

VAIKŲ, GIMUSIŲ SU LŪPOS, ALVEOLINĖS ATAUGOS IR GOMURIO NESUAUGIMAIS, NUO BURNOS SVEIKATOS PRIKLAUSANTI GYVENIMO KOKYBĖ

Linus Zaleckas¹, Laura Linkevičienė², Greta Aidukaitė², Greta Bagušauskaitė²

¹*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Odontologijos institutas,
Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika,*

²*Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Odontologijos institutas*

Raktažodžiai: lūpos nesuaugimas, gomurio nesuaugimas, gyvenimo kokybė, burnos sveikata, “Vaikų burnos sveikatos poveikio skalė”.

Santrauka

Lietuvoje su lūpos, alveolinės ataugos ir/ar gomurio nesuaugimais gimsta 1 iš 700-800 vaikų. Tai yra kompleksinė patologija, apimanti anatominius, fiziologinius, psichologinius procesus, kurie keičia gyvenimo kokybę.

Darbo tikslas - įvertinti vaikų, gimusių su lūpos, alveolinės ataugos ir/ar gomurio nesuaugimu, nuo burnos sveikatos priklausančią gyvenimo kokybę bei nustatyti, ar skiriasi gyvenimo kokybės rodikliai atsižvelgiant į nesuaugimo tipą, pacientų amžių, lytį, palyginti tėvų/globėjų atsakymus vertinant vaikų nuo burnos sveikatos priklausančią gyvenimo kokybę. Medžiaga ir metodai. Tirti 45 Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos pacientai, gimę su lūpos ir/ar gomurio nesuaugimu, taip pat vienas iš jų tėvų/globėjų bei 45 kontrolinės grupės asmenys. Tyrimas atliktas nagrinėjant tiriamųjų užpildytą, standartizuotą vaiko burnos sveikatos nulemtos gyvenimo kokybės klausimyną lietuvių kalba (angl. *Child Oral Health Impact Profile - COHIP*). Dalyvavusių vaikų amžius 8-15 metų.

Rezultatai. Vaikų, gimusių su nesuaugimu, gyvenimo kokybė yra prastesnė nei sveikų vaikų ($p < 0,001$). Vidutinis jų surinktas COHIP balas $108,80 \pm 13,26$, o kontrolinės grupės $125,78 \pm 11,43$. Labiausiai tai atsispindi vertinant funkcinę gyvenimo gerovę, socialinę-emocinę gyvenimo gerovę, mokyklos aplinką, bendrą sveikatą ($p < 0,001$) bei bendrą burnos sveikatą ($p = 0,05$). Nerasta reikšmingo skirtumo lyginant atsakymus skirtingose amžiaus grupėse, tarp skirtingų

lyčių bei tarp vaikų, turinčių skirtingus nesuaugimo tipus. Nustatyta, kad tėvai/globėjai statistiškai blogiau vertina vaikų nuo burnos sveikatos priklausančią gyvenimo kokybę, ypač funkcinę, socialinę-emocinę gyvenimo gerovę, mokyklos aplinką bei bendrą burnos sveikatą nei patys vaikai.

Išvados. Pacientų, gimusių su lūpos, alveolinės ataugos ir/ar gomurio nesuaugimu nuo burnos sveikatos priklausanči gyvenimo kokybė yra prastesnė nei sveikų vaikų. Tėvai savo vaikų, gimusių su nesuaugimu, gyvenimo kokybę vertina blogiau, nei patys vaikai. Amžiaus grupė, lytis bei nesuaugimo tipas neturi įtakos gyvenimo kokybei.

Įvadas

Lūpos ir/ar gomurio nesuaugimas yra labiausiai paplitusi įgimta vystymosi anomalija galvos srityje. Ji sudaro vidutiniškai 1,5 atvejo iš 1000 naujagimių, dažniau Azijos, Europos populiacijose [1]. Lietuvoje su šiais nesuaugimais gimsta 1 iš 700-800 vaikų. Tai yra kompleksinė patologija, apimanti daugelį paciento anatominių, fiziologinių, psichologinių procesų. Norint pasiekti maksimalų gydymo efektą, reikia gydytojų specialistų komandos – veido ir žandikaulių chirurgo, ortodonto, otorinolaringologo, pediatro, logopedo, slaugytojo, gydytojo genetiko, psichologo, socialinio darbuotojo ir kitų [2]. Nepaisant pažangių gydymo metodų, lūpos ir/ar gomurio nesuaugimą turintys pacientai susiduria su didelėmis sveikatos problemomis, kurios keičia gyvenimo kokybę. Pradinės chirurginės intervencijos atliekamos jau pirmaisiais gyvenimo mėnesiais ir metais, tačiau pagrindiniai funkciniai (dantų vystymasis, kalba) ir estetiški (veido bruožai) aspektai galutinai koreguojami tik mokyklinio amžiaus vaikams bei jaunuoliams. Be to, pacientai kenčia ne tik nuo morfologinių sutrikimų, bet ir nuo socialinių problemų. Visa tai gali sukelti pirmuosius psichologinius sutrikimus: susier-

zinimą, savęs nuvertinimą ar net depresijos požymius [3]. Taip pat svarbu paminėti ir galimus žymius kalbos sutrikimus, kurie išlieka net ir po operacinių intervencijų [4]. Visus šiuos aspektus apjungia nuo burnos sveikatos priklausančios gyvenimo kokybės sąvoka. Ji sujungia individo burnos sveikatos, funkcinės, emocinės gerovės, lūkesčių, pasitenkinimo gydymu, požiūrio į save bei kitus svarbius klausimus. Nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė yra Pasaulio sveikatos organizacijos pripažinta priemonė gydymo efektyvumui ir reikalingumui įvertinti [5]. Panašių tyrimų šia tema nebuvo atlikta ne tik Lietuvoje, bet ir gretimose šalyse - Latvijoje, Estijoje, Lenkijoje.

Tyrimo tikslas - įvertinti vaikų, gimusių su lūpos, alveolinės ataugos ir/ar gomurio nesuaugimu, nuo burnos sveikatos priklausančią gyvenimo kokybę bei nustatyti, ar skiriasi gyvenimo kokybės rodikliai atsižvelgiant į nesuaugimo tipą, pacientų amžių, lytį. Taip pat siekta palyginti tėvų/globėjų atsakymus apie jų vaiką su atskirai vaikų išsakyta nuomone.

Tyrimo objektas ir metodika

Tyrimo grupę sudarė 45 asmenys, gimę su lūpos, alveolinės ataugos ir/ar gomurio nesuaugimu bei gydyti Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikoje arba buvo atvykę konsultacijai nuo 2017 01 01 iki 2017 09 01 bei vienas iš jų tėvų/globėjų. Tiriamųjų amžius - 8-15 m. Į kontrolinę 45 tiriamųjų grupę įtraukti 8-15 metų amžiaus asmenys, atvykę į Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio kliniką profilaktinei dantų patikrai prieš mokyklą, neturintys veido nesuaugimų ir kitų žinomų vystymosi ydų. Duomenys rinkti anonimiškai, prieš tai gavus informuotą, raštišką vieno iš paciento tėvų/globėjo sutikimą dalyvauti tyrime. Buvo naudota standartizuota „Vaiko burnos sveikatos poveikio skalė“ (angl. *Child Oral Health Impact Profile, COHIP*), kuri pasižymi puikiu patikimumu, pakartojamumu, pagrįstumu ir yra plačiai naudojama įvairiuose tyrimuose kitomis kalbomis [6, 7]. Tai - 38 klausimų anketa, kurioje pateikiami klausimai apie burnos sveikatą, funkcinę savijautą, socialinę-emocinę savijautą, mokyklos aplinką, savęs suvokimą, gydymo lūkesčius ir bendrą vaiko sveikatos būklę. Kiekvienas atsakymas vertintas naudojant Likerto (*Likert*) skalę balais nuo 0 iki

4. Kuo didesnė anketos balų suma, tuo geresnė nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė. Anketa buvo išversta į lietuvių kalbą, atliktas atgalinis vertimas, palyginta, paruošta galutinė lietuviška versija, kuri buvo patikrinta atliekant kontrolinį tyrimą tarp dešimties panašaus amžiaus tyrime nedalyvaujančių vaikų bei jų tėvų/globėjų. Kelios

1 lentelė. Kontrolinės grupės ir vaikų, gimusių su nesuaugimu, surinktų balų palyginimas.

SD-standartinė deviacija, \bar{x} - vidurkis

COHIP klausimynas	Vaikai su nesuaugimu (n=45) Kontrolinė grupė (n=45)	$\bar{x} \pm SD$	Skirtumas tarp tiriamųjų grupių
Bendras burnos sveikatos poveikio skalės balas	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	108,80 ± 13,26 125,78 ± 11,43	16,98**
Su burnos sveikata susijusi gerovė	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	26,24 ± 5,55 28,78 ± 4,91	2,54
Funkcinė gyvenimo gerovė	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	18,20 ± 3,52 22,44 ± 2,07	4,24**
Socialinė-emocinė gyvenimo gerovė	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	26,13 ± 4,71 29,29 ± 2,78	3,16**
Mokyklos aplinka	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	14,62 ± 1,64 15,56 ± 0,89	0,94*
Savęs suvokimas	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	18,11 ± 3,42 18,38 ± 2,65	0,27
Gydymo lūkesčiai	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	6,18 ± 1,42 6,29 ± 1,20	0,11
Bendra sveikatos būklė	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	2,87 ± 0,77 3,33 ± 0,64	0,46**
Bendra burnos sveikatos būklė	Vaikai su nesuaugimu Kontrolinė grupė	2,58 ± 0,78 3,00 ± 0,80	0,42**
p<0.05*, p<0.01**			

2 lentelė. Vaikų, gimusių su nesuaugimu, skirtingose amžiaus grupėse surinktų balų palyginimas.

SD-standartinė deviacija, \bar{x} - vidurkis

COHIP klausimynas	Amžius 8-11 metų (n=23) Amžius 12-15 metų (n=22)	$\bar{x} \pm SD$	Skirtumas tarp tiriamųjų grupių
Bendras burnos sveikatos poveikio skalės balas	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	103,74 ± 18,06 104,45 ± 15,12	0,71
Su burnos sveikata susijusi gerovė	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	26,91 ± 4,98 25,41 ± 5,65	1,5
Funkcinė gyvenimo gerovė	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	16,70 ± 4,30 17,77 ± 4,29	1,07
Socialinė-emocinė gyvenimo gerovė	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	24,70 ± 6,89 25,36 ± 5,38	0,66
Mokyklos aplinka	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	12,91 ± 3,16 13,77 ± 2,47	0,86
Savęs suvokimas	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	16,70 ± 4,07 18,59 ± 4,34	1,89
Gydymo lūkesčiai	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	5,61 ± 1,53 6,09 ± 1,57	0,48
Bendra sveikatos būklė	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	2,57 ± 0,95 3,86 ± 0,83	1,29
Bendra burnos sveikatos būklė	Amžius 8-11 metų Amžius 12-15 metų	2,17 ± 0,83 2,41 ± 0,91	0,24
p<0.05*, p<0.01**			

klausimų formuluotės tiriamiesiems nebuvo galutinai aiškios, atliktos atitinkamos korekcijos. Iš viso tyrime dalyvavo ir standartizuotą COHIP klausimyną užpildė 145 asmenys, bet penkios poros anketų į tyrimą nebuvo įtrauktos. Viena pora - paciento, kuris sunkiai suprato lietuvių kalbą, todėl pildė padedamas globėjos, trys poros – dėl nepilnai užpildytų klausimynų, viena pora – dėl anketoje pažymėto įgimto sindromo, turinčio įtakos psichomotoriniam vystymuisi. Tyrimo duomenys analizuoti vienodų imčių grupėse: 45 vaikai, gimę su lūpos ir/ar gomurio nesuaugimu, 45 vaikų, gimusių su nesuaugimu, tėvai ar globėjai bei 45 nesuaugimo neturintys vaikai (kontrolinė grupė).

Duomenų analizė buvo atliekama naudojant statistinį paketą *IBM SPSS Statistics 17.0 for Windows*. Taikytas dviejų nepriklausomų imčių T-kriterijus (*Independent-Samples T Test*). Statistiškai reikšmingi laikyti skirtumai, kai taikytų kriterijų reikšmė $p < 0,05$.

Tyrimo rezultatai

Tyrimo atsako dažnis buvo 100%. Iš 45 vaikų su veido nesuaugimais, 37,8% (n=17) buvo mergaitės ir 62,2% (n=28) – berniukai. Pagal amžiaus grupes 51,1% (n=23) vaikai buvo 8-11 metų amžiaus ir 48,9% (n=22) - 12-15 metų amžiaus. Iš 45 vaikų nesuaugimų grupėje 62,22% (n=28) buvo gimę su vienpusiu lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimu, 20,0% (n=9) - su izoliuotu gomurio nesuaugimu, 11,11% (n=5) su abipusiu lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimu, 2,22% (n=1) su lūpos ir alveolinės ataugos nesuaugimu, 2,22% (n=1) su izoliuotu lūpos nesuaugimu, 2,22% (n=1) su centriniu nosies, lūpos ir alveolinės ataugos nesuaugimu.

Lyginant tiriamuosius, turėjusius nesuaugimą, su kontroline grupe buvo gautas statistiškai reikšmingas skirtumas vertinant bendrą vaikų burnos sveikatos poveikio skalės balą, taip pat funkcinę gyvenimo gerovę, socialinę-emocinę gyvenimo gerovę, mokyklos aplinką, bendrą sveikatą bei bendrą burnos sveikatą (1 lentelė). Nesuaugimą turinčių pacientų balai šiuose kriterijuose buvo statistiškai prastesni.

Analizuojant tiriamųjų atsakymus skirtingose amžiaus grupėse, tiriamieji buvo padalinti į dvi grupes: 8-11 metų ir 12-15 metų (mediana – 11,7 metų; vidurkis 11,9 metų) ir taip gautos dvi pa-

lyginamos grupės. Nustatyta, kad abi tiriamųjų grupės surinko panašų bendrą burnos sveikatos poveikio skalės balą, statistiškai reikšmingas balų skirtumas nerastas nei vienoje klausimų grupėje (2 lentelė).

3 lentelė. Vaikų, gimusių su nesuaugimu, ir jų tėvų/globėjų surinktų balų palyginimas.

SD-standartinė deviacija, \bar{x} - vidurkis

COHIP klausimynas	Vaikai su nesuaugimu n=45 Tėvai/globėjai n=45	$\bar{x} \pm SD$	Skirtumas tarp tiriamųjų grupių
Bendras burnos sveikatos poveikio skalės balas	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	108,80 ± 13,26 98,49 ± 18,63	10,31**
Su burnos sveikata susijusi gerovė	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	26,24 ± 5,55 25,87 ± 5,22	0,37
Funkcinė gyvenimo gerovė	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	18,20 ± 3,52 15,87 ± 4,39	2,33**
Socialinė-emocinė gyvenimo gerovė	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	26,13 ± 4,71 22,78 ± 6,66	3,35**
Mokyklos aplinka	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	14,62 ± 1,64 12,58 ± 2,97	2,04**
Savęs suvokimas	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	18,11 ± 3,42 18,73 ± 4,04	0,62
Gydymo lūkesčiai	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	6,18 ± 1,42 5,49 ± 1,31	0,69*
Bendra sveikatos būklė	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	2,87 ± 0,78 2,78 ± 0,95	0,09
Bendra burnos sveikatos būklė	Vaikai su nesuaugimu Tėvai/globėjai	2,58 ± 0,78 2,07 ± 0,94	0,51**
$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$			

4 lentelė. Skirtingų lyčių vaikų, gimusių su nesuaugimu, surinktų balų palyginimas.

SD-standartinė deviacija, \bar{x} - vidurkis

COHIP klausimynas	Mergaitės n=17 Berniukai n=28	$\bar{x} \pm SD$	Skirtumas tarp tiriamųjų grupių
Bendras burnos sveikatos poveikio skalės balas	Mergaitės Berniukai	109,94 ± 12,45 108,11 ± 13,91	1,83
Su burnos sveikata susijusi gerovė	Mergaitės Berniukai	25,76 ± 5,18 26,54 ± 5,84	0,78
Funkcinė gyvenimo gerovė	Mergaitės Berniukai	18,76 ± 2,86 17,86 ± 3,88	0,9
Socialinė-emocinė gyvenimo gerovė	Mergaitės Berniukai	26,12 ± 4,23 26,14 ± 5,05	0,02
Mokyklos aplinka	Mergaitės Berniukai	14,94 ± 1,14 14,43 ± 1,87	0,51
Savęs suvokimas	Mergaitės Berniukai	18,24 ± 4,02 18,04 ± 3,07	0,2
Gydymo lūkesčiai	Mergaitės Berniukai	5,82 ± 1,59 6,39 ± 1,27	0,57
Bendra sveikatos būklė	Mergaitės Berniukai	2,82 ± 0,95 2,89 ± 0,69	0,07
Bendra burnos sveikatos būklė	Mergaitės Berniukai	2,59 ± 0,80 2,57 ± 0,79	0,02
$p < 0,05^*$, $p < 0,01^{**}$			

Vertinant vaikų, gimusių su veido nesuaugimais, ir jų tėvų/globėjų atsakymus nustatyta, kad tėvai/globėjai vaikų nuo burnos sveikatos priklausančią gyvenimo kokybę vertina prasčiau nei patys vaikai (3 lentelė). Statistiškai reikšmingas skirtumas gautas vertinant bendrą vaikų burnos sveikatos poveikio skalę, taip pat funkcinę gyvenimo gerovę, socialinę-emocinę gyvenimo gerovę, mokyklos aplinką, gydymo lūkesčius, bendrą burnos sveikatą.

5 lentelė. Vaikų, gimusių su skirtingais nesuaugimo tipais, surinktų balų palyginimas.

SD-standartinė deviacija, \bar{x} - vidurkis

COHIP klausimynas	Vienpusis lūpos ir gomurio nesuaugimas (n=34) Izoliuotas gomurio nesuaugimas (n=9)	$\bar{x} \pm SD$	Skirtumas tarp tiriamųjų grupių
Bendras burnos sveikatos poveikio skalės balas	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	106,54 ± 12,55	7,68
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	114,22 ± 15,17	
Su burnos sveikata susijusi gerovė	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	25,57 ± 5,15	2,43
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	28,00 ± 6,38	
Funkcinė gyvenimo gerovė	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	17,39 ± 3,53	2,05
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	19,44 ± 2,96	
Socialinė emocinė gyvenimo gerovė	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	25,21 ± 4,73	3,12
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	28,33 ± 4,12	
Mokyklos aplinka	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	14,50 ± 1,53	0,61
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	15,11 ± 1,36	
Savęs suvokimas	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	17,14 ± 2,93	2,42
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	19,56 ± 4,57	
Gydymo lūkesčiai	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	6,04 ± 1,45	0,4
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	6,44 ± 1,51	
Bendra sveikatos būklė	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	2,79 ± 0,83	0,21
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	3,00 ± 0,87	
Bendra burnos sveikatos būklė	Vienpusis lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimas	2,39 ± 0,83	0,39
	Izoliuotas gomurio nesuaugimas	2,78 ± 0,83	
p<0.05*, p<0.01**			

Lyginant skirtingų lyčių pacientų atsakymus nei vienoje klausimų grupėje statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (4 lentelė).

Analizuojant skirtingus nesuaugimo tipus, pacientai, turintys abipusį lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio (n=5), izoliuotą lūpos (n=1), centrinį nosies, lūpos ir alveolinės ataugos (n=1) bei lūpos ir alveolinės ataugos (n=1) nesuaugimą, į analizę neįtraukti dėl nepakankamos imties. Palyginus vaikus su vienpusiu lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimu bei vaikus su izoliuotu gomurio nesuaugimu statistiškai reikšmingas skirtumas tarp atsakymų nei vienoje klausimų grupėje nerastas (5 lentelė).

Diskusija

Šio tyrimo rezultatai parodo, kad burnos ir veido nesuaugimai turi reikšmingą įtaką vaiko nuo burnos sveikatos priklausančiai gyvenimo kokybei (ang. *Oral Health Related Quality of Life, OHRQoL*). Gauti rezultatai patvirtina, kad vaikų, gimusių su burnos ir veido nesuaugimais, nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė yra prastesnė. Tai ypač atsispindi vertinant jų funkcinę, socialinę-emocinę gyvenimo gerovę, savijautą, esant mokyklos aplinkoje. Taip pat jie prasčiau įvertino savo bendrą sveikatą bei bendrą burnos sveikatą. Tokie rezultatai buvo gauti ir kituose panašiuose tyrimuose [8, 9]. Visgi Čilėje atlikto tyrimo rezultatai priešingi – nurodoma, kad nesuaugimą turinčių vaikų nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė yra panaši į sveikų vaikų [10]. Taip pat Broder ir Wilson-Genderson nurodo, kad vertinant gyvenimo kokybės rezultatus svarbu atsižvelgti į tiriamojo asmens gydymo stadiją, nes randama tyrimų, kuriuose teigiama, jog vaikas su lūpos, alveolinės ataugos ir/ar gomurio nesuaugimu palaiapsniui prisitaiko prie savo paties įvaizdžio ir emocinės būklės bei pastaruosius vertina geriau dėl matomų gydymo rezultatų ar individualios adaptacijos [6]. Nei mūsų atliktame, nei anksčiau minėtuose tyrimuose į šį faktorių neatsižvelgiama, todėl tai gali būti laikoma minėtų tyrimų trūkumu.

Lyginant pacientų, gimusių su veido nesuaugimais, bei tėvų atsakymus buvo pastebėtas dėsningumas, jog tėvai žymiai prasčiau vertina atžalų gyvenimo kokybę nei patys pacientai. Mūsų atliktame tyrime buvo gautas statistiškai reikšmingai mažesnis bendras nuo burnos sveikatos priklausančios gyvenimo kokybės rezultatas. Tai ypač akivaizdu lyginant funkcinės gyvenimo gerovės, socialinės-emocinės gyvenimo gerovės bei mokyklos aplinkos kriterijus. Šie rezultatai sutampa su Maureen Wilson-Genderson ir bendraautoriių tyrimu

[11]. Jame buvo nustatytas išimtinai kaukolės-veido įgimus sutrikimus turinčių vaikų atsakymų nesutapimas su jų tėvais. Šie pacientai statistiškai patikimai geriau vertino savo būklę nei jų tėvai. Tai gali būti paaiškinama tuo, jog tėvai nuo mažens skaudžiai išgyvena savo atžalos problemas, o tai gali lemti padidintą jų rūpestį ir kartu iškreiptą mąstymą apie tikrąją vaiko būklę. Tačiau randama ir prieštarūnų rezultatų. Pavyzdžiui, tiriant 11-14 metų amžiaus vaikų ir jų motinų išsakomą nuo burnos sveikatos priklausančią gyvenimo kokybę, rasta, jog motinos ją vertino geriau [12]. Šias išvadas reiktų vertinti atsargiai, nes minėto tyrimo imtis nebuvo didelė, taip pat kokybės įvertinimui naudota kita – „Vaiko nuo burnos sveikatos priklausančios gyvenimo kokybės anketa“ (*angl. Child Oral Health Quality of Life Questionnaire*). Apibendrinant, mūsų tyrimo rezultatai šiuo klausimu gali būti vertinami dvejopai. Viena vertus, prastesnius tėvų atsakymus galėjo lemti jų ankstesni išgyvenimai. Tai iškelia dar vieną – psichologinės pagalbos tėvams problemą. Tačiau, kita vertus, 8-15 metų amžiaus vaikai galėjo tinkamai nesuprasti anketos arba ignoruoti savo problemas ir taip iškreipti rezultatus labiau teigiama linkme.

Lygindami skirtingas amžiaus grupes, nei vienoje klausimų grupėje statistiškai reikšmingo skirtumo neradome. Manome, kad lyčių ir nesuaugimų tipų pasiskirstymas abiejose grupėse įtakos neturėjo, nes tarp skirtingų lyčių bei nesuaugimų tipų atsakymų statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas. Tyrimui antrina ir kitos atliktos studijos, kuriose reikšmingas skirtumas tarp amžiaus grupių nerastas nei viename klausimų pogrupyje [13, 14].

Tyrimai rodo, jog nepilnamečių nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė skiriasi priklausomai nuo lyties. Pavyzdžiui, 12 Europos šalių ir 21 590 bendros populiacijos vaikų apimanti studija nurodė, jog didėjant mergaičių amžiui nuo 8 iki 18 metų jų subjektyviai vertinama nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė mažėjo žymiai labiau nei berniukų [15]. Tačiau tarp įgimtą veido nesuaugimą turinčių pacientų aiškių dėsningumų rasti sunku, nes trūksta didelės imties tyrimų. Mūsų tyrime lyginant berniukų ir mergaičių atsakymus nei vienoje gyvenimo kokybės klausimų grupėje statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas. Svarbu paminėti, jog mergaičių ir berniukų skaičius išsiskyrė atitinkamai 17 ir 28 tiriamųjų bei nebuvo atsižvelgta į skirtingus nesuaugimų tipus tarp lyčių, o tai galėjo sąlygoti atsakymų paklaidas. Taip pat lyginome bendrai 8-15 amžiaus vaikus, nes dalinant tiriamuosius į 8-11 ir 12-15 metų grupes gaunama nereprezentatyvi imtis statistinei analizei. Jokio statistinio reikšmingumo tarp lyčių nebuvo rasta ir Olandijoje atliktame tyrime [16]. Taigi, remiantis mūsų atliktu tyrimu galima teigti, jog specialių gydymo modifikacijų atsižvelgiant į paciento lytį nereikia. Tai sutampa su Olandijos tyrėjų

duomenimis. Tačiau šios išvados nėra kategoriškos, nes labai svarbu yra lyginti vyrų bei moterų grupes, kurios suskirstytos pagal nesuaugimo tipą, kadangi šis kriterijus turi didelę įtaką fenotipiniams požymiams. Yra žinoma tik keletas tyrimų, kuriuose paauglių socialiniai-emociniai veiksniai vertinami atsižvelgiant ir į lytį, ir į nesuaugimo tipą. Pacientai skirstyti į turinčius matomą ir nematomą nesuaugimą. Nustatyta, kad nepasitenkinimas išvaizda ir didesnė rizika depresijos požymiams atsirasti būdinga mergaitėms [17, 18].

Mūsų atliktoje studijoje buvo lyginami tik vaikai, turintys vienpusį lūpos, alveolinės ataugos ir gomurio nesuaugimą su izoliuotu gomurio nesuaugimu. Tačiau imčių pasiskirstymas buvo nevienodas (atitinkamai $n=28$ ir $n=9$). Lyginant šias tiriamųjų grupes statistiškai patikimo skirtumo tarp bendro COHIP balo ar atskirų klausimų grupių nebuvo. Rastas tik nedidelis tyrimų skaičius, kur būtų lyginama nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė vaikų su skirtingais burnos ir veido nesuaugimo tipais. Eslami ir kt. darbe tiriamieji buvo padalinti į dvi grupes: vienpusiai lūpos ir gomurio nesuaugimai bei dvipusiai lūpos ir gomurio nesuaugimai. Lyginant bendrą COHIP bei atskirų pogrupių surinktą taškų skaičių, statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių nerastas [14].

Bos A. ir Prahl C., lygindami gyvenimo kokybės rodiklius tarp vaikų su skirtingais nesuaugimo tipais, analizavo 4 vaikų grupes: vaikus su izoliuotais gomurio nesuaugimais, vaikus su lūpos arba lūpos ir alveolinės ataugos nesuaugimais, vaikus su vienpusiu lūpos ir gomurio bei vaikus su dvipusiu lūpos ir gomurio nesuaugimais. Nustatyta, kad tiriamieji su izoliuotu lūpos bei lūpos ir alveolinės ataugos nesuaugimais surinko didžiausią funkcinės gyvenimo gerovės pogrupio balą. Daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta [16].

Vertinant vaikus, turinčius skirtingus burnos ir veido nesuaugimus, reikėtų atkreipti dėmesį, kad kiekvienam jų taikomas skirtingas individualus gydymas, taip pat skirtingas tiriamųjų amžius, todėl kiekvieno vaiko gydymo stadija skirtinga. Šie faktoriai gali iškreipti rezultatus esant sąlyginai nedidelei tiriamųjų imčiai aptartuose tyrimuose.

Šis tyrimas neremiamas, nefinansuojamas ir autoriams interesų konflikto nebuvo.

Išvados

1. Pacientų, gimusių su lūpos, alveolinės ataugos ir/ar gomurio nesuaugimu nuo burnos sveikatos priklausanti gyvenimo kokybė yra prastesnė nei sveikų vaikų.
2. Tėvai savo vaikų, gimusių su nesuaugimu, gyvenimo kokybę vertina blogiau, nei patys vaikai.

3. Amžiaus grupė, lytis bei nesuaugimo tipas neturi įtakos gyvenimo kokybei.

Literatūra

1. Mossey P a, Shaw WC, Munger RG, Murray JC, Murthy J, Little J. Global oral health inequalities: challenges in the prevention and management of orofacial clefts and potential solutions. *Adv Dent Res* 2011;23:247–58.
<https://doi.org/10.1177/0022034511402083>
2. Mossey P a, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet* 2009;374:1773–85.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60695-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60695-4)
3. Rumsey N, Stock NM. Living with a cleft: psychological challenges, support and intervention. In: Berkowitz S. (eds) *Cleft Lip and Palate*. Springer, Berlin, Heidelberg, 2013.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-30770-6_45
4. Ruscello D. Treatment of velopharyngeal closure for speech: Discussion and implications for management. *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis*, 2007; 2(1): 55–75.
<https://doi.org/10.1037/h0100212>
5. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* 2011;90:1264–70. doi:10.1177/0022034511399918.
<https://doi.org/10.1177/0022034511399918>
6. Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the child oral health impact profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:20–31.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.0002.x>
7. El Osta N, Pichot H, Soulier-Peigue D, Hennequin M, Tubert-Jeannin S. Validation of the child oral health impact profile (COHIP) french questionnaire among 12 years-old children in New Caledonia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015;13:176. doi:10.1186/s12955-015-0371-9.
<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0371-9>
8. Ward J a, Vig KWL, Firestone AR, Mercado A, da Fonseca M, Johnston W. Oral health-related quality of life in children with orofacial clefts. *Cleft Palate Craniofac J* 2013;50:174–81. doi:10.1597/11-055.
<https://doi.org/10.1597/11-055>
9. Antonarakis GS, Patel RN, Tompson B. Oral health-related quality of life in non-syndromic cleft lip and/or palate patients: a systematic review. *Community Dent Health* 2013;30:189–95.
10. Aravena PC, Gonzalez T, Oyarzún T, Coronado C. Oral health-related quality of life in children in Chile treated for cleft lip and palate: a case-control approach. *Cleft Palate Craniofac J* 2015;54:15–20.
<https://doi.org/10.1597/15-095>
11. Wilson-Genderson M, Broder HL, Phillips C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:32–40.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00403.x>
12. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Guyatt G. Agreement between mothers and children aged 11–14 years in rating child oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:335–43.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2003.00012.x>
13. Ward JA, Vig KWL, Firestone AR, Mercado A, da Fonseca M, Johnston W. Oral health-related quality of life in children with orofacial clefts. *Cleft Palate Craniofac J* 2013;50:174–81. doi:10.1597/11-055.
<https://doi.org/10.1597/11-055>
14. Eslami N, Majidi MR, Aliakbarian M, Hasanzadeh N. Oral health-related quality of life in children with cleft lip and palate. *J Craniofac Surg* 2013;24:e340-3.
<https://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31828b743b>
15. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Qual Life Res* 2009;18:1147–57.
<https://doi.org/10.1007/s11136-009-9538-3>
16. Bos A, Prah C. Oral health-related quality of life in Dutch children with cleft lip and/or palate. *Angle Orthod* 2011;81:865–71.
<https://doi.org/10.2319/070110-365.1>
17. Feragen KB, Kvale IL, Rumsey N, Borge AIH. Adolescents with and without a facial difference: The role of friendships and social acceptance in perceptions of appearance and emotional resilience. *Body Image* 2010;7:271–9.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.05.002>
18. Crerand CE, Sarwer DB, Kazak AE, Clarke A, Rumsey N. Body image and quality of life in adolescents with craniofacial conditions. *Cleft Palate-Craniofacial J* 2017;54:2–12.
<https://doi.org/10.1597/15-167>

ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH OROFACIAL CLEFTS

L. Zaleckas, L. Linkevičienė, G. Aidukaitė, G. Bagušauskaitė
Key words: cleft lip, cleft palate, caregivers, quality of life, oral health, COHIP.

Summary

In Lithuania, approximately one of 700–800 infants born alive has a cleft lip, cleft alveolar process and/or cleft palate. It is a complex pathology that involves anatomical, physiological and psychological processes that changes the quality of life.

The aim of the work is to evaluate patients with cleft lip and/or palate oral health related quality of life (OHRQoL) and to assess whether OHRQoL differs between children with different cleft types, between age groups and genders. Also, to identify the difference between responses of children with orofacial clefts and their caregivers.

Materials and methods. 45 patients with cleft lip and/or palate

from Žalgiris Clinics of Vilnius University Hospital, as well as one of their caregivers and 45 controls completed a Lithuanian version of standardized questionnaire – Child Oral Health Impact Profile (COHIP) with the purpose to evaluate self reported OHRQoL. Children age was 8-15 years.

Results. Children with orofacial clefts had statistically significant poorer quality of life ($p < 0.001$). The average overall score of the COHIP was $108,80 \pm 13,26$ for the group of children with cleft and $125,78 \pm 11,43$ for the control group. Mostly, this is seen then evaluating Functional Well-being, Social-emotional Well-being, School Environment, Global Health ($p < 0.001$) and Global Oral Health ($p = 0.05$). There was no statistically significant difference between answers of different age groups, genders and different type of clefts. Also, there was found that caregivers assessing oral health related quality of life worse than their children, espe-

cially Functional Well-being, Social-emotional Well-being, School Environment and Global Oral Health.

Conclusions. Presence of an orofacial cleft significantly decreases oral health related quality of life in children. Caregivers reported worse oral health related quality of life of their children than did the children themselves. Age, gender and cleft type have no impact on oral health related quality of life.

Correspondence to: aidukaitegr@gmail.com

Gauta 2018-02-27
