

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. СТУПИНО МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

МУЗ СЦРКБ Детская поликлиника, г. Ступино Московской области, РФ

Аллергические заболевания органов дыхания принадлежат к числу наиболее распространенных болезней в детском возрасте. Ведущим фактором риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний является табакокурение. Целью работы стало выявление детей с бронхиальной астмой (БА) и аллергическим ринитом (АР) среди детского населения г. Ступино Московской области (МО), изучение распространенности табакокурения среди детей, страдающих БА, и детей в общей популяции, определение влияния табакокурения на частоту и тяжесть обострения БА у курящих и некурящих астматиков.

Исследование проводили на базе детской поликлиники г. Ступино МО. Выявлены 113 детей с БА в возрасте от 2 до 17 лет (76 мальчика и 37 девочек). Диагноз БА устанавливали на основании анамнестических, клинических данных, результатов рентгенологического исследования легких и аллергологического

обследования, тяжесть обострения оценивали в соответствии с критериями тяжести острого периода БА у детей. Наблюдали также 636 практически здоровых детей в возрасте 10–17 лет (325 мальчиков и 311 девочек). Проведена экспертная оценка амбулаторных карт пациентов с БА и АР в период с 2002 по 2008 гг., анкет на предмет выявления табакокурения. Вопросник охватывал возраст, пол, возраст приобщения к курению, а также продолжительность потребления табака и определение доступа молодежи к сигаретам. Контроль БА у курящих и некурящих астматиков определяли при помощи теста по контролю над астмой (АСТ).

В г. Ступино МО проживают 10 840 детей, из них у 113 установлен диагноз БА, что составляет 1%.

Диагноз БА устанавливался в среднем спустя $6,1 \pm 0,2$ лет после появления первых клинических симптомов болезни и только у 23% ($n=26$) детей – в течение первых 3 лет после манифестации заболевания

(2,46±0,7 лет). Средний возраст установления диагноза БА у мальчиков составил 11,05±3,92 лет, у девочек – 11,03±4,39 года. Легкая БА диагностирована у 62,9% (48 мальчиков и 23 девочки), среднетяжелая – у 29,2% (24 мальчика и 9 девочек), тяжелая – у 7,9% (4 мальчика и 5 девочек). Инвалидность детей с БА в г. Ступино в 2009 г. составила 6,19% (n=7) от общего числа детей-инвалидов.

Аллергический ринит (АР) также принадлежит к числу распространенных аллергических заболеваний. Среди детей с легкой БА сезонный АР выявлен у 32,4% (n=23), круглогодичный АР – у 17% (n=12), при среднетяжелой БА – соответственно у 27,3% (n=9) и 48,5% (n=16), при тяжелой БА 100% (n=9) детей страдали круглогодичным АР. В 64% наблюдений АР предшествовал возникновению БА.

Активное и пассивное потребление табака среди детей и подростков в настоящее время приобретает все большее распространение и рассматривается как существенный фактор нарушения легочных функций и риска развития БА. Анонимное анкетирование 636 практически здоровых подростков 10–17 лет показало, что в общей детской популяции курят 20,9% (n=133) мальчиков и 19,81% (n=126) девочек, из них эпизодически – соответственно 46,6% (n=62) и 40,5% (n=51), постоянно – 37,6% (n=50) и 37,1% (n=47), пробовали курить 15,8% (n=21) мальчиков и 22,2% (n=28) девочек. Начало потребления табака зарегистрировано с 5-летнего возраста. Средний возраст постоянных курильщиков среди мальчиков составил 15,3±1,77 лет, девочек – 14,8±1,65 лет.

Среди детей с БА курят постоянно 2,65% (n=3) мальчиков, девочки не зарегистрированы, эпизодически – 18,58% (n=21) мальчиков и 7,96% (n=9) девочек. Средний возраст начала курения у детей с БА составил 15,3±0,57 лет. Следует отметить, что среди детей с БА курение родителей выявлено у 9,7% (n=33), из них 3

семьи, в которых курят мамы. Первый опыт общения с сигаретой среди мальчиков с БА возник в 13,8±2,11 лет, среди девочек – в 13,85±1,95 лет. Первую сигарету большинство детей получают от своих друзей, реже из других источников. Отмечается влияние табакокурения на частоту и тяжесть обострения БА у курящих детей по сравнению с некурящими: приступы обструкции регистрировались чаще, кратность приема бронхолитиков увеличивалась. В 29,2% случаев потребление табака способствовало обострению БА. АСТ выявил неполный контроль заболевания (менее 19 баллов). Взаимосвязь табакокурения с состоянием здоровья детей и подростков определяет необходимость внедрения наряду с астма-школами антисмокинг-овых профилактических программ и школ-здоровья. С марта 2009 г. в детской поликлинике г. Ступино МО в рамках «Астма-школы» проходят занятия по профилактике табакокурения с психологом кризисного центра «Надежда». Через 6 месяцев работы с психологом распространенность эпизодически курящих мальчиков с БА сократилась на 19% (n=4), девочек – на 55,5% (n=5), число постоянных курильщиков среди мальчиков с БА сократилось на 66,7% (n=2), что значительно снизило частоту обострений БА.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что мониторинг потребления табака среди детей и подростков является на сегодня важным направлением профилактики развития хронических неспецифических заболеваний респираторной системы, в частности БА. Продолжительность курения и его интенсивность у детей и подростков оказывают отрицательное влияние на частоту и тяжесть обострения БА. Внедрение образовательных программ, здорового образа жизни, профилактических мероприятий по борьбе с потреблением табака способствует уменьшению тяжести течения БА и достижению длительной клинической ремиссии заболевания.

© Петросян Р.А., 2009

Р.А. Петросян

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И СМЕЖНОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Диспансерный кабинет ПБ г. Мартуни Гегаркуникского района Республики Армения

Периодическая болезнь (ПБ) представляет собой генетическую патологию, которая наследуется по ауто-сомно-рецессивному типу. В патогенезе ПБ принимают участие иммунные механизмы воспаления. В типичных случаях диагностика ПБ не представляет трудностей,

однако при атипичных и безлихорадочных приступах врач в процессе постановки диагноза испытывает значительные затруднения, в связи с чем дифференциальная диагностика при спорных и клинически маломанифестных случаях ПБ остается актуальной.

Целью настоящего исследования являлось проведение сравнительного анализа уровней сывороточных IgM, IgG, IgA при ПБ и клинически сходной с ПБ (смежной) патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в детском возрасте.

Обследованы 57 детей в возрасте старше 7 лет с жалобами на боли в животе с повышением температуры тела или без температурной реакции, поступивших на стационарное обследование и лечение в соматическое отделение Республиканской детской клинической больницы Республики Армения. Из них у 52 детей диагностирована ПБ, у 5 поставлен диагноз изолированной патологии ЖКТ (хронический гастродуоденит, холецистит, панкреатит). Среди 52 детей, страдающих ПБ, у 36 диагностирована смешанная форма заболевания, у 16 – изолированная (абдоминальная, торакальная). Частые приступы ПБ отмечались у 28, умеренная частота приступов – у 19, редкие приступы – у 5 детей. Кроме основной патологии (ПБ) у 27 больных были выявлены также сопутствующие заболевания ЖКТ в виде хронического гастродуоденита, холангиохолецистита, дискинезии желчевыводящих путей, диспанкреатизма. Регулярную колхицинотерапию получали 16 больных ПБ.

Уровень сывороточных иммуноглобулинов определяли по методу гель-диффузии в агаре по Манчини (1965). Наблюдаемые больные ПБ были обследованы в динамике – во время приступа, в межприступном периоде и на фоне колхицинотерапии. В качестве контроля использовали значения сывороточных иммуноглобулинов здоровых детей старшей возрастной группы, полученные нами ранее (М.К. Абрамян и соавт., 1981).

Как показывают полученные результаты, во время приступа ПБ у детей с сопутствующими заболеваниями ЖКТ уровни IgA, IgM, IgG ($185 \pm 15,2$; $137,3 \pm 8,1$ и $1220 \pm 65,1$ мг% соответственно) существенно не отличались от показателей здоровых детей (200 ± 61 , 99 ± 27 и 1158 ± 305 мг% соответственно). Аналогичные результаты получены у детей с ПБ, но без сопутствующей патологии ЖКТ ($199,1 \pm 21,05$; $128,1 \pm 6,3$ и $1194,6 \pm 85,7$ мг% соответственно).

Межприступный период ПБ характеризовался достоверно ($p \leq 0,05$) более высоким уровнем IgA в сравнении с приступом как у детей с сопутствующей патологией ЖКТ ($240 \pm 22,8$ мг%), так и без нее ($280,2 \pm 22,7$ мг%), не превышая однако пределов нормы (200 ± 61 мг%).

На фоне колхицинотерапии уровень IgA у детей с ПБ и сопутствующей патологией ЖКТ ($117,6 \pm 41,6$ мг%) и без нее ($161 \pm 29,2$ мг%) снижался как в сравнении с приступом, так и с межприступным периодом, достигая значений нормы (200 ± 61 мг%). Показатели IgM отличались при сравнении значений во время приступа ($137,3 \pm 8,1$ мг%) и на фоне колхицинотерапии ($127,4 \pm 28,7$ мг%) у больных ПБ и сопутствующими заболеваниями ЖКТ.

Смежная с ПБ патология ЖКТ характеризовалась отсутствием различий с показателями нормы для всех классов сывороточных иммуноглобулинов (IgA $112 \pm 8,8$ мг%, IgM $113 \pm 12,3$ мг%, IgG $1168 \pm 315,2$ мг%).

Сравнительная характеристика показателей сывороточных иммуноглобулинов у детей с ПБ и у больных с изолированной патологией ЖКТ выявила достоверно более высокие ($p \leq 0,05$) уровни IgA во время приступа и в межприступном периоде как у пациентов с ПБ и сопутствующей патологией ЖКТ ($185 \pm 15,2$ мг%), так и без сопутствующих заболеваний ЖКТ ($199,1 \pm 21,05$ мг%) в сравнении с больными, страдающими изолированной патологией ЖКТ ($112 \pm 8,8$ мг%).

IgM достоверно был повышен у больных ПБ в сравнении с показателями у детей с изолированной патологией ЖКТ ($113 \pm 12,3$ мг%) только во время приступа ПБ у детей с сопутствующей патологией ЖКТ ($137,3 \pm 8,1$ мг%).

Таким образом, выявленные различия уровней сывороточных иммуноглобулинов при ПБ в различные фазы заболевания свидетельствуют о том, что гуморальное звено иммунитета принимает активное участие в патогенезе ПБ. IgA является основным показателем гуморального иммунитета, изменяющимся в межприступном периоде и на фоне колхицинотерапии ПБ и имеющим существенные различия значений по сравнению с детьми с клинически схожей с ПБ изолированной патологией ЖКТ (смежная с ПБ патология ЖКТ), что может служить дифференциально-диагностическим критерием и помогать в оценке эффективности колхицинотерапии. Отсутствие достоверных изменений уровня сывороточных иммуноглобулинов при изолированной патологии ЖКТ свидетельствует о том, что эти параметры гуморального иммунитета не являются существенным компонентом патогенеза этих заболеваний.

© Романенко Т.Д., Томилов И.А., 2009

Т.Д. Романенко, И.А. Томилов

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАКРЫТОГО АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЖЕЛЕЗНОГОРСК

ФГУЗ «Клиническая больница № 51 Федерального медико-биологического агентства»,
г. Железнодорожный Красноярского края, РФ

Закрытые административно-территориальные образования (ЗАО) создавались в 50–60-е годы как города-спутники предприятий оборонного значения. К таким городам относится г. Железнодорожный и входящий в его территориальное подчинение п. Подгорный. Ограниченный режим закрытого пространства годами формировал особый образ жизни, который определялся высоким интеллектуальным потенциалом самих жителей ЗАО, работающих на сложном ядерном, ракетном производстве.

Современная концепция здоровья ребенка – это не только соматическая составляющая, но также интеллектуально-психическая и духовная его часть. Для духовного развития детям ЗАО предоставлены все условия – любые направления по интересам с учетом возраста: музыкальные школы, художественные, хореографическая студия, крытый лед, бассейн – все близко, доступно, дешево.

Однако в подростковом возрасте большое значение имеют психосоциальные корни неблагополучия: социальная гетерогенность общества, разрыв между бедными и богатыми оказывают свое влияние на несостоявшуюся детскую психику, особенно на пубертатный период, в связи с чем возникают конфликты в школе, семье, растет количество детей и подростков с функциональными нарушениями нервной системы, развиваются пограничные состояния – психопатии.

С целью оценки психологического статуса подростков на территории ЗАО Железнодорожный нами проведено анкетирование учащихся одной из муниципальных школ в 1998 г. и спустя 10 лет в 2008 г. Было предложено ответить на одни и те же вопросы школьникам 9–11-х классов. Анкета разработана согласно цели и задачам настоящего исследования совместно с сотрудниками КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого. В 1998 г. в анкетном опросе принимали участие 184 школьника, в 2008 г. – 159 (уменьшился количественный состав старшеклассников). Анкетирование было анонимным. Подростки в этом возрасте с удовольствием откликаются на всевозможные социологические опросы – это один из способов показать свое внутреннее «я» при кажущейся внешней замкнутости.

Алкоголь в 1998 г. употребляли 66% подростков, в 2008 г. – 46%, в среднем также с 13 лет. В 2008 г. были такие интересные комментарии: «употребляю редко, с родителями по праздникам», или «редко, когда родители

угощают». Это еще раз подтверждает известное представление ВОЗ, что здоровье на 50% зависит от образа жизни, и вредные привычки формируются прежде всего в семье.

Интересна эволюция отношения подростков к наркотикам – в 1998 г. 2% высказались за положительное отношение к наркотикам, употребляли систематически – 3%, пробовали – 9%, хотели бы попробовать – 7%. В 2008 г. в 100% случаев было высказано резко отрицательное отношение к наркотической зависимости, причем высказывания носили яркий эмоциональный характер: «категорически нет!!!», «наркотики – это зло!», «не пробовал и никогда не буду».

Считает себя здоровыми в 2008 г. 78% школьников (в 1998 г. – 68%). По нашей медицинской статистике, этот показатель гораздо ниже: к концу 11-го класса первая группа здоровья не достигает 18%. Понятно, что при оценке своего здоровья дети руководствовались субъективными ощущениями, а такие функциональные отклонения, как сколиозы, плоскостопие, миопия, подростков практически не беспокоят, и они смело отнесли себя к категории здоровых.

Укрепить свое здоровье посредством отказа от вредных привычек хотели бы 79% подростков в 1998 г. и 78% – в 2008 г., но в 2008 г. 15% хотели бы заниматься спортом без отказа от вредных привычек, 12% – укрепить здоровье, не меняя образа жизни.

На период школьных каникул подростки стали чаще выезжать за пределы ЗАО: в 1998 г. – 20%, в 2008 г. – 35%. Гораздо чаще выезжают с родителями по России, в столичные города, в дальнее зарубежье. 30% отдыхают организованно в молодежных лагерях как на территории ЗАО, так и за его пределами (сплав по Мане, археологические раскопки, тренировочные сборы). Однако 35% подростков проводят свои каникулы дома.

На вопрос: «Курите ли вы?» положительно ответили в 2008 г. 26% респондентов (в сравнении с 1998 г. – 38%). Стартовый возраст этой пагубной привычки не изменился – в среднем с 12–13 лет, по 6–8 сигарет в сутки.

В сравнении с периодом десятилетней давности, старшеклассники стали больше читать книги: 28% в 1998 г. и 36% – в 2008 г. Если в 1998 г. на вопрос: «Какие книги вы прочитали?», – абсолютное большинство отвечало: «Программную литературу», то в 2008 г. литературные пристрастия подростков стали очень разнообразны – читают классику, современную прозу, античную литературу.

Из опрошенных нами респондентов 7% отметили, что они слушают аудиокниги.

На выставках, экскурсиях, в театрах наши дети бывают крайне редко (6%), в основном в г. Железногорске и в столицах – те, кто выезжают с родителями.

Все единодушно высказались за желание улучшить знание иностранного языка (английский), 5% хотели бы изучить китайский.

Таким образом, подростки, проживающие на территории ЗАТО, имеют свои психологические особенности. Высокий образовательный уровень, доступность квалифицированной медицинской помощи сказываются на формировании гармонично развитой, социально адаптированной личности. В нашем ЗАТО нет детей-бродяжек, редки случаи девиантного поведения.

За 10-летний период с 1998 г. по 2008 г. снизилось влечение подростков к курению, алкоголю и особенно к наркотикам.

Вместе с тем длительное пребывание в закрытом пространстве небольшого города накладывает свой отпечаток на черты характера: некоторые дети довольно замкнуты, находятся под гиперопекой родителей, испытывают определенные сложности при общении со сверстниками больших городов. Но этот недостаток быстро нивелируется, и железногорские студенты имеют хорошую репутацию в престижных красноярских ВУЗах, многие успешно продолжают образование в столицах и за рубежом.

Анкетирование показало высокую потребность подростков в медицинской психологической помощи.

© Шамсутдинова М.А., Арзикулов А. Ш., 2008

М.А. Шамсутдинова, А.Ш. Арзикулов

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Республика Узбекистан

Целью настоящей работы было изучение клинико-психологических особенностей личности у детей и подростков с язвенной болезнью (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки (ДПК).

Для уточнения личностно-характерологических особенностей мы проводили клинико-психологическое обследование 32 больных (12 мальчиков и 20 девочек) в возрасте от 8 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении детской клиники АндГосМИ.

В психодиагностический комплекс методик включены детский вариант опросника Айзенка для определения уровня общительности (экстраверсия–интраверсия) и эмоциональной стабильности (нейротизма), детский вариант проективной методики фрустрационной толерантности Розенцвейга, личностный многофакторный опросник Кетелля. Все экспериментально-психологические методы, включенные в психодиагностический комплекс, были адаптированы и рестандартизированы нами в соответствии с социально-культуральными условиями нашего региона.

Личность больного ЯБ характеризуется весьма высоким уровнем фактора эмоциональной нестабильности (нейротизма) как у мальчиков ($15,4 \pm 1,0$; $p < 0,05$), так и у девочек ($15,7 \pm 0,6$; $p < 0,05$). Показатели общительности (экстраверсия–интраверсия) имели низкие значения ($12,5 \pm 0,6$ и $12,05 \pm 0,4$ у мальчиков и девочек $p < 0,05$), что характеризует их как менее общительных.

Эти больные отличаются конфликтностью, эксцентричностью поведения, что осложняет их лечение, так как они ссорятся со сверстниками или персоналом лечебного учреждения, нарушают режим и диету и считаются «трудными пациентами».

Как свидетельствуют результаты обследования по опроснику Кетелля, больные ЯБ отличаются своеобразием личности. Эти больные имеют ряд общих черт характера: замкнутость, чрезмерная обидчивость, повышенная ранимость, отсутствие интуиции в межличностных отношениях, неуверенность в себе. В поведении больных часто наблюдаются негативизм, упрямство и тревожная обязательность, что подтверждается низкими оценками по фактору «А» (3,0 и 4,6 у мальчиков и девочек $p < 0,05$). Наблюдается тенденция к снижению оценок по факторам «В» и «С», отражающих уровень развития вербального интеллекта (4,0 и 3,9; 2,7 и 3,0 у мальчиков и девочек). У больных часто отмечаются невнимательность и утомляемость. Больные с низкой оценкой по этому фактору выполняют предложенные задания, используя лишь конкретно-ситуационные признаки, примитивно подходят к решению своих проблем.

У больных обнаруживаются неустойчивость настроения, раздражительность и слабый контроль своих эмоций. В большинстве случаев они испытывали трудности в приспособлении к новым условиям (низкие значения фактора «С»). Высокая оценка по фактору «G» позво-

© Коллектив авторов, 2009

Л.И. Мазур, В.В. Кулагина, С.В. Черкасова

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, РФ

Пневмония остается одним из довольно распространенных заболеваний детского возраста. Заболеваемость внебольничной пневмонией (ВП) в Российской Федерации составляет 4–14 на 1000 детей в возрасте от 1 мес до 15 лет. Первичная заболеваемость ВП детей от 1 мес до 18 лет в г. Самаре составляет 6,68‰, преобладают дети до 14 лет – 7,38‰.

Цель работы – выявить особенности диагностики и клиники нетяжелых ВП у детей, которые наблюдались и получали лечение в амбулаторных условиях по поводу острых респираторных инфекций (ОРИ) на основе анализа амбулаторных карт (форма 112У) и историй болезни (форма 003/У).

Нами проанализированы особенности клинического течения нетяжелой ВП у 112 детей в возрасте от 6 мес до 14 лет (53 девочки и 59 мальчиков). Средний возраст детей составил $8,6 \pm 1,3$ лет. Диагноз ВП ставили на основании клинических проявлений, результатов рентгенологического исследования органов грудной клетки, в соответствии с национальной классификацией (1996) и клиническими рекомендациями.

В ходе исследования были сформированы 2 группы по возрасту: в 1-ю группу были включены дети в возрасте до 5 лет (средний возраст – $3,5 \pm 0,4$ лет), во 2-ю группу – дети от 5 до 16 лет (средний возраст – $8,2 \pm 1,2$ лет). Выделены также группы пациентов до 5 лет и старше 5-летнего возраста, госпитализированных в стационар по поводу ВП. Статистическую обработку проводили методами вариационной статистики. Рассчитывали стандартные показатели: среднюю арифметическую, среднее квадратичное отклонение, ошибку репрезентативности. Оценку достоверности различий между группами проводили с использованием параметрического критерия Стьюдента. Порог вероятности ошибки в наших исследованиях составлял не более 5‰.

Среди больных ВП преобладали мальчики (52,7%), но чаще были госпитализированы в стационар по поводу нетяжелой ВП девочки (17%). Нами были определены следующие клинические симптомы при нетяжелых ВП у детей: кашель (98,2%) и «классические» физикальные симптомы (локальные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы, ослабленное дыхание и укорочение перкуторного звука), отмеченные у 64,1–83% пациентов. Наиболее

характерные для ВП температура тела более $38,0$ °С в течение 3 суток, одышка и тахипноэ отмечены только у 45,5% и 25% детей соответственно. Температурная реакция отмечена у 71,3% обследованных, из них у $2/3$ детей – фебрильная температура отмечалась в течение 1–3 суток заболевания. У $1/3$ детей клиника ВП не сопровождалась температурной реакцией. Достоверных различий по клиническим проявлениям заболевания у детей разного возраста нами не было выявлено.

Для подтверждения диагноза ВП и уточнения формы пневмонии детям проводили рентгенографию органов грудной клетки в прямой проекции, по показаниям – боковой снимок. По результатам исследования при ВП преобладает поражение нижней доли легких – 94 ребенка (83,9%). У амбулаторных и госпитализированных пациентов существенных различий по локализации воспалительного процесса в легочной ткани не было выявлено. Очаговый характер поражения чаще отмечался в группе амбулаторных больных. Осложнения пневмонии встречались со следующей частотой: синпневмонический плеврит – у 10 детей, ателектаз средней доли – у одного ребенка. Локализация поражения не зависела от возраста и пола детей.

80 детей после установления диагноза «ВП нетяжелого течения» на 4–5-е сутки от начала клинических проявлений ОРИ получали лечение в амбулаторных условиях. Состояние всех детей оценивалось как среднетяжелое. В группе пациентов до 5 лет симптомы интоксикации отмечены у 7 детей из 48, инспираторная одышка – у 3 детей. Средний показатель частоты дыхания (ЧД) составил $27,5 \pm 1,8$ в мин, частоты сердечных сокращений (ЧСС) – $116 \pm 4,3$ в мин, средняя температура тела – $37,7 \pm 0,2$ °С. В группе детей в возрасте от 5 до 16 лет состояние всех детей было средней тяжести, симптомов интоксикации не отмечено ни у одного из пациентов, одышка выявлена у 4 детей, средняя ЧД составила $23,5 \pm 2,3$ в мин, ЧСС – $89 \pm 4,3$ в мин, температура тела – $37,9 \pm 0,2$ °С.

32 ребенка после постановки диагноза ВП были госпитализированы в стационар. Нетяжелое течение пневмонии было диагностировано на 3–4-е сутки после возникновения ОРИ, у 2 детей с тяжелой сопутствующей патологией (болезнь Дауна и дефект межпредсердной

ляет говорить о развитии у больных таких черт личности, как целеустремленность, добросовестность, исполнительность, ответственность. Для них характерны тревожная обязательность, гиперсоциальная направленность поступков и суждений. Высокая оценка по фактору «I» отражает эмоциональную сенситивность и сентиментальность. Больные в большой степени подвержены влияниям внешней среды. Высокие оценки по факторам «Q» и «Q₄» свидетельствуют о невротическом развитии личности, развитии тревоги и депрессии в зависимости от ситуации. Больные отличаются избытком побуждений, которые не находят практической разрядки в процессе деятельности. В их поведении превалирует нервное напряжение.

Усредненный профиль личности по тесту Кетелля у больных ЯБ может быть охарактеризован как синдром невротической депрессии с тревожно-ипохондрическими тенденциями.

Таким образом, на основании полученных результатов исследования с применением многофакторного личностного опросника Кетелля, больных ЯБ можно отнести к чрезмерно реагирующим личностям, у них отмечается преобладание шкал невротической триады (D, Q, Q₄), а также неспособность этих больных преодолеть внутренний конфликт, который у них заложен с детского возраста. Характерно сочетание астенических черт личности с прямолинейностью и склонностью к депрессии.

Изучение взаимоотношений больных ЯБ в социальных микрогруппах показало преобладание у них интрапунитивных реакций; внешнеобвинительные и безобвинительные реакции были ниже, чем в контрольной группе. Как свидетельствуют литературные данные, преобладание реакций самообвинения во многом определяется тревожно-депрессивным вариантом развития личности. У больных ЯБ по сравнению со здоровыми количество внешнеобвинительных реакций было снижено, что свидетельствует о недостаточно адекватном реагировании на фрустрацию. Неспособность защитить свое «Я» выражается достоверным снижением защитных реакций «ED» и повышением разрешающих реакций «IP».

Проведенный нами анализ некоторых элементов взаимоотношений микросоциальной среды семьи детей

и подростков с ЯБ показал присутствие нервно-психического напряжения между членами семьи или наличие «семейной тревоги».

Почти в половине семей детей и подростков с ЯБ были частые скандалы (48%), или между родителями нередко возникали длительные ссоры по разным причинам (28%). Часты и конфликты между родителями и детьми. Среди причин конфликтности между детьми и родителями в 32,6% случаев указываются низкая успеваемость детей в школе, плохое поведение (18,3%), стремление к самостоятельности (20,4%), грубость и неряшливость (8,2%). В методах, применяемых родителями в воспитании детей, превалирует авторитарные приказания и требования (57,1%), а в 1/3 семей практикуется физическое наказание (32,1%). Парадоксально мнение родителей о степени их педагогической подготовленности к воспитанию детей. Лишь 18,1% супругов считают себя неподготовленными, а 81,8%, наоборот, считают себя достаточно подготовленными. Среди семей, имеющих детей с ЯБ, удельный вес неполных семей был в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе.

Психотравмирующая ситуация в школе была у 48,9% больных ЯБ. Наиболее частыми конфликтами были конфликты с учителями.

Таким образом, личность больного ребенка с ЯБ характеризуется весьма высоким уровнем фактора эмоциональной нестабильности (нейротизма). Больным присущ ряд общих черт характера: замкнутость, чрезмерная обидчивость, повышенная ранимость и отсутствие интуиции в межличностных отношениях. В поведении детей часто наблюдаются негативизм, упрямство и тревожная обязательность. Усредненный профиль личности по тесту Кетелля свидетельствует о невротическом развитии личности, наличии тревоги и депрессии в зависимости от ситуации. В связи с обнаруженными при обследовании больных ЯБ особенностями личности следует особую роль отводить психотерапевтическим методам, препятствующим развитию обострения ЯБ, направленным на психокоррекцию личности, устранение психотравмирующих обстоятельств, нормализацию микросоциальных (семейных, школьных) условий.

Успешное лечение ЯБ в современных условиях возможно при совместных терапевтических усилиях педиатра и психолога или психотерапевта.

