

ное лечение, т.е. этот диагноз выставлен на первом году жизни. В дальнейшем течение муковисцидоза у детей характеризовалось задержкой физического развития, поражением дыхательной системы в виде аускультативных изменений (жесткое ослабленное дыхание, постоянные хрипы). Нарушения функций внешнего дыхания характеризовались рестриктивными или обструктивными изменениями при проведении спирографии. Посев мокроты на флору выявил грибы рода *Candida*, *S. Aureus*, *ps. Aeruginosa*, стрептококк. Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта проявлялись изменениями со стороны его верхних отделов (хронический гастрит, гастродуоденит, недостаточность нижнепищеводного сфинктера, отрицательный уреазный тест), поражением печени в виде хронического холестатического гепатита и развитием внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Купрулогический синдром характеризовался стеатореей, амилореей, креатореей.

Таким образом, распространённость муковисцидоза у детей Гродненской области меньше, чем по результатам других авторов, что требует улучшения диагностики этого заболевания. Диагноз муковисцидоза у детей выставляется на первом году жизни, что улучшает прогноз заболевания для них. У детей старшего возраста муковисцидоз характеризуется задержкой физического развития и изменениями со стороны функции органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, что необходимо учитывать при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий этим детям. Осложнённое течение беременности усугубляет течение муковисцидоза, вследствие чего присоединяется со стороны других систем патология, отягощающая течение основного заболевания и требующая проведения дополнительных лечебно-реабилитационных мероприятий этой категории больных.

## АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГРОДНЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ 11–17 ЛЕТ

*Ярмолик А.В., Приходько Е.С., Вильчинская Л.П.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра анатомии человека*

Оценка антропометрических показателей проводилась у 299 детей (129 мальчиков и 170 девочек), обучающихся в Гродненской городской гимназии в возрасте 11–17 лет. Исследования проводили в стабильные периоды обучения – с ноября по февраль, на базах медицинских кабинетов. Антропометрические измерения проводили на стандартном, строго выверенном оборудовании. Полученные данные анализировались общепринятыми методами вариационной статистики.

Сравнение показателей соматического развития детей в зависимости от половой принадлежности, позволило выявить достоверные различия по одному из основных антропометрических параметров – длине тела, что вполне закономерно. Нами установлено, что в 11–14 лет мальчики ниже девочек на 0,56 см, а в 15–17 лет достоверно выше на 8,84 см ( $p < 0,001$ ). Прирост длины тела к 15–17 годам у девочек и мальчиков составил 9,92 см и 19,32 см соответственно.

Во всех группах школьников показатель длины тела был ниже возрастных норм и аналогичных показателей детей средних широт Беларуси.

Анализ наиболее лабильного показателя, отражающего текущее состояние организма – массы тела показал, что он имеет сходную динамику развития (таблица).

Таблица – Показатели длины тела и массы тела Гродненских школьников (M±m)

Показатель	Мальчики	Девочки
11–14 лет (мальчики – n=87; девочки – n=112)		
Возраст, лет	12,42±0,11	12,32±0,11
Длина тела, см	143,54±1,04	144,10±0,83
Масса тела, кг	37,18±0,72	39,54±0,79
15–17 лет (мальчики – n=42; девочки – n=58)		
Возраст, лет	16,00±0,15	15,98±0,15
Длина тела, см	162,86±1,39	154,02±0,84
Масса тела, кг	51,99±1,24	48,78±0,81

Так в 11–14 лет девочки достоверно крупнее мальчиков ( $p < 0,05$ ), а к 15–17 годам масса тела мальчиков достоверно выше таковой у девочек ( $p < 0,05$ ). Прирост массы тела у девочек к 15–17 годам значительно отставал от такового у мальчиков (9,24 кг и 14,81 кг, соответственно). Отставание от возрастных норм средних широт нарастало с возрастом как у мальчиков, так и у девочек.

Согласно мнению ряда авторов [Гребнева Н.Н. и др., 2001] изменение массы тела и ее дефицит у обследованных школьников можно рассматривать как неблагоприятную тенденцию и один из факторов риска функциональных отклонений у относительно здоровых детей.

Таким образом, выявленная региональная особенность может свидетельствовать о том, что у Гродненских детей сформировалась и генетически закрепилась программа темпов роста, которая наиболее оптимальна в условиях Западного региона Беларуси.

## ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА, В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

*Сидорович Е.Г., Авдей С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра неврологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.М. Авдей*

Качество жизни (КЖ) – отражает эмоциональное, социальное и физическое благополучие человека, его способность функционировать в соответствии с обычными жизненными задачами [4]. Важна и совокупность представлений пациента о болезни, т.е. внутренняя картина болезни (ВКБ) [2, 3].

**Цель исследования:** оценить психоэмоциональное состояние, КЖ и определить типы отношения к болезни у пациентов, перенесших инфаркт головного мозга (ИМ), в восстановительном периоде с целью дифференцированного подхода к назначению лечебных мероприятий.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 12 больных мужского пола с ИМ в каротидном бассейне в восстановительном периоде (до 1 года) в возрасте от 54 до 66 лет (средний возраст –  $58,8 \pm 1,96$  лет). Все больные проходили реабилитационные мероприятия (сосудистую, метаболическую терапии, массаж, лечебную гимнастику, физиопроцедуры).

Психоэмоциональное состояние оценивали по шкалам: Бека – депрессию, Малковой-Чертовой – астению, Спилберга-Ханина – ситуативную и личностную тревожность [1]. Анализ качества жизни проводили с помощью русской версии опросника Medical Outcome Study Short Form (SF-36); внутренней картины болезни по личностному опроснику Бехтеревского института (ЛОБИ) [1].

**Результаты исследования.** У всех больных установлены легкие депрессивные расстройства ( $15,0 \pm 2,98$ ), слабая астенция ( $61,3 \pm 8,21$ ), средний уровень ситуативной тревожности ( $35,2 \pm 3,27$ ) и высокие значения личностной тревожности ( $48,8 \pm 3,83$ ). Физическая активность пациентов ограничивалась состоянием их здоровья ( $41,7 \pm 3,20$ ), но, их физическая способность выполнять бытовую работу была достаточной ( $145,8 \pm 3,45$ ). Имеющаяся головная боль у этих пациентов несколько ограничивала их способность заниматься повседневной деятельностью ( $40,2 \pm 2,89$ ). Выявлены невысокие оценки общего состояния здоровья ( $39,2 \pm 3,67$ ) и жизненной активности ( $45,8 \pm 4,0$ ). Не смотря на имеющиеся неврологические симптомы, социальная активность больных была высокой ( $64,6 \pm 2,98$ ), что указывало на достаточную эмоциональную и физическую их способность общаться с другими людьми, выполнять бытовую работу ( $222,2 \pm 5,67$ ). Субъективная оценка эмоционального состояния этих пациентов была чуть выше среднего ( $54,7 \pm 3,12$ ) и выявляла наличие депрессивных и тревожных переживаний. В целом, установлена диссоциация между низким физическим компонентом здоровья ( $41,0 \pm 2,0$ ) и достаточно высокой психологической активностью ( $80,5 \pm 3,11$ ).

У 8 (67%) пациентов обнаружены следующие типы отношения к болезни: паранойяльный, эйфорический, сенситивный, неврастенический тип.