

вых детей. У детей с БА при сравнении со здоровыми в нарушении КЖ повышена роль физического функционирования (PF – 83,7 баллов), ролевого функционирования (RP – 62,5 баллов), боли (BP – 11,2 балла), общего здоровья (GH – 45 баллов) и эмоционального функционирования (RE – 70,4 баллов). У детей с АР по результатам анкетирования только один показатель – боль, имел значение в нарушении КЖ (BP – 1,7 баллов). Сравнительный анализ показателей КЖ у детей с АР и БА показал, что у больных с АР в нарушении КЖ усилена роль боли (BP: АР 1,7 баллов, БА – 11,2 балла), общего здоровья (GH: АР – 40,1 балла, БА – 45 баллов), социального функционирования (SF: АР – 5,8 баллов, БА – 56 баллов) и психического здоровья (MH: АР – 76,5 баллов, БА – 79,5 баллов). У детей с БА по сравнению с детьми с АР большее значение в нарушении КЖ отводится физическому функционированию (PF: БА – 83,7 баллов, АР – 94,6 баллов), ролевому функционированию (RP: БА – 62,5 баллов, АР – 81,2 балла), жизненной активности (VT: БА – 73,1 балла, АР – 75,4 баллов), эмоциональному функционированию (RE: БА – 70,4 баллов, АР – 85,9 баллов). В нарушении КЖ детей с АЗ установлено усиление «физического компонента здоровья» (здоровые – 60, 3 баллов, АЗ – 51, 4 баллов: БА – 50,6 баллов, АР – 54,4 балла).

Выводы. Таким образом, показатели КЖ детей с АЗ определяется тяжестью заболевания (у детей с БА КЖ ниже, чем у детей с АР). Снижение КЖ детей с АЗ обусловлено усилением «физического компонента здоровья».

Литература

1. Новик, А.А. Исследование качества жизни в педиатрии / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: РАЕН, 2008. – 108 с.

ВЛИЯНИЕ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА НА ПРОЦЕССЫ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ

Шепетько М. М.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент Шуст О.Г.

Введение. Теоретической предпосылкой для работы является предположение о том, что лихорадка участвует в противоопухолевой защите.

Цель работы: установить зависимость между появлением злокачественных новообразований и температурной реакцией организма.

Задачи исследования:

1. Сформировать группу пациентов со злокачественными новообразованиями. Оценить данные текущего наблюдения за больными: температурный лист, анамнез, анализы.
2. Разработать анкету для учета уровня температурной реакции в анамнезе жизни на простудные заболевания (ОРВИ, грипп и др.)
3. Оценить полученные результаты.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили наблюдения за пациентами, лечившимися по поводу злокачественных новообразований различной локализации в Минском городском онкологическом диспансере. Детально изучался анамнез их жизни, данные температурных листов. Особое внимание акцентировалось на присутствие или отсутствие повышения температуры тела выше 37°C в течение жизни при различных видах простудных и воспалительных заболеваниях. Этот признак выявлялся при помощи разработанной нами анкеты. В анкете пациентов просили ответить на следующие вопросы:

1. Наблюдается ли у Вас повышение температуры выше 37°C при простудных заболеваниях (ОРВИ, грипп и др.)? (Отметить: да; нет).

2. Указать уровень подъема температуры при них: 37–37,5°C; 37,5–38°C; выше 38°C.

Результаты. Изучение данных температурных листов показало, что у 85% пациентов со злокачественными новообразованиями повышение температуры за время наблюдения не отмечалось и только 15% имели незначительное повышение температуры субфебрильного характера. Максимальное значение температуры (37,7°C) было зафиксировано у пациента с периферическим раком легкого в стадии распада опухоли, что позволяет сделать предположение о том, что повышение температуры обусловлено наличием очага перифокального воспаления в зоне распада рака.

Анкетирование показало, что все пациенты с солидными новообразованиями отмечают выраженный уровень повышения температуры на простудные заболевания в анамнезе жизни до появления онкопатологии. Пациенты с системными опухолями, такими как лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы, отрицают наличие лихорадки или отмечают слабо выраженное повышение температуры в ответ на инфекционные агенты, вызывающие простудные заболевания, до появления онкозаболевания в анамнезе.

Выводы:

У пациентов со злокачественными новообразованиями температурная реакция не выражена.

У пациентов с распространенным опухолевым процессом повышение температуры носит симптоматический характер и не достигает высоких значений.

Пациенты с системными опухолевыми заболеваниями не имеют выраженной температурной реакции на инфекционные агенты в анамнезе, что, косвенно указывает на наличие дефекта в их иммунной системе.

Литература:

1. Д. Касчиато Онкология - «Практика» Москва, 2008.
2. Ф.И. Висмонт, Е.В. Леонова, А.В. Чантурия. Общая патофизиология – Минск, 2011.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УШНОГО ШУМА У ДЕТЕЙ

Шикасюк В. П., Костюкович С. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – к. м. н., доцент Алещик И. Ч.

Введение. Шумом в ушах называют восприятие звука человеческим ухом, возникающие без участия звуковых колебаний окружающей среды. Субъективный патологический шум ощущает только сам больной. Ушной шум не отдельная самостоятельная болезнь, а чаще это сопутствующий симптом, как осложнение других заболеваний.

Актуальность исследования определяется прежде всего тем, что в последние годы растёт число детей, страдающих ушным шумом. Он создает определённые проблемы в психическом и эмоциональном развитии ребёнка, может мешать нормальному сну, учёбе, работе, вызывать тревожность, также может спровоцировать стресс, в редких случаях депрессию.

Цель работы: изучить эпидемиологию и особенности ушного шума у детей младшей, средней и старшей школьной возрастной категории (от 8 до 17 лет).

Материалы и методы. Всего обследовано 1408 детей в возрасте от 8 до 17 лет, учащихся учебных заведений города Гродно: ГрГГ, СШ № 12, СШ № 38, Лицея №1, СШ № 18, а также находящихся на лечении в УЗ «ГОКБ». Из них: 1-я группа - дети 8-11 лет – 291 (20,6%) чел., 2-я группа - 12-13 лет – 287 (20,4%) чел., 3-я группа - 14-15 лет – 505 (35,9%) чел., 4-я группа - 16-17 лет - 325 (23,1%) чел.