

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Динара Намазовна Аджаблаева*

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Реферат

Цель. Работа посвящена оценке качества жизни подростков, больных различными формами туберкулёзной инфекции.

Методы. При помощи опросника «Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL» проведена оценка качества жизни 30 подростков в возрасте 13–17 лет. Опрос родителей проводили отдельно. Проведён анализ исходного уровня качества жизни (до начала курса лечения) и его изменения сразу после окончания курса стационарного лечения (56 дней).

Результаты. У подростков 13–17 лет субъективные оценки клинического состояния и его влияния на все виды жизнедеятельности более пессимистичны и эмоционально ограничены. Анализ динамики показателей суммарной шкалы качества жизни (до лечения – 49,4±2,1 балла, после лечения – 51,9±2,0 балла) показал, что проведение лечебно-оздоровительных мероприятий и антитуберкулёзной терапии значительно повышали субъективные характеристики всех аспектов качества жизни у больного. Показатели качества жизни по различным шкалам функционирования, выставленные родителями, были выше, чем выставленные самими подростками ($p < 0,001$). Родители были убеждены в положительном влиянии длительного курса специфического лечения на показатели шкалы «жизнь в школе». Сравнительная оценка динамики качества жизни подростков показала, что улучшение в результате лечения наблюдалось как по оценке родителей, так и по оценке самих больных. Все показатели качества жизни у девушек были выше, чем у юношей. Величина оценок при основных видах функционирования у девушек составляла 55,7±2,7 балла, в то время как у юношей – всего 48,3±2,8 балла.

Вывод. Выявленные закономерности свидетельствуют о необходимости проведения лечебно-оздоровительных, медико-социальных, клинико-реабилитационных мероприятий и психосоциальной коррекции с учётом возрастных особенностей подростков, их субъективного состояния и функционирования в условиях стационара.

Ключевые слова: дети, туберкулёз, качество жизни, лечение.

CHANGES IN QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS AS AN INDICATOR OF TREATMENT EFFICIENCY

D.N. Adzhablaeva

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan

Aim. The research is targeted for estimating quality of life in adolescents with different types of tuberculosis.

Methods. Quality of life in 30 adolescents aged 13–17 years was evaluated using Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL questionnaire. Parents were evaluated separately. An initial level of a quality of life before the treatment initiation and quality of life right after in-patient treatment completion (56 days) were compared.

Results. Adolescents had pessimistic and emotionally limited subjective estimations of their clinical condition and its influences on all types of activities. The change in Pediatric Quality of Life Inventory scores (49.4±2.1 before treatment, compared to 51.9±2.0 after treatment) confirmed that recreation and treatment of tuberculosis significantly raised the subjective scores for all aspects of patient's quality of life. Quality of life indicators by different functional scales were higher if assessed by parents compared to patients themselves ($p < 0,001$). Parents were sure in positive influence of the prolonged course of the specific treatment on «school life» scale parameters. Comparative assessment of quality of life trend showed that improvement after treatment was observed according to assessment both by parents and patients themselves. All quality of life indicators were higher in female patients (score of all types of activities – 55.7±2.7 points) compared to males (48.3±2.8 points).

Conclusion. Revealed trends confirm the need for performing recreational, medical, social, rehabilitative actions and psychosocial correction considering the age features of adolescents, their subjective estimations and functioning in a hospital.

Keywords: children, tuberculosis, quality of life, treatment.

В международной практике изучение качества жизни служит общепринятым, высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп [4]. В настоящее время крайне важно изучение качества жизни ребёнка, так как знание факторов, влияющих на формирование качества жизни детей и подростков, в том числе и на развитие нарушений здоровья, позволяет вовремя предотвратить возможное возникновение и

прогрессирование болезни [1].

Рост распространённости и заболеваемости туберкулёзом в детском возрасте носит не только медицинский, но и социальный характер, приводит к нарушению социальной адаптации детей и подростков, ухудшая качество их жизни и нанося ощутимый экономический ущерб. Традиционные критерии (физикальные, лабораторные, инструментальные) не охватывают всех аспектов туберкулёзной инфекции и не позволяют всесторонне оценить состояние больного ребёнка. Свойственный детям и подросткам максимализм, стремление к самоутверж-

Адрес для переписки: dinarasammi@mail.ru

Таблица 1

Сравнительный анализ показателей качества жизни по субъективным оценкам подростков 13–17 лет до и после окончания курса стационарного лечения (в баллах)

Аспекты качества жизни	По оценке подростков, n=30 (M±σ)		По оценке родителей, n=30 (M±σ)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Физическое функционирование	51,8±2,3	54,5±2,3	54,5±2,1	55,9±1,9
Эмоциональное функционирование	50,2±2,3	53,2±2,2	54,8±2,1	55,9±2,1
Социальное функционирование	47,8±3,2	50,7±2,8	51,6±2,8	52,2±2,7
Жизнь в школе	43,4±2,1	47,3±1,9	43,4±1,7	46,5±1,6
Психосоциальное функционирование	47,5±2,1	50,8±2,1	49,9±1,9	51,5±1,9
Суммарная общая шкала	49,4±2,1	51,9±2,0	51,8±1,9	53,3±1,8

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни мальчиков и девочек по различным шкалам оценки функционирования (в баллах)

Аспекты качества жизни	Мальчики, n=16 (M±σ)		Девочки, n=14 (M±σ)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Физическое функционирование	48,1±3,0	49,3±2,9	57,2±3,2	59,6±3,2
Эмоциональное функционирование	50,2±3,5	51,7±3,4	53,0±3,1	54,2±2,9
Социальное функционирование	45,4±4,6	47,4±4,2	52,6±4,3	53,7±4,0
Жизнь в школе	41,6±3,4	45,1±3,0	47,2±2,6	50,1±2,3
Психосоциальное функционирование	45,7±3,2	48,7±3,0	51,4±2,7	52,5±2,7
Суммарная общая шкала	46,5±2,9	48,3±2,8	53,6±2,7	55,7±2,7

дению могут привести к гиперболизации своих ощущений и вербализации негативных эмоций в свободные понятия «боли» и «страха». Эти феномены снижают качество жизни, что приводит к закономерной необходимости учёта качества жизни при оказании помощи детям и подросткам, больным туберкулёзом, параллельно разрешая психологические проблемы, связанные с определёнными периодами развития [2].

Целью настоящего исследования было изучение качества жизни подростков, больных различными формами туберкулёзной инфекции, проходивших лечение в детском отделении Самаркандского областного противотуберкулёзного диспансера.

Для исследования качества жизни в педиатрической практике хорошо зарекомендовал себя опросник «Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL» [5]. Опросник «PedsQL 4.0» включает 23 вопроса, объединённые в четыре шкалы: ФФ – физическое функционирование, ЭФ – эмоциональное функционирование, СФ – социальное функционирование, ЖШ – жизнь в детском саду/школе. Суммарные шкалы опросника: ПСФ – психосоциальное функционирование, СШ – суммарная общая шкала. Каждый вопрос имеет пять вариантов ответов: «нет», «почти никогда», «иногда», «часто» и «почти всегда», из которых нужно выбрать один ответ, наиболее подходящий к ситуации.

Нами была проведена оценка качества жизни 30 подростков (46,7% составили девочки) в возрасте 13–17 лет. Отдельно проводили опрос родителей (опекунов). Все респонденты заполняли информированное согласие на участие в данном исследовании.

Лечение назначали в соответствии с клиническим диагнозом по стандартным схемам. Проводили анализ исходного уровня качества жизни (до начала курса лечения) и его изменения сразу после окончания курса стационарного лечения.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программы Microsoft Excel 2003. Количественные признаки представлены в виде средней арифметической ± стандартной ошибки. Проверку гипотез о равенстве средних проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Статистические значимыми считали различия при $p < 0,05$.

У больных туберкулёзом подростков отмечены изменения физических и функциональных показателей, что выражалось в ограничении физических нагрузок (бега, спортивных состязаний, тренировок) во время пребывания в стационаре. В процессе терапии эти функциональные ограничения устранялись.

В ходе лечения пациенты субъективно отмечали улучшение клинического состояния, выразившееся чувством выздоровле-

ния, устранением симптомов и болезненных состояний. Наблюдалось устранение страха и депрессивно-тревожных состояний, связанных с наличием у подростков туберкулёза, а также с длительным приёмом антибактериальных препаратов. Улучшался процесс обучения, повышалось качество жизни по шкале «жизнь в школе». Анализ динамики показателей суммарной шкалы качества жизни (до лечения — $49,4 \pm 2,1$ балла, после лечения — $51,9 \pm 2,0$ балла) показал, что проведение лечебно-оздоровительных мероприятий и антитуберкулёзной терапии значительно повышали субъективные характеристики всех аспектов качества жизни пациентов (табл. 1, 2).

Специальный этап исследования был посвящён сравнительному анализу динамики показателей качества жизни подростков по субъективным оценкам их родителей (опекунов, попечителей) и самих больных. Полученные данные показали, что перед началом курса специфического лечения средние показатели качества жизни подростков, выставленные их родителями, превышали средние показатели, указанные самими больными, по всем шкалам, за исключением данных шкалы «жизнь в школе».

Показатели суммарной шкалы качества жизни по оценке родителей были выше, чем субъективная оценка самих подростков до начала курса лечения ($p < 0,001$). Очевидно, это обусловлено большим уровнем медицинской информированности и убеждённости родителей в перспективах будущего эффективного лечения туберкулёзной инфекции, надеждой и доверием родителей к врачам специализированного медицинского учреждения. Для родителей, по-видимому, малозаметными и не настолько жизненно важными были изменения (ухудшения) показателей физического, эмоционального и социально-психологического функционирования их детей. Показатели жизненных перспектив по оценкам родителей были более высокими. Родители недооценивали степень физических и функциональных ограничений у подростков и их влияние на привычный образ жизни, необходимость самовыражения.

Кроме того, родителями была недооценена зависимость показателей качества жизни от изменения режима и видов жизнедеятельности, вынужденных ограничений из-за длительного лечения и приёма лекарственных препаратов.

Однако родители по сравнению с под-

ростками в большей степени были озабочены вопросами обучения, воспитания подростков, ограничения их участия в игровых и обучающих программах. Это выражается в более низких показателях по шкале «жизнь в школе», чем при оценке их детей до начала лечения.

Сравнительная оценка динамики качества жизни подростков показала, что улучшение в результате стационарного лечения произошло как по оценке родителей, так и по оценке самих больных. Однако показатели качества жизни по различным шкалам функционирования, выставленные родителями, были выше, чем выставленные самими подростками ($p < 0,001$). Они были убеждены в положительном влиянии длительного курса специфического лечения на показатели шкалы «жизнь в школе», которые свидетельствовали о значительном улучшении способностей их детей. В то же время при оценке показателя «жизнь в школе» сохранилось обратное соотношение оценок подростков и их родителей.

При оценке качества жизни пациентов родственники и близкие обычно видят гипертрофированную картину общей дезадаптации личности, здоровьем которой они крайне обеспокоены. В данном случае срабатывает так называемый «синдром телохранителя», когда чрезмерно обострено ощущение опасности, и родные дают более низкую субъективную оценку качества жизни, чем сам больной. Как показало настоящее исследование, во физиатрии этого явления не наблюдается, и даже наоборот — родители дают более высокую оценку качества жизни по сравнению с самооценкой детей. В данном случае развивается так называемый «синдром благодетеля» [3]. У подростков в возрасте 13–17 лет субъективные оценки клинического состояния и его влияния на все виды жизнедеятельности более пессимистичны и эмоционально ограничены. Это указывает на необходимость активного и качественного участия специалистов-психологов и психотерапевтов в процессе стационарного лечения подростков.

Сравнительный анализ динамики качества жизни на фоне прохождения стационарного лечения раздельно у юношей и девушек показал значительное улучшение основных видов функционирования у пациентов обоих полов. После окончания курса лечения практически все показатели функционирования и качества жизни в целом были значительно выше, чем исходные. В то же время все

показатели качества жизни у девушек были выше, чем у юношей. Величина оценок при основных видах функционирования у девушек составляла $55,7 \pm 2,7$ балла, в то время как у юношей — всего $48,3 \pm 2,8$ балла.

Высокая степень социальной и психологической адаптации девушек к специфическим условиям пребывания в лечебно-оздоровительном учреждении проявляется в виде увеличения уровня жизнеспособности, жизнерадостности, общительности, способности к самообслуживанию. Следствием повышенных требований к себе у юношей при физических нагрузках, при участии в активных играх и спортивных мероприятиях были более низкие показатели субъективных оценок физического функционирования. Общие физические, функциональные, социальные и психологические ограничения в большей мере воздействуют на показатели функционирования и суммарную оценочную шкалу качества жизни у юношей.

Особенно выраженными у больных были различия показателей социального функционирования. В условиях стационарного лечения качество жизни юношей улучшилось в большей степени, чем девушек. Динамика изменений показателя социального функционирования у девушек составила 1,1 балла, в то время как у юношей — 2,0 балла. Это отражает более высокую степень социальной и психологической адаптации, быстроты возвращения к активной социальной деятельности, общительности, независимости юношей при улучшении клинического состояния и функциональных возможностей после курса лечения. У девушек выявлены более устойчивые показатели социального функционирования, эмоционального функционирования и психоземotionalного функционирования. Это связано с выраженностью у девушек чувства неудовлетворённости социальными ограничениями в условиях стационара, субъективной эмоциональной чувствительностью, внутренней неудовлетворённостью своим состоянием, влияющей на внешний вид, возможность самореализации.

Таким образом, до начала лечения в спе-

циализированном противотуберкулёзном медицинском учреждении у подростков, больных туберкулёзом, выявлены неблагоприятные характеристики качества жизни по показателям физического, эмоционального и психосоциального функционирования. На фоне курса противотуберкулёзной терапии в стационаре качество жизни у обследуемых пациентов значительно улучшилось.

ВЫВОД

Выявленные закономерности свидетельствуют о необходимости проведения лечебно-оздоровительных, медико-социальных, клинико-реабилитационных мероприятий и психосоциальной коррекции с учётом возрастных особенностей подростков, их субъективного состояния и функционирования в условиях стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В.Р., Ушаков И.Б., Соколова Н.В. и др. Методы оценки качества жизни школьников. — М.: Изд-во ГУ НЦЗД РАМН, 2006. — 98 с. [Kuchma V.R., Ushakov I.B., Sokolova N.V. et al. *Metody otsenki kachestva zhizni shkol'nikov*. (Methods for assessing schoolchildren quality of life.) Moscow: Izd. GU NTsZD RAMN. 2006: 98. (In Russ.)]
2. Моисеева О.В. Качество жизни подростков из удмуртских семей при проведении у них химиопрофилактики туберкулёза // *Вопр. соврем. педиатр.* — 2009. — №6. — С. 12-13. [Moiseeva O.V. Quality of life of adolescents from families in udmurtiya at the time of chemoprophylaxis of tuberculosis. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2009; 6: 12-13. (In Russ.)]
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. — М.: ОЛМА, 2007. — 320 с. [Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine*. (Guide to the study of quality of life in medicine.) Ed. by Shevchenko Yu.L. Moscow: OLMA. 2007: 320. (In Russ.)]
4. Юрьев В.К., Сайфуллин М.Х. Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения // *Вопр. соврем. педиатр.* — 2009. — №6. — С. 7-12. [Yur'ev V.K., Sayfulin M.Kh. Changes in quality of life as a criterion of effectiveness of hospital treatment. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2009; 6: 7. (In Russ.)]
5. Varni J.W., Sherman S.A., Burwinkle T.M. The PedsQL™ Family impact model: Preliminary reliability and validity // *Health Qual. Life Outcomes.* — 2004. — N 2. — P. 55.