

Как видно из данных таблицы 1 интегральный показатель D, в целом характеризующий долю детей с отклонением от нормы иммунного статуса, у детей 7–16 лет ГР2.1 значительно превышает показатели группы детей 7–16 лет ГР2.2, и в группе детей с аллергическими заболеваниями 7–16 лет ГР1 также значительно больше отклонений от нормы (особенно по показателям клеточного иммунитета) по сравнению с детьми 7–16 лет ГР2.2, поэтому данный диагностический алгоритм может иметь практическое значение для определения предикторов развития иммунопатологических состояний.

Согласно литературным данным относительное и абсолютное содержание Т-, В-лимфоцитов не отличается от условно здоровых в пределах возрастного диапазона РЗ при ряде вирусных заболеваниях [2], при общей вариабельной иммунной недостаточности [3, 4] с определенными возрастными различиями [4]. При аллергических заболеваниях повышается содержание В-лимфоцитов [5]. Таким образом, содержание Т-общих, В-лимфоцитов могут быть использованы в качестве прогностических факторов при обследовании детей с частыми респираторными инфекциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поворова, О. В. Возрастные особенности иммунного статуса детей с частыми респираторными заболеваниями / О. В. Поворова, В. А. Ливинская, Т. И. Чегерова // Веснік МДУ імя А. А. Куляшова. Серыя В. Прыродазнаўчыя навукі. — 2021. — № 1. — С. 103–114.
2. Клинико-лабораторные показатели, характеризующие иммунную систему больных ветряной оспой / Ю. С. Калинина [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2017. — Т. 22, № 4. — С. 190–194.
3. Иммунологические и генетические особенности общей вариабельной иммунной недостаточности (ОВИН) у детей и взрослых в Республике Беларусь / М. В. Белевцев [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. — 2019. — Т. 21, № 1. — С. 104–111.
4. Two sides of the same coin: pediatric-onset and adult-onset common variable immune deficiency / L. A. Sanchez [et al.] // J Clin Immunol. — 2017. DOI 10.1007/s10875-017-0415-5.
5. Жильцова, Е. Е. Роль иммунологических нарушений в развитии атопического дерматита / Е. Е. Жильцова, Л. Р. Чахоян // Исследования и практика в медицине. — 2018. — Т. 5, № 1. — С. 45–51.

УДК 316.654+616.891.6]:616.1/.4-053.2

ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И УРОВНИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Скуратова Н. А.^{1,2}, Беридзе Р. М.¹, Жизневская В. А.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема психологической помощи детям с соматическими заболеваниями является весьма актуальной. Эффективность лечения детей, особенно с тяжелыми соматическими заболеваниями, зависит не только от тяжести соматического недуга, а также от индивидуально-психологических особенностей ребенка, системы отношений и стилей воспитания, уровня адаптивности ребенка в социуме [3]. С целью оценки отношения детей к своему заболеванию используются различные диагностические тесты, одним из которых является тест «ТОБОЛ» (тип отношения к болезни). Выделяют следующие типы отношения детей к болезни: гармоничный —

трезвая оценка своего поведения и адекватное взаимодействие с окружающими; эргопатический — «бегство в работу», неадекватное стремление продолжать работу при наличии даже серьезного заболевания; аногнозический — отрицание наличия заболевания и игнорирование болезненных проявлений; тревожный — повышенный уровень тревоги, беспокойства, неадекватные опасения и мнительность в отношении своего состояния и течения болезни; сенситивный — чрезмерная чувствительность к оценкам других в отношении собственной личности, опасения возможных слухов, сплетен, а также плохого отношения окружающих в связи с наличием заболевания [1, 2]. Выделяют следующие виды тревожности: общая тревожность (ОТ), школьная тревожность (ШТ), самооценочная тревожность (СТ), межличностная тревожность (МЛТ), магическая тревожность (МТ) [3].

Ввиду этого актуальным является определить тип отношения к болезни по данным теста «ТОБОЛ», уровни и виды тревожности у детей.

Цель

Изучить типы отношения к болезни, уровни и виды тревожности у детей с различной соматической патологией.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» было проведено анкетирование 76 детей в возрасте от 8 до 17 лет. Материалом для исследования явились шкалы личностной тревожности А. М. Прихожан и шкала «ТОБОЛ».

Результаты исследования и обсуждение

Анкетирование с целью определения тревожности прошли пациенты (n = 76), которые были госпитализированы в кардиологическое (n = 17), неврологическое (n = 13), гастроэнтерологическое (n = 16), нефрологическое (n = 16) и инфекционное (n = 14) отделения. При анализе полученных результатов были выявлены следующие данные:

Кардиологическое отделение (n = 17): 35 % — повышенная ШТ, 65 % — нормальная (N). При изучении СТ: 18 % — повышенный уровень, 82 % — N. МЛТ: 6 % — повышенный, 94 % — N. МТ: 12 % — повышенный, 88 % — N. ОТ: 6 % — повышенный, 94 % — N. Неврологическое отделение (n = 13): 23 % — повышенная ШТ, 77 % — N. СТ: 15 % — повышенный уровень, 85 % — N. МЛТ: 15 % — повышенный, 85 % — N. МТ: 31 % — повышенный, 69 % — N. ОТ: 8 % — повышенный, 92 % — N. Гастроэнтерологическое отделение (n = 16): 19 % — повышенная ШТ, 81 % — N. СТ: 6 % — повышенный уровень, 94 % — N. МЛТ: 6 % — повышенный, 94 % — N. МТ: 13 % — повышенный, 87 % — N. ОТ: 13 % детей — повышенный, 87 % — N. Нефрологическое отделение (n = 16): 13 % — повышенная ШТ, 87 % — N. СТ: 100 % — нормальный. МЛТ: 100 % — N. МТ: 100 % — N. ОТ: 100 % — N. Инфекционное отделение (n = 14): 14 % — повышенная ШТ, 86 % — N. СТ: 7 % — повышенный уровень, 93 % — N. МЛТ: 7 % — повышенный, 93 % — N. МТ: 100 % — N. ОТ: 7 % — повышенный, 93 % — N.

При изучении типов отношения к болезни у детей (n = 30) различного профиля были выявлены следующие результаты (таблица 1).

Таблица 1 — Типы отношения к болезни у детей различного профиля

Тип отношения к болезни	Кардиологическое, n (%)	Гастроэнтерологическое, n (%)	Нефрологическое, n (%)
Гармоничный	1 (9 %)	1 (11 %)	—
Эргопатический	1 (9 %)	4 (45 %)	1 (10 %)
Анозогнозический	5 (46 %)	1 (11 %)	6 (60 %)
Тревожный	1 (9 %)	—	—
Сенситивный	1 (9 %)	—	—
Смешанный	—	1 (11 %)	3 (30 %)
Диффузный	2 (18 %)	2 (22 %)	—

Исходя из данных таблицы 1, можно отметить, что дети из кардиологического отделения относились к своей болезни по-разному. Среди выявленных типов преобладал анозогнозический (46 %). В гастроэнтерологическом отделении у пациентов преобладал эргопатический тип (45 %), в нефрологическом — смешанный (30 %). В результате исследования уровней тревожности были выявлены следующие показатели тревожности (таблица 2).

Таблица 2 — Уровень тревожности детей различного профиля

Уровень тревожности	ОТ	ШТ	СТ	МЖЛТ	МТ
<i>Кардиологическое отделение</i>					
Не свойственно	6	1	6	5	5
Нормальный	3	5	2	3	2
Несколько повышенный	1	3	—	3	2
Явно повышенный	1	1	3	—	2
Очень высокий	—	1	—	—	—
<i>Гастроэнтерологическое отделение</i>					
Не свойственно	4	5	2	4	3
Нормальный	2	3	4	5	3
Несколько повышенный	2	1	3	—	2
Явно повышенный	1	—	—	—	1
Очень высокий	—	—	—	—	—
<i>Нефрологическое отделение</i>					
Не свойственно	5	7	7	5	6
Нормальный	5	3	2	5	3

По данным таблицы 2 можно сделать вывод, что у детей из кардиологического отделения выявлен наиболее высокий уровень тревожности, нежели у детей из других отделений. Среди всех видов тревожности преобладает самооценочная, которая несколько повышена у детей в каждом из отделений. Наименьший уровень тревожности отмечается у детей нефрологического профиля, где также отмечался анозогнозический тип (отрицание, игнорирование) отношения к болезни.

Выводы

В структуре «ТОБОЛ» у детей, находящихся на стационарном лечении, преобладали анозогнозический и эргопатический типы. Это свидетельствует о том, что многие дети склонны рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний, в связи с этим нередко не считают нужным обследоваться и лечиться. Несмотря на то, что у детей из кардиологического отделения отмечался анозогнозический тип отношения

к болезни, у них выявлен повышенный уровень всех видов тревожности, что свидетельствует о скрытом переживании за свое здоровье. Повышение уровня различных видов тревожности, а также критичное отношение к своей болезни у пациента требует разработки индивидуальных программ лечения с участием врача, школьного психолога и психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман, Л. И.* Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман. — СПб.: Питер, 2015. — 33 с.
2. *Лурия, Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. — Медицина, 2012. — 112 с.
3. *Скуратова, Н. А.* Оценка результатов активной клиноортостатической пробы и уровня тревожности при проведении суточного мониторинга артериального давления у детей с артериальной гипертензией / Н. А. Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. — 2008. — № 4. — С. 43–46.

УДК 616.12-008.6-037-053.2-07

ФЕНОМЕН УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QTc У ДЕТЕЙ: ОЦЕНКА РИСКА СИНДРОМА ПО ДАННЫМ ШКАЛЫ ШВАРЦА

Скуратова Н. А.^{1,2}, Юранова А. Д.¹, Башлакова А. Ю.¹

¹Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Феномен удлиненного интервала QT отражает замедление процессов деполяризации и реполяризации миокарда желудочков, тем самым позволяет выявить пациентов из групп риска по развитию жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти. В понятие «синдром удлиненного интервала QT» объединена разнообразная группа генетических заболеваний вследствие патологии ионных каналов на мембране кардиомиоцита [1]. Продолжительность скорректированного интервала QT (QTc) более 440 мс является патологической в любом возрасте. Выделяют врожденный синдром удлиненного интервала QT (СУИQT), относящийся к «первичным электрическим заболеваниям сердца» (каналопатиям) и вторичный (приобретенный) синдром удлиненного интервала QT. Независимо от причин удлинения интервала QT во всех случаях сохраняется высокий риск развития фатальной аритмии и внезапной смерти [2]. Актуальным является выявить риск синдрома удлинения интервала QTc по шкале Шварца при регистрации данного феномена на электрокардиограмме (ЭКГ) и при холтеровском мониторинге (ХМ) у детей [3].

Цель

Оценить риск наличия синдрома удлиненного интервала QTc по данным шкалы Шварца у детей с феноменом удлинения интервала QTc по данным ЭКГ и ХМ.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезней детей в возрасте от 7 до 17 лет с выявленным феноменом удлинения интервала QTc (преходящим или постоянным) на стандартной ЭКГ и при ХМ, находящихся на обследовании и лечении в кардиологическом и неврологиче-