

- В. А. Батурин, К. С. Гандылян // Институт стоматологии. – 2013. – № 2(59). – С. 59–61.
9. Granström, G. How to Cite Author Information Publication History / G. Granström // Craniofacial osseointegration: Oral. Diseases. – 2007. – Vol. 13, № 3. – P. 261–269.
10. Karpov, S. M. Evoked potential in diagnostic of craniocerebral trauma in children /

#### References

1. Afanasyev V. V. Travmatologiya chelyustno-licevoi oblasti. M.:Izd.gruppa «GEOTAR-Media»; 2010. 256 p.
2. Vlasov A. M. Diagnostika I lechenie sochetannoi cherepno-mozgovoivoi chelyustno-litsevoivoi travmi. – Avtoref. dis. k.m.n. Moskva; 2005. 27 p.
3. Gerasimova M. M., Karpov S. M. *Neurologicheskii vestnik*. – *Neurological bulletin*. 2004;36(1-2):12-15.
4. Gnezditskii V. V. Vizvannie potentsiali mozga v klinicheskoi praktike. Taganrog: TRTU; 1997. 252 p.
5. Zakrjevskaya I. D., Tangaev V. E., Zakrjevskii D. V. Klinika i lechenie kraniolitsevikh travm. Materiali III Syezda neirokhirurgov Rossii. SPb.; 2002. P. 25.

- S. M. Karpov, M. M. Gerasimova // *European Journal of Neurology*. – 2006. – № 13. – P. 13–15.
11. Karpov, S. Combined craniofacial trauma and neuropsychiatric symptoms / S. Karpov, K. Gandylyan, E. Eliseeva [et al.] // *European science review*. – 2015. – № 3-4. – P. 25–28.
6. Karpov S. M., Baturin V. A., Khristoforando D. Yu., Sharipov E. M., Abidokova F. A. *Klinicheskaya nevrologiya*. – *Clinical neurology*. 2011;1:3.
  7. Karpov S. M., Khristoforando D. Yu. *Rossiiskii stomatologicheskii jurnal*. – *Russian dental journal*. 2011;6:23-24.
  8. Khristoforando D. Yu., Karpov S. M., Baturin V. A., Gandylyan K. S. *Institut stomatologii*. – *Institute of dentistry*. 2013;2(59):59-61.
  9. Granstr m G. *Oral. Diseases*. 2007;13(3):261-269.
  10. Karpov S. M., Gerasimova M. M. *European Journal of Neurology*. 2006;13:13-15.
  11. Karpov S., Gandylyan K., Eliseeva E., Vishlova I., Dolgova I., Shevchenko P., Golovkova O., Ivensky V. *European science review*. 2015;3-4:25-28.

#### Сведения об авторах:

Карпов Сергей Михайлович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики; тел.:89054101523; e-mail: karpov25@rambler.ru

Гандылян Кристина Семеновна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; тел.: 89624546718; e-mail: gandylyanks@mail.ru

Караков Карен Григорьевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии; тел.: 89624466000; e-mail: terstomsgma@yandex.ru

Зеленский Владимир Александрович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и детской стоматологии; тел.: 89624460793; e-mail: zelenskiiva@yandex.ru

Порфириадис Михаил Павлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии; тел.: 89624063358; e-mail: porfiriadismp@mail.ru

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.98-053.2/.5:316.34

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10089>

ISSN – 2073-8137

## ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

М. В. Голубева<sup>1</sup>, Л. Ю. Барычева<sup>1</sup>, И. В. Винярская<sup>2</sup>, О. В. Пономарь<sup>1</sup>, Н. А. Кастарнова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

<sup>2</sup> Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук, Москва, Россия

## QUALITY OF LIFE CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH HIV

Golubeva M. V.<sup>1</sup>, Barycheva L. Yu.<sup>1</sup>, Vinyarskaya I. V.<sup>2</sup>, Ponomar' O. V.<sup>1</sup>, Kastarnova N. A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Stavropol State Medical University, Russia

<sup>2</sup> Scientific Center of Children's Health of Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

В работе представлен анализ качества жизни детей и подростков с ВИЧ-инфекцией. У детей с врожденной формой качество жизни ухудшается по мере увеличения стажа болезни и прогрессирования заболевания. Качество жизни подростков с приобретенной формой является низким

уже на этапе диагностики и не соответствует достаточно сохранным клинико-иммунологическим показателям. С учетом влияния качества жизни на адаптацию пациентов и обеспечение их приверженности к лечению необходимо в стандарты оказания медицинской помощи по ВИЧ-инфекции включить опросники QUALIN и PedsQLtm4.0.

*Ключевые слова:* ВИЧ-инфекция, дети, качество жизни, функционирование, психосоциальное здоровье

The paper presents the analysis of the life quality in children and adolescents with HIV infection. In the cases of congenital form of HIV infection quality of life deteriorates during the course of the disease and its' progression. The quality of life of adolescents with acquired form is low at the stage of diagnostics and does not correspond to intact clinical and immunological parameters. Given the impact on the quality of life on patients' adaptation adherence to treatment, surveys QUALIN and PedsQLtm4.0 must be included in the standards of care for HIV infection.

*Key words:* HIV infection, children, quality of life, functioning, psychosocial health

**С**тремительное распространение ВИЧ-инфекции привело к росту заболеваемости в детском и подростковом возрасте. Внедрение антиретровирусной терапии позволило существенно увеличить продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных детей [2]. Вместе с тем обозначились новые проблемы, связанные с их качеством жизни [4]. ВИЧ-инфекция является длительным стрессовым фактором в жизни больного, определяя специфику его адаптации и летальных исходов [3]. Заболевание, возникшее в детском возрасте, приводит к существенным ограничениям растущего организма ввиду быстрых темпов прогрессирования заболевания [2, 4]. Инструментом для выявления нарушений качества жизни (КЖ) служат опросники, позволяющие определить особенности функционирования человека, основанные на его субъективном восприятии [1, 5].

Цель исследования: оценка качества жизни детей с ВИЧ-инфекцией.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 72 ребенка с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 0 до 18 лет. Исследование проводилось на базе территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИД в регионе Юга России в период 2013–2014 гг. Опросником QUALIN были обследованы 20 детей, опросником PedsQL – 52 ребенка. В контрольную группу вошли 75 здоровых детей от 0 до 18 лет, по 15 человек в каждой возрастной группе.

Для оценки КЖ детей раннего возраста использовалась русскоязычная версия общего опросника QUALIN (Qualite de vie du Nourisson), включающая аспекты: «Поведение и общение» (13 вопросов), «Способность оставаться одному» (5), «Семейное окружение» (4), «Нервно-психическое развитие и физическое здоровье» (12), суммарную шкалу (общий балл). Подсчет производился по 5-балльной системе: чем выше балл, тем лучше КЖ.

Для изучения КЖ детей 5–18 лет была использована русскоязычная версия общего опросника

PedsQLtm4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory). Инструмент включал 23 (21) вопроса, объединенных в шкалы: «Физическое функционирование» (8 вопросов), «Эмоциональное функционирование» (5), «Социальное функционирование» (5), «Роль в функционировании – жизнь в школе/детском саду» (3/5), а также суммарную шкалу (общий балл) и психосоциальное здоровье (суммарная шкала эмоционального, социального и ролевого функционирования). Опросник был разделен на блоки по возрастам для детей и родителей. Общее количество баллов рассчитывалось по 100-балльной шкале: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка. Для проведения исследования КЖ использовалась компьютерная программа «База Данных PedsQL». Анализ данных включал стандартные методы описательной и аналитической статистики. Количественные признаки включали среднее  $\pm$  среднеквадратическое отклонение ( $M \pm \delta$ ). При оценке различий качественных признаков использовался критерий  $\chi^2$ . Для сравнения средних значений выборок использовался критерий Манна – Уитни.

**Результаты и обсуждение.** Врожденная форма ВИЧ-инфекции регистрировалась у 64 (88,9 %) детей, приобретенная – у 8 (11,1 %) подростков. При распределении по возрасту 11,1 % составили дети 0–12 мес., 16,7 % – 1–3 лет, 43,1 % – 5–7 лет, 18,1 % – 8–12 лет, 11,1 % – 13–18 лет. Мальчиков было 51,4 %, девочек – 48,6 %. От ВИЧ-инфицированных матерей родились 80,6 % детей, заразились при грудном вскармливании 8,3 % детей, в результате гетеросексуальных контактов – 6,9 % подростков, через инъекции наркотиков – 2,8 %, в единичном случае путь передачи установлен не был. У детей с врожденной формой ВИЧ-статус был подтвержден в  $0,3 \pm 0,2$  года, у подростков с приобретенной формой – в возрасте  $16,0 \pm 0,3$  лет. ВИЧ-ассоциированные симптомы регистрировались у 85,9 % детей с врожденной формой и были представлены генерализованной лимфаденопатией (34,4 %), гепато- и спленомегалией (39,1 %), отставанием в психомоторном (14,1 %) и физическом развитии (4,7 %), частыми ОРВИ (70,3 %). Оппортунистические инфекции

выявлялись у 71,9 % детей в виде инфекции кожи и слизистых (51,6 %), бактериальных инфекций ЛОР-органов (43,8 %), рецидивирующих инфекций желудочно-кишечного тракта (15,6 %). В 4,7 % случаев сформировалась ВИЧ-энцефалопатия и кахексия. Сопутствующую патологию составили хронические гепатиты С (10,9 %) и В (4,7 %). У подростков с приобретенной формой ВИЧ-ассоциированные симптомы и оппортунистические инфекции выявлялись в 2 из 8 случаев, сопутствующая патология (хронические гепатиты, лейкоз) – в 3 случаях из 8. Вариант быстро прогрессирующего течения реализовался у 34,4 % детей с врожденной формой и в единичном случае – у детей с приобретенной формой.

Дети с ВИЧ-инфекцией в 0–12 мес. не имеют существенных различий по параметрам КЖ по сравнению с их здоровыми сверстниками. Неблагоприятно оценивается лишь социальный статус семьи по параметру «Семейное окружение» при анализе педиатрами (3,9±0,6 баллов у детей с ВИЧ-инфекцией, 4,5±0,5 – у здоровых детей,  $p<0,05$ ) и родителями (3,6±0,3 у детей с ВИЧ-инфекцией, 4,4±0,3 – у здоровых детей,  $p<0,05$ ), что, вероятно, связано со спецификой заболевания (табл. 1).

Таблица 1  
Параметры качества жизни детей 0–1 лет с ВИЧ-инфекцией (M±δ)

Параметры КЖ	Педиатры детей с ВИЧ 0–1 лет n=8	Родители детей с ВИЧ 0–1 лет n=8	Педиатры здоровых детей 0–1 лет n=15	Родители здоровых детей 0–1 лет n=15
Поведение и общение	3,9±0,5	4,0±0,4	4,4±0,5	4,3±0,4
Способность оставаться одному	2,8±0,4	2,7±0,2	3,1±0,3	2,9±0,2
Семейное окружение	3,9±0,6*	3,6±0,3**	4,5±0,5	4,4±0,3
НПР и ФЗ	3,5±0,5	3,4±0,4	3,8±0,5	3,9±0,4
Общий балл	3,6±0,5	3,6±0,3	4,0±0,4	3,9±0,3

\* – различия в оценке КЖ педиатров детей с ВИЧ-инфекцией и здоровых детей,  $p<0,05$ ; \*\* – различия в оценке КЖ родителей детей с ВИЧ-инфекцией и родителей здоровых детей,  $p<0,05$  (критерий Манна – Уитни). НПР – нервно-психическое развитие, ФЗ – физическое здоровье.

Уже к возрасту 1–3 лет инфицированные дети имели более низкие показатели КЖ по сравнению со здоровыми детьми, что связано с темпами прогрессирования заболевания в раннем возрасте. Отличия получены не только по параметру «Семейное окружение», отражающему социальную среду, но и по параметру «Поведение и общение», характеризующему состояние здоровья ребенка. Показатель «Поведение и общение» у детей с ВИЧ-инфекцией, по оценке педиатров (3,3±0,6) и родителей (3,6±0,5), ниже, чем у здоровых детей (4,3±0,5;  $p<0,05$ ).

В группе детей 5–7 лет низким оказалось «Ролевое функционирование» (66,7±19,8) при сравнении с группой здоровых сверстников (77,1±9,7;  $p<0,05$ ), связанное с жизнью ребенка в коллективе и ответственное за физическую составляющую здоровья (табл. 2).

Таблица 2  
Параметры качества жизни детей 5–7 лет с ВИЧ-инфекцией (M±δ)

Параметры КЖ	Дети с ВИЧ 5–7 лет n=12	Родители детей с ВИЧ 5–7 лет n=31	Здоровые дети 5–7 лет n=15
Физическое функционирование	74,1±18,4	69,0±18,2	81,4±11,0
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	74,2±21,9	63,7±14,6	81,1±14,6
Социальное функционирование (СФ)	85,8±13,8	74,2±18,1**	86,0±11,2
Ролевое функционирование (РФ)	66,7±19,8*	61,9±12,2	77,1±9,7
ПСЗ (ЭФ, СФ, РФ)	77,9±17,7	67,8±13,0	81,8±11,5
Общий балл	76,3±16,2	68,3±13,3	80,9±9,4

\* – различия в оценке КЖ детей с ВИЧ-инфекцией и здоровых детей,  $p<0,05$ ; \*\* – различия в оценке КЖ детей с ВИЧ-инфекцией по ответам детей и их родителей,  $p<0,05$  (критерий Манна – Уитни). ПСЗ – психо-социальное здоровье.

Родители детей 5–7 лет оценивают КЖ хуже, чем их дети. Прослежена тенденция к более низким показателям физического, эмоционального и ролевого функционирования при сравнении ответов родителей и детей с ВИЧ-инфекцией. Достоверно низким оказалось социальное функционирование ( $p<0,05$ ).

В группе детей 8–12 лет имеются аналогичные тенденции. Дети, по-прежнему, оценивают свое КЖ хорошо, однако отмечают снижение физических возможностей, что объясняется стадией заболевания и переходом процесса в более продвинутую стадию. Физическое функционирование у ВИЧ-инфицированных детей ниже (71,5±11,2 балла), чем у здоровых сверстников (83,8±12,0;  $p<0,05$ ). Практически не страдает психосоциальное здоровье и его составляющие, что является благоприятным признаком, указывающим на хорошую социальную адаптацию детей 8–12 лет.

Следует отметить, что большинство детей этого возраста не знают своего ВИЧ-статуса. У родителей детей 8–12 лет усиливаются депрессивные и тревожные проявления. В отличие от детей, которые эмоционально не страдают (74,2±18,8 баллов), эмоциональное функционирование по ответам родителей составляет лишь 58,1±11,9 ( $p<0,05$ ).

Анализ КЖ детей 13–18 лет выявил противоположные тенденции. Низкое КЖ подростков

получено по всем показателям. В данной возрастной группе страдают социальное функционирование ( $71,9 \pm 19,9$  у детей с ВИЧ-инфекцией,  $88,7 \pm 13,9$  – у здоровых детей), эмоциональное функционирование ( $63,8 \pm 11,6$  и  $74,2 \pm 17,6$ ) и психосоциальное здоровье ( $65,8 \pm 13,9$  и  $77,9 \pm 12,2$ ) (табл. 3).

Таблица 3  
Параметры качества жизни детей 13–18 лет с ВИЧ-инфекцией (M±δ)

Параметры КЖ	Дети с ВИЧ 13–18 лет n=8	Родители детей с ВИЧ 13–18 лет n=8	Здоровые дети 13–18 лет n=15
Физическое функционирование	$63,9 \pm 11,2^*$	$62,6 \pm 19,8$	$84,0 \pm 11,5$
Эмоциональное функционирование (ЭФ)	$63,8 \pm 11,6^*$	$72,5 \pm 21,0$	$74,2 \pm 17,6$
Социальное функционирование (СФ)	$71,9 \pm 19,9^*$	$81,3 \pm 16,6$	$88,7 \pm 13,9$
Рольное функционирование (РФ)	$61,9 \pm 18,3^*$	$60,0 \pm 10,3$	$71,9 \pm 12,0$
ПСЗ (ЭФ, СФ, РФ)	$65,8 \pm 13,9^*$	$71,3 \pm 8,4$	$77,9 \pm 12,2$
Общий балл	$65,3 \pm 9,9^*$	$68,5 \pm 11,3$	$79,0 \pm 10,7$

\* – различия в оценке КЖ детей с ВИЧ-инфекцией и здоровых детей,  $p < 0,05$ . См. табл. 2.

### Литература

1. Винярская, И. В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Винярская И. В. – М., 2008. – 44 с.
2. Диагностика ВИЧ-инфекции и применение антиретровирусных препаратов у детей / Л. Ю. Афонина, Е. Е. Воронин, В. В. Покровский [и др.] // Клинические рекомендации (протокол лечения). – 2015. – 64 с.
3. Куницкая, С. В. Качество жизни ВИЧ-положительных пациентов / С. В. Куницкая // Инновации в науке : материалы XI Международной заочной научно-практической конференции. – М., 2012. – С. 104–110.
4. Особенности качества жизни у детей специализированного отделения детской больницы, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, с учетом клинической и медико-социальной характеристики обследуемых / М. Е. Рассказова, Н. Г. Садова, А. И. Симакова, Т. Н. Кузьмина // Научный потенциал. – 2012. – № 2 (7). – С. 17–22.
5. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances / U. Ravens-Sieberer, M. Herdman, J. Devine [et al.] // Qual Life Res. – 2014. – Vol. 23. – P. 791–803.

### References

1. Vinyarskaya I. V. The quality of life of children as a criterion for assessing the health and effectiveness of medical technologies: Author. Dis. MD. 2008. 44 p.
2. Afonina L. Y., Voronin E. E., Basil V. V. Diagnosis of HIV infection and the use of antiretroviral drugs in children. Clinical guidelines (treatment protocol); 2015. 64 p.
3. Kunitsky S. V. The quality of life of HIV-positive patients. Innovatsii v nauke: materialy XI mezhdunarodnoy zaочноy nauchno-prakticheskoy konferentsii; 2012. P. 104–110.
4. Rasskazova M. E., Sadova N. G., Simakov A. I., Kuzmin T. N. Nauchnyy potentsial. – Scientific potential. 2012;2(7):17–22.
5. Ravens-Sieberer U., Herdman M., Devine J. Qual. Life Res. 2014;23:791–803.

**Сведения об авторах:**

Голубева Марина Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней; тел.: 89187468795; e-mail: mmmvg@rambler.ru

Барычева Людмила Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой иммунологии; тел.: 89187405484; e-mail: for\_ludmila@inbox.ru

Винярская Ирина Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая лабораторией проблем медицинского обеспечения и качества жизни детского населения; тел.: 89169085176, e-mail: vinjarskaya@nczd.ru

Пономарь Ольга Вилорьевна, врач-педиатр; тел.: 89884019083; e-mail: olga\_ponomar83@mail.ru

Кастарнова Наталья Александровна, врач-педиатр; тел.: 89283063675; e-mail: kastarnovanata86@gmail.com

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.36-002.12-053.36-085

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10090>

ISSN – 2073-8137

## ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ КОНЪЮГАЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

О. В. Первишко<sup>1</sup>, В. А. Шашель<sup>1</sup>, В. Н. Муравьева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

<sup>2</sup> Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

## STAGE-BY-STAGE TREATMENT AND OUTCOMES OF CONJUGATED JAUNDICE IN INFANTS

Pervishko O. V.<sup>1</sup>, Shashel V. A.<sup>1</sup>, Muravyeva V. N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

<sup>2</sup> Stavropol State Medical University, Russia

Описана этапность терапии конъюгационных гипербилирубинемий у детей старше одного месяца, включающая назначение урсодезоксихолевой кислоты (суспензия урсофальк) в вечернее время в дозе 20–30 мг/кг в сутки в 1 прием и увеличение объема потребляемой жидкости до 10 мл/кг массы тела у недоношенных детей и до 20 мл/кг массы тела у доношенных детей. При динамическом наблюдении и выявлении возможных герпетических инфекций (ЦМВИ, ВЭБ, ВПГ-1,2 типа) у данного контингента детей требовалось назначение интерферона альфа-2b в суппозиториях генферон-лайт 125000 мг по схеме. Установлено, что длительное течение конъюгационных желтух связано в 35 % случаев с течением ЦМВИ, в 47 % – с сочетанием ЦМВИ и ВЭБ и в 18 % – с ЦМВИ и ВПГ 1,2 типа. Наиболее длительное течение с признаками цитолиза, гепатомегалией наблюдалось в группе пациентов с микст ЦМВИ и ВЭБ инфекцией.

*Ключевые слова: дети, гипербилирубинемия, герпетические инфекции, исходы*

The aim of the study was to describe stages of treatment of hyperbilirubinemia in infants, including prescription of ursodeoxycholic acid (Ursofalk suspension) according to the scheme: 20–30 mg/kg per day plus the increase of the fluid intake up to 10 ml/kg for premature infant and 20 ml/kg for full-term infant. Detection of possible herpetic infections (CMV, Epstein-Barr virus, HSV type 1 and 2) during follow-up demand prescription of Interferon alfa-2b in rectal suppository and Genferon Lite 125000 mg according to the scheme. It was found that long-term course of the conjugation jaundice is due to CMV infection in 35 % of cases, due to a combination of CMV and EBV – in 47 % and in 18 % of cases – due to CMV and HSV type 1 and 2. The longest course with signs of cytolysis and hepatomegaly was observed in patients with mixed CMV and EBV infection.

*Key words: children, hyperbilirubinemia, herpetic infections, outcomes*

**Ж**елтуха детей раннего возраста в большинстве случаев носит физиологический характер, являясь «пограничным состоянием», и не требует лечения [1]. Тем

не менее необходимо помнить, что гипербилирубинемия может быть обусловлена разными механизмами, в том числе связана с холестаазом на фоне анатомических особен-