

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

В. И. Петров, А. В. Разваляева*, Е. Е. Некрасова, Н. В. Малюжинская*

*Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ,
Волгоградский медицинский научный центр Российской академии медицинских наук**

Выполнена оценка изменения качества жизни больных хронической идиопатической крапивницей на фоне лечения различными схемами антиаллергической терапии. Оценка выполнялась с использованием валидизированной русскоязычной версии опросника «Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire» (CU-Q2oL). В результате проведенного исследования было выявлено, что назначение циклоспорина в низких дозах приводит к более быстрому и значимому повышению качества жизни больных, чем терапия альтернативной комбинированной схемой (цетиризин/ранитидин).

Ключевые слова: хроническая крапивница, циклоспорин, цетиризин, ранитидин, качество жизни.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC IDIOPATHIC URTICARIA

V. I. Petrov, A. V. Razvalyeva, E. E. Nekrasova, N. V. Malyuzhinskaya

An estimation of changes in quality of life of patients with chronic idiopathic urticaria during therapy with various combinations of anti-allergic therapy was performed. Evaluation was performed using a validated questionnaire: Russian version of «Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire» (CU-Q2oL). The study revealed that administration of cyclosporine in low doses leads to a more rapid and significant increase in the quality of life of patients than the combination therapy in an alternative scheme (cetirizine/ranitidine).

Key words: chronic urticaria, cyclosporine, cetirizine, ranitidine quality of life.

Хроническая крапивница (ХК) приводит к выраженному нарушению качества жизни (КЖ) [1, 4], которое заключается в снижении личностных самооценок, более выраженных в отношении состояния собственного здоровья, изменениях в ментальной сфере, характеризующихся наличием тревожно-депрессивных состояний, ограничением семейной и социальной активности. При этом одной из основных целей лечения хронической крапивницы является улучшение качества жизни пациентов и уменьшение негативного влияния заболевания на различные сферы жизнедеятельности пациента.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить изменение качества жизни больных с хронической идиопатической крапивницей на фоне проводимой антиаллергической терапии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценку качества жизни пациентов с ХК и влияние противоаллергической терапии на показатели качества жизни больных с ХК мы проводили по разработанной нами русскоязычной версии специфического опросника «Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire» (CU-Q2oL) [2, 5]. Данный опросник содержит 23 вопроса, которые объединены в 6 шкал: зуд и высыпания, изменения на коже (отечность), влияние на жизнедеятельность, проблемы со сном, ограничения, внешний вид. Для оценки ответов использовалась 5-балльная шкала Ликерта. Число баллов

при ответе варьировало от 1 до 5 (1 — очень сильно/всегда, 2 — сильно/очень часто, 3 — иногда/умеренно, 4 — очень редко/незначительно, 5 — отсутствие симптомов или ограничений; ответ «неактуально» оценивается в 0 баллов). Далее полученные результаты были переведены в 100-балльную систему (от 0 до 100 — более высокий показатель означает более высокий уровень КЖ). В исследование были включены 60 больных в возрасте от 18 до 50 лет [(30,12 ± 0,96) года] с верифицированным диагнозом ХК [5], которые были рандомизированы на 2 группы: в 1-й группе (30 больных, из них 17 женщин и 10 мужчин) назначался циклоспорин (Sandimmune Neoral, Novartis Pharma) в суточной дозе 2,5 мг/кг перорально ежедневно в течение 4 недель; во 2-й группе (30 больных, из них 15 женщин и 11 мужчин) назначалась терапия блокатором H1-гистаминовых рецепторов цетиризином (Zyrtec®, UCB S.A. Pharma Sector, Бельгия) в дозе 10 мг/сутки перорально и блокатором H2-гистаминовых рецепторов ранитидином (Zantac®, Glaxo Operations UK Limited, Великобритания) в дозе 300 мг/сутки перорально в течение 4 недель. Оценка КЖ на фоне проводимой терапии выполнялась пациентами исходно, на 7-е, 30-е сутки терапии и через 8 недель после окончания терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе полученных результатов выявлено, что значительно сниженная субъективная оценка

пациентами своего здоровья (общий средний балл) на фоне активной терапии увеличивалась в обеих группах сравнения. Так, на фоне терапии циклоспорином к 7-му дню терапии данный показатель изменился на 65,6 % ($p \leq 0,001$), а к 30-му дню терапии более чем в два раза [с $43,3 \pm 1,9$ до $93,0 \pm 0,6$ ($p \leq 0,001$)], практически приблизившись к значениям группы здоровых лиц ($96,2 \pm 0,8$). В группе пациентов с ХК, получавших терапию H1/H2 гистаминоблокаторами, изменение общего среднего балла было менее выраженным: через неделю — на 62,1% ($p \leq 0,001$), а к окончанию курса терапии данный показатель [$81,1 \pm 0,9$ ($p \leq 0,001$)] так и не достиг значений группы здоровых лиц.

После прекращения четырехнедельного курса терапии циклоспорином значение общего среднего балла практически не изменилось к 8-й неделе наблюдения [$-0,1$ % ($p > 0,05$)] по сравнению с окончанием курса терапии. Окончание лечения H1/H2 гистаминоблокаторами приводило к некоторому снижению общего среднего балла к 8-й неделе наблюдения [$-5,4$ % ($p \leq 0,001$)] по сравнению с 30-м днем лечения (табл.).

Шкала «зуд и высыпания», отражающая степень дискомфорта и субъективные ощущения зуда и интенсивности изменений на коже респондента за последние 4 недели, является наиболее специфичным инструментом для оценки активности хронической крапивницы. Установлено значительное снижение величины данной шкалы у всех больных перед включением в исследование. Назначение циклоспорино приводило к быстрому устранению зуда и дискомфорта, обусловленного поражением кожи, что подтверждается достоверным возрастанием значения шкалы «зуд и высыпания» уже через 7 дней после начала лечения, которое только нарастало к 30-му дню терапии [с $28,3 \pm 1,5$ до $60,0 \pm 1,7$ ($p \leq 0,001$) и до $95,0 \pm 1,4$ ($p \leq 0,001$) соответственно]. В течение последующих 8 недель наблюдения значение этой шкалы несколько снизилось [$-3,5$ % ($p < 0,05$)] из-за развития обострения у двух пациентов. На фоне комбинированной терапии цетиризином 10 мг и ранитидином отмечалось возрастание величины данного показателя до ($56,7 \pm 1,7$) ($p \leq 0,001$) и ($78,3 \pm 1,7$) ($p \leq 0,001$) баллов к 7-му и 30-му дням терапии соответственно [исходно ($29,6 \pm 1,7$) балла]. В дальнейшем в данной группе пациентов зуд и дискомфорт, индуцированные поражением кожи, несколько увеличились — на 12,8 % ($p \leq 0,001$) по сравнению с окончанием курса терапии.

Так как отечность не является часто встречающимся и основным клиническим признаком хронической крапивницы, то и баллы, отражающие состояние шкалы «изменения на коже (отежность)», не сильно отличались от среднепопуляционных значений (100 баллов) во всех исследуемых группах.

Динамика показателей качества жизни пациентов с хронической крапивницей на фоне противоаллергической терапии ($M \pm m$, баллы)

	Здоровые ($n = 30$)	Циклоспорин ($n = 30$)	Цетиризин 10 мг + ранитидин ($n = 30$)
Шкала «Интенсивность зуда и высыпаний»			
Исход	100 ± 0	28,3 ± 1,5	29,6 ± 1,4
7 д. терапии		60,0 ± 1,7*	56,7 ± 1,8*
30 д. терапии		95,0 ± 1,4*	78,3 ± 1,8*
4 нед. набл.		94,2 ± 1,6*	72,5 ± 2,4*
8 нед. набл.		91,7 ± 2,2*	68,3 ± 2,4* [#]
Шкала «Изменения на коже (отежность)»			
Исход	100 ± 0	92,5 ± 1,5	94,2 ± 1,2
7 д. терапии		97,5 ± 0,9	96,7 ± 1,0
30 д. терапии		100,0 ± 0,0*	97,9 ± 0,9*
4 нед. набл.		100,0 ± 0,0*	96,3 ± 1,1
8 нед. набл.		98,8 ± 0,7*	95,4 ± 1,1 [#]
Шкала «Качество повседневной жизни»			
Исход	100 ± 0	32,2 ± 2,6	32,5 ± 2,1
7 д. терапии		63,8 ± 1,2*	59,7 ± 1,6*
30 д. терапии		96,8 ± 0,8*	76,5 ± 2,0*
4 нед. набл.		96,3 ± 1,0* [#]	74,9 ± 1,7* [#]
8 нед. набл.		95,8 ± 1,1* [#]	73,8 ± 1,4* [#]
Шкала «Качество сна»			
Исход	83,0 ± 3,4	30,3 ± 2,8	29,2 ± 2,7
7 д. терапии		74,3 ± 1,4*	73,2 ± 2,0*
30 д. терапии		83,8 ± 1,1*	80,5 ± 1,7*
4 нед. набл.		86,5 ± 1,0* [#]	78,7 ± 1,4* [#]
8 нед. набл.		88,7 ± 1,1* [#]	76,3 ± 1,4* [#]
Шкала «Ограничения»			
Исход	94,2 ± 1,3	31,7 ± 2,5	28,6 ± 2,6
7 д. терапии		62,8 ± 1,6*	61,7 ± 1,6*
30 д. терапии		91,1 ± 1,1*	76,1 ± 1,6*
4 нед. набл.		91,9 ± 1,2*	73,3 ± 1,3* [#]
8 нед. набл.		93,1 ± 1,3* [#]	72,2 ± 1,2* [#]
Шкала «Влияние на внешний вид»			
Исход	100 ± 0	45,0 ± 2,6	43,8 ± 2,1
7 д. терапии		71,8 ± 1,7*	70,2 ± 1,6*
30 д. терапии		91,0 ± 1,9*	77,3 ± 1,6*
4 нед. набл.		91,7 ± 1,7*	76,0 ± 2,0*
8 нед. набл.		89,7 ± 2,3*	74,3 ± 2,2* [#]
Общий средний балл качества жизни			
Исход	96,2 ± 0,8	43,3 ± 1,9	43 ± 2
7 д. терапии		71,7 ± 1,1*	69,7 ± 1,2*
30 д. терапии		93,0 ± 0,6*	81,1 ± 0,9*
4 нед. набл.		93,4 ± 0,6*	78,6 ± 0,9* [#]
8 нед. набл.		92,9 ± 0,7*	76,7 ± 0,9* [#]

* $p < 0,05$ — достоверность различий по отношению к первому дню терапии;

[#] $p < 0,05$ — достоверность различий по отношению к последнему (30-му) дню терапии.

Качество повседневной жизни, отражающее степень удовлетворения от занятий типичными для себя видами активности (работа, общественная жизнь, прогулки, физическая активность и др.), у пациентов с тяжелой хронической крапивницей снижено по сравнению со здоровыми. Уменьшение качества повседневной жизни при хронической идиопатической крапивнице (ХИК) не связано с нарушением переносимости физической нагрузки, а обусловлено психологическими факторами. Нежелание демонстрировать пораженную кожу, вероятно, является доминирующим фактором.

Кроме того, потоотделение в период активной физической нагрузки у некоторых больных может приводить к появлению зуда и увеличению объема и тяжести кожного поражения. По мере исчезновения кожного синдрома происходит достаточно быстрое возрастание качества повседневной жизни, и этот показатель достигает значений, характерных для здоровых людей.

Качество повседневной жизни на фоне курсовой терапии циклоспорином достоверно увеличивалось к 7-му и 30-му дню терапии [с $32,2 \pm 2,6$ до $63,8 \pm 1,2$ ($p \leq 0,001$) и $96,8 \pm 0,8$ ($p \leq 0,001$) соответственно]. Конечное значение данного показателя (через 8 недель после отмены циклоспорина) составило ($95,8 \pm 1,1$) балла ($-1,0$ % по сравнению с окончанием терапии, $p \leq 0,001$). На фоне комбинированной терапии цетиризином 10 мг и ранитидином отмечалось возрастание величины данного показателя до ($59,7 \pm 1,6$) ($p \leq 0,001$) и ($76,5 \pm 2,0$) ($p \leq 0,001$) баллов к 7-му и 30-му дням терапии соответственно. В дальнейшем (к 8-й неделе наблюдения), уровень данной шкалы несколько уменьшился — на $3,5$ % ($p \leq 0,01$) по сравнению с окончанием курса терапии. При этом популяционная норма данного показателя во всех группах сравнения (100 баллов) достигнута не была.

При изучении динамики качества сна пациентов с тяжелой ХИК выявлено, что назначение циклоспорина приводило к достоверному увеличению данного показателя с ($30,3 \pm 2,8$) до ($74,3 \pm 1,4$) ($p \leq 0,001$) и ($83,9 \pm 1,1$) ($p \leq 0,001$) баллов к 7-му и 30-му дням терапии соответственно, достигнув среднепопуляционного уровня. В течение 8 недель после отмены циклоспорина величина данного показателя увеличилась на $6,5$ % ($p \leq 0,001$) по сравнению с последним днем терапии. На фоне терапии Н1/Н2 гистаминоблокаторами изменение уровня шкалы «качество сна» было менее выраженным, составив ($73,2 \pm 2,0$) ($p \leq 0,001$) и ($80,5 \pm 1,7$) ($p \leq 0,001$) баллов к 7-му и 30-му дням терапии соответственно. К окончанию 8-й недели наблюдения в данной группе наблюдалось снижение показателей шкалы «качество сна» на $5,2$ % ($p \leq 0,01$) по отношению к окончанию курса терапии.

Качество повседневной жизни пациентов с тяжелой ХИК непосредственно связано с ограничениями, возникающими при данной патологии. При оценке изменения уровня шкалы «ограничения» на фоне курсовой терапии циклоспорином выявлено достоверное увеличение показателя к 7-му и 30-му дню терапии [с $31,7 \pm 2,5$ до $62,8 \pm 1,6$ ($p \leq 0,001$) и $91,1 \pm 1,1$ ($p \leq 0,001$) соответственно]. Конечное значение данного показателя (через 8 недель после отмены) увеличилось на $2,2$ % по сравнению с окончанием терапии ($p < 0,05$) и приблизилось к значению, характерному для популяционной нормы. На фоне комбинированной терапии цетиризином 10 мг и ранитидином отмечалось возрастание величины данного показателя до ($61,7 \pm 1,6$) ($p \leq 0,001$) и ($76,1 \pm 1,6$) ($p \leq 0,001$) баллов к 7-му и 30-му дням терапии соответ-

ственно [исходно ($28,6 \pm 2,6$) балла]. В дальнейшем (к 8-й неделе наблюдения) уровень данной шкалы уменьшился на $5,1$ % ($p \leq 0,01$) по сравнению с окончанием курса терапии.

Оценка шкалы «внешний вид» показала достоверное ее возрастание в процессе терапии циклоспорином уже к 7-му дню терапии до $71,8 \pm 1,7$ ($p \leq 0,001$) и дальнейшее возрастание к 30-му дню лечения до $91,0 \pm 1,9$ ($p \leq 0,001$). В течение 8 недель после отмены данный показатель сохранялся на достигнутом уровне. На фоне терапии Н1/Н2 гистаминоблокаторами изменение уровня шкалы «внешний вид» было менее выраженным, составив ($70,2 \pm 1,6$) ($p \leq 0,001$) и ($77,5 \pm 1,6$) ($p \leq 0,001$) баллов к 7-му и 30-му дням терапии соответственно. К окончанию 8-й недели наблюдения в группе получающих комбинированную терапию наблюдалось снижение показателей шкалы «внешний вид» на $5,1$ % ($p \leq 0,01$) по отношению к окончанию курса терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, улучшение качества жизни больных с аллергическими заболеваниями может рассматриваться как одна из основных задач проводимой медикаментозной терапии. Для всех аллергических заболеваний характерна определенная стадийность изменения КЖ на фоне успешной медикаментозной терапии. Вначале происходит уменьшение субъективной тяжести основных симптомов аллергических заболеваний, улучшение самочувствия и сна. Затем отмечается устранение практических проблем, индуцированных заболеванием, уменьшение зависимости от факторов окружающей среды и улучшение активного качества жизни. И, наконец, по мере устранения зависимости от триггеров и по достижении стойкой ремиссии заболевания происходит уменьшение эмоциональных проблем, вызванных болезнью.

При изучении динамики специфического качества жизни пациентов с тяжелым течением хронической идиопатической крапивницы на фоне лечения установлено, что терапия циклоспорином превосходит альтернативную комбинированную схему терапии по таким ключевым параметрам специфического качества жизни, как влияние на симптомы и самочувствие, сон, качество повседневной жизни и связанные с ним ограничения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилычева И. В., Ильина Н. И. // Аллергология и иммунология. — 2001. — Т. 4, № 3. — С. 184—186.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. академика РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.

3. Российский национальный согласительный документ. Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей. — М.: Фармарус Принт Медиа, 2007.

4. Baiardini I., Giardini A., Pasquali M., et al. // Allergy. — 2003. — Vol. 58, № 7. — P. 621—623.

5. Baiardini I., Pasquali M., Braido F., et al. // Allergy. — 2005. — Vol. 60. — P. 1073—1078.

Контактная информация:

Разваляева Анжелика Викторовна — к. м. н., ассистент курса клинической аллергологии ФУВ кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМУ, заведующая лабораторией клинической фармакологии Волгоградского медицинского научного центра, e-mail: angelivr@yandex.ru

УДК 614.23:37.018.46:301

ОТНОШЕНИЕ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ К ПОСТДИПЛОМНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

В. А. Егоров, В. А. Мажаренко, С. А. Варгина

*Департамент науки, образования и кадровой политики
Министерства здравоохранения и социального развития РФ*

Практические врачи в целом удовлетворены системой своей постдипломной подготовки, хотя и видят пути ее совершенствования. Отечественные медики плохо информированы о западной системе медицинского образования, хотя 16 % считают необходимой стажировку российских студентов за рубежом, а 7 % хотели бы именно там повышать свою квалификацию.

Ключевые слова: практические врачи, постдипломное образование, система переподготовки медицинских кадров.

ATTITUDE OF RUSSIAN DOCTORS TO POSTGRADUATE TRAINING

V. A. Egorov, V. A. Mazharenko, S. A. Vargina

Practicing doctors as a whole are satisfied with the system of postgraduate training though they believe there is room for improvement. Domestic physicians are poorly informed about western system of medical education though 16 % consider it necessary to send Russian students abroad, and 7 % would like to go there for professional advancement.

Key words: practicing doctors, postgraduate training, refresher course.

Существующие в настоящее время основные модели высшего образования (российская, немецкая, британская, американская, французская и др.) существенно отличаются друг от друга. Высшие учебные заведения указанных стран (или стран, придерживающихся данных моделей высшего профессионального образования) решают вопросы подготовки специалистов в области медицины по-своему, единая универсальная схема отсутствует. В то же время, несмотря на порой значимые различия в системах подготовки, существует признак, объединяющий образовательные программы по медицине различных стран, принципиально отличающий систему подготовки специалистов в области медицины от специалистов других сфер профессиональной деятельности. Речь идет о так называемой последипломной (в отечественной интерпретации) подготовке специалистов в области медицины. Отчасти парадоксально, но практически ни в одной образовательной системе мира выпускник высшей медицинской школы, имеющий специальность врача («врач», «MD», «DS», «MBBS» и др.) не имеет право на осуществление самостоятельной профессиональной деятельности в качестве такового. Данный факт связан, прежде всего, с тем, что за период обучения на медицинском

факультете высшего учебного заведения будущий врач получает, главным образом, теоретическую подготовку (как по фундаментальным, так и по клиническим специальностям). В настоящее время проблеме недостаточности практической подготовки на додипломном этапе в медицинском вузе уделяется достаточно большое внимание. Тем не менее необходимость усвоения студентом-медиком значительного объема новых знаний за относительно короткий период не позволяет уделять должного внимания отработке практических навыков. Кроме того, очевидно, что подготовка практического специалиста в области клинической медицины не может быть в полной мере реализована в учебном классе и университетской аудитории и требует обучения будущего практического врача в реальных клинических условиях, освоения реально существующих в клинике медицинских технологий при ежедневном контакте с пациентом. Несомненно, данная задача не может быть реализована на университетском этапе обучения студента-медика. В связи с этим в большинстве образовательных систем при обучении врача-специалиста предусмотрена додипломная («undergraduate») и последипломная («postgraduate») подготовка. В странах, где формально нет четкого деления медицинского