

Таким образом, метод системного моделирования: СОМОД-технология выявил совокупность достоверно взаимосвязанных показателей, определяющих особенности БА в пожилом и старческом возрасте, и позволил установить, что они обусловлены многофакторными влияниями.

На основе полученных результатов и с учетом данных литературы можно сделать выводы о причинах формирования особенностей БА у гериатрических больных. Они развиваются на фоне инволютивных морфофункциональных изменений в бронхах, возникая не сразу, а в среднем не менее чем через 3 года после дебюта БА и через 1 год на фоне приема глюкокортикостероидных препаратов. Особенности БА у гериатрических больных возникают при присоединении аутоиммунного компонента [2] с нарушениями микроциркуляции, чему способствуют гиперкоагуляционный синдром, диспротеинемия и дислипидемия. Характерен своеобразный многофакторный клеточный состав воспаления в бронхах с десквамативным процессом на фоне атрофии слизистой оболочки, что в сочетании с глюкокортикоидной недостаточностью и гиперхолинергией [1] приводит к клинически выраженной гиперреактивности бронхов. В своеобразии проявлений БА вносит вклад наличие отека компонента бронхиальной обструкции [1,2] с преобладанием бронхоспазма и его лабильностью. Мультиморбидность патологии также имеет значение в развитии особенностей БА в пожилом и старческом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.Г. Клинические проявления бронхиальной астмы. Тер. арх. 1992; 64 (12): 62-66.
2. Батагов С.Я., Немцов В.И., Трофимов В.И. и др. Возрастные особенности течения бронхиальной астмы. Клинический геронтолог. 1997; 3: 36-39.
3. Батагов С.Я. Особенности течения бронхиальной астмы в пожилом и старческом возрасте: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб; 1999.
4. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь и Всемирной организации здравоохранения. Пульмонология 1996; Прил.: 1-165.
5. Дворецкий Л.И. Некоторые аспекты ведения пожилого больного с заболеваниями легких. Клинический геронтолог. 1995; 3: 3-7.
6. Дворецкий Л.И. Пожилой больной в практике терапевта. Рус. мед. журн. 1997; 5 (20. Гериатрия): 1299-1305.
7. Лешукович Ю.В. Типовая эпидемиологическая характеристика основных форм ХНЗЛ у взрослых. Пульмонология 1994; 3: 57-62.
8. Немцов В.И. Концептуальные модели различных вариантов бронхиальной астмы на основе нового метода системного моделирования: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб; 1995.
9. Трофимов В.И. Влияние нарушений глюкокортикоидного гомеостаза на чувствительность и реактивность бронхов на различных этапах развития бронхиальной астмы. Пульмонология 1992; 1: 17-20.
10. Федосеев Г.Б. Бронхиальная астма. СПб: Медицинское информационное агентство; 1996.
11. Bauer V.A., Reed C.E., Yunginger J.W. et al. Incidence and outcomes of asthma in the elderly. A population-based study in Rochester, Minnesota. Chest 1997; 111 (2): 303-310.
12. Interiano B., Guntupalli K.K. Clinical aspects of asthma. Curr. Opin. Pulmon. Med. 1996; 2 (1): 60-65.
13. Smyrniotis N.A. Asthma: a six-part strategy for managing older patients. Geriatrics 1997; 52 (2): 36-40, 42-44.

Поступила 16.03.01

© БЕЛЕВСКИЙ А.С., МЕЩЕРЯКОВА Н.Н., 2003

УДК 616.248-085.234.032.23

А.С.Белевский, Н.Н.Мещерякова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ КООПЕРАТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ДОСТАВКИ ДОЗИРОВАННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ

НИИ пульмонологии Минздрава РФ, Москва

A COMPARATIVE CHARACTERIZATION OF COOPERATION AND QUALITY OF LIFE OF BRONCHIAL
ASTHMA PATIENTS USING DIFFERENT DOSED AEROSOL DELIVERY SYSTEMS

A.S.Belevsky, N.N.Mescheryakova

Summary

Therapy efficacy depends directly on a patient's keeping of all medical recommendations. The concept of cooperation between a patient and a doctor is quite new in the medicine. The "compliance" term used before can not reproduce relations between a patient and a doctor or between a patient or a healthcare system in detail; it is relevant to a patient's attachment to a treatment mode. This fact made to seek new ways describing the cooperation of a patient and a doctor and resulted in creation of the "cooperation" term and IcBA-50 questionnaire.

The cooperation should obviously change when applying new BA therapeutic or detecting techniques. Taking into account supply of new aerosol drug delivery systems to the home pharmaceutical market it was reasonable to study dynamically the cooperation and the quality of life (QL) under patients' transferring to such the drugs.

The cooperation was evaluated using the IcBA-50 questionnaire which includes 50 points to quantify the cooperation according to 8 principal criteria and a ratings sum method. The QL was assessed using the SF-36 questionnaire including 36 points and 7 criteria.

The present work shows that the most convenient drug delivery systems and dosing mode can considerably increase a patient's cooperation and QL. But such important points as a patient's keeping of a doctor's recommendations and factors influencing cooperation of a patient and a doctor were not involved in the study of the QL. Results allowed to define a doctor's principal actions to optimize his cooperation with a patient.

Резюме

Эффективность лечения напрямую зависит от соблюдения пациентом всех врачебных рекомендаций. Понятие "кооперативность" (КП) является достаточно новым для медицинской практики. Применяющиеся до настоящего времени понятие "комплаенс" не может полностью отразить особенности взаимоотношения врача и пациента, системы здравоохранения и пациента, описывая только приверженности больного тому или иному способу лечения. Именно это обстоятельство заставило искать новые пути описания процесса сотрудничества врача и больного, что в конечном итоге привело к разработке понятия КП и опросника "Индекс кооперативности при бронхиальной астме" (ИкБа-50).

Очевидно, что КП должна изменяться при внедрении новых методов лечения или диагностики БА. Учитывая поступление на отечественный фармацевтический рынок новых форм доставки лекарственных препаратов в виде аэрозолей, было естественно исследовать изменения КП и качества жизни (КЖ) при переходе на новые пути доставки лекарств в бронхиальное дерево, что и явилось целью данной статьи.

Для оценки КП использовался опросник ИкБа-50, состоящий из 50 вопросов, позволяющих количественно оценить КП по 8 основным критериям, используя метод суммирования рейтингов. Оценка КЖ проводилась по опроснику SF-36, состоящему из 36 вопросов и оценивающегося по 7 критериям.

В данной работе показано, что более удобные формы доставки препарата и режим его дозирования могут существенно повысить КП и КЖ пациента. Однако при исследовании КЖ не находят отражение такие важные факторы, как степень соблюдения пациентом всех врачебных рекомендаций; факторы, влияющие на сотрудничество врача и пациента. Полученные результаты КП позволяют определить основные действия врача по оптимизации своего сотрудничества с пациентом.

Бронхиальная астма, являясь одним из самых распространенных аллергических заболеваний, представляет собой не только медицинскую, но и социально-экономическую, общегуманитарную проблему [11]. Дыхательный дискомфорт и высшая форма его проявления — удушье, сопровождающееся страхом смерти, постоянное ожидание приступа, привязанность к определенным лекарствам, с одной стороны, и боязнь применения лекарств, с другой, — все это и многое другое снижает качество жизни больных бронхиальной астмой [13,15,20]. Кроме того, являясь хроническим заболеванием, склонным к прогрессированию и протекающим с обострениями, бронхиальная астма приводит к снижению возможностей человека из-за ограничения всех составляющих (физических, психических, социальных) нормальной жизни [3,5,8,25,26]. Исчезновение (ослабление) симптомов и нормализация клинико-лабораторных показателей являются лишь одной из задач, стоящих перед врачом. Целью лечения любого заболевания следует считать повышение качества жизни больного человека на фоне положительной клинической динамики [10,17].

Качество жизни (КЖ) — интегральный показатель, отражающий степень адаптации человека к бо-

лезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению [21,22,29]. 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 [23,30]. Другими словами, КЖ — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества [11].

За последнее время значительно вырос интерес отечественных ученых к понятию КЖ, которое из обывательского превратился в предмет научных исследований, в показатель, имеющий свои методы определения и критерии количественной оценки.

Для оценки КЖ используют множество разнообразных опросников, однако применяемые в западных исследованиях методики (опросники) нуждаются в языковой адаптации к русскоязычным пульмонологическим пациентам, а также на сегодняшний день зарубежные работы по оценке КЖ больных бронхиальной астмой проходят в рамках клинических испытаний фармакологических препаратов [24,27]. В НИИ пульмонологии Минздрава РФ в настоящее

время используются адаптированные к русскоязычным больным международные опросники оценки КЖ больных астмой (опросники SF-36, AQLQ). В этих опросниках оценка КЖ больных астмой позволяет более точно определять эффективность противоастматических лечебных программ с учетом их влияния на медико-социальный статус больных, что позволяет оптимизировать врачебную тактику для улучшения результатов лечения, укрепления психоэмоциональной сферы пациента и повышения его социальной активности [18].

Часто в опросниках КЖ используют функциональный статус в качестве индикатора КЖ (функциональный статус—способность индивидуума в данное время выполнить задание или функцию, которые имеют практический результат), но при этом не учитывают психоэмоциональное состояние пациента, уровень его независимости, общественное положение и другие составляющие полноценной жизни. Мало изучен вопрос взаимосвязи медико-социального статуса больных и уровня их КЖ [4,19,28]. Также часто используют КЖ как критерий оценки степени тяжести заболевания, что является ошибкой, так как КЖ отражает оценку самим пациентом своего заболевания независимо от его тяжести. Обычно при оценки КЖ пациент отвечает по крайней мере дважды на вопросы опросника: до лечения и после лечения. Однако нередко встречается ситуация, когда после лечения больному становится значительно лучше (что можно оценить по клинической картине, обследованиям), но он считает, что его состояние не изменилось, так как с улучшением состояния увеличиваются его потребности. Кроме того, чем ниже стоит человек в своем социальном развитии, тем проще его потребности, следовательно, возможности их удовлетворять будут выше, а значит и КЖ такого пациента будет выше по сравнению с более развитыми личностями. Этого нельзя не учитывать при проведении исследования. Поэтому не всегда по показанию КЖ можно точно судить о состоянии больного. Вышеуказанные обстоятельства побудили нас разработать понятие кооперативность (КП).

Эффективность лечения напрямую зависит от соблюдения пациентом всех врачебных рекомендаций [1,2,6]. Используемое в зарубежной литературе понятие комплаентности (*compliance*) характеризует только сам факт выполнения (невыполнения) пациентом рекомендаций, причем, как правило, в рамках конкретного метода лечения или лекарственного препарата [14,16,18]. При этом не оценивается степень соблюдения всего комплекса лечебных мероприятий. Кроме этого, остаются неизученными факторы, препятствующие тесному сотрудничеству врача и пациента, выявление и последующее устранение которых способно повысить как эффективность лечения, так и уровень КЖ больных [9]. Учитывая сказанное, становится очевидным необходимость введения в клиническую практику более широкого понятия, охватывающего все стороны взаимодействия врача и пациента.

Таким образом, понятие КП включает в себя показатель, характеризующий желание и возможность пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме. Особую актуальность КП приобретает в условиях экономически развивающегося государства, в котором еще не сформирована система эффективного медицинского страхования, а существенная разница в уровне благосостояния граждан определяет неравные исходные возможности получения квалифицированной медицинской помощи. В этой связи важную роль в процессе достижения высокой КП между врачом и пациентом играют этикоправовые вопросы [12]. В НИИ пульмонологии несколько лет назад была разработана ситуационно-мотивационная модель формирования КП, объединяющая в себе такие важнейшие составляющие, как осознание опасности, доступность медицинской помощи, потребность пациента в безопасности, выбор адекватной медицинской тактики, получение пациентом удовлетворения от проводимого лечения. Только при соблюдении всех этих условий врач может рассчитывать на высокую КП. Для оценки КП больных бронхиальной астмой применяется специализированный опросник: "Индекс кооперативности при бронхиальной астме" (ИкБа-50). Опросник содержит 50 вопросов, позволяющих количественно оценить КП больных по 8 основным критериям, используя метод суммирования рейтингов. Таким образом, целью исследования явилась оценка влияния оптимизированных способов доставки дозированных аэрозолей на КП и КЖ больных бронхиальной астмой на примере JET-системы и системы Легкое Дыхание.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 60 больных, страдающих астмой атопической формы, средней степени тяжести, средний возраст которых составил 55 лет (от 18 до 74 лет), из них мужчин 23, женщин 37 человек. Больные находились на амбулаторном наблюдении. Все пациенты в момент включения в протокол исследования получали беклометазона дипропионат в обычных дозированных аэрозолях (бекотид, альдецин), в одной дозе которых содержалось 50 мкг препарата. При этом суточная доза составила 800 мкг.

Указанные больные были разделены на 2 группы. 1-я группа, состоящая из 35 пациентов, была переведена на беклометазон в виде дозированного аэрозоля беклоджета, в одной дозе которого содержалось 250 мкг препарата. Препарат больные принимали по схеме: 2 дозы по 250 мкг утром и 1 доза 250 мкг вечером. Таким образом, суточная доза беклометазона составила 750 мкг.

2-я группа, состоящая из 25 человек, была переведена на беклометазон в виде дозированного аэрозоля беклазона Легкое Дыхание. Схема приема такая же, как и при приеме беклоджета (разовая доза 250 мкг, суточная доза 750 мкг).

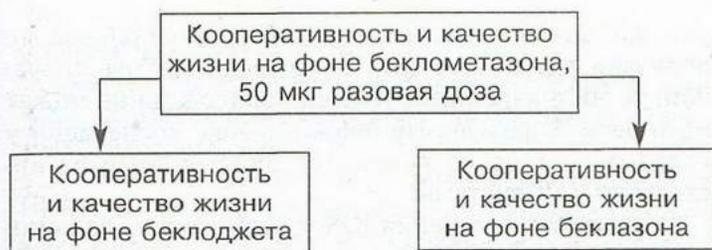


Схема. Исследование кооперативности и качества жизни.

Основные отличия предложенных больным систем доставки беклометазона являются следующие: беклоджет представляет собой дозированный аэрозоль, содержащий 250 мкг препарата в одной дозе со встроенной *JET*-системой — миниатюрным оригинальным спейсером, составляющим единую конструкцию с ингалятором. Беклазон Легкое Дыхание — дозированный аэрозольный ингалятор, из которого высвобождение препарата происходит при маневре вдоха за счет открытого клапана в результате создания во рту пациента отрицательного давления на вдохе.

Исследование КП и КЖ проходило в 2 этапа (см. схему). Первое определение параметров осуществлялось на фоне приема беклометазона с разовой дозой 50 мкг. Второе определение параметров осуществлялось в группах больных через месяц после терапии.

Оценка КП больных была проведена по опроснику ИкБа-50, разработанному в НИИ пульмонологии [7]. Опросник рассчитан на пациентов от 17 лет и старше, страдающих бронхиальной астмой и находящихся на момент опроса под амбулаторным наблюдением. Опросник содержит 50 пунктов (102 вопроса). Расчет производится методом суммирования рейтингов по шкале от 0 до 100%. Критериями опросника являются: ИК (исходная кооперативность) — степень желания пациента следовать врачебным рекомендациям; ОО (осознание опасности) — степень осознания пациентом опасности, которая представляет для его жизни бронхиальная астма; ПБ (потребность в безопасности) — степень, сформированной у пациента потребности в эффективном лечении, ИнФ (информированность) — степень информированности пациентов об основных методах лечения бронхиальной астмы; ДС (доступность средств реализации) — доступность для пациентов основных средств лечения и профилактики астмы, ТК (текущая кооперативность) — степень соблюдения пациентом врачебных рекомендаций на момент опроса, УК (удовлетворение от кооперации) — степень соответствия результатов сотрудничества врача и пациента потребностям последнего; ОИК (общий индекс кооперации) — степень готовности и возможности пациента следовать врачебным рекомендациям в полном объеме; ИС (искренность) — дополнительный критерий, отражающий искренность, с которой пациент отвечает на вопросы опросника.

Исследование КЖ проходило с помощью общего опросника SF-36, состоящего из 36 вопросов объединенных в 11 пунктов. Критериями КЖ по опроснику

SF-36 являются: ФА (физическая активность) — объем повседневной физической нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья; РФ (роль физических проблем в ограничении повседневной деятельности) — степень ограничения повседневной деятельности проблемами здоровья; Б (боль) — оценка объема субъективных болевых ощущений, которые испытывал респондент за последние 4 нед; ОЗ (общее здоровье) — оценка общего состояния здоровья на момент опроса; ЖС (жизнеспособность) — оценка состояния жизненного тонуса за последние 4 нед; СА (социальная активность) — оценка объема социальных связей; РЭ (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности) — степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами.

Оценка полученных данных проводилась по 100-балльной шкале в условных единицах. Все исследования рассчитывались при помощи компьютерной программы *Statistica for Windows 5.0*.

Результаты

Результаты изменения КП больных бронхиальной астмой при переходе на ингаляторы *JET*-системы приведены в табл.1.

Анализ результатов в 1-й группе показывает достоверное возрастание информированности пациентов об основных методах лечения и профилактики (ИнФ при первом посещении составляет $45,4 \pm 2,6$, на фоне применения беклоджета $78,5 \pm 3,7$). Это связано с тем, что перед назначением нового препарата больным были разъяснены принципы применения ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС), уточ-

Таблица 1
Изменение КП при переходе на ингаляторы *JET*-системы

Критерий	Больные, получающие беклометазон в разовой дозе 50 мкг (n=35)	Больные, получающие беклоджет в разовой дозе 250 мкг (n=35)	p
ИК	60,2±2,6	75,6±3,37	0,05
ОО	45,9±3,74	45,1±4,51	0,60
ПБ	63±2,23	69,3±2,54	0,17
ИнФ*	45,4±2,6	78,5±3,7	0,05
ДС*	58,2±4,6	64,5±3,2	0,043
ТК*	42,3±7,5	78,3±6,3	0,023
УК*	57,2±2,9	68,2±1,87	0,030
ОИК*	58,9±3,5	63,2±2,7	0,052
ИС	55,9±8,2	64,3±8,83	0,45

Примечание. * — различия между группами достоверны ($p < 0,05$) — здесь и в табл.2-4.

Таблица 2

Изменение КЖ при переходе на ингаляторы JET-системы

Критерий	Больные, получающие беклометазон в разовой дозе 50 мкг (n=35)	Больные, получающие беклоджет в разовой дозе 250 мкг (n=35)	p
ФА*	56±4,64	83,5±7,07	0,022
РФ*	60±16,32	95±5,04	0,044
Б*	98,8±1,20	98,8±1,20	0,025
ОЗ*	60,4±0,79	64,4±1,30	0,049
ЖС*	38±2,26	58±4,42	0,0005
СА	83,75±6,98	90±5,20	0,13
РЭ	90±5,40	100±4,48	0,3
ПЗ	66,8±3,37	71,2±3,14	0,14
СС*	45±3,33	57,5±3,81	0,01

нены возможные побочные эффекты и пути их уменьшения, показана техника ингаляции. Увеличились критерии доступности медицинской помощи (ДС), повысилась текущая кооперативность больных (ТК). Это было связано с тем, что препарат был выдан пациентам (отпала необходимость в дополнительном приобретении спейсера) и с более простой техникой ингаляции, чем при использовании обычных дозированных аэрозолей. Использование беклоджета повысило удовлетворение больных от кооперации с врачом (УК на фоне обычных дозированных аэрозолей составляло 57,2±2,9, на фоне приема беклоджета — 68,2±1,87), это наиболее важный крите-

рий для достижения высокой КП. Если больной не получает удовлетворение от сотрудничества с врачом, то ни о какой дальнейшей кооперации не может идти речи. В результате общий индекс кооперации у больных достоверно повысился при переходе на ингаляторы JET-системы.

Результаты изменения КЖ у этой группы больных представлены в табл.2.

Анализ полученных данных показывает уменьшение степени ограничения повседневной деятельности проблемами со здоровьем (РФ), оценка больными общего состояния здоровья повышается (ОЗ на фоне обычного дозированного аэрозоля составляла 60,4±0,79, на фоне приема беклоджета — 64,4±1,30). Показатели оценки жизненного тонуса также повысились (ЖС с 38±2,26 повысился на фоне приема беклоджета до 58±4,42). Оценка общего самочувствия пациентов достоверно повысилась (СС на фоне приема обычного дозированного аэрозоля составляла 45±3,33 на фоне приема беклоджета — 57,5±3,81). Показатели психического здоровья, степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами, социальная активность также повысились, однако разница критериев недостоверна (p<0,06).

Результаты изменения кооперативности больных при переходе на беклазон Легкое Дыхание представлены в табл.3.

Особо чувствительными оказались такие критерии, как информированность (ИнФ при первом визите составила 38,2±4,61, на фоне приема беклазона — 58,4±5,02), текущая кооперативность (ТК вначале составляла 50,2±3,75, при повторном визите — 84,5±3,05), удовлетворение пациента от кооперативности с врачом (УК при первичном визите было 62,4±7,3, на фоне приема беклазона — 92,5±8,04). Через месяц после перехода на новое устройство

Таблица 3

Изменение КП при переходе на беклазон Легкое Дыхание

Критерий	Больные, получающие беклометазон в разовой дозе 50 мкг (n=25)	Больные, получающие беклазон Легкое Дыхание в разовой дозе 250 мкг (n=25)	p
ИК	62,3±2,31	78,7±3,25	0,06
ОО	38,4±5,02	43,5±3,75	0,18
ПБ	58,7±3,72	68,2±2,83	0,06
ИнФ*	38,2±4,61	58,4±5,02	0,01
ДС	62,5±2,92	78,4±1,03	0,07
ТК*	50,2±3,75	84,5±3,05	0,02
УК*	62,4±7,3	92,5±8,04	0,04
ОИК*	42,5±6,18	82,5±5,06	0,05
ИС	38,2±4,05	58,7±5,04	0,02

Таблица 4

Изменение КЖ при переходе с обычного дозированного аэрозоля на беклазон Легкое Дыхание

Критерий	Больные, получающие беклометазон в разовой дозе 50 мкг (n=25)	Больные, получающие беклазон Легкое Дыхание в разовой дозе 250 мкг (n=25)	p
ФА*	46,2±6,70	67,1±9,32	0,02
РФ*	25±12,90	88,9±9,93	0,001
Б	83,90±5,32	94,72±4,31	0,6
ОЗ	56,90±3,73	61,63±3,69	0,18
ЖС*	32,45±5,88	61,90±5,40	0,0007
СА*	61,40±6,18	77,2±5,17	0,03
РЭ*	39,36±14,78	76,72±11,72	0,03
ПЗ*	49,27±6,03	67,09±3,61	0,009
СС*	44,90±7,3	62,27±5,06	0,03

ОИК пациентов повысился по сравнению с исходным уровнем и составил 84%.

Результаты изменения КЖ при переходе с обычного дозированного аэрозоля на беклазон Легкое Дыхание приведены в табл.4.

У больных увеличилась физическая активность (ФА с 46 до 67%), в связи с этим уменьшилась роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Несколько улучшилось общее здоровье пациента (ОЗ с 56,9 до 61,6%) и состояние жизненного тонуса больного. Учитывая повышение физической активности, повышается социальная активность пациента (СА с 61,4 до 77%), уменьшается роль эмоциональных проблем (РЭ с 39,3 до 76,7%). При сравнении своего самочувствия пациент отмечает его улучшение (СС возрос до 62%). В данном случае повышается ОИК и показатели КЖ.

Обсуждение

Понятие КП является достаточно новым для медицинской практики. Применяющееся до настоящего времени понятие "комплаинс" не может полностью отразить особенности взаимоотношения врача и пациента, системы здравоохранения и пациента, описывая только приверженности больного тому или иному способу лечения. Именно это обстоятельство заставило искать новые пути описания процесса сотрудничества врача и больного, что в конечном итоге привело к разработке понятия "кооперативность" и опросника ИкБа-50, который позволяет оценить уровень кооперации с различных точек зрения между врачом и больным.

Сама структура опросника построена так, что заставляет врача взглянуть более глубоко на проблемы пациента, оценить, насколько больной ориентирован в своем заболевании, как он владеет методами самоведения и самоконтроля, какие проблемы мешают больному достигнуть высокой кооперации и заставляют проводить с пациентом образовательные мероприятия.

Очевидно, что КП должна изменяться при внедрении новых методов лечения и диагностики бронхиальной астмы. Так как в последнее время на отечественном фармацевтическом рынке появились новые формы доставки лекарственных препаратов в форме аэрозолей и порошков для вдыхания, было бы естественно исследовать изменения КП при переходе больных на новые способы доставки лекарств в бронхиальном дереве.

Одной из важных находок данного исследования явилось то, что у больных астмой информированность находится на низком уровне. Однако информированность о существующих методах лечения заболевания является важным условием продуктивного сотрудничества. Низкий показатель ИнФ говорит о плохой ориентированности в методах лечения БА. Переход больных на оптимизированные способы доставки привели к улучшению данного показателя.

Связано ли изменение информированности только с переходом на новые лекарственные формы? Трудно было бы ожидать, что просто применение другого ингалятора привело бы к большей информированности пациентов. Очевидно, что переход на новые формы сопровождался разъяснительной работой врача, что и способствовало повышению уровня КП данного показателя.

Исходно такие показатели, как удовлетворение от кооперации и текущая кооперативность, так же были достаточно низкими. Их повышение на фоне оптимизированных способов доставки связано с более удобным режимом дозирования (ингаляции 2 раза в сутки), а также наличием встроенного спейсера в беклоджете, а в случае с беклазоном спейсер (оптимизатор) прилагался, что способствовало более безопасной терапии. Проведение разъяснительных бесед врача и удобные способы доставки способствовали повышению уровня КП в части как отдельных показателей, так и со стороны ОИК, что и повысило КП между врачом и пациентом.

Что касается КЖ, то в нашем исследовании его показатели по опроснику FS-36 повысились. В то же время следует подчеркнуть, что при исследовании КЖ не находили отражения такие важные факторы, как степень соблюдения пациентом всех врачебных рекомендаций, факторы, влияющие на сотрудничество врача и пациента.

Таким образом, результаты, полученные в данной работе, достаточно убедительно демонстрируют, что КП больного бронхиальной астмой зависит как от информированного влияния лечащего врача, так и выбора способа доставки лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Обучение больных бронхиальной астмой как метод улучшения результатов лечения. В кн.: 6-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. М.: 1996. № 1123.
2. Буйневич К.А. Руководство к изучению внутренних болезней. Калуга: губернская типолитография: 1909.
3. Вотчал Б.Е. Очерки клинической фармакологии. М.: Медгиз; 1963. 17-39.
4. Гаркалов К.А. Психосоциальное значение астма-школ. В кн.: Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 6-й. М.; 1996. № 125.
5. Кассирский И.А. О врачевании. М.: Медицина; 1970.
6. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина; 1996. 33-71.
7. Сенкевич Н.Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой. Автореф. ... д-ра мед. наук. 2000.
8. Сербский В.П. Руководство к изучению душевных болезней. М.; 1906. 308-451.
9. Федосеев Г.Б., Крякунов К.Н. Лекарственная терапия: что, кому, как, дозла, с какой целью? В мире лекарств 2000; 1: 4-8.
10. Фейдман Д., Фрейгер Р. Личность и личностный рост. М.: Изд. Рос. открытого ун-та; 1992.
11. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. М.: Агар; 1997; 1: 424-429.
12. Юдин Б.Г., Тищенко П.Д., Игнатъев В.Н. Этиологические и правовые проблемы клинических испытаний и научных экспериментов на человеке и животных. М.: РНКБ РАН; 1994.

13. Bousquet J., Knani J., Dhivert H. et al. Quality of life in asthma. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994; 149: 371–375.
14. Chemplik F., Doughty A. Objective measurements of compliance in asthma treatment. *Ann. Allergy* 1994; 73: 537–532.
15. Cochrane G.M. Compliance in asthma; a European perspective. *Eur. Respir. J.* 1995; 10 (5): 116–119.
16. Cochrane G.M. Compliance in asthma. *Eur. Respir. Rev.* 1998; 8 (56): 239–242.
17. Engel G.E. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am. J. Psychiatry* 1980; 137: 535–543.
18. Horn C.R., Clark T.J.H., Cochrane G.M. Compliance with inhaled therapy and morbidity from asthma. *Respir. Med.* 1990; 84: 67–70.
19. Jambon B., Johnson K.I. Individual quality of life and clinical trials. *News Letter QOL* 1997; 17: 2–17.
20. Jones P.W., Quirk F.H., Baveystock C.M., Littlejohns P. Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with respiratory illnesses. *Monaldi Arch. Dis. Chest* 1994; 49: 79–82.
21. Juniper E.F., Guyatt G.H., Willan A., Griffith L.E. Determining a minimal important change in a disease-specific QOL questionnaire. *J. Clin. Epidemiol.* 1994; 47 (1): 81–87.
22. Karnolsky D.F., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer. In: Macleod C.M., ed. Evaluation of chemotherapeutic agents. Washington: Columbia University Press; 1947. 107–134.
23. Kinsman R.A., Dirks J.F., Dahlem N.W. Noncompliance to prescribed-as-needed medication use in asthma: usage patterns and patient characteristics. *J. Psychosom. Res.* 1980; 24: 97–101.
24. Mahajan P., Okamoto L.J., Schaberg A. Impact of fluticasone propionate powder health-related quality of life in palated quality of life in patients with moderate asthma. *J. Asthma* 1997; 34: 227–234.
25. Maslow A.H. Motivation and personality. New York: Harper & Brothers, 1954. 241–246.
26. McSweeney A.J., Gramt I., Heaton R.K. et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch. Intern. Med.* 1982; 142: 473–478.
27. Patrick D. Quality of life and pharmacoeconomic evaluation. *News Letter QOL* 1998; spec. issue: 6–7.
28. Sherbourne C.D. Pain measures. In: Stewart A.L., Ware J.E. et al. Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach. Durham, N.C.: Duke University Press; 1992.
29. Varshavsky S. Quality of life research in Russia. *News Letter Qol.* 2000; 25: 13.
30. The WHO QOL Group. What Quality of life? *Wld Hlth Forum* 1996; 17 (4): 354–356.

Поступила 30.04.02

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2003

УДК 616.248–085.217.22–07:616.12–092

Л.Л.Бобров, А.Г.Обрезан, В.П.Серёда

ВЛИЯНИЕ СИМПАТОМИМЕТИКОВ НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра общей терапии № 1 Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург

AN INFLUENCE OF SYMPATHOMIMETICS ON HEART HAEMODYNAMICS
IN BRONCHIAL ASTHMA PATIENTS

L.L.Bobrov, A.G.Obrezan, V.P.Sereda

Summary

We examined 74 bronchial asthma (BA) patients at different stages of the illness and under sympathomimetics therapy to assess changes in their heart haemodynamics. The patients were undergone echocardiography, doppler echography of intracardiac blood flow, lung function tests. The control group included 36 healthy persons with the appropriate age, weight, height, gender and the arterial blood pressure level. The left ventricle diastolic dysfunction was noted in the BA patients. It was more severe at the BA exacerbation and less in the stable BA and depended on the bronchial obstruction, pulmonary haemodynamics disorders, a structure and a function of the right ventricle and severity of the left ventricle concentric remodelling. Inhalation therapy of bronchial obstruction with 200 mg of Berotec (Boehringer Ingelheim) effected positively on the left ventricle diastolic filling. The changes in the left ventricle diastolic function were not strongly related to the heart beat rate.

Резюме

Цель исследования — оценить изменения внутрисердечной гемодинамики у больных бронхиальной астмой в различные фазы заболевания и под влиянием терапии симпатомиметиками. Обследованы 74 больных бронхиальной астмой в различные фазы заболевания. Проводили эхокардиографию и доплерографию внутрисердечного кровотока, исследовали функцию внешнего дыхания. Контрольную