

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-2.47>

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЗА ОЦІНКОЮ ШКОЛЯРІВ,
ХВОРИХ НА ЕОЗИНОФІЛЬНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ,
ТА ЇЇ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД КОНТРОЛЮ
СИМПТОМІВ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Колоскова О. К.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Дубецька Т. О.

*аспірант кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна*

Бронхіальна астма у дітей є одним з найбільш поширених хронічних захворювань, яке комплексно впливає на здоров'я дитини, змінюючи, зокрема, якість її життя [1, с. 536–546]. Діти з недостатнім контролем над симптомами захворювання відчують доволі помітні негативні його наслідки у повсякденному житті, зокрема, пропуск шкільних занять, обмеження активності, емоційні негаразди, безсоння тощо. Сучасні рекомендації щодо покращення результатів лікування для пацієнтів включають стратегії підвищення рівня якості життя хворих [2, с. 235–44], контролю симптомів та зменшення числа загострень, які потребують надання невідкладної допомоги [3].

Оцінка змін якості життя пацієнтів із бронхіальною астмою є одним з важливих критеріїв, які дозволяють оцінити ефективність як медикаментозних втручань у досягненні контролю симптомів астми [4, с. 675–683], так і немедикаментозної корекції, а також навчання хворих самоконтролю [5]. І хоча фенотипова неоднорідність бронхіальної астми наразі вивчена доволі глибоко [6, с. 148–153], питання особливостей якості життя хворих дітей залежно від певного астма-фенотипу в наукових джерелах практично не висвітлені.

Мета роботи. Дослідити особливості самооцінки якості життя хворми на еозинофільну бронхіальну астму дітьми шкільного віку та їх батьками з урахуванням рівня контрольованості симптомів захворювання та виразності гіпереозинофілії мокротиння.

Матеріал і методи. З дотриманням актуальних біоетичних вимог, на бази пульмо-алергологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м.Чернівці впродовж 2017-2019 років обстежено 165 хворих на персистувальну бронхіальну астму (пБА) дітей шкільного віку, з яких методом простої випадкової вибірки виокремлено когорту з 131 дитини, за результатами загально-клінічного аналізу крові якої абсолютний вміст еозинофільних гранулоцитів у периферичній крові перевищував 250 клітин/мм³ і становив $648,5 \pm 30,72$ клітин/мм³, що дозволило верифікувати у них так званий «еозинофільний паттерн крові» [7, с. 374–380].

Групоформувальним обрано показник відносного умісту ацидофільних гранулоцитів мокротиння $\geq 3,0\%$, що за даними літератури виступає критерієм вирізнення «еозинофільного фенотипу астми» [8, с. 1033-1039]. Першу (I) клінічну групу сформували 65 дітей, у яких середній відносний вміст еозинофілів у мокротинні перевищував 3% і становив $16,2 \pm 2,28\%$, а до складу другої (II) групи увійшли 66 хворих школярів, у яких середній вміст еозинофільних гранулоцитів у мокротинні становив лише $0,6 \pm 0,1\%$ ($p < 0,001$). Отже, I група представлена школярами з гіпереозинофілією крові та мокротиння, II – хворими з еозинофільним запальним паттерном крові без накопичення даних гранулоцитів у мокротинні, а контрольну групу сформували 34 однолітки з нормальним вмістом ацидофільних гранулоцитів як у крові, так і мокротинні. За основними клінічними характеристиками групи хворих не відрізнялися.

Якість життя оцінювали за допомогою запропонованих E.Juniper (1996) «Опитувальника з якості життя дітей із бронхіальною астмою (PAQLQ)» (QOL TECHNOLOGIES Ltd, Canada, 1996) для самооцінки дітьми, а також «Опитувальника з якості життя опікунів дітей, хворих на астму (PACQLQ)» (QOL TECHNOLOGIES Ltd., Canada, 2000) для опитування батьків [9, с. 35-46]. Дані анкети містять 23 запитання для пацієнтів (PAQLQ) і 13 питань для батьків хворих дітей (PACQLQ), та охоплюють три групи запитань, що стосуються симптомів астми, обмеження активності та емоційної сфери. Відповідь на кожне питання оцінювалася від 1 (дитина та батьки „відчувають» бронхіальну астму щоденно) до 7 (хвороба не турбує) балів. У подальшому визначали середнє арифметичне значення по кожній із груп запитань. Збільшення балів у динаміці свідчило про покращання показників якості життя.

З метою оцінки контрольованості симптомів астми застосовували Asthma Control Scoring System (ACSS) [10, с. 683–692].

Результати і обговорення. На рис. 1 наведені середні результати самооцінки хворими на астму школярами якості життя за анкетною PAQLQ.



Рис. 1. Оцінка хворими школярами якості життя (в балах)

Таким чином, для еозинофільного астма-фенотипу характернішим є гірша оцінка дітьми емоційних переживань та наявних симптомів захворювання, а найкращу самооцінку обмеженням у щоденній активності відмітили представники контрольної групи.

Опитування батьків за допомогою анкети PACQLQ також продемонструвало гіршу оцінку емоційної сфери у представників клінічних груп порівняння та дещо кращу – домена, який дозволяє оцінити обмеження щоденної активності дитини. Найгіршу оцінку обмеження щоденної активності визначали батьки хворих II групи, а емоційних порушень – контрольної.

Порівняльний аналіз результатів оцінки якості життя серед хворих із недостатнім і низьким рівнем контролю симптомів астми (за шкалою ACSS) наведено на рис. 2.

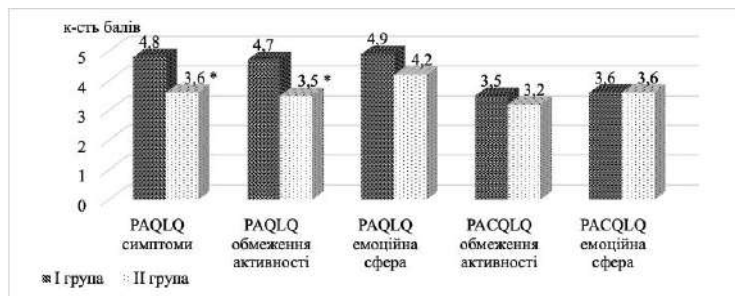


Рис. 2. Самооцінка якості життя за опитувальниками PAQLQ та PACQLQ при втраті контролю симптомів еозинофільної астми

Отже, втрата контролю над симптомами астми у хворих із гіпереозинофілією мокротиння асоціює із вірогідно гіршою оцінкою якості

життя дітьми, проте не їх батьками, що підкреслює цілу низку поведінкових проблем [11, с. 6957], пов'язаних із стосунками у сім'ях хворих дітей, психологічних утруднень, недостатнього нагляду батьками за дітьми. Окрім того, виявлені особливості, мабуть, відображували вплив хронічного захворювання дитини та психо-емоційний стан усієї родини, а, отже, моніторинг повинен передбачати не лише контроль симптомів захворювання, проте оцінку якості життя [12, с. 187–193].

Висновки.

1. Еозинофільний астма-фенотип вирізняється гіршою самооцінкою школярами якості життя, зокрема в емоційній сфері, ніж при неезинофільній астмі.

2. Втрата контролю супроводжується вірогідно гіршою якістю життя хворими із гіперезинофілією мокротиння, проте не їх батьками.

3. Недооцінка батьками погіршення якості життя дітей свідчить про напруженість стосунків у родинах хворих дітей і вимагає постійного моніторингу та психологічної підтримки родин.

Література:

1. Bellin MH, Osteen P, Kub J, et al. Stress and Quality of Life in Urban Caregivers of Children With Poorly Controlled Asthma: A Longitudinal Analysis. *J Pediatr Health Care*. 2015; № 29 (6). P. 536–546.

2. Indinnimeo L, Chiarotti F, De Vittori V, Baldini L, De Castro G, Zicari AM, et al. Risk factors affecting quality of life in a group of Italian children with asthma. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2014. № 27 (2). P. 235–44.

3. National Asthma Education and Prevention Program Third Expert Panel on the Diagnosis and Management of Asthma. Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2007.

4. Taylor YJ, Tapp H, Shade LE, Liu TL, Mowrer JL, Dulin MF. Impact of shared decision making on asthma quality of life and asthma control among children. *J Asthma*. 2018; № 55 (6). P. 675–683.

5. Harris K, Kneale D, Lasserson TJ, McDonald VM, Grigg J, Thomas J. School-based self-management interventions for asthma in children and adolescents: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019. № 1(1). CD011651. Published 2019 Jan 28.

6. Kwong CG, Bacharier LB. Phenotypes of wheezing and asthma in preschool children. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2019. № 19(2). P. 148–153.

7. R. Nadif, V. Siroux, M. P. Oryszczyn, C. Ravault et al. Heterogeneity of asthma according to blood inflammatory patterns. *Thorax*. 2009. № 64. P. 374–380.

8. Lemière, Catherine, et al. Airway inflammation assessed by invasive and noninvasive means in severe asthma: eosinophilic and noneosinophilic phenotypes. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2006. P. 1033–1039.

9. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. *Qual Life Res*. 1996. № 5. P. 35–46.

10. Michelle Gonçalves de Souza Tavares, Márcia Margaret Menezes Pizzichini, Leila John Marques Steidle, Nazaré Otilia Nazário, Cristiane Cinara Rocha, Maíra Chiaradia Perraro, Emílio Pizzichini. The Asthma Control Scoring System: Translation and cross-cultural adaptation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2010. № 36(6). P. 683–692.

11. Montalbano L, Ferrante G, Montella S, et al. Relationship between quality of life and behavioural disorders in children with persistent asthma: a Multiple Indicators Multiple Causes (MIMIC) model. *Sci Rep*. 2020; №10(1) P. 6957. Published 2020 Apr 24.

12. Brand PL, Mäkelä MJ, Szeffler SJ, Frischer T, Price D; ERS Task Force Monitoring Asthma in Children. Monitoring asthma in childhood: symptoms, exacerbations and quality of life. *Eur Respir Rev*. 2015. № 24(136). P. 187–193.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-2.48>

ЧИ МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ АНАМНЕСТИЧНІ ДАНІ І ВМІСТ ЗАГАЛЬНОГО IGE ЯК ЧИННИКИ РИЗИКУ АТОПІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ШКОЛЯРІВ

Колоскова О. К.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Мислицька Г. О.

*аспірант кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна*

Згідно сучасних поглядів, атопія характеризується продукцією специфічного IgE у відповідь на контакт з алергеном [1, с. 607–610], а шкірні уколочні алергопроби розглядаються як зручний тест по виявленню