

на 4±1 и сроков стационарного лечения на 3±1 отмечено у пациентов основной группы. Показания к программному оперативному лечению отсутствовали в обеих группах.

Обсуждение

Проведенный сравнительный анализ доказывает клиническую эффективность и экономическую обоснованность метода торакокопии в комбинации с ультразвуковой кавитацией плевральной полости при легочно-плевральных формах острой деструктивной пневмонии в различных стадиях плеврита (серозно-гнойная, гнойно-фибринозная, стадия организации). Полученные данные позволяют рекомендовать данный метод для широкого внедрения в клиническую практику детского хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грона В. Н., Сопов Г. А., Щербинин А. В., Веселый С. В., Литовка В. К., Латышов К. В., Щербинин А. А. Клинические проявления, диагностика и лечение бактериальной деструкции легких у детей // Журнал «Здоровье ребенка». – 2008. – № 1 (10). – http://www.mif-ua.com/archive/article_print/4346

2. Рокицкий М. Р., Ванян А. А. Клиника, диагностика и лечение стафилококковых деструкций легких у детей. – Казань, 1974. – 208 с.

3. Баиров Г. А., Рошаль Л. М. Гнойная хирургия детей. – М.: Медицина, 1991. – 268 с.

4. Мамлеев И. А., Хасанов Р. Р. Оценка эффективности видеоторакоскопического лечения эмпиемы плевры у детей // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Матер. IV конгресса. – М., 2005. – С. 350.

5. Разумовский А. Ю., Аллаберганов К. А., Алхасов М. Б. Торакоскопические операции при осложненных формах ГВЗЛ у детей // Анналы хирургии. – 2006. – № 6. – С. 43–45.

6. Шамсиев А. М. Усовершенствованный способ дренирования плевральной полости при гнойных плевритах у детей // Хирургия. – 1980. – № 3. – С. 38–40.

7. Столярж А. Б., Берлев О. В., Куленков А. И., Галина Е. В. Ультразвуковое лечение ран диссектором Sonoca 180 у пациентов микрохирургического профиля // Бюллетень деловой информации. – М.: Медицина, 2002. – № 4. – С. 12–13.

8. Stasen E. D. Ultrasound for the surgeon / Eds. E. D. Stasen, M. E. Arregni. – Philadelphia: Lippicott Publ., 1996. – 384 p.

Поступила 31.03.2014

**Т. Г. БАУМ, О. В. ПЕРВИШКО, Н. Н. ЩЕГОЛЕВАТАЯ,
А. С. КАСПИРОВИЧ**

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

*Кафедра факультетской педиатрии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: baumt@rambler.ru*

Показана высокая эффективность комбинированной лекарственно-психологической терапии ожирения у детей по сравнению со стандартной медикаментозной и диетотерапией.

Изучены психосоматические соотношения и личностные особенности типа отношений к болезни и качество жизни детей, страдающих ожирением. Знание типа реагирования больного помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с ним и его семьей, использовать соответствующие способы общения, мотивирования к лечению.

Ключевые слова: ожирение, дети, психотерапевтическая коррекция.

T. G. BAUM, O. V. PERVISHKO, N. N. SCHEGOLEVATAYA, A. S. KASPIROVICH

STUDY OF NHE PSYCHOLOGICAL TYPE IN OBESE CHILDREN

*Department of faculty of pediatrics, medical university KubGMU Russian Ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, str., Sedin, 4. E-mail: baumt@rambler.ru*

The high efficiency of the combined drug and psychological treatment of obesity in children compared with standard medical and diet therapy. Study of psychosomatic relations and personality characteristics to the relationship with the disease and quality of life of obese children. Knowing the type of response of the patient helps to choose an appropriate strategy of interaction with him and his family, use appropriate modes of communication, motivation for treatment.

Key words: obesity, children, psychotherapeutic correction.

Введение

Одной из самых серьезных проблем, стоящих перед общественным здравоохранением в 21-м веке, является ожирение среди детей. Темпы повышения распространенности ожирения вызывают беспокойство. По оценкам, в 2012 г. число детей с избыточным весом в мире превышало 42 миллиона, около 35 миллионов из них живут в развивающихся странах.

Ожирение (*adipositas*) – хроническое многофакторное гетерогенное заболевание, которое характеризуется избыточным накоплением жировой ткани в организме (у мужчин не менее 20%, у женщин – 25% массы тела; индекс массы тела (ИМТ) – более 25–30).

Ожирение у детей представляет собой гетерогенную группу болезней и патологических состояний как наследственных, так и приобретенных, общим и ведущим проявлением которых является генерализованное избыточное отложение жира в подкожной клетчатке и других тканях и органах. Распространенность ожирения у детей во многом определяется возрастом и полом. Ожирение преобладает на первом году жизни, а также у детей школьного возраста, чаще встречается у девочек, причем с возрастом эта тенденция нарастает. В большинстве случаев (более чем у 80% детей) выявляется первичное ожирение, как правило, I–II степени [1, 2].

Ожирение является также психосоматическим заболеванием, поскольку в механизме возникновения, формирования клинических проявлений, течения и исхода его огромную роль играют психологические и социальные вредности, особенности личности больных, их реакция на болезнь, жизненные ситуации, возникающие в связи с заболеванием [1, 2, 6].

Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Оно было введено отечественным терапевтом Р. А. Лурия (1977) и в настоящее время широко используется в медицинской психологии. Это понятие, по определению ученого, объединяет в себе все то, «что чувствует и переживает больной, всю массу его ощущений, его общее самочувствие, самонаблюдение, представления о своей болезни, о ее причинах – весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм».

Так, в подростковом возрасте наиболее тяжелые психологические реакции могут быть вызваны не теми болезнями, которые являются объективно угрожающими сохранности организма с медицинской точки зрения, а теми, которые изменяют его внешний вид, делают его непривлекательным. Это обусловлено существованием в сознании подростка основной потребности – «удовлетворенности собственной внешностью» [4, 5].

Существует типология способов реагирования на заболевание пациентом. Знание типа реагирования больного помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с ним и его семьей, использовать соответствующие способы общения, мотивирования к лечению [3, 4, 5].

Типология реагирования на заболевание А. Е. Личко и Н. Я. Иванова (1987) «Медико-психологическое обследование соматических больных» включает в себя 13 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера, и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе [3].

В первом блоке находятся те типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации:

гармоничный – для этого типа реагирования характерны трезвая оценка своего состояния, стремление во всем активно содействовать успеху лечения;

эргопатический – характерен «уход» от болезни в работу, учебу;

анозогнозический – характерны активное отбрасывание мысли о болезни, отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами.

Во второй блок входят типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации:

тревожный – для этого типа реагирования характерны непрерывное беспокойство, мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения;

ипохондрический – характерны сосредоточение на неприятных ощущениях, неверие в успех, стремление постоянно рассказывать о них окружающим;

неврастенический – характерны вспышки «раздражительной слабости»;

меланхолический – характерны удрученность болезнью, неверие в выздоровление и в возможное улучшение;

эйфорический – характерны необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению, надежда на то, что «само все обойдется»;

апатический – характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения;

обсессивно-фобический – характерны тревожная мнительность, опасение не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения;

сенситивный – характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, боязнь стать обузой;

эгоцентрический – характерны «уход» в болезнь, выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием, требование исключительной заботы о себе;

паранойяльный – характерны уверенность, что болезнь – результат чьего-то злого умысла, подозрительность к лекарствам и процедурам;

дисфорический – характерно тоскливо-озлобленное настроение.

Выявление особенностей психологического профиля у пациентов с ожирением позволит врачу корректировать немедикаментозное воздействие с привлечением психологической поддержки [3, 4].

При наличии избыточной массы тела происходит изменение психоэмоционального статуса ребенка, появляется чувство тревожности, агрессивности, незащищенности, что ухудшает качество жизни детей.

Обнаруженные нарушения психоэмоциональной сферы у детей с ожирением свидетельствуют о целесообразности использования психотерапевтической коррекции в комплексном медикаментозном лечении избыточного веса в детском возрасте [3, 4].

Целью нашего исследования явилось изучение психосоматических соотношений и личностных особенностей типа отношений к болезни, качества жизни детей, страдающих ожирением.

Материалы и методы исследования

В исследовании участвовали 118 детей (66 девочек и 52 мальчика в возрасте от 6 до 17 лет), находящихся на обследовании в ГБУЗ КДЦ ДККБ г. Краснодара за период 2011–2013 гг., с которыми одновременно с медикаментозным лечением

проводились групповые и индивидуальные занятия по обучению вопросам питания и коррекции психоэмоциональных нарушений.

В работе использовались взаимодополняющие клинико-психопатологический и экспериментально-психологические методы [3, 4].

Клинико-психопатологический является базовым методом исследования и включает в себя подробный анализ общих анамнестических данных, особенностей течения болезни, описание психопатологических симптомов и синдромов. Экспериментально-психологические методы предполагают использование опросников.

С больными проводилось психологическое и психометрическое обследование, включавшее изучение типа отношений к болезни с использованием «Методики для психологической диагностики различных типов отношения к болезни» (А. Е. Личко, 1987), с применением личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) [3, 4, 5].

С целью оценки эффективности предложенной методики были созданы две группы детей с ожирением (основная – 1-я группа и контрольная – 2-я группа), идентичные по количеству больных, возрасту, тяжести заболевания, вариантам психоэмоциональных нарушений. Контрольную группу составили 52 ребенка (23 мальчика и 29 девочек), получавших стандартную комплексную медикаментозную и диетотерапию, включавшую: сбалансированный режим питания, дозированные физические нагрузки, ЛФК, медикаментозное лечение [2]. В основную группу были включены 66 больных ожирением детей: 31 (47%) мальчик и 35 (53%) девочек, у которых одновременно с медикаментозным лечением использовались взаимодополняющие психологические методики: рациональная (разъяснительная) психотерапия, тренинг самонастраивания и самоутверждения («уверенность в себе»).

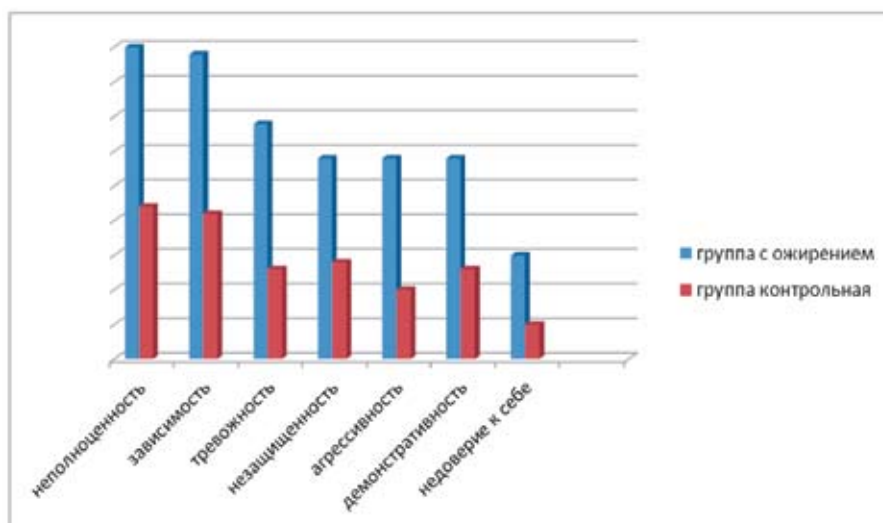


Рис. 1. Типы психологического реагирования на болезнь (ожирение)

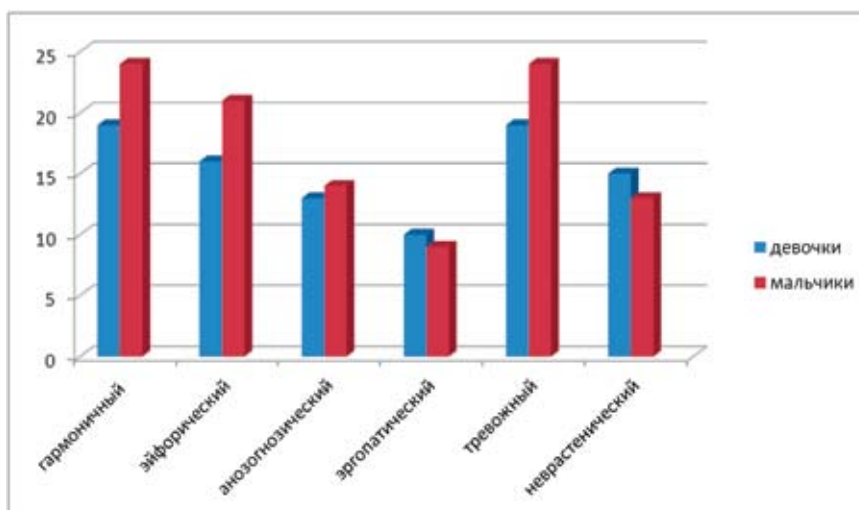


Рис. 2. Распределение больных по типу отношений к болезни (ожирение)

В качестве критериев эффективности терапии использовали динамику показателей физического развития и клинических данных, структуры нарушенных психологических нарушений.

Результаты исследования

При использовании методики для диагностики личностных особенностей было установлено, что у детей с ожирением достоверно чаще, чем у детей контрольной группы, встречался смешанный тип реагирования: 25 (38,1%) и 11 (21,4%) соответственно. У детей с ожирением это проявлялось высоким уровнем притязаний, неуверенностью в себе, ожиданием неудачи, ощущением недоброжелательности по отношению к себе, «неровностью» в поведении, конфликтностью, трудностью в межличностных отношениях, выраженной неудовлетворенностью собой и своим положением, склонностью к депрессивным реакциям, подавленной агрессивностью. При изучении личностных профилей у детей с ожирением по сравнению с детьми контрольной группы выявлено в 2 раза больше пиков профилей, чем у детей контрольной группы, что свидетельствует о хронической психической дезадаптации, а также о дефиците компенсаторных ресурсов личности.

Согласно опроснику чувство неполноценности было характерно 45 (81,7%) детям с ожирением и 22 (51,2%) детям группы контроля; зависимости – 44 (80,5%) и 21 (48,4%); тревожности – 34 (62,2%) и 13 (29,7%); незащищенности – 29 (53,6%) и 14 (31,3%); агрессивности – 29 (52,4%) и 10 (23,4%); демонстративности – 29 (52,4%) и 13 (29,7%); недоверия к себе – 15 (28%) и 5 (10,9%) (рис. 1).

При анализе оценки уровня тревожности у детей с ожирением зафиксирован повышенный уровень тревожности, самооценки. Общий вид тревожности был достоверно выше у мальчиков, чем у девочек. При оценке качества жизни у детей с ожирением по сравнению с детьми группы контроля было установлено, что общий показате-

ль качества жизни оказался значительно ниже по оценке как самих детей – 44 (78,1%), так и их родителей – 66,8%. Дети с ожирением ниже оценивают свое физическое и социальное функционирование – 52 (89,4%), чем их сверстники без ожирения – 39 (67,8%). Родители также дали невысокую оценку физического – 98,4%, социального – 84,1% аспектов качества жизни своих детей. Оценка родителей по всем показателям была ниже, чем оценка детей.

В основной группе наиболее распространенным типом акцентуации характера оказались астенодепрессивный у 22 (34,1%) и астеноипохондрический – у 19 (29,2%) детей, тревожный – у 9 (17,9%) детей контрольной группы. По значимости на гармоничный тип отношений приходится 24 (77,4%) мальчика и 19 (54,2%) девочек; эйфорический – 21 (67,7%) мальчик и 16 (45,7%) девочек; аногнозический – 14 (45,1%) мальчиков и 13 (37,1%) девочек; эргопатический – 9 (29,1%) мальчиков и 10 (28,5%) девочек; тревожный – 24 (77,4%) мальчика и 19 (54,2%) девочек; неврастенический – 13 (41,9%) мальчиков и 15 (42,8%) девочек.

Из диаграммы видно, что отношение к болезни наиболее выражено как у мальчиков, так и у девочек по гармоничному, эйфорическому и тревожному типам.

Обсуждение

Проведенное исследование показало, что для детей с ожирением характерны преобладание эмоциогенного типа, склонность к депрессивным реакциям, подавленной агрессии, недоверчивости, незащищенности, повышение общего, самооценочного и межличностного видов тревожности. У детей и подростков с ожирением выявлены поведенческие и ряд психологических проблем, которые сопровождаются нарушением психосоциальной адаптации в обществе.

Таким образом, знание типа реагирования больного помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с ним и его семьей, понимание типа реагирования больного на заболевание поможет сделать союз врача и пациента более эффективным, способствующим психологическому благополучию обоих участников лечебного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И. Ожирение в подростковом возрасте // Терапевтический архив. – 2007. – № 10. – С. 28–32.
2. Метаболический синдром / Под ред. Г. Е. Ройтберга. – М.: Медпресс-информ, 2012. – 223 с.

3. Старостина Е. Г. Методики психологической диагностики больных с эндогенными расстройствами. Усовершенствованная медицинская технология. СПбНИПНИ им. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2007. – С. 21.

4. Смулевич А. Б. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей // СПб НИПНИ им. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 212.

5. Райгородская Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие. – Самара, 2012. – С. 17–21.

6. Zimmer P., Alberti G. The metabolic syndrome in children and adolescents // Lancet. – 2007. – № 369. – P. 2059–2061.

Поступила 30.03.2014

А. В. БУРЛУЦКАЯ¹, Т. Е. ПРИВАЛОВА¹, О. В. ДОЛБНЕВА², В. Е. ЯЛОВАЯ¹

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ЗА 2010–2013 ГГ.

¹*Кафедра госпитальной педиатрии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;*

тел. 8 (861) 262-64-95. E-mail: privalova-tatyana@yandex.ru;

²*гастроэнтерологическое отделение детской краевой клинической больницы, Россия, 350007, г. Краснодар, площадь Победы, 1*

Авторами проведен анализ структуры заболеваемости болезнями органов пищеварения у детей Краснодарского края и ее динамики за четыре года. Определено место болезней органов пищеварения у детей в структуре всей заболеваемости по обращаемости. Определено доля функциональных расстройств и место хронических болезней органов пищеварения в структуре болезней класса у детей различных периодов детства.

Ключевые слова: дети, структура заболеваемости, болезни органов пищеварения.

A. V. BURLUTSKAYA¹, T. E. PRIVALOVA¹, O. V. DOLBNEVA², V. E. YALOVAYA¹

ANALYSIS OF THE INCIDENT RATE OF DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM AMONG CHILDREN OF KRASNODARSKIY KRAY FOR PERIOD OF 2010–2013

¹*The hospital pediatrics department Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin atr., 4;*

tel. 8 (861) 262-64-95. E-mail: privalova-tatyana@yandex.ru;

²*regional children's clinical hospital, Russia, 350007, ploshchad Pobedy, 1*

The authors have analyzed the structure of digestive apparatus sickness rate of children from Krasnodarskiy kray and its dynamics within 4 years. The place of digestive apparatus sickness rate of children in the whole structure of medical aid appealability has been identified. The segment of functional illness and chronic digestive apparatus illness in the structure of the illness class regarding children of different ages has been defined.

Key words: children, morbidity, state of health, digestive apparatus sickness rate.