

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ,
ПЕРЕНЕСШИХ ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ИШЕМИЮ****Ю. Ю. Хетагурова, И. В. Винярская, М. Д. Митиш***Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ;
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

С целью изучения качества жизни недоношенных детей с постгипоксическим поражением центральной нервной системы было проведено исследование состояния здоровья и оценка качества жизни с помощью опросника QUALIN. Установлено, что у недоношенных детей, перенесших церебральную ишемию, качество жизни ниже, чем у их здоровых сверстников.

Ключевые слова: церебральная ишемия, недоношенные, качество жизни, опросник QUALIN.

QUALITY OF LIFE OF PREMATURE INFANTS WITH POST-CEREBRAL ISCHEMIA***Yu. Yu. Khetagurova, I. V. Vinyarskaya, M. D. Mitish***

The aim of the present study is to assess the quality of life of premature infants with posthypoxic lesion of the central nervous system. The study was conducted using the QUALIN questionnaire. It was found that in premature infants with post-cerebral ischemia the quality of life is lower than in their healthy peers.

Key words: cerebral ischemia, premature infants, quality of life, QUALIN questionnaire.

Церебральная ишемия (ЦИ) у новорожденных детей и детей грудного возраста остается чрезвычайно актуальной проблемой педиатрии. Установлено ведущее значение ишемических повреждений мозга в формировании разнообразных психоневрологических нарушений, приводящих в дальнейшем к социально-биологической дезадаптации и инвалидизации детей. В структуре детской инвалидности 35—40 % поражений центральной нервной системы (ЦНС) являются последствиями перинатальной патологии (Баранов А. А., 2004; Зелинская Д. И., 2004). Среди факторов риска перинатального поражения ЦНС большое значение имеет морфофункциональная незрелость структур головного мозга вследствие недоношенности [5].

По мнению ряда исследователей, перинатальные поражения головного мозга могут протекать волнообразно, манифестируя в критические периоды постнатального онтогенеза. По напряженности происходящих в организме морфофункциональных перестроек особое место среди них занимает первый год жизни ребенка.

Усиление неврологической симптоматики отмечают у детей в критические периоды развития: период новорожденности, от 3 до 6 месяцев жизни, дошкольный и начальный школьный.

Современные диагностические технологии восстановительной медицины доказали свою эффективность для оценки состояния ЦНС человека, в то же время отсутствуют работы по изучению качества жизни (КЖ) как одного из критериев оценки состояния здоровья детей, перенесших церебральную ишемию.

Интерес к проблеме изучения КЖ в России неуклонно возрастает. Исследование качества жизни

детей дает возможность дополнительного анализа состояния здоровья [3, 4]. Ценность показателя заключается в том, что субъективная оценка базируется на строгих принципах доказательной медицины [1].

Одним из наиболее известных международных инструментов для оценки качества жизни детей раннего возраста является общий опросник QUALIN (Manificat S., Dazord A., France, 1997) [6].

Русская версия опросника разработана в лаборатории проблем медицинского обеспечения и качества жизни детского населения ГУ Научного Центра здоровья детей РАМН (Валиуллина С. А., Винярская И. В., Черников В. В., Чадина К. В.).

Анализ качества жизни недоношенных детей в восстановительном периоде с перинатальной патологией нервной системы проводится впервые и может стать дополнительным критерием оценки состояния здоровья ребенка, различных аспектов его развития.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение качества жизни у недоношенных детей, перенесших церебральную ишемию.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические наблюдения были проведены у 75 детей периода новорожденности с последующей оценкой состояния здоровья и качества жизни в 3, 6, 9 и 12 месяцев. Основную группу составили 39 недоношенных новорожденных со средней степенью тяжести ЦИ. Группу сравнения составили 36 здоровых детей различных сроков гестации при рождении. Всего обработано 600 анкет.

В процессе наблюдения у всех детей изучался анамнез, проводилось комплексное клинико-лабора-

торное обследование. Диагноз устанавливался на основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра и в соответствии с классификацией последствий перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни.

Изучение качества жизни детей проводилось с помощью международного инструмента QUALIN, который может применяться как у здоровых, так и у больных детей.

У детей основной группы в возрасте 3 месяцев мы использовали 20%-й раствор L-карнитина, который участвует во всех видах обмена, особенно в энергетическом обеспечении, обладает метаболическими и нейромодулирующими свойствами [2].

Статистический анализ осуществлялся с помощью статистического пакета программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences Inc., USA) версия 14.0, русифицированная.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты оценки КЖ детей по ответам родителей и педиатров в 3 месяца представлены в табл. 1.

Таблица 1

Параметры КЖ детей в 3 месяца

Аспекты КЖ	Основная группа <i>n</i> = 39		Группа сравнения <i>n</i> = 36	
	Родители (<i>M</i> ± <i>σ</i>)	Педиатры (<i>M</i> ± <i>σ</i>)	Родители (<i>M</i> ± <i>σ</i>)	Педиатры (<i>M</i> ± <i>σ</i>)
Поведение и общение	4,33 ± 0,10*	3,28 ± 0,08*	4,71 ± 0,05*	4,11 ± 0,07*
Способность оставаться одному	3,07 ± 0,08*	2,57 ± 0,06*	3,36 ± 0,12	3,26 ± 0,06
Семейное окружение	4,75 ± 0,05*	4,00 ± 0,08*	4,68 ± 0,07*	4,35 ± 0,06*
Нервно-психическое развитие и физическое здоровье	4,06 ± 0,09*	3,31 ± 0,09*	4,28 ± 0,07	4,09 ± 0,05
Общий балл	4,09 ± 0,06*	3,27 ± 0,07*	4,36 ± 0,05*	4,01 ± 0,04*

* *p* < 0,001.

Как видно из таблицы, по всем аспектам КЖ недоношенных детей, перенесших ЦИ II степени, выявлены достоверные различия в ответах педиатров и родителей, а в группе сравнения по общему баллу и по шкалам «Поведение и общение» и «Семейное окружение». Общий балл КЖ детей основной группы в оценке родителей достаточно высок — 4,09, а по оценкам врачей значительно ниже — 3,27. При этом наиболее высоко был оценен аспект «Семейное окружение» всеми респондентами, несколько ниже — «Поведение и общение» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье». Самые низкие показатели по шкале «Способность оставаться одному». Сравнительный анализ данных показал, что в 3 месяца по оценке педиатров и родителей у недоношенных детей, перенесших церебральную

ишемию, качество жизни по всем аспектам хуже, чем у здоровых детей.

В 6 месяцев сохраняются различия в оценке КЖ детей по ответам родителей и педиатров с более низкими показателями у врачей, кроме шкалы «Способность оставаться одному» у детей основной группы (табл. 2).

Таблица 2

Параметры КЖ детей в 6 месяцев

Аспекты КЖ	Основная группа <i>n</i> = 39		Группа сравнения <i>n</i> = 36	
	Родители (<i>M</i> ± <i>σ</i>)	Педиатры (<i>M</i> ± <i>σ</i>)	Родители (<i>M</i> ± <i>σ</i>)	Педиатры (<i>M</i> ± <i>σ</i>)
Поведение и общение	4,63 ± 0,07*	3,90 ± 0,09*	4,56 ± 0,08*	4,39 ± 0,09*
Способность оставаться одному	3,23 ± 0,08	3,03 ± 0,08	3,12 ± 0,10	3,09 ± 0,10
Семейное окружение	4,60 ± 0,07*	4,22 ± 0,07*	4,37 ± 0,10	4,09 ± 0,10
Нервно-психическое развитие и физическое здоровье	4,12 ± 0,10**	3,760 ± 0,068**	3,86 ± 0,10	3,73 ± 0,10
Общий балл	4,24 ± 0,06*	3,77 ± 0,06*	4,08 ± 0,07**	3,94 ± 0,07**

* *p* < 0,001, ** *p* < 0,01.

В сравнении с показателями в 3 месяца, после курса метаболитной терапии, врачи отметили положительную динамику в оценке всех аспектов КЖ (*p* < 0,001). Родители недоношенных детей с ЦИ II степени также более высоко оценили КЖ по общему баллу (*p* < 0,001) и по шкале «Поведение и общение» (*p* < 0,01). В сравнении с контрольной группой по оценкам педиатров КЖ недоношенных, перенесших ЦИ, оставалось ниже по общему баллу (*p* < 0,05), шкалам «Поведение и общение» (*p* < 0,05) и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (*p* < 0,05).

Полученные данные оценки КЖ детей основной группы в 9 месяцев, сохраняют тенденцию 6 месяцев в различии мнений родителей и педиатров по всем параметрам, кроме шкалы «Способность оставаться одному», показатели которой самые низкие по сравнению с остальными, в то время как в контрольной группе разногласий не выявлено (табл. 3).

В 9 месяцев педиатры дали достоверно более высокую оценку детям с ЦИ по шкале «Поведение и общение» (*p* < 0,05), «Способность оставаться одному» (*p* < 0,01) по сравнению с показателями в 3 месяца. Родители оценили КЖ достоверно выше по общему баллу (*p* < 0,05) и по шкале «Поведение и общение» (*p* < 0,01), чем в 3 месяца. Качество жизни детей основной группы в данный возрастной период оставалось ниже, чем КЖ детей контрольной группы по всем аспектам (*p* < 0,01).

Таблица 3

Параметры КЖ детей в 9 месяцев

Аспекты КЖ	Основная группа n = 39		Группа сравнения n = 36	
	Родители (M ± σ)	Педиатры (M ± σ)	Родители (M ± σ)	Педиатры (M ± σ)
Поведение и общение	4,73 ± 0,06*	3,61 ± 0,10*	4,63 ± 0,10	4,53 ± 0,10
Способность оставаться одному	3,14 ± 0,10	2,85 ± 0,10	3,48 ± 0,10	3,46 ± 0,10
Семейное окружение	4,68 ± 0,08*	4,0 ± 0,1*	4,67 ± 0,08	4,65 ± 0,07
Нервно-психическое развитие и физическое здоровье	4,12 ± 0,10**	3,72 ± 0,10**	4,21 ± 0,10	4,27 ± 0,08
Общий балл	4,28 ± 0,06*	3,58 ± 0,09*	4,32 ± 0,10	4,29 ± 0,08

* $p < 0,001$, ** $p < 0,05$.

К 12 месяцам в основной группе не выявлено достоверных различий в ответах родителей и педиатров по шкалам «Способность оставаться одному» и «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье», по другим аспектам различия сохранились (табл. 4).

Таблица 4

Параметры КЖ детей в 12 месяцев

Аспекты КЖ	Основная группа n = 39		Группа сравнения n = 36	
	Родители (M ± σ)	Педиатры (M ± σ)	Родители (M ± σ)	Педиатры (M ± σ)
Поведение и общение	4,75 ± 0,04*	4,47 ± 0,10*	4,79 ± 0,06	4,63 ± 0,08
Способность оставаться одному	3,14 ± 0,10	2,91 ± 0,10	3,18 ± 0,10	3,33 ± 0,10
Семейное окружение	4,69 ± 0,07**	4,19 ± 0,09**	4,69 ± 0,07	4,65 ± 0,07
Нервно-психическое развитие и физическое здоровье	4,17 ± 0,10	3,9 ± 0,1	4,13 ± 0,10	4,06 ± 0,10
Общий балл	4,30 ± 0,05*	4,01 ± 0,09*	4,31 ± 0,06	4,24 ± 0,06

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

Педиатры оценили КЖ в 12 месяцев выше, чем в другие возрастные периоды с достоверными отличиями от оценок в 3 и 6 месяцев по аспекту «Поведение и общение» ($p < 0,001$), «Способность оставаться одному» ($p < 0,05$), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» ($p < 0,001$) в 3 месяца и «Поведение и общение» ($p < 0,001$) в 9 месяцев. Родители оценивают КЖ к году достоверно выше по общему баллу ($p < 0,01$) в сравнении с 3 месяцами и по шкале «Поведение и общение» ($p < 0,05$) в сравнении с 3 и 6 месяцами. По оценке педиатров КЖ детей основной группы к году остается ниже, чем у

здоровых детей по шкалам «Способность оставаться одному» ($p < 0,05$) и «Семейное окружение» ($p < 0,05$). Родители основной и контрольной групп практически одинаково оценили КЖ детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. При сравнении качества жизни недоношенных детей, перенесших церебральную ишемию в восстановительном периоде, по общему баллу выявлены достоверные различия по ответам родителей и педиатров во все возрастные периоды.

2. Изучая качество жизни детей по различным параметрам их функционирования, установлены следующие закономерности. Наиболее высоко родители в декретированные возраста оценивают блок «Семейное окружение» и «Поведение и общение», наиболее низко — «Способность оставаться одному». Педиатры оценивают качество жизни детей с ЦИ ниже, чем родители, по всем шкалам опросника, что может свидетельствовать о недооценке родителями неблагоприятных последствий для детей с последствиями церебральной ишемии.

3. Наихудшие показатели КЖ детей, перенесших ЦИ, отмечены к окончанию раннего восстановительного периода в 3 месяца, однако, после дополнительной медикаментозной коррекции L-карнитином получено достоверное улучшение всех аспектов качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В. и др. Методология изучения качества жизни в педиатрии: Учебное пособие. — М., 2008. — С. 16.
2. Брин И. Л., Дунайкин М. Л., Шейкман О. Г. // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — № 1. — С. 32—39.
3. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — М.: ОлмаМедиа-Групп, 2007. — 320 с.
4. Новик А. А., Ионова Т. И., Никитина Т. П. // Педиатрия. — 2002. — № 6. — С. 83—88.
5. Яцык Г. В. Алгоритм диагностики, лечения и реабилитации перинатальной патологии маловесных детей. — М., 2002. С. 7—36
6. Manificat S., Dazord A., Langue J., et al. // Arch Pediatr. — 2000. — № 7 (6). — P. 605—614.

Контактная информация:

Хетагурова Юлианна Юрьевна — ассистент кафедры госпитальной педиатрии Северо-Осетинской государственной медицинской академии, e-mail: 4974545@mail.ru