

Психічна і фізична травми також належать до факторів, які сприяють виникненню цукрового діабету, але, мабуть, психічна травма лише провокує ранні прояви цукрового діабету, перебіг якого був прихованим. При фізичних і психічних травмах часто підвищується рівень глюкози в крові (гіперглікемія), сечі (глікозурія), проте захворювання не розвивається.

Цукровий діабет відносять до переліку психосоматичних захворювань. Психологи виділяють ряд психологічних факторів, що сприяють виникненню чи загостренню цукрового діабету: початок захворювання провокується психічною травмою, або емоційним стресом. Дія цих факторів може бути короткочасною, доволі тривалою (конфлікт у сім'ї), або хронічною (комплекс неповноцінності, особистісні особливості); зі стресовою ситуацією пов'язане і загострювання або рецидив захворювання; перебіг захворювання залежить від статі та стадії статевого дозрівання психосоматичні розлади, як правило, є фазними, їх загострення носять сезонний характер. Діабет у дітей супроводжується зміною настрою, зниження психічної активності і соматичного тону, переживання супроводжуються афектом смутку: важко думати, розмірковувати, рухатись, говорити.

Цукровий діабет може проявитися у будь-якому віці, однак найчастіше він виникає у дітей 6—8 і 11—13 років, оскільки в цей період діти інтенсивно ростуть і інсулярний апарат підшлункової залози працює з великим напруженням. У дітей цукровий діабет розвивається здебільшого раптово. За короткий час з'являються всі симптоми: полідипсія, поліурія, поліфагія, схуднення, сухість та свербіж шкіри і слизових оболонок, гіперглікемія, глікозурія. Цим він відрізняється від діабету дорослих, у яких хвороба розвивається поступово. У початковому періоді хвороби у дітей спрага виражена нерізка, але потім вона швидко посилюється, розвиваються поліурія, нічне нетримання сечі. На основі проведених спостережень, даної групи дітей, ми прийшли до висновку: 1. Тривалий перебіг цукрового діабету з постійною гіперглікемією та високим розмахом коливанням протягом доби призводять до підвищення рівня тривожності, перепадів настрою зі зниженням фізичної активності і формуванням субдепресивних станів. 2. Недостатнє виявлення вольових якостей з високою алекситимією обумовлюють демонстративність поведінки з епізодом афектів.

Тому, ми вважаємо за доцільне використання психокорекційних методик, що стимулюють вольові якості, асертивну поведінку, підвищують самооцінку особистості з метою адекватного самоконтролю перебігу захворювання дитьми.

Рецензент – Федоруца А.А.

УДК 616.12-005.4:616.155.194.1+616.379-008.64]-053-08

І.Д. Осовська, Н.Д. Павлюкович, В.М. Ходоровський

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник – к.мед.н. В.М. Ходоровський)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відомо, що клітини крові здатні впливати на різні ланки процесів гемодинаміки. Це, безперечно робить їх цікавим об'єктом при дослідженні патогенезу захворювань внутрішніх органів.

Дослідження проводились на 75 пацієнтах із ішемічною хворобою серця (ІХС) та супутнім цукровим діабетом 2 типу (ЦД) та анемічним синдромом (АС) різного ступеня тяжкості. Контрольну групу склали 12 хворих на ІХС без анемії та ЦД. Визначали коефіцієнт здатності еритроцитів до деформації (КЗЕД) за допомогою методу Tappert C. і Lux W. у модифікації З.Д. Федорової, М.О. Котовщикової, який полягає у розрахунку відношення часу розтікання фізіологічного розчину до часу розтікання суспензії відмитих еритроцитів на неззоленому фільтрі.

Визначення КЗЕД показало, що при поєднаному перебігу ІХС та ЦД має місце зниження даного показника у порівнянні з групою контролю. Так у групі хворих на ІХС та ЦД КЗЕД склав $1,05 \pm 0,21$ у.о., а у групі контролю – $1,18 \pm 0,17$ у.о. Одним з основних предикторів порушень здатності еритроцитів до деформації є інтенсифікація вільнорадикального окиснення ліпідів (ВРОЛ), яка посідає вагомe місце у патогенезі ІХС та ЦД. Зумовлена ВРОЛ гіперпродукція активних форм кисню супроводжується деструкцією ліпідного бішару еритроцитів і зміною еластичності їхніх мембран, порушенням селективної проникливості та пригніченням інтенсивності гліколізу.

Цікавим, на нашу думку, було б дослідити зміну здатності червонокровців до деформації у хворих з ІХС та ЦД при супутньому АС залежно від ступеня тяжкості останнього. Проаналізувавши результати КЗЕД у даної категорії пацієнтів відмічено, що при поєднаному перебігу ІХС, ЦД та АС I ступеня тяжкості має місце зростання КЗЕД порівняно з хворими на ІХС та ЦД без анемії ($1,50 \pm 0,16$ у.о.), що може стигувати проявом адаптаційних можливостей організму за умов приєднання гіпоксії при анемії I ступеня. За умов збільшення в'язкості крові, що має місце при ІХС та ЦД, істотно збільшується ризик розвитку сладж-синдрому та утворення мікротромбів у судинах дрібного калібру. Підвищення КЗЕД можна розглядати як пристосувальну реакцію організму для зниження ризику утворення тромбів у мікроциркуляторному руслі та покращання транспорту кисню на периферію. У випадку поєднаного перебігу ІХС, ЦД та АС II ступеня має місце зниження КЗЕД ($1,29 \pm 0,13$ у.о.) порівняно з групою хворих на ІХС, ЦД та АС I ступеня. Припускаємо, що на цьому етапі розвитку захворювання має місце виснаження адаптаційних можливостей організму за умов гіпоксії, що наростає.

Рецензент – асп. Присяжнюк В.П.

УДК 616.89+616.08

Е.С.Осуховская

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ 5-11 КЛАССОВ

(Научный руководитель - проф. С.П. Табачников)

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина

Игровая аддикция, как одна из форм нехимических аддикций, стала значительной медико-социальной проблемой в украинском обществе. В настоящее время вопросы исследования игровой аддикции у школьников становятся все более актуальными в связи с постоянно увеличивающимся спектром игровых инструментов (компьютер, игровые автоматы, игровые приставки, мобильные телефоны, телевизионные лотереи и т.д.), предлагаемых производителями технических устройств и представителями игорного бизнеса. Изучение научной литературы позволяет сделать вывод о том, что наиболее уязвимой группой населения при формировании игровой аддикции являются подростки. Процесс интенсивной