

## КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

УДК 616.323-007

Абилова Ф.А.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РЕБЕНКА ПО ШКАЛЕ ЛИКЕРТА С ДИАГНОЗОМ АДЕНОИДЫ

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

*300 больным с аденоидами и их родителям был проведен опрос по шкале Ликерта. Опросник для детей состоял из 20, а для родителей из 10 вопросов. При проведении опроса у 21 ребенка аденоиды сопровождались экссудативным средним отитом, у 8 - хроническим средним отитом, у 28 - синуситом, у 98 больных аденоиды сопровождались хроническим тонзиллитом. У 145 больных определялись только аденоидные вегетации. При проведении опроса у больных, у которых аденоиды сопровождались с экссудативным средним отитом и хроническим отитом, больше отвечали на вопросы - снижение слуха, шум и тяжесть в ушах. Больные с синуситом положительно отвечали на вопросы - выделение из носа, заложенность в носу. Больные с хроническим тонзиллитом высоко оценивали обструктивные симптомы, храп, апноэ, нарушение дыхания. 145 больных положительно отвечали на вопросы - деформация лицевого скелета, нарушение прикуса, нарушение памяти и сна. В целом оценка качества жизни детей и их родителей были на одинаковом уровне. Дети оценивали по шкале Ликерта качество жизни  $67 \pm 4,2$  балла (максимум 100 баллов), а родители оценивали качество жизни детей  $33 \pm 39$  (максимум 50 баллов). Таким образом, аденоидные вегетации приводят к снижению качества жизни у детей.*

Ключевые слова: аденоидные вегетации, качество жизни, шкала Ликерта.

*Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Рациональный подход к лечению аденоидных вегетаций и хронического аденоидита у детей».*

#### Введение

Качество жизни и развитие человека - эти понятия составляют характеристику подходов к проблемам развития общества. Качество жизни, как основной критерий существования в среде человека, высоко оценивалось в середине XX века. Но в развитии человеческого общества были длительные периоды, особенно ярко проявлялись в экономической науке, когда проблемы человека, качество его жизни и развитие отошли на второй план. В XX столетии подход к развитию, как достижение экономических целей, оказался главным. Человек в экономических теориях стал как средство производства, превратился в «человеческий фактор» [3].

В последнее время авторитетные международные организации и исследовательские центры поднимают эти проблемы в своих научных разработках и дискуссиях. Таким образом, качество жизни - это уровень удовлетворенности человеком своей жизнью по его собственной субъективной самооценке. Существует и более объективный подход к определению качества жизни, при котором качество жизни оценивается не по ряду объективных показателей другими людьми, имеющими для этого полную и достоверную информацию и необходимую квалификацию, т.е. коллективом экспертов.

В последние годы с развитием умственного

и психологического состояния ребенка, он раскрывает возможность самооценки своего ощущения в начально-школьном возрасте. По определению детских психологов, дети с пятилетнего возраста могут сформировать словесно свои ощущения, восприятие окружающей среды. Наряду с этим, при определенных обстоятельствах, частые заболевания детей оказывают большое психозмоциональное воздействие на родителей. И это, в последующем, оказывает существенное влияние на качество жизни родителей и ребенка [8].

Известно, что патология носоглоточной миндалины в виде гипертрофии и воспаления, часто сопровождается снижением слуха, иногда хроническим средним отитом, часто экссудативным средним отитом, синуситом, хроническим тонзиллитом, ночным апноэ [6,7,9].

Иногда длительное посещение врача, проявления остаточных явлений после лечения, усложняют лечение, оказывают большое влияние на качество жизни ребенка и их родителей. Дети отстают в развитии, увеличивается неуспеваемость в школе, плохо социализируются, и в конечном итоге эти явления отражаются на психозмоциональном состоянии родителей. Чтобы избежать таких проявлений, необходимо проведение опроса ребенка и родителей и по итогам этих опросов найти пути улучшения лечения и

реабилитации больных с аденоидной патологией и их осложнениями.

**Цель исследования**

Создание опросника для детей и их родителей.

**Объект и методы исследования**

Под наблюдением находились 300 детей в возрасте от 6 до 15 лет. Из них 172 (58,8%) мальчиков и 128 (41,2%) девочек. Течение аденоидов у 21 (7%) ребенка сопровождался экссудативным средним отитом, у 8(3,2%) больных хроническим средним отитом, у 28(9,3%) больных синуситом, у 98 (32,3%) больных хроническим тонзиллитом. У остальных больных определялись только аденоиды, количество этих больных составило 145 (48,2%). Созданный нами опросник для родителей состоял из 10 вопросов, а для детей из 20 вопросов. Все вопросы оценивались по пятибалльной системе Ликерта (полностью не согласен -1 балл, не согласен -2 балла, затрудняюсь ответить -3 балла, согласен -4 балла и полностью согласен -5) [1,2,4,5]. По полученным данным создаются подходы к лечению больных с аденоидами.

Для составления таблицы с целью краткости мы в таблице указали только вопросы для детей и их родителей. Оценки ответов показаны выше, и согласно этим ответам и их оценкам анализировали результаты опросника. Полученные данные будут указаны внизу в разделе обсуждение.

**Вопросы для детей и родителей**

№	Для детей	Для родителей
1	нарушение носового дыхания	затруднено ли у вашего ребенка дыхание через нос?
2	выделения из носа	присутствует ли у ребенка храп во сне?
3	жжение и щекотание в носу	беспокоят ли выделения из носа?
4	заложенность носа	беспокоит ли ребенка подкашливание?
5	наличие запаха из носа	отмечаете ли вы у вашего ребенка гнусавость?
6	частые заболевания	отмечаете ли вы снижение слуха у вашего ребенка?
7	ухудшение слуха	нарушилась ли у вашего ребенка речь?
8	шум в ушах	как часто ребенок неправильно выговаривает слова?
9	тяжесть в ухе	предъявляет ли ваш ребенок жалобы на ушки?
10	деформация лицевого скелета	жалуется ли ребенок на шум в ушах?
11	гнусавость	
12	нарушение речи	
13	нарушение прикуса	
14	головные боли	
15	кашель	
16	энурез	
17	храп	
18	снижение памяти	
19	нарушение сна	
20	нарушение произношения	

В таблице показаны отдельные вопросы для детей и родителей. Ответы детей сравнивались с ответами родителей с экспертно-контрольной

целью. В некоторых случаях из-за самокритичности ребенка ответы могли быть искаженными. На эти вопросы родители отвечали достоверно. Одновременно учитывая детскую психологию, ответы упрощены максимально.

Для уравнивания и улучшения достоверности ответов полученными у детей, баллы умножены на коэффициент 0,5. Таким образом, количественные показатели уравниены.

**Результаты исследований и их обсуждение**

При подсчете результатов теоретический наихудший балл, определяющий качество жизни для детей - 100 баллов, а наилучший - 20 баллов. Соответственно для родителей -50 и 10 баллов.

Дети, у которых течение аденоидита осложнилось экссудативным и хроническим средним отитом, они и их родители большее внимание концентрировали на вопросах, касающихся слуха, то есть – снижение слуха, тяжесть и шум в ушах, а второе место заняло носовое дыхание. В большинстве случаев ухудшение слуха связали с затруднением носового дыхания и заложенностью в носу. Эти явления связывали с частыми простудами. Нарушение слуха у детей родители связывали с тем, как громко ребенок говорит, и при этом не обращали внимания на нарушение сна и развитие лицевого скелета.

Больные дети, у которых течение аденоидита сопровождалось синуситом (поражение этмоидальных клеток и верхнечелюстной пазухи у этих больных подтвержден также радиологически), и их родители обращали большее внимание на вопросы, связанные с симптоматикой носса- нарушение носового дыхания, заложенность в носу, выделение из носа. На второй план выходил запах из носа, беспричинный кашель (родители указывают на то, что неоднократно обследовались у врача, по поводу патологии легких). На вопросы, связанные с ушами, деформациями лицевого скелета, нарушениями сна, дети и родители отвечали отрицательно или неопределенно.

У больных аденоидитом, который сопровождался хроническим тонзиллитом, во время опросов родителей на первый план входил obstructивный синдром. Дети старшего возраста на эти вопросы дали положительные ответы. К этим вопросам относились нарушение дыхания, храп и ночные апноэ. На второе место по значимости, опрашиваемые поставили частые простуды, кашель и гнусавость.

Остальные 145 больных (48,2%), которые составили большинство всех опрашиваемых, были с диагнозом аденоидные вегетации. У этих больных и их родителей основное внимание направлено на следующие вопросы: нарушение развития лицевого скелета, снижение памяти, беспокойный сон, нарушение прикуса. Вопросы, связанные с нарушением носового дыхания и заложенностью в носу родители придавали вто-

ростепенное значение, к этим вопросам относилось нарушение речи, связанное с прикусом. В большинстве случаев эти дети, в первую очередь, обращались к стоматологу, потом были направлены к отоларингологу.

При обсуждении вопроса, касающегося энуреза, ответы были разнообразными, несмотря на то, что у детей отмечались ночные мочеиспускания. Среди опрашиваемых больных таких было 7 человек (2,3%). Дети старше 10 летнего возраста отвечали отрицательно, дети 7-10 летнего возраста отвечали неопределенно, дети до 7 лет отвечали положительно. Ответы на эти вопросы уточнялись после беседы с родителями.

Учитывая тот факт, что во всех группах с разными патологиями ответы были разными, но получаемые итоговые результаты примерно были равными. И это связано с тем что опрашиваемые отвечали на вопросы в зависимости от патологии разных групп. Дети оценивались по шкале Ликерта, качество жизни  $67 \pm 4,2$  балла из возможных наилучших 100 баллов. Родители оценивались  $33 \pm 2,9$  баллов из наилучших 50 баллов. Как указывалось выше, для уравнивания, математически полученные баллы от ответов детей умножены на 0,5 и получено ( $67 \times 0,5 = 33,5$ ). Полученные данные по оценке качества жизни у родителей и у детей были одинаковые.

### Выводы

1. Созданные нами опросники, применение шкалы Ликерта помогают ребенку определить качество его жизни, которые подтверждаются результатами опросов родителей.

2. Несмотря на то, что клинические симптомы аденоидов и результаты полученных ответов разные, итоговые результаты оценки качества жизни у всех больных одинаковые.

3. Аденоидные вегетации у всех больных значительно ухудшают качество жизни детей (из наилучших результатов 100 баллов, составляет примерно 67 баллов).

### Реферат

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДИТИНИ ПО ШКАЛІ ЛІКЕРТА З ДІАГНОЗОМ АДЕНОЇДИ

Абілова Ф.А.

Ключові слова: аденоїдні вегетації, якість життя, шкала Лікерта.

300 хворим з аденоїдами та їх батькам було проведено опитування за шкалою Лікерта. Опитувальник для дітей складався з 20, а для батьків з 10 питань. При проведенні опитування у 21 дитини аденоїди супроводжувалися ексудативним середнім отитом, у 8 - хронічним середнім отитом, у 28 - синуситом, у 98 хворих аденоїди супроводжувалися хронічним тонзилітом. У 145 хворих визначалися тільки аденоїдні вегетації. При проведенні опитування у хворих, у яких аденоїди супроводжувалися ексудативним середнім отитом і хронічним отитом, більше відповідали на питання - зниження слуху, шум і тяжкість у вухах. Хворі з синуситом позитивно відповідали на запитання - виділення з носу, закладеність в носі. Хворі з хронічним тонзилітом високо оцінювали обструктивні симптоми, хрипіння, апное, порушення дихання. 145 хворих позитивно відповідали на питання - деформація лицевого скелета, порушення прикусу, порушення пам'яті і сну. В цілому оцінка якості життя дітей та їх батьків були на однаковому рівні. Діти оцінювали за шкалою Лікерта якість життя  $67 \pm 4,2$  бала (максимум 100 балів), а батьки оцінювали якість життя дітей  $33 \pm 3,9$  (максимум 50 балів). Таким чином, аденоїдні вегетації призводять до зниження якості життя у дітей.

### Литература

1. Albaum G. The Likert scale revisited: an alternate version / G. Albaum // Journal of the Market Research Society. - 1997. - Vol. 39 (2). - P. 331-348.
2. Allen I.E. Likert scales and data analyses. / I.E. Allen, C.A. Seaman // Quality Progress. - 2007. - Т. 40, № 7. - P. 64-65.
3. De Civita M. Evaluating health-related quality-of-life studies in paediatric populations / M. DeCivita, D. Regier, A.H. Alamgir [et al.] // Pharmacoeconomics. - 2005. - Vol. 23 (7). - P. 659-685.
4. Gliem J.A. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales / J.A. Gliem, R.R. Gliem // Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education. - 2003. - P. 82-88.
5. Lee J.W. Cultural differences in responses to a Likert scale / J.W. Lee [et al.] // Research in nursing & health. - 2002. - Т. 25, № 4. - P. 295-306.
6. Marcus C.L. A Randomized Trial of Adenotonsillectomy for Childhood Sleep Apnea / C.L. Marcus [et al.] // New England Journal of Medicine, published online. - 2013, May 21. - Режим доступу <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756808/>.
7. Marcus C.L. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome / C.L. Marcus, L.J. Brooks, S.D. Ward [et al.] // Pediatrics. - 2012. - Vol. 130 (3). - P. 714-755.
8. McLaughlin C.V. Health-related quality of life and depressive symptoms in children with suspected sleep-disordered breathing / C.V. McLaughlin, J.W. Varni, D. Gozal // Sleep. - 2004. - Vol. 27 (6). - P. 1131-1138.
9. Tuncer U. Chronic rhinosinusitis and adenoid hypertrophy in children / U. Tuncer [et al.] // American journal of otolaryngology. - 2004. - Vol. 25, № 1. - P. 5-10.

### References

1. Albaum G. The Likert scale revisited: an alternate version / G. Albaum // Journal of the Market Research Society. - 1997. - Vol. 39 (2). - P. 331-348.
2. Allen I.E. Likert scales and data analyses. / I.E. Allen, C.A. Seaman // Quality Progress. - 2007. - Т. 40, № 7. - P. 64-65.
3. De Civita M. Evaluating health-related quality-of-life studies in paediatric populations / M. DeCivita, D. Regier, A.H. Alamgir [et al.] // Pharmacoeconomics. - 2005. - Vol. 23 (7). - P. 659-685.
4. Gliem J.A. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales / J.A. Gliem, R.R. Gliem // Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education. - 2003. - P. 82-88.
5. Lee J.W. Cultural differences in responses to a Likert scale / J.W. Lee [et al.] // Research in nursing & health. - 2002. - Т. 25, № 4. - P. 295-306.
6. Marcus C.L. A Randomized Trial of Adenotonsillectomy for Childhood Sleep Apnea / C.L. Marcus [et al.] // New England Journal of Medicine, published online. - 2013, May 21. - Rezhim dostupu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756808/>.
7. Marcus C.L. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome / C.L. Marcus, L.J. Brooks, S.D. Ward [et al.] // Pediatrics. - 2012. - Vol. 130 (3). - P. 714-755.
8. McLaughlin C.V. Health-related quality of life and depressive symptoms in children with suspected sleep-disordered breathing / C.V. McLaughlin, J.W. Varni, D. Gozal // Sleep. - 2004. - Vol. 27 (6). - P. 1131-1138.
9. Tuncer U. Chronic rhinosinusitis and adenoid hypertrophy in children / U. Tuncer [et al.] // American journal of otolaryngology. - 2004. - Vol. 25, № 1. - P. 5-10.

**Summary**

EVALUATION OF LIFE QUALITY IN CHILDREN WITH ADENOID VEGETATIONS WITH LIKERT SCALE

Abilova F.A.

Key words: children, adenoid vegetation, quality of life, Likert scale.

We surveyed 300 children with adenoid diagnosis and their parents with Likert scale. This scale includes twenty questions for kids and ten questions for parents. Beside of adenoid vegetation 21 children were diagnosed to have otitis media, 8 ones had chronic otitis media, 28 kids had sinusitis and 98 children had chronic tonsillitis. 145 children were established to have adenoid hypertrophy. According to data obtained, the patients with exudative and chronic otitis media more often complained such symptoms such as ear fullness, hearing loss and tinnitus. The patients with sinusitis scored high points such symptoms as rhinorrhea, smelling disturbance, nasal fullness. The patients with chronic tonsillitis scored high points the symptoms snoring, sleep apnoe, respiratory disturbance. The majority of the patients, 145 kids, scored higher points related to malocclusion, disturbance of facial skeleton, memory and attention. Generally, the parents and kids assessed the quality of their life nearly identically. Children scored their quality of life with  $67,2 \pm 4,2$  score points (maximum -100 points), but parents scored  $33 \pm 2,9$  score points (maximum- 50 point). Thus, adenoid vegetation significantly decreases the quality of life in children.

УДК 618.3-06:618.15-002:616.523:616.98

**Аношина Т.М.**

**СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ПРИ АСОЦІАЦІЇ ВІЛ ТА ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Український державний інститут репродуктології НМАПО ім.П.Л.Шупика, Київ

*Дисбаланс мікрофлори піхви в акушерській практиці призводить до різноманітних акушерських та перинатальних ускладнень. Мета дослідження: оцінка стану мікробіоценозу піхви у вагітних при асоціації ВІЛ та герпесвірусної інфекції (ГВІ). Матеріал і методи дослідження. Проведено обстеження 200 вагітних жінок з ВІЛ: 1 група - 50 жінок з ВІЛ, інфікованих вірусом простого герпесу 2 типу, 2 – 50 жінок з ВІЛ та ЦМВ, 3 – 50 жінок з ВІЛ, інфікованих одночасно вірусом простого герпесу 2 типу та ЦМВ, 4 - 50 жінок з ВІЛ без ГВІ. Контрольну групу склали 50 вагітних жінок без ВІЛ та іншої інфекційної та тяжкої соматичної патології. Дослідження мікрофлори піхви вагітних включало мікроскопію мазків з піхви, бактеріологічний аналіз, визначення рН вмісту піхви, аміний тест, клінічне обстеження. Отримані результати та їх обговорення. Встановлено пригнічення домінуючої мікрофлори та заселення облигатними видами умовно-патогенних організмів, переважно стафілокок епідермальний з гемолізом, корінобактерії, гарднерела, гриби рода Кандида, хламідії, уреоплазма та мікоплазма. У більшості обстежених основних груп бактеріальна контамінація піхви мала асоціативний характер. Серед ВІЛ-інфікованих вагітних, особливо при асоціації ВІЛ з ГВІ, виявлена суттєво менша частка жінок з нормоценозом піхви (14,0 % зі змішаною ГВІ проти 28,0 % - ВІЛ-інфікованих без ГВІ,  $p < 0,05$ ). Більш ніж у половини ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ діагностовано умовний або виражений дисбіоз піхви. Майже у половини (46,0 %) жінок з ВІЛ та ГВІ стан піхви відповідав вираженому дисбіозу, що достовірно перевищує як частку жінок контрольної, так і 4-ї групи (16,0 та 24,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ). Висновки. Виявлені порушення мікробіоти піхви є додатковим неагативним чинником розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у ВІЛ-інфікованих вагітних з ГВІ, що потребує адекватної корекції.*

Ключові слова: вагітність, ВІЛ, герпесвіруси, мікробіоценоз піхви, дисбіоз.

Доведено, що перебіг вагітності у ВІЛ-інфікованих часто супроводжується затримкою росту плода, низькою вагою при народженні, антенатальною загибеллю плода, передчасними пологами, несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод. Ці ускладнення частіше виникають внаслідок дії ВІЛ-асоційованих інфекцій, а не ВІЛ [1]. У ВІЛ -інфікованих жінок у структурі асоційованих інфекцій з високою частотою виявляється інфікування вірусами герпетичної групи, які є кофакторами прогресування ВІЛ-інфекції в СНІД [2].

На сьогоднішній день встановлено тісний взаємозв'язок стану мікробіому та імунітету: з одного боку імунодефіцит сприяє виникненню дисбіозів, а з іншого – порушення мікрофлори

знижує захисні можливості організму [3, 4].

Відомо, що мати є основним джерелом колонізації новонародженої дитини як нормальною, так і патогенною мікрофлорою [5]. Останнім часом спостерігається зростання кількості вагітних з бактеріальним вагінозом (20-25 %), який є однією з форм дисбіотичних порушень мікроекології піхви, які виникають під впливом низки екзогенних та ендогенних факторів, що особливо актуально для жінок з набутими імунодефіцитами, зокрема при ВІЛ-інфекції [6]. Доведено, що дисбаланс мікрофлори піхви в акушерській практиці призводить до хоріоамніоніту, післяпологового ендометриту, передчасних пологів, затримки росту плода [7, 8].