердце, Легкие, Кровь (США) и Всемирной Организации Здравоохранения "Бронхиальная астма. Глобальная стратегия" [1].

Из выборки исключали лиц с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, реакция на которые могла исказить результаты исследования, а также больных с психической патологией — органическим психическим расстройством (F00-F09 по МКБ-10), шизофренией, шизотипическим и бредовыми расстройствами (F20-F29), психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19), умственной отсталостью (F70-F79), невротическими и соматоформными расстройствами.

Выборку составили 78 пациентов (49 женщин, 29 мужчин, средний возраст $45,8 \pm 11,3$ года).

Среди особенностей течения БА учитывались основные клинико-патогенетические варианты заболевания, принятые в России (атопическая БА и инфекционно-зависимая БА), СТ с учетом пиковой скорости выдоха (ПСВ), длительности заболевания (с момента возникновения его отчетливых клинических проявлений). При оценке состояния больного на момент поступления в стационар фиксировались особенности приступов БА, характер нарушения дыхания (преобладание удушья или его эквивалентов), время, за которое симптомы достигали максимальной выраженности (секунды, минуты, часы), длительность приступа (минуты, часы), наличие витального страха и/или панической атаки во время приступа (да, нет), обстоятельства купирования (прошел спонтанно, купировался больным самостоятельно при помощи ингаляционных β_2 -агонистов и/или холинолитиков, купировался с посторонней помощью посредством внутривенного введения эуфиллина и/или стероидных гормонов). Регистрировались триггеры (факторы, обостряющие течение астмы): аллергены, респираторные инфекции, физическая и эмоциональная нагрузка, погодные условия. Среди других клинических характеристик состояния учитывалось количество выделяемой мокроты (нет, меньше 20 мл в сутки, 20—50 мл, 50—100 мл, 100—200 мл), а также данные бронхоскопии (степень эндобронхита — первая, вторая, третья, наличие атрофического бронхита — есть/нет, количество сек-

рета — нет, мало, много). Регистрировались осложнения БА — дыхательная недостаточность (ДН — отсутствует, первая, вторая, третья степени), легочное сердце (есть, нет), перенесенный астматический статус (есть, нет), а также патогенетически связанные с БА заболевания. Среди них: хронический бронхит (продолжительность бронхита в годах, тяжесть — легкая, средняя, тяжелая; варианты — обструктивный, необструктивный, и формы — катаральный, катарально-гнойный, гнойный), аллергическая риносинусопатия (есть, нет), гайморит (есть, нет), кишечный дисбактериоз (есть, нет). Регистрировалась потребность больных в противовоспалительной терапии (интал, ингаляционные кортикостероиды, пероральные кортикостероиды).

Через неделю после поступления пациенты заполняли опросник реагирования на болезнь (ОРБ) [14]. ОРБ включает широкий круг вопросов, охватывающих особенности восприятия пациентом своего состояния, отношение больного к личностно значимым последствиям болезни, изменение межличностных взаимоотношений вследствие патологического процесса и т.д. Факторный анализ результатов опроса большой выборки пациентов позволяет выделить минимальное число независимых измерений (факторов), которые могут быть интерпретированы как основные типы (варианты) ВКБ.

Статистический анализ осуществлялся с помощью программ *Statistica for Windows* (StatSoft inc., 1993). Факторный анализ выполнялся методом главных компонент с последующим *Varimax* вращением. В качестве значимых для интерпретации (*factor loadings*) принимались факторные нагрузки $\geq 0,47$.

Для выявления взаимосвязи между вариантом ВКБ и параметрами (особенностями) БА, выраженными в виде бинарных (наличие/отсутствие параметра) и ранговых шкал (ранжированный параметр), сравнивались (по критерию Манна-Уитни для сравнения двух подгрупп и критерию Краскала-Уоллиса для сравнения трех и более подгрупп) факторные значения (*factor scores*) у больных с наличием и отсутствием или различными градациями той или иной особенности БА. Статистические достоверные отличия (значение $p < 0,05$) свидетельствуют о возможной связи рассматриваемой особенности БА с данным вариантом ВКБ. Для выявления взаимосвязи между вариантом ВКБ и параметрами БА, выраженными в виде количественных шкал, устанавливались корреляции (по ранговому коэффициенту корреляции Спирмена) между особенностями БА и факторными значениями (учитывались только значимые — $p < 0,05$ корреляции).

При факторном анализе ОРБ выявлено пять независимых факторов, названных: гипернозогнозия, эго-дистонность, возможность утаивания, атрибуция ответственности, стыд (см. табл.). Полученные факторы интерпретированы следующим образом.

В пределах фактора “гипернозогнозия” (преувеличение значимости соматического неблагополучия) болезнь воспринимается как катастрофа. Характерны переживания тревоги, страха, мучительное чувство стесненности и собственной беспомощности перед лицом соматического страдания. Психологическим смыслом данной реакции является “запрос” о помощи, поддержке со стороны.

В рамках фактора “эго-дистонность” болезнь воспринимается как очерченная проблема, вторгающаяся в привычную жизнь, но тем не менее допускающая возможность совладания (совладающего поведения). Последнее реализуется с активной (целенаправленное сопротивление болезни — “борьба”) либо в пассивной (отстранение, “бегство” от болезни) стратегии поведения. Психологическим смыслом такой реакции является попытка сохранить устойчивые жизненные стереотипы.

В пространстве фактора “возможность утаивания” болезнь воспринимается как внезапно возникшая угроза, еще не воплощенная в своих конкретных, необратимых проявлениях. Неоднозначность субъективной оценки ситуации допускает в качестве возможного и благоприятный вариант развития событий. Соответственно выражено стремление скрыть от окружающих само наличие заболевания. Психологический смысл такой реакции может быть интерпретирован как стремление “выиграть время”, отложить принятие каких-либо решений, сохраняя видимость благополучия.

Внутри фактора “стыд” конкретные проявления болезни воспринимаются как “уродство”, “постыдный изъян”. Характерно стремление замаскировать отталкивающие, обращающие на себя постороннее внимание симптомы соматического страдания, сделав их максимально незаметными для окружающих. Психологический смысл такой реакции заключается в сохранении эстетически привлекательного образа собственного Я.

В границах фактора “атрибуция ответственности” рассматривается возможность возникновения болезни вследствие собственных ошибочных поступков. Характерны поиск и последующее переосмысление тех аспектов поведения, которые могли оказаться патогенными. Психологический смысл такой реакции сводится к попытке выделить доступные для пациента проявления болезни, которыми он может манипулировать.

Статистически достоверные отличия по факторным значениям фактора “гипернозогнозия” выявлены при сравнении подгрупп больных по признаку панической атаки в структуре приступа (наличие и отсутствие признака $p = 0,0094$), различными обстоятельствами его купирования ($p = 0,044$), наличием и отсутствием триггеров (эмоциональная и физическая нагрузки, погодные условия: соответственно $p = 0,025$, $p = 0,031$, $p = 0,038$). Факторные значения были наибольшими, когда приступы БА сопровождалась панической атакой, купировались лишь с посторонней помощью (по-

Соотношение между особенностями течения БА и отрицательной модальностью факторов, например гипонозогнозий, выходит за рамки настоящего исследования.

Результаты факторного анализа ОРБ

Название фактора	Вопросы ОРБ	Факторные значения	Доля в общей дисперсии
Гипернозогнозия	Я боюсь своей болезни	0,78	0,14
	Болезнь как бы "побеждает" меня	0,76	
	Болезнь вызывает у меня чувство тревоги	0,75	
	Я много думаю о своей болезни	0,68	
	Я незащищен перед своей болезнью	0,67	
	Мне неприятно, что болезнь делает меня зависимым от других людей	0,66	
	Я беспокоюсь, что из-за моей болезни не смогу справиться со своими обязанностями, как раньше	0,59	
	Болезнь вызывает у меня раздражение	0,59	
	Из-за болезни я чувствую себя несчастным	0,57	
	Многое в моей болезни остается для меня неясным	0,53	
	Болезнь вызывает у меня чувство подавленности	0,52	
Эго-дистонность	Болезнь — это проблема, за которую нужно взяться	0,87	0,09
	Я был бы рад "убежать" от своей болезни	0,70	
	Я чувствую, что могу сопротивляться моей болезни	0,68	
	Я хотел бы ускользнуть от моей болезни	0,55	
	Окружающие виноваты в моей болезни	-0,79	
	Мне кажется, что болезнь — это проявление моей неполноценности	-0,77	
Возможность утаивания	Болезнь — это мой враг	0,62	0,08
	Болезнь похожа на врага, внезапно напавшего на меня	0,57	
	Я не хочу, чтобы окружающие знали о моей болезни	0,56	
	Я хочу, чтобы о моей болезни знал только я	0,48	
Стыд	Мне бы не хотелось выяснять подробности о своей болезни	0,67	0,07
	Я стыжусь своей болезни	0,54	
	Обычно я не думаю о своей болезни	0,49	
	Моя болезнь не так серьезна, как о ней думают окружающие	0,48	
	Я хочу, чтобы о моей болезни знал только я	0,47	
	Я хочу узнать все, что только возможно о своей болезни	-0,62	
Атрибуция ответственности	Я чувствую, что сделал что-то такое, что привело к моей болезни	0,74	0,06
	Я все же чем-то "заслужил" эту болезнь	0,71	
	Болезнь — это наказание за мои прошлые поступки	0,65	
	В какой-то мере я ответственен за возникновение моей болезни	0,60	

средством внутривенного введения эуфиллина и/или стероидных гормонов), провоцировались физической и эмоциональной нагрузкой, погодными условиями.

Статистически достоверные отличия по факторным значениям фактора "эго-дистонность" выявлены при сравнении подгрупп больных с различными градациями значений ПСВ и ДН (соответственно $p=0,0069$; $p=0,049$). Факторные значения были наибольшими

при небольших изменениях ПСВ $\geq 80\%$, незначительной выраженности ДН (1-я степень)*.

Статистически достоверные отличия по факторным значениям фактора "возможность утаивания" выявлены при сравнении подгрупп больных с наличием/отсутствием следующих сопутствующих БА заболеваний — гайморит, аллергическая риносинусопатия (соответственно $p=0,035$, $p=0,029$), разным количеством

* Но не при ее отсутствии.

выделяемой мокроты ($p=0,039$). Наибольшие факторные значения отмечались при отсутствии гайморита и аллергической риносинусопатии, мокроты и/или небольшом ее количестве (меньше 20 мл в сутки).

Статистически достоверные отличия по факторным значениям фактора "стыд" выявлены при сравнении подгрупп больных с наличием и отсутствием коморбидной аллергической риносинусопатии ($p=0,019$), разным количеством выделяемой мокроты ($p=0,024$). Причем факторные значения были наибольшими при наличии аллергической риносинусопатии и большом количестве мокроты (100—200 мл).

Наконец, статистически достоверные отличия по факторным значениям фактора "атрибуция ответственности" выявлены при сравнении подгрупп больных с наличием и отсутствием перенесенного астматического статуса ($p=0,033$); необходимостью и отсутствием необходимости приема пероральных кортикостероидов ($p=0,01$); приступами БА, сопровождающимися и не сопровождающимися паническими атаками ($p=0,039$); различными обстоятельствами купирования приступа ($p=0,0053$). Факторные значения были наибольшими у больных с астматическим статусом в анамнезе, вынужденных принимать кортикостероидные гормоны, с приступами БА, сопровождающимися панической атакой, купирующихся лишь с посторонней помощью (посредством внутривенного введения эуфиллина и/или стероидных гормонов).

Полученные результаты подтверждают имеющиеся в литературе свидетельства о том, что интегральная оценка тяжести БА (СТ) не обнаруживает соответствий (взаимосвязей) с ВКБ [4,11]. Более того, большая часть критериев, характеризующих СТ, также не ассоциируется с выделенными вариантами ВКБ (лишь для одного из критериев СТ — ПСВ, отражающего степень бронхообструкции, продемонстрирована такая взаимосвязь: ассоциация между высокими ПСВ и факторными значениями фактора "эго-дистонность").

Другие особенности БА, обнаруживающие соответствия со структурой ВКБ, могут быть разделены на три группы. Первая из них включает проявления заболевания, корреспондирующие с невозможностью самостоятельно контролировать острые симптомы БА (паническая атака в структуре приступа, возможность купирования симптомов лишь с посторонней помощью, триггеры в виде физической и эмоциональной нагрузок, погодных условий). Во второй группе оказались в основном персистирующие симптомы БА, отражающие не столько СТ, сколько прогрессивность соматического страдания (ДН; отражающая степень бронхообструкции ПСВ; астматический статус в анамнезе; потребность в ежедневном приеме пероральных кортикостероидов). Наконец, третья группа включает "отталкивающие" (заметные окружающим) проявления соматического страдания (выделение мокроты в большом количестве и отделяемого из носа при гайморите, аллергическая риносинусопатия).

Проявления заболевания образуют два варианта соответствий со структурой ВКБ. При первом из них симптомы БА могут рассматриваться в качестве спе-

цифического стрессора. Так, параметры БА, корреспондирующие с невозможностью самостоятельно контролировать острые проявления БА, ассоциируются с преобладанием в структуре ВКБ гипернозогнозии, отражающие прогрессивность соматического страдания — с эго-дистонностью, отталкивающие — с возможностью утаивания, стыда. При втором варианте соответствия симптомы БА выступают как неспецифический стрессор. Так, любые особенности БА могут ассоциироваться с атрибуцией ответственности.

Выводы

1. Интегральная оценка степени тяжести БА, за исключением значений ПСВ, не обнаруживает соответствий со структурой ВКБ;
2. Выявлены пять факторов, отражающих структуру ВКБ, которые могут быть сопоставимы с особенностями течения БА;
3. Особенности БА, обнаруживающие соответствия с типологией психологических нозогенных реакций, включают проявления заболевания, корреспондирующие с невозможностью самостоятельно контролировать острые симптомы БА, персистирующие симптомы, отражающие прогрессивность соматического страдания, "отталкивающие" (заметные окружающим) проявления соматического страдания;
4. Проявления заболевания могут выступать как в качестве специфического, так и неспецифического стрессора;
5. Представленная дифференциация параметров БА может использоваться для прогнозирования динамики ВКБ, что в свою очередь делает возможным осуществление своевременного психотерапевтического вмешательства, направленного на коррекцию отношения пациента к болезни и оптимизацию сотрудничества между врачом и пациентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь (США) и Всемирной организации здравоохранения // Пульмонология. — 1996. — Приложение. — С.1—165.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — М., 1944.
3. Овчаренко С.И. Эндобронхиальное применение низкочастотного ультразвука в комплексном лечении хронических неспецифических заболеваний легких, сопровождавшихся нарушением бронхиальной проводимости: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1992.
4. Перес Э.В. Динамика отношения к болезни у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 1989.
5. Потасова Г.В. Клиника и динамика психических изменений при разных особенностях бронхиальной астмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Нижний Новгород, 1994.
6. Смулевич А.Б. Психическая патология и ишемическая болезнь сердца (к проблеме нозогений) // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / Под ред. А.Б. Смулевича, А.Л. Сыркина. — М., 1994. — С.12—19.
7. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М., 1978. — 400 с.
8. Шеянов М.В., Овчаренко С.И., Маколкин В.И. Влияние кортикостероидной терапии на отдаленные исходы бронхиальной астмы // Пульмонология. — 1995. — № 4. — С.64—67.

9. *Шиляев А.Г.* Пограничные психические нарушения у больных тяжелой бронхиальной астмой и их психотерапевтические корреляции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харьков, 1991.
10. *Druss R.G.* The Psychology of Illness. In *Sickness and Health*.— Washington, 1995.— 114 p.
11. *Garden G.M.F., Ayers J.G.* Psychiatric and social aspects of brittle asthma // *Thorax*.— 1993.— Vol.48.— P.501—505.
12. *Oswald N.C., Waller R.E., Drinkwater J.* Relationship between breathlessness and anxiety in asthma and bronchitis: a comparative study // *Br. Med. J.*— 1970.— Vol.2.— P.14—17.
13. *Ovcharenko S.I., Sheyanov M.V., Makolkin V.I.* Long-term course of persistent significance of asthma severity and different treatment modalities // *Eur. Respir. J.*— 1996.— Vol.9, Suppl.23.— P.277S.
14. *Pritchard M.* Reaction to illness in long term haemodialysis // *J. Psychosom. Res.*— 1974.— Vol.18.— P.55—67.
15. *Yellowless P.M., Haynes S., Potts N., Ruffin R.E.* Psychiatric morbidity in patients with life-threatening asthma: initial report of a controlled study // *Med. J. Aust.*— 1988.— Vol.149.— P.246—249.
16. *Yellowless P.M., Kalucy R.S.* Psychobiological aspects of asthma and the consequent research implications // *Chest*.— 1990.— Vol.97.— P.628—634.

Поступила 03.03.97.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1997

УДК 616.248-08

Н.Ю.Сенкевич, А.С.Белевский, А.Г.Чучалин

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ (АСТМА-ШКОЛ) НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИИ ОПРОСНИКА SF-36 В ПУЛЬМОНОЛОГИИ)

НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва

ASSESSMENT OF THE PULMONOLOGY EDUCATIONAL PROGRAMS (ASTHMA-SCHOOLS) INFLUENCE
ON THE LIFE QUALITY OF THE PATIENTS SUFFERING FROM ASTHMA

N. Yu. Senkevich, A. S. Belevsky, A. G. Chuchalin

Summary

Patients' unawareness of their pathology is a serious obstacle on the way of the disease successful overcome. In 1992 the development and introduction of special educational programs for patients was started within the framework of the National Program for conquering the bronchial asthma. In particular Asthma-Schools have been created.

When determining the efficiency of a bronchial asthma treatment the result has to be assessed from various points of view including a patient's Life Quality.

In order to determine the Life Quality the SF-36 general questionnaire was chosen. Survey was carried out in three Moscow municipal clinical hospitals and in one clinical diagnostic center. Three groups of respondents including 177 patients were surveyed.

A significant decrease in the Life Quality was revealed for the patients suffering from bronchial asthma in contrast to the almost healthy people. It was shown that the Asthma-Schools promoted the patients' Life Quality improvement. First and foremost these schools contributed to their social adaptation together with strengthening the psychological and emotion realm and increasing the vitality.

Резюме

Неосведомленность больных о своей патологии является серьезным препятствием успешному преодолению болезни. В рамках Национальной Программы по борьбе с бронхиальной астмой (БА) в России с 1992 года начали разрабатываться и внедряться специальные образовательные программы для больных, в частности, были созданы Астма-школы (АШ).

При определении эффективности различных мероприятий по ведению БА необходимо оценивать результат с различных точек зрения, включая качество жизни (КЖ) пациента.

Для определения КЖ был выбран один из общих опросников SF-36. Опрос проводился на базе трех городских клинических больниц и одного клиничко-диагностического центра города Москвы. Опросу подлежали три группы респондентов общей численностью — 177 человек.

Было выявлено значительное снижение КЖ больных БА по сравнению с уровнем практически здоровых людей. Было показано, что АШ способствует повышению КЖ пациентов, в первую очередь способствуя их социальной адаптации, укрепляя психоэмоциональную сферу и повышая их жизнеспособность.