

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

^{1,3} Е.Л.ЕВДОКИМОВ, ² Л.Г.БАРАБАНОВ, ¹ Е.В.КОВАЛЕНКО, ³ О.В.ЗАРОДОВА

¹ УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер», г. Минск

² Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

³ УЗ «Минская центральная районная больница», Минский р-н

Несмотря на многочисленные исследования в дерматологии, причины, приводящие к возникновению хронической кожной патологии у детей, все еще недостаточно выяснены. Длительное изнуряющее течение хронических дерматозов с многочисленными рецидивами, как правило, приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, что влечет за собой возникновение физических и психологических нарушений с развитием признаков, характерных для синдрома хронической усталости с астенической симптоматикой, что является фоном снижения качества жизни. Этапный характер реабилитации с акцентом на обучающие программы улучшит качество жизни детей с хроническими дерматозами, в частности детей, страдающих псориазом.

Здоровье – стабильное состояние полного физического, духовного и социального благополучия, гармоничной саморегуляции и динамического равновесия со средой при отсутствии болезней и физических дефектов [6, 7, 15].

Помимо понятия «объективного здоровья», которое характеризуется приведенным выше определением, С.Б.Тихвинский выделяет «субъективное здоровье». И если к этому добавить еще субъективное отношение к окружающему миру, то мы максимально приблизимся к стандартному понятию «качество жизни». Понятие носит скорее субъективный характер, но его субъективные составляющие заслуживают большего внимания при решении вопроса о здоровье пациента по сравнению с традиционно используемыми биомедицинскими показателями. Объективизации помогают определенные методики [4, 7, 9, 10, 15, 19, 20, 21].

ВОЗ рекомендует определять качество жизни как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства [2, 7, 15].

Медицинские аспекты качества жизни включают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков) и наступающего в результате болезни ограничения функциональной способности, а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного. Оценивая здоровье и его влияние на качество жизни, особенно в случае хронических заболеваний, можно следить за эффективностью лечения и реабилитационных мероприятий [15].

При исследовании качества жизни в области педиатрии необходимо отметить следующую важнейшую деталь. Если у взрослых показателями физической и социальной активности являются профессиональная деятельность, поведение в обществе, то у де-

тей младшего возраста – уровень игровой активности, общение с детьми, а в школьном возрасте – адаптация ребенка в школе, его взаимоотношения со сверстниками, школьная успеваемость. Окружение играет гораздо более важную роль в детском возрасте, нежели у взрослых. Количество исследований качества жизни в педиатрии на порядок меньше, чем у взрослых. Вместе с тем актуальность данной проблемы не вызывает сомнений, ибо здоровье ребенка относится к основополагающим факторам качества жизни населения [10].

К вопросам, оценивающим качество жизни, предъявляют такие требования, как многомерность, простота и краткость заполнения, возможность применения в различных языковых, социальных культурах. Эффективность использования методик, оценивающих качество жизни, определяется их психометрическими свойствами: валидностью, надежностью и чувствительностью [2, 4].

Возраст детей влияет на вид и формат вопросника. По данным большинства авторов, минимальный возраст, в котором дети могут адекватно участвовать в оценке своего качества жизни – 5 лет. Поэтому рекомендуется использовать опрос не только детей, но и родителей, и во многих вопросниках присутствуют параллельные формы для родителей. Вопросник должен быть максимально коротким, но при этом не терять своей универсальности и надежности. Дети до 8 лет в основном используют крайние варианты ответов. Альтернативой для маленьких детей является использование картинок или визуальных аналоговых шкал. Существуют сложности и с определением периода, за который оценивается качество жизни. Для маленьких детей лучше связывать период с определенным событием, например последним посещением врача. Обязательным является подписание родителями и детьми старше 7 лет информированного согласия [10].

Для оценки качества жизни детей наиболее часто пользуются такими вопросниками, как Pediatric quality of life questionnaire-PedsQL (J.W. Varni et al., USA, 2001), Qualite de vie du Nourisson – QUALIN (S. Manificat, A. Dazord, France, 2000), Child health questionnaire – CHQ (J.E. Landgraf et al., USA, 1997), шкала Пирс-Харис модифицированная [7, 10].

Pediatric quality of life questionnaire - PedsQL (J.W. Varni et al., USA, 2001) имеет широкий возрастной диапазон (от 2 до 18 лет), наличие параллельных форм для родителей и модулей для различных заболеваний [10].

Child health questionnaire – CHQ (J.E. Landgraf et al., USA, 1997) существует в трех модификациях. Родительская форма вопросника разработана для оценки качества жизни детей от 5 лет, детская – от 10 лет [10].

Qualite de vie du Nourisson- QUALIN (S. Manificat, A. Dazord, France, 2000) предназначен для оценки качества жизни детей от 3 мес. до 3 лет, имеет четыре формы и заполняется родителями и педиатром [10].

Шкала Пирс-Харис, модифицированная (ШПХМ), предназначена для исследования качества жизни методом субъективной самооценки у детей начиная с 10-летнего возраста, а у детей более раннего возрастного периода – с помощью их родных, близких, а также воспитателей и педагогов в качестве экспертов. Это синтетическая шкала, составленная на основе шкал «Детская Я-концепция» Пирс-Харис (Piers E.V., 1969), адаптированного личностного опросника для детей типа Айзенка (Панасюк А.Ю., 1977) и конференционной системы оценки здоровья пациента (The Patient Evaluation and Conference System – PECS) (Havey R.F. et al., 1981; Silverstein B. et al., 1991). [7]

Необходимость оценки качества жизни у больных с патологией кожи объясняется рядом факторов. Согласно данным зарубежных исследователей, заболевания кожи формируют область качества жизни, которая может быть опасной для прогноза заболевания. Эти влияния пока не отражены в существующих критериях тяжести заболевания кожи и могут включать в себя психологические стрессы, состояния замешательства, чувство вины, позора, а также психологический дискомфорт. Со временем влияние этих факторов может привести к заметному уменьшению стабильности в эмоциональном состоянии, социальном благополучии, производительности на работе, в учёбе, а также в личной жизни. У больных появляется гиперергическое восприятие элементов кожной сыпи, что создает ощутимое препятствие в повседневной жизни, например при купании, одевании, а также ведет к изменению внешнего вида. Заболевания кожи могут привести к значительным ограничениям в физическом, эмоциональном и социальном аспектах жизни больного и повредить его карьеру [11].

У детей до 5 лет на качество жизни влияет тяжесть дерматоза, обусловленная его симптомами, изменение настроения, нарушения сна, снижение игровой активности, нарушение процессов переодевания и купания ребенка, состояние семьи. После 5 лет на первый план выходят взаимоотношения со сверстниками, совместные игры, учеба и каникулы, проблемы, связанные с лечением. В подростковом возрасте возрастает роль эмоционального и социального фактора. Учитывая указанные возрастные особенности, следует выделить одно из основных требования к структуре детского вопросника – разделение на блоки по возрастам. Чем меньше возрастной диапазон каждого блока, тем точнее результаты. Хотя четкой разграничительной линии между возрастными группами провести нельзя, правильнее говорить о динамике критериев, по которым оценивается качество жизни [10].

Вопросники для определения качества жизни у детей с патологией кожи подразделяются на частные и общие [10].

Для использования в педиатрической практике разработан специальный вопросник – Children's Dermatology Life Quality Index - CDLQI (M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, May 1993) – детский дерматологический индекс качества жизни. Данный вопросник предназначен для использования у детей в возрасте от 5 до 16 лет. Он состоит из 10 вопросов, на каждый из которых пациент самостоятельно либо с помощью родителя или опекуна должен дать 1 из 4 вариантов ответа.

Заполнение вопросника обычно не занимает более 1-2 мин. Анализ составляющих CDLQI можно проводить по 6 тематическим блокам. Подсчет CDLQI производится простым суммированием. Минимальное значение равно 0, максимальное – 30 баллам. Чем больше баллов, тем большее влияние оказывает заболевание кожи на качество жизни. Значение каждого из разделов и суммарного показателя CDLQI может быть представлено как процентное выражение максимально возможного значения конкретной шкалы. «Детский дерматологический индекс качества жизни» по методике, описанной Н. Г. Кочергиным, также оценивали в баллах. Нарушение КЖ считалось незначительным при сумме баллов до 10, умеренным – 11 – 20, выраженным – 21 – 30 баллов [2, 11, 20].

Однако данный вопросник не подходит для использования у детей моложе пяти лет, когда развивается определенная кожная патология, характерная для этого возраста. Этому недостатка лишен «младенческий дерматологический индекс качества жизни» – Infants' Dermatitis Quality of Life Index – IDQOL (M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay Jan 2000). Этот вопросник состоит из 10 основных вопросов и одного, характеризующего тяжесть атопического дерматита, который оценивается отдельно. Заполняется данный вопросник

родителями или опекуном. Оценка и подсчет IDQOL происходит аналогично CDLQI [2, 21].

Кроме того, разработан вопросник воздействия дерматита на семью – Dermatitis Family Impact Questionnaire – DFI (M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay 1995) и семейный дерматологический индекс качества жизни The Family Dermatology Life Quality Index – FDLQI (MKA Basra, AY Finlay Cardiff University 2005), которые являются параллельными формами и дополняют предыдущие методики [11, 19].

Dermatitis Family Impact Questionnaire – DFI (M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, 1995) – «вопросник воздействия дерматита на семью» помогает изучить влияние заболевания ребенка на функциональное состояние семьи в целом. Этот вопросник состоит из 10 вопросов, с амплитудой от 0 до 3 баллов. Данный инструмент изучает степень ограничения функционирования семьи в зависимости от заболевания ребенка, нарушения обычного уклада жизни семьи. Итоговое значение вопросника рассчитывается арифметическим суммированием отдельных вопросов. Возможно процентное представление значения DFI [11, 19].

Качеством жизни у детей занимается социальная педиатрия – новое направление медицинской науки, возникшее на стыке двух специальностей – социальной гигиены, организации здравоохранения и педиатрии. В задачи социальной педиатрии вписываются вопросы реабилитации и восстановительного лечения. Под реабилитацией принято понимать совокупность медицинских, социально-экономических и иных мероприятий, направленных на максимально быстрое и полноценное восстановление здоровья заболевшего и его эффективный и ранний возврат к обычным условиям жизни, труда и учебы. Реабилитация у детей, в отличие от взрослых, призвана не только восстановить функции, но и предупредить задержку в росте и развитии больного ребенка. Н.Г.Веселов, кроме этого удачного определения, формулирует принципы, которые должны быть положены в основу реабилитации больного ребенка [7].

Реабилитация должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, идти непрерывно, быть этапной и комплексной, являясь естественной и органической частью лечебных мероприятий, учитывать индивидуальные особенности личности ребенка и своеобразие патологических, морфологических и функциональных изменений. Итог реабилитации – возвращение заболевшего ребенка к обычным для него условиям жизни, воспитания, учебы, занятиям спортом, а при необратимых изменениях – адаптация к новым условиям жизни, в конечном счете – повышение качества жизни [6, 7, 15, 17].

Реабилитацию делят на 3 этапа [7]:

1. Стационарный этап – наряду с рациональной медикаментозной терапией назначаются диетотерапия, ЛФК, физиотерапия.

2. Амбулаторно-поликлинический этап – предупреждение обострений процесса, обеспечение максимально полного функционального восстановления пораженных органов и систем.

3. Санаторный этап – повышение общей резистентности организма, профилактика возможных обострений, функциональное восстановление пораженных органов и систем.

Реабилитационная программа – организационно-методическая основа реабилитационного процесса, она позволяет всесторонне и последовательно обеспечить все принципы реабилитации и достигнуть наибольшего эффекта в максимально короткий срок. Эффективность и реальность реабилитационной программы проверяется ее всесторонним анализом и определением реабилитационного потенциала. Для определения реабилитационного потенциала сопоставляются имеющиеся у ребенка морфофункциональные нарушения с прогнозируемым уровнем возможной ликвидации патологических изменений. Уточняется прогноз развития компенсации нарушенных функций и рассчитывается уровень адаптации. Решающий раздел реабилитационной программы – индивидуальный подбор средств реабилитации. Все это фиксируется документально. Ведущим документом при проведении восстановительного лечения должна быть карта реабилитации. Важным моментом при организации реабилитационных мероприятий является создание школы для детей и их родителей, на базе которой проводятся обучающие программы. Они помогают узнать основные провоцирующие факторы, способные вызвать появление или обострение данного заболевания, виды рациональной терапии [7, 6, 17].

Особенностью второй половины XX века является существенное изменение структуры заболеваемости человека, в частности болезней кожи, что характеризуется увеличением удельного веса хронических дерматозов [1, 3, 5, 9].

Длительное изнуряющее течение хронических дерматозов с многочисленными рецидивами, как правило, приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, что влечет за собой возникновение физических и психологических нарушений с развитием признаков, характерных для синдрома хронической усталости с астенической симптоматикой, что является фоном снижения качества жизни [9].

Несмотря на разнообразие средств для лечения хронических дерматозов, без активного участия детей и их родителей успех не может быть достигнут. Все большее распространение получает концепция, согласно которой, для эффективного лечения пациенты и их родители должны обладать знаниями по своему заболеванию. В настоящее время это стало возможно благодаря внедрению в практику обучаю-

щих программ «школ». Программа обучения создана с целью формирования у больных мотивации к лечению, новых психологических установок и грамотного формирования понимания сути своего заболевания, возможности его терапии и профилактики [13, 14].

Четкой картины распространенности хронических дерматозов у детей нет. Считается, что одно из ведущих мест в структуре хронических дерматозов занимает псориаз.

Псориаз (псориазная болезнь) – наследственное хроническое заболевание, связанное с нарушением кератинизации, проявляющееся характерной клинической симптоматикой с вовлечением в различной степени других органов и систем [3, 12, 16, 18].

Псориаз подразделяется на пять форм (вульгарный, экссудативный, пустулезный псориаз, псориазная эритродермия и псориазная артропатия [12]).

Выделяют 3 стадии псориаза: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую [3].

Этиология не выяснена. По всей вероятности, псориаз – полигенная болезнь, вызванная патологической активацией Т-клеток (адаптивная иммунная система), а также аномальной пролиферацией кератиноцитов (врожденная иммунная система) [8].

Провоцирующие факторы: инфекции, особенно бактериальные; внешнее воздействие на кожу (травматизация, ожоги, обморожения); эмоциональный стресс; острые аллергические реакции; нарушение углеводного обмена; гипокальциемия; иммунодефицитные состояния; прием лекарств (бета блокаторы, препараты лития, интерферон, противомалярийные препараты); употребление алкоголя; курение; холодная погода и нехватка солнечного света [1, 3, 8, 12].

Клиническая картина. Классическим проявлением псориаза являются очаги в виде хорошо ограниченных эритематозных папул размером от 1 мм, овальной, округлой или кольцевидной формы, которые покрываются серебристо-белыми чешуйками и растут к периферии. По мере роста высыпания сливаются между собой с образованием бляшек различной величины и формы. При снятии чешуек можно получить характерные феномены: стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения (псориазная триада). Распространение может быть ограниченным (локти, колени), диссеминированным (множество элементов на различных участках тела), диффузным (слившиеся бляшки, занимающие значительные участки кожи), эритродермия (универсальное поражение кожного покрова) [1, 3, 8].

В прогрессирующей стадии происходит появление новых элементов, их рост, положительная реакция Кебнера (появление новых элементов на месте травмы), четко выявляется псориазная триада. В ста-

ционарную стадию новые элементы не появляются. В регрессирующую стадию элементы разрешаются с появлением вокруг них псевдоатрофического ободка Воронова (блестящее светлое кольцо слегка морщинистой кожи). Условно выделяют 1-й тип псориаза, который возникает чаще в детском возрасте. Этот тип характеризуется ранним началом и более тяжелым течением. У взрослых после 40–50 лет выделяют 2-й тип псориаза. В зависимости от времени года различают зимний тип, отличающийся обострениями в осенне-зимний период, летний тип, отличающийся обострениями в весенне-летний период, и смешанный тип – внесезонный [1, 3, 8].

У детей наиболее распространенной формой заболевания является каплевидный псориаз, обычно связанный со стрептококковым фарингитом. У таких пациентов наблюдаются типичные милиарные и ленткулярные папулы, распространенные по всему телу. У маленьких детей высыпания могут вначале проявиться в аногенитальной области, с выраженным экссудативным компонентом, и часто ошибочно принимаются за пеленочный дерматит. Довольно частой локализацией поражения кожи при псориазе является волосистая часть головы. Иногда в процесс вовлечены ногти на ногах и руках. Псориазная артропатия является редким явлением в возрасте до 40 лет и возникает у 5–30% пациентов с кожными проявлениями заболевания [1, 3, 8].

Тяжесть заболевания оценивается с помощью индекса PASI. Хотя 20 – 40% пациентов жалуются на зуд, почти все страдают от значительного нарушения качества жизни вследствие «физического недостатка», что приводит к отторжению в социальной сфере [1, 2, 12].

Псориаз дифференцируют с атопическим дерматитом, себорейным дерматитом, розовым лишаем, хроническим лихеноидным парapsoriasisом, красным волосатым лишаем, кожной Т-клеточной лимфомой, микозом гладкой кожи, вторичным сифилисом, чесоткой [1, 3, 8, 12].

Лечение и реабилитация детей, болеющих псориазом.

Стационарный этап.

Показания для стационарного лечения:

1. Впервые выявленный псориаз.
2. Тяжелое и среднетяжелое течение псориаза.
3. Часто и непрерывно рецидивирующий псориаз.
4. Отсутствие или недостаточность эффекта от лечения и невозможность терапии в домашних условиях.
5. Определенные контингенты: призывники, военнослужащие и заключенные.

Лечение зависит от степени тяжести. Цель терапии состоит в регрессе высыпаний (не всегда достигается) и улучшении качества жизни.

Базисную терапию на стационарном этапе составляют витамины группы В, витамин А, С, Д, гипосенсибилизирующие препараты, местная терапия, физиотерапевтическое лечение, санация хронических очагов инфекции, коррекция эндокринных и метаболических нарушений, психологическая поддержка. При торпидном тяжелом течении псориаза решается вопрос о назначении ароматических ретиноидов, цитостатиков, биологических препаратов, применении ПУВА терапии и гемосорбции. Важным моментом при организации лечебных мероприятий являются обучающие программы. Они могут быть индивидуальными, при общении доктора с пациентом, и групповые, когда создается школа для соответствующих больных.

В программу обучения для детей с псориазом входят следующие занятия:

1. Строение и функции кожи.
2. Факторы, способные вызвать появление или ухудшение симптомов псориаза.
3. Что такое псориаз.
4. Как подразделяется и выглядит псориаз.
5. От каких заболеваний надо отличать псориаз.
6. Где и как лечат псориаз.
7. Здоровый образ жизни.

Амбулаторно-поликлинический этап.

На данном этапе продолжается рациональная местная терапия. Закрепляются знания по обучающим программам. Проводится профилактика рецидивов и обострений. Она заключается в соблюдении здорового образа жизни и использовании знаний обучающих программ. Кроме того, на этом этапе можно подумать о медико-генетическом консультировании. Пренатальная и антенатальная профилактика псориаза ограничена. Однако постнатальная профилактика у детей с «латентным псориазом» может проводиться с помощью обучающих программ.

Санаторный (адаптационный) этап.

Создание отдельных санаторных групп в детских садах, санаторных школ. При возможности дети направляются в санатории с постоянным пребыванием. Там создаются условия для положительной реализации комплекса факторов, влияющих на весь организм в целом. Среди них можно отметить следующие:

1. Соответствующая диета, подобранная врачом и диетсестрой, с учетом переносимости ребенком ряда продуктов.
2. Охранительный режим, включающий режим дня и отдыха.
3. Ежедневная утренняя зарядка, плавание, прогулки на свежем воздухе.
4. Рациональное использование местных климатических факторов: лечебная вода, солнечные ванны, грязелечение, ванны с оксидатом торфа с учетом противопоказаний.

Итак, «качество жизни» служит тем параметром, с помощью которого можно объективизировать состояние пациента. Хроническое течение псориаза у детей приводит к снижению качества жизни. При проведении обучающих программ пациенты и их родители получают знания о триггерных факторах заболевания, что в будущем может способствовать продлению ремиссии и уменьшению количества обострений. Такие переменные, как сон, лечение, отношения с окружающими, тяжесть дерматоза, могут весьма существенно сказываться на качестве жизни ребенка. Оптимизация их на всех этапах лечебного процесса дает нам возможность улучшить качество жизни детей и их родителей. В связи с тем, что проблема хронических дерматозов весьма актуальна в настоящее время, комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий с акцентом на обучающие программы дает возможность улучшить качество жизни детей с хроническими дерматозами. Данную программу можно использовать на всех этапах проведения лечебного процесса.

Литература

1. Абек Д. Болезни кожи у детей: диагностика и лечение / Д. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер; пер. с англ. В.П. Адаскевич. – М. : Мед. лит., 2007. – 150 с.
2. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М. : Мед. кн., 2004. – 165 с.
3. Адаскевич В.П. Кожные и венерические болезни: учеб. рук. / В.П. Адаскевич, В.М. Козин. – М. : Мед. лит., 2006. – 677 с.
4. Адаскевич В.П., Пуртов А.В. // Мед. панорама. – 2003. – № 5. – С. 21–24.
5. Акне : клин. рекомендации по ведению больных / Рос. о-во дерматовенерологов. – М. : Дзкс-пресс, 2010. – 27 с.
6. Вальчук Э.А. Основы медицинской реабилитации. – Минск : МЕТ, 2010. – 317 с.
7. Гордеев В.И. Качество жизни (QOL)- Новый инструмент оценки развития детей / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. – СПб. : Речь, 2001. – 200 с.
8. Детская дерматология : цветной атлас и справочник / К.Ш-М. Кэйн [и др.]; пер. с англ. под ред. О.Л. Иванова, А.Н. Львова. – М. : Изд-во Панфилова ; Бинном, 2011. – 488 с.
9. Довжанский С.И. // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2001. – № 3. – С. 12–13.
10. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Валиуллина С.А., Винярская И.В. // Рос. педиатр. журн. – 2005. – № 5. – С. 30–34.
11. Кубанова А.А., Мартынов А.А. // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2004. – № 4. – С. 16–19.
12. Лукьянов А.М. Псориаз: объективизация выбора рациональной терапии : метод. пособие. – Минск: ДокторДизайн, 2011. – 191 с.
13. Принципы и тактика ведения детей и подростков с системными заболеваниями соединительной ткани : учеб.-метод. пособие / Л.М. Беляева [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2010. – 30 с.

14. Псориаз: школа для пациентов и их родственников / А.Н. Львов [и др.]. – М., 2009. – 48 с.
15. Пушкарёв А.Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов : метод. рекомендации : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 11.05.2000 г. / Белорус НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов А.Л. Пушкарёв, Н.Г. Аринчина. – Минск, 2000. – 25 с.
16. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем : рук. для практикующих врачей / под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. - М.: Литтерра, 2005. – 822 с.
17. Реабилитация детей и подростков с заболеваниями органов дыхания, пищеварения, почек, сердечно-сосудистой системы и аллергическими болезнями в условиях поликлиники: учеб.-метод. пособие / В.Ф. Жерносек [и др.]; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск: БелМАПО, 2007. – 198 с.
18. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л.М. Беляева, Е.К. Хрусталева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: Выш. шк., 2003. – 365 с.
19. Basra M.K.A., Finlay A.Y.// Br. J. Dermatol. – 2007. – Vol. 156. – P. 929–937.
21. Lewis-Jones M.S., Finlay A.Y.// Br. J. Dermatol. – 1995. – Vol. 132. – P. 942–949.
22. Lewis-Jones M.S. , Finlay A.Y., Dykes P.J.// Br. J. Dermatol. – 2001. – Vol. 144. – P. 104–110.

QUALITY OF LIFE AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH PSORIASIS

E.L.Evdokimov, L.G.Barabanov, E.V.Kovalenko, O.V.Zarodova

Causes, resulting in chronic skin pathology in children are still insufficiently known despite many studies in dermatology. The long exhausting course of chronic dermatoses with numerous relapses, as a rule, leads to excessive stress for the organism and results in physical and psychological disorders which are characteristic of chronic fatigue syndrome with asthenic symptomatology that is a background for life quality impairment. The stepwise rehabilitation with accentuated training programs will improve the quality of life for children with chronic dermatoses, particularly for those having psoriasis.

ОСОБЕННОСТИ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОГРАНИЧЕНИЯ РЫНОЧНЫХ МЕХАНИЗМОВ

А.А.ЖАДАН

2-й военный госпиталь органов пограничной службы Республики Беларусь,
д. Снов, Несвижский р-н, Минская область

Понятие рынка в применении к здравоохранению является наиболее сложной и неоднозначной научной категорией современной экономической теории.

В современной экономической литературе имеется немало определений рынка. Наличие их большого числа связано со сложностью и многоаспектностью данного экономического явления. Наиболее обобщающими из них являются следующие: рынок – это обмен, организованный по законам товарно-денежного обращения; это институт (или механизм), сводящий вместе покупателей как представителей со стороны спроса и продавцов как представителей со стороны предложения; это многосложная сфера взаимодействия покупателей и продавцов, производителей и потребителей, осуществляемого через движение цен при регулирующем воздействии институциональных норм и правил.

Из экономической теории хорошо известно, что наиболее общими предпосылками возникновения рыночных отношений служат общественное разделе-

ние труда, экономическая самостоятельность хозяйствующих субъектов и свобода экономической деятельности. Общественное разделение труда означает специализацию (дифференциацию) производителей по различным видам производственной и непроизводственной общественно-полезной деятельности. Экономическая самостоятельность (обособленность) хозяйствующих субъектов предполагает независимое принятие экономических решений и тесно связана с понятием собственности. Содержание понятия “свобода экономической деятельности” включает свободу в использовании ресурсов, свободу выбора (что производить, что покупать, кому продавать), свободу в назначении цен и свободу использования прибыли после уплаты налогов. В современных системах здравоохранения эти классические предпосылки возникновения рынка либо полностью не выдерживаются, либо выдерживаются лишь частично.