

А.Г. Чистый

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ КАК КРИТЕРИЙ СОСТОЯНИЯ ИХ ЗДОРОВЬЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Целью работы явилось изучение психологического портрета 30 детей, больных муковисцидозом и влияние основного заболевания на качество их жизни. В результате проведенного исследования было выявлено значительное снижение всех составляющих компонентов качества жизни, а именно, физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования ребенка.

Полученные показатели качества жизни, связанные со здоровьем у детей и подростков с муковисцидозом, служат весомым аргументом для включения показателя качества жизни в стандарты оказания медицинской помощи пациентам с муковисцидозом как критерия оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий и обязательного привлечения к работе с такими пациентами и их родителями психолога.

Ключевые слова: муковисцидоз, качество жизни, дети.

A.G. Chisty

THE QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS AS A MEASURE OF THEIR HEALTH STATUS

The aim of the work was to study the psychological portrait of 30 children with cystic fibrosis and the effect of the underlying disease on their quality of life. The study showed a statistically significant decrease in all components of quality of life, namely, physical, emotional, social and role functioning child. These indicators of quality of life related to health in children and adolescents with cystic fibrosis, are a powerful argument for the inclusion of indicators of quality of life in the standards of care for patients with cystic fibrosis as a criterion for evaluating the effectiveness of treatment and rehabilitation education and forced to work with these patients and their parents psychologist.

Key words: cystic fibrosis, quality of life, children.

Качество жизни является интегральной характеристикой, отражающей физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование ребенка, основанное на его субъективном восприятии [1]. Благодаря современным достижениям медицины существенно увеличилась продолжительность жизни детей с муковисцидозом, однако излечение таких больных невозможно, и они справедливо требуют хотя бы улучшения своего качества жизни.

В зарубежных исследованиях показатель качества жизни активно используется в популяционных исследованиях с целью оценки эффективности лечебных и профилактических мероприятий, определения комплексного влияния хронических заболеваний на детей [5,6]. Критерий качества жизни является неотъемлемым элементом рандомизированных исследований и фармакоэкономических расчетов [7,8].

В то же время в Беларуси, так же как и в России, несмотря на мировую практику, проблема исследования качества жизни у детей остается практически неизученной. Работы по оценке этого показателя немногочисленны, посвящены, как правило, особенностям исследования качества жизни у детей при наиболее распространенных патологиях, таких как бронхиальная астма, хронические заболевания желудочно – кишечного тракта, онкологии [9,10,11,12,13,14].

Качество жизни ребенка с хроническим заболеванием зависит от многих факторов, одним из таких факторов является степень его социальной комфортности. Традиционные методы обследования дают одностороннее представление о болезни и эффектив-

ности лечения и не позволяют оценить степень психологической, социальной дезадаптации ребенка и его отношение к своему состоянию [2].

Материал и методы

Качество жизни в наших исследованиях мы оценивали у двух групп детей с муковисцидозом (от 8 до 12 лет и от 12 до 18 лет соответственно) с помощью общего опросника PedsQL™4.0 для детей 8-12 лет и 13-18 лет соответственно. Общий PedsQL™4.0 (Varni et al., USA, 2001) состоял из 23 вопросов, объединенных в следующие шкалы: «физическое функционирование» (8 вопросов), «эмоциональное функционирование» (5 вопросов), «социальное функционирование» (5 вопросов), «ролевое функционирование – жизнь в школе/детском саду» (5 вопросов), также нами оценивалась суммарная шкала (общий балл) и психосоциальное здоровье (суммарная шкала эмоционального, социального и ролевого функционирования). Опросник разделен на блоки по возрастам – 5-7, 8-12 и 13-18 лет (формы для детей и родителей). Общее количество баллов рассчитывалось по 100-балльной шкале после процедуры шкалирования: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка.

Возрастная детерминированность основных составляющих качества жизни ребенка связана с тем, что если у взрослых показателями физической и социальной активности является профессиональная деятельность, поведение в обществе, то у детей младшего возраста - уровень игровой активности, общение с детьми. В школьном возрасте социальное функционирование проявляется в адаптации ребенка к школе,

Таблица 1. Показатели качества жизни детей, больных муковисцидозом

Параметры КЖ	Параметры качества жизни детей с муковисцидозом (n =30)		p
	До лечения	После лечения	
Физическое функционирование	41,2±16,3	45,4±15,5	>0,05
Эмоциональное функционирование	40,8±15,4	46,7±14,3	>0,05
Социальное функционирование	41,6±17,8	49,2±13,9	>0,05
Ролевое функционирование	41,6±13,7	49,2±12,3	>0,05
Психосоциальное функционирование	41,2±16,3	47,8±14,1	>0,05
Общий балл	41,3±15,6	47,7±13,6	>0,05

Таблица 2. Показатели качества жизни детей, больных муковисцидозом в зависимости от возраста

Параметры КЖ	Параметры качества жизни детей от 8 до 12 лет (n =15) (I группа)		Параметры качества жизни детей от 12 до 18 лет (n =15) (II группа)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Физическое функционирование	40,6±14,3	44,6±15,5	42,6±19,4	45,2±14,1
Эмоциональное функционирование	41,2±16,2	46,7±14,3	40,0±15,8	44,8±15,6
Социальное функционирование	42,4±16,4	49,2±13,9	40,7±18,1	46,4±14,4
Ролевое функционирование	40,6±14,1	49,2±12,3	39,4±15,6	48,8±13,6
Психосоциальное функционирование	44,1±14,7	47,8±14,1	39,9±14,9	46,9±14,6
Общий балл	44,5±15,9	47,5±14,0	40,5±16,8	46,3±14,7
P	P1>0,05 P2 - P3>0,05 P4 -	P1- P2 >0,05 P3- P4 >0,05	P1>0,05 P2 - P3>0,05 P4 -	P1- P2 >0,05 P3- P4 >0,05

P1 – достоверность различий при сравнении результатов полученных до и после лечения в группе детей от 8 до 12 лет.

P2 - достоверность различий при сравнении результатов полученных до и после лечения в группе детей от 12 до 18 лет.

P3 – достоверность различий при сравнении результатов полученных до лечения у детей в возрасте от 8 до 12 лет и детей в возрасте от 12 до 18 лет.

P4 - – достоверность различий при сравнении результатов полученных после лечения у детей в возрасте от 8 до 12 лет и детей в возрасте от 12 до 18 лет.

Оригинальные научные публикации

Таблица 3. Сравнение показателей качества жизни детей, больных муковисцидозом с показателями качества жизни детей контрольной группы.

Параметры КЖ	Параметры качества жизни детей больных муковисцидозом (n =30)		Контрольная группа (n =20)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Физическое функционирование	41,2±16,3	45,4±15,5	70,0±10,3	71,2±9,6
Эмоциональное функционирование	40,8±15,4	46,7±14,3	68,5±11,2	70,5±10,4
Социальное функционирование	41,6±17,8	49,2±13,9	71,5±10,8	72,4±12,5
Ролевое функционирование	41,6±13,7	49,2±12,3	69,4±8,4	70,2±8,4
Психосоциальное функционирование	41,2±16,3	47,8±14,1	69,8±10,4	70,8±11,2
Общий балл	41,3±15,6	47,7±13,6	69,8±10,2	70,9±10,8
P	P1>0,05 P2 - P3<0,05 P4 -	P1>0,05 P2 - P3- P4 <0,05	P1- P2 >0,05 P3<0,05 P4 -	P1- P2 >0,05 P3- P4 <0,05

P1 – достоверность различий при сравнении результатов полученных до и после лечения в группе детей с муковисцидозом

P2 - достоверность различий при сравнении результатов полученных до и после лечения у детей контрольной группы

P3 – достоверность различий при сравнении результатов полученных до лечения у детей с муковисцидозом и детей контрольной группы.

P4 - достоверность различий при сравнении результатов полученных после лечения у детей с муковисцидозом и детей контрольной группы.

Таблица 4. Сравнение показателей качества жизни детей, больных муковисцидозом с показателями качества жизни родителей данных пациентов.

Параметры КЖ	Параметры качества жизни детей больных муковисцидозом (n =30)		Показатели качества жизни детей больных муковисцидозом по оценке их родителей (n =20)
	До лечения	После лечения	До лечения
Физическое функционирование	41,2±16,3	45,4±15,5	37,5±15,2
Эмоциональное функционирование	40,8±15,4	46,7±14,3	36,2±14,8
Социальное функционирование	41,6±17,8	49,2±13,9	38,4±14,6
Ролевое функционирование	41,6±13,7	49,2±12,3	37,5±12,3
Психосоциальное функционирование	41,2±16,3	47,8±14,1	37,3±13,7
Общий балл	41,3±15,6	47,7±13,6	37,4±14,2,3
P	P1>0,05 P2 >0,05 P3-	P1>0,05 P2 - P3>0,05	P1- P2 >0,05 P3>0,05

P1 – достоверность различий при сравнении результатов полученных до и после лечения в группе детей с муковисцидозом.

P2 - достоверность различий при сравнении результатов полученных до лечения у детей с муковисцидозом с результатами оценки качества жизни их родителей.

P3 – достоверность различий при сравнении результатов полученных после лечения у детей с муковисцидозом с результатами оценки качества жизни их родителей.

его взаимоотношениях со сверстниками, школьной успеваемости

Для проведения статистического и математического анализа полученных данных использовался пакет программ STATISTICA, версия 8.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения

В ходе исследования проводилась оценка качества жизни 30 детей, больных муковисцидозом в возрасте от 8 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении 3-й детской городской клинической больницы г. Минска. Исследования проводились дважды – в начале лечения и по его окончании. По полу дети разделились следующим образом: 16 девочек и 14 мальчиков. 100% детей имели смешанную форму заболевания: 24(80%) тяжелой степени тяжести, 6(20%) средней степени тяжести. В исследуемой группе у 26(87%) детей была установлена мутация $\Delta F508$, у 4 пациентов тип мутации не определен. Средний возраст установления диагноза составляет $6,7 \pm 1,8$ месяца. Среди показателей, наиболее полно отражающих анатомо-физиологические свойства аппарата легочной вентиляции в исследуемой группе среднее значение ЖЕЛ составило $92,4 \pm 8,8\%$ от должного, ОФВ1 – $92,6 \pm 9,2\%$ от должного. В группу контроля вошли 20 детей, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении по поводу острой пневмонии и не имеющих хронической патологии.

Для 93%(28) детей были характерны признаки хронического бронхолегочного процесса, из них у 20(67%) были обнаружены бронхоэктазы различной локализации. У 100% обследованных детей выявлялись диффузные изменения печени. хроническая панкреатическая недостаточность. У 12(40%) были выявлены признаки гастропатии.

Анализ результатов исследования показал, что итоговая оценка качества жизни детей с муковисцидозом по общим параметрам была относительно низкой (таблица 1).

При сравнении группы детей в возрасте от 8 до 12 лет(I группа) с группой от 12 до 18 лет(II группа) были выявлены различия представленные в таблице 2.

В группе детей от 8 до 12 лет средний балл физического функционирования составил $42,6 \pm 19,4$, против $40,6 \pm 14,3$ в группе детей от 12 до 18 лет. Наиболее низкий показатель ($37,5 \pm 14,6$) был отмечен у 4(26,7%) детей с тяжелым течением заболевания, установленной мутацией $\Delta F508$, наличием хронического бронхолегочного процесса (пневмофиброз, распространенные бронхоэктазы), диффузными изменениями печени и панкреатической недостаточностью. У всех детей было выявлено носительство *Ps.aeruginosa* в сочетании с *St.aureus*, двое из них являлись хроническими носителями синегнойно инфекции. Среднее значение ЖЕЛ для данных пациентов было очень низким и составило $77,5 \pm 6,2\%$ от должного, ОФВ1 – $80,0 \pm 5,2\%$ от должного. Наиболее высокие показатели ($68,7 \pm 12,5$) были отмечены у 6(40%) детей. Причем четверо детей этой группы имели среднюю степень тяжести муковисцидоза, тип мутации не был установлен только у одного ребенка из данной группы, у остальных была обнаружена мутация $\Delta F508$. При микробном исследовании мокроты пациентов данной группы у 3 была выявлена острая синегнойная инфекция, у одного пациента отмечалось

хроническое носительство *Ps.aeruginosa* в сочетании с *St.aureus*. Легочная вентиляция данной группы детей характеризовалась следующими показателями: ЖЕЛ – $91,3 \pm 3,3\%$, ОФВ1 – $92,5 \pm 3,7\%$.

У детей 8(53,3%) старшей возрастной группы(от 12 до 18 лет) с тяжелым течением заболевания и установленной мутацией $\Delta F508$ были отмечены достаточно низкие показатели физического функционирования($40,6 \pm 12,9$). При сравнении данного показателя с результатами полученными в группе детей в возрасте от 8 до 12 лет, несмотря на низкие показатели функции внешнего дыхания(ЖЕЛ – $81,9 \pm 3,7\%$, ОФВ1 – $83,4 \pm 4,0\%$), была выявлена тенденция к увеличению показателя физического функционирования ($40,6 \pm 12,9$ против $37,5 \pm 14,6$ у детей младшей возрастной группы). Вероятнее всего это связано с высокими приспособительными возможностями детского организма к тяжелому постоянно прогрессирующему хроническому заболеванию.

После проведенного лечения показатели физического функционирования выросли как в группе детей младшего возраста(от 8 до 12 лет), так и в группе детей от 12 до 18 лет($40,6 \pm 14,3$ I группы против $44,6 \pm 15,5$ II группы и $42,6 \pm 19,4$ I группы против $45,2 \pm 14,1$ II группы соответственно). Достоверных различий при сравнении показателей физического функционирования до и после лечения ни в одной из групп получено не было. Вероятнее всего, это обусловлено влиянием тяжелого постоянного прогрессирующего хронического заболевания, снижающего толерантность к физическим нагрузкам, тем самым препятствующего нормальной физической активности ребенка.

Низкие показатели по шкале эмоциональное функционирование в обеих возрастных группах как до, так и после лечения ($41,2 \pm 16,2$ I группы против $40,0 \pm 15,8$ II группы до лечения и $46,7 \pm 14,3$ I группы против $44,8 \pm 15,6$ II группы после проведенного лечения соответственно) свидетельствуют о доминировании таких психоэмоциональных реакций как чувство страха, раздражительности и внутренней тревоги. Наиболее низкие показатели в группе детей от 8 до 12 лет были отмечены у 5 пациентов и составили $35,0 \pm 12,7$. Для этих детей было характерно тяжелое течение муковисцидоза с наличие признаков хронического бронхолегочного процесса, диффузными изменениями в печени. Трое детей из данной группы являлись хроническими носителями синегнойной инфекции. У всех детей установлена мутация $\Delta F508$. Средние показатели функции внешнего дыхания у этих детей составили: ЖЕЛ – $79,8 \pm 8,7\%$, ОФВ1 – $81,2 \pm 5,4\%$. Наиболее высокие показатели($43,7 \pm 12,5$) в группе детей в возрасте от 8 до 12 лет по шкале эмоциональное функционирование были отмечены у 4 детей, у троих из них степень тяжести муковисцидоза расценивалась как средняя, у всех детей установлена мутация $\Delta F508$. Показатели функции внешнего дыхания в данной группе детей были низкими и составили: ЖЕЛ – $80,0 \pm 5,8\%$, ОФВ1 – $83,2 \pm 3,8\%$. При сравнении имеющихся данных с результатами, полученными после лечения, достоверных различий получено не было, что свидетельствует о сильном влиянии тяжелого хронического процесса, массивной терапии, частых рецидивов на психоэмоциональное состояние ребенка.

У большей степени социальное функционирование

■ Оригинальные научные публикации

страдает у детей с муковисцидозом в старшей возрастной группе (40,7±18,1 против 42,4±16,4 у детей в возрасте от 8 до 12 лет). Это связано с тем, что состояние здоровья и частые госпитализации детей с муковисцидозом препятствуют нормальному общению со своими сверстниками и друзьями. Наиболее низкие показатели социального функционирования отмечены у 4 детей старшей возрастной группы (31,3±12,5) с тяжелым течением заболевания, установленной мутацией $\Delta F508$, множественными бронхоэктазами и пневмофиброзом. У всех детей данной группы в мокроте были обнаружены ассоциации *Ps.aeruginosa* и *St.aureus*. Трое детей являлись хроническими носителями синегнойной инфекции. Наиболее высокие показатели (66,7±14,4) регистрировались у 3 детей со средней степенью тяжести муковисцидоза. Более высокие баллы социального функционирования у детей младшей возрастной группы обусловлены тем, что детям с тяжелым хроническим заболеванием уделяется больше внимания со стороны родственников и родителей, заменяющих им общения со своими сверстниками. Так у детей в группе от 8 до 12 лет наиболее низкие значения (31,8±14,6) по шкале социального функционирования были отмечены у 4 детей с тяжелым течением заболевания, установленной мутацией $\Delta F508$, признаками хронического бронхолегочного процесса. Микробный пейзаж мокроты двух детей данной группы был представлен золотистым стафилококком в ассоциации с синегнойной палочкой, у одного ребенка отмечено хроническое носительство золотистого стафилококка. Достоверных различий в показателях социального функционирования до и после проведенного лечения установлено не было.

Наиболее низкие показатели (39,4±15,6) у детей старшей возрастной группы были получены при ответе на вопросы шкалы ролевого функционирования, отвечающего у детей за их «жизнь в школе». Так проблемы в ролевом функционировании связаны с пропусками занятий из-за частых госпитализаций, препятствующих усвоению школьной программы, необходимостью заниматься на дому, затруднением при выполнении заданий. В группе детей от 12 до 18 лет наиболее низкие баллы (30,2±13,6) по шкале ролевого функционирования были получены у 5 детей с тяжелым течением муковисцидоза, установленной мутацией $\Delta F508$ и низкими показателями функции внешнего дыхания (ЖЕЛ - 78,4±7,4%, ОФВ1 – 76,2±4,8%). В мокроте двух детей данной группы обнаружено хроническое носительство мукоидных штаммов *Ps.aeruginosa* в сочетании с золотистым стафилококком. У детей в возрасте от 8 до 12 лет средние значения баллов ролевого функционирования выше, чем у пациентов старшей возрастной группы и составляют 40,6±14,1. Таким образом, мы видим тенденцию к ухудшению показателей ролевого функционирования в течение времени. У детей старшей возрастной группы школу можно рассматривать как стрессовый фактор, негативно влияющий на качество жизни детей и подростков с хроническим заболеванием [2].

Нам представилось интересным сравнить показатели качества жизни детей, больных муковисцидозом, с ответами детей, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении, но не имеющих хронических

заболеваний. Полученные результаты представлены в таблице 3.

Сравнительный анализ показателей качества жизни показал достоверное снижение всех компонентов качества жизни у детей с муковисцидозом по сравнению с детьми контрольной группы. Так, у детей с острым воспалительным процессом даже нахождение в стационаре не отразилось на всех исследуемых параметрах качества жизни. Высокими, по сравнению с больными муковисцидозом, оставались как до, так и после лечения параметры физического (70,0±10,3 до лечения против 71,2±9,6 после лечения), эмоционального (68,5±11,2 до лечения против 70,5±10,4 после лечения), социального (71,5±10,8 до лечения против 72,4±12,5 после лечения), ролевого (69,4±8,4 до лечения против 70,2±8,4 после лечения) и психосоциального (69,8±10,4 до лечения против 70,8±11,2 после лечения) функционирования. В тоже время в сравнении с больными муковисцидозом эти показатели были выше в 1,5-1,7 раза выше ($p < 0,05$).

При сравнении показателей качества жизни детей с муковисцидозом с оценкой их родителей было установлено, что все шкалы функционирования родители оценивают ниже своих детей. Так, по мнению детей с муковисцидозом, их физическая активность составляла 41,2±16,3 балла, родители оценивали физическое состояние своих детей в 37,5±15,2 балла. Свое эмоциональное состояние и социальную составляющую дети так же оценивали выше своих родителей (40,8±15,4 против 36,2±14,8 и 41,6±17,8 против 38,4±14,6 соответственно). Ролевое функционирование, отвечающее за «жизнь в школе», по ответам детей составило 41,6±13,7 балла, родители этот же параметр качества жизни оценивали в 37,5±12,3 балла. Психосоциальная составляющая качества жизни была оценена детьми с муковисцидозом 41,2±16,3 балла против 37,5±12,3 балла по мнению родителей. С одной стороны это может быть связано с неправильным представлением родителями состояния своих детей, а также с повышенными требованиями к ребенку со стороны родителей. С другой – недооценка самими детьми своего состояния, либо активное отрицание хронического постоянно прогрессирующего заболевания. В силу своих возрастных особенностей не все дети могут оценить степень тяжести своего состояния, что позволяет легче переносить заболевание и адаптироваться в социуме.

Выводы

1. У пациентов с муковисцидозом с течением заболевания, требующего большого напряжения не только физических, но и эмоциональных усилий, формируются черты в психологическом портрете, которые в значительной мере будут как затруднять социальную адаптацию больного, так и снижать качество его жизни. А это в свою очередь требует проведения мониторинга изменений основных компонентов качества жизни ребенка, с целью оказания адекватной и своевременной помощи, еще на том уровне изменений, когда они еще не закрепились у ребенка.

2. Полученные показатели качества жизни, связанные со здоровьем у детей и подростков с муковисцидозом, служат весомым аргументом для включения показателя качества жизни в стандарты оказания ме-



дицинской помощи пациентам с муковисцидозом как критерия оценки эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий и обязательного привлечения к работе с такими пациентами и их родителями психолога.

3. Родители несовершеннолетних пациентов с муковисцидозом оценивали качество жизни своих детей ниже, чем сами дети. Родители глубоко переживают чувство собственной вины за передачу болезни по наследству, в результате чего родители постоянно испытывают тревогу, страх, беспомощность, которые распространяются и на ребенка. Эти факторы влияют на появление различий в оценке всех составляющих качества жизни самим ребенком и его родителями.

Литература

1. *Руководство по исследованию качества жизни в медицине.* 2-е издание. / Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 320 с.
2. *Носкова, В.А., Колбасина Е.В., Поздеева Т.В.* Качество жизни детей, больных сахарным диабетом/ В.А. Носкова, Е.В. Колбасина, Т.В. Поздеева// Медицинский альманах – 2010. - №3. – С. 93 – 96.
3. *Осипова, И.А., Блистинова З.А., Капранов А.Н., Пятова С.В.* Опыт внутривенной антибактериальной терапии на дому у детей, больных муковисцидозом/ И.А.Осипова, З.А. Блистинова, А.Н. Капранов, С.В. Пятова// Пульмонология – 2001 - Vol.11, №3, С.27-31.
4. *Минаев, С.В.* Современные подходы в изучении качества жизни у детей / С.В. Минаев, А.Б. Ходжаян, В.В. Цуциева, Н.В. Минаева, А.Н. Обедин, Ю.Н. Болотов // Медицинский вестник Северного Кавказа. -2010. – №1. – С. 77-83.
5. *Saigal, S, Stoskopf B, Pinelli J, Streiner D, Hoult L, Paneth N, Goddeeris J.,* Self-perceived health-related quality of life of

former extremely low birth weight infants at young adulthood.// *Pediatrics.* 2006 Sep;118(3):1140-8.

6. *Luis, Rajmil, Sandra Abad, Olaia Sardon et all,* Reliability and validity of the Spanish version of the TAPQOL: A health-related quality of life (HRQOL) instrument for 1- to 5-year-old children// *International Journal of Nursing Studies* 2010 Sep; P.1- 8.

7. *Шевченко, Ю.Л.* Концепция исследования качества жизни в здравоохранении / Ю.Л. Шевченко // *Мед. новости.* - 2001.- N 4.- С.51-52.

8. *Шевченко, Ю.Л.* Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России / Ю.Л. Шевченко // *Исследование качества жизни в медицине: Материалы науч. конф.* - СПб., 2000.- С. 3-22.

9. *Чучалин, А. Г., Белевский А. С., Смоленов И. В., Смирнов Н. А.* Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в России // *Атмосфера.* 2003. Специальный выпуск, ноябрь.

10. *Чучалин, А. Г., Сенкевич Н. Ю.* Качество жизни больных: влияние бронхиальной астмы и аллергического ринита // *Тер. архив.* 1998. Т. 70. № 9. С. 53-57.

11. *Скоморин, М.С.* Современные представления о хроническом гастродуодените у подростков с позиции оценки качества жизни // *Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал).* 2012. №5(13).

12. *Горбунова, В.А.* Качество жизни онкологических больных / В.А. Горбунова, В.В. Бредер // *Материалы IV Российской онкологической конференции.* — М., 2000. С.30-31.

13. *Ионова, Т. И.* Качество жизни онкологических больных / Т. И. Ионова, А. А. Новик, Ю. А. Сухонос // *Вопр. онкологии.* 1998. Т. 44, №6. - С.749-752.

14. *Мандров, С.И.* Качество жизни детей с гастродуоденальной патологией / С.И. Мандров, Е.В. Селезнева, Т.Л. Лайкова и др. // *Материалы VII конгресса педиатров России.* М., 2002. - С. 177.

Поступила 29.05.2013 г.