

**С.Э. Загорский**

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

**Качество жизни детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом**

Важный критерий оценки болезни – качество жизни (КЖ). Цель исследования – оценка показателей КЖ у детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом (РЭ). При помощи опросника PedsQL 4.0 проведено анкетирование 80 детей с РЭ в период обострения и 80 практически здоровых детей в возрасте 12–18 лет. Показано, что КЖ детей с РЭ значительно хуже, чем у здоровых детей ( $p < 0,00001$ ), это связано преимущественно с ограничением физической активности ( $p = 0,0008$ ). Более выраженные нарушения показателей КЖ отмечены у пациентов с РЭ в эмоциональной сфере и учебе. КЖ детей с РЭ в большей степени снижается при неструктивных поражениях слизистой оболочки пищевода и не зависит от возраста и пола. Ухудшение КЖ у детей с РЭ требует учета субъективного восприятия болезни пациентами с данной патологией и адекватной оптимизации лечения.

**Ключевые слова:** *качество жизни, дети, рефлюкс-эзофагит.*

**Контактная информация:** *Загорский Сергей Эверович, канд. мед. наук.*

*E-mail: sergzagorsky@rambler.ru*

© Автор, 2012

**У**величение доли хронической патологии в структуре заболеваемости детей и подростков – современная тенденция. Среди хронических заболеваний одно из ведущих мест занимают болезни пищеварительной системы, среди которых наиболее стремительный рост в последние годы демонстрирует гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [1–5].

Одним из развивающихся и перспективных инструментов оценки состояния здоровья детей стало изучение качества их жизни (КЖ) [6–10]. КЖ – интегральная характеристика физиологического, психологического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Определение поня-

**S.E. ZAGORSKIY**

**Quality of life of older children and adolescents with reflux esophagitis**

Quality of life (QoL) is an important criterion for evaluating the impact of disease and for assessing the efficacy of treatments. The objective of this study was to evaluate the quality of life in older children and adolescents with gastroesophageal reflux disease (GERD). 80 children with GERD in an exacerbation stage and 80 normal healthy children aged 12–18 years were surveyed using the Peds QL 4.0 questionnaire. QoL scores in children with GERD were found to be much worse than those of healthy children ( $p < 0.00001$ ), this being due primarily to restricted physical activity ( $p = 0.0008$ ). More pronounced impairments of quality of life were observed in patients with GERD in emotional sphere and academic performance. QoL of children with GERD tends to decrease to a greater degree during non-destructive lesions of esophageal mucosa and is not a function of age or sex. Impairment of QoL in children with GERD warrants taking account of how patients perceive the severity of their disease and adequately optimizing treatment outcomes.

**Key words:** *quality of life, children, reflux esophagitis.*

тия «качество жизни» логически и структурно тесно связано с дефиницией здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – это состояние полного физического, социального и психологического благополучия человека, а не просто отсутствие болезни и физических дефектов».

Важнейшая задача медицины на сегодняшний день – не только вернуть человека к здоровому состоянию, но и вернуть его в общество, проведя психологическую и социальную адаптацию. Применение такого диагностического критерия, как КЖ, позволяет учитывать индивидуальные особенности пациента при выборе тактики и стратегии лечения. Кроме того, на основании полученных данных о КЖ пациента врач должен не только добиться улучшения объективных физиологических показателей, но и разработать комплекс мер по устранению социальных причин, обуславливающих заболевание, дать рекомендации по здоровому образу жизни, стилю поведения. Наконец, оценка КЖ служит важным критерием эффективности лечения и реабилитационных мероприятий.

Внедрение простого и надежного метода оценки КЖ, прежде всего у детей с различными хроническими заболеваниями, даст возможность улучшить качество медицинской помощи больным, продолжить разработку вопросов медицинской, психологической и социальной реабилитации диспансерной группы больных детей в стационаре, санатории, первичном звене здравоохранения.

Существует несколько видов опросников для оценки КЖ в педиатрии: *Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL)*, *Child Health Questionnaire (CHQ)*, *TNO-AZL Child Quality of Life Questionnaire (TACQOL)*, *Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE)*, *German generic quality of life instrument for children (KINDL)* и др. Разработаны специальные опросники для оценки КЖ у детей с заболеваниями различного профиля (аллергическими, онкологическими, неврологическими, нефрологическими и др.) [6, 7, 9, 10].

В качестве одного из наиболее известных опросников оценки КЖ у детей предлагается русская версия общего детского опросника оценки качества жизни – *PedsQL 4.0 Generic Core Scales* [8]. Он содержит 23 вопроса. Немаловажные преимущества этого опросника: хорошие психометрические качества; простота и удобство при заполнении, статистической обработке и интерпретации результатов; широкий возрастной диапазон (от 2 до 18 лет).

В течение последних лет проведены исследования по изучению влияния заболеваний на физическое, психологическое и социальное функционирование детей в пульмонологии, онкологии, кардиологии, дерматологии и других областях педиатрии [11–15], однако публикации, посвященные КЖ педи-

атрических больных гастроэнтерологического профиля, малочисленны и не позволяют представить многие аспекты развития и течения болезни [16–18]. Недостаточно изучена проблема КЖ при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни как у взрослых, так и у детей [19–22].

**Цель исследования:** оценить показатели качества жизни у детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для исследования методом сплошной случайной выборки было отобрано 80 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет с РЭ в период обострения (*основная группа*). Диагноз эзофагита был верифицирован при проведении эзофагогастродуоденоскопии в 2009–2010 годах на базе эндоскопических кабинетов 3-й и 4-й городских детских клинических больниц г. Минска. Средний возраст обследованных детей с РЭ составил  $15,64 \pm 0,17$  года; мальчиков – 35 (43,8%), девочек – 45 (56,2%). *Контрольная группа* – 80 детей, поступивших для стационарного лечения острых респираторных инфекций. Дети контрольной и основной групп были сопоставимы по возрасту и полу (средний возраст –  $15,61 \pm 0,18$ ; мальчиков – 35, девочек – 45). Критерии исключения из исследования для обеих групп – острые заболевания, перенесенные в течение последних двух месяцев, а также указания в анамнезе на наличие хронических заболеваний других систем (кроме органов пищеварения); для контрольной группы – наличие субъективных и/или объективных данных в пользу патологии пищеварительной системы.

КЖ оценивали при помощи опросника *PedsQL 4.0* [8]. Опросник состоит из 23 вопросов и включает 4 шкалы: физическое функционирование (8 вопросов), эмоциональное функционирование (5 вопросов), социальное функционирование (5 вопросов) и жизнь в учебном заведении (5 вопросов). Общее количество баллов после процедуры перекодирования каждого из пяти вариантов ответа рассчитывается в итоге по 100-балльной шкале (от 0 до 100 баллов): чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка.

Статистическая обработка материалов выполнена с использованием пакета программ *Statistica 6.0*. При анализе данных применяли непараметрический метод с расчетом U-критерия Манна-Уитни. При сравнении относительных частот рассчитывали двусторонний критерий статистической значимости  $p$  (при необходимости с применением поправки Бонферрони). Уровнем статистической достоверности считали  $p < 0,05$  [23].

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анкетировании детей с рефлюкс-эзофагитом (основная группа) и пациентов, не имеющих жалоб, типичных для патологии органов пищеварения (контрольная группа), были получены ответы, характеризующие качество жизни (табл. 1). Установлено, что дети с РЭ имели значительно более низкие суммарные показатели КЖ по сравнению с детьми контрольной группы ( $p < 0,00001$ ), при этом статистически значимые различия достигались преимущественно за счет снижения показателей физического функционирования ( $p = 0,0008$ ).

Умеренно выраженные изменения в показателях КЖ у детей по сравнению с данными, полученными у взрослых пациентов с патологией пищевода, могут быть обусловлены менее выраженными клиническими проявлениями болезни в детском возрасте. Немаловажную роль в быстрой коррекции КЖ может играть своевременное и адекватное лечение эзофагита.

При оценке изменений КЖ у детей с РЭ отмечены более значительные сдвиги в сторону снижения функционирования в сфере эмоциональной и учебной активности. В частности, 100-балльная оценка (то есть отсутствие нарушений в данной сфере) встречалась значительно реже по сравнению с физической и социальной активностью (соответственно в 18,3 и 14,3% против 50,6 и 61,3%; двусторонний критерий статистической значимости  $p$  с поправкой Бонферрони  $< 0,0001$ ).

При сопоставлении показателей КЖ у детей с РЭ в зависимости от наличия эрозивных поражений слизистой оболочки пищевода оказалось, что КЖ у детей без деструктивных изменений было ниже, чем при эрозивном эзофагите ( $p < 0,000001$ , U-критерий Манна-Уитни). Такие тенденции, не достигающие статистически значимых различий, выявлены в каждой отдельной сфере функционирования, по которой проводилась оценка КЖ. Сравнительная структура суммарных показателей КЖ в подгруппах обследованных детей с РЭ представлена на графике 1.

Вероятно, более низкое КЖ у детей при отсутствии эрозивных поражений пищевода по сравнению с пациентами с деструктивными формами эзофагита связано с участием в возникновении у последних ряда острых повреждающих факторов, не успевающих значительно изменить субъективные ощущения болезненного состояния. В то же время длительный дисбаланс между факторами агрессии и защиты может приводить, с одной стороны, к менее тяжелым повреждениям слизистой оболочки пищевода, с другой – к более выраженному нарушению КЖ у детей этой группы.

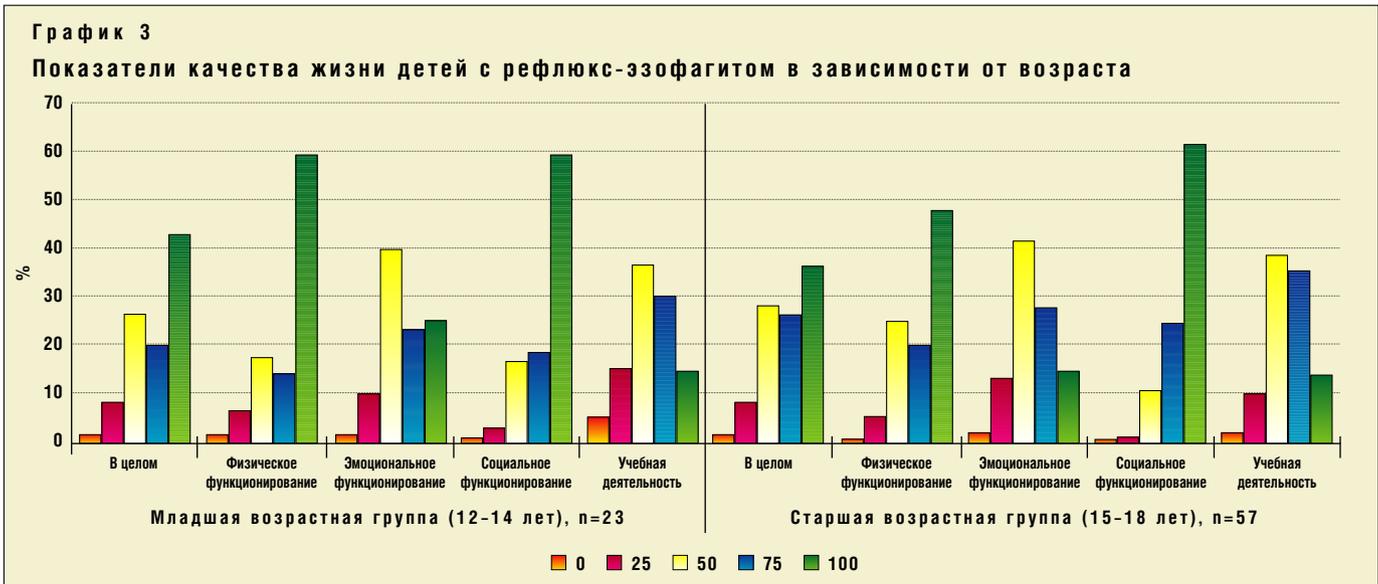
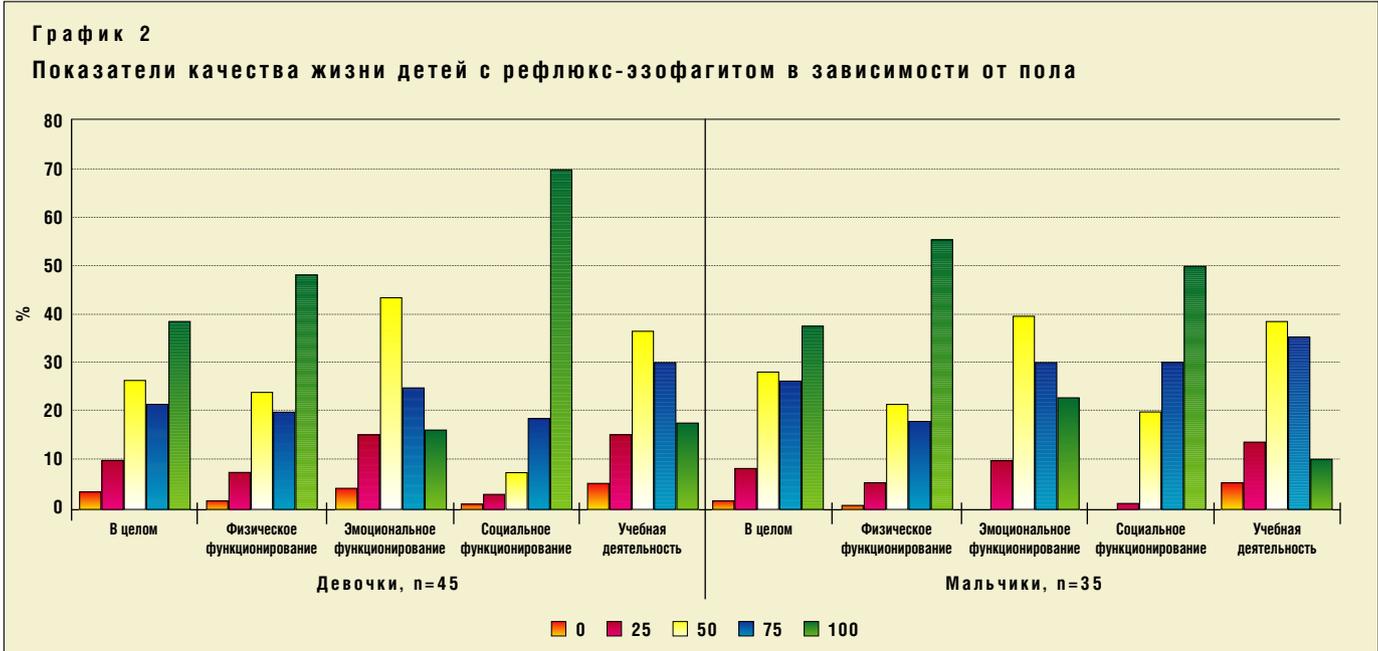
При анализе показателей КЖ в зависимости от пола и возраста не было выявлено статистически значимых различий как по суммарному показателю ( $p = 0,99$  и  $p = 0,97$ , U-критерий Манна-Уитни), так и по отдельным сферам (физическое, эмоциональное, социальное функционирование и учебная деятельность) (графики 2, 3).

Таблица 1

## Показатели качества жизни обследованных детей с рефлюкс-эзофагитом

Баллы	Физическое функционирование <sup>1</sup>	Эмоциональное функционирование	Социальное функционирование	Учебная деятельность	В целом <sup>2</sup>
Основная группа, n=80					
0	9 (1,4%)	10 (2,5%)	4 (1,0%)	12 (3,0%)	35 (1,9%)
25	38 (5,9%)	49 (12,3%)	9 (2,3%)	46 (11,5%)	142 (7,7%)
50	148 (23,1%)	162 (40,5%)	50 (12,5%)	151 (37,8%)	511 (27,8%)
75	121 (18,9%)	106 (26,5%)	92 (23,0%)	134 (33,5%)	453 (24,6%)
100	324 (50,6%)	73 (18,3%)	245 (61,3%)	57 (14,3%)	699 (38,0%)
Контрольная группа, n=80					
0	3 (0,5%)	3 (0,8%)	3 (0,8%)	20 (5,0%)	22 (1,2%)
25	22 (3,4%)	29 (7,3%)	5 (1,3%)	25 (6,3%)	75 (4,1%)
50	72 (11,3%)	98 (24,5%)	25 (6,3%)	153 (38,3%)	310 (16,8%)
75	110 (17,2%)	137 (34,3%)	69 (17,3%)	172 (43,0%)	445 (24,2%)
100	433 (67,7%)	133 (33,3%)	298 (74,5%)	30 (7,5%)	988 (53,7%)

Примечания: <sup>1</sup> – статистически значимые различия между группами по КЖ по суммарному показателю физического функционирования ( $p = 0,0008$ , U-критерий Манна-Уитни); <sup>2</sup> – статистически значимые различия между группами по КЖ в целом ( $p < 0,00001$ , U-критерий Манна-Уитни).



Таким образом, по результатам нашего исследования у детей с РЭ отмечается ухудшение КЖ, что требует разработки соответствующих мероприятий в лечебной тактике, адаптированных для конкретного пациента с учетом его индивидуальных особенностей.

## ВЫВОДЫ

Качество жизни детей с рефлюкс-эзофагитом ниже, чем у здоровых детей, это преимущественно связано со снижением физической активности. Наиболее выраженные нарушения показателей качества жизни у пациентов с рефлюкс-эзофагитом отмечены в эмоциональной сфере и учебной деятельности. Качество жизни детей с эзофагитом снижается в большей степени при неструктивных поражениях слизистой оболочки пищевода и не зависит от возраста и пола пациента.

## Литература

1. Бельмер С.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // РМЖ, 2008, т. 16, №3, с. 144–147.
2. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология, 2009, № 6, с. 4–12.
3. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., Герасимова Т.А. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей // Эксперимент. и клинич. гастроэнтерология, 2011, № 1, с. 14–21.
4. Фадеев Г.Д., Кушнир Г.Д., Бабак М.О. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерология, 2008, №5, с. 12–16.
5. Dent J. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease. Gut 2005; 54: 710–7.
6. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Валиulina С.А. и др. Изучение качества жизни детей – важная задача современной педиатрии // Росс. педиатр. журнал, 2005, № 5, с. 30–34.
7. Винярская И.В. Изучение качества жизни у детей // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2006, № 3, с. 28–31.
8. Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование) // Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2008, 44 с.
9. Лукьянова Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии // Качественная клин. практика, 2002, № 4, с. 34–42.
10. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА, 2007, 320 с.
11. Евдокимов Е.Л. Качество жизни у детей с хроническими дерматозами // Психотерапия и клин. психология, 2010, № 1, с. 118–121.
12. Компаниец О.В. Качество жизни и оптимизация тактики лечения детей с сахарным диабетом I типа // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2010, 23 с.
13. Нефедовская Л.В. Исследование качества жизни детей с нарушениями зрения // Вопросы совр. педиатрии, 2009, № 1, с. 10–12.
14. Туманян Г.Т., Донской Д.В., Акопян М.К. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического холецистита у детей // Дет. хирургия, 2010, № 6, с. 11–14.
15. Mishoe S.C. Development of an instrument to assess stress levels and quality of life in children with asthma. J Asthma 1998; 35 (7): 553–63.
16. Саавина А.Д. Качество жизни и пути совершенствования медико-социальной помощи детям с целиакией // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Хабаровск, 2009, 24 с.
17. Гурова М.М., Хмелевская И.Г. Качество жизни детей с хроническими гастродуоденитами // Эксперим. и клин. гастроэнтерология, 2010, № 11, с. 16–22.
18. Дубровская М.И., Усачева Е.М. Психологические особенности детей с поражениями верхнего отдела пищеварительного тракта и избыточной массой тела // Вопросы детск. диетол., 2010, № 1, с. 5–8.
19. Джулай Г.С., Секарева Е.В. Клинико-эндоскопическая характеристика эзофагита и эмоционально-личностная сфера больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол., 2009, № 4, с. 35–39.
20. Маев И.В., Самсонов А.А., Одинцова А.Н. и др. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии // РМЖ, 2010, № 5, с. 283–287.
21. Acierno S.P., Chilcote H.C., Edwards T.C., et al. Development of a quality of life instrument for pediatric gastroesophageal reflux disease: qualitative interviews. J Pediatr Gastroenter and Nutrit 2010; 50 (5): 486–92.
22. Guy D.E., Talley N.J. Gastroesophageal reflux disease: risk factors, and impact on quality of life – a population-based study. J Clin Gastroenter 2009; 43: 111–7.
23. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М., МедиаСфера, 2002, 312 с.