

УДК 616-056.3

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Нуртдинова Г.М., Загидуллин Ш.З., Гариева А.А., Галимова Е.С.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, e-mail: guzel-doc@mail.ru

Проведено исследование заболеваемости населения Республики Башкортостан аллергическим ринитом по материалам Медико-аналитического центра МЗ РБ за период с 2001 по 2015 г. и оценка качества жизни больных с сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом с использованием опросника – SF-36. Анализировались данные общей и первичной заболеваемости аллергическим ринитом по обращаемости детей, подростков и взрослого населения. В результате анализа эпидемиологической ситуации в РБ наблюдается увеличение общей заболеваемости аллергическим ринитом среди подростков (на 11 %) и взрослого населения (15,5 %), максимальный пик приходится на 2010 год. Выявили ухудшение качества жизни больных с сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом, у пациентов отмечается значительное ограничение физических нагрузок, снижение повседневной деятельности и жизненной активности.

Ключевые слова: аллергический ринит, распространенность, заболеваемость, качество жизни.

ABUNDANCE AND ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

Nurtdinova G.M., Zagidullin Sh.Z., Gariyeva A.A., Galimova E.S.

Bashkir State Medical University, Ufa, e-mail: guzel-doc@mail.ru

Research of incidence of the population of the Republic of Bashkortostan is conducted allergic rhinitis on materials of Medico-analytical center Ministry of Health of the Republic of Bashkortostan from 2001 to 2015 and an assessment of quality of life of patients with seasonal and year-round allergic rhinitis with use of a questionnaire – SF-36. We have analyzed give to the general and primary incidence allergic rhinitis on negotiability of children, teenagers and adult population. In results the analysis of an epidemiological situation in the Republic of Bashkortostan increase in the general incidence is observed allergic rhinitis among teenagers (for 11%) and adult population (15,5 %), the maximum peak it falls on 2010. Have revealed deterioration of life of patients with seasonal and year-round allergic rhinitis, at patients notes considerable restriction of physical activities, decrease in daily activity and vital activity.

Keywords: allergic rhinitis, abundance, incidence, quality of lives.

Актуальность. Аллергия стала одной из наиболее распространенных патологий во всем мире. Заболеваемость аллергическими болезнями не только не достигла постоянного уровня, но и продолжает увеличиваться возрастающими темпами: за последние 3–4 десятилетия она удвоилась за каждый очередной 10-летний период. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в ГНЦ – Институте иммунологии МЗ РФ, в различных регионах России распространенность аллергических заболеваний колеблется от 15 до 35 % [1,2,3]. Одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний является аллергический ринит (АР). АР представляет собой глобальную проблему здравоохранения, встречающийся практически во всех странах мира и поражающий от 15 до 40 % лиц всех возрастов [3]. В последние десятилетия определяется отчетливая тенденция к росту заболеваемости АР, которое снижает социальную активность пациентов, влияет на работоспособность у взрослых и успеваемость детей в школе [5].

АР – заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном, и клинически проявляющееся ежедневно в течение не менее часа двумя и более симптомами: обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко anosmией [6,7].

Сезонный аллергический ринит (САР) возникает при сенсibilизации к пыльцевым и грибковым аллергенам: пыльце деревьев, злаковых и сорных трав, спорам грибов *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* и других.

Круглогодичный аллергический ринит (КАР) – развивается у пациентов с сенсibilизацией к аллергенам клещей домашней пыли, библиотечной пыли, эпидермальным аллергенам животных и птиц, инсектным аллергенам, аллергенам плесневых грибов, пищевых продуктов и лекарственных препаратов при постоянном их приёме, профессиональным аллергенам.

Для успешного решения проблемы высокой аллергологической заболеваемости на региональном уровне и развития аллергологической помощи населению Республики Башкортостан необходим анализ заболеваемости и тенденций ее развития.

Качество жизни (КЖ) – это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [2]. Сегодня в мире применяется более 50 опросников для оценки КЖ. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки.

С 1993 года в НИИ пульмонологии ведётся активная работа по изучению влияния респираторных заболеваний на КЖ пациентов. Лидерами по отрицательному воздействию на этот показатель являются бронхиальная астма и аллергический ринит. Дыхательный дискомфорт, привязанность к лекарствам – это и многое другое делают жизнь больных отличающейся от жизни здоровых людей [4].

Цель исследования: анализ заболеваемости населения Республики Башкортостан аллергическим ринитом и оценка качества жизни больных с сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом.

Материалы и методы: исследование на регионарном уровне проводилось по материалам Медико-аналитического центра МЗ РБ за период с 2001 по 2015 г.

Анализировались данные общей и первичной заболеваемости аллергическим ринитом по обращаемости всего населения и для трех возрастных групп населения: дети (0–14 лет), подростки (15–17 лет) и взрослые (18 лет и старше).

Для оценки качества жизни пациентов с сезонным и круглогодичным АР нами был

использован один из наиболее известных опросников- SF-36, который содержит 36 пунктов, сгруппированные в восемь шкал. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Критериями КЖ по SF-36 являются:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба по лестнице и т.п.). Низкие показатели свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.
2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning-RP) – влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность. Низкие показатели свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.
3. Интенсивность боли (Bodilypain – BP) и её влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели говорят о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.
4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл, тем ниже оценка состояния здоровья.
5. Жизненная активность (Vitality – VT) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента.
6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).
7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional-RE) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности.
8. Психическое здоровье (Mental Health – MH) – характеризует настроение – наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Результаты исследования

При изучении динамики показателей общей и первичной заболеваемости АР в РБ среди детей и подростков зарегистрированы пики подъема и снижения показателей. У детей максимальный темп прироста общей заболеваемости (распространенности) отмечен в 2005

году до 543 человек на 100 тыс. населения (+18,7 %), впервые выявленного заболевания – также в 2005 году до 264,4 на 100 тыс. населения (+69,8 %). Максимальный темп убыли общей заболеваемости наблюдался в 2015 г до 371 на 100 тыс. населения. В общем за исследуемый период распространенность АР среди детского населения уменьшилась до 371,6 (на 18,9 %), показатели первичной заболеваемости снизились до 116,8 (25,3 %) (рис.1).

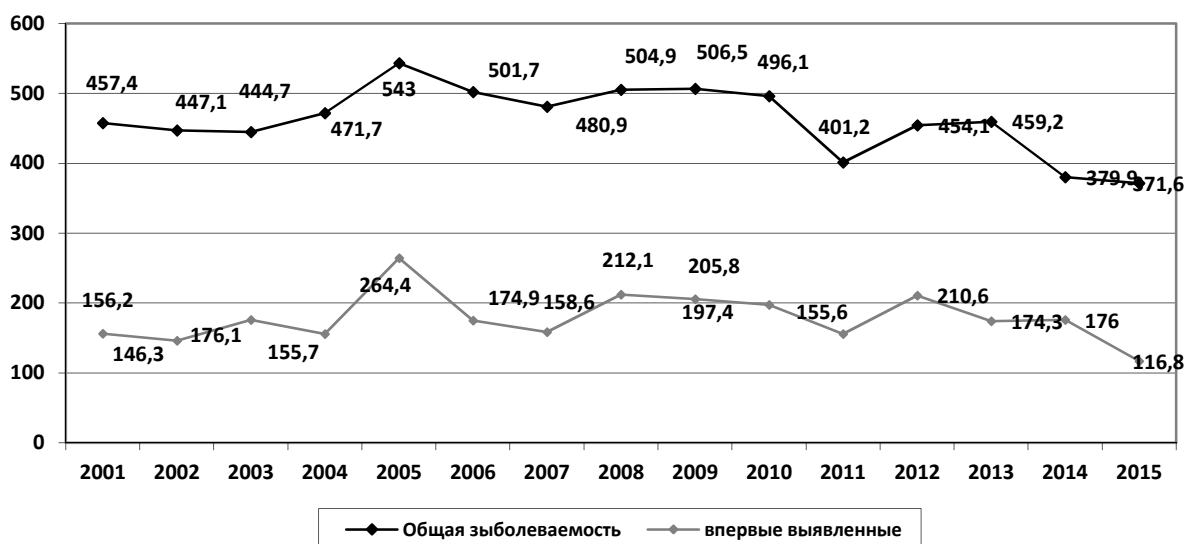


Рис. 1. Динамика показателей общей и первичной заболеваемости аллергическим ринитом среди детей за 2001–2015 гг.

У подростков в динамике за 2001–2015 годы показатели общей заболеваемости увеличились на 11 % с 574,1 до 636,1 на 100 тыс. населения, а первичная заболеваемость снизилась на 21,7 % до 142,9 на 100 тыс. населения. Максимальный темп прироста общей заболеваемости отмечен в 2010 году до 861,4 на 100 тыс. населения (+50 %), впервые выявленных заболеваний – в 2010 году до 307,6 (+68,3 %) (рис. 2).

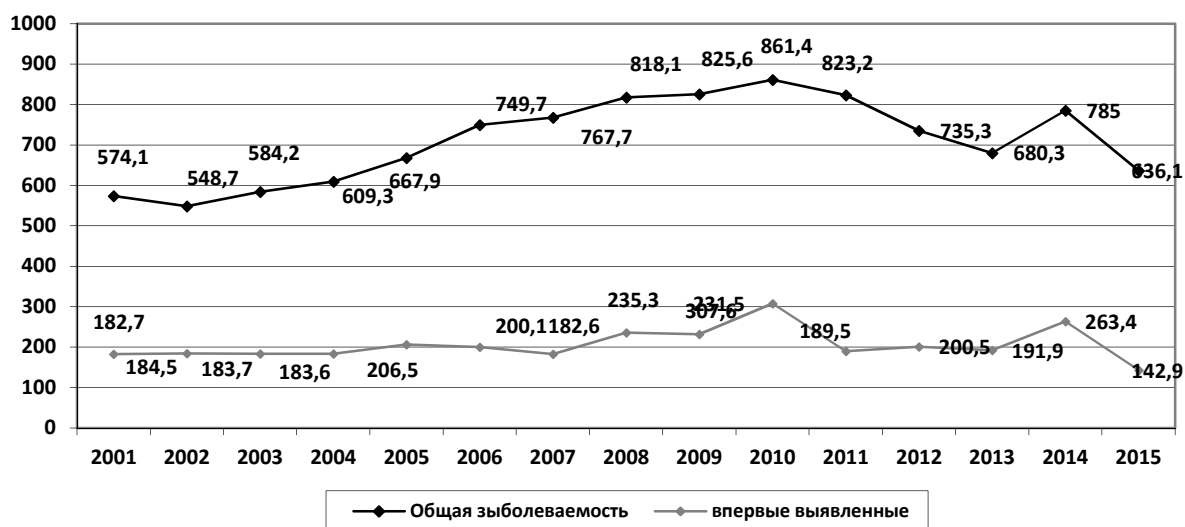


Рис. 2. Динамика показателей общей и первичной заболеваемости аллергическим ринитом среди подростков за 2001–2015 гг.

При анализе показателей общей и первичной заболеваемости АР в РБ среди взрослого населения выявлено увеличение общей заболеваемости за исследуемый период с 282,9 до 326,7 на 100 тыс. населения (на 15,5 %), максимальный пик заболеваемости – в 2010 году до 365 (29 %) так же, как и у подростков. В общем, первичная заболеваемость АР среди взрослых уменьшилась до 70,7 (на 27 %), но с максимальным пиком в 2013 году до 128,7 на 100 тыс. населения (на 32,9 %) (рис. 3).

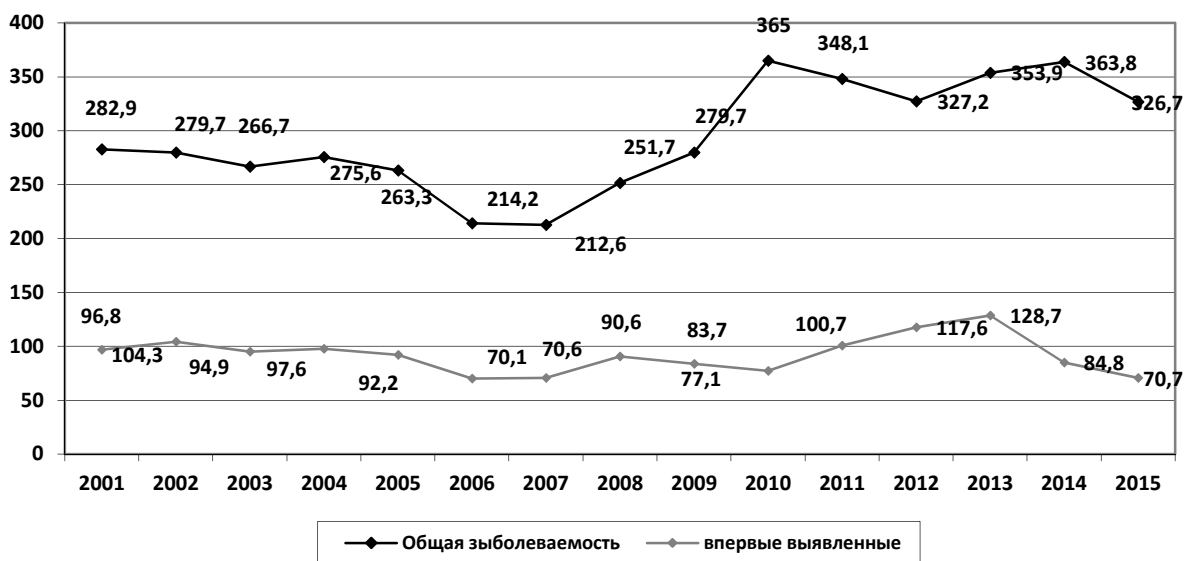


Рис. 3. Динамика показателей общей и первичной заболеваемости аллергическим ринитом среди взрослого населения за 2001–2015 гг.

Установлено, что за период 2001–2015 гг. показатель общей заболеваемости АР среди населения увеличился на 11,3 % с 319,0 до 355,3 на 100 000 населения, с максимальным показателем заболеваемости в 2010 году – 405,5 на 100 тыс. населения.

Для исследования качества жизни больных с АР были включены 60 пациентов (38 мужчин и 22 женщины), средний возраст 43,0±6,1 год. Из них 30 пациентов с сезонным АР и 30 – с круглогодичным АР. В исследование вошли пациенты с персистирующим течением среднетяжелой формой АР. Диагностику АР проводили в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению аллергического ринита (2013) и ARIA (2008). Всем больным были проведены исследования: лабораторные (общий анализ крови, цитологическое исследование мазков из полости носа); рентгенограмма придаточных пазух носа; аллергологическое (сбор аллергологического, пищевого, фармакологического анамнеза; кожные тесты с атопическими аллергенами).

Анализ качества жизни больных с САР и КАР

Показатели	Пациенты сСАР	Пациенты с КАР
GH	40,8	45,8
PF	37,75	57,75
RP	8,75	17
RE	18,4	21,5
SF	45,9	49,05
BP	38	63,8
VT	28,25	40,6
MH	38,8	49,8

Сезонный АР существенно снижает уровень качества жизни больных (таблица). Данное заболевание не только ограничивает физическую активность, но также влияет и на социальные аспекты жизни. При анкетировании обнаружено снижение в значительной степени 2 показателей – «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», свидетельствующее, что эмоциональные и физические проблемы значительно ограничивают жизнедеятельность больных. Также отмечено понижение показателя «Жизненная активность», что можно рассматривать как фактор риска развития депрессивных состояний. В результате изучения качества жизни пациентов с круглогодичным АР выяснено понижение многих показателей. В частности, отмечено значительное снижение тех же 2 показателей, как при сезонном АР – «Рольного функционирования, обусловленного физическим состоянием и эмоциональным». Такие показатели, как «Психическое здоровье»,

«Социальное функционирование» и «Общее состояние здоровья» находятся примерно на одном уровне. Установлено высокое значение показателя «Интенсивность боли» – это означает, что боль в меньшей степени ограничивает повседневную деятельность больных с КАР.

Выводы:

1. Результаты анализа эпидемиологической ситуации с 2001 по 2015 год по аллергическому риниту показывают, что в РБ наблюдается увеличение общей заболеваемости среди подростков (на 11 %) и взрослого населения (15,5 %), максимальный пик приходился на 2010 год.

2. Полученные данные свидетельствуют об ухудшении качества жизни больных с сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом. У пациентов с сезонным аллергическим ринитом отмечается значительное ограничение физических нагрузок, снижение повседневной деятельности и жизненной активности.

3. Эмоциональные и физические проблемы значительно ограничивают жизнедеятельность больных с аллергическим ринитом, также у них имеется фактор риска развития депрессивных состояний.

Список литературы

1. Джон Б.Уэст. Патофизиология органов дыхания. – М.: Бином, 2008. – С.67.
2. Зайцева О.В. Качество жизни пациентов с аллергическими заболеваниями. Основные принципы эффективной и безопасной терапии. – М.: МГМСУ, 2009. – С.8-9.
3. Ненашева Н.М. Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания: в фокусе аллергический ринит // Лечебное дело. – 2014. – 1. – С. 18-26.
4. Чучалин А.Г., Медников Б.Л. Аллергология // Научно-практический журнал. – 1999. – № 1. – С.33-35.
5. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2 LEN and AllerGen.2008 // Allergy. –2008. – Vol. 63 (Suppl. 86). – С. 8–160.
6. Celik G., Mungan D., Abadoglu O., Pinar N. M., Misirligil Z. Direct cost assessments in subjects with seasonal allergic rhinitis living in Ankara, Turkey. //Allergy Asthma Proc, 2004; 25: 107–113.
7. Zanolin M. E., Pattaro C., Corsico A., Bugiani M., Carrozzi L., Casali L. et al. The role of climate on the geographic variability of asthma, allergic rhinitis and respiratory symptoms: results from the Italian Study of Asthma in Young Adults. //Allergy, 2004; 59: 306–314.