

модулирующей активностью, а при необходимости — в сочетании с антибактериальными средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранова И. П., Курмаева Д. Ю., Лесина О. Н. // Детские инфекции. — 2010. — Т. 9, № 4. — С. 25—29.

2. Крамарь Л. В., Карпущина О. А., Арова А. А. // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2011. — Т. 29, № 1. — С. 21—25.

3. Левина А. С., Железникова Г. Ф., Иванова В. В. и др. // Детские инфекции. — 2009. — Т. 8, № 1. — С. 60—64.

4. Фармакотерапия детских болезней: Руководство для врачей / Под ред. А. Д. Царегородцева. — М., 2010. — 880 с.

Е. М. Никифорова, Н. В. Коноваленко

Кафедра детских болезней педиатрического факультета ВолгГМУ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1

УДК 616.379-008.64-053.3:301.085

Проанализирована степень выраженности нарушений психоэмоционального статуса у детей с сахарным диабетом. Выявлены психологические особенности детей в зависимости от стадии сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, психоэмоциональный статус, дети.

E. M. Nikiforova, N. V. Konovalenko

FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF CHILDREN WITH DIABETES TYPE 1

The degree of intensity of abnormalities of the psychoemotional status of children with diabetes is analyzed. Psychological features of children depending on the stage of the disease are revealed.

Key words: diabetes mellitus, psychoemotional status, children.

Традиционно в медицинской науке и практике было принято обращать внимание на биомедицинские аспекты заболевания: клинические и метаболические параметры, характеризующие состояние больного и отражающие результаты лечения. Однако, будучи необходимыми и достаточными для острого заболевания, при хронических заболеваниях на первый план выдвигаются аспекты их влияния на качество жизни больного, его психический и социальный статус, как в отношении самой болезни, так и результатов ее лечения [3]. Детский возраст является периодом становления характера и формирования социально-психологической адаптации личности. Ощущение собственного несовершенства из-за возникшего заболевания нередко снижают качество жизни детей-инвалидов, способствуют формированию комплекса неполноценности, акцентуации на своем состоянии и являются причинами частых, порой серьезных нарушений эмоциональной сферы, которые усугубляют тяжесть течения заболевания. Поэтому инвалидность в настоящее время следует рассматривать не только со стороны имеющих недуг и ограничений социальных функций, но и с позиции ухудшения качества жизни. Всемирная организация здравоохра-

нения уделяет большое внимание развитию науки о качестве жизни как важному инструменту при принятии решения о методах лечения, профилактики, формах реабилитации, научных исследованиях и подготовке медицинских кадров. Оценка различных параметров качества жизни (КЖ) у детей-инвалидов, а именно: физического, психического, эмоционального, социального и функционирования в школе, облегчает проведение комплексных лечебных и реабилитационных мероприятий. Изучение качества жизни, основанное на субъективном восприятии самого человека, весьма чувствительно, и иногда более информативно, чем общепризнанные объективные критерии [1, 2]. Понятие «качество жизни» больного сложное и многогранное. Среди множества критериев можно выделить те, в которых акцент ставится на «голосе больного», они, как правило, имеют общий характер и свидетельствуют об «интеграции заболевания в повседневную жизнь больного». Среди составляющих качества жизни обычно называют функциональные возможности, восприятие, симптомы заболевания. Критериями качества жизни считают психологические, социальные и функциональные аспекты жизни, связанные с заболеванием.

Индивидуальное качество жизни определяется как оценка соответствия индивидуальных желаний и стремлений их исполнению или возможности исполнения. Это определение может быть уточнено: не просто то, что больной говорит, а то, что он говорит самому себе о том, что он есть. Определение, в котором делается попытка объединить все аспекты качества жизни, звучит следующим образом: возможности физического и социального функционирования, воспринимаемые больным как определенный уровень физического и психического благополучия.

Переходя к диабетологии, отметим, что на рубеже столетий многие медицинские проблемы, связанные с тактикой лечения сахарного диабета (СД), решены. Завершились исследования, давшие ответ на основной вопрос диабетологии о соотношении компенсации сахарного диабета и его осложнений. Разработаны терапевтические меры при всех осложнениях сахарного диабета. Обучение больных прочно вошло в арсенал лечебных средств. Однако каждый больной сахарным диабетом по-прежнему вынужден ежедневно платить «цену» за свое заболевание в разных сферах жизни [3]. Цена эта более многообразна, поэтому особое значение приобретает учет аспектов качества жизни больного.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить параметры качества жизни (диагностировать развитие эмоционально-волевой сферы) у детей с СД типа 1 (СД 1) Волгоградской области. Изучить степень выраженности нарушений психоэмоционального статуса у детей с сахарным диабетом.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика развития эмоционально-волевой сферы у наблюдаемых детей осуществлялась с применением тестов Ч. Д. Спилберга (тест на определенности личностной тревожности, ситуативной тревожности и шкала депрессии). В исследовании участвовали дети и подростки, страдающие СД 1 (73). Среди обследованных — 38 мальчиков (52 %) и 35 девочек (48 %). Средний возраст обследованных — 13 лет (от 7 до 18). Длительность течения СД: менее 5 лет — 36 детей, 5—10 лет — 25, более 10 лет — 12 детей. Были выделены 2 группы: дети, находящиеся в состоянии декомпенсации и субкомпенсации (46 и 27 человек соответственно). Исследовалась зависимость показателей тревожности и депрессии от стадии заболевания и доз заместительной инсулинотерапии (единицы на килограмм массы тела).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе детей с СД в стадии декомпенсации (46 чел.) при средней суточной дозе инсулина 1,09 ед./кг наблюдались следующие показатели:

– ситуативная тревожность: низкая — 3 чел. (6,5 %), умеренная — 32 чел. (69,5 %), высокая — 11 чел. (24 %);

– личностная тревожность: умеренная — 15 чел. (32,6 %), высокая — 31 чел. (67,4 %);

– депрессия: отсутствует — 25 чел. (54,3 %), легкая депрессия ситуативного генеза — 21 чел. (45,7 %).

Дети с высокой степенью тревожностью, как правило, выписывались в стадии субкомпенсации СД, при этом дети с умеренной — в стадии компенсации. Прослеживается, что у исследуемых с высокой степенью тревожности давность основного заболевания меньше, чем в группе с умеренными показателями, что связано с адаптацией ребенка к своему состоянию, и умение контролировать течение основного заболевания лучше.

В группе детей с СД в стадии субкомпенсации (27 чел.) со средней суточной дозой инсулина 0,46 ед./кг наблюдались следующие показатели:

– ситуативная тревожность: низкая — 3 чел. (11 %), умеренная — 16 чел. (59,3 %), высокая — 8 чел. (29,7 %);

– личностная тревожность: низкая — 2 чел. (7,4 %), умеренная — 3 чел. (11,1 %), высокая — 22 чел. (81,5 %);

– депрессия: отсутствует — 17 чел. (63 %), легкая — 10 чел. (37 %).

У детей с высокой степенью тревожностью три и более осложнений основного заболевания, тогда как в группе с умеренными показателями до трех. Зависимость от стадии и длительности течения СД не прослеживалась (рис. 1, 2).

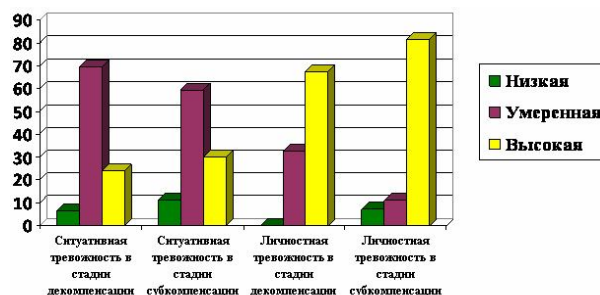


Рис. 1. Уровни тревожности у детей с СД 1 в стадии декомпенсации и субкомпенсации

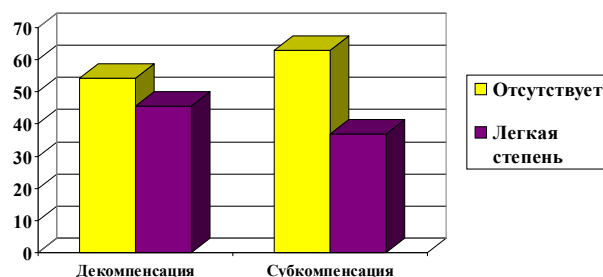


Рис. 2. Степень депрессии у детей с СД 1 в стадиях декомпенсации и субкомпенсации

Беспокойство детей чаще связано с ограничением в питании и режиме, настороженным отношением сверстников к данному заболеванию.

Как предрасположенность личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Дети, относимые к категории высоко тревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Им необходимо формировать чувство уверенности и успеха, смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в обеих группах наблюдается повышение уровня личностной тревожности. Повышение данного показателя у пациентов можно объяснить возникающим у детей вследствие заболевания

ощущением собственной неполноценности, «непохожести» на других сверстников. Это порождает ощущение тревоги при столкновении с социальной средой. В группе детей с декомпенсацией заболевания наблюдается сравнительное увеличение всех показателей и дополнительно реализуется легкое депрессивное расстройство.

Полученные данные позволяют обосновать необходимость включения в программу реабилитации детей, страдающих СД, индивидуально подобранных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни и психоэмоционального статуса, таких как работа с психологом, аутотренинг. Также необходимо активно проводить профилактику депрессивных состояний, которые, в свою очередь, способствуют развитию декомпенсации СД и утяжелению его течения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб: Издательский дом «Нева», 2002.
2. Петров В. И., Седова Н. Н. Проблема качества жизни в биоэтике. — Волгоград: Волгоградское государственное учреждение «Издатель», 2001.
3. Суркова Е. В., Анциферов М. Б., Майоров А. Ю. // Сахарный диабет. — № 1. — 2000.

Е. А. Иоанниди, С. Ф. Попов, О. В. Александров

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной ВолгГМУ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА

УДК 616.921.5 (08)

В статье приведен клинический опыт применения сорбента «Неосмектин» при лечении больных сезонным и пандемическим гриппом. Выявлено, что применение энтеросорбента «Неосмектин», в сочетании с традиционной этиотропной и патогенетической терапией, эффективно снижает продолжительность интоксикационного синдрома и купирует диспепсические расстройства у больных гриппом.

Ключевые слова: грипп А (H1N1, Калифорния, 2009), энтеросорбенты, неосмектин, индукторы синтеза эндогенного интерферона, ингибиторы вирусной нейраминидазы.

E. A. Ioannidi, S. F. Popov, O. V. Alexandrov

EXPERIENCE OF ADMINISTRATION OF ENTEROSORBENTS IN COMBINATION THERAPY OF INFLUENZA

Clinical experience of administration of «Neosmectin» sorbent in treatment of patients with seasonal and pandemic influenza is described in the article. As has been found, the use of «Neosmectin» enterosorbent in combination with traditional etiotropic and pathogenetic therapy effectively reduces the duration of the intoxication syndrome and relieves dyspeptic disorders in patients with influenza.

Key words: influenza A (H1N1, California, 2009), enterosorbents, neosmectin, inductors of synthesis of endogenic interferon, inhibitors of virus neuraminidase.

Как известно, грипп представляет собой острую антропонозную респираторную вирусную инфекцию с высоким эпидемическим потенциалом и склоннос-

тью к стремительному глобальному распространению [1—5]. Снижение иммунологической реактивности организма больных гриппом, высокая вероятность