

ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ В СЕМЬЕ С РЕБЕНКОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.П. Каплиева¹, Я.Л. Навменова²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь;

²ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

Выявление сахарного диабета типа 1 (СД типа 1) у ребенка является стрессом не только для родителей, но и для всех членов семьи, включая бабушек и дедушек. Длительность стрессовой ситуации в семье зависит от личной эмоциональности каждого из членов семьи, самодисциплины родителей и ребенка с СД, обученности знаниям о СД в школе сахарного диабета для детей и их родителей и заинтересованности в углублении этих знаний, оптимизма и позитивной социализации.

Цель: изучить изменения в образе жизни детей с СД типа 1 и их родителей.

В исследовании участвовало 15 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет, средний возраст 11,08 ($q_1=8,25$; $q_3=13$), а также их родителей. Пациенты были разделены на 2 подгруппы: 1-я – пациенты со стажем СД типа 1 более 1 года ($n=9$), 2-я – впервые выявленным СД типа 1 ($n=6$). Для анкетирования использовались модифицированные опросники: шкала семейных конфликтов при диабете (DFCS) [Hood K.K., 2007], модифицированный показатель качества жизни (МПКЖ) [Hauser S.T. et al., 1990].

В шкале семейных конфликтов в зависимости от кратности напоминаний или акцента на аспекты ведения СД типа 1 выставлялись баллы: 0 – никогда, 1 – редко, 2 – иногда, 3 – часто, 4 – каждый день. Оценивалось информирование близкого окружения о наличии СД у ребенка соответственно (+) или (–) с указанием причины. Оценка МПКЖ у пациентов по уровню обеспокоенности относительно влияния СД типа 1 включала боязнь диабетических ком, получение желаемого образования или работы, боязнь избытка массы тела и хронических осложнений диабета, уменьшение круга друзей, изменение отношений в школе, нарушение привычной жизни. Критерии оценки: 0 – не беспокоит, 1 – почти не беспокоит, 2 – беспокоит, 3 – сильно беспокоит.

Родители были вовлечены в процесс контроля СД типа 1, и чем больше стаж заболевания, тем чаще контролем состояния диабета занимались дети. Но родители уделяли внимание тем аспектам, которые вызывали у них беспокойство: напоминания об инъекциях инсулина – 3,9 (2; 6) в 1-й подгруппе vs 5 (5; 5) во 2-й, соблюдение техники инъекций – 4,3 (2; 6) vs 6 (6; 6), напоминания о контроле гликемии – 6 (3; 7) vs 6 (6; 6), подсчете углеводных единиц – 8 (7; 9) vs 6 (6; 6).

Родители 3 детей из 2-ой подгруппы не хотели сообщать окружающим о заболевании ребенка по разным мотивам. Остальные родители ($n=12$), наоборот, информировали окружающих о том, что такое СД типа 1 и как оказать первую помощь в неотложной ситуации.

По результатам опроса МПКЖ выявлено, что дети из 1-ой подгруппы успели адаптироваться к новой реальности, и переживаний о будущей жизни у них меньше, чем во 2-ой подгруппе: боязнь хронических осложнений – 2 (0; 4) vs 3,6 (2; 5); изменение отношений в школе – 0 (0; 0) vs 0,4 (0; 1); нарушение привычной жизни – 1,4 (1; 2) vs 6 (6; 6). Они адаптировались к новому режиму дня, имели широкий круг друзей и старались хорошо учиться, но боялись набора массы тела на фоне инсулинотерапии – 0,6 (0; 1) vs 0 (0; 0). Дети 2-ой подгруппы беспокоились об успеваемости, адаптации к образу жизни и получении желаемого образования и работы. Но у детей из обеих подгрупп была боязнь диабетических ком – 2,6 (1; 4) vs 2,6 (1; 3,5).

Заключение. В 1-ой подгруппе родители детей со стажем СД типа 1 более 1-го года уделяли меньше внимания контролю СД типа 1, чем при впервые выявленном заболевании. Чем больше был стаж СД типа 1, тем чаще контролем заболевания занимались сами дети. В подгруппе со стажем СД типа 1 более 1 года отмечается адаптация к образу жизни с сахарным диабетом, в отличие от детей с впервые выявленным СД типа 1.

ИЗЖОГА КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

А.Н. Ковальчук, Э.Н. Платошкин, С.А. Шут

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Изжога как симптом – это чувство жжения за грудиной, распространяющееся снизу-вверх. Изжога чаще возникает в положении лёжа, при наклонах туловища, подъеме тяжестей. Иногда она сопровождаю-

щесся ощущением кислоты и/или горечи во рту, часто связанное с чувством переполнения в эпигастрии после приема пищи (т.н. «постпрандиальный дистресс-синдром»). Изжога является одним из наиболее широко распространенных симптомов среди людей возраста 18-59 лет (40%) и старше 60 лет (30%). В детском возрасте оценить распространенность изжоги трудно в связи со сложностью оценки симптомов в раннем возрасте [Шептулин А.А. и др., 2017].

Изжога патогенетически обусловлена забросом желудочного содержимого в пищевод на фоне нарушений релаксации нижнего пищеводного сфинктера, сократимости мышечного слоя пищевода, аккомодации желудка. Также причиной изжоги может быть гиперчувствительность слизистой оболочки пищевода, особенностью функционирования нервной системы. Римские критерии IV пересмотра выделяют «функциональную изжогу», характеризующуюся отсутствием морфологических, структурных, двигательных нарушений и отсутствием ответа на двойную антисекреторную терапию, и «гиперчувствительность пищевода к рефлюксу», для которой характерно отсутствие эндоскопических и рН-манометрических изменений. Часто изжога выступает также в качестве симптома гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, других эзофагитов, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и др. Также загрудинный дискомфорт может описываться пациентами как изжога при холелитиазе, инфаркте миокарда, панкреатите. Такой широкий диапазон диагностического поиска требует использования достаточно большого инструментального и лабораторного арсенала, а именно: эндоскопические методы с исследованием биоптатов слизистой, рН-импедансометрия, методы медицинской визуализации (контрастная рентгенография, компьютерная томография и т.д.) [Шептулин А.А., Кайбышева В.О., 2017].

До 80% беременных отмечают наличие изжоги в течение всей беременности. Если в первом триместре она чаще обусловлена диетическими погрешностями, и достаточно легко поддается лечению, то во втором и третьем триместрах этот симптом может стать причиной значительного ухудшения самочувствия и снижения качества жизни, а также сложно купируемой диетически и медикаментозно из-за влияния прогестерона на тонус нижнего пищеводного сфинктера и смещения органов брюшной полости увеличившейся в размерах маткой [Vazquez J.C., 2015].

Лечение изжоги включает как диетотерапию с исключением провоцирующих продуктов питания, таких как кофе, шоколад, алкоголь, острая пища и т.д., коррекцию факторов образа жизни (избегание переизбытка, контроль веса и т.п.), так и антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы, блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов, антацидами, препаратами альгиновой кислоты, прокинетиками. Хирургические и эндоскопические методы лечения имеют место в случаях тяжелой ГЭРБ, неподдающейся консервативной терапии, а также в случае развития осложнений.

Негативное влияние изжоги на качество жизни является достаточно сложнокорректируемым. Во-первых, это связано в первую очередь с тем, что лечение требует не только приема медикаментозных препаратов, но и с необходимостью коррекции диеты и образа жизни. Культуральные и социальные аспекты жизни пациентов часто делают их неприверженными к врачебным рекомендациям по диетотерапии и изменению провоцирующих факторов образа жизни. Во-вторых, неэрозивные формы рефлюксной болезни и функциональная изжога слабо поддаются антисекреторной терапии. Несмотря на физиологическую природу возникновения изжоги, исследования демонстрируют влияние высокого уровня стресса и тревожности на увеличение частоты и тяжести изжоги. Параллельное с медикаментозной терапией проведение психотерапевтических мероприятий может снизить частоту проявлений изжоги и улучшить качество жизни пациента [Revicki, D.A., et al., 2003; Jiang, Y., Zheng, W., Wang, Y., 2021; Zhang, X., Zhang, S., Chen, Y., 2020].

Исследователи уже обнаруживали у пациентов данной категории склонность к неадаптивному личностному реагированию на течение болезни, что усугубляет тяжесть клинических проявлений, что можно рассматривать как эмоционально-личностные особенности. Предполагается, что такое направление психологии и психотерапии как телесно-ориентированная психотерапия может быть эффективным в работе с пациентами с эрозивной и неэрозивной формами рефлюксной болезни, однако данное предположение недостаточно исследовано [Одарущенко О. и др., 2015].

Таким образом, изжога представляет собой проблему, которую нельзя сводить лишь к гастроэнтерологическому профилю. Комплексная работа гастроэнтеролога, врача-эндоскописта, диетолога, психотерапевта, врача общей практики, врача-хирурга может сделать лечение более эффективным и улучшить качество жизни пациента с изжогой.