

УДК 616.5-036.22-053.2

Г. Б. ГОЛЯЧЕНКО, О. В. БОЙКО (Тернопіль)

## ОСНОВНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ХРОНІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України"  
Борщівська центральна комунальна районна лікарня Тернопільської області

Вивчено роль наступних соціальних чинників в розповсюдженості хронічних дерматозів у дітей: джерело доходів, матеріальний і сімейний стан, житлові умови, стан сну, психоемоційні чинники та особистісні якості хворих. Найважливіше значення мали стан сну та джерело доходів сімей.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** хронічні дерматози, соціальні чинники.

Згідно офіційних статистичних даних, хвороби шкіри і підшкірної клітковини входять в першу п'ятірку причин загальної захворюваності населення.

В свою чергу, суттєве місце в структурі захворюваності дітей і підлітків шкірними хворобами посідають хронічні дерматози. Для вивчення нами були взяті основні, найбільш поширені нозологічні одиниці – атопічний дерматит, псоріаз та кропив'янка.

Розповсюдженість атопічного дерматиту серед дітей складає 5-20 % [2;3;4].

Останніми роками особливо стрімко підвищується захворюваність на атопічний дерматит у дітей [1;5;7].

На закупівлю протиалергійних препаратів світ щорічно витрачає 12 млрд. доларів, а захворюваність зростає. Пусковим фактором алергійних захворювань є генетична схильність до 1gE – відповіді, при чому передаються у спадок не хвороба, а сукупність генних факторів, що сприяє її формуванню. Однак для реалізації 1gE імунної відповіді необхідні несприятливі зовнішні і внутрішні фактори або так звані "фактори ризику".

Це – патологія вагітності, захворювання, перенесені під час вагітності і, перш за все, вірусні інфекції, недотримання дієти, куріння та інші шкідливі звички у матері. У дитини, що народилась, факторами ризику можуть бути штучне вигодовування, неправильний режим харчування, порушення з боку шлунково-кишкового тракту, дисбактеріоз, гельмінти і паразити в кишківнику, часті респіраторні захворювання, наявність вогнищ бактеріальної інфекції тощо [6;8]. Однак за цими безпосередніми факторами ризику стоять більш загальні, соціальні причини – матеріальний стан батьків, їх освіченість, спосіб життя, що відображається їх поведінкою. Вивчення соціальних причин росту захворюваності хро-

нічними дерматозами в літературі, по суті, не проводиться.

**Мета дослідження** вивчити соціальні чинники поширеності хронічних дерматозів у дітей і підлітків.

**Матеріал і методи:** досліджено захворюваність хронічними дерматозами у дітей та підлітків (86 осіб) та порівняно з трьома контрольними групами (по 86 осіб серед здорових, практично здорових і хронічно хворих).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчені епідеміологічні чинники були розставлені згідно рангів за величиною рівня значущості (табл. 1). Як видно із табл. 1, на перших двох місцях йшли стан сну та джерело доходів. За ними перебували освіта, матеріальний стан і особистісні якості. Житлові умови, психоемоційний стан і сімейний стан обіймали останні місця.

Із вивчених соціальних чинників переважне значення мали стан сну та джерело доходів.

Як видно із табл. 2, стан сну у хворих хронічними дерматозами суттєво відрізнявся порівняно зі здоровими та практично здоровими людьми і суттєво не різнився порівняно з хронічно хворими.

Так, порівняно зі здоровими та практично здоровими особами, він був в 2,0 рази нижче ( $p < 0,001$ ), а порівняно з хворими людьми на 38,5 % вищим ( $p > 0,05$ ).

Що стосується конкретних хвороб, то тут маємо таку картину. Серед хворих на атопічний дерматит число осіб з достатнім сном було в 1,9 разу меншим порівняно зі здоровими людьми і практично здоровими ( $p < 0,001$ ) і майже не відрізнялося з хворими. У хворих на псоріаз число пацієнтів з достатнім сном було в 2,5 разу меншим порівняно з групою здорових та практично здорових осіб ( $p < 0,001$ ) і на 27,5 % менше порівняно з хронічно хворими ( $p > 0,05$ ).

У хворих кропив'янкою число осіб з достатнім сном було в 1,7 разу нижчим порівняно із здоровими та практично здоровими людьми ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 1. Співвідношення рівнів значимості при порівнянні епідеміологічних чинників захворювань на хронічні дерматози і контрольних груп

| Епідеміологічний чинник | t <sub>1,2</sub> | t <sub>1,3</sub> | t <sub>1,4</sub> | Середнє співвідношення |
|-------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------|
| Джерело доходів         | 4,99             | 4,24             | 4,43             | 4,55                   |
| Житлові умови           | 1,10             | 0,32             | 2,35             | 1,26                   |
| Сімейний стан           | 0,01             | 0,46             | 0,91             | 0,46                   |
| Освіта                  | 4,32             | 3,99             | 2,42             | 3,58                   |
| Матеріальний стан       | 2,83             | 2,09             | 4,04             | 2,99                   |
| Особистісні якості      | 4,88             | 2,18             | 0,25             | 2,44                   |
| Психоемоційний стан     | 3,28             | 1,0              | 0,33             | 1,53                   |
| Стан сну                | 9,0              | 8,68             | 1,22             | 6,30                   |

Таблиця 2. Стан сну у хворих хронічними дерматозами порівняно з контрольними групами (% , t, p)

| Сон         | %        | Контрольні групи, % |                   |                | Рівень значимості |                  |                  |                 |                 |                 |
|-------------|----------|---------------------|-------------------|----------------|-------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|             |          | Здорові             | Практично здорові | Хронічно хворі | t <sub>1,2</sub>  | t <sub>1,3</sub> | t <sub>1,4</sub> | p <sub>12</sub> | p <sub>13</sub> | p <sub>14</sub> |
| Достатній   | 51,4±5,3 | 100,0±1,1           | 100,0±1,8         | 37,1±10,5      | 9,0               | 8,68             | 1,22             | <0,001          | <0,001          | >0,05           |
| Недостатній | 48,6±5,3 | 0±1,1               | 0±1,8             | 62,9±10,5      | 9,0               | 8,68             | 1,22             | <0,001          | <0,001          | >0,05           |

Таблиця 3. Розподіл хворих хронічними дерматозами і контрольних груп за джерелом доходів (% , t, p)

| Джерело доходів                               | %        | Контрольні групи, % |                   |                | Рівень значимості |                 |                 |                 |                 |                 |
|---|----------|---------------------|-------------------|----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|   |          | Здорові             | Практично здорові | Хронічно хворі | t <sub>12</sub>   | t <sub>13</sub> | t <sub>14</sub> | p <sub>12</sub> | p <sub>13</sub> | p <sub>14</sub> |
| Робота на підприємстві, організації, установі | 55,8±5,4 | 58,0±5,3            | 42,5±9,0          | 38,6±10,6      | 0,29              | 1,28            | 1,46            | >0,05           | >0,05           | >0,05           |
| Індивідуальна, підприємницька діяльність      | 38,3±5,2 | 70,2±4,9            | 78,9±7,4          | 85,9±7,6       | 4,49              | 4,51            | 5,17            | <0,001          | <0,001          | <0,001          |
| Утримання за рахунок держави, інших джерел    | 11,6±3,5 | 59,3±5,3            | 67,0±8,6          | 74,3±9,5       | 7,57              | 6,02            | 6,21            | <0,001          | <0,001          | <0,001          |
| Інше, в т. ч. заробітчанство за кордоном      | 53,5±5,3 | 7,5±2,8             | 12,3±6,0          | 11,0±6,8       | 7,62              | 5,13            | 4,89            | <0,001          | <0,001          | <0,001          |

Особливості джерел доходів у хворих конкретними дерматозами порівняно з контрольними групами такі. Найбільші розбіжності спостерігаємо у хворих atopічним дерматитом. У них основним джерелом доходів є заробітчанство (71,1±6,8 %), що переважало це джерело порівняно зі здоровими в 9,5 разу практично здоровими – в 5,8 і хронічно хворими – в 6,5 разу (різниця усереднено достовірна, p<0,001). Натомість індивідуальна і підприємницька діяльність складала 35,6±7,1 %, що було менше порівняно зі здоровими в 2,0, практично здоровими – в 2,2 і хронічно хворими – в 2,4 рази (скрізь p<0,001); утримання складало 8,9±4,2 % і було відповідно нижчим в 6,7; 7,5 і 8,3 рази (скрізь p<0,001).

У хворих псоріазом розбіжності дещо зменшуються порівняно із контрольними групами. У них частка індивідуальної та підприємницької

діяльності складала 45,5±10,6 %, що було нижче порівняно зі здоровими в 1,5 (p<0,05), практично здоровими – в 1,7 (p<0,01) і хронічно хворими – в 1,9 разу (p<0,001). Дещо меншими були розбіжності і стосовно заробітчанства, частка якого в дослідній групі переважала порівняно з частками в контрольних групах відповідно в 5,4; 3,3 і 3,7 рази (скрізь p<0,01). Що стосується утримання, то тут розбіжності були найбільшими і складали в дослідній групі меншу частку порівняно із контрольними відповідно в 4,4; 4,9 і 5,5 раз (скрізь p<0,001).

У хворих кропив'янкою розбіжності були ще меншими. Тут, як і в контрольних групах, на першому місці була індивідуальна і підприємницька діяльність (36,8±11,0%), хоча вона залишалась меншою порівняно із контрольними групами відповідно в 1,9; 2,1 і 2,3 разу (p<0,01 і 0,001).

Стосовно частки роботи на підприємствах, організаціях і установах і заробітчанства суттєвих розбіжностей не відмічено, а найбільшими розбіжностями були стосовно утриманства. Його частка в дослідній групі була нижчою порівняно із контрольними групами відповідно в 3,8; 4,2 і 4,7 разу (скрізь  $p < 0,001$ ). Слід відмітити, що у хворих кропив'яркою джерел доходів було найменше (1,1 в середньому на 1 хворого).

#### Висновки

1. Серед вивчених основних епідеміологічних чинників захворюваності хронічними дерматозами дітей і підлітків перші два місця зайняли стан сну та джерело доходів сімей (співвідношення рівнів значимості – 6,30 і 4,55), за ними йшов освітній рівень сімей (3,58), далі матеріальний стан сімей (2,99) і особистісні якості (2,44). Значення психоемоційного стану, житлових умов і сімейного стану було менш помітним (відповідно 1,53; 1,26 і 0,46).

2. Переважну більшість хворих на хронічні дерматози склали особи із недостатнім сном

(майже 50 %). Доходи від роботи на підприємствах, організаціях і установах не виявили впливу на поширеність хронічних дерматозів у дітей і підлітків. Натомість переважну частку сімей (більше 50%) із хворими на хронічні дерматози склали сім'ї, де основним джерелом доходів було заробітчанство за кордоном, а в контрольних групах з тою ж перевагою – індивідуальна і підприємницька діяльність та утримання за рахунок держави та інших джерел. Переважну частку хворих на дерматози склали особи із сімей з середньою освітою, задовільним матеріальним станом, на відміну від контрольних груп, де переважала неповна середня освіта і незадовільний матеріальний стан, що пов'язано зі значно меншим відсотком осіб які працювали за кордоном.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у поглибленні та розширенні соціальних чинників захворюваності хронічними дерматозами у дітей та підлітків.

#### Список літератури

1. *Атопический дерматит* / А. Н. Львов, О. Л. Иванов, Н. А. Солнцева [и др.] – М. : Миклош, 2005. – 95с.
2. *Ищейкин К. Е., Степаненко В. И., Кайдашев И. П.* Атопический дерматит чи синдром атопической экземы/ дерматиту: pro та contra. Погляди на механізм розвитку алергії та атопії // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2007. – № 4(27). – С. 1 – 17.
3. *Калюжная Л. Д.* Атопический дерматит. Современные вопросы диагностики и лечения / Л. Д. Калюжная // Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. – 2006. – № 1. – С. 19–22.
4. *Клименко В. А.* Атопический дерматит у практиці сімейного лікаря: питання термінології, етіології, патогенезу, діагностики (частина 2) // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 37 – 41.
5. *Проценко Т. В., Проценко О. А.* Особенности наружной терапии при осложненных формах аллергических заболеваний кожи // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2009. – № 3. – С. 32 – 36.
6. *Феденко Е.С.* Факторы риска развития атопического дерматита // Лечащий врач. – 2002. - № 4. – С. 20–23.
7. *Bardana E. J.* Immunoglobulin E – ( Ig-E) and non-Ig-E reactions in the patogenesis of atopic eczema/ dermatitis syndrome (AEDS)// Jr. Allergy. Aug 2004; 59: 78: 25 – 29.
8. *Breninkmeijer E. E. A.* Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systemic review / E. E. A. Breninkmeijer, M. E. Schram, M. M. G. Leeflang // Br. J. Desmatol. – 2008. – Vol. 158, № 4. – P. 754–765.

#### ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Г. Б. Голяченко, О. В. Бойко (Тернополь)

Изучено роль следующих социальных факторов в распространенности хронических дерматозов у детей: источник доходов, материальное и семейное положение, жилищные условия, состояние сна, психологические факторы и личностные качества больных. Наиболее важное значение имели состояние сна и источник доходов семей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** хронические дерматозы, социальные факторы.

#### MAIN EPIDEMIOLOGICAL FACTORS OF CHRONIC DERMATOSES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

G. B. Holiachenko, O. V. Boyko (Ternopil)

The role of the next social factors in the prevalence of chronic dermatoses in children: a source of income, financial and marital status, living conditions, state of sleep, psychological and emotional factors and personal characteristics of patients was studied The most important importance were sleep state and source of income families.

**KEY WORDS:** chronic dermatosis, social factors.

Рецензент: к. мед. наук, доц. О. Хара