

Омушева С.Э.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ЖАШОО САПАТЫНА
 АЛЛЕРГИЯЛЫК РИНИТТИН ТААСИРИ**

Омушева С.Э.

**ВЛИЯНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
 У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

S.E. Omusheva

**IMPACT OF THE ALLERGIC RHINITIS ON THE LIFE QUALITY
 OF CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

УДК: 616.211-002-056.3-053.2:616-092.11 (575.2)

Азыркы учурдагы изилдөөнүн максаты: дайыма жана мезгил сайын аллергиялык ринит менен ооруган балдардын жашоосунун өзгөчөлүгүнүн сапаты. Эң биринчи балдардын жашоосунун сапатынын анкетасы - суроо берүү PRQLQ (Pediatric Rhino conjunctivitis Quality of Life Questionnaire) колдонулган. Бардык көрсөткүчтөр боюнча дайыма аллергиялык ринит менен ооруган балдардын жашоосунун сапаты абдан ылдыйлаганы байкалды.

Негизги сөздөр: балдар, аллергиялык ринит, жашоо сапаты.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей качества жизни детей, страдающих аллергическим ринитом интермиттирующего и персистирующего течения. Впервые была использована анкета качества жизни у детей - опросник PRQLQ (Pediatric Rhino conjunctivitis Quality of Life Questionnaire). Выявлено, что по всем показателям наиболее снижено качество жизни у детей, страдающих аллергическим ринитом персистирующего течения.

Ключевые слова: дети, аллергический ринит, качество жизни.

The goal of this research was to study the specificities of the life quality (LQ) of children suffering from allergic rhinitis (AR) of intermittent and persisting development. The Pediatric Life Quality Questionnaire PRQLQ (Pediatric Rhino conjunctivitis Quality of Life Questionnaire) was used for the first time. It was revealed that children with persistent allergic rhinitis have the lower life quality by all indicators.

Key words: children, allergic rhinitis, life quality.

Актуальность. Изучение качества жизни в алергологии, в частности при аллергическом рините не вызывает сомнений. Качество жизни (КЖ) ребенка – это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования здорового или больного ребенка, основанная на его субъективном восприятии. Другими словами КЖ – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества [1,2]. При аллергических заболеваниях, уровень КЖ является более информативным показателем прогноза выживаемости, чем

объективные клиничко-лабораторные данные. Традиционные пути обследования детей показывают одностороннее представление о болезни и эффективности лечения, и не позволяют оценить психологическую, социальную сферу ребенка, его отношение к своему состоянию [3,4]. Было отмечено, что у детей возникают трудности при описании объективных симптомов аллергического ринита (АР), тяжести заболевания и тех признаков, что делают жизнь комфортной [5]. Включение оценки качества жизни в программу обследования может решить эту проблему и позволит повысить качество жизненной позиции.

АР считается самым «безобидным» и прогностически благоприятным заболеванием, однако исследования последних лет показывают, что низкий уровень качества жизни имеют именно дети с АР. Симптомы АР отрицательно влияют на академическую успеваемость, дети пропускают школу чаще, чем их сверстники. В США количество пропущенных учебных занятий составил 2 млн. учебных дней в году [6]. По данным М. Mansour и А. Simon в своих исследованиях отметили ассоциацию «много пропускающих» детей и более низкое качество жизни [7,8]. В исследовании М. Bosser при анализе эмоционально-значимых изменений было выявлено, что подростки страдающие АР часто переживают, испытывают трудности в общении со сверстниками, имеют пониженную самооценку, тем самым провоцируя свою изоляцию [9]. Н. Aghahi в когортном исследовании свидетельствовали, что дети с нелеченным АР указывали на ограничение физической активности, бессоницу и беспокойство [10]. Кроме того высокая стоимость лечения АР продолжает расти: в Европе медицинские расходы составили 2,5-3,5 млрд. евро, в США 6-11 млрд. долларов [11]. Общепризнано, что концепция исследования КЖ в педиатрии – это новое перспективное научное направление, имеющее большие потенциальные возможности применения в клинической практике [1]. В научной литературе ближнего зарубежья встречаются публикации о КЖ

детей, но большинство исследований КЖ в педиатрии у больных БА. Результаты многоцентрового популяционного исследования КЖ в России, в 2004 г. позволили выявить зависимость параметров КЖ у детей, больных БА от демографических показателей, выраженности симптомов заболевания, степени его контроля и вида адекватной противовоспалительной терапии [3]. По данным Кыргызского Астма-центра в результате обучающих программ было отмечено достоверное повышение КЖ, улучшение клинической симптоматики и показателей вентиляции у детей, больных БА возрасте 7-15 лет [12,13]. По данным Жерносюк В.Ф., Новиковой М.Е качество жизни детей, больных АР страдало более существенно, чем у пациентов с БА [5]. А по данным Томиловой А.Ю., Намазовой Л.С. было выявлено, что у детей, страдающих круглогодичным АР среднетяжелого и тяжелого течения, в 90% случаев отмечались явления социальной деадаптации и значительно снижалось КЖ [14]. В Кыргызстане исследования КЖ у детей, больных АР не проводились.

Цель исследования: изучить особенности качество жизни у детей, страдающих АР по опроснику PRQLQ (Paediatric Rhino conjunctivitis Quality of Life Questionnaire) для уточнения мероприятий по его повышению.

Материалы и методы. На базе отделения клинической аллергологии и иммунологии Национального центра охраны материнства и детства г. Бишкек было проведено анкетирование 79 детей от 2 до 16 лет по опроснику PRQLQ (Paediatric Rhino conjunctivitis Quality of Life Questionnaire). Все исследованные дети были разделены на две группы. В 1-ую группу были включены 40 (50,6%) детей с интермиттирующим аллергическим ринитом (ИАР), во 2-ую группу – 39 (49,4%) детей с персистирующим аллергическим ринитом (ПАР). Опросник PRQLQ включает вопросы по 6 параметрам: носовые симптомы и глазные симптомы, общие симптомы, практические проблемы, эмоциональное состояние, ограничение активности. Каждый пункт оценивался по 6 балльной системе от 0 до 6 баллов (где 6 баллов – серьезные проблемы). Чем выше показатель, тем хуже качество жизни. Диагноз АР выставлялся в период обострения по классификации ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma). Всем больным проводилось общеклиническое (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глист), аллергологическое (аллергоанамнез, кожные аллергические пробы) и иммунологические обследования (IgE, IgA, IgM, IgG). Рентгенологическое обследование (R-графия пазух носа). При осмотре ЛОР-врачом были выявлены специфические изменения слизистой оболочки, характерные для АР: отек носовых раковин, наличие слизистого секрета, цвет слизистой оболочки от бледно-розового до бледноватого.

Полученные данные обрабатывались с помощью статистического пакета SPSS-16. В ходе работы проводили расчет средних значений и их стандартных отклонений и сравнивали средние значения между

группами. Определяли связь между показателями методом ранговой корреляции Спирмена. Рассчитывался достигнутый уровень значимости (p), за достоверный уровень значимости принимался равный 0,05 и меньше.

Результаты исследования и их обсуждение.

Большую часть среди обследованных детей составляли мальчики - 54 (68%), а девочек было 25 (32%). Достоверно чаще встречались больные со среднетяжелым течением - 17 (42,5%), чем с тяжелым течением - 13 детей (26,5%) и с легким течением - 10 больных (25%) при ИАР. Во второй группе у больных легкая степень тяжести не наблюдалась. Средняя и тяжелая степень тяжести были выявлены у 22 (56,4%) и у 17 (43,6%) больных детей соответственно. Начало заболевания отмечалось с 1 года. Пик заболевания у 11 больных (27,5%) с ИАР приходился на возраст 7-9 лет, а у пациентов ПАР в том же возрасте у 10 (30,3%). В первой группе наследственная предрасположенность встречалась у 62,5% обследованных, из них по материнской линии – у 12 детей (30%), по отцовской линии – у 10 детей (25%), по обеим линиям – у 3 детей (7,5%). Во второй группе отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 53,8% детей, отягощенность по материнской линии была отмечена у 20,5% (8 детей), по отцовской линии – 25,6% (10 детей), по обеим линиям - 7,7% (3 детей). Средние показатели общего IgE в сыворотке крови превышали нормальные значения в 4 раза (451,09±284,272 единицы). При изучении спектра сенсибилизации среди больных с ИАР была выявлена пыльцевая сенсибилизация (сорняковые – полынь и др., злаковые – райграс, лисохвост, и др.). При ПАР наблюдалась сенсибилизация не менее, чем к 3 аллергенам: бытовым (клещи домашней пыли, шерсть животных), пищевым и пыльцевым аллергенам.

При ИАР симптомы возникают у детей менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в месяц, чаще в весенне-летнее время года. При ПАР симптомы наблюдаются более 4 дней в неделю или более 4 недель, сезонно или круглогодично. Назальные симптомы были выражены в обеих возрастных группах. При сравнении средних значений назальных симптомов были выявлены значимые различия: заложенность носа, более выраженная у больных второй группы. Выраженная ринорея чаще наблюдалась у пациентов первой группы (p=0,001). Чихание и зуд носа присутствовали в обеих группах, различий не было выявлено (p>0,05).

Таблица 1 - Носовые симптомы у детей с АРЭ.

Носовые симптомы	I группа - ИАР (n=40) M±σ	II группа – ПАР (n=39) M±σ
Заложенность носа	3,9±1,31	4,9±0,75*
Ринорея	3,53±1,26*	2,36±1,15
Чихание	3,50±1,01	3,56±0,82
Зуд носа	3,62±1,03	3,85±0,87

Примечание: *p<0,05; достоверность различий между группами.

АР сопровождается аллергическим конъюнктивитом. Детей в обеих возрастных группах беспокоили глазные симптомы: зуд глаз, слезотечение, жжение в глазах, гиперемия конъюнктивы. У пациентов первой группы зуд глаз, слезотечение и гиперемия конъюнктивы были более значительными, чем во второй группе ($p=0,001$) (табл. 2).

Таблица 2 – Симптомы конъюнктивита при АР.

Глазные симптомы	I группа - ИАР (n=40) M±σ	II группа – ПАР (n=39) M±σ
Зуд глаз	3,28±2,0*	1,72±1,53
Слезотечение	2,3±1,87*	1,26±1,39
Жжение глаз	1,63±1,77	1,1±1,27
Гиперемия конъюнктивы	2,08±1,74*	1,31±1,21

Примечание: * $p<0,05$; достоверность различий между группами.

Симптомы АР существенно ухудшали самочувствие детей. Больные чувствовали такие симптомы, как дневную усталость, вялость, упадок сил, снижение работоспособности, плохую концентрацию внимания, причем у пациентов во второй группе выраженность общих симптомов статистически достоверно была сильнее, чем у пациентов первой группы ($p=0,001$). Методом ранговой корреляции Спирмена выявлена положительная сильная зависимость между заложенностью носа и выраженностью общих симптомов ($p<0,05$) для детей обеих групп. В первой группе связь между заложенностью носа и головной болью не выявлена, тогда как во второй группе была характерна значительная корреляция ($r=0,508$). У детей в первой группе зависимость заложенности носа от дневной усталости и упадка сил выявлена значительная связь ($r=0,374$ и $0,601$), тогда как у больных второй группы – корреляция между данными признаками не выявлено.

Таблица 3 - Общие симптомы у детей с АР.

Общие симптомы	I группа – ИАР (n=40) M±σ	II группа – ПАР (n=39) M±σ
Дневная усталость	2,45±1,48**	4,13±0,95*
Сухость во рту	3,10±1,63**	4,28±0,64* **
Снижение работоспособности	2,45±1,39**	3,79±1,12* **
Вялость	2,33±1,42**	3,77±0,77* **
Плохая концентрация внимания	2,4±1,51**	3,15±1,04* **
Головная боль	2,03±1,65	4,64±0,96* **
Упадок сил	1,8±1,47**	4,05±0,64*

Примечание: * $p<0,05$ – достоверность различий между группами, ** $p<0,05$ – достоверность значимости корреляции между заложенностью носа и общими симптомами.

Больные с неконтролируемыми симптомами АР вынужденно сталкиваются с практическими проблемами. Вследствие выраженной ринореи возникает необходимость носить платок и часто высмаркиваться, эти признаки статистически достоверно наиболее были выражены у детей обеих групп, отмечена сильная корреляционная связь ($r=0,569-0,713$). Статистически достоверная положительная умеренная связь наблюдалась у больных первой группы между заложенностью носа и практическими проблемами

($r=0,421-0,569$), тогда как у больных второй группы практические проблемы не выражены. Больные второй группы были вынуждены чаще тереть нос из-за выраженного зуда носа, выявлена сильная корреляция ($r=0,857$) (табл. 4).

Таблица 4 - Показатели выраженности практических проблем.

Практические проблемы	I группа – ИАР (n=40) M±σ	II группа – ПАР (n=39) M±σ
Необходимость носить с собой платок	3,33±1,14*	1,64±1,20
Вынужденность тереть нос/ глаза	3,78±1,02	4,23±0,77*
Необходимость высморкаться	3,5±1,13*	1,51±1,18

Примечание: * $p<0,05$ – достоверность различий между группами.

Поведенческие проблемы приводили к снижению социального интегрирования со сверстниками, и как следствие к изоляции ребенка. Негативные эмоциональные влияния были у детей в обеих группах, без статистических различий ($p>0,05$). Сравнительный анализ средних значений между группами позволил определить статистическое отличие ряда симптомов: раздражительность, вспыльчивость, обидчивость чаще отмечали больные второй группы ($p=0,02$). В первой группе появившаяся заложенность носа и ринорея вызывала чувство огорчения и стеснения ($r=0,348-0,54$), во 2 группе приступообразное чихание было причиной огорчения ($r=0,323$), выраженный зуд вызывал нетерпеливость, вспыльчивость ($r=0,328$) ($p<0,05$). Заложенность носа – раздражение ($r=0,326$, табл. 5).

Таблица 5 - Эмоциональные симптомы у детей с АР.

Эмоциональные симптомы	I группа – ИАР (n=40) M±σ	II группа – ПАР (n=39) M±σ
Огорчение	2,78±1,38**	3,38±1,04***
Вспыльчивость, нетерпеливость	2,83±1,41	3,77±0,84***
Раздражение	3,35±0,92	4,41±0,63***
Стеснение	2,83±1,82**	3,18±1,12

Примечание: * $p<0,05$ – достоверность различий между группами, ** $p<0,05$ – достоверность значимости корреляции между заложенностью носа и эмоциональными симптомами.

В первой группе носовые симптомы ограничивали дневную активность ($r=0,482-0,580$), нарушение сна ($r=0,559$), снижали потребность в общении ($r=0,399$) и физическую активность ($r=0,319$). Между исследуемыми параметрами и явлениями выявлена значительная положительная связь. Во второй группе больных носовые симптомы не влияли на ограничение деятельности, но имелась прямая корреляция заложенности носа с нарушением сна ($r=0,498$). Проблемы со сном снижают дневную активность, ограничивает желание заниматься спортом, что приводило к поведенческим проблемам, снижению способности к обучению и общения со сверстниками. Эти симптомы свойственны больным обеих групп ($r=0,319-0,574$), при этом в первой группе больные не были ограничены в занятиях спортом (табл. 6).

Таблица 6 – Симптомы ограничения общей деятельности у детей с АР.

Ограничение деятельности	I группа - ИАР (n=42) M±σ	II группа – ПАР (n=40)M±σ
Нарушение дневной активности	2,78±1,09** ***	3,90±0,71* ** ***
Нарушение способности к учебе.	2,28±1,51 ***	3,41±1,04* ***
Нарушение общение со сверстниками	1,45±1,72** ***	4,13±0,89* ***
Нежелание заняться спортом	2,03±1,51**	3,54±0,82* ***
Нарушение сна	2,38±1,95**	4,28±0,75* **

*p<0,05-достоверность различий между группами; **p<0,05-достоверность значимости корреляции между носовыми симптомами и ограничение деятельности; ***p<0,05-достоверность значимости корреляции между нарушением сна и ограничением деятельности.

Детальный анализ показателей КЖ по блокам позволил выявить высокую степень выраженности носовых симптомов и практических проблем в обеих группах. У детей первой группы наиболее выражены глазные симптомы, а у больных второй группы наблюдалось ухудшение по блокам: общие симптомы, эмоциональный аспект и ограничение деятельности (табл. 7).

Таблица 7 – Параметры качества жизни детей с АР.

Параметры качества жизни	I группа - ИАР (n=40) M±σ	II группа – ПАР (n=39) M±σ
Носовые симптомы	3,6±0,85	3,76±0,51
Глазные симптомы	2,31±1,59*	1,34±1,22
Общие симптомы	2,36±1,25	3,97±0,58 *
Практические проблемы	3,23± 0,89	3,06±0,48
Эмоциональное состояние	2,94±1,14	3,68± 0,66*
Ограничение деятельности	2,18± 1,20	3,85± 0,61 *
Общий показатель качества жизни	2,78±0,89	3,30±0,46*

Примечание: *p<0,05 - достоверность различий между группами.

Таким образом: проведенное исследование выявило, что опросник PRQLQ дает представление о влиянии заболевания на состояние пациента и на качество его жизни.

Выводы:

1. Среди больных с АР преобладают мальчики, тяжесть течения определяется формой заболевания с достоверным преобладанием тяжелых форм заболевания среди детей с ПАР, в группе детей с ИАР чаще отмечается легкая и среднетяжелое течение. Персистирующие формы редуцируются сочетанными вариантами аллергенов.

2. Клинические признаки АР проявляются в виде назальных и глазных симптомов, с достоверным преобладанием назальной выраженности у детей с ПАР, тогда так глазные симптомы у больных ИАР. Следствием поражения слизистой носа и глаз являются негативные изменения общего состояния детей, их эмоционального статуса и физической активности. Степень этих изменений коррелирует с тяжестью АР и выраженностью патологических изменений со стороны носа и глаз.

3. АР негативно влияет на все параметры качества жизни, по общему показателю качества жизни, определенному по опроснику PRQLQ (Paediatric Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire), более выраженные нарушения качества жизни отмечаются у детей с персистирующей формой АР (средний уровень общего показателя качества жизни ПАР составляет 3,30±0,46). Оценка качества жизни у детей с АР является этапом эффективного лечения и диспансеризации детей с АР.

Литература:

1. Жерносек В.Ф., Новикова М.Е. Качество жизни и его особенности у детей с аллергическими заболеваниями. // Медицинские новости. - 2004. - №11. - С. 26-30.
2. Сенкевич Н.Ю., Ханова Ф.М., Сафрин К.В. // Атмосфера. - 2002. - №4. - С. 26-28.
3. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В. и др. Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой. - М.: «Атмосфера», 2003.
4. Varni J.W., Seid M., The Peds QL 4.0: rehabilitateandvalidityofLifeinventoryversion 4.0 genericcore scaies in healthy and patient populations// Med.Care. - 2001; 39:800-812.
5. Juniper E.F., Howland W.C., Roberts N.B. et al. Measuring quality of life in children with rhinoconjunctivitis // J. Allergy Clin. Immunol. -1998; 101:163-170.
6. Зайков С.В., Богомолов А.Е. и другие. Качество жизни пациентов с аллергическими заболеваниями. // Здоровая Украина. - 2015. - №10. - С. 359.

7. Mansour M.E., Kotagal U., Rose B. et al. HealthBrelated quality of life in urban elementary schoolchildren // Pediatrics. 2003; 111:1372-1381. [PubMed]; International Organization for Migration.
8. Simon A.E., Chan K.S., Forrest C.B. Assessment of children's healthBrelated quality of life in the United States with a multidimen Bsional index // Pediatrics. 2008; 121:118-126.
9. Borres M.P., Brakenhielm G., Irander K. How many teenagers think they have allergic rhinoconjunctivitis and what they do about it // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1997; 78: 29-34.
10. Arriahi H.M., Cook C.K., Redding G.J. The prevalence and impact of allergic rhinitis among teenagers // J. Allergy Clin. Immunol. 1996; 97. 430.
11. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen) // Allergy. 2008; 63, №86: 8-160.
12. Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А. // Российский педиатрический журнал. - 2001. - №5. - С. 19-22.
13. Ашералиев М.Е. Пути повышения эффективности терапии и качества жизни у детей больных бронхиальной астмой. - М., 2009. - С. 190.
14. Томилова А.Ю., Намазова Л.С и другие. Влияние комплексной терапии на качество жизни детей с аллергическим ринитом // Педиатрическая фармакология. - 2007. - Т.4. - №2. - С. 67-71.

Рецензент: д.м.н. Кучербаяев А.А.
