

УДК 617.7-001.4

<http://doi.org/10.5281/zenodo.2539595>

**ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА
ПОСЛЕ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ РОГОВИЦЫ
С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ХРУСТАЛИКА В КЫРГЫЗСТАНЕ**

©*Сулайманова Г. М., Национальный центр охраны материнства и детства,
г. Бишкек, Кыргызстан, tabibaiun@gmail.com*

©*Базарбаева А. Р., канд. мед. наук, Национальный центр охраны материнства и детства,
г. Бишкек, Кыргызстан, aidai.bazarbaeva@gmail.com*

**INDICATORS OF THE QUALITY OF LIFE IN CHILDREN OF DIFFERENT
AGE AFTER PENETRATING WOUNDS OF THE CORNEA WITH
CRYSTALLINE LENS DAMAGE IN KYRGYZSTAN**

©*Sulaimanova G., National Centre of Mother and Child Health Care,
Bishkek, Kyrgyzstan, tabibaiun@gmail.com*

©*Bazarbaeva A., M.D., National Centre of Mother and Child Health Care,
Bishkek, Kyrgyzstan, aidai.bazarbaeva@gmail.com*

Аннотация. Изучены параметры качества жизни у детей в зависимости от возраста после хирургического лечения проникающего ранения роговицы с повреждением хрусталика. Дети были разделены на возрастные группы: 2–6 лет; 7–9 лет; 10–13 лет и 14–18 лет. Целью работы является оценка показателей качества жизни у детей различного возраста с нарушением зрения после хирургического вмешательства, анализ результатов оценки пострадавших детей и детей из условно-здоровой группы. При оценке качества жизни у детей разного возраста отмечено снижение уровня функционирования во всех возрастных периодах после имплантации жесткой интраокулярной линзы.

Abstract. In research studied the parameters of children's quality of life depending on the age after surgical treatment of penetrating wounds of the cornea with the damaged lens. Children were divided into age groups: 2–6 years; 7–9 years; 10–13 years and 14–18 years. The aim of the work is the assessment of children's quality of life in a different age group with visual impairment after surgery, comparing the results of evaluation of affected children and of children from a healthy group. The children after implantation of the hard-intraocular lens had a decrease in the functional level of life's quality in all age periods.

Ключевые слова: дети, возраст, качество жизни, глаз, травма.

Keywords: children, age, quality of life, eye, trauma.

Введение

На современном этапе развития медицины одним из важных показателей оценки состояния здоровья остается исследование качества жизни (КЖ) [1–3]. Изучение качества жизни необходимо для оценки исходов и результатов лечения заболеваний, особенно психосоциальных исходов, которые выходят за рамки медицинских эффектов [4]. По мнению ряда авторов, исследование качества жизни позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных, образовательных и реабилитационных программ, разработать

обоснованные рекомендации по совершенствованию системы медико–социальной помощи детям [5]. Детям различного возраста проведено хирургическое лечение проникающего ранения роговицы с повреждением хрусталика посредством имплантации жесткой и мягкой интраокулярной линзы. В послеоперационном периоде проведена оценка четырех блоков качества жизни у детей, характеризующие физическое, социальное, ролевое и эмоциональное функционирование.

Материал и методы исследования

В работе изучены параметры качества жизни 70 пациентов различного возраста: дошкольный период (2–6 лет); дети начальных классов (7–9 лет); дети средней школы (10–13 лет) и дети старше 14 лет.

Результаты опроса пациентов двух подгрупп А и В сравнили с показателями здоровых детей того же возраста из контрольной группы.

В подгруппу А вошли 31 пациент с имплантированной жесткой интраокулярной линзой после проникающего ранения роговицы с повреждением хрусталика.

В подгруппу В объединены 39 пациентов с мягкой ИОЛ, которые оперированы по поводу травматической катаракты.

При проведении сравнительного анализа опросников использовался общий опросник Pediatric Quality of Life Inventory–PedsQL™4.0 [6]. Опросник состоит из 23 вопросов, которые объединены в следующие шкалы:

- физическое функционирование (ФФ) — 8 вопросов;
- эмоциональное функционирование (ЭФ) — 5 вопросов;
- социальное функционирование (СФ) — 5 вопросов;
- ролевое функционирование (РР) — функционирование в детском саду (ФДС) или школьное функционирование (ШФ) — 3 или 5 вопросов (в зависимости от возраста детей).

Результаты и обсуждение

В дошкольном возрасте у детей, получивших в анамнезе проникающее ранение роговицы с повреждением хрусталика, и прооперированных по поводу травматической катаракты посредством имплантации жесткой интраокулярной линзы, установлено уменьшение уровня во всех четырех блоках.

Социальное функционирование у здоровых детей в возрасте 2–6 лет имело следующие показатели: трудно ладить с другими 85,5±3,4 балла, у детей в 7–9 летнем возрасте — 85,9±3,3 балла; у детей в возрасте 10–13 лет этот показатель оценен в 79,7±2,9 балла; в контрольной группе у детей 14–18 лет — 78,6 ±3,9 балла.

Этот показатель в подгруппе А выглядел следующим образом: дети до 6 лет — 42,8±9,3 балла; пациенты в возрасте от 7 до 9 лет — 57,1±9,1 балла; пациенты от 10 до 13 лет — 67,5 ±12,4 балла и дети старше 14 — 62,5 ±15,4 балла.

У детей в возрасте до 6 лет из подгруппы В этот же вопрос имел более оптимальные значения: 75,0±8,5 балла; у детей в 7–9летнем возрасте — 72,9±6,9 балла; ответы 10–13-летних пациентов этой подгруппы оценены в 81,8±4,9 балла, а пациентов старше 14 лет — 82,1±6,5 балла.

Таким образом, наибольшие трудности в данном аспекте испытывают дети из подгруппы А в возрасте до 6 лет, их показатель на 42,7 балла ниже по сравнению с оценкой здоровых детей и на 32,2 балла ниже, чем у детей подгруппы В. Для детализации социального вопроса о дружбе со сверстниками проведено сравнение показателей в группе здоровых и прооперированных детей 2–6 лет (Рисунок 1).

Так нежелание дружить оценено в $80,3 \pm 4,1$ балла среди здоровых детей в возрасте 2–6 лет; от 7 до 9 лет — $88,0 \pm 2,9$ балла; у 10–13-летних подростков — $82,0 \pm 3,0$ балла; в возрасте старше 14 лет — $78,6 \pm 4,8$ балла.

Среди детей из подгруппы А о дружбе получены следующие данные: 2–6 лет — $53,6 \pm 8,5$ балла; в возрасте от 7 до 9 лет — $64,3 \pm 9,7$ балла; от 10 до 13 лет — $62,5 \pm 11,3$ балла, а в 14–18-летнем возрасте — $54,2 \pm 15,0$ балла.

Этот показатель у пациентов из подгруппы В имел следующие значения: в возрасте 2–6 лет — $83,3 \pm 5,8$ балла; в 7–9 лет — $68,8 \pm 6,8$ балла; среди детей от 10 до 13 лет — $77,3 \pm 9,2$ балла, а в 14–18 лет — $85,7 \pm 6,7$ балла.

Определен показатель о трудностях устанавливать дружеские отношения среди детей дошкольного возраста, так подсчитано, что низкие значения присутствуют в подгруппе А: на 26,7 балла меньше в сравнении с оценкой детей из здоровой группы.

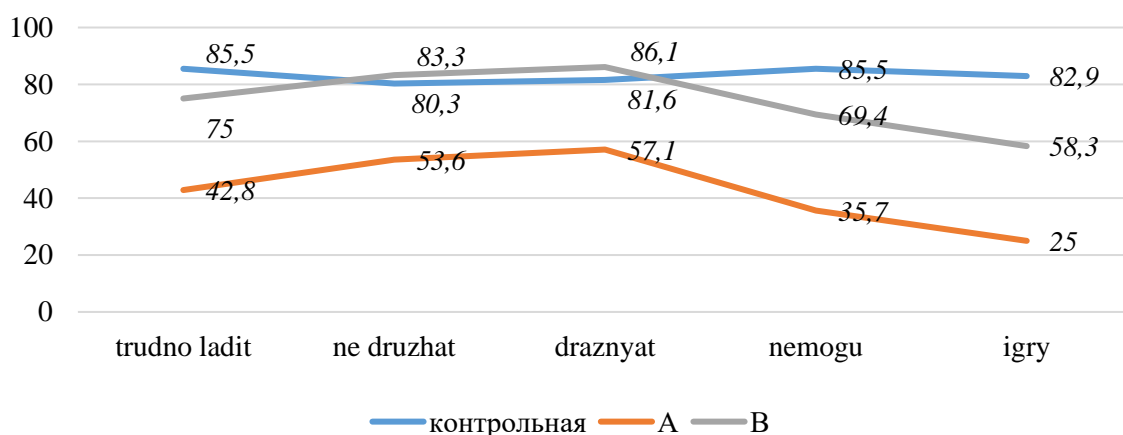


Рисунок 1. Оценка социального функционирования детей в дошкольном возрасте.

При опросе детей начальной школы выявлено влияние офтальмотравматического процесса и типа имплантированной линзы на качество жизни. Сложности при выполнении простых действий минимально испытывали дети из здоровой группы, так в дошкольном возрасте этот показатель оценен в $85,5 \pm 3,5$ балла; в 7–9 лет — $90,2 \pm 3,0$ балла; от 10 до 13 лет — $82,0 \pm 3,4$ балла; в возрасте старше 14 лет — $89,3 \pm 3,6$ балла.

Дети с имплантированной жесткой линзой отмечают более выраженный дискомфорт и трудности выполнения действий, не вызывающих сложности у сверстников контрольной группы и подгруппы В.

В возрастном периоде до 6 лет в подгруппе А этот показатель составляет $35,7 \pm 13,7$ балла, что на 49,8 балла меньше, чем у здоровых детей и на 33,7 балла ниже в сравнении с пациентами подгруппы В.

Максимальный балл этого параметра зафиксирован в возрасте 7–9 лет у детей контрольной группы $90,2 \pm 3,0$ балла, в этой возрастной категории у детей с жесткой ИОЛ достаточно низкий уровень способности выполнения обычных действий — $35,7 \pm 12,2$ балла, что на 37,2 балла меньше, чем у детей с мягкой ИОЛ (Рисунок 2).

Из блока социального функционирования представляет интерес результат, полученный при опросе детей о том, успевают ли они во время игр с другими детьми.

В самой младшей возрастной категории дети до 6 лет не успевают во время игр с другими детьми: в контрольной группе — $82,9 \pm 4,0$ балла; этот показатель у их сверстников в подгруппе А составил $25,0 \pm 9,1$ балла; в подгруппе В — $58,3 \pm 7,2$ балла.

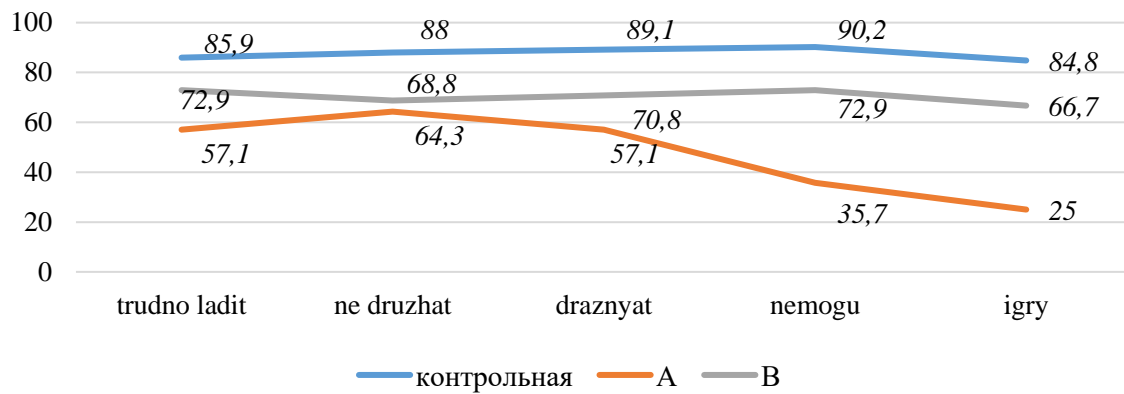


Рисунок 2. Оценка социального функционирования детей в возрасте 7–9 лет.

В возрасте 7–9 лет трудности во время игр среди здоровых детей — $84,8 \pm 3,1$ балла; у детей с жесткой ИОЛ — $25,0 \pm 9,1$ балла; с имплантированной мягкой линзой — $66,7 \pm 6,2$ балла.

Выявлена разница данного показателя на 57,9 и 59,8 балла у детей контрольной группы и подгруппы А в возрасте 2–6 и 7–9 лет соответственно, таким образом, более чем в два раза снижен уровень данной функции у детей с жесткой линзой, чем у здоровых детей; на треть и более, чем у детей с мягкой ИОЛ.

Среди детей более старшего возраста 10–13 лет параметры социального функционирования имеют меньшие различия в подгруппе А, а в подгруппе В и в контрольной группе показания идентичны (Рисунок 3).

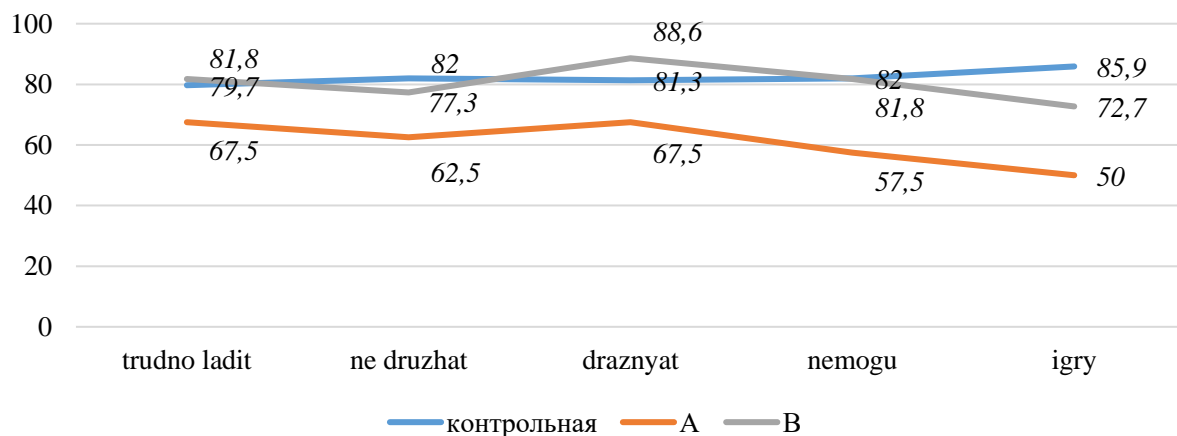


Рисунок 3. Оценка социального функционирования детей в возрасте 10–13 лет.

При анкетировании на вопрос дразнят ли ребенка другие дети в контрольной группе ответы опрошиваемых старше 14 лет оценены в $76,6 \pm 6,0$ балла; в подгруппе А — $50,0 \pm 12,9$ балла; в подгруппе В — $82,1 \pm 5,5$ балла.

В возрасте старше 14 лет трудно успевать во время игр детям из подгруппы А, их ответ составил $37,5 \pm 10,7$ балла, что на 48,2 балла ниже в сравнении с ответом детей контрольной группы; и на 33,9 балла меньше, чем в подгруппе В, детям которой имплантирована мягкая ИОЛ (Рисунок 4).

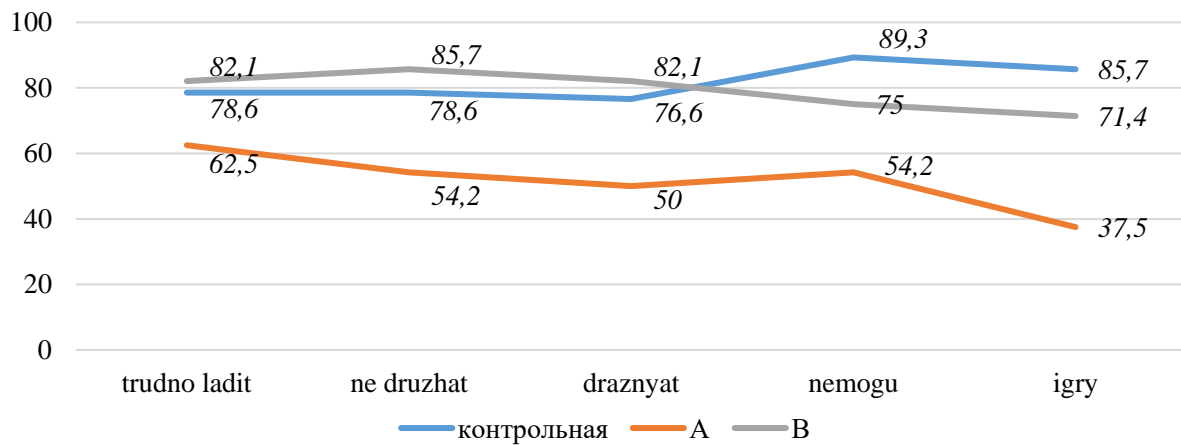


Рисунок 4. Оценка социального функционирования детей в возрасте старше 14 лет.

Шкала ролевого функционирования имеет свои характеристики в зависимости от возраста исследуемых. У детей с жесткой ИОЛ отмечен крайне низкий показатель внимательности во всех возрастных группах. У самых маленьких пациентов подгруппы А оценка внимательности составила $17,9 \pm 8,1$ балла; в начальных классах школы — $10,7 \pm 11,6$ балла; от 10 до 13 лет в подгруппе А — $42,5 \pm 14,0$ балла; и с 14 лет — $29,2 \pm 11,9$ балла.

Оценивая РФ в возрасте до 6 лет, установлено, что пропуски занятий из-за плохого самочувствия дети контрольной группы оценили в $71,1 \pm 3,7$ балла; дети с жесткой линзой — $35,7 \pm 10,0$ балла; пациенты с имплантированной мягкой ИОЛ — $72,2 \pm 10,6$ балла. Сравнивая данные результаты, выявлено снижение посещений занятий в два раза детьми из подгруппы А (Рисунок 5).

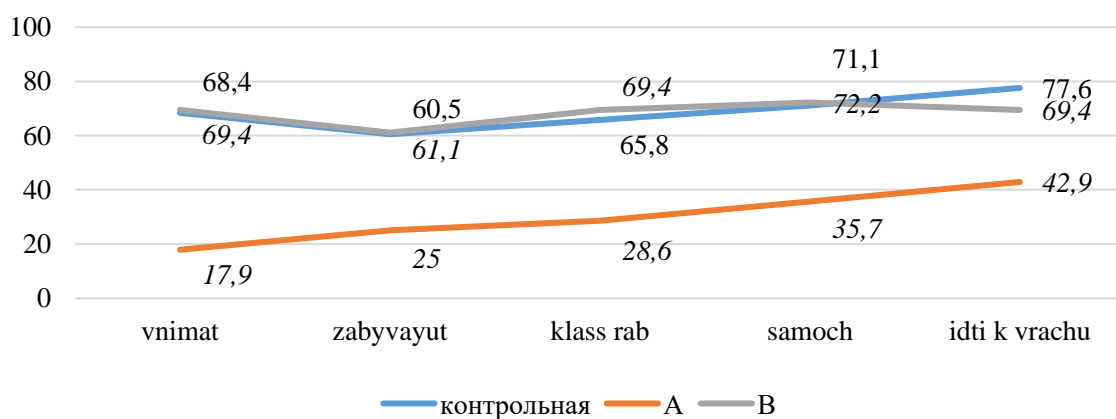


Рисунок 5. Оценка ролевого функционирования детей в дошкольном возрасте.

В подгруппе детей с мягкой ИОЛ уровень внимательности во время уроков особо не изменился и соответствовал следующим значениям: до 6 лет — $69,4 \pm 11,2$ балла; в 7–9 лет — $68,8 \pm 8,3$ балла; в возрасте 10–13 лет — $70,4 \pm 8,8$ балла; после 14 лет — $89,3 \pm 6,7$ балла.

В период 7–9 лет у детей подгруппы А значительно снизилась внимательность на уроках и скорость выполнения классной работы, отмечалась частота забывчивости по сравнению с детьми других групп (Рисунок 6).

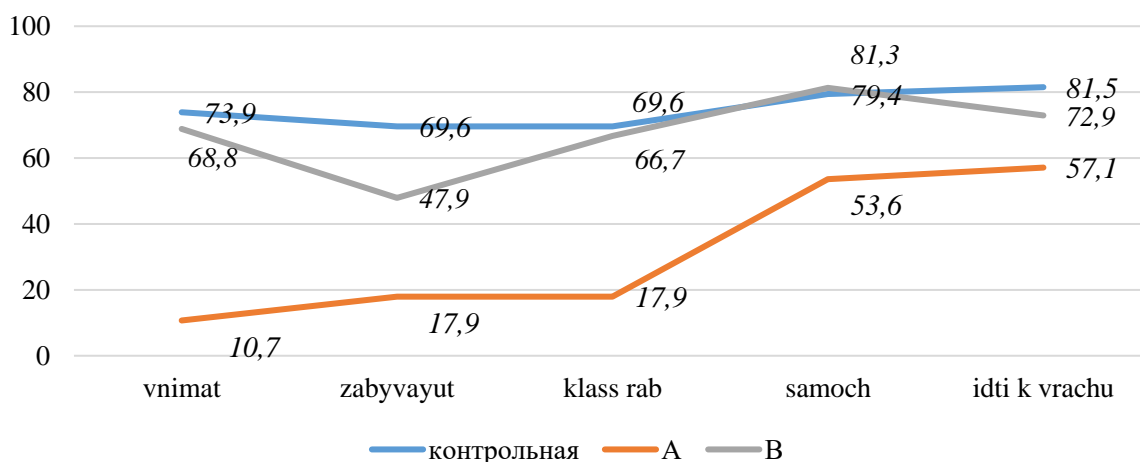


Рисунок 6. Оценка ролевого функционирования детей в возрасте 7–9 лет.

В блоке школьного функционирования заметно пострадал параметр забывчивости и выполнения классной работы: у детей подгруппы А, он составил $25,0 \pm 10,6$ балла и $28,6 \pm 10,9$ балла у детей самой младшей возрастной градации; в возрасте 7–9 лет — по $17,9 \pm 9,4$ балла; от 10 до 13 лет — $37,5 \pm 11,9$ балла и $52,5 \pm 12,1$ балла соответственно; а среди детей старше 14 лет — $16,7 \pm 12,4$ балла и $25,0 \pm 17,0$ балла.

В то же время у детей подгруппы В показатели ШФ не снизились (Рисунок 7), а, наоборот, были более высокими, чем у детей здоровой группы, что объясняется ограничением физической активности детей после перенесенной травмы глаза, они больше сконцентрированы на выполнении учебной программы.

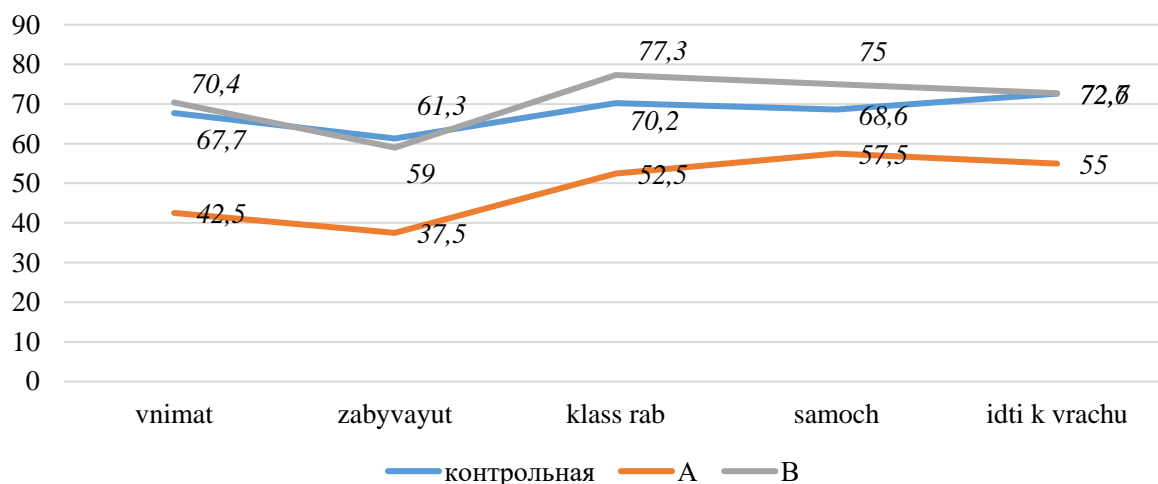


Рисунок 7. Оценка ролевого функционирования детей в возрасте 10–13 лет.

При анализе уровня школьного функционирования КЖ отмечено присутствие более высоких значений в ответах детей, перенесших травму глаза. Оценка параметров школьной жизни была тем выше, чем старше ребенок. Такая тенденция обусловлена повышением ответственности и беспокойством о будущем, ограничением физической активности и озабоченностью в ограничении выбора профессии. Дети в более старшем возрастном периоде, задумываясь о выборе профессии, понимают, что их труд должен исключать тяжелые физические нагрузки, а значит, им необходимо связать свою дальнейшую специальность с интеллектуальным трудом, требующим глубокие знания.

Максимальные значения среди детей подгруппы В, превышающие показатели здоровых детей, зарегистрированы при оценке школьного функционирования в возрасте старше 14 лет (Рисунок 8).

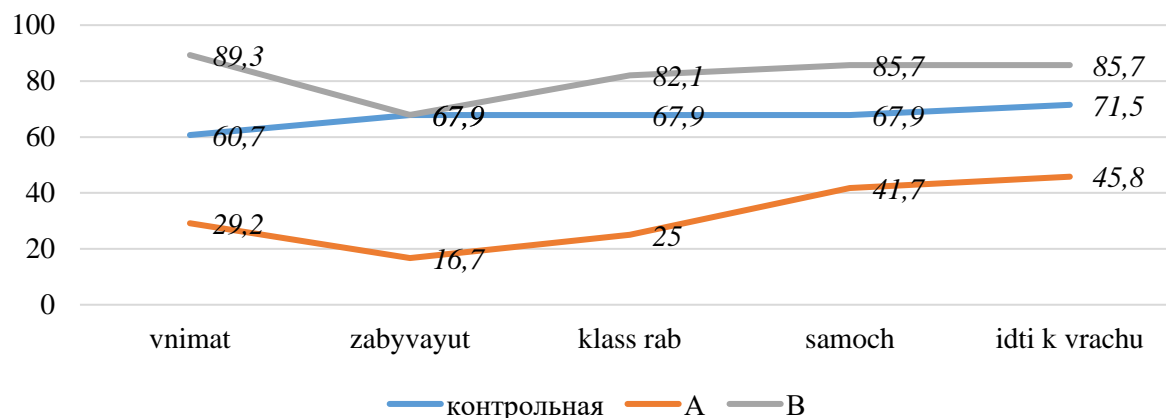


Рисунок 8. Оценка ролевого функционирования детей в возрасте старше 14 лет.

Шкала физического функционирования у детей различного возраста свидетельствует о большем влиянии жесткого типа имплантируемой линзы при травматической катаракте в виде ограничения возможностей физического аспекта в послеоперационном периоде. К примеру, бег имел оценку в $78,9 \pm 3,1$ балла у здоровых детей в возрасте до 6 лет; их сверстники из подгруппы А — $35,7 \pm 7,4$ балла; из подгруппы В — $61,1 \pm 10,0$ балла. Рассматривая показатели физической активности детей дошкольного периода, следует отметить равномерное расположение кривых, сформированных из ответов детей трех исследуемых групп (Рисунок 9).

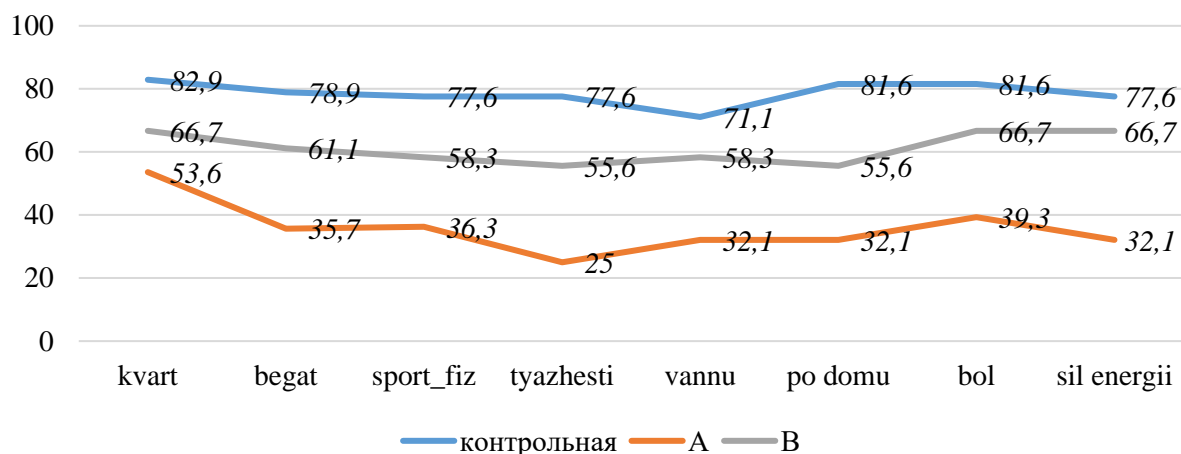


Рисунок 9. Оценка физического функционирования детей в дошкольном возрасте.

В 7–9 летнем возрасте показатель, оценивающий способность детей бегать, составил $76,1 \pm 3,5$ балла в здоровой группе; $32,1 \pm 8,5$ балла в подгруппе А; и $66,7 \pm 7,3$ балла в подгруппе В.

В период 7–9 лет дети описывают свои физические данные, значения которых позволяют сформировать кривые, указывающие на снижение параметров ФФ в подгруппе А и незначительное отличие результатов в подгруппе В от контрольной группы (Рисунок 10).

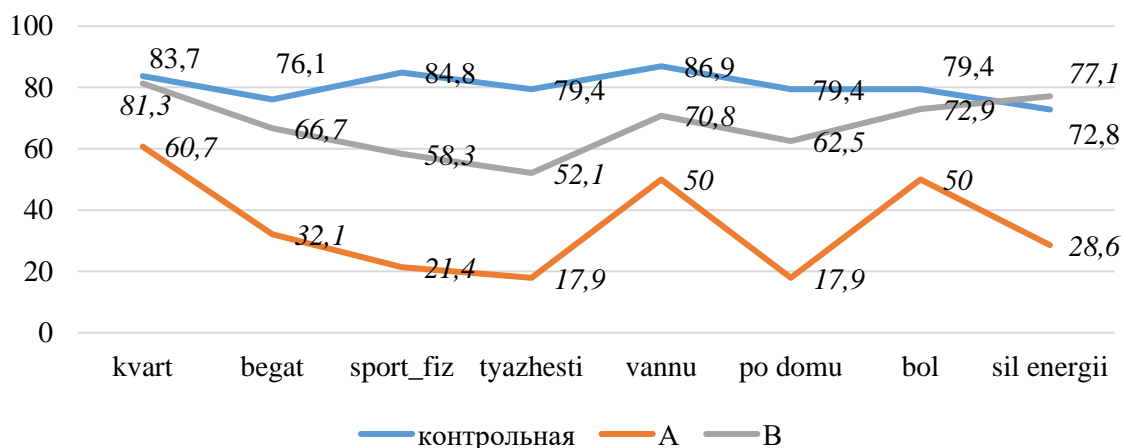


Рисунок 10. Оценка физического функционирования детей в возрасте 7–9 лет.

Аналогичная картина прослеживается и в других возрастных группах исследуемых детей. Сложности с поднятием тяжестей отметили младшие дети из подгруппы А; данный показатель снижен в два раза (на 52,6 балла) в сравнении с группой здоровых детей; и на 30,6 балла в сравнении с детьми из подгруппы В.

В возрасте 7–9 лет у здоровых детей этот показатель равен $79,4 \pm 3,5$ балла, в подгруппе В — $52,1 \pm 8,6$ балла, в подгруппе А — $17,9 \pm 18,9$ балла, это на 34,2 балла ниже, чем в подгруппе А, что подтверждает факт заметного ухудшения ФФ у детей с имплантированной жесткой линзой. Схожая тенденция в изменении КЖ при оценке параметров блока ФФ была зафиксирована во всех возрастных группах исследуемых детей.

Недостаток сил и энергии отметили дети младшего возраста из подгруппы А, этот показатель у них составил $32,1 \pm 8,3$ балла, что на 34,6 балла ниже, чем у их ровесников из подгруппы В.

В возрасте 7–9 лет этот показатель снижен на 48,5 балла у детей подгруппы А в сравнении с пациентами из подгруппы В.

10–13-ти летние дети контрольной группы недостаток сил и энергии оценили в $74,2 \pm 3,3$ балла; в подгруппе А — $55,0 \pm 12,8$ балла; в подгруппе В — $72,7 \pm 9,8$ балла. Описание работы по дому дети контрольной группы в возрасте 10–13 лет конвертировано в $80,5 \pm 2,2$ балла; подгруппы А — $72,5 \pm 10,8$ балла; подгруппы В — $75,0 \pm 8,9$ балла (Рисунок 11).

Эти результаты говорят о незначительном снижении функции в домашних условиях среди детей, получивших травму глаза, в сравнении с ответами здоровых детей.

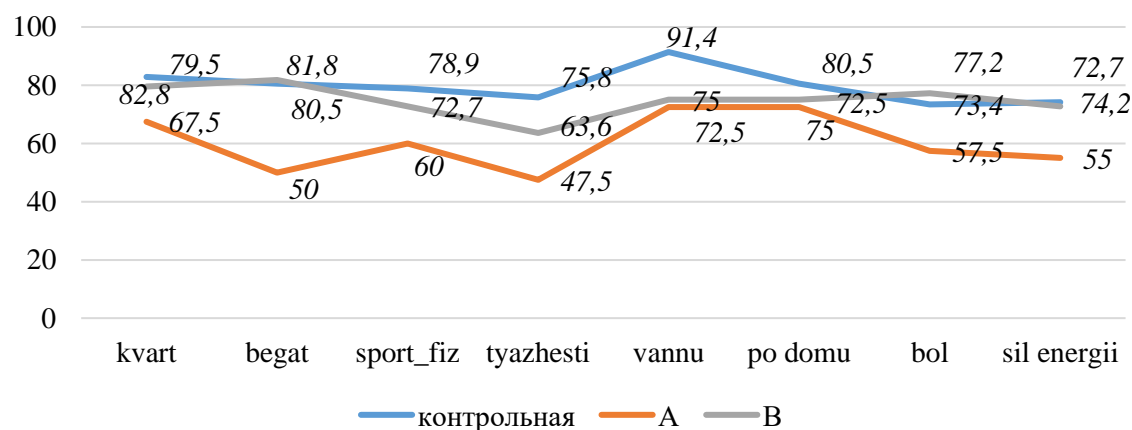


Рисунок 11. Оценка физического функционирования детей в возрасте 10–13 лет.

У детей старше 14 лет с имплантированной жесткой линзой на 45,8 балла зарегистрировано понижение данного параметра — недостаток сил и энергии — КЖ по сравнению с детьми, которым была имплантирована мягкая ИОЛ. Описывая показатели ФФ у детей старше 14 лет, необходимо отметить значительное понижение возможностей поднятия тяжестей, бега и спортивных упражнений после хирургического лечения с имплантацией жесткой ИОЛ по сравнению с результатами, полученными при опросе детей из контрольной группы и подгруппы В (Рисунок 12). А такие действия, как пройти более одного квартала и принять ванну, оценены детьми всех групп приблизительно одинаково. Таким образом, в данном блоке отмечается снижение показателей КЖ у детей подгруппы А в сравнении с контрольной группой и подгруппой В.

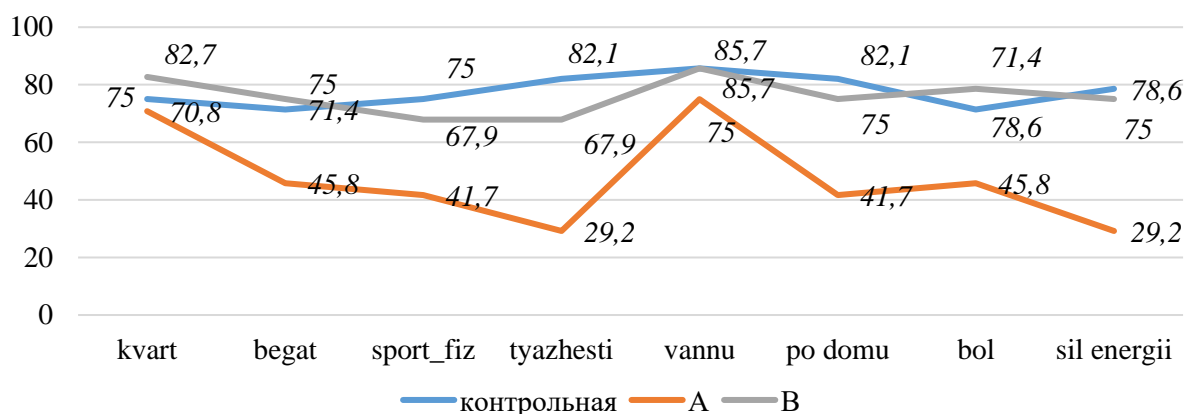


Рисунок 12. Оценка физического функционирования детей в возрасте старше 14 лет.

Полученные результаты анкетирования детей старше 14 лет свидетельствуют о снижении уровня КЖ у пациентов, оперированных по поводу проникающего ранения роговицы и травматической катаракты посредством имплантации жесткой ИОЛ, в большей степени, чем при имплантации мягкой ИОЛ во всех сферах функционирования детей. Так при оценке параметров ЭФ установлено, что страх и испуг у детей дошкольного возраста здоровой группы составил $77,6 \pm 3,2$ балла, у их сверстников из подгруппы А с жесткой линзой отмечено заметное ухудшение этого показателя до $17,8 \pm 8,3$ балла, что на 43,3 балла меньше, чем у детей с мягкой линзой из подгруппы В, у которых этот показатель равен $61,1 \pm 7,3$ балла. Эти данные свидетельствуют о присутствии чувства страха, испуга у пациентов, имевших в анамнезе травму глаза.

У детей в возрасте 7–9 лет уровень этого критерия в подгруппе А — $14,3 \pm 9,6$ балла, в подгруппе В — $64,6 \pm 5,9$ балла, у здоровых детей страх и испуг составил $83,7 \pm 3,6$ балла. У более старших детей этот показатель также заметно снизился после травмы глаза с последующей имплантацией жесткой линзы, по сравнению с имплантированной мягкой ИОЛ.

Так в подгруппе А он составил $37,5 \pm 15,5$ балла, в подгруппе В — $60,7 \pm 7,5$ балла, у здоровых детей в 14–18 летнем периоде — $78,6 \pm 5,8$ балла; заметно очевидное снижение уровня на 41,1 балла у детей подгруппы А по сравнению с данными сверстников контрольной группы.

Злость и раздражение также доминируют в подгруппе А, что демонстрируют следующие данные: здоровая группа до 6 лет — $80,3 \pm 3,6$ балла; подгруппа А — $21,4 \pm 6,5$ балла; подгруппа В — $44,4 \pm 7,0$ балла.

В контрольной группе у детей от 7 до 9 лет эти чувства оценены в $84,8 \pm 3,7$ балла; в подгруппе А — $25,0 \pm 8,9$ балла; в подгруппе В — $50,0 \pm 7,3$ балла, что свидетельствует об ухудшении эмоционального фона у детей подгруппы А.

В возрасте 14–18 лет злость в подгруппе А зарегистрирована как $20,8 \pm 10,0$ балла; в подгруппе В — $60,7 \pm 8,4$ балла, у здоровых их сверстников — $75,0 \pm 6,3$ балла. Эти результаты опроса демонстрируют значительное влияние глазного травматизма на эмоциональную сферу пострадавших детей, усиление чувства злости и раздражения среди этого контингента больных. Нарушения сна более характерны для детей из подгруппы А.

В дошкольном периоде в контрольной группе дети ответ, описывающий сон, оценили в $82,9 \pm 2,9$ балла; в подгруппе А — $64,3 \pm 8,1$ балла; в подгруппе В — $69,4 \pm 8,6$ балла.

Данные, свидетельствующие об проблемах со сном, зарегистрированы у опрашиваемых детей в возрасте старше 14 лет: в подгруппе А этот показатель составил $45,8 \pm 11,9$ балла, что на $43,5$ балла меньше, чем у здоровых детей. Значит почти в два раза больше дети старше 14 лет после травмы глаза имеют проблемы со сном, что свидетельствует об ухудшении их эмоционального состояния.

Изучая блок ЭФ, важно описать показатель беспокойства детей о будущем. Так в контрольной группе дети дошкольного возраста оценили этот параметр в $72,4 \pm 3,9$ балла, их сверстники из подгруппы А — $21,4 \pm 8,3$ балла, то есть отмечено понижение оценки на $51,0$ балл; в подгруппе В — $58,3 \pm 7,3$ балла, что соответствует снижению на $14,1$ балл. При изучении показателей КЖ у детей младшего возраста установлено значительное влияние травмы глаза у детей подгруппы А на такие эмоции, как страх, испуг, печаль, раздражение, злость, беспокойство; в подгруппе В отмечается усиление чувства злости (Рисунок 13).

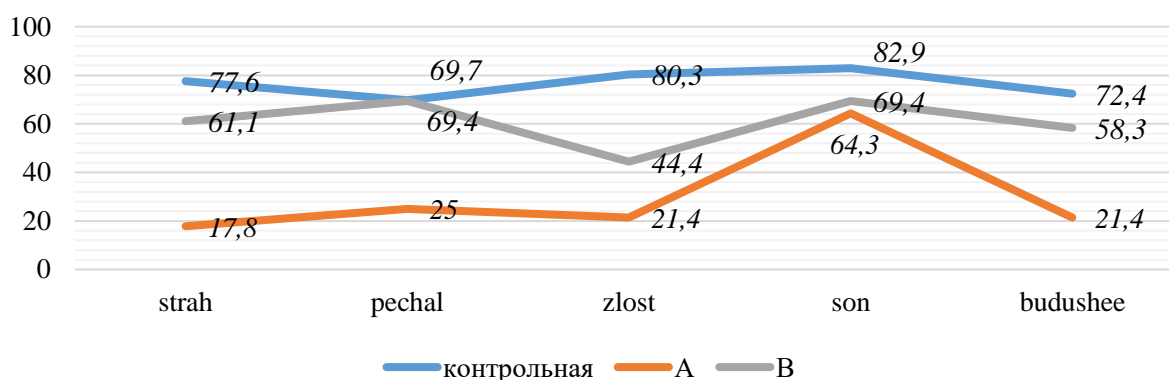


Рисунок 13. Оценка эмоционального функционирования детей в дошкольном возрасте.

В возрасте 7–9 лет дети беспокойство о будущем охарактеризовали следующим образом: $71,7 \pm 3,9$ балла — в контрольной группе; $28,6 \pm 10,7$ балла — в подгруппе А; $58,3 \pm 6,8$ балла — в подгруппе В; характерно понижение показателя на $43,1$ балла у детей с жесткой линзой по сравнению с группой здоровых детей. Описывая изменения в эмоциональной сфере детей 7–9 лет, необходимо отметить наличие страха, испуга, печали, злости у опрашиваемых подгруппы А, в то время, как сон у этого контингента больных не имел характерных изменений (Рисунок 14). В подгруппе В у детей 7–9 летнего возраста заметно усиление чувства злости и беспокойства о будущем при относительно незначительном изменении других параметров.

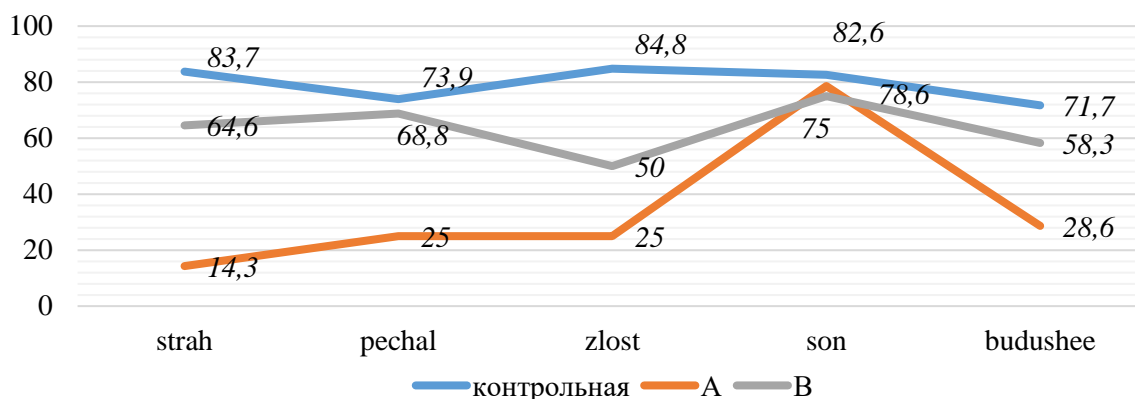


Рисунок 14. Оценка эмоционального функционирования детей в возрасте 7–9 лет.

У детей 10–13 лет критерий, описывающий беспокойство о будущем, демонстрирует следующие значения: контрольная группа — $72,7 \pm 4,3$ балла; подгруппа А — $37,5 \pm 11,3$ балла; подгруппа В — $56,8 \pm 8,3$ балла (Рисунок 15).

Результаты опроса этого возрастного контингента свидетельствуют о влиянии травмы глаза на ЭФ детей этого возраста в виде усиления чувства страха и испуга в подгруппе А.

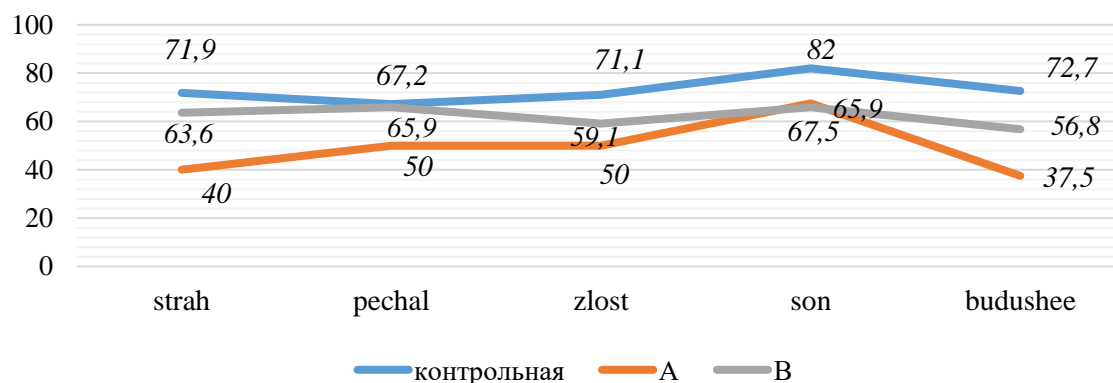


Рисунок 15. Оценка эмоционального функционирования детей в возрасте 10–13 лет.

В возрасте старше 14 лет при оценке ЭФ характерные изменения претерпели чувства злости, раздражения и беспокойства о будущем. Будущее вызывало беспокойство у здоровых детей на уровне $71,4 \pm 6,8$ балла; у детей с жесткой ИОЛ — $12,5 \pm 12,5$ балла; у детей с мягкой ИОЛ — $57,1 \pm 10,0$ балла. Злость и раздражение получили оценку в этом возрастном периоде (старше 14 лет) среди детей контрольной группы — $75,0 \pm 6,3$ балла; в подгруппе А — $20,8 \pm 10,0$ балла; в подгруппе В — $60,7 \pm 8,4$ балла (Рисунок 16).

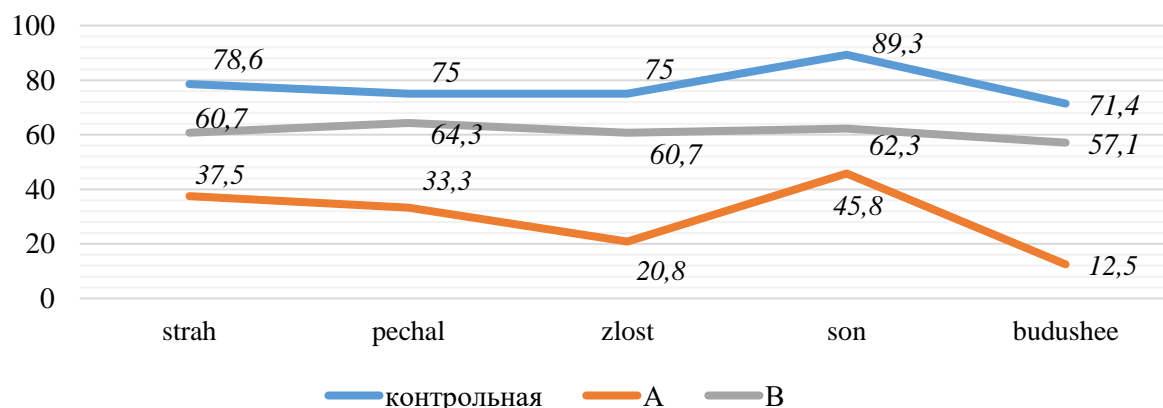


Рисунок 16. Оценка эмоционального функционирования детей в возрасте 14–18 лет.

Результаты анкетирования детей старше 14 лет свидетельствуют о крайней озабоченности будущим у детей с имплантированной жесткой линзой, а также усиления чувства злости и раздражения у них. Будущее тревожит детей с жесткой линзой в два раза сильнее, чем детей с имплантированной мягкой линзой. У детей подгруппы В все параметры имеют незначительное снижение в сравнении с уровнем контрольной группы.

Выводы

У детей дошкольного возраста с имплантированной жесткой линзой зафиксированы низкие значения в блоках ролевого ($30,02 \pm 29,6$) и эмоционального функционирования ($29,98 \pm 27,36$). В 2–6 летнем возрасте детям с жесткой ИОЛ трудно успевать за сверстниками во время игр ($25,0 \pm 28,9$). Во время занятий внимательность снижена у детей 2–6 лет с жесткой ИОЛ ($17,9 \pm 27,8$). Подвергшееся снижению эмоциональное функционирование у детей с жесткой линзой в возрасте 2–6 лет обусловлено чувством страха ($17,8 \pm 27,8$); злости и беспокойством о будущем ($21,4 \pm 22,5$).

В возрасте 7–9 лет у детей с жесткой ИОЛ сниженное школьное функционирование находится на отметке $31,44 \pm 18,52$; а эмоциональное функционирование — на $34,3 \pm 19,8$. Наиболее низкий уровень способности быть внимательными на уроках отмечается у детей начальных классов ($10,7 \pm 13,4$); сложности при выполнении классной работы и забывчивость отмечается в этот возрастной период на отметке $17,9 \pm 18,9$. В блоке физического функционирования в этом возрасте детям с жесткой ИОЛ отмечают трудности при поднятии тяжести и выполнении работы по дому ($17,9 \pm 18,9$). В возрасте 7–9 лет страх испытывают дети с жесткой линзой ($14,3 \pm 19,7$); злость ($25,0 \pm 14,4$); будущее их беспокоит сильнее сверстников ($28,6 \pm 30,4$).

В 10–13 лет дети с жесткой ИОЛ блоки ролевого и эмоционального функционирования занимают отметку $49 \pm 36,8$.

В возрасте старше 14 лет отмечается понижение эмоционального функционирования у детей с имплантированной жесткой линзой до уровня $29,98 \pm 27,36$. Дети с жесткой ИОЛ старше 14 лет отличаются забывчивостью ($16,7 \pm 30,3$). Эмоциональный аспект характеризуется наличием чувства злости ($20,8 \pm 24,6$) и беспокойства о будущем ($12,5 \pm 30,6$). В старших классах дети с перенесенной травмой глаза, обеспокоенные выбором профессии, усиливают позиции школьного функционирования.

Список литературы:

1. Upton P., Eiser C., Cheung I., Hutchings H. A., Jenney M., Maddocks A., Williams J. G. Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) generic core scales // Health and quality of life outcomes. 2005. V 3. №1. P. 22.
2. Альбицкий В. Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания // Российский педиатрический журнал. 2012. №1. С. 4-10.
3. Винярская И. В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2008.
4. Laaksonen C., Aromaa M., Heinonen O. J., Suominen S., Salanterä S. Paediatric health-related quality of life instrument for primary school children: cross-cultural validation // Journal of advanced nursing. 2007. V. 59. №5. P. 542-550.

5. Rodd H. D., Marshman Z., Porrit J., Bradbary J., Baker S. R. Psychosocial predictors of children's oral health-related quality of life during transition to secondary school // *Quality of Life Research*. 2012. V. 21. №4. P. 707-716.

6. Varni J. W., Seid M., Kurtin P. S. PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations // *Medical care*. 2001. P. 800-812.

References:

1. Upton, P., Eiser, C., Cheung, I., Hutchings, H. A., Jenney, M., Maddocks, A., & Williams, J. G. (2005). Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) generic core scales. *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 22.

2. Albitskii, V. Yu. (2012). Social pediatrics: the history and development issues, the role of scientists of the scientific center of children's healthcare (Commencement speech of prof. V. Yu. Albitsky). *Rossiiskii Pediatricheskii Zhurnal*, (1). 4-10. (in Russian).

3. Vinyarskaya, I. V. (2008). Kachestvo zhizni detei kak kriterii otsenki sostoyaniya zdorov'ya i effektivnosti meditsinskikh tekhnologii (kompleksnoe mediko-sotsial'noe issledovanie): avtoref. Dr. diss. Moscow. (in Russian).

4. Laaksonen, C., Aromaa, M., Heinonen, O. J., Suominen, S., & Salanterä, S. (2007). Paediatric health-related quality of life instrument for primary school children: cross-cultural validation. *Journal of advanced nursing*, 59(5), 542-550.

5. Rodd, H. D., Marshman, Z., Porritt, J., Bradbury, J., & Baker, S. R. (2012). Psychosocial predictors of children's oral health-related quality of life during transition to secondary school. *Quality of Life Research*, 21(4), 707-716.

6. Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical care*, 800-812.

*Работа поступила
в редакцию 21.12.2018 г.*

*Принята к публикации
25.12.2018 г.*

Ссылка для цитирования:

Сулайманова Г. М., Базарбаева А. Р. Показатели качества жизни у детей различного возраста после проникающих ранений роговицы с повреждением хрусталика в Кыргызстане // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. №1. С. 111-123. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/38-46> (дата обращения 15.01.2019).

Cite as (APA):

Sulaimanova, G., & Bazarbaeva, A. (2019). Indicators of the quality of life in children of different age after penetrating wounds of the cornea with crystalline lens damage in Kyrgyzstan. *Bulletin of Science and Practice*, 5(1), 111-123. (in Russian).