

массы тела 2 ст. – 2), из них один ребенок наблюдался у эндокринолога с 6 до 10 лет с диагнозом алиментарно-конституциональное ожирение.

Выводы:

1. 2/3 детей, имевших в раннем возрасте белково-энергетическую недостаточность, к школьному возрасту сохраняют отклонения в физическом развитии, у них формируется разнообразная соматическая патология.

2. Участковые педиатры уделяют недостаточное внимание детям, имеющим белково-энергетическую недостаточность, в большинстве случаев не проводят комплексное обследование и реабилитацию этих детей.

3. Необходимо проводить обучающие семинары для участковых педиатров с целью улучшения диагностики и реабилитации детей с белково-энергетической недостаточностью.

Литература:

1. Клиническая диетология детского возраста. Рук-во для врачей. Под ред. Т.Э.Боровик, К.С.Ладодо. М.: Медицина, 2008. 606 с.

2. Скворцова В. А., Нетребенко О. К., Боровик Т. Э., Нарушения питания у детей раннего возраста // Лечащий врач, 2011, № 1, с. 23-27.

3. Sermet-Gaueilus I., Poisson-Salomon A.S., Colomb V. Et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition // AJCN. 2000. V. 72. P. 64–70.

4. Bhutta Z.A. Micronutrient needs of malnourished children // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. 2008. V. 11, № 3. P. 309–314.

5. Комарова О. Н., Хавкин А. И. Недостаточность питания у детей раннего возраста: патогенез, диагностика, диетологическая коррекция // Лечащий врач, 2014, № 9, с. 26-29.

ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ РЕБЕНКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РОДИТЕЛЕЙ

Волкова О. А., Шпаков А. И.*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»;

*Учреждение образования «Гродненский государственный университет имени Я. Купалы», г. Гродно, Беларусь

Сегодня одной из глобальных проблем мирового здравоохранения становится бронхиальная астма (БА). Согласно

данным Международного конгресса по астме (США, 2004), в мире зарегистрировано более 300 млн пациентов с этой болезнью. БА является наиболее распространенным хроническим заболеванием детского возраста, частота которого в развитых странах составляет 4-12%. В России распространенность БА среди детей достигает 5-10%. Хронический характер течения БА, необходимость длительной фармакотерапии, невозможность выполнения определенных видов физических нагрузок, ограничения в выборе профессии и социальной активности оказывают существенное негативное влияние на качество жизни детей с БА, а также на качество жизни членов их семей.

С развитием концепции социальной обусловленности здоровья активно начала развиваться и новая парадигма клинической медицины, основанная на приоритете качества жизни. В конце 1990-х годов Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует рассматривать качество жизни как индивидуальное соотношение положения человека в жизни общества, в контексте культуры и систем ценностей этого общества, с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства. Согласно определению ВОЗ, «качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются» [1]. Другими словами, качество жизни – степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества [2].

В настоящее время общепринятым является изучение КЖ с помощью специальных анкет (опросников). Больше всего анкет создано для изучения КЖ при онкологических заболеваниях, поскольку для таких пациентов КЖ – второй (после выживаемости) по значимости критерий оценки результатов лечения [3].

На современном этапе нормализация КЖ рассматривается в качестве одной из ключевых задач при лечении большинства аллергических заболеваний. В литературе встречаются публикации о КЖ детей с бронхиальной астмой, сезонным аллергическим ринитом, атопическим дерматитом, хотя большинство исследований с оценкой КЖ в педиатрии проведено у детей, больных бронхиальной астмой (БА) [4]. Несомненно, при лечении

детей, больных БА, повышение их КЖ также является одной из приоритетных задач. Эмоциональные факторы, ограничения в социальной сфере, зависимость от факторов внешней среды, сопровождающие ребенка, больного астмой, с первых лет жизни, могут оказаться для него и его родителей важнее самих симптомов болезни [5].

Цель исследования: изучение качества жизни (КЖ) родителей в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой, проживающих в г. Гродно.

Методы исследования. В исследовании принимали участие 192 человека – родители детей с БА, постоянно проживающие в г. Гродно. В качестве основного инструмента исследования был использован опросник, состоящий из 15 вопросов, касающихся КЖ родителей.

Результаты исследования изложены в таблице.

Таблица 1 – Качество жизни родителей детей с бронхиальной астмой

Как часто за последние 2 недели:	Постоянно, %	Очень часто, %	Часто, %	Иногда, %	Редко, %	Очень редко, %	Никогда, %
Из-за болезни ребенка Вы отказывались от встреч с друзьями и знакомыми	9,5	13,5	10,5	18,9	22,4	14,1	10,9
Из-за болезни ребенка Вам не хватало времени отдохнуть и развлечься, заняться любимым делом	7,8	14,6	10,9	19,3	23,4	15,6	8,3
Из-за болезни ребенка Вы находились в подавленном состоянии	10,9	10,9	15,1	34,9	18,2	5,7	4,2
Отмечались ли у ребенка симптомы заболевания	0	15,6	13,0	28,1	30,2	9,9	3,1
Из-за болезни активность ребенка была ограничена	12,5	7,3	14,1	28,6	27,1	7,3	3,1
Из-за болезни ребенка Вы стали слишком мало времени уделять близким (супруг (а), второй ребенок, родители)	20,8	24,0	18,8	20,3	13,0	3,1	0
В связи с болезнью ребенка Вы чувствуете	8,9	21,9	9,9	19,8	27,1	6,3	6,3

себя беспокойно							
Вы волнуетесь в связи тем, что из-за болезни ребенок находится в сложной жизненной ситуации	14,1	15,1	9,4	22,9	27,6	6,8	4,2
Из-за болезни ребенка Вы переживаете за его будущее	14,1	15,1	9,4	17,7	30,2	5,2	8,3
Болезнь ребенка повлияла на Вашу профессиональную деятельность	17,2	20,3	17,7	20,3	13,5	6,3	4,7
В болезни ребенка Вы вините себя и считаете себя плохим родителем	43,2	25,0	10,4	13,5	6,8	1,0	0
Болезнь ребенка влияет на материальное положение всей семьи	15,1	24,0	17,2	19,8	16,1	5,7	2,1
Из-за болезни ребенка Вы чувствовали ограничения в выполнении ежедневных домашних обязанностей	2,6	8,3	8,9	9,9	17,2	26,0	27,1
Из-за болезни ребенка Вы чувствовали ограничения в проведении свободного времени вне дома	11,5	8,3	12,0	12,0	15,6	26,0	14,6
Из-за болезни ребенка Вы чувствовали ограничения в выполнении профессиональных обязанностей	3,6	6,8	10,9	12,5	15,1	23,4	27,6

Выводы. Оценка качества жизни выявила низкие показатели КЖ родителей в семьях детей, страдающих БА. В психологической сфере низкие показатели в основном проявляются чувством вины за болезнь ребенка, избытком отрицательных эмоций, беспокойством. В физической сфере преимущественно обнаружены недостаточная активность в повседневной жизни и невозможность полноценно отдохнуть. В социальной сфере выявлены ограничения в выполнении профессиональных обязанностей и снижение материального достатка семьи.

Учитывая, что большинство детей в семьях, где было проведено анкетирование, часто или периодически имеют симптомы БА, что приводит к ограничению активности, медицинским специалистам необходимо больше внимания уделять контролю за проведением базисной терапии у детей с БА, организации астма-школ и психокоррекционной работе в семьях детей с БА.

Литература:

1. Сурмач, М. Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем: монография / М. Ю. Сурмач. Гродно: ГрГМУ, 2013.- 228с.
2. Глинская, Т. Н. Динамика показателей заболеваемости детей в Республике Беларусь / Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева // Современные подходы к продвижению здоровья: Материалы III Международной научно-практической конференции, Гомель: ГомГМУ, 2010. С. 29 – 31.
3. Жерносек, В. Ф. Качество жизни и его особенности у детей с аллергическими заболеваниями / В. Ф. Жерносек, М. Е. Новикова // Медицинские новости. 2004. №11. С.25-30.
4. Геппе, Н. А. Влияние интервальной гипоксической тренировки на качество жизни детей с бронхиальной астмой / Н. А. Геппе, Т. В., Курчаков и др. // Мед. помощь. 2003. № 3. С.29 – 33.
5. Петров, В. И. / Качество жизни при бронхиальной астме: методы оценки в педиатрической практике / В. И. Петров, И. В. Смоленов и др. // Рос. Педиатр. Журнал. 1998. № 4. С.16 – 21.

SPIN-код 9709-3382

БИОМИНЕРАЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОЛИТОВ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

*Горбачевский П. Р., Юрага Т.М.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь; *ГУО «БелМАПО», г. Минск, Беларусь

Заболевания мочевыделительной системы занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости детей во всем мире. В нашей стране с 2006 г. Наблюдается положительная динамика в отношении данной патологии. Так, если в 2006 г. Было зарегистрировано 3435,4 случая на 100 тыс. детского населения, то