

- Barcelona, Hon Kong, London, Milan, Paris, Tokyo, 2002. – P. 30
28. Hüb O. Prothese complete / O. Hüb, M. Berteretche. – Paris, 2003. – P. 296.
29. Long H.L. // Gerontology / H.L. Long, W.A. Miller. – 1994. – Vol. 11, № 2. – P. 115-123.
30. McCord J.F. Identification of complete denture problems / J.F. McCord, A.A. Grant // Br. Dent. J. – 2000. – № 189. – P. 128-134.
31. Puneet Anand. Geriatric Considerations in prosthetic Dentistry: Dental Prosthetics for the Elderly / Anand Puneet, Anand Shalya // LAP LAMBERT Academic Publishing, 2010. – 80 p.
32. The effects of mandibular two-implant overdentures on nutrition in elderly edentulous individuals / J.A. Morais, G. Heydecke, J. Pawliuk [et. al.] // J. of dental research. – 2003. – № 1. – P. 82.

ПОЛНАЯ ПОТЕРЯ ЗУБОВ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ. НУЖДАЕМОСТЬ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Н.М. Ватаманюк А.Б. Беликов О.О. Максимов, Х.Ю. Манюх

Резюме. В обзорной статье представлен анализ вопроса относительно распространенности полной потери зубов в структуре стоматологической заболеваемости в разные возрастные периоды. Доказана необходимость своевременного ортопедического лечения пациентов с полной потерей зубов для предупреждения осложнений со стороны височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Ключевые слова: полная потеря зубов, старения, гериатрический возраст, распространение, нуждаемость в протезировании.

COMPLETE LOSS OF TEETH. PREVALENCE. A NEED FOR INORTHOPEDIC TREATMENT

N.M. Vatamaniuk, O.B. Belikov, O.O. Maksymiv, Kh.Yu. Maniuh

Abstract. A review paper presents an analysis of the question pertaining to the prevalence of a complete loss of teeth. A need for a timely orthopedic treatment of patients with a complete loss of teeth in order to avoid complications of the temporomandibular joint and the masseter muscles has been corroborated within the pattern of the stomatological morbidity during different age-related periods.

Key words: complete loss of teeth, aging, geriatric age, prevalence, need in tooth replacement.

Bykovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. Н.Б. Кузняк

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 191-195

Надійшла до редакції 24.09.2012 року

© М.М. Ватаманюк, О.Б. Беліков, О.О. Максимів, Х.Ю. Манюх, 2012

УДК 616.8-009.86-053.2:615.217

Н.І. Ковтюк

АНАЛІЗ ОЦІНКИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Враховуючи високу поширеність епілепсії в дитячому віці та важливість цього вікового періоду для всього подальшого життя людини, дослідження якості життя є актуальним завданням. У статті розглянуті основні проблеми дослідження показників якості

життя в дітей із епілепсією, окреслені завдання подальших досліджень.

Ключові слова: діти, якість життя, анкетування.

Здоров'я дитини є чинником і умовою для її оптимального подальшого розвитку, реалізації біологічно детермінованих можливостей, тривалому соціальному, повноцінному і плідному життю. Без розуміння внутрішньої картини здоров'я неможливо зрозуміти картину хвороби, сформувати уявлення про реакцію особи дитини на хворобу. Саме ці аспекти описують показники якості життя, які все більше впроваджуються в медичну

практику. Оцінка якості життя в педіатрії стосується передусім стану здоров'я, тому найчастіше використовується термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (ЯЖПЗ) (в англійській літературі «health-related quality of life») [2, 15, 24]. Якість життя хворої дитини в сучасній охороні здоров'я розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Вивчення усіх чин-

© Н.І. Ковтюк, 2012

ників дозволяє визначити рівень якості життя як окремої дитини, так і цілих груп, і встановити, за рахунок чого він змінюється та на що необхідно вплинути, щоб її покращити (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку, втілити певні програми адаптації та реабілітації тощо).

На сьогоднішній день має місце значне зростання неврологічної патології серед дітей шкільного віку, зокрема захворювання на епілептичний синдром та епілепсію. За даними, епілепсія трапляється у 4-5 % всього дитячого населення [7, 14]. Її прояв, перебіг, прогноз і підходи до лікування в дитячому віці істотно відрізняються від дорослих. Тільки в дітей існують як доброякісні (можуть проходити самостійно, навіть без лікування), так і злоякісні (коли будь-яке лікування виявляється неефективним, хвороба продовжує прогресувати) форми захворювання. На щастя, у дитячому віці завдяки досягненням сучасної науки лікування епілепсії стало ефективним у 70-80% випадків. Незважаючи на це, захворювання часто набувають хронічного перебігу та в окремих випадках призводять до інвалідизації. Очевидно, що хвороба може істотно впливати на фізичний стан, психологію, емоційні реакції, сприйняття дитини [6, 13].

Нормалізація ЯЖ розглядається як одне з ключових завдань при лікуванні епілепсії [2, 6, 13]. Показники ЯЖ дають унікальну інформацію, що виходить за рамки клінічних симптомів [8, 11]. Дослідження якості життя (ЯЖ) є високоінформативним, чутливим і економічним методом інтегральної оцінки фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування пацієнта з епілепсією, заснованим на його суб'єктивному сприйнятті [12, 31].

Дослідження показників якості життя в дітей підліткового віку з епілепсією почалися тільки в 90-ті роки ХХ століття, тобто значно пізніше, ніж у дорослих. Так, спеціальний симпозиум, проведений по ЯЖ у хворих на епілепсію у 1990 році, не містив жодної статті, яка стосувалася дітей [20]. Зазначена прогалина почала закриватися лише роботами останніх років, коли ряд дослідників почали розробляти теоретичні та методологічні основи виміру ЯЖ у дітей та підлітків, хворих на епілепсію [26, 31, 36]. Спочатку використовувалися інструменти, розроблені для дослідження ЯЖ у дорослих. У результаті багато пунктів опитувальників не були пристосованими для дітей. Одним із перших інструментів для дослідження ЯЖ при епілепсії у дітей є «Опитувальник шкали впливу захворювання дитини» (Impact of Childhood Illness Scale, скорочено «ICI scale») [25]. Перший опитувальник для дослідження ЯЖ хворих на епілепсію підліткового віку розроблений Cramer J.A. зі співавт. у 1999 р. «Якість життя підлітків, хворих на епілепсію» (Quality of Life in Epilepsy for Adolescents, скорочено «QOLIE-AD-48»).

Недостатня кількість шкал і методик у педіатрії пов'язано з об'єктивними особливостями і

труднощами у визначенні ЯЖ у дітей підліткового віку. Інтерес до даної проблеми пов'язаний із низкою причин [12]. У першу чергу слід зазначити особливу важливість періоду дитинства для всього подальшого життя людини [2, 3, 24]. Це час, коли відбувається соціальна інтеграція людини в суспільство. При цьому епілепсія є одним із найпоширеніших неврологічних захворювань у дітей підліткового віку, посідаючи третє місце в структурі хвороб нервової системи. У переважній більшості випадків епілепсія в підлітків є продовженням проявів раннього віку, однак спостерігається і зростання числа дебютів [5, 7, 40]. На вік приблизно 15-16 років припадає один із перших трьох вікових криз, в яких частішає прояв судомних станів [14].

Емоційні чинники, обмеження в соціальній сфері, залежність від медикаментозної терапії, умовні заборони, що супроводжують хвору дитину, можуть виявитися для нього і його батьків важливішими самих симптомів хвороби [4, 10]. Тому комплексне вивчення складових ЯЖ і клінічних показників може дати більш повну картину впливу епілепсії та ефективності її лікування на загальне самопочуття пацієнта. Соціальна підтримка з боку медиків, батьків, вчителів та друзів, а також освітні програми можуть зіграти важливу роль у зниженні негативного ставлення з боку суспільства та підвищенні показників ЯЖ у дітей підліткового віку з епілепсією [16].

Леннокс В. (William Lennox) одним із перших дослідників усвідомив, що лікування дітей з епілепсією повинно розумітися ширше, ніж лікування дорослих пацієнтів, враховуючи залученість всієї родини дитини [29]. Складність досліджень ЯЖ у цій віковій категорії полягає в тому, що діти повинні усвідомлювати наявність у них захворювання [8, 9]. Як показали Bibace R. і Walsh M.F. (1980р.), діти визначають причинно-наслідковий зв'язок за іншою логікою, ніж дорослі. Логіка розуміння дітьми свого захворювання розвивається послідовними кроками за фазами, відповідно до теорії розвитку когнітивних функцій Педжета: від дологічної стадії, коли діти не здатні пояснити причину хвороби (у віці 2-6 років), до розвитку формального логічного мислення (приблизно до 11 років) [2, 15]. Діти, особливо молодшого віку, ще не мають чіткого уявлення про стан здоров'я взагалі. До того ж, деякі питання анкет можуть бути незрозумілі або викликати негативні емоції та реакції, зокрема в підлітків [4].

Тому особливістю оцінки ЯЖ у дітей та підлітків є те, що для різних вікових груп (дошкільної, шкільної, підліткової) потрібне застосування різних опитувальників [5]. Прикладом інструмента для дослідження, в якому враховані вікові особливості дітей, є «Дитячий опитувальник ЯЖ» («PedsQL»). У цьому загальному опитувальнику є шкали для опитування дітей віком 2-4, 5-7, 8-12, 13-18 та 18-25 років [37]. Однак для дослідження ЯЖ при епілепсії декількох форм опитувальників, призначених для дітей

різного віку, у доступній літературі поки не представлено. Розробка серії опитувальників, які оцінювали б один і той же показник, маючи при цьому формат і зміст, відповідні віку тієї чи іншої дитини з епілепсією, є питанням майбутнього. Складнощі пов'язані з віковими можливостями дітей, здатністю дитини точно згадувати свій стан після певного періоду часу. Наприклад, для 8-річних дітей такий період становить чотири тижні, але більш маленькі діти можуть відчувати труднощі при оцінці показників навіть через тиждень [2, 3, 15].

У відповідності з сучасними міжнародними стандартами, самооцінку ЯЖ слід починаючи з 5-річного віку (т. зв. «Self-report») [38]. Оцінка ЯЖ дитини з епілепсією віком старше п'яти років, надана батьками, родичами, вихователями, вчителями, лікарями, медсестрами і т. п. (т. зв. «проху-report»), є лише додатковим джерелом інформації. ЯЖ дитини оцінюється його представниками тільки в разі віку дитини молодше п'яти років, а також за наявності тяжкості стану, серйозних психічних і когнітивних порушень [31, 37, 38]. Хотілося б підкреслити, що у вітчизняній епілептіології ця тема залишається маловивченою. З отриманих результатів досліджень прослідковується чітка розбіжність в оцінці ЯЖ, наданих самими дітьми і їх найближчим оточенням («проху-problem» або «cross-informant variance»). Родичі та близькі часто дають гіпертрофовану картину зниження ЯЖ хворого, здоров'ям якого вони вкрай стурбовані. І навпаки, медичні працівники відзначають більш високий рівень ЯЖ у своїх пацієнтів - так званий «синдром благодійника» [38]. Причини таких розбіжностей залишаються неясними. Проте встановлено залежність від низки чинників, таких, як стан здоров'я, стать і вік дитини, освіта батьків, забезпеченості сім'ї та наявності двох батьків, регіону проживання, показників ЯЖ самих батьків [22, 23, 30, 35, 39].

На сьогоднішній день ухвалений консенсус, згідно з яким дитина здатна дати надійну і достовірну оцінку. Ідеальною стратегією є самостійна оцінка дитиною свого стану, тому що це відповідає визначенню ЯЖ, підкреслюючи суб'єктивний характер цього показника. Дитина, хвора на епілепсію, проводячи самооцінку, об'єктивно відображає вплив лікування, відносини з навколишнім середовищем, які можуть бути невідомі батькам, наприклад, у дитячому садку чи школі [2, 3, 8, 15]. У той же час недоліком оцінки стану самою дитиною є те, що діти молодшого віку не здатні дати надійної оцінки складних або абстрактних показників ЯЖ. Тому перед тим, як застосувати будь-який засіб оцінки, потрібно оцінити його придатність для даного віку, включаючи використовувані слова, інструкції, структуру речень, зміст і варіанти відповідей. Як варіант, проводити опитування пацієнта [30]. Крім того, думка батьків є важливою через те, що саме батьки зазвичай оцінюють здоров'я дитини і визначають, чи потрібно йому лікування чи ні. Батьки також

можуть дати цінну інформацію про вплив захворювання і лікування дитини на сімейні відносини, які є складовою частиною ЯЖ дітей [39]. У цьому зв'язку цікаве дослідження [19], в якому показано, що батьки дітей з епілепсією більш точно оцінюють тяжкість нападів, ніж неврологи. У той же час існують декілька недоліків використання батьків як зовнішніх оцінювачів [2, 8]. У першу чергу, зовнішня оцінка розходиться з концепцією ЯЖ, яка повинна бути суб'єктивною оцінкою самого пацієнта. Висловлюється думка, що відповіді дітей раннього віку менше корелюють з відповідями батьків, порівняно зі старшим віком [31]. Необхідно також враховувати, що оцінка батьками наслідків хвороби для дитини, цілком імовірно, буде залежати від впливу цієї хвороби на них самих [23]. Оскільки ні оцінка дитиною, ні оцінка батьками не позбавлені ризику помилки, то деякі дослідники пропонують отримувати дані від дитини та його батьків [8, 10, 20]. Такий підхід може дати найбільш повну картину впливу хвороби та її лікування на життя дитини та її сім'ї. Залишається неясним, кого можна вважати найкращим зовнішнім оцінювачем ЯЖ дитини [23, 31, 35]. Виникає питання про те, кому із батьків віддати перевагу – матері чи батькові, і чи можна вважати їх еквівалентними в цьому відношенні. Є дані про існування розбіжностей в оцінці ЯЖ між самими батьками. Так, у дослідженні ЯЖ дітей із ментальними порушеннями було показано, що батьки, як правило, оцінюють ЯЖ своїх дітей за всіма шкалами опитувальника вище, ніж матері [2, 15]. Хотілося б підкреслити, що хоча, за деякими даними, немає розходжень щодо відповідей матері чи батька дитини з епілепсією [31, 39], у тривалих дослідженнях із використанням батьківської оцінки стану дитини рекомендується отримувати оцінку одного і того ж батька, щоб уникнути систематичної помилки, пов'язаної з відмінністю оцінки батьком і матір'ю [2, 8, 10].

Цікавою є ще одна особливість дослідження ЯЖ у дітей. Доведено, що діти можуть давати певний тип відповідей, незалежно від питання. Ця проблема може призводити до нерівномірності розподілу відповідей і формуванню систематичної помилки, що може маскувати значимі, статистично достовірні зміни. Прикладами таких стандартних відповідей є відповіді, спрямовані на задоволення запитувача або відповіді на питання, які вони не розуміють, але відповідають, щоб здаватися розумнішими [2]. Так, наприклад, деякі діти виявляють тенденцію до повторювання відповідей (наприклад, постійно вибирають одне і те ж число на шкалі), особливо якщо показник вимірюється за допомогою однієї і тієї ж шкали [2, 10]. Часто є вибір крайніх варіантів відповідей [2, 4]. Крім того, діти можуть давати стандартні або неточні відповіді, якщо тривалість тестування перевищує термін утримання їх уваги. Стандартних відповідей можна уникнути шляхом ретельної розробки засобів оцінки показника та роз-

робки схеми дослідження. Один із підходів полягає у використанні двох засобів для оцінки одного і того ж показника, причому один із засобів повинен нести позитивний заряд, і інший – негативний (наприклад, «в останні два тижні я відчував (а) себе добре» і «в останні два тижні я відчував (а) себе погано»). Дітей, схильних до повторювання відповідей, можна виявити за суперечливими один одному відповідями на такі питання [2]. Іншим способом є оцінка ЯЖ більш ніж одним опитувальником (як загальним, так і специфічним для епілепсії). У цьому випадку кореляція відповідей по двох опитувальниках була б корисна для виявлення розбіжностей [2]. Крім того, для виявлення стандартних відповідей може бути корисним побудова гістограм розподілу і таблиць частоти відповідей. За наявності достатніх підтверджень неточності відповіді їх можна визнати випадним значенням і не включати в аналіз [2].

Як підкреслювали ще в 1995 р. Ноаре Р. і Russell M., дитячий опитувальник повинен відповідати певним характеристикам. Найбільш вагомими є зручність у використанні, мати різні версії окремо для професіоналів, родичів і самих дітей, давати можливість повторного заповнення для вивчення в динаміці, мати популяційні норми. Навіть більш ніж через 15 років, на сьогоднішній день, тяжко знайти опитувальник, який відповідає всім вищевказаним вимогам.

Провівши аналіз даних літератури встановлено, що на сьогоднішній день існує більше 20 генеричних (загальних) опитувальників, розроблених для дослідження ЯЖ у дітей. Ці опитувальники призначені для дослідження ЯЖ незалежно від нозології, тяжкості захворювання та виду лікування. До найбільш поширених, що використовуються для дослідження ЯЖ у дітей з епілепсією, відносяться: 1) «Опитувальник шкали впливу захворювання дитини» (Impact of Childhood Illness Scale) [4, 20]; 2) «Опитувальник здоров'я дітей» (Child Health Questionnaire, скор. CHQ) [8, 22] у трьох модифікаціях (PF50, PF28, CF87); 3) «Педіатричний опитувальник ЯЖ дітей» (Pediatric Quality of Life Inventory, скор. PedsQL) [37]; 4) «Шкала впливу дитячої неврологічної інвалідації» (Impact of Child Neurologic Handicap Scale, скор. ICNH) [33]; 5) опитувальник «Як Ви себе почуваете? (How are you, скорочено HAY) [36]. Як підкреслює Sabaz M. з співавт. (2003 р.), до теперішнього часу в більшості досліджень по епілепсії в дітей використовувалися недосконалі методи дослідження ЯЖ, які дозволяли оцінити обмежене число сфер. До таких методів відносяться опитувальники «Child Behaviour Checklist», «Developmental Behaviour Checklist», «Child Health Questionnaire». І тільки в останні роки з'явилися спеціальні опитувальники, які використовуються для дослідження ЯЖ у дітей з епілепсією [8]. До них належать: 1) «Гаазька шкала обмежень, викликаних епілепсією» (The Hague Restrictions in Epilepsy Scale, скор.

HARCES) [19]; 2) «Опитувальник ЯЖ, пов'язаного зі здоров'ям» (Health-Related Quality of Life in Childhood Epilepsy або Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire, скор. QOLCE) [32]; 3) опитувальник «Вплив дитячої епілепсії» (Impact of Pediatric Epilepsy Scale, скор. IPES) [18]; 4) «Опитувальник якості життя і розладів пізнавальних функцій» (Epilepsy and Learning Disabilities Quality of Life, скор. ELDQOL) [17]. Для дослідження ЯЖ у підлітків з епілепсією найбільш вивченим інструментом є опитувальник «Якість життя підлітків, хворих на епілепсію» (Quality of Life in Epilepsy for Adolescents: QOLIE-AD-48), який застосовується у хворих на епілепсію віком 11-18 років [21]. В останні роки запропонована «Шкала оцінки результатів епілепсії в осіб молодого віку» (Glasgow Epilepsy Outcome Scale for young persons, скор. GEOS-YP) [34]. Особливістю даної шкали з'явилося те, що вона розроблялася на основі аналізу багаторічних досліджень прямого вивчення думок підлітків про вплив епілепсії на їхнє життя, проведених у фокус-групах [28].

Незважаючи на велику кількість розроблених інструментів вимірювання ЯЖ у дітей та підлітків з епілепсією, жоден із них поки не набув статусу еталона, який міг би прийматися як базовий. На завершення хотілося б підкреслити, що, незважаючи на поширеність епілепсії, оцінка ЯЖ дітей з епілепсією до теперішнього часу не знайшла широкого відображення у вітчизняній літературі. Ефективне застосування міжнародних опитувальників в Україні для дослідження ЯЖ у дітей можливе при виконанні таких умов: 1) мовна адаптація; 2) культурна адаптація; 3) валідація української версії опитувальника.

Оцінка якості життя важлива не лише для визначення стану пацієнта на даний момент. Вона може впливати і на вибір тактики лікування. Покращання прогнозу в багатьох випадках є основною метою лікування, але разом з тим оптимальним вважається лікування, яке не лише збільшує тривалість життя, але і покращує його якість [1, 2, 3, 8]. З іншого боку, багато методів лікування не впливають на прогноз, однак можуть істотно покращити якість життя, зменшуючи прояви захворювання, частоту госпіталізації та ускладнень. Оскільки нервова система є однією з вітальних систем, порушення її функціонування мають беззаперечний вплив на ЯЖ дітей. Показники, що вивчаються, можуть стати однією з важливих складових оцінки якості неврологічної допомоги, що дозволить уникнути значної соціальної дезадаптації та втрати працездатності в майбутньому [40].

Дитина, яка проходить через хворобу, повинна зберегти високий потенціал свого розвитку, який дозволить посісти їй у подальшому достойне місце в суспільстві. Покращання показників якості життя дасть можливість продовжити повноцінне життя дитині, уникнути етичних про-

блем, конфліктів у суспільстві, проблем, пов'язаних із повсякденною життєвою активністю.

Література

1. Баранов А.А. Изучение качества жизни детей – важнейшая задача современной педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Валиуллина // Рос. педиатр. ж. – 2005. – № 5. – С. 30-34.
2. Белоусов Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д.Ю. Белоусов // Качеств. клин. практика. – 2008. – № 2. – С. 28-38.
3. Гехт А.Б. Качество жизни больных эпилепсией / А.Б. Гехт: материалы международной конференции «Эпилепсия – диагностика, лечение, социальные аспекты». – М., 2005. – С. 120-124.
4. Гордеев В.И. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей / Гордеев В.И. – СПб.: Речь, 2001. – 200 с.
5. Громов С.А. Лечение и реабилитация больных эпилепсией / С.А. Громов, В.С. Лобзин. – СПб.: Образование, 1993. – 238 с.
6. Карлов В.А. Эпилепсия как клиническая и нейрофизиологическая проблема / В.А. Карлов // Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 9. – С. 7-15.
7. Карлов В.А. Эпилепсия у подростков / В.А. Карлов, А.С. Петрухин // Неврол. и психиатрия. – 2002. – № 9. – С. 9-13.
8. Пат. 35759 України, МПК(2006) А61В5/00. Спосіб оцінки якості життя дітей із патологією нервової системи за допомогою тестів / Ковтюк Н.І.: заявник та патентовласник Чернівці, БДМУ МОЗ України. – № 33538; заяв.03.03.08; опубл.10.10.08, Бюл. № 19.
9. Лукьянова Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е.М. Лукьянова // Качеств. клин. практика. – 2002. – № 4. – С. 34-42.
10. Меликян Э.Г. Особенности оценки качества жизни у больных эпилепсией детского и подросткового возраста / Э.Г. Меликян, К.Ю. Мухин // Эпилепсия. – 2010. – № 2. – С. 32-38.
11. Меликян Э.Г. Основные возможности исследования качества жизни в эпилептологии / Э.Г. Меликян, А.Б. Гехт: мат. конф. II Международного форума неврологов, 13-14 сентября 2008г.: тезисы доклада. – Ереван, 2008. – С. 127-130.
12. Меликян Э.Г. Педиатрические аспекты качества жизни больных эпилепсией / Э.Г. Меликян, К.Ю. Мухин // Рос. ж. дет. неврологии. – 2009. – Т. IV, Вып. 4. – С. 3-13.
13. Новик А.А. Исследование качества жизни в педиатрии / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Т.П. Никитина // Вестн. Межнац. центра исследования качества жизни. – 2004. – № 3-4. – С. 91-95.
14. Довідник по епілепсії: класифікація, діагностика, антиепілептичні, лікування епілепсії, особливі ситуації / [Петрухін А.С., Мухін К.Ю., Медведєв М.І., Заваденко М.М.]. – М.: Освіта, 1999. – 478 с.
15. Ягенський А.В. Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці / А.В. Ягенський, І.М. Січкарук // Внутр. мед. – 2007. – Т. 3, № 3. – С. 64-67.
16. Austin J.K. Epilepsy familiarity, knowledge and perception of stigma: report from a survey of adolescents in the general population / J.K. Austin, P.O. Shafer // Epilepsy Behav. – 2002. – Vol. 3, № 4. – P. 368-375.
17. Buck D. The development and validation of the Epilepsy and Learning Disabilities Quality of Life (ELDQOL) scale / D. Buck, M. Smith, R. Appleton // Epilepsy Behav. – 2007. – Vol. 10, № 1. – P. 38-43.
18. Camfield C. Impact of pediatric epilepsy on the family: a new scale for clinical and research use / C. Camfield, L. Breau, P. Camfield // Epilepsia. – 2001. – Vol. 42, № 1. – P. 104-112.
19. Carpay H.A. Seizure severity in children with epilepsy: a parent-completed scale compared with clinical data / H.A. Carpay, J.V. Ermeulen, H. Stroink // Epilepsia. – 1996. – Vol. 38, № 3. – P. 346-352.
20. Chadwick D. The quality of life and the quality of care in epilepsy / Chadwick D. – London: Royal Society of Medicine, 1990. – 234 p.
21. Cramer J.A. Development of a quality of life inventory for adolescents: the QOLIE-AD-48 / J.A. Cramer, L.E. Westbrook // Epilepsia. – 1999. – Vol. 40, № 8. – P. 1114-1121.
22. Creemens J. Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales / J. Creemens, C. Eiser, M. Blades // Health Qual. Life Outcomes. – 2006. – Vol. 4. – P. 58.
23. Davis E. The relationship between proxy reported health-related quality of life and parental distress: gender differences / E. Davis, B. Davies, E. Waters // Child. Care Health Dev. – 2008. – Vol. 3, № 6. – P. 830-837.
24. Furmonavicius T. Methodological aspects of health-related quality of life assessment / T. Furmonavicius // Medicina (Kaunas). – 2004. – Vol. 40. – № 6. – P. 509-516.
25. Hoare P. The quality of life of children with chronic epilepsy and their families / P. Hoare, M. Russell // Dev. Med. Child. Neurol. – 1995. – Vol. 37, № 8. – P. 689-696.
26. Lach L.M. Health-related quality of life in youth with epilepsy: Theoretical model for clinicians and researchers. Part I: The role of epilepsy and co-morbidity / L.M. Lach, G.M. Ronen, P.L. Rosenbaum // Qual Life Res. – 2006. – Vol. 15, № 7. – P. 1161-1171.
27. Landgraf J.M. Measuring health outcomes in pediatric populations: issue in psychometrics and application / J.M. Landgraf, L.N. Abetz // In: Spilker B., ed. Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials. –

- Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. – 1996. – P. 435.
28. McEwan M. A systematic review of the contribution of qualitative research to the study of quality of life in children and adolescents with epilepsy / M. McEwan, C. Espie // *Seizure*. – 2004. – Vol. 13, № 1. – P. 3-14.
 29. Millichap J.G. The founders of child neurology. / J.G. Millichap William Lennox. – San Francisco: Norman Publishing, 1990. – P. 758-763.
 30. Moffat C. The impact of childhood epilepsy on quality of life: a qualitative investigation using focus group methods to obtain childrens perspectives on living with epilepsy / C. Moffat, L. Dorris, L. Connor // *Epilepsy Behav.* – 2009. – Vol. 14, № 1. – P. 179-189.
 31. Ronen G.M. Health-related quality of life in children with epilepsy. Development and validation of self-report and parent proxy measures / G.M. Ronen, D.L. Streiner // *Epilepsia*. – 2003. – Vol. 44, № 4. – P. 598-612.
 32. Sabaz M. Validation of a new quality of life measure for children with epilepsy / M. Sabaz, D.R. Cairns, J.A. Lawson // *Epilepsia*. – 2000. – Vol. 41, № 6. – P. 765-774.
 33. Sherman E.M. Validity of three measures of health related quality of life in children with intractable epilepsy / E.M. Sherman, J. Slick, M.B. Connolly // *Epilepsia*. – 2002. – Vol. 43, № 10. – P. 1230-1238.
 34. Townshend K.H. Development and validation of a measure of the impact of epilepsy on a young persons quality of life: Glasgow epilepsy outcome scale for young persons (GEOS-YP) / K.H. Townshend, L. Dorris, M.J. McEwan // *Epilepsy Behav.* – 2008. – Vol. 12, № 1. – P.115-123.
 35. Upton P. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature / P. Upton, J. Lawford, C. Eiser // *Qual Life Res.* – 2008. – Vol. 17, № 6. – P. 895-913.
 36. van Empelen R. Health-related quality of life and self-perceived competence of children assessed before and up to two years after epilepsy surgery / van R. Empelen, A. Jennekens-Schinkel, P.C. Rijaen // *Epilepsia*. – 2005. – Vol. 4, № 2. – P. 258-271.
 37. Varni J.W. The pediatric quality of life inventory: measuring pediatric health-related quality of life from the perspective of children and their parents / J.W. Varni, C.A. Limbers // *Pediatr. Clin. North. Am.* – 2009. – Vol. 56, № 4. – P. 843-863.
 38. Varni J.W. The PedsQL 4.0 Generic Core Scales: Sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making / J.W. Varni, M. Seid, T.S. Knight // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2002. – Vol. 25, № 2. – P. 175-193.
 39. Verhey L.H. Canadian Pediatric Epilepsy Network. Quality of life in childhood epilepsy: what is the level of agreement between youth and their parents? / L.H. Verhey, D.M. Kulik, G.M. Ronen // *Epilepsy Behav.* – 2009. – Vol. 14, № 2. – P. 407-410.
 40. Youssef N.N. Quality of life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients and parents' perception / N.N. Youssef // *Pediatrics*. – 2006. – Vol. 117, № 7. – P. 54-59.

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ

Н.И. Ковтюк

Резюме. Учитывая высокую распространенность эпилепсии в детском возрасте и важность этого возрастного периода для всей последующей жизни человека, исследования качества жизни является актуальной задачей. В статье рассмотрены основные проблемы исследования показателей качества жизни у детей с эпилепсией, намечены задачи дальнейших исследований.

Ключевые слова: дети, качество жизни, анкетирование.

ANALYSIS OF ASSESSING LIFE QUALITY PARAMETERS IN CHILDREN

N.I. Kovtiuk

Abstract. Taking into account a high prevalence of epilepsy in childhood and the importance of this age period for the entire subsequent human life, a study of the quality of life is a topical task. The paper deals with the principal problems of studying the parameters of the life quality in children with epilepsy, objectives of further studies are outlined.

Key words: children, quality of life, questioning.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.В. Сорокман

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 195-200

Надійшла до редакції 17.10.2012 року