

Е.В. ПРОСЕKOBA,  
Б.И. ГЕЛЬЦЕР,  
Е.В. МАРКЕЛОВА,  
Н.Ю. МАТВЕЕВА  
Детская городская  
клиническая больница,  
Владивостокский  
государственный  
медицинский университет,  
Владивосток, Россия

УДК: 616.248-053.2

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Цель настоящего исследования – определение качества жизни и сравнительная оценка степени влияния различных методов фармакотерапии на благополучие ребенка при бронхиальной астме. Анализ качества жизни у 264 детей 4-16 лет с бронхиальной астмой (БА) и 55 здоровых сверстников проводился с использованием российской адаптированной В.И. Петровым и И.В. Смоленовым версии опросника А. West, D. French “Childhood asthma questionnaire” во Владивостокском детском Астма-центре в 1998-1999 г.г. При БА у детей отмечалось снижение жизненной активности в сочетании с высоким дистрессом, приводящие к дезадаптации в коллективе сверстников. Мониторинг показателей качества жизни детей со среднетяжелой БА зафиксировал 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.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *качество жизни, бронхиальная астма, базисная терапия.*

## QUALITY OF LIFE AS EFFICIENCY CRITERION OF BASIC THERAPY IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA

*E.V. PROSEKOVA, B.I. GELZER, E.V. MARKELOVA, N.YU. MATVEYEVA*

*Vladivostok city child hospital, Vladivostok state medical university, Vladivostok, Russia.*

The object of the investigation is to define quality of life changes and to evaluate the influence of different pharmacotherapeutic methods on bronchial asthma child healthy well-being. Quality of life analysis in 264 children with bronchial asthma (BA) of age 4-16 and 55 healthy ones the same age was carried out with A. West, D. French “Childhood asthma questionnaire” Russian version adopted by V.I. Petrov and I.V. Smolenov in Vladivostok Childhood Asthma Centre in 1998-1999. Patients with BA were determined to have life activity reduced in combine with deep distress that was leading to misadaptation among children of the same age. The analysis of life quality indicis dynamics in patients with midgrave BA showed positive influence of basic therapy on healthy well-being. It was more clearly manifested by use of Sodium Nedocromil (Tilade) and Fluticasone Propionate (Flixotide) more over the analysis supplemented the efficacy of therapy clinical evalation and proved the degree and period of BA child’s activity correction to be determined by drug choice to a large extent.

**KEY WORDS:** *quality of life, bronchial asthma, basic therapy.*

Хронический характер течения бронхиальной астмы (БА), необходимость длительной фармакотерапии, негативно влияют на образ жизни ребенка, ограничивают его активность, постоянно поддерживая

состояние психоэмоционального стресса [1,5,6,7]. Это определяет приоритетность улучшения качества жизни ребенка при выборе программ лечения. Основной целью терапии БА у детей является контроль за заболеванием путем уменьшения воспаления и улучшения функции легких, снижения 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], дает возможность количественно отразить результаты лечения с позиции самого пациента. Определяют качество жизни с помощью соответствующих опросников и анкет [3,4,9].

Цель настоящего исследования - определение изменений качества жизни и сравнительная оценка степени влияния различных методов фармакотерапии на благополучие ребенка при бронхиальной астме.

**Материал и методы.** *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, адаптированная В.И. Петровым и И.В. Смоленовым [8] версия опросника A. West, D. French "Childhood asthma questionnaire" [8,9]. Данная версия опросника является воспроизводимой, адаптированной к возрастным психоэмоциональным особенностям ребенка, обладает доказанной чувствительностью к терапевтическим вмешательствам [2,3,4]. Принцип самостоятельного заполнения опросника позволяет избежать интервью и фактора стеснения ребенка в выражении чувств перед другим человеком.*

*Нами оценка изменений показателей качества жизни под влиянием базисной терапии проводи-*

*лась у 200 детей со среднетяжелым клиническим течением (при отсутствии базисной терапии не менее трех месяцев накануне) в динамике через один, три и шесть месяцев терапии. Дети находились под наблюдением в Городском Астма-центре г. Владивостока 1998-1999 г.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 первую группу вошли дети с БА, в качестве базисного препарата получавшие тайлед (недокромил натрия, Ронк-Пуленк Рорер, Франция), во вторую - фликсотид (флутиказон пропионат, Глаксо Велком, Великобритания), в третью - специфическую иммунотерапию (СИТ) причиннозначимыми бытовыми (домашней пылью и клеща домашней пыли) в сочетании с пыльцевыми аллергенами (НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, РАМН, Москва) в первый месяц в сочетании с тайледом, в четвертую группу вошли дети с терапией кетотифеном (Ривофарм, Швейцария; Польша, Польша) и инталом в капсулах (20 мг кромогликат натрия, Ронк-Пуленк Рорер, Франция) через спинхалер. Возрастной и половой состав групп практически не различался (табл. 1).*

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

**Таблица 1**

**Численность, возрастной и половой состав групп детей с разными вариантами базисной фармакотерапии бронхиальной астмы.**

Показатели	Препарат базисной терапии			
	Тайлед	Фликсотид	СИТ	Кетотифен и интал
Номер группы в исследовании	1	2	3	4
Численность	50	50	50	50
Соотношение мальчиков и девочек в %	70/30	70/30	72/28	66/34
Возраст 4-7 лет	10	12	8	10
8-11 лет	20	20	15	15
12-16 лет	20	18	27	25

## Результаты и обсуждение.

Исходный уровень качества жизни детей со среднетяжелым клиническим течением БА отличался снижением жизненной активности и высоким уровнем дистресса во всех возрастных группах. 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  $35,00 \pm 0,71$  соответственно). Аналогичные изменения отмечены в показателях качества активной жизни младших школьников с БА по сравнению со здоровыми сверстниками ( $26,71 \pm 0,7$  против  $30,75 \pm 0,37$   $p < 0,001$ ), в то же время различия жизненной активности детей с легким и среднетяжелым течением болезни сгладились ( $p > 0,05$ ). Показатели качества пассивной и подростковой жизни у школьников с астмой заметно не отличались от аналогичных у здоровых сверстников. 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 (табл.2). Только у детей 8-11 лет месяц терапии тайледом, фликсотидом и СИТ приводил 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 трехмесячная терапия тайледом, фликсотидом и СИТ достоверно ( $p < 0,001$ ) увеличивали уровень жизненной активности, в тоже время у подростков данные изменения отмечены только в первой группе и менее значимые ( $p < 0,05$ ). Лишь полугодовая терапия при астме тайледом, фликсотидом и СИТ приводили к повышению качества активной жизни детей 12-16 лет, адекватному у младших школьников при терапии теми же препаратами но в течение трех месяцев.

У дошкольников повышение качества повседневной жизни отмечено через три месяца терапии тайледом и фликсотидом ( $p < 0,05$ ). Продолжение базисной терапии до шести месяцев увеличило достоверность этих изменений ( $p < 0,001$ ), повысило уровень

повседневной жизни у детей 4-7 лет 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 у детей 8-11 лет при данной терапии достоверно увеличилось качество активной жизни, не достигая уровня здоровых детей.

Снижение уровня психоэмоционального дистресса происходило по истечении трех месяцев проведения базисной терапии у дошкольников во всех наблюдаемых группах, у младших школьников (8-11 лет) - только в первой группе наблюдения (с  $24,76 \pm 0,91$  до  $22,00 \pm 0,49$   $p < 0,05$ ). У подростков базисная терапия тайледом, фликсотидом, СИТ в течение трех месяцев приводила к достоверному снижению дистресса, уровень которого продолжал снижаться в последующие месяцы терапии и через 6 месяцев стал ниже такового у детей с легким течением болезни. Проведенные исследования не отметили значимого корригирующего эффекта терапии кетотифеном и инталом на качество жизни детей при среднетяжелом течении БА.

Анализ динамики показателей качества жизни детей со среднетяжелой БА зафиксировал 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.

## 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 ребенка и повышает степень его участия в коллективе сверстников.

2. Влияние терапии тайледом и фликсотидом на благополучие ребенка с БА однонаправлено, значительно не различается по срокам и степени проявлений и регистрируется преимущественно через три месяца 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 месяцев от начала терапии.

4. Шесть месяцев терапии кетотифеном и инталом не оказали выраженного действия на уровень жизненной активности детей со среднетяжелым течением БА. Степень снижения дистресса и субъективной оценки тяжести болезни ребенком при дан-

ной терапии значительно ниже, чем при использовании в терапии тайледа и фликсотида.

5. Высокий уровень дистресса оставался таким при БА у детей и на фоне базисной терапии во всех группах, что требует психологической коррекции.

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни под влиянием базисной терапии (M±m)

Длительность терапии		Показатели качества жизни							
		4-7 лет		8-11 лет			12-16 лет		
		повседневной жизни	дистресс	Активной Жизни	дистресс	тяжесть	активной жизни	дистресс	тяжесть
1 месяц терапии	До лечения	31,90±0,33 ↓	12,61±0,31 ↑↑	26,71±0,70 ↓	24,76±0,91 ↑↑	15,55±0,75 ↑↑	26,97±0,65 ↓	46,97±0,88 ↑↑	18,63±0,87 ↑↑
	1 группа	32,60±0,49 ≈	11,80±0,21 ≈	27,80±0,56 ≈	23,90±0,63 ≈	13,40±0,54 ↓	27,40±0,66 ≈	45,70±0,38 ≈	17,0±0,41 ≈
	2 группа	32,41±0,41 ≈	11,83±0,31 ≈	28,0±0,49 ≈	24,0±0,51 ≈	13,20±0,41 ↓	27,20±0,70 ≈	46,10±0,41 ≈	17,20±0,64 ≈
	3 группа	32,0±0,41 ≈	11,60±0,34 ≈	27,90±0,37 ≈	24,10±0,48 ≈	13,20±0,48 ↓	27,50±0,48 ≈	45,80±0,52 ≈	17,40±0,58 ≈
3 месяца терапии	1 группа	33,2±0,43 ↑	10,50±0,30 ↓Л	30,25±0,43 ↑N	22,0±0,49 ↓	11,10±0,34 ↓	29,20±0,45 ↑	43,55±0,45 ↓	15,10±0,42 ↓Л
	2 группа	33,15±0,37 ↑	10,91±0,20 ↓	30,10±0,37 ↑N	22,60±0,51 ≈	11,20±0,44 ↓	28,60±0,51 ≈	44,10±0,48 ↓	15,40±0,51 ↓Л
	3 группа	33,10±0,51 ≈	10,80±0,31 ↓	29,80±0,41 ↑	22,40±0,71 ≈	11,0±0,48 ↓	28,40±0,43 ≈	43,90±0,60 ↓	15,40±0,56 ↓Л
	4 группа	32,20±0,24 ≈	11,60±0,28 ↓	28,0±0,32 ≈	23,20±0,45 ≈	13,80±0,51 ≈	27,30±0,64 ≈	45,80±0,54 ≈	16,80±0,68 ≈
6 месяцев терапии	1 группа	34,60±0,37 ↑N	9,40±0,26 ↓Л	30,90±0,36 ↑N	21,30±0,46 ↓	10,60±0,40 ↓Л	30,80±0,48 ↑	41,80±0,51 ↓Л	13,20±0,34 ↓↓
	2 группа	34,30±0,43 ↑N	9,58±0,34 ↓Л	30,40±0,43 ↑N	21,60±0,51 ↓	10,40±0,54 ↓Л	29,90±0,64 ↑	42,20±0,42 ↓Л	14,0±0,40 ↓↓
	3 группа	34,61±0,51 ↑N	9,75±0,21 ↓Л	30,2±0,34 ↑N	21,20±0,48 ↓	10,20±0,48 ↓Л	31,0±0,70 ↑	41,60±0,45 ↓Л	13,4±0,44 ↓↓
	4 группа	32,80±0,48 ≈	11,0±0,30 ↓	28,5±0,40 ↑	23,0±0,54 ≈	13,0±0,75 ↓	28,20±0,60 ≈	44,10±0,64 ↓	16,0±0,58 ↓Л
Здоровые дети		34,8±0,56	-	30,75±0,37	-	-	32,10±0,39	-	-

**Примечание**

- ↓- достоверное повышение, снижение показателя к уровню до лечения
- N – повышение до уровня здоровых сверстников
- ↓Л – снижение до уровня детей с легким течением болезни
- ≈ – без достоверных изменений к уровню до лечения

**ЛИТЕРАТУРА.**

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия . // Пульмонология. – 1996. -3. – Приложение.
2. Машукова Н.Г. Совершенствование методов информационной терапии и сравнительная оценка их эффективности при бронхиальной астме у детей. : Автореф. дис. ... к.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. // Российский педиатрический журнал. – 1998. - №4. – С. 16-21.
4. Петров В.И., Смоленов И.В., Медведева С.С., Смирнов Н.А., Иликова О.А. Качество жизни у детей с бронхиальной астмой: методы оценки. Пособие для врачей. – М. – 1998. – 15 с.
5. Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С., Чучалин А.Г. Оценка влияния образовательных программ в пульмонологии (астма-школа) на качество жизни больных бронхиальной астмой (первый опыт применения в России опросника S -36 в пульмонологии). // Пульмонология. – 1997. - №3. – С. 18-22.
6. Чучалин А.Г., Синкевич Н.Ю. Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита. // Тер. Архив. – 1998. - №9. – С. 53-57.
7. Thwaites R.M.A., Price M.S. Уменьшение бремени бронхиальной астмы: улучшение качества жизни пациентов. // Пульмонология. – 1998. - №3. – С. 19-23.

8. rench D., Christie M.J. Developing outcome measures for children: the example of "Quality of life" assessment for pediatric asthma. // Health Outcomes in Primary and Outpatient Care. Harwod Academic. – 1995.
9. Joyce A. Gramer, Bert Spilker, Ph.D. Quality of life and pharmacoecoeconomics. An Introduction Lippincott – Raven Publishers Philadelphia, New York. – 1998. – P. 274.

П.Д. НОВИКОВ,  
Ю.В. СЕРГЕЕВ,  
Н.Д. НОВИКОВА  
Витебский медицинский  
университет, г. Витебск  
Институт аллергологии и  
клинической иммунологии,  
НИИ физико-химической  
медицины МЗ РФ, Москва

УДК 57.083.32

## АЛЛЕРГИЯ К ЛАТЕКСУ

**Обзор.** Приводятся данные о распространенности и механизмах аллергии к латексу. Указывается на связь ее с пищевой аллергией.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** аллергия к латексу.

### LATEX ALLERGY

*P.D. NOVIKOV, YU.V. SERGEYEV, N.D. NOVIKOVA*  
*Vitebsk State Medical University, Vitebsk,*  
*Physics-chemistry Medicine Institute, Allergology and Clinical Immunology Institute,*  
*Moscow, Russia*

**The data concerning mechanisms of latex allergy and its distribution in population are summarized in review. The relations between latex and food allergy are discussed.**

**KEY WORDS:** latex allergy.

В последнее время все чаще описывается аллергия на латекс, что связано с расширением употребления изделий из него [21]. При обследовании лабораторными методами аллергия к латексу обнаружена у 6,5% доноров [26]. В Германии аллергия на латекс обнаруживается у 2,8% населения; среди медицинского персонала – у 10-17%. В воздухе различных медицинских помещений концентрация латекса колеблется в пределах 6-205 нг/м<sup>3</sup>. При обследовании медицинского персонала количество sensibilizированных к латексу составило: в больнице – 5,8 %, а в зубоврачебных кабинетах – 25 %. Обнаружена прямая зависимость развития sensibilизации к латексу с работой в условиях присутствия латекса в воздухе помещений. Считают, что основным источником поступления латекса в воздух помещений является пудра, используемая для обработки медицинских перчаток [4,7]. К группам риска развития этой аллергии относятся со-

трудники лечебных учреждений, особенно персонал хирургических отделений, лица, занятые в производстве перчаток из латекса и др. Особенно опасна эта аллергия при атопии вследствие возможности развития анафилактического шока [16].

Латекс получают из млечного сока каучуконосного дерева гевеи – *Hevea brasiliensis* путем обработки вулканизаторами, катализаторами, антиоксидантами и консервантами. Из латекса изготавливают медицинские перчатки, катетеры, презервативы, баллоны и многие другие резиновые изделия. Для облегчения использования перчатки припудривают кукурузным крахмалом.

*Основные аллергены* латекса это белки: фактор элонгации каучука (м.м. 14 кДа), гевеин С (14 кДа), прогевеин (20 кДа), профилин (14-15 кДа), гевамин и другие белки (29-33 кДа) [3]. В последнее время дана новая номенклатура аллергенов латекса: фактор удлинения резины (Hev b1), проге-