

УДК 616.379-008.64-053.2/.6:361.362.1

М. П. Каплиева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АДАПТАЦИЯ К ОБРАЗУ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 1 И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Введение

Сахарный диабет типа 1 (СД1) требует заместительной инсулинотерапии с многократными инъекциями инсулина, постоянного контроля гликемии и соблюдения рациона углеводного питания. Поддержание целевого диапазона гликемии необходимо для предотвращения острых и хронических осложнений СД1.

Выявление СД1 у ребенка является стрессовым фактором не только для него, но и для всех членов семьи, так как требуется модификация образа жизни, самоконтроль и дисциплина для поддержания компенсации СД1. Взаимоотношения и организованность в семье, целеустремленность и забота определяют уровень контроля заболевания. Влияние СД1 как психологического стрессового фактора изучается с разных позиций для внедрения в обучающие программы в школах сахарного диабета.

Цель

Изучить особенности адаптации к образу жизни детей с СД1 и их родителей.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе эндокринологического отделения Республиканский научно-практический ЦРНПЦ РМиЭЧ. Набор материала проводился методом опроса и анализа стационарных карт детей с СД1. Всего в опросе участвовало 12 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет, средний возраст 11,08 ($q_{25}=8,25$; $q_{75}=13$), а также их родителей. Пациенты были разделены на 2 подгруппы: 1-я – пациенты со стажем СД1 более 1 года ($n=7$), 2-я – впервые выявленным СД1 ($n=5$).

Для анкетирования использовались следующие модифицированные опросники: опросник для оценки самоконтроля ведения диабета (DSMQ), шкала семейных конфликтов при диабете (DFCS), модифицированный показатель качества жизни. Полученные результаты были занесены в базу данных программы «Microsoft Office Excel» 2021 с последующей их обработкой и статистическим анализом.

Результаты исследования и их обсуждение

Опросник для оценки самоконтроля ведения диабета (DSMQ) [1], в котором оценивалась регулярность выполнения основных правил по контролю СД: измерение гликемии, расчет дозы инсулина и углеводов единиц, физическая активность и ведение дневника самоконтроля. Данные собирались у детей или родителей, в зависимости от того, кто занимается ведением самоконтроля СД1. Регулярность участники опроса оценивали от 0 – вовсе не совершают действие, до 5 – выполняют регулярно. У пациентов с впервые выявленным СД1 регулярность посещения врача не оценивалась (обозначение – Н). Результаты анализа изучения 1-ой и 2-ой подгрупп представлены в таблице 1 в виде q_{25} и q_{75} .

СЕКЦИЯ
Внутренние болезни. Клиническая фармакология

Таблица 1 – Оценка самоконтроля ведения СД1

	Общая оценка (n=12)	1-я подгруппа (n=7)	2-я подгруппа (n=5)
Измерение гликемии перед каждым приемом пищи	4,8	4,6 (4; 5)	5 (5; 5)
Расчёт дозы инсулина на углеводные единицы	4,6	4,3 (3,75; 5)	5 (5; 5)
Регулярность посещения врача	4,4	4,4 (4; 5)	Н
Соблюдение диеты	4,6	4,4 (4; 5)	4,8 (4,5; 5)
Физическая активность	3,1	2,9 (2; 4)	3,4 (2; 4,5)
Ведение дневника диабета	4	3,3 (2; 4)	5 (5; 5)

В подгруппе с впервые выявленным СД1 самоконтроль был более тщательным по измерению гликемии, соблюдению дозировки и ведению дневника диабета. Во второй подгруппе пациенты и их родители не были столь дисциплинированы.

По полученным данным выявлено, что в обеих подгруппах отмечался недостаточный уровень регулярной физической активности. Дети из 1-ой подгруппы не посещали школьные занятия физкультуры или не занимались, а сидели на скамейке в спортивном зале. Среди опрошенных 2-ой подгруппы выяснено, что многие пропускали занятия в спортивных секциях и танцевальных кружках из-за страха внезапного ухудшения состояния.

В шкале семейных конфликтов при диабете (DFCS) [2] оценивался контроль детей с СД1 в семье, в опросе участвовали только родители. В зависимости от кратности напоминаний или акцента на те или иные аспекты ведения СД1 выставлялся 0 – никогда, 1 – редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – каждый или почти каждый день. Так же оценивалось, информировали ли свое окружение о наличии СД у ребенка или нет, соответственно (+) или (-) с указанием причины. Результаты представлены в таблице 2 в виде q_{25} и q_{75} .

Таблица 2 – Оценка по шкале семейных конфликтов по результатам опроса родителей детей с СД1

	Общая оценка (n=12)	1-я подгруппа (n=7)	2-я подгруппа (n=5)
Напоминания об измерении гликемии	3,4	3 (3; 4)	4 (4; 4)
Переживания о дисгликемии	2,7	2,3 (2; 3)	3,2 (2,5; 4)
Ранние признаки гипогликемии	1,6	2 (1; 3)	1 (1; 1)
Основные приемы пищи	4	4 (4; 4)	4 (4; 4)
Перекусы	3,6	4 (3; 4)	4 (4; 4)
Напоминания об инъекциях инсулина	3,3	2,9 (2; 4)	4 (4; 4)
Соблюдение техники инъекций инсулина	3	2,3 (1; 4)	4 (4; 4)
Признаки липодистрофии	1,8	2,3 (1; 3)	1 (1; 1)
Пропуски школы	1,4	1,7 (1; 2)	1 (1; 1)
Сообщение учителям о диабете	+ (n=12)	+ (n=7)	+ (n=5)
Сообщение друзьям семьи о диабете	+ (n=11) - (n=1)	+ (n=7)	+ (n=4) - (n=1)
Сообщение родственникам о диабете	+ (n=11) - (n=1)	+ (n=7)	+ (n=4) - (n=1)

СЕКЦИЯ

Внутренние болезни. Клиническая фармакология

В обследованных подгруппах родители вовлечены в процесс контроля СД1, однако, чем больше стаж СД1, тем чаще контролем состояния занимаются сами дети. Но периодически родители напоминали и уделяли внимание тем аспектам, которые важны для них и вызывают беспокойство: инъекции инсулина, измерение гликемии, приемы пищи и липодистрофии.

У родителей двоих детей из 2-ой подгруппы выявлено нежелание сообщать окружающим о заболевании ребенка по разным мотивам: уменьшение круга общения, чрезмерная опека, эмоциональный стресс для бабушки. Остальные родители (n=10), наоборот, информировали учителей и детей в школе о том, что такое СД1 и рассказывали о методах первой помощи в случае неотложных ситуаций.

Модифицированный показатель качества жизни [3] оценивался у пациентов по уровню обеспокоенности относительно влияния СД1 на следующие сферы, где 0 – не беспокоит, 1 – почти не беспокоит, 2 – беспокоит, 3 – сильно беспокоит. Данные представлены в таблице 3 в виде q_{25} и q_{75} .

Таблица 3 – Оценка модифицированного показателя качества жизни при СД1

	Общая оценка (n=12)	1-я подгруппа (n=7)	2-я подгруппа (n=5)
Боязнь диабетических ком	0,6	0,6 (0; 1)	0,6 (0; 1,5)
Получение желаемого образования или работы	0,8	0,9 (0; 2)	0,8 (0,5; 1,5)
Боязнь избыточной массы тела	0,3	0,6 (0; 1)	0 (0; 0)
Боязнь хронических осложнений диабета	1,3	1 (0; 2)	1,6 (1; 2)
Уменьшение круга друзей, изменение отношения в школе	0,2	0 (0; 0)	0,4 (0; 1)
Нарушение привычной жизни	0,7	0,4 (0; 1)	1 (0,5; 1,5)

По результатам этого опроса можно оценить, какие аспекты жизни волнуют детей из двух подгрупп. Дети из 1-ой подгруппы успели адаптироваться к своей новой реальности, и переживаний о будущей жизни у них гораздо меньше, чем у детей 2-ой подгруппы. Они научились выстраивать свой режим дня, адаптировались к обычной жизни, имели широкий круг друзей и старались хорошо учиться, но боялись набора массы тела на фоне инсулинотерапии. Дети 2-ой подгруппы больше беспокоились по поводу учебы в школе, адаптации к обычной жизни и получения желаемого образования и работы. Но у детей из обеих подгрупп присутствовала боязнь диабетических ком, угрожающих жизни.

Выводы

При изучении адаптации к образу жизни детей с СД1 и их родителей выявлены следующие особенности:

1. Соблюдение контроля СД1 присутствовало в большей степени среди опрошенных с впервые выявленным заболеванием. Однако отмечался недостаточный уровень регулярной физической активности среди всех опрошенных.

2. Родители детей со стажем СД1 более 1 года уделяли меньше внимания контролю СД1, чем при впервые выявленном заболевании. Чем больше стаж СД1, тем чаще контролем заболевания занимаются сами дети.

3. В подгруппе со стажем СД1 более 1 года отмечается адаптация к образу жизни с сахарным диабетом, в отличие от детей с впервые выявленным СД1.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Assessing Diabetes Self-Management with the Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ) Can Help Analyse Behavioural Problems Related to Reduced Glycaemic Control / Schmitt A. [et al.] // PLoS One. – 2016. – № 11. – P. 346–349.
2. Updated and Revised Diabetes Family Conflict Scale / Korey K. Hood [et al.] // Diabetes Care. – 2007. – № 30. – P. 764–769.
3. Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up / Jacobson AM [et al.] // J Pediatr Psychol. – 1990. – № 15. – P. 511–526.

УДК 616.318-006.3.04-06:[616.124.2-033.2:616.12-008.318]

И. А. Куликова, Н. М. Вихарева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**АЛЬВЕОЛЯРНАЯ РАБДОМИОСАРКОМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ
СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ ПРАВОЙ ЩЕКИ С МЕТАСТАЗАМИ
В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЕМ
СЕРДЕЧНОГО РИТМА
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Введение

Альвеолярная рабдомиосаркома (АРМС) — это злокачественная опухоль соединительной ткани, возникающая из скелетных мышечных клеток, которые полностью не дифференцировались. Развитие альвеолярной рабдомиосаркомы мягких тканей связывают с транслокацией t(2; 13), который соединяет ген PAX3 с геном FOXO1 (FKHR), и t(1;13), который соединяет ген PAX7 с геном FOXO1 (FKHR). Относится рабдомиосаркома к разряду крайне агрессивных опухолей, для которых характерен быстрый рост, рецидивы и частое метастазирование. Это быстрорастущая злокачественная опухоль мягких тканей, которая у 25–30% пациентов на момент постановки диагноза сопровождается отдаленными или регионарными метастазами. Она является второй по распространенности после эмбриональной, составляя около 1/4 всех случаев, и чаще встречается в более старшей возрастной группе, с пиком заболеваемости в 10–25 лет, однако диагностируются случаи у детей раннего возраста и даже врожденные. Особенностью данной опухоли является редкая нетипичная локализация метастазов в сердце и поджелудочную железу. Распространенность опухолевого процесса оценивается на основании данных комплексного обследования, включающего магнитно-резонансную томографию с внутривенным контрастированием, ультразвуковое исследование первичного очага зон регионарного и отдаленного метастазирования, компьютерную томографию и радиоизотопные исследования. На сегодняшний день в медицинской литературе описано не более 45 клинических случаев развития первичной рабдомиосаркомы кожи. Первичная альвеолярная рабдомиосаркома кожи составляет менее 0,7% всех выявляемых случаев рабдомиосарком. У пациентов старше 19–20 лет АРМС наблюдается значительно реже, локализуется, как правило, в области конечностей, а на участки головы и шеи приходится около 24 % всех случаев. Течение АРМС у взрослых более агрессивное, чем у детей, а прогноз более неблагоприятный. Несмотря на применение такого