

ПЕДІАТРІЯ

УДК 616.248-053.2-085-276-085.357:577.175.5

*Н.П. Алексєєва**Харківський національний медичний університет***ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ:
ЕФЕКТИВНІСТЬ, БЕЗПЕКА ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ**

Наведено результати ефективності терапії та оцінки якості життя у дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від об'єму базисної протизапальної терапії. Встановлено позитивний вплив на якість життя та високу ефективність лікування бронхіальної астми комбінованими препаратами у складі інгаляційних кортикостероїдів та β_2 -агоністів пролонгованої дії.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти, лікування, якість життя.

Бронхіальна астма (БА) є одним з найбільш поширених захворювань органів дихання і займає одне з провідних місць серед захворювань кінця ХХ – початку ХХІ століть. На цей час у світі налічується близько 334 млн хворих на БА [1–4]. Поширеність БА варіює у різних країнах та популяціях і становить від 1 до 18 %. У дітей цей показник коливається в межах 5–10 % у популяції і залежить від віко-статевих характеристик. В Україні протягом останніх років, за статистичними даними МОЗ України, розповсюдженість БА серед дітей коливається в межах 0,56–0,60 %, що свідчить про проблему гіподіагностики захворювання [5].

Бронхіальна астма – це хронічний запальний процес, при якому саме ступінь запалення визначає тяжкість симптомів, характер перебігу, ремоделювання бронхів, прогноз та розвиток ускладнень. Не викликає сумніву, що напади експіраторної задишки, нічні пробудження, необхідність постійно приймати ліки, неможливість виконання деяких видів фізичного навантаження, обмеження у виборі професії та соціальної активності негативно впливають на якість життя дитини з БА [1, 3, 6]. Оцінювання якості життя у медицині часто є кінцевим критерієм оцінки ефективності та

безпеки лікування, успішності реабілітаційних заходів. Це, безсумнівно, узгоджується з проголошеною ВООЗ концепцією безперервного вдосконалення якості медичної допомоги. Тому покращання якості життя дитини, хворої на БА, розглядається як одна з основних цілей лікування цього захворювання [5–15].

Згідно з рекомендаціями ВООЗ основними складовими критеріїв якості життя є фізичні, психологічні показники, рівень самостійності, громадське життя, навколишнє середовище, духовне життя. Складові критеріїв якості життя наведено у табл. 1.

Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного та соціального функціонування здорової або хворої дитини, яка заснована на її суб'єктивному сприйнятті або суб'єктивному сприйнятті батьками дитини. В педіатрії дослідження якості життя має особливості, а саме: у дорослих показниками фізичної і соціальної активності є професійна діяльність, поведінка у суспільстві, в той час як у дітей молодшого віку – рівень активності у грі, спілкування з іншими дітьми; у шкільному віці – адаптація дитини до школи, його взаємовідносини з однолітками, шкільна успішність. Якість жит-

© Н.П. Алексєєва, 2015

Таблиця 1. Критерії та складові якості життя згідно з рекомендаціями ВООЗ

Критерії	Складові
Фізичні	Сила, енергія, стомленість, біль, дискомфорт, сон, відпочинок
Психологічні	Позитивні емоції, мислення, запам'ятовування, концентрація, самооцінка, зовнішність, негативні переживання
Рівень самостійності	Буденна активність, працездатність, залежність від ліків та лікування
Громадське життя	Особисті взаємовідносини, суспільна цінність суб'єкта
Навколишнє середовище	Добробут, безпека, побут, забезпеченість, доступність та якість медичної допомоги і соціального забезпечення, доступність інформації, можливість навчання і підвищення кваліфікації, дозвілля, екологія (полютанти, шум, клімат)
Духовне життя	Релігія, особисті переконання

тя є динамічним показником, який змінюється з часом залежно від стану дитини. Постійний моніторинг показників якості життя дитини дозволяє при необхідності проводити корекцію лікування. Відповідно до міжнародних стандартів оцінювати якість життя повинна сама дитина. На думку багатьох авторів, мінімальний вік, з якого діти можуть адекватно оцінювати якість життя, – 5 років. До п'ятирічного віку якість життя дитини оцінюють батьки. Були проведені дослідження якості життя дітей, хворих на БА, за результатами яких можна оптимізувати індивідуальний моніторинг стану дитини з оцінкою результатів лікування, підвищити якість нових методів терапії [1, 6, 8, 10, 13, 16]. На сьогодні медицина не має змоги повністю вилікувати БА, тому вивчення впливу терапії на якість життя дітей, хворих на БА, є актуальним.

Мета дослідження – провести оцінку якості життя дітей, хворих на бронхіальну астму, порівняти ефективність застосування базисної протизапальної монотерапії інгаляційними кортикостероїдами та комбінованої (інгаляційний кортикостероїд + β_2 -агоніст пролонгованої дії) базисної протизапальної терапії захворювання.

Матеріал і методи. Проведено обстеження та анкетування 135 дітей, хворих на БА, у віці від 7 до 18 років, які перебували на обліку у пульмонологічному відділенні клінічної міської дитячої лікарні № 16 м. Харкова. Хворі на БА були розподілені на дві групи: основну групу (n=71), до складу якої ввійшли діти, які протягом 6 місяців одержували базисну терапію БА комбінованим препаратом у складі інгаляційного кортикостероїду флутиказону пропіонату та β_2 -агоніста пролон-

гованої дії сальметеролу («серетид»), та групу контролю (n=64), у складі якої хворі одержували протизапальну терапію БА протягом 6 місяців тільки інгаляційним кортикостероїдом флутиказону пропіонатом («фліксо-тид»). Дозування базисних препаратів відповідало ступеню контролю астми та Протоколу лікування бронхіальної астми у дітей, затверженому Наказом МОЗ України від 8 жовтня 2013 року № 868 [5]. Ефективність лікування оцінювали через 3, 6 місяців терапії за клінічними даними та показниками функції зовнішнього дихання: ОФВ₁, пікової швидкості видиху, добової лабільності бронхів. Рівень якості життя хворих на БА дітей вивчали з використанням «Краткого общего вопросника оценки статуса здоровья» – аналога загального запитальника SF-36 [17]. До запитальника входять такі шкали: фізичне функціонування, рольове функціонування, біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, психологічне здоров'я. Повноту контролю перебігу БА хворі оцінювали самостійно та за допомогою батьків з використанням Астма Контроль Тесту (АСТ): більше 20 балів – добрий контроль, 16–19 балів – частковий, менш ніж 15 балів – поганий контроль.

Результати та їх обговорення. Клініко-функціональні показники обстежених були порівняні в обох групах (табл. 2).

Типовий напад ядухи після контакту з алергеном відмічено у 55 (71,5 %) хворих основної групи і 46 (71,9 %) дітей з групи контролю. Обтяжену спадковість з алергічних хвороб мали більш ніж половина обстежених в обох групах: 38 (53,5 %) дітей основної групи та 33 (51,5 %) – групи контролю. Рецидивуючий бронхообструктивний синдром був

Таблиця 2. Клініко-функціональна характеристика обстежених хворих

Симптоми	Група контролю (n=64)	Основна група (n=71)
Типовий напад ядухи після контакту з алергеном	46 (71,9 %)	55 (71,5 %)
Обтяжена спадковість за алергічними хворобами	33 (51,5 %)	38 (53,5 %)
Рецидивуючий бронхообструктивний синдром	51 (79,7 %)	58 (81,6 %)
Позалеженеві прояви алергії (атопічний дерматит, алергічний риніт)	61 (95,3 %)	69 (97,2 %)
Еозинофілія крові	58 (90,6 %)	62 (87,3 %)
Алергічна форма астми	64 (100 %)	71 (100 %)
ОФВ ₁ , %	69±5	64±4
Добова лабільність бронхів, %	24,00±4,11	26,00±3,02

притаманним 58 (81,6 %) пацієнтам основної групи та 51 (79,7 %) дитині контрольної групи. Позалеженеві прояви алергії (алергічний риніт, атопічний дерматит) були типовими майже для всіх хворих: 69 (97,2 %) пацієнтам основної групи і 61 (95,3 %) – у групі контролю. Еозинофілію крові виявляли у більшості хворих в обох групах. Усі діти мали алергічну форму БА. ОФВ₁ у період загострення БА у дітей основної групи становив (64±4) %, у дітей контрольної групи – (69±5) %; добова лабільність бронхів – (26,00±3,02) і (24,00±4,11) % відповідно.

Вже через 1 місяць лікування комбінованим препаратом 39 (54,9 %) дітей основної групи мали добрий контроль перебігу астми, а інші хворі цієї групи відмічали суттєве зменшення симптомів дихального дискомфорту та зниження потреби в застосуванні β₂-агоністів швидкої дії. Через 3 місяці базисної терапії комбінованим препаратом 67 (94,4 %) дітей основної групи оцінювали контроль перебігу астми у 20 балів, тобто мали добрий контроль перебігу хвороби. Загострення астми за цей період спостереження у хворих не відмічено, були відсутніми нічні напади, показник ОФВ₁ перевищував 80 % від належних величин і у середньому дорівнював (96,37±4,94) %, а добова лабільність бронхів не перевищувала 10 %, у середньому – (8,90±1,87) %. У той же час тільки третина дітей [21 (32,8 %)] контрольної групи, які одержували монотерапію інгаляційним кортикостероїдом флутиказону пропіонатом, досягли доброго контролю захворювання через 1 місяць терапії. Через 3 місяці лікування 51 (79,7 %) хворий цієї групи мав добрий контроль БА. У всіх обстежених контрольної групи показник ОФВ₁ також досягав 80 % і більше, у середньому –

(90,57±1,92) %, а середній показник добової лабільності бронхів становив (13,20±5,27) %. Треба відмітити, що показники функції зовнішнього дихання на тлі протизапальної терапії мали позитивну динаміку у порівнянні з вихідними даними у дітей обох груп, проте більш значне підвищення ОФВ₁ та зменшення показників лабільності бронхів мали діти на тлі комбінованої протизапальної терапії астми.

Після 3 місяців базисної терапії хворі основної групи оцінили контроль перебігу БА у 23 бали, а діти з контрольної групи – у 20 балів, тобто всі хворі мали добрий контроль перебігу захворювання. Проте вже через півроку спостереження у дітей, яким була призначена базисна протизапальна терапія тільки інгаляційним кортикостероїдом, оцінка контролю знижувалася до 18 балів, що відповідало частковому контролю перебігу астми, тоді як у пацієнтів з комбінованою базисною терапією БА зберігався добрий контроль перебігу захворювання – 20–23 бали за АСТ. Незважаючи на тривалість лікування (протягом 6 місяців) у обстежених обох груп не було зафіксовано порушень фізичного розвитку: діти не відставали в рості від однолітків, показники маси тіла не перевищували 1δ, не спостерігалось вірогідного зниження рівня кальцію в крові.

Аналізуючи фізичний компонент здоров'я, який включає згідно з запитальником SF-36 фізичне і рольове функціонування та загальне здоров'я, треба відмітити, що діти, які отримували базисну терапію комбінованим препаратом, оцінювали загальне здоров'я вище, ніж діти з групи контролю. Життєздатність та соціальне функціонування як задовільне оцінювала приблизно половина хворих

обох груп. Емоційне функціонування як добре відмічали 60 (84,5 %) дітей з основної групи і тільки 47 (73,4 %) хворих групи контролю. Така ж тенденція зберігалася і при оцінюванні психологічного здоров'я: як добре оцінили 46 (64,8 %) дітей основної групи і 36 (56,2 %) дітей – контрольної. Таким чином, психічний компонент здоров'я більш високий у хворих, які одержували комбіновану базисну терапію БА. При порівнянні показників об'єму повсякденної активності життя у обстежених обох груп спостерігалось вірогідне його підвищення також у дітей основної групи. В катанезі, через 1 рік спостереження, значне покращання стану здоров'я відмітили 60 (84,5 %) хворих основної групи, які одержували комбіновану протизапальну терапію. В групі контролю тільки 41 (64,1 %) пацієнт відмітив значне покращання стану після монотерапії інгаляційними стероїдами.

Список літератури

1. *Винярская И. В.* Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья детей и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование) : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение», 14.00.09 «Педиатрия» / И. В. Винярская. – М., 2008. – 44 с.
2. *Гуменюк Е. Л.* Современные доставочные устройства в управлении бронхиальной астмой / Е. Л. Гуменюк, В. И. Игнатъева // Астма та алергія. – 2002. – № 1. – С. 27–31.
3. *Зайков С. В.* Бронхообструктивный синдром и возможности его лечения / С. В. Зайков // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2008. – № 5/2 (спецвипуск). – С. 31–36.
4. *Asher I.* Global burden of asthma among children / I. Asher, N. Pearce // The Internat. Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2014. – V. 18, № 11. – P. 1269–1278.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 08 жовтня 2013 року № 868 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги – бронхіальна астма у дітей». – Режим доступу : www.dec.gov.ua/mtd/.../2013_868BA_dor.../2013_868_ukpmd_BA_dor.doc.
6. *Тимошина Е. Л.* Качество жизни: актуальность проблемы и характеристика качества жизни у детей с бронхиальной астмой / Е. Л. Тимошина, С. Б. Дугарова // Бюл. сибирской медицины. – 2009. – № 4. – С. 105–112.
7. *Ласиця О. Л.* Алергологія дитячого віку / О. Л. Ласиця, Т. С. Ласиця, С. М. Недельська. – К. : Книга плюс, 2004. – 263 с.
8. *Albsoul-Younes A. M.* Improving quality of life in asthmatic children / A. M. Albsoul-Younes, I. A. Al-Doghim, S. A. Al-Safi // Indian J. Pediatr. – 2004. – V. 71, № 12. – P. 1075–1078.
9. Changes in personal control as a predictor of quality of life after pulmonary rehabilitation / R. Arnold, A. V. Ranshor, G. H. Korter [et al.] // Patient education and counseling. – 2006. – V. 61. – P. 99–108.
10. *Annett R. D.* Assessment of health status and quality of life outcomes for children with asthma / R. D. Annett // J. Allergy Clin. Immunol. – 2001. – V. 107, № 5. – P. 253–257.
11. Deprivation, smoking, and quality of life in asthma / J. B. Austin, S. Selvaraj, D. Godden [et al.] // Arch. Dis. Child. – 2005. – V. 90, № 3. – P. 253–257.
12. Development and evaluation of an Asthma-Specific Quality of Life (A-QOL) questionnaire / E. H. Environmental, S. H. Kim, J. H. Choi [et al.] // J. Asthma. – 2009. – V. 46. – P. 716–721.

Висновки

1. Якість життя дітей, хворих на бронхіальну астму, значною мірою залежить від складу протизапальної терапії. Показники якості життя кращі у пацієнтів, які одержують комбіновану протизапальну терапію у складі інгаляційного стероїду флутиказону пропіонату та β_2 -агоніста пролонгованої дії сальметеролу.

2. Базисна терапія бронхіальної астми комбінованими препаратами сприяє більш швидкому покращанню перебігу захворювання, нормалізації та збільшенню функціональних показників та приводить до формування тривалого повного контролю захворювання.

3. Протизапальна терапія бронхіальної астми у дітей комбінованими препаратами є більш ефективною, ніж монотерапія, не викликає негативного впливу на фізичний розвиток дитини та приводить до більш суттєвого покращання показників рівня якості життя.

13. Seasons and other factors affecting the quality of asthmatic children / L. Garcia-Marcos, I. Carvajal Uruena, A. Escribano Montaner [et al.] // J. of Investigational Allergy and Clinical Immunology. – 2007. – V. 17. – P. 249–256.

14. Juniper E. F. Relationship between quality of life and clinical status in asthma: a factor analysis / E. F. Juniper, M. E. Wisnieewski, F. M. Cox // Eur. Respir. J. – 2004. – V. 23, № 2. – P. 287–291.

15. Liser C. The measurement of quality of life in young children / C. Liser, H. Mohay, R. Morse // Child. Care Health Dev. – 2000. – V. 26. – P. 401–414.

16. Марданова М. Т. Влияние бронхиальной астмы на качество жизни у детей / М. Т. Марданова, К. И. Сероева // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 49–50.

17. Ware J. E. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller. – Boston, MA; The Health Institute, New England Medical Center, 1994.

Н.П. Алексеева

ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Приведены результаты оценки эффективности терапии и качества жизни у детей с бронхиальной астмой в зависимости от объема базисной противовоспалительной терапии. Выявлены позитивное влияние на качество жизни и высокая эффективность лечения бронхиальной астмы с использованием комбинированных препаратов в составе ингаляционных стероидов и β_2 -агонистов длительного действия.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, лечение, качество жизни.

N.P. Alekseeva

THE THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN: EFFECTIVENESS, SAFETY AND QUALITY OF LIFE

The results of estimation of effectiveness therapy and quality of life in children with bronchial asthma depending on base anti-inflammatory therapy, are presented. Positive influence on quality of life and high effectiveness of bronchial asthma treatment using combined therapy (inhalation steroid and β_2 -agonist of long-term action) are specified.

Key words: bronchial asthma, children, treatment, quality of life.

Поступила 28.04.15