

ЛИТЕРАТУРА

1. Бездетко П.А., Горбачева Е.В. Эпидемиология и частота сахарного диабета и диабетической ретинопатии // Справочник специалиста. – 2007. – № 8 (212).
2. Науменко С. Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика сахарного диабета у детей в Калининградской обл.; Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 28 с.
3. Рахимова Г.Н., Алимova Н.У. Эпидемиологические показатели сахарного диабета 1-го типа у детей по данным национального регистра с 2000 по 2007 г. в Узбекистане // Международный эндокринологический журнал. – 2010. – № 6 (30).
4. Семіотика і імунний статус сполучних форм цукрового діабету типу I з автоімунним тиреоїдином / Н.А. Кравчун, Т.С. Грінченко, Т.П. Шевченко та ін. // Вісник наукових досліджень. – 2001. – № 4. – С. 40.
5. Тамазян Г.В. Актуальные аспекты профилактики осложнений сахарного диабета у детей в Московской области // Вопросы практической педиатрии. – 2010. – Т. 5, № 2. – С. 98-101.
6. Alimova N., Rakhimova G. Clinical-epidemiological parameters of type 1 diabetes mellitus by the national register data in children and adolescents in Uzbekistan // Hormone Research. – 2008. – Vol. 211. – P. 203-710.
7. Global Prevalence of Diabetes / S. Wild, G. Roglic, A. Green et al. // Diabetes Care. – 2004. – Vol. 27, № 5. – P. 1047-1053.
8. Harjutsalo V., Sjoberg L., Tuomilehto J. Time trends in the incidence of type 1 diabetes in Finnish children: a cohort study // Lancet. – 2008. – Vol. 371, № 9626. – P. 777-782.
9. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicentre prospective registration study / C.C. Patterson, G.G. Dahlquist, E. Gyurus et al. // Lancet. – 2009. – Vol. 373, № 9680. – P. 2027-2033.

УДК 616-053.5/67-058.862-056.3:616.8-009.17

І.Л. Височина, О.Є. Абатуров

ПСИХОЕМОЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИХ БУДИНКІВ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГРВІ, ІЗ ПРОЯВАМИ АСТЕНІЇ

*Дніпропетровська державна медична академія*

ПСИХОЕМОЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИХ БУДИНКІВ, ЯКІ ЧАСТО ХВОРІЮТЬ НА ГРВІ, ІЗ ПРОЯВАМИ АСТЕНІЇ. За результатами психофізіологічного дослідження у дітей шкільного віку з дитячих будинків, які мали прояви астеничного синдрому внаслідок частих ГРВІ, в більшості випадків реєструвалися емоційні розлади за рахунок високого рівня нейротизму та особистісної тривожності, що корелювало з наявністю невротичних розладів, різними видами акцентуацій, низьким рівнем активності та поєднувалось з особливостями вегетативного забезпечення (симпатикотонія у поєднанні з порушеннями кардіореспіраторного індексу).

ПСИХОЕМОЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ИЗ ДЕТСКИХ ДОМОВ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОРВИ, С ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНИИ. Психофизиологическое исследование, проведенное у часто болеющих детей школьного возраста из детских домов с проявлениями астенического синдрома, показало, что в большинстве случаев у этих детей регистрировались эмоциональные расстройства за счет высокого уровня нейротизма и личностной тревожности, что коррелировало с наличием невротических расстройств, различными видами акцентуаций, низким уровнем активности и сочеталось с особенностями вегетативного обеспечения (симпатикотония на фоне нарушенной кардиореспираторного индекса).

PSYCHOEMOTIONAL CHARACTERISTICS OF SCHOOL AGE CHILDREN FROM ORPHANAGES WHICH ARE FREQUENTLY ILL WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIOUS WITH ASTHENIA MANIFESTATIONS. Psychophysiological study in school-age children from orphanages who had manifestations of asthenic syndrome, showed that in most cases, these children have emotional disorders detected by the high level of neuroticism and personal anxiety, which correlated with the presence of neurological disorders, various kinds of accentuation, low level of activity and combined with the autonomous nervous system (sympathicotony against violations of the cardiorespiratory index).

**Ключові слова:** діти, які часто хворіють на ГРВІ, дитячі будинки, астеничний синдром, психофізіологічне обстеження, тривожність, вегетативний статус.

**Ключевые слова:** дети, часто болеющие ОРВИ, детские дома, астенический синдром, психофизиологическое обследование, тревожность, вегетативное обеспечение.

**Key words:** frequently ill with ARVI children, orphanages, asthenic syndrome, psychophysiological examination, anxiety, vegetative securing.

**ВСТУП.** Діти, які часто хворіють (ЧХД), є найбільшою групою серед дитячого населення, які вимагають постійної уваги лікаря-педіатра. Провідне місце в структурі загальної захворюваності ЧХД займають гострі респіраторні захворювання (80 %). Повторні гострі респіраторні захворювання призводять до порушення розвитку функціонування різних органів і систем: органів дихання, шлунково-кишкового тракту, вегетативної нервової системи, сприяють зниженню імунологічної резистентності організму і зриву компенсаторно-адаптаційних механізмів [1, 5, 7]. За даними різних досліджень, у 60 % дітей після перенесеної ГРВІ спостерігаються загальна слабкість, швидка стомлюваність, дратівливість, часта зміна настрою, розлади сну, що пов'язано з певними порушеннями біохімічної рівноваги в організмі й зумовлені значними метаболічними порушеннями у ЧХД. Даний стан характеризують як "синдром після вірусної астениї". Відомо, що діти, які часто хворіють з проявами астеничного синдрому характеризуються порушеннями адаптації, що пов'язано з особливостями їх фізіологічної (зниження працездатності, витривалості), педагогічної (зниження пізнавальної активності, труднощі запам'ятовування та ін.), психологічної (високий рівень тривожності, низький рівень самооцінки тощо) та соціальної (низький соціометричний статус, обмеження соціальних контактів та ін.) сфер адаптації [1, 4, 5, 7, 8].

В особливому становищі знаходяться діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, які характеризуються низькими показниками здоров'я та складною адаптацією за рахунок численних особливостей стану як психологічного, так і соматичного здоров'я. У більшості вихованців дитячих будинків реєструється несприятливий перебіг адаптації, клініко-функціональна характеристика якої свідчить про низькі функціональні резерви організму в цілому та зумовлює стійкість та виразність дезадаптаційних змін їх здоров'я і розвитку [7, 9, 10, 12]. Практично кожна сота дитина, яка проживає в Україні, опікується державою, що зумовлює актуальність вивчення проблеми соціального сирітства в нашому суспільстві. Тому метою дійсного дослідження було вивчення особливостей астеничного синдрому дітей шкільного віку з дитячих будинків, які часто хворіють на ГРВІ.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Дійсне дослідження проводилось як відкрите, рандомізоване випробування та узгоджувалось з вимогами біотичного комітету. В дослідженні брали участь 60 дітей з дитячих будинків віком від 10 до 17 років, які часто хворіють з проявами астеничного синдрому. Всім дітям було проведено наступний обсяг обстеження:

1. Об'єктивний огляд з визначенням стану соматичного здоров'я.
2. Оцінка суб'єктивного стану.
3. Оцінка стану ВНС (індекс Кердо та коефіцієнт Хільдебранта).
4. Психометрична оцінка параметрів астеничного синдрому:

– для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою використовували тест САН;

– для оцінки рівня реактивної (тривожність на момент обстеження) та особистісної (стійка базова характеристика) тривожності використовували методику діагностики самооцінки Ч.Д. Спілберга та Ю.Л. Ханіна;

– дитячий опитувальник неврозів (авторська методика В.В. Седнева, 1992) застосовувався з метою виявлення субклінічних донозологічних феноменів, які є чинниками ризику формування межових нервово-психічних і психосоматичних розладів.

Оцінювання результатів вищеперерахованих психологічних методик узгоджувалось із загальноприйнятими інструкціями [2, 3, 11].

Математична обробка результатів дослідження проводилась з використанням статистичних програм "Statgraf", "Matstat", "Microsoft Excel" для Windows, а при вивченні значущості розбіжностей статистичних відбірок використовувались пара- та непараметричні критерії [6].

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** За нашими даними, серед дітей шкільного віку, які часто хворіють, з проявами астеничного синдрому, котрі за місцем проживання опікувались в трьох дитячих будинках нашого міста, переважали хлопчики (60 %, N=36). За анамнестичними даними всі обстежені діти (N =60) мали від 4 до 6 епізодів ГРЗ протягом поточного року. За нозологічною формою ГРЗ реєструвались у вигляді гострих ринітів, аденоїдитів, фарингітів, фаринготрахеїтів, бронхітів. За результатами поточних диспансерних оглядів отоларинголога, хронічні вогнища інфекцій верхніх дихальних шляхів за рахунок хронічного тонзиліту реєструвались у 83,3 % всіх спостережень, аденоїдні вегетації – у 33,3 % випадків, карієс відзначено у 20 % наших спостережень.

У групі диспансерного обліку з приводу рецидивного бронхіту в попередні роки життя знаходились 25 % дітей. За результатами даних анамнезу життя на пневмонію в попередні роки переохворіли 16 дітей, ангіни в анамнезі відмічені у 30 % спостережень. За медичними показаннями, аденотомію у віці від 5 до 7 років життя проведено у восьми дітей, тонзилектомію у віці від 10 до 16 років проведено у трьох дітей. Також треба відзначити, що на диспансерному обліку з приводу вегето-судинної дистонії у невролога знаходились 26 дітей.

Психофізіологічне обстеження всіх дітей шкільного віку, які часто хворіють проводили в період клінічного благополуччя, що підтверджувалось результатами об'єктивного обстеження, а саме, реєструвалась від'ємність будь-яких ознак ГРВІ або загострення хронічного захворювання. Частота реєстрації скарг, які характеризували виразність та прояви астеничного синдрому у ЧХД шкільного віку, які були під нашим наглядом, представлені на рисунку 1.

За нашими даними, серед суб'єктивних скарг, які характеризували основні прояви астеничного синд-

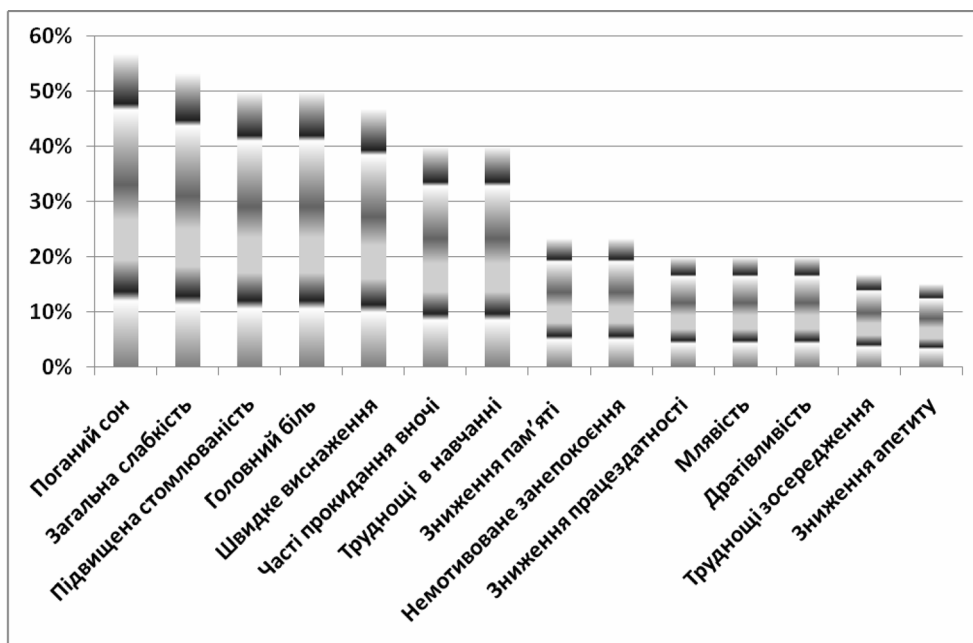


Рис. 1. Частота реєстрації суб'єктивних скарг у ЧХД шкільного віку з дитячих будинків.

рому у ЧХД шкільного віку (рис. 1) домінували скарги на поганий сон (56,7 %), загальну слабкість (53,4 %), стомлюваність (50 %), наявність головного болю (50 %) та швидке виснаження (46,7 %). Більшість обстежених дітей також скаржилися на часті прокидання вночі (40 %) та труднощі в навчанні (40 %). Треба відзначити, що при проведенні співбесіди обстежені нами діти шкільного віку з дитячих будинків, які часто хворіють на ГРВІ, пред'являли від трьох (мінімум) до десяти (максимум) скарг одночасно.

Отримані нами результати та аналіз проявів астенічного синдрому дозволяють констатувати наявність труднощів в фізіологічній, психологічній та педагогічній сферах адаптації у дітей, які були під нашим наглядом. Виразність психологічної складової труднощів адаптації зумовило необхідність оцінити стан ВНС. Результати оцінки стану ВНС (індекс Кердо, коефіцієнт Хільдебранта) в групі ЧХД шкільного віку, які були під нашим наглядом, представлені в таблиці 1.

За нашими даними (табл. 1), серед ЧХД шкільного віку з проявами астенії, відхилення від норми кардіореспіраторного показника (коефіцієнт Хільдеб-

ранта) зареєстровано в половині наших спостережень, що вказує на дискоординацію вегетативного забезпечення респіраторної та кардіальної систем, й, вірогідно, зумовлює різноманіття та виразність суб'єктивних симптомів астенічного синдрому в групі обстежених дітей. Також треба зазначити, що в групі обстежених нами ЧХД у 80 % випадків зареєстровані діти з симпатикотонією (домінування симпатичного відділу вегетативної нервової системи), що за загальноприйнятим трактуванням свідчить про неекономічність роботи серцево-судинної системи.

З врахуванням значущості, виявлених у ЧХД шкільного віку змін фізіологічної та психологічної сфер адаптації, нами визначались рівні активності, настрою, самопочуття (САН) та оцінювався рівень ситуативної та особистісної тривожності (тест Спілберга-Ханіна) (табл. 2, 3).

Згідно з даними таблиці 2, серед ЧХД шкільного віку, які були під нашим наглядом, низький рівень активності мали більше, ніж половина обстежених дітей (65 %), низькі показники настрою зареєстровані у 1/5 обстежених дітей, а низький рівень самопочуття зареєстровано у незначній кількості спосте-

Таблиця 1. Оцінка стану ВНС у ЧХД шкільного віку з дитячих будинків

Кі ль юк мрж анлзв( м р		
р	≤рМ) р	, ±) р. р
	Мрр/р) р і в- ( цр	у) р. р
	≥р) р	О) ±) р. р
З нля) р) лвн) р		
Ві =имд) ийр	фи- З( мяі) м) юр	г) р. р
ц) р	Вім) юр	у) р. р
і лф( мд) ийр	d( fi) м) юр	о) у) р. р

Таблиця 2. Показники САН у ЧХД шкільного віку з дитячих будинків

Самопочуття			Активність			Настрій		
низьке	норма	підвищене	знижена	норма	підвищена	знижений	норма	підвищений
15 %	20 %	65 %	65 %	15 %	20 %	25 %	25 %	50 %

Таблиця 3. Результати тесту Спілберга – Ханіна у ЧХД шкільного віку з дитячих будинків

1 група (група 2) (5 у 0)			т 56 оп 5 у 5 (група 2) (5 у 0)		
к (п 2 1 (г п	в 6 = і г п	н) сапи 1 (г п	к (п 2 1 (г п	в 6 = і г п	н) сапи 1 (г п
ж. г в п	. . г в п	Ф ж г в п	л п	Ф ж г в п	ч з г в п

режень, але в сукупності аналізу результатів САН, та з врахуванням сили та спрямованості кореляційних зв'язків показників САН з виявленими нами скаргами дітей, можна констатувати, що низький рівень адаптації мали більшість дітей шкільного віку з групи ЧХД, які мали прояви астеничного синдрому ( $p \leq 0,03$ ).

Результати оцінки рівнів особистісної та реактивної тривожності у ЧХД шкільного віку з дитячих будинків представлені в таблиці 3.

В дійсному дослідженні у ЧХД шкільного віку з проявами астеничного синдрому, високий рівень особистісної тривожності, яка є пусковим механізмом емоційних розладів та характеризує виразність дезадаптації, було зареєстровано у 70 % випадків (табл. 3), що дозволяє стверджувати, що більшість обсте-

жених нами дітей мали недостатній емоційний рівень пристосування та, можливо, знаходились в умовах дії хронічного стресу. Високий рівень реактивної тривожності, який характеризує стан індивіда в момент обстеження, зареєстровано нами у 1/3 обстежених дітей (табл. 3), що дозволило виявити групу дітей, які емоційно реагували на ситуацію знайомства та першого візиту.

З врахуванням виявлених дезадаптаційних змін у ЧХД шкільного віку з дитячих будинків, нами проведено тестування дітей (методика ДОН) з метою виявлення наявності субклінічних донозологічних феноменів, які передують формуванню граничних нервово-психічних і психосоматичних розладів (табл. 4).

Таблиця 4. Результати ДОН у ЧХД шкільного віку з дитячих будинків

Симптомокомплекси	Середній ризик, 12-15 балів	Високий ризик, 16-20 балів
Депресія	25 %	3,4 %
Астенія	30 %	6,7 %
Порушення поведінки	25 %	20 %
Вегетативні розлади	30 %	10 %
Порушення сну	25 %	30 %
Тривожність	20 %	10 %

Згідно з даними таблиці 4, результат ДОН у межах від 16 до 20 балів, який свідчить про високий ризик формування граничного нервово-психічного або психоневротичного розладу у ЧХД шкільного віку з проявами астенії, зареєстровано за всіма шкалами, однак превалювали симптомокомплекси порушень сну, поведінки, тривожності та вегетативних розладів. Результат ДОН у коридорі від 12 до 15 балів (середній ризик формування межових невротичних станів) мав місце у більшості обстежених дітей (80 % всіх спостережень), при чому у однієї дитини реєструвались різні граничні невротичні стани.

Таким чином, проведено нами опитування дітей шкільного віку з дитячих будинків, які часто хворіють дозволило виявити групу дітей (N=60) з проявами астеничного синдрому. ЧХД шкільного віку з астеничним синдромом характеризувалися дезадаптаційними змінами за рахунок емоційних розладів (високий рівень особистісної тривожності), що корелювало з

наявністю невротичних розладів (симптомокомплекси порушень сну, поведінки, тривожності та вегетативних розладів), результатами САН (низький рівень активності) та особливостями вегетативного забезпечення (симпатикотонія у поєднанні з порушеннями кардіореспіраторного індексу). Психофізіологічні особливості проявів астеничного синдрому в групі обстежених дітей реєструвались на фоні зниження імунологічної резистентності у дітей, що проявлялось високим індексом респіраторної захворюваності, наявністю компенсованих хронічних вогнищ інфекцій верхніх дихальних шляхів. Значущість соматогенної складової в розвитку астеничного синдрому підтверджена наявністю високоінформативних кореляційних зв'язків між показниками в групі обстежених дітей ( $p \leq 0,05$ ).

**ВИСНОВКИ.** 1. У дітей шкільного віку з дитячих будинків, які часто хворіють на ГРВІ, в структурі проявів астеничного синдрому превалюють скарги на поганий сон, загальну слабкість, підвищену стомлю-

ваність, головний біль та швидке виснаження на фоні особливостей вегетативного забезпечення (симпатикотонія у поєднанні з порушеннями кардіо-респіраторного індексу).

2. Діти шкільного віку, які часто хворіють на ГРВІ, з астенічним синдромом характеризуються низьким рівнем адаптації, що пов'язано з особливостями фізіологічної (зниження активності, витривалості, зниження настрою), педагогічної (труднощі зосередження, запам'ятовування та в навчанні), психологічної (високий рівень тривожності, наявність гранич-

них невротичних розладів) та соціальної (дитячий будинок) сфер адаптації.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Отримані нами результати свідчать про подальшу можливість використання психофізіологічних показників у дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворюваннями. та мають прояви астенічного синдрому для діагностики рівня дезадаптаційних змін. Перспективним вбачається індивідуальний підхід до вибору методів адекватної і вчасної медико-психологічної та педагогічної допомоги дітям-сиротам.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бадьина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе / Н.П. Бадьина. – Генезис, 2007. – 152 с.

2. Богомолов В. Тестирование детей: серия "Психологический практикум" / В. Богомолов. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 352 с.

3. Горбатов Д.С. Практикум по психологическому исследованию: учебн. пособие / Д.С. Горбатов– Самара: "БАХРАХ-М", 2003. – 272 с.

4. Зупанец И.А. Фармацевтическая опека: симптоматическое лечение синдрома астении / И.А. Зупанец, Н.В. Бездетко // Провизор. – 2003. – №1.

5. Ключников С.О. Комплексная терапия (Элькар и Пантогам), состояние здоровья часто болеющих детей и активность ферментов лимфоцитов / С.О. Ключников, Т.Н. Накостенко, В.С. Сухоруков // XII Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". – М., 2005. – С. 409-410.

6. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

7. Липатова М.К. Социальная значимость ОРВИ и актуальность симптоматического лечения / М.К. Липатова // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, № 21.

8. Михайлова Е.В. Астеновегетативный синдром у детей после перенесенных инфекционных заболеваний / Е.В. Михайлова, Т. Ильичева // Лечащий врач. – 2009. – №8. – С. 45-49.

9. Прихожан А.М. Психология сиротства / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – СПб., 2005. – 400 с.

10. Про проблеми бездомних громадян та безпритульних дітей і шляхи її подолання // Парламентські слухання. – Київ, 2004. – 376 с.

11. Седнев В.В. Диагностика невротических расстройств у детей младшего и среднего школьного возраста. Детский опросник невротизма (ДОН) / В.В. Седнев // Заявка на рацпредложение. – Донецк: ДОЛКО, 1994. – № 48.

12. Соціальна педіатрія. Випуск III // Збірник наукових праць. – К.: Інтермед, 2005. – 412 с.