

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕФЛЮКС–ЭЗОФАГИТОМ

С.Э. ЗАГОРСКИЙ

*Полесский государственный университет,
г. Пинск, Республика Беларусь*

Введение. Важным критерием болезненности человека являются его жалобы, субъективно отражающие тяжесть болезни. В данном случае учет различных аспектов восприятия пациентами своей активности при патологических состояниях может помочь в разработке оптимальной терапевтической тактики. Более того, современные медицинские лечебные технологии позволяют в большинстве случаев достичь улучшения или нормализации функциональных показателей организма на фоне различных заболеваний, однако при этом у пациентов нередко сохраняются субъективные ощущения болезни. Это требует оценки эффективности лечения в плане психологической и социальной адаптации пациентов.

В качестве информативного и простого критерия диагностики психологического состояния пациента при различной патологии в последние годы внедрены методы оценки качества жизни (КЖ) [1–15,17,18,21–23]. Показатели КЖ основываются на интегральной характеристике физиологического, социального и психологического функционирования здорового и больного человека, основанной на его субъективном восприятии.

Определение динамики субъективного состояния пациентов на фоне болезни позволит разработать адекватные профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия по ликвидации болезненных ощущений.

Оценка КЖ нашла применение при заболеваниях большинства органов и систем как у взрослых, так и у детей [3–6,8–11,15,18,22].

Болезни пищеварительной системы занимают значительное место в структуре общей заболеваемости. В нынешнем веке отмечается отчетливый рост частоты патологии пищевода, в первую очередь гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [16,19,20]. К типичным осложнениям этого заболевания относится воспалительное поражение пищевода – рефлюкс–эзофагит (РЭ) [24].

Исследования, посвященные изучению КЖ при ГЭРБ немногочисленны [4,5,8,14,17,18,21,23], а в детской гастроэнтерологии имеются лишь единичные работы по данной тематике, не позволяющие сделать определенные выводы о роли этого диагностического критерия [4,5,17].

Целью исследования явилась оценка показателей КЖ у детей старшего возраста и подростков с РЭ в зависимости от влияния различных психосоциальных и психологических факторов.

Методика и объекты исследования. Для исследования методом сплошной случайной выборки было отобрано 116 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет с РЭ в период обострения. Диагноз эзофагита был верифицирован эндоскопически (в соответствии с классификацией G. Tutgat в модификации В.Ф. Приворотского и соавт.) и морфологически при проведении эзофагогастроудоденоскопии в 2009–2010 гг. на базе 3–й и 4–й городских детских клинических больниц г. Минска. В эндоскопических исследованиях использовались фиброэндоскопы Olympus PQ 20, XP 20, XPE 20.

Средний возраст обследованных детей с РЭ ($M \pm SD$) составил $15,63 \pm 1,54$ года (мальчиков – 56 (48,3%), девочек – 60 (51,7%)).

Критериями исключения из исследования были перенесенные в течение последних трех месяцев острые заболевания, а также указания в анамнезе на наличие хронических заболеваний других систем (кроме органов пищеварения).

После получения информированного согласия детей и родителей КЖ оценивали при помощи стандартизованного опросника PedsQL 4.0, адаптированного для русскоязычной среды и возрастного диапазона 12–18 лет [11]. Опросник охватывает все аспекты КЖ, состоит из 23 вопросов и включает 4 шкалы: физическое функционирование (8 вопросов), эмоциональное функционирование (5 вопросов), социальное функционирование (5 вопросов) и ролевое функционирование

(учеба) (5 вопросов). Три последних раздела суммарно отражают психосоциальное функционирование респондента.

Немаловажными преимуществами этого опросника являются: наличие хороших психометрических качеств; простота и удобство в заполнении, статистической обработке и интерпретации результатов; широкий возрастной диапазон (от 2 до 18 лет).

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. Предварительно с каждым из анкетированных проводилась разъяснительная беседа с объяснением смысла поставленных вопросов.

Из социальных факторов учитывали образование родителей, состав семьи (наличие обоих родителей, количество детей), успеваемость обследованных пациентов. Для разделения детей и подростков с РЭ использовали следующие критерии: в первую группу вошли пациенты, у которых родители имели образование не ниже среднего специального, а во вторую – у которых образование было средним или ниже. При сравнении респондентов по составу семьи учитывали отсутствие одного из родителей (неполная семья), а также количество детей (один или более). По успеваемости пациенты были разделены на две группы: имеющие средний балл ниже семи и соответственно выше или равный семи.

В качестве психологического фактора, влияющего на КЖ, оценивали частоту стрессовых ситуаций (расценивали их как частые при возникновении не реже одного раза в неделю).

Статистическая обработка материалов выполнена с использованием пакета программ Statistica 8.0. Показатели КЖ представлены в виде среднего балла и среднего квадратичного отклонения ($M \pm SD$). При анализе данных использовали непараметрический метод с расчетом U–критерия Манна–Уитни – для сравнения в зависимости от состава семьи (полная или неполная семья, один или больше детей), уровня успеваемости и частоты стрессовых ситуаций. За уровень статистической достоверности принимали $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Ряд исследователей указывают на ухудшение преимущественно физического функционирования у пациентов с ГЭРБ [18,21], однако также имеются данные о разностороннем характере снижения показателей КЖ [4,5,17].

К сожалению, в доступной литературе нам не удалось найти публикаций, освещающих изучение связи психосоциальных факторов с течением ГЭРБ.

Полученные в нашем исследовании данные, отражающие возможное влияние психосоциальных факторов на КЖ, представлены в таблицах 1–5.

Таблица 1 – Сравнительные показатели качества жизни у детей и подростков в зависимости от образования родителей

Критерий качества жизни	Образование родителей, баллы ($M \pm SD$)		p, U–критерий Манна–Уитни
	выше среднего (n=44)	среднее (n=72)	
Физическое функционирование	75,9±26,9	77,1±26,7	0,47
Эмоциональное функционирование	61,7±25,7	62,9±25,6	0,59
Социальное функционирование	84,7±21,5	85,9±21,6	0,36
Ролевое функционирование	60,3±23,0	62,4±23,8	0,31
Психосоциальное функционирование	69,0±26,2	70,4±26,1	0,25
В целом	71,4±26,6	72,7±26,5	0,17

Показатели КЖ у детей и подростков с РЭ незначительно отличались при различном уровне образования родителей, хотя и имели тенденцию к снижению во всех сферах в более образованных семьях. Полученные результаты, по–видимому, свидетельствуют об определенной социальной однородности современного белорусского общества, в условиях которого происходит достаточно равномерное распределение субъективного восприятия болезни.

Таблица 2 – Сравнительные показатели качества жизни у детей и подростков в зависимости от наличия родителей

Критерий качества жизни	Наличие родителей, баллы (M±SD)		P, U-критерий Манна-Уитни
	неполная семья (n=39)	полная семья (n=77)	
Физическое функционирование	78,6±26,8	75,6±26,8	0,06
Эмоциональное функционирование	63,5±26,7	61,9±25,1	0,50
Социальное функционирование	85,8±22,1	85,3±21,3	0,55
Рольное функционирование	61,3±25,8	61,9±22,9	0,81
Психосоциальное функционирование	70,2±27,2	69,7±25,6	0,52
В целом	73,1±27,4	71,8±26,2	0,10

В условиях полной семьи у обследованных пациентов наблюдалась отчетливая тенденция к снижению показателей физического функционирования по сравнению с детьми и подростками, у которых не было одного из родителей. Уровень показателей эмоционального и социального функционирования снижался в меньшей степени, и только показатели учебной деятельности на фоне болезни оказались несколько выше в полных семьях. Выявленные изменения КЖ могут свидетельствовать о лучшей адаптации детей и подростков в неполных семьях к изменяющимся условиям жизни, в т.ч. при развитии заболевания.

Таблица 3 – Сравнительные показатели качества жизни у детей и подростков в зависимости от количества детей в семье

Критерий качества жизни	Количество детей в семье, баллы (M±SD)		P, U-критерий Манна-Уитни
	Один ребенок (n=44)	Два и более детей (n=72)	
Физическое функционирование	75,3±26,7	77,4±26,8	0,18
Эмоциональное функционирование	61,9±24,8	62,8±26,2	0,72
Социальное функционирование	82,6±24,0	87,2±19,7	0,04
Рольное функционирование	59,7±22,8	62,9±24,5	0,09
Психосоциальное функционирование	68,1±26,0	70,9±26,2	0,02
В целом	70,6±26,4	73,2±26,6	0,006

Дети и подростки с РЭ, которые являлись единственными в семье, чувствовали себя значительно хуже, особенно в сфере социального функционирования, по сравнению с пациентами, у которых были братья или сестры. Этим обусловлено также снижение показателей психосоциального функционирования и КЖ в целом в первой группе пациентов. Выявленные изменения, возможно, связаны с более комфортными условиями жизни в семьях с одним ребенком, которые при развитии заболевания приводят к выраженному ухудшению психологического статуса. В то же время при наличии сибсов дети были более подготовлены к влиянию болезни на их самочувствие.

Таблица 4 – Сравнительные показатели качества жизни у детей и подростков в зависимости от успеваемости пациентов

Критерий качества жизни	Средний балл успеваемости пациентов, баллы (M±SD)		P, U-критерий Манна-Уитни
	Ниже семи (n=53)	Семь и выше (n=63)	
Физическое функционирование	79,7±24,8	74,0±28,1	0,003
Эмоциональное функционирование	67,9±22,8	57,9±27,0	0,00001
Социальное функционирование	84,2±22,4	86,4±20,8	0,28
Рольное функционирование	61,9±24,0	61,5±23,8	0,69
Психосоциальное функционирование	71,4±24,9	68,6±27,1	0,066
В целом	74,3±25,2	70,5±27,6	0,001

По данным исследования, высокая учебная успеваемость явилась фактором, способствующим снижению КЖ в области физического и особенно эмоционального функционирования и, в конечном итоге, суммарного показателя КЖ. У детей и подростков с более низкой успеваемостью отмечается меньшая восприимчивость к болезненным условиям при ГЭРБ, так как они вообще не столь сильно реагируют на негативные психологические воздействия.

Таблица 5 – Сравнительные показатели качества жизни у детей и подростков в зависимости от частоты стрессовых ситуаций

Критерий качества жизни	Частота стрессовых ситуаций, баллы (M±SD)		p, U-критерий Манна-Уитни
	частые (n=42)	редкие (n=74)	
Физическое функционирование	75,4±27,2	77,3±26,5	0,31
Эмоциональное функционирование	57,7±26,7	65,1±24,6	0,0005
Социальное функционирование	84,4±21,8	86,0±21,4	0,31
Рольное функционирование	61,4±25,9	61,8±22,7	0,64
Психосоциальное функционирование	67,9±27,5	71,0±25,3	0,03
В целом	70,5±27,6	73,2±25,9	0,02

Частые стрессовые ситуации ассоциировались у пациентов с РЭ с ухудшением только в эмоциональной сфере, которое, однако, было столь выраженным, что привело к статистически значимому снижению и суммарного показателя КЖ.

Таким образом, различные психосоциальные факторы оказывают существенное влияние на субъективное восприятие болезни (в частности, ГЭРБ, осложненной РЭ) в детском возрасте. Выявленные изменения КЖ не только отражают потребность современной педиатрии в активной тактике по коррекции нарушенных функций организма во всех проявлениях, но и требуют учета вклада психосоциальных факторов в развитие и течение заболевания при разработке лечебных мероприятий.

Выводы. 1. Уровень КЖ у детей и подростков зависит от влияния психосоциальных факторов, эффект которых является многосторонним и различным по выраженности.

2. Образовательный уровень родителей и их количество не оказывают существенного влияния на показатели КЖ.

3. КЖ ухудшается в большей степени в семьях с единственным ребенком, при высоком уровне успеваемости пациентов и частых стрессовых ситуациях. Если в первом случае преимущественно снижается уровень социального, то в последних двух – эмоционального функционирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А.А. Изучение качества жизни детей – важная задача современной педиатрии / А.А. Баранов [и др.] // Рос. пед. журнал. – 2005. – № 5. – С. 30–34.
2. Винярская, И.В. Изучение качества жизни у детей / И.В. Винярская // Проблемы соц. Гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 3. – С. 28–31.
3. Гурова, М.М. Качество жизни детей с хроническими гастродуоденитами / М.М. Гурова, И.Г. Хмелевская // Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. – 2010. – № 11. – С. 16–22.
4. Джулай, Г.С. Клинико–эндоскопическая характеристика эзофагита и эмоционально–личностная сфера больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Г.С. Джулай, Е.В. Секарева // Эксперимент. и клин. гастроэнтерология. – 2009. – № 4. – С. 35–39.
5. Дубровская, М.И. Психологические особенности детей с поражениями верхнего отдела пищеварительного тракта и избыточной массой тела / М.И. Дубровская, Е.М. Усачева // Вопросы дет. диетологии. – 2010. – № 1. – С. 5–8.
6. Евдокимов, Е.Л. Качество жизни у детей с хроническими дерматозами / Е.Л. Евдокимов // Психотерапия и клинич. психология. – 2010. – № 1. – С. 118–121.
7. Лукьянова, Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е.М. Лукьянова // Качественная клин. практика. – 2002. – № 4. – С. 34–42.
8. Маев, И.В. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии / И.В. Маев [и др.] // РМЖ. – 2010. – № 5. – С. 283–287.
9. Минаев, С.В. Оптимизация программы лечения детей с острыми неспецифическими лимфаденитами / С.В. Минаев [и др.] // Вопросы практ. педиатрии. – 2010. – № 5. – С. 27–30.

10. Нефедовская, Л.В. Исследование качества жизни детей с нарушениями зрения / Л.В. Нефедовская // Вопросы совр. педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 10–12.
11. Новик, А.А. Отдаленные результаты аутологичной трансплантации стволовых кроветворных клеток у больных рассеянным склерозом / А.А. Новик [и др.] // Вестник Международного центра исследования качества жизни. – 2009. – № 13–14. – С. 84–87.
12. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА, 2007. – 320 с.
13. Решетников, О.В. Качество жизни при диспепсии и синдроме раздраженного кишечника: популяционное исследование / О.В. Решетников [и др.] // Эксперимент. И клинич. Гастроэнтерология. – 2010. – № 3. – С. 27–31.
14. Трухманов, А.С. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов / А.С. Трухманов, И.В. Маев // РМЖ. – 2004. – Т. 12. – № 23. – С. 1344–1348.
15. Туманян, Г.Т. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического холецистита у детей / Г.Т. Туманян, Д.В. Донской, М.К. Акопян // Дет. Хирургия. – 2010. – № 6. – С. 11–14.
16. Фадеенко, Г.Д. Эпидемиологические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Г.Д. Фадеенко, И.Э. Кушнир, М.О. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 5. – С.12–16.
17. Acierno, S.P. Development of a quality of life instrument for pediatric gastroesophageal reflux disease: qualitative interviews / S.P. Acierno [et al.] // J. Of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. – 2010. – Vol. 50, № 5. – P. 486–492.
18. Arihiro, S. Correlation between symptomatic improvement and quality of life in patients with reflux and dyspeptic symptoms / S. Arihiro [et al.] // J. Clin. Biochem. Nutr. – 2012. – Vol. 50 (3). – P. 205–210.
19. Dent, J. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease / J. Dent [et al.] // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P.710–717.
20. Gold, B.D. Review article: epidemiology and management of gastro-oesophageal reflux in children / B.D. Gold // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – Vol. 19 (Suppl. 1). – P. 22–27.
21. Guy, D.E. Gastroesophageal reflux disease: risk factors, and impact on quality of life – a population-based study / D.E. Guy, N.J. Talley // J. Of Clinical Gastroenterology. – 2009. – Vol. 43. – P. 111–117.
22. Mishoe, S.C. Development of an instrument to assess stress levels and quality of life in children with asthma / S.C. Michoe [et al.] // J. Of Asthma. – 1998. – Vol. 35, № 7. – P. 553–563.
23. Oh, J.H. Health-related quality of life issues in gastroesophageal reflux disease / J.H. Oh // Korean J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 55. – P. 85–93.
24. Vakil, N. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus / N. Vakil [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1900–1920.

INFLUENCE OF DIFFERENT FACTORS ON QUALITY OF LIFE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH REFLUX-ESOPHAGITIS

S.E. ZAGORSKI

Summary

With the help of questionnaire PedsQL 4.0 116 children and adolescents with reflux-oesophagitis (RE) were interviewed for the determination of quality of life (QL) indexes in dependence of influence of different psychosocial factors (parents' education, family composition (absence of parents, quantity of children), performance level and stress frequency. Absence of significant differences in QL in cases of different educational level of parents and in incomplete families was found. More expressed decrease of QL indexes was shown in families with single child (in social sphere), high performance level and frequent stress situations (in last both cases – in emotional sphere).

© Загорский С.Э.

Поступила в редакцию 01 октября 2012г.