

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-03-10>

## Качество жизни пациентов с бронхиальной астмой, неалкогольной жировой болезнью печени и при их сочетании

**Г. Быкова,**

**О. Хлынова,** доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН,

**А. Туев,** доктор медицинских наук, профессор Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера

**E-mail:** Vahrushevbl\_@mail.ru

*Проанализировано качество жизни пациентов с бронхиальной астмой, неалкогольной жировой болезнью печени и при их сочетании. Выявлено снижение как физических, так и психических компонентов здоровья у пациентов с 2 заболеваниями по сравнению с моновариантами, что коррелирует с нарушениями функций внешнего дыхания и показателями объема талии и бедер.*

**Ключевые слова:** качество жизни, бронхиальная астма, неалкогольная жировая болезнь печени.

**Для цитирования:** Быкова Г., Хлынова О., Туев А. Качество жизни пациентов с бронхиальной астмой, неалкогольной жировой болезнью печени и при их сочетании // Врач. – 2019; 30 (3): 49–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-03-10>

Одним из основных направлений современной медицины является персонифицированный подход к ведению пациента, включая оценку и оптимизацию его качества жизни (КЖ). Доказано, что параметры КЖ обладают независимым прогностическим значением и могут являться факторами прогноза выживаемости больного и его состояния во время лечения. Изучение КЖ – принципиально новый метод, позволяющий составить многоплановую картину субъективных переживаний больного по поводу своего заболевания и факторов, влияющих на него [1, 2].

Бронхиальная астма (БА) – заболевание, обусловленное хроническим воспалением дыхательных путей и обратимой бронхиальной обструкцией [3]. В Российской Федерации (РФ) распространенность БА составляет 7% [3, 4].

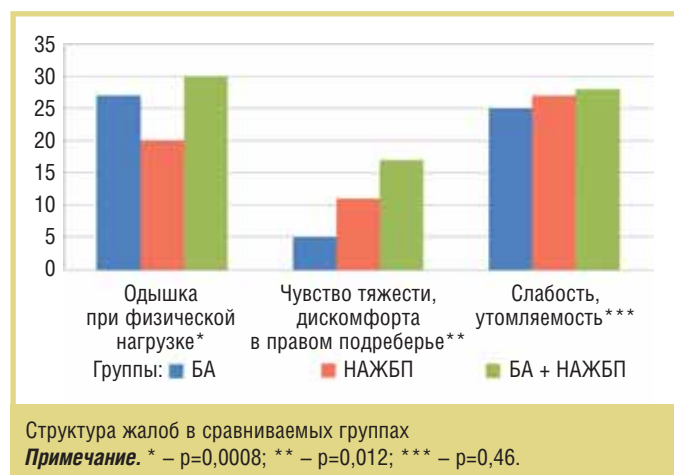
Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) занимает 1-е место среди заболеваний печени в западных странах. В РФ, по данным исследования DIREG-2 (2014), НАЖБП была выявлена у 37,1% пациентов [5].

Эти заболевания являются хроническими, однако НАЖБП в большинстве случаев имеет бессимптомное течение [5].

Целью данного исследования было изучить КЖ у пациентов с сочетанием БА и НАЖБП по сравнению с таковым при изолированном течении заболеваний.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В открытом одномоментном сравнительном исследовании участвовали 90 пациентов, разделенных на 3 группы (по 30 больных) с учетом установленного диагноза: БА – 1-я группа, НАЖБП – 2-я, и с ассоциацией 2 заболеваний – 3-я группа. Группы были сопоставимы по половозрастному составу и массе тела пациентов (соответственно  $p=0,8$  и  $p=0,7$ ). Диагноз БА был установлен в соответствии с критериями GINA (2017), на момент включения в исследование БА была частично контролируемой и контролируемой [3]. НАЖБП определяли на основании критериев, предложенных в рекомендациях Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации [5].



Для изучения КЖ больных применяли общий опросник MOS SF-36 (автор – J. Ware). Опросник SF-36 состоит из 8 шкал («Физическое функционирование», «Ролевая деятельность», «Боль», «Общее здоровье», «Жизнеспособность», «Социальное функционирование», «Эмоциональное состояние» и «Психическое здоровье») объединяющих 36 пунктов [6].

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере Intel Core i3 с использованием программ Statistica 6.1. Распределение в группах отличалось от нормального, в связи с чем применялись методы непараметрической статистики (рассчитывали медиану – Me и интерквартильный размах – 25–75%). Сравнительный анализ количественных признаков проводили с помощью критерия Краскела–Уоллиса. Качественные признаки сравнивали с помощью критерия  $\chi^2$  (произвольная таблица). Для исследования связи между 2 показателями использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена, тесноту связи определяли по шкале Чеддока. При проводимом анализе достоверными считали значения при  $p<0,017$  (с поправкой Бонферрони) при сравнении 3 групп, при попарном анализе –  $p<0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При подробном опросе были выявлены жалобы на одышку при физической нагрузке у 87 (97%) больных, общую слабость/повышенную утомляемость – у 80 (89%), дискомфорт/тяжесть в правом подреберье – у 29 (32%). Распределение жалоб по группам представлено на рисунке.

Анализ полученных данных показал, что при сочетанном течении НАЖБП и БА жалоб на одышку, тяжесть в правом подреберье были достоверно больше, чем в группах с моновариантом заболевания, различия по выраженности общей слабости и утомляемости были статистически незначимыми.

Показатель физического функционирования (PF) отражает объем повседневной физической нагрузки, который не ограничен физическим состоянием. Чем ниже показатели по этой шкале, тем большее ограничение физической активности испытывает пациент [6, 7]. Полученные у обследованных данные представлены в табл. 1, из которой видно, что снижение повседневной физической активности было более значимым в группе с 2 заболеваниями, чем при изолированном течении БА и НАЖБП.

Показатель RF, отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работа, выполнение повседневных

Основные показатели КЖ в группах обследованных (Me; 25–75%)

Таблица 1

Шкала опросника SF-36	БА (n=30)	НАЖБП (n=30)	БА + НАЖБП (n=30)	p
PF	65 (47; 70)	87,5 (60; 90)	15 (15; 45)	0,00001
RF	0 (0; 62)	100 (50; 100)	25 (0; 25)	0,018
BP	56 (41; 71)	73 (51; 80)	41 (41; 62)	0,09
Общее состояние здоровья	47,5 (40; 65)	52 (25; 52)	40 (25; 45)	0,23
VT	52,5 (40; 67,5)	67,5 (50; 70)	35 (25; 50)	0,015
SF	81,3 (62,5; 100)	62,2 (50; 87,5)	50 (50; 62,5)	0,04
RE	66,7 (33,3; 100)	100 (66,7; 100)	0 (0; 33,3)	0,0017
MH	62 (56; 72)	62 (52; 68)	44 (40; 52)	0,0105

Примечание. RF – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – психическое здоровье.

обязанностей). Снижение показателей по данной шкале свидетельствует об ограничении повседневной деятельности, обусловленном физическим состоянием пациента [6, 8]. Снижение обсуждаемых показателей наблюдается в группах с БА и при сочетании БА + НАЖБП, но полученные различия статистически незначимы (см. табл. 1).

Показатели интенсивности боли (ВР) и ее влияния на способность заниматься повседневной деятельностью у пациентов в группах, как и ожидалось, имели средние значения, достоверных различий не получено, так как боль не является характерным симптомом БА и НАЖБП. Оценка пациентами своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения (ГН), а также показатели шкалы социального функционирования (SF) достоверно не различались, хотя наименьшими они были при сочетании БА и НАЖБП.

Высокие показатели жизненной активности (VT) предполагают ощущение полноты сил и энергии, а низкие, наоборот, – обессиленности [6, 9]. Значение показателя VT были достоверно ниже в группе с сочетанием 2 заболеваний, чем при изолированном течении ( $p=0,015$ ); схожая тенденция была выявлена и по распространенности жалоб на утомляемость и общую слабость (различия между группами недостоверны).

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), и психическое здоровье (МН) отражают влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность, а также уровень тревожности, наличие депрессии [6, 8]. Полученные различия были статистически значимыми (соответственно  $p=0,0017$  и  $0,0105$ ), самые низкие показатели наблюдались при сочетании БА и НАЖБП, подтверждая ограничения в выполнении повседневной работы, обусловленные ухудшением эмоционального состояния, и наличие тревожных, депрессивных переживаний. Значимых различий, связанных с полом или возрастом, не получено (см. табл. 1).

Итоговым этапом в оценке КЖ является формирование шкал, которые помогают оценить 2 показателя: «Физический компонент здоровья» (РН) и «Психический компонент здоровья» (Mh) [6]. В нашей работе значения данных показателей были достоверно ниже в группе БА + НАЖБП, чем при изолированном течении заболеваний (табл. 2), что было связано с выраженностью основных клинико-параclinical проявлений как БА, так и НАЖБП.

Показатель РН был намного лучше, как и ожидалось, в группе с изолированной НАЖБП, что связано с ее малосимптомным течением. Дополнительного изучения требует тот факт, что Mh был достоверно выше в группе с изолированной БА (см. табл. 2).

При проведении корреляционного анализа в группе пациентов, страдающих БА, установлено, что показатель PF имел прямую связь средней силы с жизненной емкостью легких (ЖЕЛ) и сильную обратную связь с одышкой (соответственно  $r=0,6$ ;  $p=0,02$  и  $r=-0,7$ ;  $p=0,016$ ), а одышка имела сильную обратную связь с RE и Mh (соответственно  $r=-0,7$ ;  $p=0,016$  и  $r=-0,6$ ;  $p=0,02$ ).

В группе с изолированным течением НАЖБП были выявлены умеренной силы обратные связи между отношением объема талии (ОТ) и объема бедер (ОБ) и уровнем PF и RP (соответственно  $r=-0,6$ ;  $p=0,019$  и  $r=-0,6$ ;  $p=0,04$ ). VT, в том числе социальная активность (SE), в данной группе имели сильную прямую связь с показателями дистальной бронхиальной обструкции ( $MOC_{75}$ ) (соответственно  $r=0,7$ ;  $p=0,003$  и  $r=0,8$ ;  $p=0,01$ ). Дополнительно было отмечено, что одышка у пациентов с НАЖБП снижает общую оценку состояния здоровья и его Mh, в том числе VT и социальное функционирование (ГН, VT, SF,  $Mh \leftrightarrow$ одышка, соответственно  $r=-0,7$ ,  $p=0,02$ ;  $r=-0,7$ ,  $p=0,02$ ;  $r=-0,7$ ,  $p=0,01$ ;  $r=-0,6$ ,  $p=0,04$ ).

В группе с сочетанным течением НАЖБП и БА PF имело прямую сильную связь с ЖЕЛ ( $r=0,7$ ;  $p=0,01$ ), PF, RP, РН и объемом форсированного выдоха за 1-ю секунду ( $ОФВ_1$ ) (соответственно  $r=0,7$ ,  $p=0,007$ ;  $r=0,8$ ,  $p=0,005$ ;  $r=0,8$ ,  $p=0,004$ ). В данной группе эмоциональное состояние (VT, SF, МН, Mh) обладало сильной прямой связью с  $ОФВ_1$  (соответственно  $r=0,7$ ,  $p=0,03$ ;  $r=0,6$ ,  $p=0,003$ ;  $r=0,6$ ,  $p=0,004$ ;  $r=0,8$ ,  $p=0,0006$ ). Более того, в группе была замечена средней силы прямая связь между Mh и ОТ и ОБ (соответственно  $r=0,6$   $p=0,03$  и  $r=0,6$   $p=0,04$ ).

По результатам изложенного сделаны следующие выводы:

- бессимптомное течение НАЖБП в 1,5 раза реже встречается у пациентов с сочетанным течением БА и НАЖБП;
- наличие НАЖБП не влияет на физическое функционирование пациентов, но при этом страдает их эмоциональное состояние – они склонны к депрессиям, ограничению социальных контактов;
- у пациентов с БА и НАЖБП ограничены физическая активность, возможность выполнения повседневных обязанностей, а также наблюдаются эмоциональные проблемы, такие как тревожность, депрессия и, как результат, – нарушение трудовой деятельности, что требует психотерапевтической коррекции;

Таблица 2

Интегральные показатели здоровья				
Показатель	БА (n=30)	НАЖБП (n=30)	БА + НАЖБП (n=30)	p
РН	37,5 (33,4; 39,6)	48,3 (41; 51)	31,3 (26,4; 37,1)	0,0025
Mh	52 (45,1; 53,9)	46,6 (40,9; 51,7)	36,9 (31,5; 43,1)	0,0097

- для улучшения эмоционального состояния пациентов с сочетанием БА и НАЖБП необходимо снижение массы тела (с коррекцией ОТ и ОБ). Пациентам данной категории показано динамическое мониторирование функций внешнего дыхания для раннего выявления нарушений и их своевременной коррекции.

\* \* \*

Конфликт интересов не заявлен.

## Литература/Reference

1. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / М., 2012; 12–24 [Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine / M., 2012; 12–24 (in Russ.)].
2. Намазова-Баранова Л.С. и др. Оценка качества жизни с помощью вопросника Health Utilities Index у детей с бронхиальной астмой тяжелого персистирующего течения на фоне лечения омализумабом // Педиатрическая фармакология. – 2017; 5: 356–64 [Namazova-Baranova L.S., Vishnava E.A., Dobrynina E.A. et al. Assessing the Quality of Life Using the Health Utilities Index Questionnaire in Children With Severe Persistent Asthma During the Treatment With Omalizumab // *Pediatricheskaya farmakologiya.* – 2017; 5: 356–64 (in Russ.)].
3. Pedersen S. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2017/2017; p. 151. [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)
4. Быкова Г.А., Хлынова О.В., Туев А.В. Неалкогольная жировая болезнь печени и хроническая обструктивная болезнь легких: есть ли база для коморбидности? // Пермский мед. журн. – 2015; 2: 127–34 [Bykova G.A., Khlynova O.V., Tuev A.V. Nonalcoholic fatty hepatic disease and chronic obstructive pulmonary disease: is there a basis for comorbidity? (Review of literature) // *Permskii med. zhurn.* – 2015; 2: 127–34 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/pmj322127-134>.
5. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации // РЖГГК. – 2016; 2: 24–42 [Ivashkin V.T., Mayevskaya M.V., Pavlov C.S. et al. Diagnostics and treatment of non-alcoholic fatty liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society and the Russian gastroenterological association // *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* – 2016; 26 (2): 24–42 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-26-2-24-42>.

6. Белялова Н.С. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. [Belyalova N.S. Instruktziya po obrabotke dannykh, poluchennykh s pomoshch'yu oprosnika SF-36 (in Russ.)]. <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>

7. Добрынина Е.А. и др. Динамика качества жизни пациентов с тяжелым течением бронхиальной астмы на фоне лечения омализумабом // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2017; 96 (2): 33–40 [Dobrynina E.A. et al. Dynamics of the quality of life of patients with severe bronchial asthma during Omalizumab treatment // *Pediatria.* – 2017; 96 (2): 33–40 (in Russ.)].

8. Перельман Н.Л. Особенности качества жизни у больных бронхиальной астмой с гиперосмотической гиперреактивностью дыхательных путей // Бюлл. физиол. и патол. дыхания. – 2017; 63: 21–6 [Perelman N.L. Features of quality of life in asthma patients with hyperosmotic airway hyperresponsiveness // *Byull. fiziol. i patol. dykhaniya.* – 2017; 63: 21–6 (in Russ.)].

9. Мельник Е.Б., Федив А.И. Качество жизни больных бронхиальной астмой в сочетании с ожирением в зависимости от обнаружения полиморфизма RS9939609 гена FTO и RS324011 гена STAT6 // Междунар. эндокринолог. журн. – 2017; 6: 424–8 [Melnik O.B., Fediv O.I. Quality of life of patients with bronchial asthma combined with obesity, depending on the identification of FTO RS9939609 and RS324011 STAT6 gene polymorphism // *Mezhdunarodnyi Endokrinologicheskii Zhurnal.* – 2017; 13: 424–8 (in Ukrainian)]. doi: 10.22141/2224-0721.13.6.2017.112884.

## QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ASTHMA, NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE, AND THEIR CONCURRENCE

G. Bykova; Professor O. Khlynova, MD, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences; Professor A. Tuev, MD  
Acad. E.A. Vagner Perm State Medical University

The authors have analyzed quality of life in patients with asthma, nonalcoholic fatty liver disease, and their concurrence. They have revealed a reduction in both physical and mental health components in patients having 2 diseases versus those with one disease, which correlates with external respiratory dysfunction and waist and hip circumferences.

**Key words:** quality of life, asthma, non-alcoholic fatty liver disease.

**For citation:** Bykova G., Khlynova O., Tuev A. Quality of life in patients with asthma, nonalcoholic fatty liver disease, and their concurrence // *Vrach.* – 2019; 30 (3): 49–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-03-10>

**Союз гастроэнтеролога,  
гепатолога, эндоскописта,  
врача-патолога и хирурга**





**СПЕЦИАЛИСТЫ  
РАЗНЫХ ОБЛАСТЕЙ  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ –  
ОБЪЕДИНЯЙТЕСЬ!**

**ГАСТРОФЕСТ**  
(ФЕСТИВАЛЬ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ)

**16–17 мая  
2019 года**

113 СЕССИЯ  
НАЦИОНАЛЬНОЙ ШКОЛЫ  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ,  
ГЕПАТОЛОГИИ РГА

РОССИЯ, ГОРОД КАЗАНЬ  
ПР. ФАТЫХА АМИРХАНА, 1  
ГОСТИНИЦА КАЗАНСКАЯ РИВЬЕРА

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ  
ШКОЛЫ АКАДЕМИК РАН,  
ПРОФЕССОР В.Т. ИВАШКИН





