

# Вивчення змін якості життя при вродженій патології органа зору у дітей раннього віку, як інструмент формування їхньої соціальної адаптації у майбутньому

С.О. Риков<sup>1</sup>, Н.В. Медведовська<sup>1</sup>, Ю.В. Баринів<sup>2</sup>, А.А. Шевчик<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» МОЗ України, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення змін компонентів якості життя у дітей перших трьох років з вродженою патологією зорового аналізатора, як інструменту формування їхньої соціальної адаптації у майбутньому.

**Матеріали та методи.** Науковою базою дослідження стали амбулаторно-поліклінічні відділення закладів охорони здоров'я м. Києва, в яких надається медична допомога дітям перших трьох років життя, зокрема з вродженою патологією органа зору. Первинним матеріалом були 498 анкет соціологічного дослідження за адаптованою версією стандартизованого опитувальника Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ), з яких 398 анкети з основної групи та 100 – з контрольної. Застосовували комплекс методів дослідження, основою для яких став системний підхід, а саме: медико-статистичний та соціологічний (анкетне опитування з попереднім повідомленням респондентам про мету та завдання дослідження, отримання попередньої усної добровільної згоди на участь в анонімному анкетуванні).

**Результат.** За результатами дослідження було з'ясовано, що батьки дітей з контрольної групи оцінили загальний зір своїх дітей сумарно в 89,75±1,33 бала проти 60,25±1,96 бала за сумарною оцінкою батьків дітей з основної групи (різниця склала 32,87%;  $p < 0,001$ ). У цілому, за оцінками батьками якості життя дітей раннього віку, в основній групі сумарна кількість балів склала 64,89±1,01 проти 84,67±0,92, з різницею в 23,4% ( $p < 0,001$ ).

**Заключення.** Проведене дослідження доводить наявність змін якості життя дітей раннього віку за наявності у них порушень зору. Це обґрунтовує доцільність посилення заходів щодо своєчасного виявлення та лікування порушень зорових функцій у дітей, згідно діючих медико-технологічних документів.

Співпраця сімейного лікаря та дитячого офтальмолога у межах своїх компетенцій щодо порушення функцій зорового аналізатора з перших днів життя дитини дозволяє здійснювати ефективний тривалий нагляд за родиною, попереджаючи розвиток медико-соціальної дезадаптації як самої дитини, так і її родини. Результати дослідження змін компонентів якості життя є інформативними щодо майбутнього соціального функціонування дитини, її родини, відношення її близьких до захворювання та призначеного лікування, його виконання.

**Ключові слова:** якість життя дітей, офтальмологічна патологія, своєчасна діагностика, нагляд лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

З 90-х років XX століття у світі спостерігається зростання інтересу до вивчення не тільки поширеності тих чи інших захворювань серед різних віко-статевих груп населення, а й до якості життя пацієнтів, до питань так званого соціального функціонування. На думку різних спеціалістів (практиків, науковців, організаторів охорони здоров'я), вивчення складових

якості життя є важливим компонентом, у тому числі характеристики якості наданої медичної допомоги, хоч і носить суб'єктивний характер. Сприйняття змін якості життя пацієнтом суб'єктивне, оскільки деякі з них можуть вважати своє життя зовсім незадовільним через незначні побутові труднощі, інші ж можуть бути повністю задоволеними, хоча об'єктивно їхнє життя сповнене проблем [1, 5, 7].

Через складність кількісного оцінювання та з метою запровадження уніфікованого підходу, у дослідженнях якості життя використовують стандартизовані опитувальники (шкали) за різними нозологіями, що значно спрощує їхнє практичне застосування. Різні блоки опитувальників відображають різні сторони життя пацієнтів (денне функціонування, стосунки у родині, соціальні взаємозв'язки, матеріальні, правові проблеми і безпека, самооцінка здоров'я, оцінювання життя «в цілому») тощо. Відповіді на поставлені запитання відображають об'єктивну складову або реальні життєві обставини оцінювання пацієнтом відповідних сторін його життя, задоволеність ними.

Щодо вивчення якості життя офтальмологічних хворих у різних закордонних наукових дослідженнях використовують анкети: Eye Quality of Life, 2010 (Eye-QOL); The Amblyopia Treatment Index, 2001 (AIT); Health Related Quality of Life for Exotropia, 2010; Paediatric Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire, 1998 (PRQLQ); Quality of Life in Children with Vernal Keratoconjunctivitis Questionnaire, 2007 (QUICK); Developmental Eye Movement Test, 2005 (DEM); College of Optometrists in Vision Development Quality of Life questionnaire, 2006; Vision related Quality of Life of Children and Young People, 2010 (QoL-CPY) [6, 8, 9].

**Мета дослідження:** вивчення змін компонентів якості життя у дітей перших трьох років з вродженою патологією зорового аналізатора, як інструменту формування їхньої соціальної адаптації у майбутньому.

За обраним нами напрямком дослідження якості життя дітей перших років життя з вродженою патологією органа зору виникає суттєва проблема оцінки її змін. Адже діти такого віку не спроможні брати участь в опитуванні, а тому всі наведені вище опитувальники не повністю відповідали висунутим вимогам до них у запланованому дослідженні. Для вирішення поставленого завдання ми адаптували стандартизований опитувальник Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ), за яким компоненти якості життя дітей перших років оцінювали їхні батьки. Аналогічне дослідження проведено групою науковців у США (Feliuss J., Stager DR Sr, Berry PM, Fawcett SL, Stager DR Jr, Salomao SR).

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Науковою базою для проведення дослідження були обрані амбулаторно-поліклінічні відділення закладів охорони здоров'я міста м. Києва, в яких надається медична допомога дітям перших

трьох років життя, зокрема з вродженою патологією органа зору (три заклади, у тому числі консультативна поліклініка ОХМАДИТ). Первинним матеріалом було 498 анкет соціологічного дослідження за адаптованою версією стандартизованого опитувальника Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ), з них 398 анкети з основної та 100 з контрольної груп.

Досягнення мети дослідження потребувало використання комплексу методів дослідження, основою для яких став системний підхід, а саме: медико-статистичний та соціологічний (анкетне опитування з попереднім повідомленням респондентам про мету та завдання дослідження, отримання попередньої усної добровільної згоди на участь в анонімному анкетуванні) методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами проведеного нами дослідження в основній групі дітей, чий батьки були опитані, середній вік дітей склав 0,6 року, тобто в більшості випадків дослідженню підлягали зміни якості життя у дітей, які мали порушення органа зору з перших днів від народження. В основній групі опитаних більшість (69,36%) склали батьки дітей з порушеннями зорових функцій з причини ретинопатії недоношених (19,6%), вродженої катаракти (15,08%), косоокості (12,06%), анізотропії (7,04%), міопії (6,53%), дакриоциститу (5,03%) та непрохідності слізних каналців (4,02%).

Під час дослідження оцінювали компоненти якості життя (субшкали), такі, як загальний зір, вміння, особистість, вплив на сім'ю, лікування та оцінка в загальному здоров'я дитини.

Було з'ясовано, що більшість респондентів з основної групи на відміну від пацієнтів з контрольної групи мали порушення компонентів якості життя за шкалою «загальний зір» та «вплив на сім'ю» (малюнок).

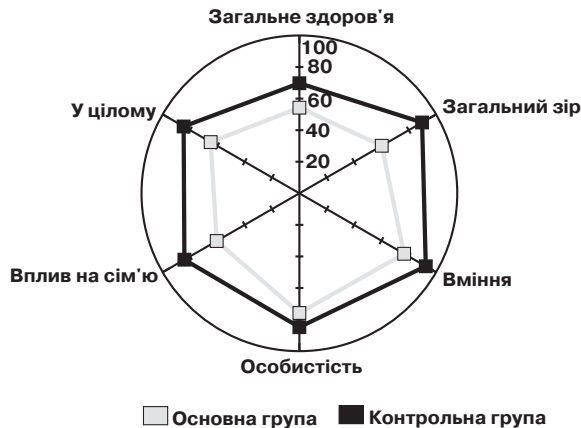
Так, батьки дітей з контрольної групи оцінили загальний зір своїх дітей сумарно в  $89,75 \pm 1,33$  бала проти  $60,25 \pm 1,96$  бала за сумарною оцінкою батьків дітей з основної групи (різниця склала 32,87%, при  $p < 0,001$ ).

Також суттєвою виявилася різниця в оцінюванні респондентів основної і контрольної груп субшкали впливу на стосунки в родині, сумарно  $84,11 \pm 1,32$  та  $60,46 \pm 1,46$  відповідно (різниця склала 28,12%;  $p < 0,001$ ) та субшкали загальної оцінки здоров'я власної дитини, сумарно  $69,75 \pm 2,77$  та  $54,25 \pm 2,76$  відповідно (різниця склала 22,2%;  $p < 0,001$ ). Це свідчить про суттєвий вплив патології органа зору на якість життя дітей навіть раннього віку, батьки яких були залучені в якість респондентів. Цим самим пояснюється і менша різниця в оцінках основної і контрольної груп за субшкалою вміння:

### Изучение изменений качества жизни при врожденной патологии органа зрения у детей раннего возраста, как инструмент формирования их социальной адаптации в будущем С.А. Рыков, Н.В. Медведовская, Ю.В. Баринев, А.А. Шевчик

**Цель исследования:** изучение изменений компонентов качества жизни детей первых трех лет жизни с врожденной патологией зрительного анализатора, как инструмента формирования их социальной адаптации в будущем.

**Материалы и методы.** Научной базой исследования стали амбулаторно-поликлинические отделения учреждений здравоохранения г. Киева, в которых оказывается медицинская помощь детям первых трех лет жизни, в частности с врожденной патологией органа зрения. Первичным материалом были 498 анкет социологического исследования с применением адаптированной версии стандартизованного опросника Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ), из них 398 анкеты из основной группы и 100 – из контрольной. Использовали комплекс методов исследования, основой для которых стал системный подход, а именно: медико-статистический и социологический (анкетный опрос, перед которым респонденты были уведомлены о цели и задачах исследования и своевременно давали устное добровольное соглашение об участии в анонимном опросе).



### Профіль компонентів якості життя (субшкал) респондентів основної групи в порівнянні з контрольною групою (станд. од.)

сумарно  $92,45 \pm 0,72$  та  $76,61 \pm 0,21$  відповідно (різниця склала 17,13%;  $p < 0,001$ ).

У цілому, за оцінками батьками якості життя дітей раннього віку в основній групі сумарна кількість балів склала  $64,89 \pm 1,01$  проти  $84,67 \pm 0,92$  з різницею в 23,4% ( $p < 0,001$ ).

### ВИСНОВКИ

Отже, проведене нами дослідження доводить існування змін якості життя дітей раннього віку за наявності у них порушень зору. Це обґрунтовує доцільність посилення заходів щодо своєчасного виявлення та лікування порушень зорових функцій у дітей згідно з діючими медико-технологічними документами.

Оцінка рівня якості життя, а також окремих його компонентів, разом з об'єктивними даними зміни зорових функцій є інформативною та визначальною у разі прийняття рішення у клінічній практиці (зокрема щодо застосування оперативного втручання) оскільки дозволяє врахувати індивідуальні особливості пацієнта. Дослідження змін компонентів якості життя дітей з порушеннями функцій зору із віком дозволить отримати важливу інформацію щодо соціальної адаптації дитини, відношення її близьких до захворювання, призначеного лікування, його виконання.

Взаємодія сімейного лікаря та дитячого офтальмолога у межах своїх компетенцій щодо порушення функцій зорового аналізатора з перших днів життя дитини, дозволяє здійснювати ефективний тривалий нагляд за родиною, попереджаючи розвиток медико-соціальної дезадаптації як самої дитини, так і її родини.

**Результаты.** По результатам исследования было установлено, что родители детей из контрольной группы оценили общее состояние зрения своих детей суммарно в  $89,7 \pm 1,33$  бала по сравнению с  $60,25 \pm 1,96$  бала по суммарной оценке родителей детей из основной группы (разница составила 32,87%;  $p < 0,001$ ). В целом, по оценкам родителей качества жизни детей раннего возраста в основной группе суммарное количество баллов составило  $64,89 \pm 1,01$  против  $84,67 \pm 0,92$ , с разницей в 23,4% ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Проведенное нами исследование доказывает существование изменений качества жизни детей раннего возраста при наличии у них зрительных нарушений. Это обосновывает целесообразность усиления мер раннего выявления и лечения нарушений зрительных функций у детей в рамках утвержденных медико-технологических документов. Взаимодействие семейного врача и детского офтальмолога в рамках своих компетенций по ведению детей с нарушением функций зрительного анализатора с первых дней жизни, позволяет осуществлять эффективное длительное наблюдение за семьей, предупреждая развитие медико-социальной дезадаптации как ребенка, так и его семьи. Результаты исследования изменений компонентов качества жизни информативны в отношении будущего социального функционирования ребенка, его семьи, отношения близких к заболеванию ребенка, назначенного ему лечения, его выполнения.

**Ключевые слова:** качество жизни детей, офтальмологическая патология, своевременная диагностика, наблюдение врача общей практики-семейного врача.

**Study changes of life quality at innate eye pathology sight for the children of early age as an instrument of forming of their social adaptation in the future**  
**S. Rykov, N. Medvedovskaya, U. Barynov, A. Shevchik**

**The objective:** studying of life's quality changes among children of the first three year of life with visual analyzer's congenital pathology as instrument of their social adaptation's formation in the future became a research objective.

**Patients and methods.** Out-patient and polyclinic units of Kyiv's healthcare institutions in which the medical care is provided to children of the first three years of life, particularly with congenital ophthalmic pathology (3 institutions) were scientific base of a research. We have been used the adapted version of the standardized questionnaire of Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ) Felius et al were primary material. (2004) – 498 questionnaires, from them 398 of the main group and 100 of control.

The purpose of a research required using the complex of research methods, a basis for which is a system approach, namely: medico-statistical and sociological (the respondents were informed about the purpose and research problems and timely gave the oral voluntary agreement in anonymous poll before the filling of questionnaires) methods.

**Results.** Of a research has established that parents of children from control group have estimated the general condition of children's vision totally in 89,75±1,33 points vs 60,25±1,96 points according to a total score of children's parents from the main group (the difference was 32,87%, at p<0,001). In general, the total number of points was 64,89±1,01 vs 84,67±0,92, with a difference in 23,4% (p<0,001) in the main group, according to life's quality total score of early years children's parents. Our research proves existence of children's life quality changes at the presence of visual violations among them that substantiates expediency of strengthening of early identification and treatment measures of visual function's violations at children, within the approved medico-technological documents.

**Conclusion.** Interaction in form of cooperation between the family doctor and children's ophthalmologist within the competences on maintaining children with visual analyzer's violation of functions from the first days of life, allows to perform effective long observation of a family, preventing development of medico-social disadaptation both the child, and a family in which it appeared. Research results of life's quality components changes are informative for a future social functioning of the child, his family, the parent's attitude to a child's disease and it's treatments, and performance of disease's treatment.

**Key words:** children's life quality, ophthalmologic pathology, timely diagnostics, observation of the doctor of general practice—the family doctor.

**Сведения об авторах**

**Рыков Сергей Александрович** – Кафедра офтальмологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: eye-bolit@ukr.net

**Медведовская Наталья Владимировна** – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: medvedovsky@ukr.net

**Баринов Юрий Викторович** – ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», 02099, г. Киев, Волго-Донской пер., 3

**Шевчик Анатолий Анатольевич** – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. – 62 с.
2. Ackland P. The accomplishments of the global initiative VISION 2020: The Right to Sight and the focus for the next 8 years of the campaign / P. Ackland // Indian J. Ophthalmol. – 2012. – Vol. 60, № 5. – P. 380–386.
3. Burden T. VISION 2020 / T. Burden // Can. J. Diet. Pract. Res. – 2008. – Vol. 69, N 2. – P. 54.
4. Стратегія зміцнення здоров'я в офтальмології / О.І. Тимченко, С.О. Рыков, О.П. Вітовська, Г.І. Степанюк // Мед. перспективи. – 2008. – № 4. – С. 87–93.
5. Сидоренко Е.И. Доклад по охране зрения детей. Проблемы и перспективы детской офтальмологии / Е.И. Сидоренко // Вестн. офтальмологии. – 2006. – № 1. – С. 41–42.
6. Vision screening in children by Plusoptix Vision Screener compared with gold-standard orthoptic assessment / A.H. Dahlmann-Noor, K. Vrotsou, V. Kostakis [et al.] // Br. J. Ophthalmol. – 2009. – Vol. 93, № 3. – P. 342–345.
7. Окунев М.А. Проблемы оказания офтальмологической помощи детям на современном этапе / М.А. Окунев, О.В. Дискаленко, А.Е. Горкин // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. трудов. – СПб., 2008. – Вып. 13. – С. 275–276.
8. Системный подход к охране зрения у детей, необходимость раннего вмешательства / Е.К. Сумерина, О.В. Глазунова, В.А. Хромова [и др.] // Поликлиника. – 2007. – № 1. – С. 88.
9. Mathers M. A review of the evidence on the effectiveness of children's vision screening / M. Mathers, M. Keyes, M. Wright // Child Care Health Dev. – 2010. – Vol. 36, N 6. – P. 756–780.

Статья поступила в редакцию 27.12.16

# К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»

Материалы исследования должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором оно было выполнено, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати.

На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов, фамилия, имя и отчество (полностью), почтовый адрес предприятия, номера телефонов (служебный), степень, звание, должность. Обязательно наличие контактного телефона автора/ов, с которым/и редакция может общаться по возникшим вопросам.

**1.** Статья подается на украинском или русском и английском языках в 2 экземплярах, которые подписаны всеми авторами.

**2.** Каждый автор должен указать свои данные на украинском или русском и английском языках (фамилию, имя, отчество, научное звание (должность), научную степень, отрасль специализации, место работы, служебный адрес, почтовый индекс, служебный телефон или адрес электронной почты).

**3.** УДК и фамилию автора необходимо указать на первой странице, далее должны следовать название статьи и назва-

ние организации, на базе которой были проведены исследования, наблюдения и т.д.

**4.** Текст статьи и материалы к ней должны быть отредактированы и проверены автором. Содержание статьи должно иметь практическую направленность. К статье должны быть приложены все используемые в работе таблицы, иллюстрации, список литературы и акт экспертизы.

- заглавия научных статей должны быть информативными.
- в заглавиях статей можно использовать только общепринятые сокращения.
- в переводе заглавий статей на английский язык не должно быть никаких транслитераций, кроме непереводаемых названий собственных имен, приборов и других объектов, имеющих собственные названия; также не используется непереводаемый сленг.
- в списке литературы должно быть не менее 7 ссылок. Авторы несут ответственность за точность ссылок. Список цитированной литературы подается в соответствии с общепринятыми правилами оформления.

**Для регистрации статьи в наукометрических базах необходимо подготовить дополнительный список литературы на английском языке в виде отдельного файла в таком формате:**

ФИО авторов. год. Название статьи. Источник. Том (если есть); номер: страницы.

**Пример указан ниже.**

Пример цитированной литературы в соответствии с общепринятыми правилами оформления	Пример цитированной литературы для регистрации в наукометрических базах
Astley S.J. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction / S.J. Astley, S.K. Clarren // Alcohol Alcohol. – 2001. – V. 36. – P. 147–159.	<b>Astley SJ, Clarren SK. 2001. Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: correlations with brain dysfunction. Alcohol Alcohol. 36:147–159.</b>
Maternal First-Trimester Enterovirus Infection and Future Risk of Type 1 Diabetes in the Exposed Fetus / H.R. Viskari, M. Roivainen, A. Reunanen [et al.] // Diabetes Care. 2012 Jun;35(6):1328–32.	<b>Viskari HR, Roivainen M, Reunanen A et al. 2012, Jun. Maternal First-Trimester Enterovirus Infection and Future Risk of Type 1 Diabetes in the Exposed Fetus. Diabetes Care. 35(6):1328–32.</b>

**5.** К статье следует прислать рефераты на украинском, русском и английском языках с обязательным указанием фамилий и инициалов авторов на этих языках. Объем резюме не должен превышать 200-250 слов. Обязательно указываются «ключевые слова» (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Резюме является независимым от статьи источником информации. **Резюме к оригинальной статье должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение.** Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом.

Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) резюме должно включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.

**6.** Требования к иллюстративному материалу:

- Иллюстрация может быть подана в виде: фотографии, слайда, рентгенограммы, электронного файла.
- Иллюстрация должна быть подготовлена на высоком качественном уровне.
- Поданные иллюстрации должны соответствовать основному смыслу статьи.
- Иллюстрация должна быть максимально свободна от надписей, которые следует перенести в подрисовочную подпись.

- Подписи к иллюстрациям подаются на листе бумаги в конце статьи.
- Каждая иллюстрация должна иметь общее название.
- Иллюстрации следует передавать в отдельном конверте с указанием названия статьи и ФИО автора.
- В статье следует указать место, где, по мнению автора, желательно было бы поместить иллюстрацию.
- Иллюстрация, поданная в электронном виде, должна иметь разрешение не менее 300 dpi (масштаб 1:1).
- 7.** Таблицы должны быть компактными. Название столбцов и строк должны соответствовать их содержанию, текст подается без сокращений.

**8.** В статье не допускается сокращения слов, кроме общепринятых в научной литературе. Все измерения подаются в системе единиц СИ.

**9.** Статья должна содержать практические выводы и рекомендации для клиницистов.

**10.** Редакция оставляет за собой право редактировать статьи.

**11.** При несоблюдении указанных требований оформления статьи, редакция возвращает ее авторам без рассмотрения.

**12.** Статья должна быть записана в формате WORD-97, 98, 2000–2003; размер шрифта — 12 пунктов.

**13.** Материалы статей, принятых к печати (рукописи, иллюстрации, дискеты), не возвращаются.

**Статьи просим присылать по адресу: 03039, Киев, а/я 4, Редакция журнала «Семейная медицина»; e-mail: alexandra@professional-event.com. Тел./факс: (044) 220-15-41, 220-15-43.**