

7. Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України. – Методичні рекомендації / А.В. Степаненко та ін. – Київ, 2012 – 38с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/Met_LPMD.pdf. (19.08.15). – Назва з екрану.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності

системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 201 с. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna%20dopovid/Shchorichna%20dopovid.2013.pdf>. (19.08.15). – Назва з екрану.

Надійшла до редакції 25.08.2015

Прийнята до друку 07.09.2015

© Дриль І.С., Шипко А.Ф., Колибаєва Т.Ф., Петренко Є.К., Забашта І.В., 2015

УДК: 616.89-02:616.61-036.12-053.5

І.С. ДРИЛЬ, А.Ф. ШИПКО, Т.Ф. КОЛИБАЄВА, Є.К. ПЕТРЕНКО, І.В. ЗАБАШТА
РІВЕНЬ ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ ТА САМООЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ
З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК

I.S. DRYL, A.F. SHIPKO, T.F. KOLIBAIEVA, L.K. PETRENKO, I.V. ZABASHTA
THE LEVEL OF MENTAL STRESS, AND SELF-ESTEEM OF CHILDREN'S HEALTH
WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Харківський національний медичний університет
Kharkiv National Medical University

Ключові слова. *Діти з хронічним захворюванням нирок, психічна напруга, депресія, агресія, самооцінка якості життя.*

Keywords. *Children with chronic kidney disease, mental stress, depression, aggression, self-reliance, self-assessment of quality of life.*

Резюме. *К наиболее часто встречающимся психическим изменениям у детей можно отнести повышение уровня тревоги, депрессии, агрессии и гнева, существование которых может способствовать прогрессированию соматического заболевания.*

Материалы и методы. *Проведено обстеження 49 дітей від 7 до 17 років (середній вік 12,7±3,1лет) з хронічним захворюванням нирок. Додатково оцінено психологічне напруження на основі рівня тривоги, агресії, гнева та депресії.*

Результати. *При оцінці рівня тривоги, агресії, гнева та депресії по всім групам переобладали діти середніми показателями від 73,1±7% до 87,8±5,1% дітей в групі. У 24,3±7% дітей виявлен підвищений рівень агресії, половина з яких мала вроджену аномалію розвитку органів мочевидільної системи. У більшості дітей 38 (86,3±5,2%) рівень депресії був в межах середніх показателів. Установлено випадки підвищення рівня депресії до незначительного, умереного та значительного середі дівчаток 13,5±1,5 років, які склали 13,6±5,2% дітей.*

Выводы. *К наиболее уязвимым категориям относятся дети, особенно девочки с хроническим заболеванием почек на фоне врожденных аномалий органов мочевыделительной системы. Всем детям с хроническим заболеванием почек необходимо оценивать уровень психического напряжения для оптимизации мероприятий профилактики рецидивирования заболевания и улучшения качества жизни детей.*

Summary. *The most frequent mental changes in children can include increased anxiety, depression, aggression and anger, the existence of which may contribute to the progression of physical illness.*

Materials and methods. *The study involved 49 children aged 7 to 17 years (mean age 12,7 ± 3,1let) with chronic kidney disease. Further assess psychological stress based on the level of anxiety, aggression, anger, and depression.*

Results. *In assessing the level of anxiety, aggression, anger, and depression in all groups of children prevailed with the average of 73,1 ± 7% to 87,8 ± 5,1% of children in the group. At 24,3 ± 7% of children identified elevated levels of aggression, half of whom had congenital abnormalities of the urinary system. Most children 38 (86,3 ± 5,2%) level of depression was within average. Established cases of depression to improve small, moderate and significant among girls 13,5 ± 1,5 years, which amounted to 13,6 ± 5,2% of children.*

Conclusions. *The most vulnerable are children, particularly girls with chronic kidney disease on the background of congenital anomalies of the urinary system. All children with chronic kidney disease is necessary to evaluate the level of mental strain for the optimization of measures to prevent recurrence of the disease and improve the quality of life of children.*

Дриль Інна Сергіївна
drilinna@rambler.ru

ВСТУП. В педіатричній практиці існує брак досліджень по вивченню взаємозв'язків факторів психічної та соматичної організації, їх вплив на особливості розвитку та прогресування хронічної соматичної патології [1]. На етапах індивідуалізації програм діагностики, лікування та реабілітації дітей, які хворіють на хронічні захворювання, що часто рецидивують, потрібно системно і повно описати соматичні та психологічні компоненти особистості пацієнта.

Згідно з визначенням, під хронічним захворюванням нирок (ХЗН) слід розуміти патологію нирок тривалістю понад 3 місяці з порушенням або без порушення функції нирок. Беручи до уваги темпи прогресування гломерулярної патології та незворотне прогресування захворювання на тлі вродженої аномалії розвитку сечовидільної системи, з часом ХЗН може викликати порушення психічних функцій та особистих характеристик пацієнта.

Основні порушення психіки, у дітей з різною соматичною патологією, можуть проявитися у вигляді тривоги, гніву, агресії та депресії. З приводу останньої, за останні десять років данні літератури свідчать про збільшення числа людей, хворих на депресію, особливо за рахунок дітей та підлітків [2]. Крім порушень з боку нервово-психічного стану можуть бути відхилення у якості життя (ЯЖ) у вигляді порушення самооцінки стану здоров'я та порушення соціального функціонування у пацієнтів з хронічним соматичним захворюванням. Так в літературі маються данні про вивчення ЯЖ дітей з захворюваннями органів кровотворення [3] та серцево-судинної системи [4], що демонструють наявність у переважній кількості різноманітних порушень у вигляді зниження настрою, труднощів при виконанні роботи по дому, навчанні, занятті спортом.

В медицині поняття ЯЖ стосується передусім стану здоров'я, тому слід мати на увазі термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям». В клінічній практиці проведення оцінки ЯЖ пацієнтів з ХЗН, повинно бути включено до стандартів обстеження

і лікування хворих, за його допомогою можна проводити індивідуальний моніторинг у процесі лікування хворого, оцінювати ефективність терапії та прогноз, визначення об'єму та етапів проведення заходів реабілітації та профілактики рецидивування захворювання у дітей. Основним джерелом отримання даних про ЯЖ є проведення анкетування за допомогою стандартних анкет [5]. До найбільш поширених методик оцінки ЯЖ у пацієнтів з соматичними захворюваннями відноситься анкета SF-36, яка створена в 1992 році в США на замовлення страхової компанії.

Таким чином постає велика зацікавленість педіатрів у вивченні нервово-психічного стану та якості життя дітей з ХЗН, для розробки нових доповнень до програм спостереження та реабілітації пацієнтів.

МЕТА РОБОТИ: оцінити зміни показників рівня психічної напруги та якості життя у дітей з хронічним захворюванням нирок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено обстеження 49 дітей віком від 6 - 17 років (середній вік $12,7 \pm 3,1$ р.). За статтю домінували дівчатка: 37 ($75,5 \pm 6,2\%$) проти 12 ($24,4 \pm 6,2\%$) хлопчиків.

Середня тривалість захворювання склала $4,5 \pm 3,5$ років. Всім дітям проведено повне нефроурологічне обстеження, з оцінкою функцій нирок та визначенням нозологічної форми, що передувала виникненню ХЗН. Згідно основних нозологічних форм всі діти розподілені на 4 групи. До I групи віднесено дітей з хронічним піелонефритом ($n=14$), II – з хронічним гломерулонефритом ($n=7$), III – з дисметаболічною нефропатією ($n=12$), IV – з вродженими аномаліями розвитку органів сечовидільної системи ($n=16$). Додатково проведено анкетування дітей для визначення рівня психічної напруги та оцінки якості життя.

З урахуванням вікової періодизації та відповідно до стадій розвитку особистості за Е.Еріксоном (E.Erikson, 1963) всі діти були розподілені на 2 основні групи: шкільний вік від 6 до 12 років ($n=19$), юність від 13 до 17 років ($n=30$), наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на хронічне захворювання нирок за віком і статтю

Нозологічна форма ХЗН	Розподіл за статтю			Розподіл за віком	
	Хлопці	Дівчата	Всього	6 - 12 р.	13 - 17 р.
Хронічний піелонефрит	1	13	14	4	10
Хронічний гломерулонефрит	3	4	7	4	3
Дисметаболічна нефропатія	3	9	12	6	6
Вроджена аномалія органів сечовидільної системи	4	12	16	5	11
Всього (абс)	11	38	49	19	30
Всього (%)	$22,4 \pm 6,02$	$77,5 \pm 6,02$	100 ± 0	$38,7 \pm 7,03$	$61,2 \pm 7,03$

Як видно з наведеної таблиці за статтю переважали дівчатка $77,5 \pm 6,02\%$ проти $22,4 \pm 6,02\%$ хлопчиків. В дитячій нефрології доведена наявність

статевих відмінностей виникнення деяких патологічних станів, що здебільшого обумовлені анатомофізіологічними особливостями положення органів

сечовидільної системи. Дані табл. 1 демонструють переважання дівчаток у всіх вікових періодах ($77,5 \pm 6,02\%$, $F=6,47$, $p<0,1$) [6].

За віком домінували діти підліткового віку $61,2 \pm 7,03\%$ проти $38,7 \pm 7,03\%$ ($F=2,2$, $p<0,01$).

Рівень психічної напруги оцінювали за результатами анкетування Beck Youth (у перекладі) та проведення оцінки BSCI - самостійності, BAI - тривоги, BDI - депресії, BANI - гніву, BDBI - агресивної поведінки. Показники ЯЖ оцінювалися на основі анкети SF-36 за результатами самооцінки загального стану здоров'я та соціального функціонування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Проведений аналіз отриманих результатів анкетування дав

змогу оцінити рівень самостійності, тривоги, депресії, гніву, агресії у дітей, а також зміни якості життя на фоні ХЗН.

Самостійність визначається як здатність покладатися на власні сили, не звертатися без потреби по допомогу до інших, діяти незалежно й ініціативно табл. 2. Наявні наукові дані свідчать про те, що до кінця старшого дошкільного віку в умовах оптимального виховання і навчання діти можуть досягти виражених показників самостійності в різних видах діяльності: у грі (Н.Я. Михайленко), праці (М.В. Крухлет, Р.З. Буре), пізнанні (А.М. Матюшкін, З.А. Михайлова, М.М. Подд'яков), спілкуванні (Е.Е. Кравцова, Л.В. Артемова).

Таблиця 2

Рівень самостійності у дітей з різними видами ХЗН

	Значно знижена	Нижче середнього	Середня	Вище середнього	Всього
Хронічний пієлонефрит	2	4	6	0	12
Хронічний гломерулонефрит	4	0	2	1	7
Дисметаболична нефропатія	2	2	6	2	12
Вроджена аномалія органів сечовидільної системи	1	1	9	3	14
Всього абс. (%)	9 ($20 \pm 6,03$)	7 ($15,5 \pm 5,4$)	23 ($51,1 \pm 7,5$)	5 ($11,1 \pm 4,7$)	

Згідно табл. 2. більшість обстежених дітей 23 ($51,1 \pm 7,5\%$) мала показники самостійної діяльності в межах середніх значень, ще третина дітей мали показники вище або нижче середнього (відповідно $11,1 \pm 4,75\%$ та $15,5 \pm 5,4\%$). Звертає на себе увагу група дітей зі зниженням самостійної діяльності, що мала місце у 9 дітей ($20 \pm 6,03\%$), середній вік яких був $14,8 \pm 1,9$ роки. Згідно визначення самостійності слід розуміти як одну з провідних якостей особистості, що проявляється в умінні ставити перед собою певні цілі та добиватися їх власними силами. (словник Коджаспирової Г.М.). Випадки низького рівню самостійності мали місце серед всіх обстежених груп, однак найбільший показник був у II групі дітей з гломерулонефритом $57,1 \pm 20\%$. Отримані відмінності можна пов'язати з особливостями дітей з гломерулярною патологією, а саме, діти мають високий ризик інфекційно-запальних захворювань, довга тривалість гломерулярної патології призводить до змін в побутовому аспекті життя, паралельно з чим підвищується рівень батьківського піклування за хворою дитиною.

При оцінюванні рівня тривоги, депресії, гніву та агресії по всім групам переважали діти з середніми показниками від $73,1 \pm 7,0\%$ до $87,8 \pm 5,1\%$. Помірного та значного рівню тривоги не виявлено в жодній з виділених груп ХЗН. Встановлено підвищення рівня депресії у $13,6 \pm 5,2\%$, рівня гніву – $12,1 \pm 5,1\%$, рівня агресії – $24,3 \pm 7,0\%$ від обстежених. У більшості випадків це були поодинокі випадки в кожній групі. Але звертає на себе увагу значна кількість у відношенні до загальної кількос-

ті обстежених, що мали підвищений рівень агресії. Проаналізувавши детально зазначені 10 випадків підвищеної агресії, встановлено, що половина з них мали ХЗН на фоні вродженої аномалії розвитку сечовидільної системи. Середній вік зазначених дітей $15,2 \pm 1,09$ років, патологія нирок була встановлена понад 10 років і діти регулярно проходили спостереження в стаціонарі.

Особливої уваги слід приділяти оцінці рівню депресії серед підлітків, що вважається найбільш частою психічною патологією, яка асоціюється з суїцидальною поведінкою, що за останні роки набула достатньої поширеності. серед дітей та підлітків [7].

Серед обстежених нами дітей рівень депресії у переважній більшості 38 ($86,3 \pm 5,2\%$) був в межах середніх показників. Але мали місце поодинокі випадки реєстрації підвищення рівня депресії до незначного у $6,8 \pm 3,4\%$, помірного у $4,5 \pm 3,1\%$ та один випадок значного підвищення рівню депресії $2,2 \pm 2,2\%$. Загалом вказані 6 дітей були дівчатками й склали $13,6 \pm 5,2\%$ від загальної кількості обстежених, середній вік яких становив $13,5 \pm 1,5$ років. Отримані результати наближаються до встановленого ВООЗ відсотка соматизованої депресії, що має місце у 14 - 22% школярів. (Wmer.C.I. 1998.. Hirinaheri T.N. 1990. Kessler R.C. 1998). Вказані діти потребують суттєвої допомоги не тільки фахівця нефролога, а й психолога з призначенням відповідної додаткової терапії та проведенням спеціальних заходів реабілітації дітей з ХЗН а саме з вродженими аномаліями розвитку сечовидільної системи.

Наступним етапом роботи була оцінка змін якості життя дітей на фоні довготривалого ХЗН.

Серед представлених питань з анкети SF-36, нами була проаналізована самооцінка стану свого здоров'я дитиною та його вплив на соціальне функціонування. Майже половина дітей 21 (47,7±7,6%) оцінила стан свого здоров'я як добре або дуже добре. Середні показники становили в групі з гломерулонефритом - 3,65, з дисметаболічними нефропатіями - 3,6, з вродженими аномаліями - 3,32. Найнижчий середній показник 2,75 мали діти з хронічним пієлонефритом. 50±15,07% дітей з вказаної групи оцінили своє здоров'я як незадовільне та погане. Проаналізувавши вказану групу дітей, виявлено, що середній стаж ХЗН 3,8±3,4 роки, в період проведення анкетування зазначені діти були госпіталізовані з клінічними проявами пієлонефриту, в результаті обстеження діагностовано загострення ХЗН.

Відсутність або незначний вплив стану здоров'я на соціальне функціонування свого стану здоров'я в кожній групі відмітила достовірна більшість респондентів (від 85 до 90%). Найбільш вагомий вплив стану здоров'я на соціальне функціонування відмітили 37% дітей з групи з ХЗН на фоні хронічного гломерулонефриту.

ВИСНОВКИ. При проведенні медико-психологічної характеристики дітей з різними нозологічними формами ХЗН, особливо з вродженими аномаліями розвитку сечовидільної системи, слід враховувати рівень агресії та депресії для своєчасного проведення комплексу психологічних методів та створення індивідуальних програм реабілітації.

Згідно отриманих даних до найбільш уразливої категорії хворих слід віднести дівчаток 13,5 років, які найчастіше демонструють помірні та значні прояви депресії що асоціюється з суїцидальною поведінкою.

Всім дітям з ХЗН при наданні медичної допомоги слід проводити аналіз самооцінки стану здоров'я дитини, який потрібно враховувати не тільки при визначенні стану хворої дитини в момент обстеження, а й для оптимізації заходів по профілактиці рецидивів та покращенню якості життя.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Недельська С.М. Медико-психологічна характеристика особистості хворої на бронхіальну астму дитини середнього та старшого віку. С.М.Недельська, О.Ю.Акулова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2012.- №2 Том 75. – С.35- 41
2. Пипа Л.В. Депресія й пов'язана з нею суїцидальна поведінка в дітей і підлітків: сучасні уявлення і стан проблеми. Л.В.Пипа, С.В.Римша, Р.В.Свістільник, Ю.М.Лисиця. Здоров'я ребенка – 2014. №6(57). С.92-99.
3. Воронков Л.Г. Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальные аспекты. / Л.Г.Воронков, Л.П, Парашенюк // Серцева недостатність. – 2010. - №2. – С.12-16.
4. Толмачева С.Р., Богмат Л.Ф., Рак Л.И. Параметры качества жизни подростка с патологией миокарда // Здоровье ребенка 2012 - №1(№36).
5. Нечитайло Ю.М. Методологічні основи оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям у дітей. // Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. – 2013. №3. С.5-9.
6. Моїсеєнко Р.О. Частота та структура захворюваності дітей в Україні та шляхи її зниження / Р.О.Моїсеєнко // Современная педіатрія. – 2009. - №2. – С.10-14.
7. Кравченко Н.Е. Зикеев С.А. Психические расстройства у девушек, экстренно госпитализированных по поводу суицидального поведения // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012 - №3. С.5-8.

Надійшла до редакції 31.07.2015

Прийнята до друку 25.08.2015