

*Nezgoda O.P., Andrushko S.V., Nazarenko E.V., Struts S.V., Nedybaliuk O.V.*

**SOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF TUBERCULOUS MENINGITIS IN HIV-INFECTED PERSONS OF VINNITSA REGION**

**Summary.** *The dynamics of the incidence of tuberculous meningitis was investigated in HIV-infected residents of Vinnitsa region for the period 2002-2013, social status, clinical symptoms, and consequences of the disease were analyzed. It was established that the vast majority of patients were males - 81,0%, unemployed - 73,0%; composition dominated by professional workers - 62,5%, in prisons were still 34,4% of the patients, alcohol abuse - 31,2% and 53,1% observed drug use. Most was determined disseminated tuberculosis - 43,7%. Onset of disease was often subacute (58,7%), symptoms of intoxication are defined in 2-3 times more likely occur earlier and last for more than 5 months of severe meningeal symptoms. These spinal puncture is an important criteria for the diagnosis of TM. Treatment is inefficient.*

**Key words:** *tuberculosis, meningitis, HIV-infected.*

Стаття надійшла до редакції 09.04.2014 р.

*Незгода Олександр Петрович* - к. мед. н., доц. кафедри фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 914-33-30

*Андрушко Світлана Володимирівна* - лікар, заступник гол. лікаря з медичної частини Вінницького обласного спеціалізованого територіального медичного об'єднання (ВОСТМО) "Фтизіатрія"; +38 097 448-11-44

*Назаренко Євген Володимирович* - лікар, зав. відділенням позалегенових форм туберкульозу Вінницького обласного спеціалізованого територіального медичного об'єднання (ВОСТМО) "Фтизіатрія"; +38 096 847-55-01

*Струц Станіслав Володимирович* - студент IV курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 933-95-83

*Недибалюк Олена Володимирівна* - студентка IV курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 726-82-39

---

© Кулигіна В.М., Стремчук М.В.

УДК: 616. 317-002-08-053.3: 616-084

**Кулигіна В.М., Стремчук М.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра терапевтичної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Хмельницька міська об'єднана стоматологічна поліклініка (вул. Прибузька, 18, м. Хмельницький, Україна, 29001)

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ХЕЙЛІТ, ТА ЇХНІХ РОДИН

**Резюме.** *Проведена індексна оцінка якості життя 61 дитини, хворої на atopічний хейліт різного ступеня важкості, у т. ч. 19 дітей з ізольованою формою і 42 дитини із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту. За однакової важкості клінічного перебігу хейліт на фоні atopічного дерматиту викликає більш виражене погіршення якості життя у дітей та їхніх родин, ніж ізольована форма захворювання. У структурі впливу ізольованої форми atopічного хейліту на окремі сфери життя дітей переважали порушення самопочуття, найменший вплив було виявлено на побут і дозвілля пацієнтів, а також на процес їхнього лікування. При хейліті на фоні atopічного дерматиту найбільше страждали самопочуття, а також побут і дозвілля дитини, найменше захворювання впливало на процес лікування та взаємовідносини з іншими дітьми. Найбільш значимою проблемою для батьків хворих дітей було збільшення витрат на лікування, найменший вплив atopічний хейліт мав на взаємовідносини у родині та роботу батьків.*

**Ключові слова:** *атопічний хейліт, якість життя, індексна оцінка, діти різного віку, дерматологічні опитувальники, IDQOL, CDLQI, FDLQI.*

### Вступ

У сучасній медичній практиці все більшої зацікавленості набуває проблема оцінки якості життя хворої людини. Адже саме цей показник є найбільш об'єктивною характеристикою впливу захворювання на стан пацієнта та різні аспекти його діяльності [Ткаченко, 2013]. Слід визнати, що переважна більшість лікарів при виборі тактики лікування чи оцінки його ефективності не беруть до уваги психологічний стан хворого, а лише дані клінічного та лабораторного обстеження. Разом з тим досить часто порушення емоційного чи соціального характеру, викликані захворюванням, не дозволяють пацієнту почувати себе повноцінною і здоровою особистістю навіть за умови клінічного одужан-

ня. Це спричиняє незадоволення його результатами лікування, незважаючи на бездоганно проведену терапію та позитивну динаміку. Така невідповідність між об'єктивним і суб'єктивним сприйняттям перебігу захворювання створює передумови для зниження комплаєнсу хворих і навіть відмови їх від подальшого лікування. А тому тільки безпосередня участь пацієнта в оцінці свого стану та активне залучення його таким чином до співпраці дозволить лікарю мати чітке уявлення про ступінь задоволення хворого різними сферами життя, пов'язаними із симптомами хвороби [Ягенський зі співавт., 2007].

Особливо актуальною є проблема оцінки якості

життя у дітей, які страждають на хронічні алергічні захворювання, зокрема atopічний дерматит. Його клінічні симптоми значно порушують звичний для дитини спосіб життя та можуть спричинити серйозні порушення емоційної та соціальної сфери не лише самої дитини, але й її родини в цілому [Коляденко зі співав., 2005; Ткаченко, 2013].

Метою дослідження було проведення оцінки якості життя дітей різного віку, хворих на atopічний хейліт та їхніх родин.

### Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебувала 61 дитина з atopічним хейлітом, у т. ч. 19 дітей з ізольованою формою і 42 дитини із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту. Усіх дітей було поділено на 4 вікових категорії: 9 дітей - групи раннього дитинства - 1 - 3 років, 17 дітей - групи першого дитинства - 4 - 7 років, 17 дітей - другого дитинства - 8 - 12 років, 18 дітей - підліткового віку - 13 - 16 років. Вивчення клінічних особливостей перебігу atopічного хейліту у дітей різного віку дозволило виділити 3 ступені важкості захворювання: легкий (10 дітей з ізольованою формою atopічного хейліту, 11 дітей з симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту), середній (7 і 24 дитини відповідно), важкий (2 і 7 дітей відповідно).

Основним методом визначення якості життя дітей, хворих на atopічний хейліт, було стандартизоване інтерв'ювання за допомогою української версії дерматологічних опитувальників A.Y. Finlay, M.S.Lewis-Jones та M.K.A.Basra для оцінки якості життя дітей та їхніх родин [Finlay, 1997; Lewis-Jones et al., 2001; Basra et al., 2007; Alvarenga et al., 2009], переклад та міжкультурна адаптація яких здійснена за участі П.В. Чернишова [Чернишов, 2008; 2009]. Опитувальники якості життя є інтелектуальною власністю A.Y. Finlay, M.S.Lewis-Jones та M.K.A. Basra та захищені законом про авторські права. Використання їх без дозволу власників авторських прав або копіювання без посилання на авторство є порушенням норм міжнародного законодавства. Автори статті мають офіційний дозвіл на використання зазначених вище опитувальників з дослідницькою метою.

Аналіз показників якості життя дітей з atopічним хейлітом викликає певні труднощі, що пов'язано насамперед з віковими особливостями розуміння дитиною власного захворювання, зокрема з важкістю розрізнення сприйняття самих дітей від сприйняття їхніх батьків, а також з варіабельністю нормальної активності маленької дитини [Чернишов, 2007]. Тому для визначення впливу atopічного хейліту на якість життя дітей віком до 4-х років нами було використано дерматологічний опитувальник щодо якості життя у малюків, який заповнюється батьками дітей (IDQOL). Даний опитувальник складається з 11 запитань, які охоплюють суб'єктивну оцінку батьками важкості захворювання їхньої дитини (питан-

ня без порядкового номера), а також різні аспекти повсякденного життя, на які певним чином міг вплинути atopічний хейліт протягом останнього тижня (питання 1-10). Оцінку кожного запитання здійснювали в балах за такою схемою:

- питання про важкість дерматиту - від 0 до 4 балів;
- питання 1 - 10 - від 0 до 3 балів.

З метою визначення якості життя дітей старшого віку, хворих на atopічний хейліт, їм було запропоновано опитувальник щодо якості життя для дітей з дерматологічними захворюваннями (CDLQI). Він призначений для дітей віком від 4-х до 16-ти років і заповнюється власне дітьми. Опитувальник містить 10 запитань, що стосуються різних сфер життя дитини - навчання, дозвілля і відпочинку, відносин з друзями тощо протягом останніх 7 днів. Відповіді на питання оцінювали в балах від 0 до 3.

Для оцінки впливу atopічного хейліту на якість життя членів родин хворих дітей їхнім батькам було запропоновано спеціальний опитувальник впливу дерматиту на родину (FDLQI). Він складається з 10 запитань, що розкривають вплив проявів захворювання дитини на різні аспекти життя членів його родини, зокрема на побутову сферу, відпочинок, фінансове становище, взаємини між батьками, їхній емоційний стан тощо. Відповідь на кожне запитання оцінювали від 0 до 3 балів.

Результати опитування підлягали кількісному аналізу за допомогою дерматологічного індексу якості життя у малюків (The Infant's Dermatitis Quality of Life Index, IDQOL), індексу якості життя дітей, хворих на atopічний дерматит (The Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI) та індексу впливу дерматиту на родину (Family Dermatology Life Quality Index, FDLQI). Величину кожного з них розраховували як суму балів, отриманих при відповіді на запитання опитувальника, яка може коливатися від 0 до 30. В залежності від отриманого значення індексу проводили оцінку впливу захворювання на якість життя пацієнта (або його родини) за такими критеріями: 0-1 - відсутність впливу дерматиту на якість життя дитини; 2-6 - незначний вплив дерматиту на якість життя дитини; 7-12 - помірний вплив дерматиту на якість життя дитини; 13-18 - значний вплив дерматиту на якість життя дитини; 19-30 - дуже значний вплив дерматиту на якість життя дитини [Finlay, 1997; Lewis-Jones et al., 2001; Basra et al., 2007; Waters et al., 2010].

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою критерію Стьюдента, при цьому достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

### Результати. Обговорення

Показники дослідження індексу якості життя дітей, хворих на atopічний дерматит (CDLQI), та індексу впливу дерматиту на родину (FDLQI) при різних формах і ступенях важкості atopічного хейліту узагальнені у таблиці 1.

З наведених даних видно, що середньостатистичні значення у дітей з ізольованою формою захворювання

**Таблиця 1.** Індексна оцінка якості життя дітей з ізольованою формою atopічного хейліту і з хейлітом на фоні atopічного дерматиту та їхніх родин (у балах).

Дерматологічний індекс якості життя	Ізольована форма atopічного хейліту	Хейліт на фоні atopічного дерматиту
<b>Легкий ступінь</b>		
CDLQI (n=13)	2,78±0,46	3,75±0,32
p	p>0,05	
FDLQI (n=21)	3,2±0,26	3,9±0,31
p	p>0,05	
<b>Середній ступінь</b>		
CDLQI (n=30)	6,71±0,6	8,26±0,81
p	p>0,05	
FDLQI (n=31)	6,14±0,36	8,63±0,87
p	p<0,05	
<b>Важкий ступінь</b>		
CDLQI (n=9)	18,0±0,47	18,57±0,79
p	p>0,05	
FDLQI (n=9)	19,5±0,24	19,85±0,4
p	p>0,05	

**Примітки:** p - достовірність різниці значень між показниками дітей з ізольованою формою atopічного хейліту та з хейлітом на фоні atopічного дерматиту; CDQOL - індекс якості життя дітей, хворих на atopічний дерматит (The Children's Dermatitis Quality of Life Index); FDLQI - індекс впливу дерматиту на родину (Family Dermatology Life Quality Index).

порівняно із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту в більшості випадків не мали ступеня достовірності різниці, допустимого в медичних дослідженнях (p>0,05). Разом з тим в усіх дослідженнях результати зазначених індексів у дітей з хейлітом на фоні atopічного дерматиту були вище, ніж з ізольованою формою atopічного хейліту, що свідчить про більш вагомий вплив дисемінованої форми дерматиту на якість життя хворих дітей та їхніх родин. Крім того, спостерігали стійку тенденцію до зростання індексного показника при збільшенні ступеня важкості захворювання.

За результатами опитування у дітей з легким перебігом ізольованої форми atopічного хейліту виявили незначний вплив захворювання на якість життя: середньостатистичне значення індексу CDLQI складало 2,78±0,46 балів. Аналогічний показник у дітей з хейлітом на фоні atopічного дерматиту становив 3,75±0,32 балів (p>0,05).

Вплив патології на родину дітей обох груп за даними індексу FDLQI був також незначним: 3,2±0,26 балів при ізольованій формі atopічного хейліту та 3,9±0,31 балів при хейліті на фоні atopічного дерматиту. При цьому статистично достовірної різниці між значеннями індексів виявлено не було. Проте збільшення показника CDLQI на 25,9% і FDLQI на 18,0% дає можливість стверджувати, що діти із симптоматичним хейлітом легкого ступеня при дисемінованій формі atopічного

дерматиту зазнають більш суттєвого впливу захворювання на основні аспекти життя, ніж хворі на легкий перебіг ізольованої форми atopічного хейліту.

При оцінці якості життя дітей із середнім ступенем захворювання виявлено, що отримані результати як з ізольованою формою, так і з симптоматичним хейлітом більш ніж удвічі перевищували аналогічні показники з легким ступенем хвороби. При середньому ступені важкості atopічного хейліту величина індексу CDLQI у пацієнтів з ізольованою формою знаходилась на межі незначного та помірного впливу захворювання на якість життя даної групи дітей (6,71±0,6 балів). У хворих з хейлітом на фоні atopічного дерматиту спостерігали вже помірний вплив хвороби на різні аспекти суспільного життя (8,26±0,81 балів). Таким чином, погіршення якості життя у дітей з хейлітом при дисемінованій формі atopічного дерматиту є більш суттєвим.

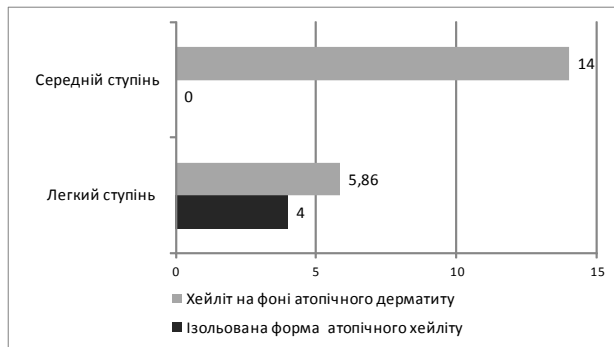
Значення індексів FDLQI також суттєво різняться в обох групах дітей (p<0,05): 6,14±0,36 балів у хворих на ізольовану форму atopічного хейліту, що вказує на незначне погіршення якості життя родин дітей цієї групи, та 8,63±0,87 балів у дітей з хейлітом на фоні atopічного дерматиту, що свідчить про помірний вплив захворювання дитини на членів її родини. Отримані результати можна пояснити більшою площею ураження шкірних покривів у цих дітей порівняно з ізольованим ураженням червоної кайми губ і, відповідно, більшою вираженістю клінічних симптомів.

Важкий перебіг atopічного хейліту супроводжувався значним погіршенням якості життя дітей як з ізольованою формою ураження, так і з хейлітом на фоні atopічного дерматиту (18,0±0,47 та 18,57±0,79 балів відповідно, p>0,05). Вплив захворювання на членів родини виявився надзвичайно сильним (19,5±0,24 балів при ізольованій формі та 19,85±0,4 балів при хейліті на фоні atopічного дерматиту), при цьому порушення стосувались майже усіх аспектів соціального, емоційного та побутового характеру (табл. 1).

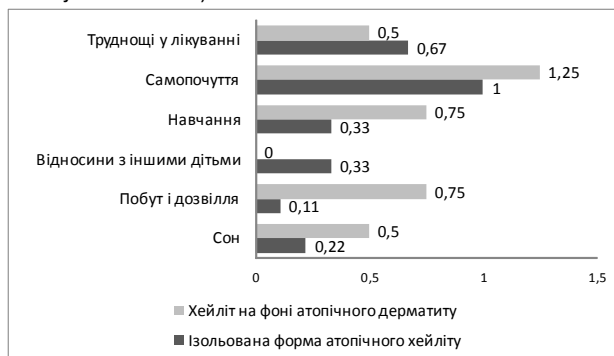
При клінічному обстеженні малюків віком від 1 до 3 років ізольована форма atopічного хейліту легкого ступеня діагностована в однієї дитини, хейліт на фоні atopічного дерматиту легкого ступеня - у семи дітей, середнього ступеня важкості - в одного досліджуваного. Статистична обробка результатів індексу IDQOL була неможливою внаслідок малої вибірки хворих дітей кожної групи, тому отримані дані наочно продемонстровані на рисунку 1.

За результатами опитування батьків встановлений незначний вплив захворювання на якість життя дітей даного вікового періоду. При цьому більш виражений психологічний тиск на родину спостерігали у дітей з хейлітом на фоні atopічного дерматиту. В окремих випадках батьки відмічали порушення сну, проблеми з настроєм та годуванням дитини, інколи - незручності з купанням, одяганням і роздяганням.

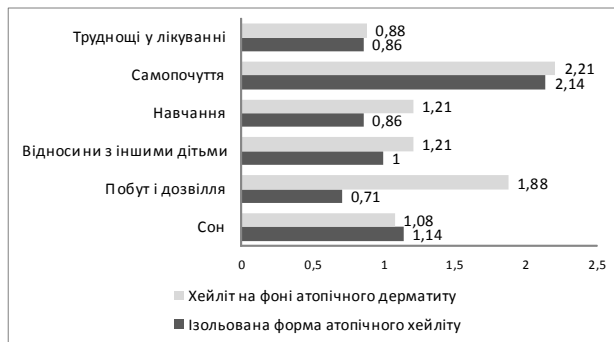
При більш детальному аналізі отриманих результатів



**Рис. 1.** Порівняльна оцінка якості життя (за кількістю балів) дітей віком 1-3 роки з atopічним хейлітом легкого і середнього ступеня важкості за результатами дерматологічного індексу якості життя у малюків, IDQOL (The Infant's Dermatitis Quality of Life Index)



**Рис. 2.** Вплив atopічного хейліту легкого ступеня на окремі аспекти життєдіяльності дитини за результатами індексу CDQOL (за кількістю балів).



**Рис. 3.** Вплив atopічного хейліту середнього ступеня на окремі аспекти життєдіяльності дитини за результатами індексу CDQOL (за кількістю балів).

анкетування за окремими складовими опитувальників з'ясувалося, що структура впливу atopічного хейліту на різні сфери повсякденної діяльності дитини є неоднаковою при різних варіантах перебігу захворювання.

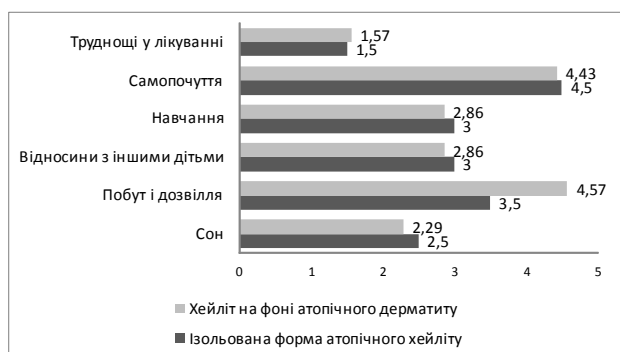
Так, при порівнянні впливу ізольованої форми atopічного хейліту та хейліту на фоні atopічного дерматиту на деякі аспекти життя дитини за величиною індексу CDLQI погіршення їхньої якості встановили при обох формах захворювання. За результатами опитування дітей 4-16 років, що страждають на atopічний хейліт легкого ступеня (рис. 2), найбільш суттєво погіршується

їхнє самопочуття як при ізольованій формі atopічного хейліту, так і при хейліті на фоні atopічного дерматиту ( $1,0 \pm 0,24$  та  $1,25 \pm 0,17$  балів відповідно). На другому місці - проблеми у навчанні, побуті та дозвіллі у пацієнтів із симптоматичним хейлітом і труднощі у лікуванні дітей з ізольованою формою захворювання. Третє місце посіли проблеми зі шкірою, що спричиняли порушення сну, та складнощі у лікуванні пацієнтів із симптоматичним хейлітом, а також погіршення відносин з іншими дітьми і труднощі у навчанні хворих з ізольованим ураженням червоної кайми губ. Найменший вплив діти з легким перебігом ізольованої форми atopічного хейліту відмічали на побут і дозвілля ( $0,11 \pm 0,11$  балів), а з хейлітом на фоні atopічного дерматиту - на взаємовідносини з іншими дітьми (жодний з опитуваних даної категорії не вказав на погіршення стосунків з друзями).

При середньому ступені atopічного хейліту (рис. 3) показники більшості аспектів життєдіяльності дітей з ізольованим ураженням червоної кайми губ майже дорівнювали аналогічним показникам при хейліті на фоні atopічного дерматиту, за виключенням впливу на навчання, побут і дозвілля опитаних пацієнтів. Діти при обох формах захворювання також вказали на значне погіршення самопочуття ( $2,14 \pm 0,23$  балів для ізольованої форми atopічного хейліту та  $2,21 \pm 0,17$  балів для хейліту на фоні atopічного дерматиту). Меншою мірою atopічний хейліт впливав на інші показники даного опитувальника якості життя дітей. Проте слід відмітити, що усі результати респондентів були удвічі та утричі вищі, ніж при легкому клінічному перебігу хвороби. Найменший вплив захворювання діти з ізольованою формою atopічного хейліту відмітили на побут і дозвілля ( $0,71 \pm 0,16$  балів), а діти з хейлітом на фоні дисемінованого atopічного дерматиту - на процес лікування ( $0,88 \pm 0,11$  балів).

При важкому перебігу atopічного хейліту (рис. 4) спостерігали ідентичне збільшення середньостатистичних значень CDLQI відносно середнього ступеня захворювання. Крім того, отримані результати опитування обох груп дітей з важким ступенем atopічного хейліту свідчать про рівнозначний вплив на основні аспекти діяльності хворих, окрім показника побуту і дозвілля. Як видно з наведених на рисунку 4 даних, діти, які страждають на ізольовану форму atopічного хейліту, також найбільше зазнали порушення самопочуття ( $4,5 \pm 0,24$  балів), а діти з хейлітом на фоні atopічного дерматиту вказали на більш суттєве погіршення умов побуту і дозвілля ( $4,57 \pm 0,33$  балів). Найменший вплив захворювання пацієнти обох груп відмітили на процес лікування ( $1,5 \pm 0,24$  та  $1,57 \pm 0,18$  балів).

Лише одна складова зазначеного опитувальника, яка визначає вплив хвороби на побут і дозвілля дитини (питання 4, 5, 6), вірогідно відрізнялась у двох групах опитуваних при всіх варіантах клінічного перебігу atopічного хейліту ( $p < 0,01$  при легкому ступені та  $p < 0,05$  при середньому і важкому). Це свідчить про більш несприятливий вплив хейліту на фоні atopічного дерма-



**Рис. 4.** Вплив atopічного хейліту важкого ступеня на окремі аспекти життєдіяльності дитини за результатами індексу CDQOL (за кількістю балів).



**Рис. 5.** Вплив atopічного хейліту легкого ступеня на окремі аспекти життя сім'ї дитини за результатами індексу FDQOL (за кількістю балів).



**Рис. 6.** Вплив atopічного хейліту середнього ступеня на окремі аспекти життя сім'ї дитини за результатами індексу FDQOL (за кількістю балів).



**Рис. 7.** Вплив atopічного хейліту важкого ступеня на окремі аспекти життя сім'ї дитини за результатами індексу FDQOL (за кількістю балів).

титу на зазначений аспект життя дітей порівняно з ізольованою його формою.

За результатами порівняльного аналізу даних опитувальника IDQOL у пацієнтів раннього віку обох груп (1-3 роки) при легкому ступені захворювання батьки найчастіше вказували на погіршення самопочуття дітей (1,0 при ізольованій формі atopічного хейліту проти  $1,86 \pm 0,23$  балів при хейліті на фоні atopічного дерматиту), найменше хвороба впливала на ігри та дозвілля дітей (0 проти  $0,29 \pm 0,16$  балів). При середньому ступені важкості atopічного хейліту батьки зазначали збільшення тривожності дитини під час годування, одягання та роздягання, купання; найменше проблем виникало в процесі лікування. Статистично достовірних відмінностей між показниками індексів IDQOL у дітей з ізольованою формою atopічного хейліту та з хейлітом на фоні atopічного дерматиту виявлено не було.

При аналізі результатів впливу захворювання на родини дітей за величиною індексу FDLQI з'ясували, що як при ізольованій формі atopічного хейліту, так і при хейліті на фоні atopічного дерматиту найбільш значимою проблемою для батьків хворої дитини було збільшення витрат на лікування. Також виявлена вже зазначена особливість збільшення впливу atopічного хейліту на окремі аспекти життя сім'ї дитини при більш важкому перебігу захворювання.

Найменший вплив atopічний хейліт при легкому ступені (рис. 5) мав на роботу батьків (жоден з респондентів при опитуванні не зазначив про погіршення умов виконання професійної діяльності у зв'язку з хворобою дитини).

При середньому ступені важкості перебігу atopічного хейліту обох форм (рис. 6) найменше захворювання вплинуло на взаємовідносини у родині ( $0,14 \pm 0,13$  балів при ізольованій формі та  $0,42 \pm 0,17$  балів при хейліті на фоні atopічного дерматиту).

При цьому батьки відмітили значне емоційне напруження, пов'язане з погіршенням стану здоров'я дитини. Батьки дітей з хейлітом на фоні atopічного дерматиту переживали більший емоційний стрес, ніж батьки дітей з ізольованою формою atopічного хейліту ( $1,54 \pm 0,17$  та  $1,14 \pm 0,13$  балів відповідно,  $p < 0,05$ ). При важкому перебігу (рис. 7) найменший вплив ізольована форма atopічного хейліту мала на взаємовідносини у сім'ї ( $1,5 \pm 0,24$  балів), а при хейліті на фоні atopічного дерматиту - на дозвілля та відпочинок у родині ( $1,43 \pm 0,18$  балів).

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Опитувальники якості життя дітей з atopічним хейлітом та їхніх батьків дають можливість отримання додаткової інформації та визначення індивідуального підходу до лікарської тактики, ґрунтуючись на вимогах хворого та його сім'ї.

2. Atopічний хейліт як при ізольованій формі, так і

на фоні atopічного дерматиту чинить суттєвий негативний вплив на різні аспекти життя суспільно-емоційного характеру.

3. В залежності від характеру та важкості перебігу atopічного хейліту у дітей змінюється структура та сила впливу даного захворювання на ті чи інші сфери повсякденної діяльності дитини та членів її родини.

4. За однакової важкості клінічного перебігу хейліту на фоні atopічного дерматиту викликає більш виражене погіршення якості життя у дітей та їхніх родин, ніж ізольована форма atopічного хейліту, що, імовірно, пов'язано з більшою площею ураження шкірних покривів у цих дітей порівняно з ізольованим ураженням червоної кайми губ і, відповідно, більшою вираженістю клінічних симптомів.

5. При легкому і середньому ступенях ізольованої форми atopічного хейліту вплив захворювання на якість життя дітей та їхніх родин оцінили як незначний (індекс CDLQI становив  $2,78 \pm 0,46$  та  $6,71 \pm 0,6$  балів відповідно, індекс FDLQI -  $3,2 \pm 0,26$  та  $6,14 \pm 0,36$  балів), при важкому ступені - вплив на якість життя дітей виявився значним ( $18,0 \pm 0,47$  балів), а на членів їхніх родин - дуже значним ( $19,5 \pm 0,24$  балів). Це вказує на те, що діти з ізольованою формою atopічного хейліту потребують психологічної допомоги поряд з місцевою та загальною терапією захворювання.

6. Легкий ступінь хейліту при дисемінованій формі atopічного дерматиту чинить незначний вплив на якість життя хворих дітей та членів їхніх родин (індекс CDLQI становив  $3,75 \pm 0,32$  балів, індекс FDLQI -  $3,9 \pm 0,31$  балів), середній ступінь важкості - помірний ( $8,26 \pm 0,81$  та  $8,63 \pm 0,87$  балів відповідно), а при важкому перебігу вплив на якість життя визначили як значний для дітей

( $18,57 \pm 0,79$  балів) та дуже значний - для членів їхніх родин ( $19,85 \pm 0,4$  балів). Отримані результати свідчать про недооцінку лікарями суб'єктивних відчуттів хворих, недостатньо ефективну терапію atopічного дерматиту та неадекватний догляд пацієнтів за шкірою, особливо при важкому перебігу захворювання.

7. У структурі впливу ізольованої форми atopічного хейліту на окремі сфери життя дітей переважали порушення самопочуття, найменший вплив було виявлено на побут і дозвілля пацієнтів, а також на процес їхнього лікування. При хейліті на фоні atopічного дерматиту найбільше страждали самопочуття, а також побут і дозвілля дитини, найменше захворювання впливало на процес лікування та взаємовідносини з іншими дітьми. Можливо, це пов'язано з тим, що, хворіючи з дитинства, пацієнти з atopічним хейлітом та хейлітом при дисемінованій формі atopічного дерматиту психологічно звикли до постійного лікування і не мають особливих проблем у спілкуванні з родичами, друзями тощо.

8. Найбільш значимою проблемою для батьків хворої дитини було збільшення витрат на лікування, найменший вплив atopічний хейліт мав на взаємовідносини у родині та роботу батьків.

Перспективою подальших досліджень є розробка методу лікування atopічного хейліту з урахуванням психологічних особливостей пацієнтів та їхніх батьків та вивчення його ефективності.

*Автори статті висловлюють щире подяку професору А.У. Finlay, доктору М.С. Lewis-Jones і М.К.А. Basra за переклад і люб'язний дозвіл на використання дерматологічних опитувальників, а також особисто доктору Faraz Mahmood Ali за сприяння і безпосередню участь у наданні офіційного дозволу на їх використання в процесі дослідження.*

### Список літератури

- Коляденко В.Г. Показники якості життя у дерматологічних хворих / В.Г. Коляденко, П.В. Чернишов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2005. - №2. - с. 11-14.
- Ткаченко О.Я. Актуальність вивчення показника якості життя в дітей з алергічними захворюваннями / О.Я. Ткаченко // Здоров'я ребенка. - 2013. - №8 (51). - с. 16-19.
- Чернишов П.В. Атопічний дерматит та якість життя хворої дитини та її родини / П.В. Чернишов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2007. - №1. - с. 21-23.
- Чернишов П.В. Опитувальник щодо впливу дерматиту на родину як інструмент поліпшення медичної допомоги дітям, хворим на atopічний дерматит / П.В. Чернишов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2009. - №1. - с. 57-60.
- Чернишов П.В. Створення та міжкультурна адаптація українських версій опитувальників для визначення якості життя дітей, хворих на atopічний дерматит, та їх родин / П.В. Чернишов // Лікарська справа. - 2008. - №1-2. - с. 124-128.
- Ягеньський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягеньський, І.М. Січкарук // Внутрення медицина. - 2007. - №3 (3). - с. 8-11.
- Alvarenga T.M. Quality of life in pediatric patients with atopic dermatitis / T.M. Alvarenga, A.P. Caldeira // Journal de Pediatria. - 2009. - Vol. 85 (5). - P. 415-420.
- Basra M.K.A. The Family Dermatology Life Quality Index; measuring the secondary impact of skin disease / M.K.A. Basra, A.Y. Finlay, R. Sue-Ho // Br. J. Dermatology. - 2007. - Vol. 156. - P. 528-538.
- Finlay A.Y. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide / A.Y. Finlay // Br. J. Dermatology. - 1997. - Vol. 136. - P. 305-314.
- Lewis-Jones M.S. The Infant's Dermatitis Quality of Life Index / M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, P.J. Dykes // Br. J. Dermatology. - 2001. - Vol. 144. - P. 104-110.
- Waters A. Severity stratification of Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) scores / A. Waters, D. Sandhu, P. Beattie, F. Ezughah, M.S. Lewis-Jones // Br. J. Dermatology. - 2010. - Vol. 163 (Suppl. 1). - P. 121.

*Кульгана В.Н., Стремчук М.В.*

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ХЕЙЛИТОМ, И ИХ СЕМЕЙ

**Резюме.** Проведена индексная оценка качества жизни 61 ребенка, больного atopическим хейлитом разной степени тяжести, в т. ч. 19 детей с изолированной формой и 42 ребенка с симптоматическим хейлитом на фоне atopического

дерматита. При однакової тяжесті клінічного течення хейліт на фоні atopічного дерматита викликає більш виражене погіршення якості життя у дітей і їх сімей, ніж ізольована форма захворювання. В структурі впливу ізольованої форми atopічного хейлітита на окремі сфери життя дітей переобладали порушення самопочуття, найменше вплив було виявлено на быт і дозуг пацієнтів, а також на процес їх лікування. При хейліті на фоні atopічного дерматита більш за все страждали самопочуття, а також быт і дозуг дітей, найменше захворювання впливало на процес лікування та взаємостосунки з іншими дітьми. Найбільш значимою проблемою для батьків хворих дітей було збільшення витрат на лікування, найменше вплив atopічного хейлітита оказав на взаємостосунки в сім'ї і роботу батьків.

**Ключеві слова:** atopічний хейліт, якість життя, індексна оцінка, діти різного віку, дерматологічні опросники, IDQOL, CDLQI, FDLQI.

**Kulygina V.M., Stremchuk M.V.**

#### **LIFE QUALITY ASSESSMENT OF CHILDREN AT DIFFERENT AGES WITH ATOPIC CHEILITIS AND THEIR FAMILIES**

**Summary.** There was conducted the life quality index rating of 61 children with atopic cheilitis of various severity, including 19 children with an isolated form, and 42 children with symptomatic cheilitis against the background of atopic dermatitis. The cheilitis against the background of atopic dermatitis causes more pronounced deterioration in the life quality of children and their families than the isolated form of the disease at the same severity of their clinical courses. Worsening of the patient's health state was prevalent in the impact structure of the isolated form of atopic cheilitis into certain areas of life; the least influence was exerted on the children's way of life and leisure, as well as on the process of their treatment. The children's health state and their activities declined considerably at the patients with cheilitis against the background of atopic dermatitis, the least effect was exerted on the disease treatment process and relationships with other children. The most significant problem for parents of these children was increase the cost of treatment, the atopic cheilitis had the least influence on family relationships and job of parents.

**Key words:** atopic cheilitis, life quality, index rating, children of different ages, dermatological questionnaires, IDQOL, CDLQI, FDLQI.

Стаття надійшла до редакції 15.04.2014 р.

Кулигіна Валентина Миколаївна - д. мед. н., проф., зав. каф. терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 57-06-82

Стремчук Марина Валеріївна - лікар-стоматолог дитячий Хмельницької міської об'єднаної стоматологічної поліклініки; +38 067 978-88-36; marina.stremchuk@gmail.com

---

© Барило О.С., Склярчук Н.В., Царик Н.П.

УДК: 616.314; 616.322-002

**Барило О.С., Склярчук Н.В., Царик Н.П.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), \*ПП "Вінстом" (вул. Хмельницьке шосе, 53, м. Вінниця, Україна, 21000)

## **ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ПАРОДОНТУ ТА ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ**

**Резюме.** Досліджено особливості стану пародонту та гігієни порожнини рота у хворих на хронічний пародонтит на тлі хронічного тонзиліту. Для характеристики стану тканин пародонту проводили дослідження по спеціально розробленій індивідуальній карті стоматологічного хворого. Використовували об'єктивні методи оцінки стану органів ротової порожнини та стану гігієни. Дане дослідження виявило зв'язок між станом пародонту, гігієни порожнини рота у хворих на хронічний пародонтит та наявністю чи відсутністю супутньої тонзиллярної патології. Супутня тонзиллярна патологія значно погіршує стан гігієни порожнини рота та погіршує стан пародонту.

**Ключові слова:** хронічний пародонтит, хронічний тонзиліт, гігієна порожнини рота, пародонт.

### **Вступ**

Дослідження та клінічні дані свідчать про те, що збиток, завданий хворобами пародонту опорним тканинам зуба в молодості, надалі стає практично невідправним. З плином життя це захворювання призводить до значного руйнування зубного апарату і повністю позбавляє працездатне населення зубів задовго до старості [Чурилов, 2006].

За даними ВООЗ. отриманим в ряді розвинених країн, найбільший рівень хвороб пародонту припадає на вік 35 - 44 років, що становило від 65% до 98% від числа всіх хворих. Все це дозволяє вважати захворювання пародонту не тільки медичною, а й великою соціальною проблемою [Боровский, 2001].

Анатомо-фізіологічна близькість тканин пародонта, ротоглотки і травного тракту, спільність іннервації та гуморальної регуляції створюють передумови для залучення пародонту в патологічний процес при патології ротоглотки та органів шлунково-кишкового тракту [Bauermeister, 2003].

Одним з найбільш поширених захворювань є хронічний тонзиліт, його поширеність коливається в межах від 25 до 45% серед населення [Солдатов, 1997]. У теж час досвід практичної роботи свідчить, що ураження населення часто супроводжуються супутньою патологією з боку ЛОР - органів.

Анатомічні та гістологічні особливості органів і тка-