

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ САНАТОРИИ Г. БАКУ

Великая О.В.¹, Алиева М.А.², Лушникова А.В.¹, Хорошилова Н.Е.¹

¹ГБОУ ВПО «Воронежский Государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, Воронеж, Россия, e-mail: alexvel@rambler.ru;

²Детский туберкулезный санаторий № 3 г. Баку, Азербайджан

Представлены результаты исследования качества жизни 107 детей и подростков (6–17 лет) с различными формами туберкулеза, лечившихся в противотуберкулезном санатории г. Баку. Анкетирование проводилось с помощью опросника PedsQL (версия 4.0) в начале и конце санаторного этапа лечения. У детей и подростков, больных туберкулезом, в начале лечения в противотуберкулезном санатории наблюдались низкие показатели качества жизни: физического, эмоционального и психосоциального функционирования и субъективных оценок своего клинического состояния. Лечение в противотуберкулезном санатории способствовало улучшению показателей качества жизни. При организации лечебной, профилактической, реабилитационной, учебной и воспитательной работы в противотуберкулезных учреждениях необходимо учитывать имеющиеся половые и возрастные различия в показателях качества жизни детей и подростков, больных различными формами туберкулеза.

Ключевые слова: дети, подростки, туберкулез, качество жизни, санаторное лечение

DYNAMICS OF LIFE QUALITY AS CRITERION OF THERAPEUTIC EFFICIENCY IN BAKU TUBERCULOSIS SANATORIUM

Velikaya O.V.¹, Alieva M.A.², Lushnikova A.V.¹, Horoshilova N.E.¹

¹Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko, Voronezh, Russia, e-mail: alexvel@rambler.ru;

²Children's tuberculosis sanatorium № 3, Baku, Azerbaijan

Presents research results of life quality 107 children and adolescents (6-17 years) with various forms of tuberculosis treated in a tuberculosis sanatorium in Baku. The survey was carried out using a questionnaire PedsQL (version 4.0) at the beginning and end of sanatorium stage of treatment. Children and adolescents with tuberculosis at the beginning of treatment in a tuberculosis sanatorium had low quality of life: physical, emotional, and psychosocial functioning and subjective evaluations of their clinical condition. Treatment in a tuberculosis sanatorium contributed to the life quality improvement. In the organization of curative, preventive, rehabilitative, training and educational work in the tuberculosis institutions you should take into account sex and age differences in the life quality of children and adolescents suffering from various forms of tuberculosis.

Keywords: children, adolescents, tuberculosis, quality of life, treatment in sanatorium

Актуальной проблемой современного общества является значительное снижение числа здоровых детей в структуре подрастающего поколения – от 4 до 10 % [4]. Негативные процессы формирования здоровья подрастающего поколения связаны с ростом социально значимых заболеваний, к которым относится и туберкулез [1, 5, 6]. Поэтому реабилитации детей и подростков, больных туберкулезом, необходимо уделять пристальное внимание. В последние годы для оценки эффективности оказания медицинской помощи стали использовать новый показатель — качество жизни (КЖ) [1, 2, 7]. Качество жизни детей имеет свои особенности [3, 8]. Исследования, посвященные КЖ у педиатрических пациентов с туберкулезом, малочисленны и не позволяют представить многие аспекты течения и лечения туберкулеза у детей.

Цель исследования

Анализ качества жизни детей, страдающих туберкулезом, проживающих в Азербайджане, на санаторном этапе лечения.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 107 детей в возрасте 6–17 лет с различными формами туберкулезной инфекции, проходивших лечение в противотуберкулезном санатории г. Баку. Обследование и лечение детей и подростков проводилось по стандартным схемам, рекомендованным в стационарах республики в соответствии с клиническим диагнозом. Качество жизни оценивали с помощью детского опросника PedsQL (PediatricQualityofLifeInventory) версия 4.0 [9, 10]. В вопроснике имеется 23 вопроса, ответы на них позволяют раскрыть такие проблемы для ребенка, как способность к самостоятельному передвижению и активным действиям, уровень самообслуживания, появление боли, переживание негативных эмоций (страха, грусти, беспокойства о будущем, злости), нарушения сна, трудности в общении со сверстниками, проблемы в обучении и другие проблемы ребенка. Ответы на вопросы были представлены в виде 5 вариантов: «нет», «почти никогда», «иногда», «часто» и «почти всегда», из которых нужно было выбрать только один, наиболее подходящий к ситуации. Ответы ребенка дублировались ответами родителей (родственников или опекунов) по аналогичной схеме. Вопросы для родителей имели сходное смысловое содержание, как и опросник для детей, но отличались по форме. В анкете для детей в возрасте 5–7 лет предлагались 3 варианта ответа в связи с возрастными особенностями этих детей, использовалась графическая система ответов: символическое изображение лица с улыбкой, означающее «никогда», лица с нейтральным выражением, означающим «иногда», и лица с негативным выражением, означающим «часто». Ответы детей в дальнейшем выражались в баллах. Все дети, проходившие анкетирование, не имели психического заболевания по данным основного и сопутствующих заболеваний.

С учетом рекомендаций по оценке качества жизни с помощью опросника PedsQL дети были разделены на три возрастные группы: от 5 до 7 лет, от 8 до 12 и от 13 до 18 лет. Каждой возрастной группе соответствовал свой опросник. В первую группу вошли 30 детей в возрасте 6–7 лет, во вторую – 30 детей от 8 до 12 лет, в третью – 47 детей 13–18 лет. В работе проводился анализ качества жизни детей до начала санаторного лечения и при окончании курса санаторного лечения. Для этого анкетирование детей и их родителей проводилось дважды: в начале и конце курса санаторного лечения. При оценке качества жизни все 23 критерия были объединены в 6 шкал: ФФ – физическое функционирование, ЭФ – эмоциональное функционирование, СФ – социальное функционирование, ЖШ – жизнь в школе/саду, ПСФ – психосоциальное функционирование и СШ – суммарная шкала.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением методов математической статистики и использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2003. Количественные признаки представлены в виде среднего арифметического значения \pm стандартная ошибка. Проверка гипотез о равенстве средних величин проведена с помощью t-критерия Стьюдента для независимых групп. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате санаторного лечения у детей в возрасте 6–7 лет достоверно улучшились показатели качества жизни ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1

Динамика качества жизни детей различных возрастных групп по шкалам опросника PedsQL

Шкала (в баллах)	Группы наблюдения					
	Первая (n=30)		Вторая (n=30)		Третья (n=47)	
	В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения
ФФ	60,1 \pm 4,5	60,7 \pm 4,6	42,9 \pm 3,1	49,2 \pm 3,4*	52,5 \pm 3,7	53,4 \pm 3,7
ЭФ	57,5 \pm 5,3	57,5 \pm 5,3	48,2 \pm 3,1	52,1 \pm 2,5*	50,0 \pm 3,3	52,3 \pm 3,2
СФ	58,2 \pm 6,8	62,1 \pm 5,5*	48,1 \pm 3,2	53,3 \pm 3,1*	40,1 \pm 4,1	49,5 \pm 4,1*
ЖШ	39,1 \pm 5,3	45,0 \pm 4,5*	45,5 \pm 2,1	49,3 \pm 2,1*	48,8 \pm 2,5	50,8 \pm 2,1
ПСФ	51,9 \pm 4,6	55,3 \pm 4,5*	47,2 \pm 2,8	50,2 \pm 2,1*	46,4 \pm 3,1	50,3 \pm 2,2*
СШ	54,9 \pm 4,5	57,1 \pm 3,4*	47,7 \pm 2,7	51,5 \pm 2,5*	48,5 \pm 3,3	50,1 \pm 3,1

Примечание: * — достоверные изменения по сравнению с началом лечения ($p < 0,05$).

Динамическое исследование качества жизни детей различного возраста показало, что у детей первой группы в процессе санаторного лечения значительно улучшились показатели социального функционирования за счет улучшения показателей общественной и социальной активности, увеличения общительности, способности к самообслуживанию, повышению адаптационных возможностей и перспектив улучшения своего состояния. Об улучшении усвоения знаний, увлеченности при обучении и при развивающих играх, увеличении усидчивости и заинтересованности на занятиях свидетельствует улучшение показателей шкалы «жизнь в школе/саду». Достоверная положительная динамика показателей психосоциального функционирования отражала снижение баловства, непослушания, проявлений депрессии и агрессии. Показатели физического и эмоционального функционирования изменились недостоверно. Вероятно, это обусловлено длительным

пребыванием детей вне дома, ограничением общения со своими друзьями, ограничением доступных общегородских развлечений.

Суммарная оценка качества жизни детей второй группы достоверно увеличилась во время санаторного этапа лечения (табл. 1). У несовершеннолетних в возрасте 8–12 лет наблюдалась достоверная динамика показателей физического, эмоционального, социального, психосоциального видов функционирования и жизни в школе. В отличие от первой группы отмечено улучшение показателей эмоционального и психосоциального функционирования за счет большего общения со сверстниками при обучении в школе, повышения объема информированности, знаний, оптимизма и уверенности в благоприятном исходе лечения.

Дети и подростки из третьей группы наблюдения при поступлении в санаторий имели физические функциональные ограничения, выразившиеся в снижении числа и объема физических упражнений, ограничении участия в спортивных играх, необходимости в сдержанности при выполнении физических упражнений. В конце санаторного этапа лечения у детей и подростков 13–18 лет отмечались улучшение показателей физического функционирования, устранение функционального ограничения, достоверное улучшение показателей эмоционального и психосоциального функционирования. Показатели всех шкал опросника по оценке качества жизни в третьей группе оптимизировались ($p < 0,05$) (табл. 1).

При сравнении показателей качества жизни по опроснику, заполненному детьми, и субъективных оценок их родителей (опекунов) было выявлено их несоответствие друг другу. Средние показатели качества жизни детей и подростков, выставленные их родителями или опекунами в начале санаторного лечения, превышали средние показатели, указанные детьми исследуемых групп ($p < 0,05$) (табл. 2). Очевидно, что родители не заметили ухудшение функциональных показателей физического, эмоционального и социально-психологического развития своих детей или недооценили степень их изменения и влияния на образ жизни детей. Родители поставили более низкие показатели в шкале «жизнь в школе», чем их дети, что позволяет сделать вывод о том, что именно процесс обучения и воспитания, участия в играх больше волнует родителей, чем детей и подростков.

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей качества жизни детей по оценкам детей и их родителей в начале и конце курса санаторного лечения.

Шкала (в баллах)	По оценке детей/подростков (n=107)		По оценке родителей (n=107)	
	В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения
ФФ	51,8±3,8	54,4±3,9	55,9±2,1*	56,1±1,9

ЭФ	51,9±3,9	54,0±3,6	55,8±2,1*	55,9±2,0
СФ	48,8±4,7	55,0±4,2	51,8±2,7	52,2±2,5
ЖШ	44,5±3,3	48,4±2,9	42,4±1,5	43,5±1,5*
ПСФ	48,5±3,5	51,9±2,9	49,8±1,7	51,9±1,5
СШ	50,4±3,5	52,9±3,0	51,8±1,8	53,3±1,9

Примечание: * — достоверные изменения по сравнению с оценкой детей/подростков ($p < 0,05$).

Сравнительная оценка динамики качества жизни детей показала, что улучшение в результате санаторного лечения наблюдалось как по данным родителей, так и по оценке самих детей. Однако в оценке показателя «жизнь в школе» сохранилось обратное соотношение баллов. Родители выставляли более высокие баллы показателей качества жизни, чем их дети ($p < 0,05$).

При оценке качества жизни взрослых пациентов родственники и близкие обычно видят гипертрофированную картину общей дезадаптации личности, здоровьем которой они обеспокоены. В данном случае срабатывает так называемый синдром телохранителя, когда чрезмерно обострено ощущение опасности и родственники дают более низкую субъективную оценку качеству жизни, чем сам больной [7]. В исследовании В.К. Юрьева и М.Х. Сайфулина (2009 г.) было показано, что в педиатрии этого явления не наблюдается, и даже наоборот, родители дают более высокую оценку качества жизни по сравнению с самооценкой детей, когда дети лечатся в условиях стационара. В нашем исследовании, проводившемся на этапе санаторного лечения, также отмечено развитие «синдрома телохранителя».

Сравнительный анализ показателей качества жизни у детей различных возрастных групп по отдельным шкалам функционирования показал, что наиболее низкие показатели ФФ наблюдались в первой группе детей, а показатели ЭФ – во второй и третьей. Это обусловлено более выраженными функциональными ограничениями у детей 6–7 лет и более высокой информированностью о болезни и вследствие этого эмоциональном реагировании детей старшего возраста.

Показатель шкалы «жизнь в школе/саду» достоверно отразил наличие социально-психологических проблем у больных туберкулезом детей первой группы. В возрасте 6–7 лет дети начинают учиться в школе, происходит смена друзей, коллектива, режима, информационной нагрузки, что приводит к развитию стресса. Если учесть, что в это время произошло еще и обследование, и лечение детей по поводу туберкулезной инфекции, то все это, безусловно, выразилось в низких показателях ЖШ. Выраженная динамика этой шкалы у детей первой группы свидетельствует о высоких адаптационных возможностях детей

младшего школьного возраста и влияния на качество жизни системы воспитания и образования.

Сравнительный анализ динамики качества жизни в зависимости от пола при лечении в условиях детского противотуберкулезного санатория показал значительное улучшение основных видов функционирования у детей обоих полов (табл. 3).

Таблица 3

Гендерные особенности динамики показателей качества жизни детей по различным шкалам оценки функционирования

Шкала (в баллах)	Мальчики (n=59)		Девочки (n=48)	
	В начале лечения	В конце лечения	В начале лечения	В конце лечения
ФФ	46,4±2,3*	49,4±2,9	57,5±2,5	59,7±3,2
ЭФ	50,3±3,5	51,8±3,4	54,0±3,1	54,7±2,9
СФ	44,3±4,6	,±4,2	53,7±4,3	54,9±4,0
ЖШ	41,8±3,4	45,3±3,0	47,0±2,6	50,0±2,3
ПСФ	45,8±3,2	48,2±3,0	51,2±2,7	52,8±2,7
СШ	46,7±2,9	48,6±2,8	53,9±2,7	55,2±2,7

Примечание: * — достоверные изменения по сравнению с девочками ($p < 0,05$).

В конце санаторного лечения все показатели функционирования и качества жизни и у мальчиков, и у девочек были достоверно выше ($p < 0,05$).

Девочки и в начале, и в конце лечения имели более высокие показатели качества жизни. У девочек выявлен высокий уровень жизнеспособности, общительности, способности к самообслуживанию. Чувство неудовлетворенности социальными ограничениями в условиях противотуберкулезного санатория, эмоциональная чувствительность, внутренняя неудовлетворенность своим внешним видом из-за наличия хронического заболевания отразились на отсутствии достоверной динамики качества жизни в процессе лечения по показателям СФ, ЭФ и ПСФ (табл. 3).

У мальчиков преимущественно в начале лечения в санатории отмечались физические, функциональные, социальные и психологические ограничения, что отразилось на соответствующих показателях качества жизни. Динамика показателей качества жизни у мальчиков была более выражена по сравнению с девочками по шкале СФ, что позволяет предположить более выраженную способность у них к активной социальной деятельности, общительности, независимости при улучшении клинического состояния в конце лечения.

Таким образом, лечебные, профилактические, реабилитационные мероприятия и психосоциальную коррекцию в условиях противотуберкулезного санатория необходимо проводить с учетом возраста и пола ребенка, его субъективного состояния и функционирования в специфических условиях лечебного учреждения.

Выводы

1. У детей, больных туберкулезом, в начале лечения в противотуберкулезном санатории наблюдаются низкие показатели качества жизни: физического, эмоционального и психосоциального функционирования и субъективных оценок своего клинического состояния.
2. Лечение в противотуберкулезном санатории приводит к улучшению показателей качества жизни.
3. Имеются половые и возрастные различия в показателях качества жизни детей, которые необходимо учитывать при организации лечебной, профилактической, реабилитационной, учебной и воспитательной работы.

Список литературы

1. Моисеева О.В. Качество жизни подростков из удмуртских семей при проведении у них химиопрофилактики туберкулеза// Вопросы современной педиатрии. — 2009. — № 6. — С. 12–13.
2. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА, 2007. — 320 с.
3. Сайфулин М.Х. Туберкулез у детей как медико-социальная и организационная проблема регионального здравоохранения (на примере Астраханской области): автореф. дис....д.м.н. — СПб., 2010. — 29 с.
4. Солохина Л.В. Изучение качества жизни детей, больных туберкулезом / Л.В. Солохина, О.А. Дьяченко, Е.И. Яринчук //Дальневосточный медицинский журнал. — 2010. — № 1. — С. 134–137.
5. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу с лекарственной устойчивостью в Воронежской области / Н.Е. Хорошилова и [др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. — 2013. — № 2. — С. 525–528.
6. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в г. Воронеже в настоящее время / В.Д. Леликова [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. — 2013. — № 4. — С. 996–999.

7. Юрьев В.К. Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения / В.К. Юрьев, М.Х. Сайфулин // Вопросы современной педиатрии. — 2009. — № 6. — С. 7–11.
8. Maddocks A. Development of a measure of the health-related quality of life of children in public care / A. Maddocks, C. Eiser, P. Barnes // Child Care Health Dev. — 2005. — V. 31, № 4. — P. 409–415.
9. Varni J.W. The PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales: Sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making / J.W. Varni, M. Seid, T.S. Knight // J. Behav. Med. — 2002. — № 25. — P. 175–193.
10. Varni J.W. The PedsQL™ Family impact model: Preliminary reliability and validity / J.W. Varni, S.A. Sherman, T.M. Burwinkle // Health Qual. Life Outcomes. — 2004. — № 2. — P. 55.

Рецензенты:

Почивалов А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней и педиатрии ГБОУ ВПО «Воронежский Государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, г. Воронеж;

Кокорева С.П., д.м.н., доцент, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Воронежский Государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, г. Воронеж.