

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*

### S u m m a r y

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.

### Р е з ю м е

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.



В рамках Национальной Программы по борьбе с бронхиальной астмой (БА) в России с 1992 г. начали разрабатываться и внедряться специальные образовательные программы для больных [14]. В частности, были созданы Астма-школы (АШ), только по Москве сегодня их насчитывается восемь [2,9]. География АШ с каждым годом расширяется: Санкт-Петербург, Екатеринбург, Калининград, Владивосток, Новосибирск, Воронеж, Самара, Рязань и т.д. Подобная тенденция наблюдается и в других странах СНГ.

По истечении времени встает вопрос: насколько данные образовательные программы справляются со своей задачей, то есть насколько они эффективны?

За последнее время был выполнен целый ряд работ, наглядно показавших эффективность АШ, занятия в которых положительно влияют на течение болезни [3,5,6,8]. Эти работы преимущественно основывались на объективных методах обследования. Что же касается субъективной оценки состояния здоровья больных, влияния болезни на их жизнедеятельность и социальную адаптацию в целом, то этот вопрос требует особого исследования, так как при определении эффективности различных мероприятий по ведению больных БА необходимо оценивать результат с различных точек зрения, включая качество жизни (КЖ) пациента [11].

КЖ — субъективный показатель удовлетворения личных потребностей в жизни [21]. КЖ из общего понятия превратилось в предмет научных исследований и определяет степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках цивилизованного общества.

История развития понятия КЖ как предмета научных исследований началась с 1947 г., когда доктор *D.A. Karnofsky* впервые предложил нефизиологическое исследование параметров рака [20]. После этого были опубликованы тысячи статей, разработаны сотни методик определения КЖ. И наконец в 1995 г. во Франции была создана единая некоммерческая организация, изучающая КЖ — институт МАРИ (МАРИ Research Institute). Основной задачей МАРИ является поддержка и продвижение сотрудничества в области исследовательских инициатив по изучению КЖ, включая учебные заведения, фармакологические компании, отдельных авторитетных ученых, международные организации, такие как ВОЗ и ЕЭС [17].

МАРИ является основным координатором всех исследований в области КЖ. Основными методами определения КЖ являются опросники, которые утверждаются Ученым Советом МАРИ, после чего такой опросник становится международно принятым документом.

Единых критериев КЖ не существует. Каждый опросник имеет свои критерии. Также не существует стандартных норм КЖ. Для различных групп, регионов, стран можно определить условную норму и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем. То есть опросники позволяют определить тенденцию изменения КЖ по отношению к условной норме.

Опросники делятся на ОБЩИЕ (EUROQOL; SF-36; POVS; SIP), оценивающие КЖ вообще, независимо от

патологии, и СПЕЦИАЛЬНЫЕ, для конкретных областей медицины. По пульмонологии существует четыре опросника для взрослых пациентов (AQOLQ; CBQ; RIQ; SGRQ) и один для детей (PAQOLQ) [18,19]. Шесть специальных опросников по пульмонологии находятся на стадии утверждения в МАРИ.

Говоря об эпидемиологии заболевания, используют термин “болезненность”, определяющий степень нарушения КЖ [10]. Приближение КЖ больного к уровню практически здоровых людей и есть наивысшая задача образовательных программ [16], в частности АШ.

Целью настоящего исследования было определить степень влияния обучения больных БА основным методам самонаблюдения и самоведения на их КЖ, то есть определить эффективность этого обучения на примере АШ.

Нами был выбран один из общих опросников SF-36, рекомендованный к применению в Совместном докладе Национального института Сердце, Легкие, Кровь и Всемирной организации здравоохранения “Бронхиальная астма — глобальная стратегия” [11]. SF-36 позволяет оценить КЖ пациента в общем и сравнить его с КЖ практически здоровых людей.

Опросник SF-36 (The MOS 36-item Short-Form Health Survey) разработан в Центре Изучения Медицинских Результатов США (MOS) в 1992 г. докторами *John E. Ware* и *Cathy Donald Sherbourne* [22].

SF-36 предназначен для использования в клинической практике и научных исследованиях, для оценки общего здоровья населения и тактики здравоохранения и рассчитан на пациентов в возрасте от 14 лет и старше.

SF-36 содержит 36 вопросов, охватывающих 8 основных характеристик здоровья:

1. Ограничение физической активности, обусловленное проблемами со здоровьем.
2. Ограничение объема работы, вызванное физическими и эмоциональными проблемами.
3. Ограничение обычных видов деятельности, связанное с физическими проблемами со здоровьем.
4. Ограничение обычных видов деятельности, связанное с эмоциональными проблемами.
5. Понятие физической боли.
6. Общее психическое здоровье.
7. Понятие жизнеспособности (внутренняя энергия, усталость и т.д.).
8. Общее восприятие здоровья респондентом.

Оценка производится по 100-балльной шкале в условных единицах.

Критериями КЖ по опроснику SF-36 являются:

1. ФА — физическая активность (PF — *Physical Functioning*)  
Чем БОЛЬШЕ физическая активность, тем ВЫШЕ балл.  
Прямопропорциональная связь.
2. РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP — *Role — Physical*)  
Чем МЕНЬШЕ роль физических проблем в ограни-



Таблица 1

## Сравнительная характеристика групп

	1-я группа	2-я группа	3-я группа
<i>n</i>	75	42	60
Возраст/лет	47,56±3,6	49,83±4,8	52,63±4,3
Пол,%			
мужчины	53,4	54,2	42,7
женщины	46,6	45,8	57,3
Образование,%			
высшее	36,3	40,8	34,6
среднее	63,7	59,2	65,4

чении жизнедеятельности, тем ВЫШЕ балл.

Обратнопропорциональная связь.

## 3. ТБ — телесная боль

(BP — *Bodily Pain*)

Чем МЕНЬШЕ респондент испытывал боли, тем ВЫШЕ балл.

Обратнопропорциональная связь.

## 4. ОЗ — общее восприятие здоровья

(GH — *General Health*)

Чем ЛУЧШЕ восприятие респондентом своего здоровья, тем ВЫШЕ балл.

Прямопропорциональная связь.

## 5. ЖС — жизнеспособность

(VT — *Vitality*)

Чем ВЫШЕ жизнеспособность, тем БОЛЬШЕ балл.

Прямопропорциональная связь.

## 6. СА — социальная активность

(SF — *Social Functioning*)

Чем ВЫШЕ социальная активность, тем БОЛЬШЕ балл.

Прямопропорциональная связь.

## 7. РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности

(RE — *Role — Emotional*)

Чем МЕНЬШЕ роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, тем выше балл.

Обратнопропорциональная связь.

## 8. ПЗ — психическое здоровье

(MH — *Mental Health*)

Чем ЛУЧШЕ психическое здоровье, тем ВЫШЕ балл.

Прямопропорциональная связь.

## 9. СС — сравнение самочувствия с предыдущим годом

(CH — *Change Health*)

Чем МЕНЬШЕ УХУДШИЛОСЬ самочувствие за год, тем ВЫШЕ балл.

Обратнопропорциональная связь.

Подсчет результатов осуществляется как ручным методом, так и с помощью специальной компьютерной программы.

Опросник SF-36 был переведен и адаптирован к русскоязычным пациентам ТОО "Клинико-фармакологические исследования" [25].

Переводной текст опросника был официально утвержден Ученым Советом МАРИ как единый вариант для русскоязычных пациентов.

Опрос проводился на базе трех городских клинических больниц и одного клинико-диагностического центра Москвы.

Опросу подлежали три группы респондентов общей численностью 177 человек.

Группа 1 — контрольная группа — практически здоровые, то есть не страдающие какими-либо хроническими заболеваниями.

Группа 2 — больные БА, посещающие ранее АШ. Основным условием отбора в эту группу являлась давность посещения АШ — более года.

Группа 3 — больные БА, никогда не посещавшие АШ (табл.1 и 2).

Общим во всех трех группах являлось: средний возраст респондентов, доля полов и процентное соотношение высшего и среднего образования.

Общим у групп 2 и 3 являлось: средняя длительность заболевания, процентное соотношение экзогенной и эндогенной БА, доля гормонозависимой и не гормонозависимой БА, средние величины пиковой скорости выдоха (PEF) и процента PEF от нормы.

Полученные результаты отражены в табл.3, графическое отражение которых показано на рисунке.

Контрольная группа 1. Обращает на себя внимание высокая физическая активность (ФА 88,13 у.е.) и социальная активность (СА 82,33 у.е.) контрольной группы. При этом наблюдается тенденция к высокой роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности практически здоровых людей (РЭ 65,46 у.е.). Сравнение самочувствия в контрольной группе показало, что здоровье респондентами в целом оценивалось как стабильное на протяжении последнего года (СС 52,40 у.е.).

Группа 3. Обнаружено резкое ухудшение всех показателей, особенно это касается значительного повышения роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ 13,75 у.е.; РЭ 15,56 у.е.). Зафиксированы крайне низкие жизнеспособность (ЖС 23,00 у.е.) и социальная активность (СА 37,30 у.е.) больных БА и значительное ухудшение их самочувствия за год (СС 82,12 у.е.).

Таблица 2

## Сравнительная характеристика групп 2 и 3.

	2-я группа	3-я группа
Длительность заболевания, лет	12,34±7,62	11,57±9,70
Форма астмы,%		
экзогенная	61,4	58,8
эндогенная	38,6	41,2
Гормонозависимость,%	71,2	73,9
PEF, l/min	348,81±41,68	327,5±32,11
% PEF	51,83±7,63	55,23±5,28