

- Чурилов Я. П. Механизмы развития стоматологических заболеваний / Я. П. Чурилов, М. А. Дубова, А. И. Каспина // Учебное пособие. СПб.: "ЭЛБИ-СПб". - 2006. - 534 с.
- Ярынич-Бучинская Н.П. Роль микробного фактора в развитии пародонтита / Н. П. Ярынич-Бучинская, И. П. Кайдашев, П. Н. Скрипников [и др.] // Стоматолог. - 2007. - № 2. - С. 4-5.
- Bauermeister C. Микробиологическая диагностика заболеваний тканей пародонта / С. Bauermeister // Новое в стоматологии. - 2003. - № 7. - С. 27-30.
- Miller C. H. Effect of microbial interaction on in vivo plaque formation by streptococcus mutans / C. H. Miller. - J. Dent. Res. - 1974. - Vol. 53, № 2. - P. 427-343.
- Willman D. E. The role of dental plaque in the etiology and progress of periodontal disease / D. E. Willman, N. J. Harris // NJ, Pearson Prentice Hall. - 2003. - P. 73-91.

Барыло А.С., Склярук Н.В., Царык Н.П.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СВЯЗИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Резюме. Исследованы особенности течения хронического пародонтита на фоне хронического тонзиллита. Использовали объективные методы оценки состояния органов ротовой полости и состояния гигиены. Исследованы особенности микрофлоры при данных патологиях. Данное исследование выявило связь между состоянием пародонта, гигиены полости рта, микробного ландшафта у больных хроническим пародонтитом и наличием или отсутствием сопутствующей тонзиллярной патологии. Сопутствующая тонзиллярная патология значительно ухудшает состояние гигиены полости рта и ухудшает состояние пародонта.

Ключевые слова: хронический пародонтит, хронический тонзиллит, гигиена полости рта, пародонт.

Barylo O.S., Skliaruk N.V., Tsaryk N.P.

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL BASE OF THE LINK BETWEEN THE COURSE OF CHRONIC PARODONTITIS AND CHRONIC TONSILLITIS

Summary. The features of the course of chronic parodontitis on a background of chronic tonsillitis were studied. We used objective methods of assessment of the condition of the organs of oral cavity and the condition of the hygiene. The features of the microflora at these pathologies were studied. This study has demonstrated a link between parodontium condition, oral hygiene, microbial biocenosis in the patients with chronic parodontitis and the presence or absence of concomitant tonsillar pathology. Concomitant tonsillar pathology significantly worsens the condition of the oral hygiene and parodontium condition.

Key words: chronic parodontitis, chronic tonsillitis, oral hygiene, parodontium.

Стаття надійшла до редакції 15.05.2014 р.

Барыло Александр Семенович - д.мед.н., доцент кафедры хірургічної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 093 272-02-47

Склярук Назар Володимирович - головний лікар медичного центру сімейної медицини "Вінстом"

Царик Наталія Петрівна - лікар стоматолог

© Березницький О.В.

УДК: 616.72-002-053.2

Березницький О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ (ЗА ДАНИМИ ОПИТУВАЛЬНИКА SNAQ ТА SF-36)

Резюме. Ювенільний ревматоїдний артрит залишається одним із найважчих та інвалідизуючих ревматологічних захворювань дитячого віку. Швидке прогресування, постійні больові відчуття призводять до погіршення самопочуття, а відповідно, і зниження якості життя дітей, хворих на ЮРА. В ході дослідження нами було комплексно обстежено 72 дитини хворих на ЮРА. Отримані результати дозволили комплексно оцінити ступінь порушення функціональної спроможності, соціальної адаптації та якості життя пацієнтів з ЮРА.

Ключові слова: ювенільний ревматоїдний артрит, діти, якість життя.

Вступ

Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) - найбільш поширене та важке ревматологічне захворювання дитячого віку, про повне одужання від якого, на жаль, говорити не приходиться [Дудник, 2013]. Нові принципи терапії пацієнтів, хворих на ЮРА, представлені американською асоціацією ревматологів та європейською лігою проти ревматизму, передбачають необхідність проведення цілеспрямованого випереджуючи агресивного лікування з раннім призначенням базисних хворобомодифікуючих препаратів для досягнення ремісії чи мінімальної

активності захворювання. Втілення таких терапевтичних принципів у лікарську практику дає надію на прогрес у лікуванні дітей, хворих на ЮРА [Денисова, Альбіцкій, 2011]. Окрім зниження активності захворювання та досягнення ремісії, важливою задачею комплексної терапії є покращення якості життя (ЯЖ). Якість життя визначається самопочуттям пацієнта - виразністю та інтенсивністю больового синдрому, функціональною спроможністю, ступенем соціальної адаптації [Омельченко, Дудка, 2011].

Біль - основний клінічний прояв ЮРА, а також пер-

шопричина звернення за спеціалізованою медичною допомогою. Ноцицептивна інервація суглобів здійснюється А- та С-аферентами, чутливість яких значно зростає при запаленні, що і являється першопричиною больових відчуттів. Хронічний міофасціальний біль, що супроводжує до 90% всіх пацієнтів з ЮРА, розглядається науковцями як самостійна нозологічна одиниця, що супроводжується психічними порушеннями, поведінковими реакціями, в тому числі і невинуватим зниженням соціальної активності [Олюнин, 2010]. Останні клінічні дослідження підкреслюють тісний взаємозв'язок сприйняття больових відчуттів з психічним статусом пацієнтів. Так, хронічний больовий синдром, незалежно від інтенсивності, може викликати депресивні розлади, змінює поведінкові реакції, хоча і до сьогодні заперечується окремими науковцями як прояв ЮРА. Проте, на практиці відомо, що біль у пацієнтів з ЮРА носить хронічний та часто важкий характер [Flato, 2013]. Переважна частина пацієнтів з ЮРА, в тому числі і ті, що отримують агресивну базисну терапію, потребують додаткового призначення нестероїдних протизапальних препаратів для купування больових проявів вторинної міопатії [Obergard, 2010]. За результатами відкритого мультицентрового клінічного дослідження, больові відчуття відсутні лише у 10 - 12% пацієнтів з ЮРА, в тому числі і за умови досягнення медикаментозної ремісії. Саме тому великого значення в наукових дослідженнях надають поведінковим реакціям, що виникають на фоні хронічного больового синдрому. В такому аспекті якість життя в більшій мірі визначається обмеженням життєдіяльності, викликаним порушенням рухових, а часто і зорових, функцій, що характерно для ЮРА [Каладзе, Савелко, 2011]. Найважчі порушення функціональної спроможності спостерігаються у пацієнтів з системним варіантом захворювання, а також полі- та олігоартритами в дебюті патологічного процесу. Так, функціональна недостатність III та IV ступеня при поліартриті та системному ЮРА сягає 78%, що спричиняє значний соціально-лімітуючий вплив на пацієнтів. Не менш важким психотравматичним фактором для пацієнтів з ЮРА, особливо дівчаток, є відставання у зрості, порушення жирового обміну [Flato, 2013].

Зазвичай динаміку рівня життя пацієнтів оцінюють батьки та лікарі, однак, за даними численних клінічних досліджень їх суб'єктивна думка співпадає лише на 37%. Так, батьки зазвичай надають більшого значення виразності больового синдрому та ступеню функціональних порушень. Для оцінки функціональної спроможності пацієнтів широко використовують адаптований варіант опитувальника CHAQ і CHQ, що враховують думку батьків щодо стану здоров'я пацієнтів, їх фізичних можливостей, інтенсивності болю, емоційного статусу. Проте, не менш важливою є оцінка самих дітей своєї ЯЖ, фізичних та соціальних можливостей [Омельченко, 2011; Людкевич и др., 2011]. Одним із методів такої оцінки є анкетування з використанням опитувальника SF-36, що

дозволяє оцінити як фізичний, так і психічний статус. Анкета валідна для підлітків старше 12 років з хронічною прогресуючою патологією, однак маловивчена в дитячій ревматологічній практиці [Obergard, 2010].

Саме тому *метою* нашого дослідження була оцінка якості життя та функціональної спроможності у дітей, хворих на ЮРА.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилось 72 дітей з ЮРА, що перебували на диспансерному обліку та лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Серед обстежених дітей було 47 (65,27±4,78%) дівчаток та 25 (34,72±4,78%) хлопчиків, тривалість захворювання становила 24,9 (11; 43,7) місяці. Серед дітей переважала суглобова форма ЮРА (90,28±3,04%), системний варіант спостерігався у - 7 (9,72±2,95%) дітей.

У ході дослідження пацієнтів обстежували з використанням клінічних методів за такими параметрами: оцінка скарг дитини та об'єктивне обстеження, визначення активності запального процесу та ступеня дегенеративно-деструктивних змін на момент дослідження. Оцінка загального стану пацієнта проводилась із використанням візуальних аналогових шкал. Ступінь порушення функцій самозабезпечення встановлювався за допомогою опитувальника HAQ (Health Assessment Questionnaire), адаптованого для дітей, відповідно до рекомендацій американської асоціації ревматологів (APA). Анкетування за опитувальником CHAQ проходили за допомогою батьків. Анкета SF-36, яку пацієнти заповнювали самостійно, використовувалась у дітей старше 12 років, тому кількість опитаних дітей, хворих на ЮРА склала - 45 (медіана віку - 13,8 (12,1;16,7) років). Групу контролю склали 30 практично здорових дітей. Основна група та контрольна практично здорових дітей були репрезентативними за показниками віку та статі. В ході дослідження порівнювали результати дітей основної групи та практично здорових дітей контролю, а також показники пацієнтів з різною формою ЮРА.

Дані досліджень проаналізовано згідно з рекомендаціями щодо статистичної обробки результатів медико-біологічних досліджень та з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0. Для кожної групи показників визначали медіану (Me), 25 та 75 квартилі (Q25; Q75). Достовірність різниці між середніми значеннями оцінювали за таблицею критеріїв Стьюдента для непараметричних показників. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Серед обстежених дітей, хворих на ЮРА була проведена альгометрія з використанням візуальних аналогових шкал, що оцінювали 3 основні параметри: рівень болю, загального самопочуття за версією дитини та лікаря за 10-бальною шкалою. Показники дітей основної групи виявились достовірно вищими за такі у практично здорових дітей групи контролю. Так, індекс болю серед

Таблиця 1. Результати анкетування за опитувальником SF-36 у обстежених дітей.

Показники анкети	Основна група дітей з ЮРА, (n = 45)	Контрольна група практично здорових дітей, (n = 30)
Фізичні функції	6,2 (4,3; 7,1)*	9,4 (8,2; 9,8)
Фізична активність	4,8 (3,6; 6,1)*	6,9 (6,1; 8,4)
Соматичний біль	5,4 (2,9; 6,7)*	8,6 (7,9; 9,6)
Загальний стан здоров'я	5,1 (4,7; 7,3)*	8,7 (7,3; 9,4)
Спроможність до самозабезпечення	5,8 (1,8; 7,1)*	8,6 (7,9; 9,7)
Соціально-комунікативні функції	6,7 (5,9; 8,3)*	9,0 (8,4; 9,5)
Психоемоційна активність	7,4 (6,9; 8,3)	8,6 (6,4; 9,1)
Розумова активність	7,6 (6,8; 8,9)	8,0 (7,5; 9,6)

Примітка: * - $p < 0,05$.

дітей, хворих на ЮРА становив 7,4 (5,1; 9,6) бали, та у 8 разів перевищував показник дітей групи контролю (0,9 (0,4; 1,3) бали). Серед дівчаток, хворих на ЮРА, суб'єктивне сприйняття болю виявилось вищим 7,2 (5,8; 8,3) бали, ніж у хлопчиків 6,1 (4,8; 7,4) бали ($p < 0,05$). Вищими виявились показники сприйняття болю у дітей з системним варіантом ЮРА - 8,3 (7,9; 9,1) бали у порівнянні з результатами пацієнтів з суглобовою формою враження - 6,9 (5,0; 7,9) балів ($p < 0,05$). В залежності від кількості уражених суглобів спостерігалась тенденція до зростання показника больового індексу у дітей з поліартритом (7,8 (7,1; 8,7) балів) та олігоартритом (7,0 (6,0; 8,1) бали), та встановлена достовірна різниця з даними дітей, в яких відмічався моноартрит (5,9 (4,8; 6,9) бали). Подібна тенденція спостерігалась і за показниками оцінки загального самопочуття за версією лікаря та пацієнта: вищі результати визначались серед дівчаток та пацієнтів з системним варіантом захворювання. Достовірна різниця була встановлена між показниками оцінки загального самопочуття за суб'єктивною версією пацієнта - 6,8 (4,9; 7,3) бали та об'єктивною оцінкою лікаря 5,1 (3,9; 7,4) балів. Прямий кореляційний зв'язок середньої сили був встановлений між показником больового індексу та кількістю уражених суглобів ($r_{xy} = +0,53$, $p < 0,05$) у дітей, хворих на ЮРА.

В процесі дослідження діти з допомогою батьків оцінювали функціональну спроможність шляхом використання стандартизованого опитувальника CHAQ. Так, у дітей, хворих на ЮРА бал опитувальника CHAQ склав $1,14 \pm 0,35$, що відповідає помірному зниженню функціональної спроможності пацієнтів та відзначає необхідність у сторонній допомозі для виконання навіть мінімальних фізичних навантажень. Аналізуючи окремі розділи опитувальника ми виявили, що найбільше діти потребують сторонньої допомоги для виконання гігієнічних процедур ($46,62 \pm 4,12$ %), прийому їжі ($33,64 \pm 3,91$ %), а також прогулянок ($30,16 \pm 3,82$ %), що значно впливає на їх психоемоційний стан та знижує

можливість соціальної адаптації, інтеграції до кола однокласників. Детальний аналіз опитувальника виявив, що для дітей раннього та дошкільного віку найбільші труднощі захворювання викликає у задоволенні повсякденної активності, а саме проведенні рухових ігор та прогулянок ($65,22 \pm 10,31$ %). Натомість у дітей в період пубертату та препубертату найважчим є обмеження побутових можливостей, здатностей до проведення гігієнічних процедур ($72,37 \pm 4,13$ %), що цілком відповідає віковим інтересам дітей. Слід зазначити, що серед хлопчиків результат опитувальника виявився нижчим у порівнянні з таким у дівчаток на $12,52 \pm 2,74$ %.

Результати анкетування за опитувальником SF-36, проведеного серед пацієнтів з ЮРА старше 12 років, приведені у таблиці 1.

Так, у дітей, хворих на ЮРА, всі показники, що характеризують фізичну спроможність та активність, соматичний біль, оцінку загального стану здоров'я та спроможності до самозабезпечення виявились достовірно нижчими за показники групи контролю практично здорових дітей. У дівчаток, в порівнянні з хлопчиками, гіршими були всі показники, крім соматичного болю, психоемоційного та розумового стану, які достовірно не відрізнялись. Слід зауважити, що у дітей групи контролю, показники дівчаток були дещо нижчими за такі у хлопчиків, по всім параметрам дослідження. Середній показник анкети у дітей, хворих на ЮРА, виявився на 36% нижчий за показник практично здорових дітей групи контролю.

Щодо детального порівняльного аналізу кожного показника анкети в залежності від особливостей перебігу ЮРА, то слід зазначити, що показники фізичної спроможності на 34 % були нижчими з показниками групи контролю практично здорових дітей. Разом з тим, найнижчі показники (4,6 (4,1; 5,2) бали) були виявлені у дітей з поліартритом та достовірно відрізнялись від таких у пацієнтів з оліго- (5,9 (5,0; 6,8) балів) та моноартритом (6,8 (6,1; 7,3) балів). Роль фізичної активності на 30 % була нижчою у пацієнтів, хворих на ЮРА, однак показник залишався приблизно однаковим у всіх дітей, незалежно від клінічної форми захворювання.

Актуальним є аналіз показника соматичного здоров'я, оскільки він опосередковано дублював результати проведеної альгометрії. Так, у 1,6 рази сприйняття больових відчуттів було вищим у дітей, хворих на ЮРА, в порівнянні з показниками практично здорових дітей. Найгірші значення спостерігались у дітей з поліартритом (3,4 (2,7; 4,0) бали) та олігоартритом (4,1 (3,7; 5,7) бали), що достовірно перевищували такі у пацієнтів з моноартритом (5,9 (5,0; 6,9) балів), що підтверджує дані альгометрії та кореляційного дослідження.

Показник загального стану здоров'я та спроможності до самозабезпечення на 42 % та 33 % відповідно був нижчим у дітей, хворих на ЮРА у порівнянні зі значеннями практично здорових дітей. Достовірної різниці між показниками в залежності від клінічної форми ЮРА встановлено не було. На 26 % у пацієнтів з ЮРА був

знижений показник соціально-комунікативної функції. Більше детальне пояснення відображено у результатах опитувальника CHAQ, оскільки саме він дає можливість конкретизувати за рахунок саме яких показників. Найбільше значення (5,5 (4,9; 6,2) бали) спостерігалось у пацієнтів з поліартритом.

Достовірної різниці між показниками психічної стабільності, що включають роль емоційної та розумової активності, у пацієнтів з ЮРА та дітьми групи контролю виявлено не було. Такі результати підтверджують значний вплив захворювання на соматичний статус з обмеженням функціональної здатності, а відповідно і можливості соціальної адаптації дітей, хворих на ЮРА.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Індекс болю за даними альгометрії у дітей, хворих на ЮРА, у 8 разів перевищує значення практично здорових дітей, частіше серед пацієнтів з системним вар-

іантом захворювання (на 18 %) та знаходиться у прямій залежності від кількості вражених суглобів ($r_{xy} = +0,53$, $p < 0,05$).

2. У дітей з ЮРА індекс опитувальника CHAQ $1,14 \pm 0,35$ вказує на помірне зниження функціональної спроможності пацієнтів та відзначає необхідність у сторонній допомозі для виконання фізичних навантажень.

3. За результатами анкетування SF-36 для дітей, хворих на ЮРА, характерним є зниження фізичної спроможності (на 34 %), активності (на 30 %), загального стану здоров'я (на 42 %), а, відповідно, і послабленням соціальної адаптації (на 26 %), найбільш виражено у випадку системного варіанту ЮРА та суглобової форми по типу поліартриту.

Саме тому вкрай актуальними залишаються подальші дослідження якості життя, соціальної адаптації та інтеграції дітей, хворих на ЮРА, оскільки дають змогу оцінити поточний статус пацієнтів, а також оцінити динамічні зміни показників в процесі медикаментозної корекції.

Список літератури

- Денисова Р.В. Психометрические характеристики русских версий опросников PedsQL Rheumatology Module и PedsQL Generic Core Scale для оценки качества жизни детей в возрасте 2-4 лет, страдающих ювенильным ревматоидным артритом / Р.В. Денисова, В.Ю. Альбицкий, Е.И. // Вопросы современной педиатрии. - 2011. - № 5. - С. 39 - 45.
- Дудник В.М. Оцінка функціональної недостатності у дітей, хворих на ювенільний ревматоїдний артрит / В.М. Дудник, Ю.В. Вишга // Современная педиатрия. - 2013. - № 6 (54). - С. 138 - 142.
- Каладзе Н.Н. Физическое развитие больных ювенильным ревматоидным артритом / Н.Н. Каладзе, Н.В. Савелко // Таврический медико-биологический вестник. - 2011. - № 2 (50). - С. 48 - 51.
- Людкевич О.М. Изучение качества жизни ребенка в практике педиатра-ревматолога / О.М. Людкевич, И.В. Бабикова, В.И. Макарова // Экология человека. - 2011. - № 4. - С. 23 - 28.
- Олюнин Ю.А. Боль при ревматоидном артрите. Особенности развития / Ю.А. Олюнин // Современная ревмат. - 2010. - № 2. - С. 74 - 80.
- Омельченко Л.І. Прогнозування перебігу та ускладнень ювенільного ревматоїдного артриту у дітей / Л.І. Омельченко, І.В. Дудка // Український ревматологічний журнал. - 2011. - № 2. - С. 66 - 69.
- Blumer D. Chronic pain as a variant of depressive disease / D. Blumer, M. Heibronen // J Nerv Ment Dis. - 2012. - № 170. - P. 381-406.
- Flato B.G. Prognostic factors in Juvenile rheumatoid arthritis: a case-control study revealing early predictors and outcome after 14>9 years / B.G. Flato // J Rheumatol. - 2013. - Vol. 30. - P. 386-393.
- Obergard S.P. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis / S.P. Obergard // Ann of Rheum Des. - 2010. - Vol.66. - P. 1195-1212.

Березницький А.В.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСНИКА CHAQ И SF-36)

Резюме. Ювенильный ревматоидный артрит остается одним из наиболее тяжелых и высокоинвалидизирующих ревматологических заболеваний детского возраста. Быстрое прогрессирование, постоянные болезненные ощущения приводят к ухудшению самочувствия, а соответственно, и снижению качества жизни детей с ЮРА. В процессе исследования нами было комплексно обследовано 72 ребенка с ЮРА. Проведенные исследования позволили комплексно оценить степень нарушения функциональных возможностей, социальной адаптации и качества жизни пациентов с ЮРА.

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, дети, качество жизни.

Bereznytskyi O.V.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS (ACCORDING TO CHAQ AND SF-36 QUESTIONNAIRES)

Summary. Juvenile rheumatoid arthritis is one of the most severe and high invalid rheumatic diseases of the childhood. Quick progressive currency, chronic pain lead to broken of the mood and decreasing of the quality of life in patients with JRA. At the study we examined 72 children with JRA. Results of the study allowed us to estimate degree of the functional disability, functional adaptation and quality of life in patients with JRA.

Key words: juvenile rheumatoid arthritis, children, quality of life.

Стаття надійшла до редакції 27.03.2014 р.

Березницький О.В. - асистент кафедри педіатрії № 2 ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 097 630-35-79