

полиурию, полидипсию и слабость — 30 (32,3 %); рвоту — 7 (7,5 %), изменения в общем анализе мочи и биохимическом анализе крови — 15 (16,1 %). Средний уровень pH плазмы составил 7,39, у 4 пациентов наблюдался ацидоз, у 3 — алкалоз. Средний уровень фосфора в плазме 1,36 ммоль/л, кальция — 2,21 ммоль/л; креатинина — 56,7 мкмоль/л, мочевины — 6,7 ммоль/л; суточной протеинурии — 0,032 г/сутки, суточной экскреции фосфора — 11,59 ммоль/сутки. У 36 (75 %) пациентов диагностированы сопутствующие заболевания: сердечно-сосудистой системы у 12 (33,3 %) детей (вторичная артериальная гипертензия, пролапс митрального клапана, аномалии развития сердца); нервной системы — у 11 (30,6 %) (ДЦП, задержка речевого развития, мышечная дистрофия); очаги хронической инфекции — у 7 (19,4 %) (кариес, хронический пульпит, внутриутробные инфекции); эндокринной системы — у 3 (8,3%); болезни кожи — у 2 (5,6 %) (ихтиоз, атопический дерматит); синдром мальабсорбции — у 1 (2,8 %) ребенка.

Выводы

- 1) первые симптомы тубулопатий манифестировали до 1 года (68,7 %); 2) у мальчиков встречаются в 1,3 раза чаще, чем у девочек;
- 2) от момента манифестации до постановки диагноза в среднем проходило 1,9 года, что может быть связано с наблюдением пациентов в течение определенного времени врачами других специальностей (ортопеды, эндокринологи);
- 3) в структуре тубулопатий преобладали пациенты с фосфат-диабетом (29,2 %);
- 4) у 36 (75 %) пациентов диагностированы сопутствующие заболевания, среди которых наиболее часто встречались изменения со стороны сердечно-сосудистой (33,3 %) и нервной систем (30,6 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Станкевич, А. Е.* Рахитоподобные заболевания у детей: учеб.-метод. пособие / З. А. Станкевич, А. В. Сукало, Е. С. Зайцева. — Минск: БГМУ, 2010. — 32 с.
2. *Барашнев, Ю. И.* Наследственные болезни обмена веществ у детей / Ю. И. Барашнев, Ю. Е. Вельтищев. — Л.: Медицина, 1978. — 320 с.

УДК 616-052-053.2

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Марченкова А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А. Скуратова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В медицинской практике давно замечено, что процесс лечения и его эффективность зависят от личности самих больных, их отношения к своему заболеванию [1]. С целью диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) используется определенная методика опроса. Опросник включает 12 следующих тем: самочувствие, настроение, сон, аппетит, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к медперсоналу, отношение к родственникам, отношение к работе, отношение к окружающим, отношение к одиночеству, отношение к будущему. Среди типов отношения к болезни, устанавливаемые с помощью ТОБОЛ, выделяют: гармоничный — трезвая оценка своего поведения и адекватное взаимодействие с окружающими, эргопатический — «бегство в работу», неадекватное стремление продолжать работу при наличии даже серьезного за-

болевания, анозогнозический — отрицание наличия заболевания и игнорирование болезненных проявлений, тревожный — повышенный уровень тревоги, беспокойства, неадекватные опасения и мнительность в отношении своего состояния и течения болезни, ипохондрический — повышенная и устойчивая фиксация на субъективных болезненных и других неприятных ощущениях, неврастенический — реакции раздражительной слабости, низкая толерантность к болезненным ощущениям, неспособность переносить страдание, меланхолический — пессимистическая оценка своего состояния, депрессивные переживания, возможны суицидные мысли, апатический — полное безразличие к своему состоянию и будущему, потеря интереса к жизни, пассивность, сенситивный — чрезмерная чувствительность к оценкам других в отношении собственной личности, опасения возможных слухов, сплетен, а также плохого отношения окружающих в связи с наличием заболевания, эгоцентрический — демонстрация болезненных проявлений и страданий с целью привлечения к себе внимания, требование чрезмерной заботы, стремление показать свою исключительность, поиск вторичной выгоды и «бегство в болезнь». Также выделяют паранойяльный — подозрительность к лечению и медперсоналу, внешний обвинительный стиль, враждебность, наличие сверхценных идей о том, что заболевание является результатом чьего-то злого умысла, дисфорический — мрачность, озлобленность, угрюмость, ненависть к здоровым, склонность к вспышкам злобности и деспотизм в отношениях с близкими [2]. Подобные исследования у детей не проводились, поэтому важным является изучить особенности типов отношения к болезни у данного контингента пациентов.

Цель

Изучить особенности типов отношения к болезни у детей, находящихся на лечении в условиях стационара.

Материал и методы исследования

Проведено тестирование по шкале ТОБОЛ 30 детей в возрасте от 8 до 17 лет, находящихся на лечении в кардиологическом, гастроэнтерологическом и нефрологическом отделениях Гомельской областной детской клинической больницы.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре ТОБОЛ среди обследованных 30 детей выявлены следующие особенности: анозогнозический тип — у 12 (40 %) человек, эргопатический — у 6 (20 %) человек, смешанный — у 4 (13,3 %) человек, диффузный — у 4 (13,3 %) человек, гармоничный — у 2 (6,6 %) человек, сенситивный — у 1 (3,3 %) человека и тревожный — у 1 (3,3 %) человека (рисунок 1).



Рисунок 1 — Распределение типов отношения к болезни среди обследованных пациентов

В зависимости от диагноза и места нахождения детей в различных отделениях типы ТОБОЛ у детей были распределены следующим образом (таблица 1):

Таблица 1 — Распределение типов отношения к болезни у детей из различных отделений

Тип отношения к болезни	Кардиологическое	Гастроэнтерологическое	Нефрологическое
Гармоничный	1 (9 %)	1 (11 %)	0
Эргопатический	1 (9 %)	4 (44,4 %)	1 (10 %)
Анозогностический	5 (45,5 %)	1 (11 %)	6 (60 %)
Тревожный	1 (9 %)	0	0
Сенситивный	1 (9 %)	0	0
Смешанный	0	1 (11 %)	3 (30 %)
Диффузный	2 (18 %)	2 (22 %)	0

Выводы

1. В структуре ТОБОЛ у детей, находящихся на стационарном лечении, преобладают анозогностический и эргопатический типы. Это свидетельствует о том, что многие дети склонны рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний, в связи с этим нередко не считают нужным обследоваться и лечиться.

2. В кардиологическом и нефрологическом отделениях доминирует анозогностический тип, что свидетельствует о том, что дети с заболеваниями сердца и почек склонны нарушать режим и врачебные рекомендации, что может пагубно сказаться на течении болезни.

3. В гастроэнтерологическом отделении преобладает эргопатический тип, что свидетельствует об избирательном отношении детей, имеющих хронические заболевания пищеварительного тракта, к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего, стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать учебу и работу в прежнем качестве.

4. Зная тип отношения личности к болезни, можно предугадать реакцию и поступки пациента и помочь ему прийти к выздоровлению или успешно социализироваться в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман, Л. И.* Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман. — СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева, 2005. — 33 с.

2. *Лурия, Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.

УДК 616.1-053.2-07-08

СОВРЕМЕННЫЙ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ РАНЖИРОВАНИЯ ПРИЗНАКОВ

Микитюк А. В., Фёдорова В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. А. Скуратова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Борьба с заболеваниями системы кровообращения (ЗСК) у детей стала основной задачей педиатрии [1, 2]. Структура заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) в детском возрасте претерпела за последние три десятилетия существенные изменения, поэтому актуальным является оценить и проранжировать клинико-диагностические показатели ССС, что позволит выделить для каждого заболевания, ведущие клинические и функционально-диагностические особенности, оценить их значимость и составить клинический портрет пациента.