

что соответствует стоимости одного небулайзера. Таким образом, данный пример демонстрирует экономическую эффективность для амбулаторной службы использования небулайзеров: существенное снижение расходов на госпитализацию больных по экстренным показаниям.

Таким образом, за 10 лет в Санкт-Петербурге при общем росте числа детей с зарегистрированным диагнозом астмы и с тяжелым течением имеется отчетливая тенденция к уменьшению количества вызовов скорой/неотложной помощи по поводу тяжелых приступов, практически отсутствуют случаи астматического статуса и не отмечается смертельных исходов. Очевидно, что эти тенденции связаны с

комплексным изменением подходов как к базисной терапии, так и к тактике лечения больных в остром приступе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Пульмонология 1996; Прил.: 1–166.
2. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". М.: Артинфо Пабблишинг; 1997.
3. Бронхиальная астма (формулярная система). Пульмонология 1999; Прил.: 1–40.
4. Неотложная терапия бронхиальной астмы у детей: Пособие для врачей. М.: МЗ РФ; 1999.

Поступила 11.12.01

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2002

УДК 616.248–053.2–085.234

Е.В.Просекова, Б.И.Гельцер, Т.Н.Шестовская

ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Владивостокский государственный медицинский университет,
владивостокский детский астма-центр

AN IMPACT OF BASIS THERAPY ON QUALITY OF LIFE IN BRONCHIAL ASTHMA CHILDREN

E.V.Prosekova, B.I.Geltser, T.N.Shestovskaya

Summary

The object of the investigation was to define a dynamics of quality of life and to evaluate an influence of different pharmacotherapeutic methods on bronchial asthma child's well-being. The analysis of quality of life was carried out in 264 bronchial asthma (BA) children of 4–16 years old and 55 healthy children of the same age in Vladivostok Childhood Asthma Centre in 1998–1999 using the Russian version of *A.West's* and *D.French's* "Childhood asthma questionnaire" adopted by *V.I.Petrov* and *I.V.Smolenov*. The BA patients were determined to have life activity reduced in combination with deep distress that led to child's misadaptation among the same aged children. The dynamics of quality of life in moderate bronchial asthma patients showed the positive influence of the basic therapy on their well-being. It was more distinct when using sodium nedocromil (Tilade) and fluticazone propionate (Flixotide). The analysis contributed to the clinical assessment of the therapy efficacy and proved that capacity of correction of the BA child's life activity and its period are mostly determined by a medication choice.

Резюме

Цель настоящего исследования — определение изменений качества жизни и сравнительная оценка степени влияния различных методов фармакотерапии на благополучие ребенка при бронхиальной астме (БА). Анализ качества жизни у 264 детей 4–16 лет с (БА) и 55 здоровых сверстников проводился с использованием российской адаптированной *В.И.Петровым* и *И.В.Смоленовым* версии опросника *A.West, D.French* "Childhood asthma questionnaire" во владивостокском детском астма-центре в 1998–1999 г. При БА у детей отмечалось снижение жизненной активности в сочетании с высоким дистрессом, приводящие ребенка к дезадаптации в коллективе сверстников. Анализ динамики показателей качества жизни детей со среднетяжелой БА подтвердил благоприятное воздействие базисной терапии (более выраженное при применении недокромила натрия (тайлед) и флутиказона пропионата (фликсотид)) на благополучие ребенка, дополнил клиническую оценку эффективности терапии, показал, что степень и сроки проявления коррекции жизненной активности ребенка с БА во многом определяются выбором лекарственного препарата.

Хронический характер течения БА, необходимость длительной фармакотерапии негативно влияют на образ жизни ребенка, ограничивают его активность, постоянно поддерживая состояние психоэмоционального стресса [1,5–7]. Это определяет приоритетность улучшения качества жизни ребенка при выборе программы лечения. Основной целью терапии БА у детей является контроль за заболеванием — уменьшение воспаления и улучшение функции легких, снижение частоты и тяжести симптомов, что повышает благополучие и качество жизни ребенка и его семьи. Оценка качества жизни дополняет традиционно принятые медицинские критерии эффективности фармакотерапии [8] и дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиции самого пациента, определить качество жизни с помощью соответствующих опросников и анкет [3,4,9].

Цель настоящего исследования — сравнительная оценка степени влияния различных вариантов базисной фармакотерапии на качество жизни детей с БА.

Уровень достоверности определения качества жизни во многом зависит от выбранного вида анкеты или опросника. Учитывая, что оценку качества жизни детей с БА необходимо осуществлять с помощью тщательно разработанных, адекватно переведенных на русский язык и проверенных в различных практических ситуациях анкетах, нами была выбрана российская версия В.И.Петрова и И.В.Смоленова [4] опросника A. West, D. French "Childhood asthma questionnaire" [8,9]. Российская версия опросника В.И.Петрова и И.В.Смоленова является воспроизводимой, адаптированной к возрастным психоэмоциональным особенностям ребенка, обладает доказанной чувствительностью к терапевтическим вмешательствам [2–4]. Принцип самостоятельного заполнения опросника позволяет избежать интервью и фактора стеснения ребенка в выражении чувств перед другим человеком.

Оценку изменений показателей качества жизни под влиянием базисной терапии проводили у 200 детей со среднетяжелым клиническим течением БА (при отсутствии базисной терапии не менее 3 мес накануне) в динамике через 1, 3 и 6 мес терапии. Дети находились под наблюдением в городском астма-центре Владивостока в 1998–1999 г. Выбор среднетяжелой формы болезни был обусловлен наиболее широким ее распространением среди детей в Приморском крае, а также корректностью применения при данной тяжести клинического течения болезни наиболее широкого арсенала препаратов для базисной терапии. Тяжесть течения БА была верифицирована за год, предшествующий обследованию, согласно классификации Национальной программы "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика" (1997 г.).

Контрольную группу составили 55 сверстников, не имеющих БА, группу сравнения — 64 ребенка с легким клиническим течением болезни.

В проводимом исследовании в 1-ю группу вошли дети с БА, в качестве базисного препарата получавшие тайлед (недокромил натрия, "Ронк-Пуленк Рорер", Франция); во 2-ю — фликсотид (флутиказона пропионат, "Глаксо Велком", Великобритания); в 3-ю — специфическую иммунотерапию (СИТ) причинно-значимыми бытовыми (домашней пыли и клеща домашней пыли в сочетании с пыльцевыми аллергенами, НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, РАМН, Москва) аллергенами в первый месяц в сочетании с тайледом; в 4-ю группу — дети с терапией кетотифеном ("Ривофарм", Швейцария; "Польфа", Польша) и инталом в капсулах (20 мг кромогликат натрия, "Ронк-Пуленк Рорер", Франция) через спинахалер. Возрастной и половой состав групп практически не различался (см. таблицу).

Во всех группах детям была предоставлена дополнительная информация о заболевании в форме видео и печатной продукции и обучения в астма-школе.

Исходный уровень качества жизни детей со среднетяжелым клиническим течением БА отличался снижением жизненной активности и высоким уровнем дистресса во всех возрастных группах. У школьников оценка качества жизни при астме была расширена за счет введения шкалы субъективной оценки степени тяжести болезни ребенком. Уровень повседневной жизни дошкольников со среднетяжелым течением болезни составил $31,9 \pm 0,33$ балла, что было достоверно ниже ($p < 0,001$) данного показателя у здоровых сверстников и у детей с легким течением болезни ($34,8 \pm 0,56$ и $35,00 \pm 0,71$ балла соответственно). Аналогичные изменения отмечены в показателях качества активной жизни младших школьников с БА по сравнению со здоровыми сверстниками ($26,71 \pm 0,7$ балла против $30,75 \pm 0,37$ балла; $p < 0,001$), в то же время различия жизненной активности детей с легким и среднетяжелым течением

Таблица
Численность, возрастной и половой состав групп детей с разными вариантами базисной фармакотерапии БА

Показатель	Препарат базисной терапии			
	тайлед	фликсотид	СИТ	кетотифен и интал
Группа в исследованиях	1-я	2-я	3-я	4-я
Число больных	50	50	50	50
Соотношение мальчиков и девочек, %	70/30	70/30	72/28	66/34
Возраст детей:				
4–7 лет	10	12	8	10
8–11 лет	20	20	15	15
12–16 лет	20	18	27	25

болезни сгладились ($p > 0,05$). Показатели качества жизни у школьников с БА заметно не отличались от аналогичных у сверстников, не имевших ее. БА у детей всех возрастных групп сопровождалась высоким психоэмоциональным дискомфортом, отразившимся в уровне дистресса. Высокие уровни дистресса отмечены у детей как с тяжелым, так и с легким течением болезни.

Базисная терапия в течение месяца во всех исследуемых группах значимого влияния на качество жизни детей с астмой не оказала. Только у детей 8–11 лет терапия тайледом, фликсотидом и при СИТ в течение месяца привела к достоверному снижению субъективной оценки тяжести ребенком своего заболевания ($p < 0,05$). В данной возрастной группе детей с астмой происходило более быстрое и выраженное повышение качества активной жизни под влиянием базисной терапии. Так, у младших школьников с БА 3-месячная терапия тайледом, фликсотидом и при СИТ достоверно ($p < 0,001$) увеличивала уровень жизненной активности, в то же время у подростков данные изменения отмечены только в 1-й группе и менее значимые ($p < 0,05$). Лишь полугодовая терапия при астме тайледом, фликсотидом и при СИТ приводила к повышению качества активной жизни у детей 12–16 лет, адекватному у младших школьников при терапии теми же препаратами но в течение 3 мес.

У дошкольников повышение качества повседневной жизни отмечено через 3 мес терапии тайледом и фликсотидом ($p < 0,05$). Продолжение базисной терапии до 6 мес увеличило достоверность этих изменений ($p < 0,001$), повысило уровень повседневной жизни у детей 4–7 лет и при СИТ. Но и через полгода терапии кетотифеном и инталом значимые изменения в качестве повседневной жизни у дошкольников и активной жизни у подростков отсутствовали, только в группе детей 8–11 лет при данной терапии достоверно увеличилось качество активной жизни, не достигая уровня здоровых детей.

Снижение уровня психоэмоционального дистресса происходило через 3 мес проведения базисной терапии у дошкольников во всех наблюдаемых группах, у младших школьников (8–11 лет) с БА отмечено только в 1-й группе наблюдения (с $24,76 \pm 0,91$ до $22,00 \pm 0,49$ балла; $p < 0,05$). У подростков базисная терапия тайледом, фликсотидом, при СИТ в течение 3 мес приводила к достоверному снижению дистресса, уровень которого продолжал снижаться в последующие месяцы терапии и через 6 мес стал ниже такового у детей с легким течением болезни. Проведенные исследования отметили отсутствие значимого корригирующего эффекта терапии кетотифеном и

инталом на качество жизни детей при среднетяжелом течении БА.

Выводы

1. Базисная терапия тайледом и фликсотидом при среднетяжелом клиническом течении БА у детей, обеспечивая контроль за болезнью и хорошую переносимость физических нагрузок, значительно улучшает качество жизни и повышает степень участия ребенка в жизни коллектива сверстников.
2. Влияние терапии тайледом и фликсотидом на благополучие ребенка с БА однонаправлено, существенно не различается по степени проявлений и регистрируется в большинстве случаев через 3 мес от начала терапии.
3. Специфическая иммунотерапия уступала двум предыдущим препаратам в сроках реализации благоприятного влияния на качество жизни детей с астмой, определяя его улучшение в большинстве случаев через 6 мес от начала терапии.
4. Терапия кетотифеном и инталом (в течение 6 мес) не оказала выраженного действия на уровень жизненной активности детей со среднетяжелым течением БА. Степень снижения дистресса и субъективной оценки тяжести болезни ребенком при данной терапии значительно уступала соответствующим показателям при терапии тайледом и фликсотидом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Пульмонология 1996; Прил.: 1–166.
2. Машукова Н.Г. Совершенствование методов информационной терапии и сравнительная оценка их эффективности при бронхиальной астме у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иркутск; 1999.
3. Петров В.И., Смоленов И.В., Медведева С.С., Смирнов Н.А. Качество жизни при бронхиальной астме: методы оценки в педиатрической практике. Рос. педиатр. журн. 1998; 4: 16–21.
4. Качество жизни у детей с бронхиальной астмой: методы оценки. Пособие для врачей/Петров В.И., Смоленов И.В., Медведева С.С. и др. М.; 1998.
5. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школы) на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника SF-36 в пульмонологии). Пульмонология 1997; 3: 18–22.
6. Чучалин А.Г., Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита. Тер. арх. 1998; 9: 53–57.
7. Thwaites R.M.A., Price M.S. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов. Пульмонология 1998; 3: 19–23.
8. Gramer J.A., Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics. Philadelphia; New York: Lippincott Raven Publishers; 1998.

Поступила 01.09.99