

## **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ХЕЙЛІТ, ТА ЇХНІХ РОДИН В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

**Хмельницька міська об'єднана стоматологічна поліклініка**

**(м. Хмельницький)**

Дана робота є фрагментом НДР кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова «Вдосконалення лікувально-діагностичної тактики при захворюваннях зубів, тканин пародонту і слизової оболонки порожнини рота, їх прогнозування та профілактика», № держ. реєстрації 0109U003911.

**Вступ.** Якість життя хворої людини є найбільш об'єктивною характеристикою впливу захворювання на стан пацієнта та різні сфери його діяльності [4]. Останнім часом в наукових дослідженнях ця проблема набуває все більшої зацікавленості, оскільки більшість лікарів під час вибору тактики лікування або оцінки його ефективності не беруть до уваги психологічний стан хворого, а лише дані клінічного та лабораторного обстеження. Водночас порушення емоційного чи соціального характеру, викликані хворобою, досить часто не дозволяють пацієнту почувати себе повноцінною і здоровою особистістю навіть за умови клінічного одужання. Особливо це стосується випадків, коли захворювання спричиняє порушення зовнішнього вигляду або викликає певний естетичний дискомфорт у хворого. Невідповідність між об'єктивним і суб'єктивним сприйняттям перебігу захворювання створює передумови для зниження комплаєнсу пацієнтів і навіть відмови їх від подальшого лікування. Тому безпосередня участь хворого в оцінці свого стану та активне залучення його таким чином до співпраці дозволить лікарю мати чітке уявлення про характер впливу хвороби на різні сфери життя пацієнта і, при необхідності, відкоригувати тактику лікування з урахуванням цього впливу [8].

Особливої актуальності набуває проблема оцінки якості життя у дітей, які страждають на хронічну алергічну патологію, зокрема atopічний дерматит (АД) та atopічний хейліт (АХ), як самостійне захворювання, або симптом АД. Естетичні аспекти, 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 [1, 4]. В попередніх дослідженнях нами вивчена якість життя дітей за індексами IDQOL, CDLQI і FDLQI [2] та розроблений комплексний метод лікування дітей з atopічним хейлітом [3].

Тому **метою дослідження** було проведення об'єктивної оцінки якості життя дітей, хворих на

atopічний хейліт різного ступеня важкості, та їхніх родин в процесі комплексного лікування.

**Об'єкт і методи дослідження.** 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 А. У. Finlay, М. С. Lewis-Jones та М. К. А. Basra для оцінки якості життя дітей та їхніх родин [9, 10, 11, 12], переклад та міжкультурна адаптація яких здійснена за участі П. В. Чернишова [6, 7]. Опитувальники якості життя є інтелектуальною власністю А. У. Finlay, М. С. Lewis-Jones та М. К. А. 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.

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).

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.

Для оцінки впливу atopічного хейліту на якість життя членів родин хворих дітей їхнім батькам було

запропоновано спеціальний опитувальник впливу дерматиту на родину (FDLQI).

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). [10, 11, 12, 13].

Індексну оцінку проводили через 12 місяців після проведеного курсу лікування.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента із застосуванням пакета статистичних програм «Microsoft Office Excel 2007», при цьому достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

**Результати досліджень та їх обговорення.**

Отримані результати якості життя пацієнтів з АХ різного ступеня важкості узагальнені у **таблиці 1**.

Згідно з даними, наведеними у **таблиці 1**, значення дерматологічних індексів якості життя у дітей основної і порівнювальної груп з різним перебігом АХ до проведення лікування не мали статистично достовірних відмінностей.

За результатами опитування батьків дітей 1-3 років з легким ступенем АХ обох досліджуваних груп до початку лікування відмічався незначний вплив захворювання на якість життя хворого. Після застосування комплексу терапевтичних заходів в основній групі індекс IDQOL знизився у 3,5 рази (з  $6,0 \pm 0,88$  до  $1,67 \pm 0,38$  балів при  $p_2 < 0,001$ ), тоді як у порівняльній – лише у 1,5 рази (з  $5,4 \pm 0,56$  до  $3,6 \pm 0,56$  балів при  $p_3 < 0,05$ ). Зіставлення вказаних вище значень з оціночною шкалою показало, що після проведеного курсу лікування у дітей основної групи АХ не впливає на їхню повсякденну діяльність, а в групі порівняння все ж зберігається незначний вплив захворювання на якість життя пацієнтів.

У дитини основної групи з середнім ступенем важкості АХ до початку лікування результати анкетування батьків показали значне погіршення якості її життя (індекс IDQOL становив 14,0 балів). Після вжитих терапевтичних заходів спостерігали суттєве покращення якості життя даного пацієнта у 3,5 рази. При цьому за результатами інтерпретації значення індексу після проведеного лікування (4,0 бали) встановили невеликий вплив захворювання на життєдіяльність дитини. Проте отримані дані зміни якості життя у групі хворих раннього дитинства з АХ середнього ступеня не можна вважати репрезентативними через малу вибірку.

Індексна оцінка за результатами значень CDLQI у продемонструвала істотне поліпшення якості життя дітей основної групи з АХ різного ступеня важкості на противагу порівнювальній групі. Зокрема пацієнти 4-16 років обох досліджуваних груп з легким перебігом захворювання до початку лікування відмічали незначний вплив АХ на повсякденну діяльність (індекс CDLQI становив  $3,17 \pm 0,53$  балів у дітей основної групи і  $3,0 \pm 0,38$  балів – у порівнювальній). Після проведеної комплексної терапії у пацієнтів обох груп результати індексної оцінки не виявили впливу захворювання на якість їхнього життя, проте у дітей

Таблиця 1

**Динаміка індексної оцінки якості життя дітей, хворих на atopічний хейліт, та їхніх родин у процесі лікування**

Ступінь важкості atopічного хейліту	Основна група (n=30)		Порівнювальна група (n=31)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
<b>IDQOL (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=3		n=5	
	$6,0 \pm 0,88$	$1,67 \pm 0,38$	$5,4 \pm 0,56$	$3,6 \pm 0,56$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,05$
Середній ступінь	n=1		n=0	
	14,0	4,0		
<b>CDLQI (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=6		n=7	
	$3,17 \pm 0,53$	$0,83 \pm 0,25$	$3,0 \pm 0,38$	$1,71 \pm 0,32$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,01$		$p_3 < 0,05$
Середній ступінь	n=15		n=15	
	$8,47 \pm 0,68$	$2,53 \pm 0,28$	$7,33 \pm 0,86$	$4,8 \pm 0,63$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,05$
Важкий ступінь	n=5		n=4	
	$18,8 \pm 0,6$	$4,4 \pm 0,18$	$18,0 \pm 0,9$	$6,25 \pm 0,17$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,001$
<b>FDLQI (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=9		n=12	
	$3,89 \pm 0,39$	$1,11 \pm 0,2$	$3,33 \pm 0,22$	$2,25 \pm 0,25$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,05$
Середній ступінь	n=16		n=15	
	$7,94 \pm 0,71$	$2,81 \pm 0,28$	$7,27 \pm 0,92$	$5,2 \pm 0,75$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 > 0,05$
Важкий ступінь	n=5		n=4	
	$19,6 \pm 0,3$	$5,2 \pm 0,28$	$20,0 \pm 0,47$	$6,5 \pm 0,19$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,001$

**Примітка:**  $p_1$  – достовірність різниці показників основної і порівнювальної групи до лікування;  $p_2$  – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування;  $p_3$  – достовірність різниці показників порівнювальної групи до та після лікування;  $p_4$  – достовірність різниці показників основної і порівнювальної групи після лікування.

основної групи спостерігали більш суттєве зниження зазначеного дерматологічного індексу, ніж у порівняльній групі (відповідно у 3,82 та 1,75 рази).

При середньому ступені важкості АХ у хворих як основної, так і порівнювальної груп до початку лікування вплив захворювання на життя визначили як помірний (індекси CDLQI становили відповідно  $8,47 \pm 0,68$  та  $7,33 \pm 0,86$  балів). Після проведеного курсу терапії анкетування виявило збереження незначного впливу АХ на повсякденну діяльність дітей обох досліджуваних груп. Відповідні значення індексу становили  $2,53 \pm 0,28$  балів в основній та  $4,8 \pm 0,63$

балів у порівнювальній групі при  $p_4 < 0,01$ . При детальнішому порівнянні вказаних значень з вихідним рівнем CDLQI з'ясувалося, що якість життя хворих основної групи після проведеного лікування покращилась у 3,35 рази, тоді як у порівнювальній групі – лише в 1,53 рази.

При важкому перебігу АХ після проведених терапевтичних заходів спостерігали достовірне зниження індексу CDLQI у дітей як основної, так і порівнювальної груп (відповідно з  $18,8 \pm 0,6$  до  $4,4 \pm 0,18$  балів при  $p_2 < 0,001$  та з  $18,0 \pm 0,9$  до  $6,25 \pm 0,17$  балів при  $p_3 < 0,001$ ). З отриманих числових значень видно, що в обох досліджуваних групах після лікування зберігається незначний вплив АХ на якість життя, проте у дітей основної групи він достовірно нижчий ( $p_4 < 0,001$ ), ніж у порівнювальній. Слід зазначити, що саме у хворих основної групи з важким перебігом АХ

спостерігали найвищий показник покращення якості життя дітей після проведеної терапії – у 4,27 рази, що перевищує всі інші результати лікування, отримані у пацієнтів як основної, так і порівнювальної груп.

Вплив АХ на повсякденну діяльність сімей хворих дітей, який визначали за індексом FDLQI, при легкому ступені захворювання до лікування в обох досліджуваних групах був оцінений нами як незначний (відповідні значення FDLQI становили  $3,89 \pm 0,39$  балів в основній групі та  $3,33 \pm 0,22$  бали – у порівнювальній). Після курсу комплексної терапії у пацієнтів основної групи спостерігали зниження зазначеного індексу у 3,5 рази, тоді як у групі порівняння – лише у 1,5 рази. Інтерпретація вказаних результатів за оціночною шкалою показала відсутність впливу захворювання на якість життя родин пацієнтів основної групи після проведеного лікування та збереження незначного впливу у порівнювальній групі.

При середньому ступені важкості АХ у дітей основної групи індекс FDLQI після курсу лікування становив  $2,81 \pm 0,28$  балів, що у 2,83 рази менше за вихідний рівень ( $7,94 \pm 0,71$  балів при  $p_2 < 3700,001$ ) і вказує на незначний вплив захворювання на повсякденну діяльність родин цих дітей. Аналогічні показники хворих порівнювальної групи показали зниження вказаного індексу в 1,4 рази (з  $7,27 \pm 0,92$  до  $5,2 \pm 0,75$  балів при  $p_3 > 0,05$ ).

Аналіз значень індексу FDLQI при важкому перебігу АХ у дітей основної групи виявив покращення якості життя родин пацієнтів після проведеного лікування у 3,8 рази, а в групі порівняння – утричі. При цьому показники FDLQI у дітей основної групи достовірно нижчі, ніж у групі порівняння (відповідно  $5,2 \pm 0,28$  та  $6,5 \pm 0,19$  балів при  $p_4 < 0,01$ ).

Результати індексної оцінки якості життя дітей з ізольованою формою АХ та їхніх родин наведені у **таблиці 2**.

Зважаючи на малу вибірку дітей групи раннього дитинства з ізольованою формою АХ, оцінити зміни якості їхнього життя після проведеного лікування неможливо.

Значення індексу CDLQI у дітей з легким ступенем ізольованої форми АХ обох досліджуваних груп вказували на незначний вплив захворювання на якість життя пацієнтів до початку лікування та відсутність зазначеного впливу після проведеної комплексної терапії. При більш детальному аналізі з'ясували, що у дітей основної групи якість життя після отриманого лікування покращилась у 5,5 разів, тоді як у хворих групи порівняння – лише удвічі.

При середньому ступені захворювання початкові значення індексу CDLQI у дітей основної і порівнювальної груп становили відповідно  $7,25 \pm 0,32$  (помірне погіршення якості життя хворих) та  $6,0 \pm 0,88$  балів (незначний вплив на повсякденну діяльність). Лікування АХ у таких пацієнтів супроводжувалось достовірним зниженням індексу CDLQI в обох досліджуваних групах. Зокрема у хворих основної групи спостерігали покращення якості їхнього життя у 4,83 рази, порівнювальної – в 1,63 рази. При цьому після проведеної комплексної терапії у дітей основної групи результати анкетування не виявили впливу захворювання на якість їхнього життя, на протипацієнтам

Таблиця 2

**Динаміка індексної оцінки якості життя дітей з ізольованою формою atopічного хейліту та їхніх родин у процесі лікування**

Ступінь важкості atopічного хейліту	Основна група (n=9)		Порівнювальна група (n=10)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
<b>IDQOL (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=0		n=1	
			4,0	2,0
<b>CDLQI (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=4		n=5	
	$2,75 \pm 0,57$	$0,5 \pm 0,19$	$2,8 \pm 0,43$	$1,4 \pm 0,3$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,01$		$p_3 < 0,05$
		$p_4 < 0,05$		
Середній ступінь	n=4		n=3	
	$7,25 \pm 0,32$	$1,5 \pm 0,19$	$6,0 \pm 0,88$	$3,67 \pm 0,51$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,05$
		$p_4 < 0,05$		
Важкий ступінь	n=1		n=1	
	19,0	4,0	17,0	6,0
<b>FDLQI (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=4		n=6	
	$3,0 \pm 0,27$	$1,0 \pm 0,27$	$3,33 \pm 0,27$	$2,17 \pm 0,18$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,01$
		$p_4 < 0,01$		
Середній ступінь	n=4		n=3	
	$6,5 \pm 0,33$	$2,25 \pm 0,32$	$5,67 \pm 0,38$	$4,67 \pm 0,19$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,05$
		$p_4 < 0,001$		
Важкий ступінь	n=1		n=1	
	19,0	5,0	20,0	6,0

**Примітки:**  $p_1$  – достовірність різниці показників основної і порівнювальної групи до лікування;  $p_2$  – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування;  $p_3$  – достовірність різниці показників порівнювальної групи до та після лікування;  $p_4$  – достовірність різниці показників основної і порівнювальної групи після лікування.

порівнювальної групи, де аналогічний показник CDLQI вказував на наявність незначного впливу ізольованої форми АХ на їхню повсякденну діяльність.

При важкому перебігу захворювання вихідні значення індексу CDLQI у дітей обох досліджуваних груп вказували на значний і дуже значний вплив АХ на якість їхнього життя (відповідні показники становили 19,0 балів в основній групі та 17,0 балів – у порівнювальній). Після лікування у хворих основної групи індекс знизився у 4,75 рази, у дітей групи порівняння – у 2,83 рази. Проте мала вибірка не дозволяє вважати отримані результати достовірними.

У пацієнтів обох досліджуваних груп після проведених терапевтичних заходів спостерігали зменшення впливу ізольованої форми АХ на якість життя родин хворих дітей. Так, при легкому ступені захворювання у пацієнтів основної групи індекс FDLQI після лікування знизився з  $3,0 \pm 0,27$  до  $1,0 \pm 0,27$  балів ( $p_2 < 0,001$ ). Отримані результати удвічі перевищують ступінь зменшення аналогічного індексу групи порівняння ( $3,33 \pm 0,27$  до  $2,17 \pm 0,18$  балів при  $p_3 < 0,01$ ).

Після курсу комплексного лікування середнього ступеня ізольованої форми АХ вплив захворювання на повсякденну діяльність родин хворих дітей визначили як незначний і в основній, і в порівнювальній групах (відповідні значення індексу FDLQI становили  $2,25 \pm 0,32$  та  $4,67 \pm 0,19$  балів,  $p_4 < 0,001$ ). Проте якщо у дітей основної групи якість життя батьків пацієнтів після терапії покращилась у 2,89 рази, то у хворих групи порівняння – лише в 1,21 рази.

Важкий перебіг ізольованої форми АХ супроводжувався надзвичайно сильним погіршенням якості життя родин хворих дітей в обох групах досліджуваних. Після лікування отримали приблизно однакові числові значення індексу FDLQI в основній і порівнювальній групах (відповідно 5,0 та 6,0 балів), що відображає незначний вплив захворювання на якість життя родин пацієнтів. Зважаючи на малу вибірку, отримані результати не можна вважати репрезентативними.

При порівнянні змін характеру якості життя дітей з ізольованою формою АХ та симптоматичним хейлітом на фоні АД слід відмітити, що в останніх значення усіх дерматологічних індексів виявились вищими за аналогічні показники при ізольованій формі захворювання. У хворих основної групи достовірною різниця була лише для індексів CDLQI незалежно від важкості перебігу АХ (95-99,9%), у дітей порівнювальної групи – для індексів IDQOL та CDLQI при легкій формі захворювання і FDLQI при важкому ступені АХ (95-99,0%). Результати індексної оцінки якості життя дітей з хейлітом на фоні АД та їхніх родин представлені у **таблиці 3**.

Значення індексу IDQOL у дітей з легким перебігом захворювання основної групи після курсу проведеної терапії зменшилось з  $6,0 \pm 0,88$  до  $1,67 \pm 0,38$  балів ( $p_2 < 0,001$ ), у хворих порівнювальної групи – з  $5,75 \pm 0,57$  до  $4,0 \pm 0,54$  балів ( $p_3 < 0,001$ ). При інтерпретації отриманих результатів за оціночною шкалою виявили, що після лікування у дітей основної групи АХ не впливає на якість їхнього життя, тоді як у групі порівняння вказаний вплив визначений як невеликий, перевищуючи у 2,4 рази аналогічний показник основної групи.

Оцінка індексу CDLQI у дітей з АХ легкого ступеня до початку лікування виявила незначний вплив захворювання на якість життя пацієнтів як основної, так і порівнювальної груп (значення індексу становили відповідно  $4,0 \pm 0,47$  та  $3,5 \pm 0,24$  бали). Після проведеної комплексної терапії результати анкетування дітей 4-16 років показали поліпшення якості їхнього життя у 2,67 рази в основній групі та в 1,4 рази – у порівнювальній.

Середній ступінь хейліту на фоні АД супроводжувався помірним впливом захворювання пацієнтів в обох досліджуваних групах. Після курсу лікування спостерігали незначний вплив АХ на повсякденну

**Таблиця 3**  
**Динаміка індексної оцінки якості життя дітей з хейлітом на фоні atopічного дерматиту та їхніх родин у процесі лікування**

Ступінь важкості atopічного хейліту	Основна група (n=21)		Порівнювальна група (n=21)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
<b>IDQOL (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=3		n=4	
	$6,0 \pm 0,88$	$1,67 \pm 0,38$	$5,75 \pm 0,57$	$4,0 \pm 0,54$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,05$
		$p_4 < 0,01$		
Середній ступінь	n=1		n=0	
	14,0	4,0		
<b>CDLQI (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=2		n=2	
	$4,0 \pm 0,47$	$1,5 \pm 0,24$	$3,5 \pm 0,24$	$2,5 \pm 0,24$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,01$
		$p_4 < 0,01$		
Середній ступінь	n=11		n=12	
	$8,91 \pm 0,72$	$2,91 \pm 0,18$	$7,67 \pm 0,86$	$5,08 \pm 0,64$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,05$
		$p_4 < 0,01$		
Важкий ступінь	n=4		n=3	
	$18,75 \pm 0,69$	$4,5 \pm 0,19$	$18,33 \pm 1,07$	$6,33 \pm 0,19$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,001$
		$p_4 < 0,001$		
<b>FDLQI (бали)</b>				
Легкий ступінь	n=5		n=6	
	$4,6 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,15$	$3,33 \pm 0,17$	$2,33 \pm 0,27$
p	$p_1 < 0,01$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,01$
		$p_4 < 0,01$		
Середній ступінь	n=12		n=12	
	$8,42 \pm 0,74$	$3,0 \pm 0,25$	$7,67 \pm 0,98$	$5,33 \pm 0,83$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 > 0,05$
		$p_4 < 0,05$		
Важкий ступінь	n=4		n=3	
	$19,75 \pm 0,32$	$5,25 \pm 0,32$	$20,0 \pm 0,58$	$6,67 \pm 0,19$
p	$p_1 > 0,05$	$p_2 < 0,001$		$p_3 < 0,001$
		$p_4 < 0,01$		

**Примітка:**  $p_1$  – достовірність різниці показників основної і порівнювальної групи до лікування;  $p_2$  – достовірність різниці показників основної групи до та після лікування;  $p_3$  – достовірність різниці показників порівнювальної групи до та після лікування;  $p_4$  – достовірність різниці показників основної і порівнювальної групи після лікування.

діяльність хворих, причому якість життя дітей основної групи покращилась утричі, порівнювальної – у 1,5 рази.

При важкому перебігу хейліту на фоні АД опитування дітей обох досліджуваних груп до початку лікування виявило значне погіршення якості їхнього життя. Комплекс лікувальних заходів сприяв зниженню індексу CDLQI в основній групі з  $18,75 \pm 0,69$  до  $4,5 \pm 0,19$  балів ( $p_2 < 0,001$ ), у порівнювальній – з  $18,33 \pm 1,07$  до  $6,33 \pm 0,19$  балів ( $p_3 < 0,001$ ). Обидва показники вказують на суттєве поліпшення якості життя дітей з АХ та зменшення впливу захворювання до незначного. Проте у пацієнтів основної групи якість життя достовірно вища ( $p_4 < 0,001$ ), ніж у дітей групи порівняння.

При оцінці індексу FDLQI у дітей з легким ступенем АХ спостерігали зменшення впливу захворювання після курсу терапії у 3,83 рази в основній групі та в 1,43 рази у групі порівняння. При цьому значення індексу після лікування у хворих основної групи ( $1,2 \pm 0,15$  балів) свідчить про відсутність впливу АХ на якість життя їхніх родин, тоді як у групі порівняння аналогічний показник ( $2,33 \pm 0,27$  балів) вказує на незначне погіршення якості життя родин хворих дітей.

При АХ середнього ступеня важкості у дітей досліджуваних груп виявили помірний вплив захворювання на повсякденну діяльність родин пацієнтів. Після лікування у дітей як основної, так і порівнювальної груп спостерігали зниження значень індексу FDLQI (відповідно з  $8,42 \pm 0,74$  до  $3,0 \pm 0,25$  балів при  $p_2 < 0,001$  та з  $7,67 \pm 0,98$  до  $5,33 \pm 0,83$  балів при  $p_3 > 0,05$ ). При цьому в обох досліджуваних групах зберігалось незначне погіршення якості життя родин дітей з АХ, але вплив захворювання на повсякденну діяльність родин дітей основної групи був достовірно нижчим, ніж у пацієнтів групи порівняння ( $p_4 < 0,05$ ).

Важкий перебіг хейліту на фоні АД супроводжувався дуже значним погіршенням якості життя родин пацієнтів як в основній, так і в порівнювальній групах (індекс FDLQI становив відповідно  $19,75 \pm 0,32$  та  $20,0 \pm 0,58$  балів). Комплексне лікування дозволило істотно зменшити вплив захворювання на повсякденну діяльність родин хворих дітей. Зокрема, у пацієнтів основної групи якість життя покращилась у 3,76 разів, а порівнювальної групи – утричі.

## Висновки.

1. Комплексне лікування пацієнтів з atopічним хейлітом сприяло суттєвому зменшенню впливу захворювання на повсякденну діяльність основної групи дітей та їхніх батьків. Якість життя за показником індексу IDQOL у дітей з легким перебігом хейліту на фоні atopічного дерматиту покращилась у 3,6 разів, за показником CDLQI – у дітей з ізольованою формою atopічного хейліту різного ступеня в 5,5 / 4,83 / 4,75 разів, з хейлітом на фоні АД – відповідно у 2,67 / 3 / 3,83 рази, за показником FDLQI – відповідно у 3 / 2,89 / 3,8 разів і 3,83 / 2,8 / 3,76 рази. На відміну від основної, в порівнювальній групі спостерігали незначні, часто недостовірні зміни аналогічних показників, які вказували на невисоку ефективність традиційних методів лікування.

2. При порівнянні індексної оцінки якості життя дітей різного віку з'ясувалось, що у дітей до 3-х років вплив atopічного хейліту на якість життя після курсу проведеної терапії є більш суттєвим порівняно з хворими старших вікових категорій. Причому така закономірність спостерігалась як в основній, так і в порівнювальній групах. Отримані дані, імовірно, вказують на складність проведення лікування у таких дітей, що обумовлено віковими особливостями їх організму.

3. При порівняльному аналізі впливу atopічного хейліту після проведеного лікування на якість життя хворих дітей, визначеного за допомогою показника CDLQI, та їхніх родин, оцінюваного за індексом FDLQI, встановили, що останній, незалежно від характеру перебігу захворювання, у переважній більшості випадків був вищим за аналогічні значення CDLQI. Опоередковано це може вказувати на те, що тривожність батьків з приводу atopічного ураження їхньої дитини переважає над хвилюванням самої дитини, спричиненим суб'єктивним сприйняттям нею проявів захворювання. Погіршення якості життя пацієнтів з atopічним хейлітом є менш вираженим, ніж їхніх родин. Це слід враховувати при плануванні лікувальної тактики при даному захворюванні. Зокрема, при наданні психологічної допомоги дітям обов'язково приділяти належну увагу емоційному стану батьків.

**Перспективами подальших досліджень** є вивчення ефективності лікування дітей з atopічним хейлітом на основі визначення змін місцевих факторів ризику виникнення захворювання.

## Література

1. 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.
2. Кулигіна В. М. Оцінка якості життя дітей різного віку, хворих на atopічний хейліт, та їхніх родин / В. М. Кулигіна, М. В. Стремчук // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – № 2 (19). – С. 601-606.
3. Стремчук М. В. Пошук ефективних терапевтичних заходів загальної і місцевої дії при лікуванні дітей, хворих на atopічний хейліт / М. В. Стремчук // Профілактична та дитяча стоматологія. – 2014. – № 2 (11). – С. 25-28.
4. 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.
5. Чернишов П. В. Atopічний дерматит та якість життя хворої дитини та її родини / П. В. Чернишов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. – № 1. – С. 21-23.
6. 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.
7. 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.

8. Ягенський А. В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А. В. Ягенський, І. М. Січкарук // Внутренняя медицина. – 2007. – №3 (3). – С. 8-11.
9. 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.
10. 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.
11. Finlay A. Y. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide / A. Y. Finlay // Br. J. Dermatology. – 1997. – Vol. 136. – P. 305-314.
12. 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.
13. 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.

УДК 616.317 – 002 – 08-053.3:616 – 084

### ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ХЕЙЛІТ, ТА ЇХНІХ РОДИН В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

**Стремчук М. В.**

**Резюме.** Проведено вивчення ефективності лікування 61 дитини з atopічним хейлітом, у т. ч. 19 дітей з ізольованою формою і 42 дитини із симптоматичним хейлітом на фоні atopічного дерматиту за допомогою української версії дерматологічних опитувальників А. Y. Finlay, M. S. Lewis-Jones та M. K. A. Basra для оцінки якості життя дітей та їхніх родин: IDQOL, CDLQI і FDLQI. Комплексне лікування пацієнтів з atopічним хейлітом сприяло суттєвому зменшенню впливу захворювання на повсякденну діяльність основної групи дітей та їхніх батьків. Якість життя за показником індексу IDQOL у дітей з легким перебігом хейліту на фоні atopічного дерматиту покращилась у 3,6 разів, за показником CDLQI – у дітей з ізольованою формою atopічного хейліту різного ступеня в 5,5 / 4,83 / 4,75 разів, з хейлітом на фоні АД – відповідно у 2,67 / 3 / 3,83 рази, за показником FDLQI – відповідно у 3 / 2,89 / 3,8 разів і 3,83 / 2,8 / 3,76 рази.

**Ключові слова:** діти, atopічний хейліт, лікування, психологічне тестування.

УДК 616.317 – 002 – 08-053.3:616 – 084

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ХЕЙЛИТОМ, И ИХ СЕМЕЙ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Стремчук М. В.**

**Резюме.** Проведено изучение эффективности лечения 61 ребенка с atopическим хейлитом, в т. ч. 19 детей с изолированной формой и 42 ребенка с симптоматическим хейлитом на фоне atopического дерматита с помощью украинской версии дерматологических опросников А. Y. Finlay, M. S. Lewis-Jones та M. K. A. Basra для оценки качества жизни детей и их семей: IDQOL, CDLQI і FDLQI. Комплексное лечение пациентов с atopическим хейлитом способствовало существенному уменьшению влияния заболевания на повседневную деятельность основной группы детей и их родителей. Качество жизни по показателю индекса IDQOL у детей с легким течением хейлита на фоне atopического дерматита улучшилась в 3,6 раза, по показателю CDLQI – у детей с изолированной формой atopического хейлита разной степени в 5,5 / 4,83 / 4,75 раз, с хейлитом на фоне АД – соответственно в 2,67 / 3 / 3,83 раза, по показателю FDLQI – соответственно в 3 / 2,89 / 3,8 раза и 3,83 / 2,8 / 3,76 раз.

**Ключевые слова:** дети, atopический хейлит, лечение, психологическое тестирование.

UDC 616.317 – 002 – 08-053.3:616 – 084

### Life Quality Assessment of Children with Atopic Cheilitis and their Families under the Complex Treatment

**Stremchuk M. V.**

**Abstract.** The actual modern problem is assessment of life quality of the children suffering from chronic allergic diseases, including atopic dermatitis (AD) and atopic cheilitis as a distinct disease or symptom of AD. The aesthetic aspects and clinical symptoms of its significantly trouble the children's usual way of life and can cause serious disturbances of emotional and social activity sphere of not only the children, but their family as a whole.

*The aim of the study* was to conduct objective life quality assessment of the children with atopic cheilitis with varying severity, and their families under the complex treatment.

*Materials and methods.* There was conducted the study of the treatment effectiveness of life quality index rating of 61 children with atopic cheilitis (including 19 children with an isolated form, and 42 children with symptomatic cheilitis against the background of atopic dermatitis) with the help of Ukrainian version of dermatological questionnaires by A. Y. Finlay, M. S. Lewis-Jones та M. K. A. Basra for life quality assessment. The survey results were subjected to quantitative analysis using dermatological index of life quality in children under 3 years (The Infant's Dermatitis Quality of Life Index, IDQOL), the index of the life quality of children older 4 years with atopic dermatitis (The Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI) and the index of the influence of dermatitis on family (Family Dermatology Life Quality Index, FDLQI). Index assessment was performed in 12 months after the course of treatment.

*Results of the research and their discussion.* The complex treatment of patients with atopic cheilitis contributed to a significant reduction of the disease impact on daily activities of the main group of children and their parents. Quality

of life in terms of the index IDQOL in children with mild cheilitis on the background of atopic dermatitis improved by 3.6 times, in terms of CDLQI – in children with isolated form of atopic cheilitis varying degrees by 5.5 / 4.83 / 4.75 times, with cheilitis on the background of atopic dermatitis – by 2.67 / 3 / 3.83 times, respectively, in terms FDLQI – by 3 / 2.89 / 3.83 times and 3.8 / 2.8 / 3.76 times, respectively. As distinct from the main group, there were minor and often unreliable changes of the similar indicators in the comparative group, pointing out the low effectiveness of conventional treatment. Measurement of life quality indexes after the course of therapy indicated that atopic cheilitis impact on children under 3 years is more significant compared with patients of older ages. Moreover, this pattern was observed in both the main and in comparable groups. The data is likely to indicate the difficulty of treatment these children, which is determined by age-related characteristics of the organism. A comparative analysis of the atopic cheilitis impact on children's quality of life (index CDLQI) and their families (index FDLQI) after treatment course found that in the most cases FDLQI, regardless of clinical course, was higher than similar meaning of CDLQI. Indirectly, this may indicate that the anxiety of parents about their child's atopic lesions prevails over the children excitement caused by their subjective perception of the disease manifestations. These data should be considered when planning treatment strategy in this disease. Particularly, when provision of psychological assistance to children we must pay sufficient attention to their parents emotional state.

Therefore, the indices results show that there is insignificant impact of atopic cheilitis on life quality in moderate and severe clinical course of disease in both study groups after treatment, but it was significantly lower at children of the main group, than of compare ones.

**Keywords:** children, atopic cheilitis, treatment, psychological testing.

*Рецензент – проф. Каськова Л. Ф.*

*Стаття надійшла 18. 09. 2014 р.*