

А.В. Налетов<sup>1</sup>, Ю.С. Вьюниченко<sup>2</sup>, И.В. Коктышев<sup>1</sup>

## ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

<sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
283003, пр. Ильича, 16, тел. +38-(062)-344-40-01, e-mail: contact@dnmu.ru;

<sup>2</sup>Городская детская клиническая больница № 2, 283012, ул. Словацкая, 23а, г. Донецк

### Резюме

Основопологающими рекомендациями по диагностике и лечению функциональных гастроинтестинальных расстройств у пациентов разного возраста являются Римские критерии IV. На современном этапе терапия большинства заболеваний требует особого внимания не только со стороны лечащего врача, но и со стороны больного. В свою очередь, при лечении пациентов детского возраста контроль над соблюдением проводимой терапии в большей степени ложится не на пациента, а на его родителей, контролирующих режим приема препаратов. Целью работы было определение влияния уровня родительской комплаентности в отношении проводимой их ребенку терапии на динамику показателей качества жизни детей старшего школьного возраста с синдромом раздраженного кишечника. Для оценки качества жизни у пациентов был использован опросник SF-36. Установлено, что комплаентность родителей к проводимому их детям лечению играет важную роль в отношении динамики показателей качества жизни как интегрального показателя здоровья пациента. Выявлено, что высокий уровень родительской приверженности к терапии функционального гастроинтестинального расстройства, проводимой их ребенку, приводит к более выраженной положительной динамике показателей качества жизни.

*Ключевые слова:* родительская комплаентность, синдром раздраженного кишечника, дети.

A.V. Nalyotov<sup>1</sup>, Yu.S. Vunichenko<sup>2</sup>, I.V. Koktyshov<sup>1</sup>

## THE EFFECTS OF PARENTAL COMPLIANCE ON QUALITY OF LIFE IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

<sup>1</sup>Donetsk National Medical University named after M. Gorky;

<sup>2</sup>City children's clinical hospital № 2, Donetsk

### Summary

The Rome criteria IV are basic recommendations for the diagnosis and treatment of functional gastrointestinal disorders in patients of different ages. At the present time, the therapy of most diseases requires special attention not only from the treating physician, but also from the patient. In turn, in the treatment of children, the monitoring of compliance with the treatment is carried out not by the patient, but by his parents who control the regimen of taking medications. The aim of the study was to examine the influence of the level of parental compliance in relation to their child therapy on the dynamics of indicators of quality of life of children of secondary school age with irritable bowel syndrome. The SF-36 questionnaire was used to assess the quality of life in patients. It was found that the parental compliance to the treatment of their children plays an important role in relation to the dynamics of the quality of life as an integral indicator of the patient's health. It was revealed that a high level of parental compliance to therapy of the functional gastrointestinal disorder, conducted to their child, leads to a more pronounced positive dynamics of quality of life.

*Key words:* parental compliance, irritable bowel syndrome, children.

Успешный результат лечения любого заболевания зависит от регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача. Несмотря на внедрение в современную практическую медицину новых медикаментозных схем, лечение множества заболеваний в амбулаторной практике остается резистентным к проводимой терапии в связи с тем, что сам пациент активно не поддерживает и не контролирует (по разным причинам) прием назначенных ему препаратов. Активное участие в процессе лечения самого больного и строгое соблюдение назначенных ему медикаментозных схем, а также диетотерапия, являются важными составляющими успеха терапии любого заболевания [3].

По определению Всемирной организации здравоохранения, комплаентность – соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием пре-

паратов, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни [5, 6]. Часто под комплаентностью понимается осознанное сотрудничество врача и пациента, а также членов его семьи, выступающее обязательным условием любого лечения и обеспечивающее ее эффективность.

Особую группу среди пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта составляют больные детского возраста. Терапия заболеваний пищеварительной системы в педиатрической практике в большинстве случаев проходит в амбулаторных условиях. В таких случаях контроль над соблюдением рекомендованной врачом диеты, режимом и приемом препаратов ложится не на самих пациентов, а на их родителей. Уровень комплаентности родителей больных детей во многом зависит от внутрисемейных взаимоотношений, осо-

бенностей распорядка дня в семье, занятости родителей на работе, отношений членов семьи к ребенку и его болезни [2].

В основе понятия качества жизни (КЖ) лежит ощущение полноценности собственного существования и полного здоровья. Оценка КЖ человека в современной системе здравоохранения рассматривается как интегральная характеристика его состояния, состоящего из физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, в основе которого лежит субъективное восприятие [4]. Важным итогом любого лечебного процесса является не только его радикализм по отношению к заболеванию, но и улучшение состояния больного применительно ко всем сферам его деятельности по окончании лечения. Информация об индивидуальном психологическом и социальном состоянии больного в связи с болезнью в большинстве случаев остается без должного внимания. Однако именно позиция личного восприятия состояния основных функций организма в условиях патологического процесса и проводимого лечения имеет решающее значение и в большинстве случаев определяет течение и прогноз заболевания [1].

Наиболее распространенным инструментом для оценки КЖ является использование разработанных опросников. Большинство стандартизированных анкет включают вопросы относительно физического здоровья, психологического, эмоционального статуса и удовлетворенности жизнью. В зависимости от выполняемых задач различают 2 вида опросников: общие и специальные. Общие опросники разработаны для оценки всех аспектов КЖ как здоровых, так и больных

людей, независимо от характера заболевания. Специальные опросники оценивают тяжесть заболевания и функциональные ограничения, специфические для конкретных нозологических форм. Несмотря на то, что общие опросники менее чувствительны в изучении изменения специфических для болезни симптомов, они более надежны в оценке возможностей выполнения большого круга ежедневных обязанностей, состояния душевного здоровья и рабочей активности пациента [1].

Оценка КЖ пациента в последние годы используется и в педиатрической практике. Установлено, что ухудшение показателей здоровья изменяет КЖ ребенка [1, 7]. Принимая во внимание особенности детского возраста в виде отсутствия жизненного опыта, зависимость от семейных и средовых факторов, незрелость физиологических и психологических процессов, несформированность социальных отношений, изучение КЖ ребенка призвано охарактеризовать степень его адаптации в медико-биологическом и социальном плане [1]. Оценка показателей КЖ детей может быть завершающим этапом в анализе эффективности медицинских вмешательств, в профилактике и лечении заболеваний. Использование общих опросников, таких как опросник SF-36, допускается к применению и в подростковом возрасте [1, 4].

*Цель работы* – изучение влияния уровня родительской комплаентности в отношении проводимой их ребенку терапии на динамику показателей КЖ детей старшего школьного возраста с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

### Материалы и методы

На базе Городской детской клинической больницы № 1 г. Донецка и Медицинского центра «Гастролан» г. Донецка было обследовано 105 детей старшего школьного возраста (12-17 лет) с СРК с преобладанием диареи (СРК-Д). Диагностика заболевания основывалась на использовании Римских критериев IV диагностики и лечения функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИР).

Всем детям с целью терапии СРК-Д амбулаторно было назначено комплексное лечение в течение месяца, которое включало специальную диету low-FODMAPs, энтеросорбенты (гранулированный активированный уголь), пробиотик, содержащий *Saccharomyces boulardii*, координатор кишечной моторики (тримебутина малеат), комплексный фитопрепарат STW5, полученный путем спиртовой экстракции из девяти лекарственных растений.

Перед началом лечения исходно с родителями пациентов, включенных в исследование, было проведено анонимное анкетирование с определением уровня их комплаентности в отношении проводимой их ребенку терапии при помощи разработанного нами опросника. Анкета включала 6 вопросов, на которые родители отвечали «да» или «нет».

1. Забывали ли Вы когда-либо дать ребенку препараты?

2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств?

3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если ребенок чувствует себя хорошо?

4. Если ребенок чувствует себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием препаратов?

5. Можете ли Вы в связи с негативной реакцией ребенка на прием лекарства отказаться от следующего приема лекарства?

6. Можете ли Вы без консультации с лечащим врачом самостоятельно заменить назначенный препарат в лечении Вашего ребенка на «более эффективный и безопасный» по Вашему мнению?

Оценка результатов: 6 «нет» – родители комплаентны, 5-4 «нет» – частично комплаентны, 3 «нет» – не комплаентны.

Исходя из результатов анкетирования, в первую группу сравнения вошло 42 ребенка с низким уровнем родительского комплаенса. Во вторую группу – 35 детей с частичной родительской комплаентностью. Третью группу составили 28 детей, имеющих комплаентных родителей. Статистически значимой разницы по возрасту и по полу между группами сравнения не выявлено ( $p > 0,05$ ). Группу контроля составили 25 здоровых детей.

Оценку КЖ проводили у всех пациентов при поступлении и через месяц на фоне проведения терапии при помощи опросника SF-36, который состоит из 36 вопросов и имеет 8 шкал, оценивающих физические

(«физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «интенсивность болевых ощущений», «общее здоровье») и психологические («жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье») составляющие здоровья. Полученные ответы оценивались в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует более высокому КЖ.

### Результаты и обсуждение

Выявлено, что наличие СРК, несмотря на функциональный генез заболевания, приводит к значительному снижению КЖ ребенка. Так, значения показателей по шкалам физического и психологического здоровья у пациентов с СРК-Д исходно были статистически значимо ( $p<0,05$ ) ниже относительно детей группы контроля.

Перед началом исследования средние значения показателей КЖ по всем шкалам не имели статистически значимого уровня отличия ( $p>0,05$ ) между группами пациентов с СРК-Д (табл. 1).

Таблица 1

Показатели КЖ среди обследованных групп пациентов перед началом лечения ( $\bar{X}\pm m$ , Me, Min – Max)

| Шкала                                  | Первая группа (n=42)                                  | Вторая группа (n=35)                                  | Третья группа (n=28)                                  | Группа контроля (n=25)                     |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Физическое функционирование            | 74,9 $\pm$ 0,9 <sup>1</sup><br>Me=70,0<br>(70,0–90,0) | 74,4 $\pm$ 1,0 <sup>1</sup><br>Me=70,0<br>(60,0–90,0) | 74,6 $\pm$ 1,1 <sup>1</sup><br>Me=70,0<br>(70,0–85,0) | 89,2 $\pm$ 1,1<br>Me=90,0<br>(80,0–100,0)  |
| Ролевое физическое функционирование    | 66,1 $\pm$ 1,9 <sup>1</sup><br>Me=75,0<br>(50,0–75,0) | 67,1 $\pm$ 2,0 <sup>1</sup><br>Me=75,0<br>(50,0–75,0) | 65,2 $\pm$ 2,4 <sup>1</sup><br>Me=75,0<br>(50,0–75,0) | 92,0 $\pm$ 2,4<br>Me=100,0<br>(70,0–100,0) |
| Интенсивность боли                     | 46,9 $\pm$ 2,1 <sup>1</sup><br>Me=50,0<br>(20,0–70,0) | 46,9 $\pm$ 2,1 <sup>1</sup><br>Me=50,0<br>(20,0–70,0) | 48,2 $\pm$ 2,3 <sup>1</sup><br>Me=50,0<br>(30,0–70,0) | 91,6 $\pm$ 1,0<br>Me=90,0<br>(80,0–100,0)  |
| Общее состояние здоровья               | 30,7 $\pm$ 1,0 <sup>1</sup><br>Me=30,0<br>(20,0–40,0) | 34,1 $\pm$ 0,9 <sup>1</sup><br>Me=35,0<br>(20,0–40,0) | 32,7 $\pm$ 1,1 <sup>1</sup><br>Me=32,5<br>(20,0–40,0) | 81,4 $\pm$ 0,5<br>Me=80,0<br>(80,0–85,0)   |
| Жизненная активность                   | 49,8 $\pm$ 0,9 <sup>1</sup><br>Me=50,0<br>(40,0–65,0) | 50,0 $\pm$ 1,1 <sup>1</sup><br>Me=50,0<br>(40,0–65,0) | 48,4 $\pm$ 1,2 <sup>1</sup><br>Me=50,0<br>(40,0–60,0) | 72,2 $\pm$ 0,6<br>Me=70,0<br>(65,0–70,0)   |
| Социальное функционирование            | 62,5 $\pm$ 1,2 <sup>1</sup><br>Me=63,0<br>(50,0–75,0) | 63,5 $\pm$ 1,4 <sup>1</sup><br>Me=63,0<br>(50,0–75,0) | 61,8 $\pm$ 1,8 <sup>1</sup><br>Me=63,0<br>(50,0–75,0) | 81,8 $\pm$ 1,3<br>Me=88,0<br>(75,0–88,0)   |
| Ролевое эмоциональное функционирование | 61,5 $\pm$ 2,2*<br>Me=67,0<br>(34,0–100,0)            | 62,3 $\pm$ 3,4*<br>Me=67,0<br>(34,0–100,0)            | 63,5 $\pm$ 2,6*<br>Me=67,0<br>(34,0–100,0)            | 92,1 $\pm$ 2,9<br>Me=100,0<br>(67,0–100,0) |
| Психическое здоровье                   | 74,9 $\pm$ 0,4 <sup>1</sup><br>Me=76,0<br>(68,0–80,0) | 75,0 $\pm$ 0,5 <sup>1</sup><br>Me=76,0<br>(68,0–80,0) | 74,4 $\pm$ 0,6 <sup>1</sup><br>Me=76,0<br>(72,0–84,0) | 84,6 $\pm$ 0,7<br>Me=84,0<br>(80,0–88,0)   |

Примечание. <sup>1</sup> – отличие от группы контроля статистически значимо ( $p<0,05$ ).

При проведении анкетирования с целью оценки КЖ при контрольном исследовании через 1 месяц после начала проведения комплексного лечения СРК-Д у обследованных пациентов нами были выявлены значимые отличия между группами сравнения (табл. 2).

Для оценки результатов количественных характеристик в работе приводится значение среднего арифметического ( $\bar{X}$ ) оцениваемого параметра, значение ошибки среднего (m), медианы (Me), минимума (Min) и максимума (Max) значений. Перед началом анализа выборки проверялись на нормальный закон распределения. Для проведения сравнения в более чем двух группах был использован критерий Крускала – Уоллиса.

Установлено, что во всех группах пациентов на фоне проводимого лечения отмечена положительная динамика показателей КЖ. Так, показатели по шкалам КЖ при контрольном исследовании во всех группах были статистически значимо ( $p<0,05$ ) выше относительно соответствующих показателей перед началом лечения, что указывает на эффективность проводимой терапии в отношении улучшения как физического, так и психологического аспектов здоровья детей с СРК-Д на фоне купирования клинической симптоматики.

Таблица 2

Показатели КЖ среди обследованных групп пациентов после лечения ( $\bar{X}\pm m$ , Me, Min – Max)

| Шкала                                  | Первая группа (n=42)                                       | Вторая группа (n=35)                                     | Третья группа (n=28)                                  | Группа контроля (n=25)                     |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Физическое функционирование            | 77,9 $\pm$ 0,73 <sup>3,4</sup><br>Me=80,0<br>(70,0–90,0)   | 78,3 $\pm$ 0,73 <sup>4</sup><br>Me=80,0<br>(70,0–85,0)   | 87,3 $\pm$ 1,0<br>Me=90,0<br>(80,0–100,0)             | 89,2 $\pm$ 1,1<br>Me=90,0<br>(80,0–100,0)  |
| Ролевое физическое функционирование    | 73,8 $\pm$ 1,2 <sup>3,4</sup><br>Me=75,0<br>(50,0–100,0)   | 76,4 $\pm$ 2,0 <sup>3,4</sup><br>Me=75,0<br>(50,0–100,0) | 90,2 $\pm$ 2,4<br>Me=100,0<br>(75,0–100,0)            | 92,0 $\pm$ 2,4<br>Me=100,0<br>(70,0–100,0) |
| Интенсивность боли                     | 74,3 $\pm$ 1,1 <sup>2,3,4</sup><br>Me=70,0<br>(70,0–100,0) | 80,0 $\pm$ 1,6 <sup>3,4</sup><br>Me=80,0<br>(70,0–100,0) | 89,3 $\pm$ 1,9<br>Me=90,0<br>(70,0–100,0)             | 91,6 $\pm$ 1,0<br>Me=90,0<br>(80,0–100,0)  |
| Общее состояние здоровья               | 70,0 $\pm$ 1,1 <sup>2,3,4</sup><br>Me=70,0<br>(60,0–80,0)  | 74,6 $\pm$ 0,9 <sup>3,4</sup><br>Me=70,0<br>(70,0–80,0)  | 79,6 $\pm$ 0,5 <sup>4</sup><br>Me=80,0<br>(75,0–85,0) | 81,4 $\pm$ 0,5<br>Me=80,0<br>(80,0–85,0)   |
| Жизненная активность                   | 60,7 $\pm$ 0,72 <sup>3,4</sup><br>Me=60,0<br>(55,0–70,0)   | 64,0 $\pm$ 0,9 <sup>3,4</sup><br>Me=60,0<br>(60,0–75,0)  | 71,3 $\pm$ 0,5<br>Me=70,0<br>(65,0–75,0)              | 72,2 $\pm$ 0,6<br>Me=70,0<br>(65,0–70,0)   |
| Социальное функционирование            | 73,1 $\pm$ 1,1 <sup>2,3,4</sup><br>Me=75,0<br>(63,0–88,0)  | 75,3 $\pm$ 1,7 <sup>3,4</sup><br>Me=75,0<br>(63,0–88,0)  | 80,6 $\pm$ 1,2<br>Me=75,0<br>(75,0–80,0)              | 81,8 $\pm$ 1,3<br>Me=88,0<br>(75,0–88,0)   |
| Ролевое эмоциональное функционирование | 73,3 $\pm$ 2,0 <sup>2,3,4</sup><br>Me=67,0<br>(67,0–100,0) | 77,4 $\pm$ 2,6 <sup>3,4</sup><br>Me=67,0<br>(67,0–100,0) | 92,9 $\pm$ 2,9<br>Me=100,0<br>(67,0–100,0)            | 92,1 $\pm$ 2,9<br>Me=100,0<br>(67,0–100,0) |
| Психическое здоровье                   | 79,4 $\pm$ 0,4 <sup>3,4</sup><br>Me=80,0<br>(76,0–84,0)    | 79,8 $\pm$ 0,3 <sup>3,4</sup><br>Me=80,0<br>(76,0–84,0)  | 83,1 $\pm$ 0,6<br>Me=84,0<br>(80,0–88,0)              | 84,6 $\pm$ 0,7<br>Me=84,0<br>(80,0–88,0)   |

Примечание. <sup>2</sup> – отличие от второй группы сравнения статистически значимо ( $p<0,05$ ); <sup>3</sup> – отличие от третьей группы сравнения статистически значимо ( $p<0,05$ ); <sup>4</sup> – отличие от группы контроля статистически значимо ( $p<0,05$ ).

Установлено, что при оценке КЖ по шкалам, характеризующим физическое здоровье, у некомплаентных пациентов при контрольном

исследовании средние значения показателей были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже относительно детей из семей с комплаентными родителями и контрольной группы. При этом по шкалам «интенсивность боли» и «общее состояние здоровья», характеризующим оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, у пациентов с частичной комплаентностью средние показатели были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) выше относительно некомплаентных пациентов.

В свою очередь, у пациентов из комплаентных семей показатели по шкалам «интенсивность боли», «физическое функционирование», отражающая степень, в которой физическое состояние пациента ограничивает выполнение основных физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.), «ролевое физическое функционирование», характеризующая повседневную ролевую физическую активность ребенка (учеба в школе, выполнение повседневных обязанностей), не имели статистически значимых отличий ( $p > 0,05$ ) от соответствующих показателей пациентов группы контроля.

При изучении показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье, установлено, что по шкалам «жизненная активность», определяющая силу и энергию ребенка, «ролевое эмоциональное функционирование», оценивающая эмоциональный статус и возможность выполнения ребенком своих повседневных социальных обязанностей, «психическое

здоровье», характеризующая настроение пациента, наличие депрессии, тревоги либо положительные эмоции, «социальное функционирование» дети из семей с комплаентными родителями имели статистически значимо ( $p < 0,05$ ) более высокие показатели относительно детей первой и второй групп сравнения и не имели статистически значимых отличий ( $p > 0,05$ ) относительно детей группы контроля по соответствующим показателям. При этом дети с частичной комплаентностью родителей имели более высокие средние показатели ( $p < 0,05$ ) по шкалам «жизненная активность», «ролевое эмоциональное функционирование», «социальное функционирование», определяющая степень, в которой физическое или эмоциональное состояние пациента ограничивает его социальную активность, относительно пациентов из семей с низкой комплаентностью.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что СРК-Д оказывает значимое влияние на КЖ ребенка, как физического, так и психологического аспектов его здоровья. Установлено, что комплаентность родителей к проводимому их детям лечению играет важную роль в отношении динамики показателей КЖ как интегрального показателя здоровья пациента. При этом выявлено, что высокий уровень родительской приверженности к терапии ФГИР, проводимой их ребенку, приводит к более выраженной положительной динамике показателей КЖ, как физического, так и психологического аспектов здоровья.

#### Литература

1. Гурова М.М., Хмелевская И.Г. Качество жизни детей с хроническими гастродуоденитами // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 11. – С. 16-22.
2. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 11 (6). – С. 5-10.
3. Налетов А.В., Налетов С.В., Баринаева А.С., Вьюниченко Ю.С. Повышение комплаентности – важный шаг в терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 3. – С. 12-15.
4. Нечитайло Ю.М. Методологічні основи оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям у дітей // Между-

народный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2013. – № 3 (2). – С. 5-13.

5. Новикова И.А., Попов В.В. Комплаентность и качество жизни психосоматических больных // Медицинская психология в России. – 2015. – № 6 (35).

6. Пиманов С.И., Дикарев Е.А., Макаренко Е.В. Приверженность к фармакотерапии – необходимое условие эффективного лечения // Лечебное дело. – 2014. – № 5 (39). – С. 47-52.

7. Чернега Н.В., Денисова М.Ф. Визначення якості життя дітей, хворих на хронічний вірусний гепатит та цирроз печінки // Перинатология и педиатрия. – 2011. – № 46 (2). – С. 56-58.

#### Literature

1. Gurova M.M., Hmelevskaja I.G. Quality of life of children with chronic gastroduodenitis // Experimental and clinical gastroenterology. – 2010. – № 11. – P. 16-22.
2. Mikirtichan G.L., Kaurova T.V., Ochkur O.A. Compliance as a medical, social and ethical problem of pediatrics // Issues of modern Pediatrics. – 2012. – № 11 (6). – P. 5-10.
3. Naletov A.V., Naletov S.V., Barinova A.S., Vjunichenko Ju.S. Improving compliance is an important step in the treatment of gastrointestinal diseases // Gastroenterology of St. Petersburg. – 2017. – № 3. – P. 12-15.
4. Nechitajlo Ju.M. Methodological bases of assessment of quality of life related to health in children // In-

ternational journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology. – 2013. – № 3 (2). – P. 5-13.

5. Novikova I.A., Popov V.V. Methodological bases of assessment of quality of life related to health in children // Medical psychology in Russia. – 2015. – № 6 (35).

6. Pimanov S.I., Dikarev E.A., Makareno E.V. Adherence to pharmacotherapy is a necessary condition for effective treatment // Medical business. – 2014. – № 5 (39). – P. 47-52.

7. Chernega N.V., Denisova M.F. The definition of quality of life of children suffering from chronic viral hepatitis and cirrhosis of the liver // Perinatology and pediatrics. – 2011. – № 46 (2). – P. 56-58.



**Координаты для связи с авторами:** Налетов Андрей Васильевич – д-р мед. наук, доцент кафедры педиатрии и детских инфекций Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, тел. +3095-123-49-99, e-mail: nalyotov-a@mail.ru; Вьюниченко Юлия Сергеевна – врач-педиатр Городской детской клинической больницы № 2 г. Донецка, тел. +3099-650-78-73, e-mail: yvunichenko@gmail.com; Коктышев Игорь Витальевич – канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения и истории медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, e-mail: koktishev@gmail.com.



УДК 613.27

О.А. Сенькевич, Ю.Г. Ковальский, Е.Г. Рябцева, В.М. Пикалова

## МОНИТОРИНГ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЙОДОМ НАСЕЛЕНИЯ Г. ХАБАРОВСКА

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, г. Хабаровск

### Резюме

Проблема йододефицита существует в большинстве стран мира, во многих странах ситуация находится под контролем. Наименее затратный, простой и эффективный способ контроля обеспеченности человека йодом – мониторинг содержания йода в моче в популяции, употребление в пищу продуктов, богатых йодом и всеобщее йодирование соли. В Хабаровске существует легкий дефицит йода, доказанный в предыдущих исследованиях. Цель исследования: определить обеспеченность йодом населения г. Хабаровска в сравнительном аспекте и установить содержание йода в рыбе, отловленной на территории Хабаровского края. Материалы и методы: проведено определение йодурии у здоровых добровольцев г. Хабаровска, сравнение показателей проводили с данными, полученными у жителей г. Комсомольска-на-Амуре (традиционно высокое потребление рыбы (кета) населением) и г. Биробиджана (ЕАО) (низкое потребление рыбы населением). Определено содержание йода в речной и морской рыбе, добытой в Хабаровском крае и пищевой соли из торговой сети. Результаты и обсуждение: у населения обследованных городов йодурия соответствует легкой степени йодной недостаточности, с 2007 г. уровни йодурии значительно возросли, особенно в Комсомольске-на-Амуре и Биробиджане (более чем в 2 раза) и значительно сократилась доля населения с недостаточным уровнем потребления йода. Анализ результатов содержания йода в рыбе, отловленной на территории Хабаровского края, указывает, что максимальное количество доступных форм йода содержится в таких видах морской рыбы, как кета и горбуша. В пресноводной рыбе количество йода невелико, но, тем не менее, рыба из континентальной части Хабаровского края может служить источником пищевого йода, хотя и в меньшей степени, чем морская рыба. Менее 30 % населения Хабаровского края употребляют в пищу йодированную соль, что не позволяет рассчитывать на ликвидацию йодного дефицита таким путем, однако за 10 лет на 80 % произошло увеличение доли семей, применяющих в питании пищевую йодированную соль. Полученные данные могут стать одной из главных составляющих региональной программы ликвидации йододефицита населения Хабаровского края и снижения прогрессирования депопуляционных процессов в регионе.

*Ключевые слова:* йододефицит, мониторинг, профилактика.

O.A. Senkevich, Yu.G. Kowalski, E.G. Ryabtseva, V.M. Pikalova

### MONITORING OF IODINE SUPPLY IN THE POPULATION OF Khabarovsk

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

### Summary

The problem of iodine deficiency exists in most countries of the world, in many countries the situation is under control. The least expensive, simple and effective way to control human iodine supply is to monitor the iodine content in the urine in the population, eating food rich in iodine and universal salt iodization. In Khabarovsk, there is a slight iodine deficiency, proven in the previous studies.

The goal of the study: to determine the iodine supply of the population of Khabarovsk in the comparative aspect and to find the iodine content in fish caught in the Khabarovsk territory.

Materials and methods: the determination of urine iodine content in healthy volunteers of Khabarovsk, the comparison of parameters was performed with data obtained from the residents of Komsomolsk-on-Amur (traditionally high consumption of fish (salmon) population) and the city of Birobidzhan (Jewish Autonomous region) (low consumption). The content of iodine in the river and sea fish caught in the Khabarovsk territory and food salt from a trade network is defined.