

(n=22, старшая группа). Поскольку (с учетом особенностей зрения) дети не могли самостоятельно заполнять опросники, ответы были получены методом интервьюирования.

Анализ качества жизни слепых и слабовидящих детей показал, что почти все показатели (физическое, эмоциональное, социальное функционирование) у детей в возрасте 13–17 лет достоверно выше, чем в младшей возрастной группе. Не установлено различия лишь в показателе школьного функционирования. Оценивая полученные результаты, можно сделать вывод, что качество жизни слепых и слабовидящих детей с возрастом улучшается. Возможно, это связано с адаптацией к условиям специализированного учреждения, лучшей социализацией таких детей среди себе подобных, организованным соответствующим образом досугом.

Было проведено сравнение качества жизни у детей с нарушениями зрения и их здоровыми сверстниками. Полученные результаты показывают, что качество жизни слепых и слабовидящих детей достоверно ниже, чем у детей без нарушения зрения. Исключение составляет лишь эмоциональное функционирование у подростков в возрасте 13–17 лет, которое у детей с нарушением зрения страдает в меньшей степени, чем остальные аспекты качества жизни. Отмечались возрастные особенности – в младшей группе наиболее уязвимыми параметрами качества жизни оказались физическое и социальное функционирование, в то время как у более старших детей – социальное и школьное.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о снижении качества жизни у детей с нарушениями зрения, а знание особенностей этих нарушений может помочь при разработке программ реабилитации и оценке их эффективности.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Парханович В.В., Будник Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – ассистент Волкова О.А.

Бронхиальная астма является одной из актуальных проблем современной педиатрии. Несмотря на то, что в последние годы разработаны национальные программы по ее диагностике и лечению, заболевание остается серьезной глобальной проблемой для систем здравоохранения многих стран мира.

Цель исследования – проанализировать, обобщить и сравнить данные о лечении бронхиальной астмы у детей, находившихся в стационарных условиях УЗ «ГОДКБ» и на дому в 1998 и 2009 гг.

Под наблюдением находилось 100 детей с бронхиальной астмой, отобранные случайным методом. Были выделены 2 группы: 1-я (50 детей) находилась на стационарном лечении в 1998 году, 2-я (50 детей) – в 2009 году.

В ходе обследования удалось получить следующие результаты. Для снятия приступа в домашних условиях в 1998 г. наиболее часто использовался эуфиллин (42%), тогда как в 2009 г. только в 28% случаев. β_2 -агонисты (сальбутамол, асталин) в домашних условиях в 1998 г. использовали только 10% детей, в 2009 г. – 72% пациентов. Антигистаминные препараты для лечения сопутствующих аллергических заболеваний 2-я группа детей использовала значительно чаще, чем 1-я (32% и 8%, соответственно).

В качестве базисной терапии бронхиальной астмы в домашних условиях дети 1-й группы использовали кетотифен (8%), кромоны (интал, тайлед) – 8%, преднизолон внутрь – 2% пациентов. В 2009 г. базисная терапия у детей проводилась чаще и в основном другими препаратами: ингаляционные глюкокортикостероиды (будесонид, будекорт, беклат, фликсотид, серетид) – 42%, кромоны – 16%.

В стационарных условиях для снятия приступа бронхиальной астмы у детей 1-й группы преимущественно использовались эуфиллин (в 56% случаев), глюкокортикостероиды (преднизолон в/мышечно, в/в, внутрь) – в 30% случаев, β_2 -агонисты – в 36%, антигистаминные препа-

раты – в 38%, отхаркивающие средства – в 28%. У детей 2-й группы приступ купировали с помощью β 2-агонистов (100%), отхаркивающих препаратов (56%), эуфиллина (18%), глюкокортикоидов только в 10% случаев при тяжелой астме у детей. В стационаре базисная терапия у детей 1-й группы в 64% проводилась кромонами и только у 12% детей – ингаляционными глюкокортикоидами, тогда как у детей 2-й группы в стационаре качестве базисной терапии использовались только ИГКС в 64% случаев.

Выводы:

За 10 лет существенно изменилась терапия бронхиальной астмы у детей, как в период обострения, так и в период ремиссии.

Широкое внедрение ингаляционного способа введения лекарственных препаратов (β 2-агонистов, ИГКС) позволило существенно ограничить применение системных глюкокортикоидов и эуфиллина, что позволяет на современном этапе избежать многих побочных действий медикаментозной терапии, улучшить качество жизни больных бронхиальной астмой.

ВЛИЯНИЕ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ НА ПРОЦЕСС ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Пархимович О.А., Савич С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научные руководители – д.м.н., профессор Мармыш Г.Г.; к.м.н., доцент Карлюк В.А.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки является распространенным заболеванием, встречающимся у 10–13% лиц с заболеваниями органов пищеварительной системы и у 1–3% взрослого населения. Эта патология входит в семерку заболеваний, в этиопатологии которых значительную роль играют психогенные факторы. Несмотря на это, в комплексном лечении язвенной болезни психотерапевтические методы воздействия на этих пациентов применяются неоправданно редко.

Цель: изучить влияние тренированной мышечной релаксации на эффективность лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Материалы исследования. Всего обследовано 52 пациента хирургического отделения городской клинической больницы №4 с ЯБЖ и 12-перстной кишки.

Методы исследования. Клинический: жалобы больных, данные объективного обследования (анализ историй болезни) и инструментальных исследований (ФГДС); клинико-психологический: беседа, наблюдение, тестирование (модифицированный личностный опросник FPI вариант В), метод цветowych выборов (модификация восьмицветового теста Люшера Л. Н. Собчик), экспериментальное исследование. 26 человек вошли в основную группу, 26 – в контрольную. Мужчин было 34, женщин – 18. Пациенты опытной группы применяли мышечную релаксацию на протяжении всего лечения. При анализе историй болезни за критерий оценки состояний больных были выбраны койко-дни, так как выписывались больные по результатам ФГДС, и болевой симптом.

Результаты исследования. Общее количество койко-дней для опытной группы составило на 5 дней меньше (2.1%). При анализе болевого симптома выяснилось: опытная группа – у 19 пациентов боли ушли на 3-и сутки (73%), у 7 пациентов – боли ушли на 4-е сутки (27%); контрольная группа – у 21 пациента боли ушли на 3-е сутки (80,8%), у 5 пациентов – боли ушли на 4-е сутки (19,2%). Психологическое тестирование выяснило: при анализе теста FPI (вариант В): невротичность у (100%) – 52 пациента, общительность ≤ 4 у – 34 пациента (65.4%), раздражительность ≥ 7 у – 45 пациентов (86.5%), открытость > 3 у – 49 пациентов (94.2%). По результатам теста Люшера были выявлены следующие закономерности наиболее часто встречающихся характеристик: 1 этап. Опытная группа (актуальное состояние): стресс, повышенный самоконтроль, защитные внешнеобвиняющие тенденции, ригидность, зависимость самооценки от мнения окружающих, фрустрация потребности в самореализации. Контрольная группа результатом не отличалась. 2 этап. Опытная группа: оптими-