

В.Ф. Лапшин, д.м.н., профессор, Т.Р. Уманец, к.м.н., *отдел проблем аллергии и иммунореабилитации детей, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев*

Психосоматические нарушения у детей с бронхиальной астмой и методы их коррекции

Бронхиальная астма (БА) у детей остается актуальной медико-социальной проблемой в педиатрии. Согласно данным международных эпидемиологических исследований распространенность данной патологии в мире колеблется от 1 до 18%, а среди детского населения – от 5 до 10%. По данным официальной статистики МЗ Украины, распространенность БА у детей не имеет тенденции к снижению и составляет от 0,61 до 0,59%. В последние годы значительно возросла роль психоэмоциональных и психосоциальных факторов в этиологии и патогенезе БА. В связи с этим многие исследователи относят данный недуг к психосоматическим заболеваниям, что подтверждается данными о возникновении и провоцировании приступов БА при эмоциональной нагрузке и психологическом стрессе. Эмоциональные факторы оказывают прямое и опосредованное действие через кортиковисцеральные рефлексы на уровень бронхиальной реактивности.

Клиницистам хорошо известно, что затруднение дыхания может возникать, если больной обнаруживает, что забыл ингалятор, в случае демонстрации картинок с аллергенами, при воспоминании о месте, где ранее отмечался тяжелый приступ бронхоспазма или, например, в результате гипнотического внушения «астмогенной ситуации». Кроме того, сама по себе возникающая дыхательная недостаточность при БА порождает состояние напряжения, которое интенсифицирует всякий дистресс.

По данным Д.Н. Исаева, в среднем у 45% больных детей отмечается выраженная взаимосвязь между неблагоприятными психогенными факторами и приступами бронхоспазма. Эмоциональные нарушения больных БА связаны с психогенной реакцией на болезнь и ее социальные последствия, с хронической гипоксией. В ряде работ показано, что эмоциональные расстройства ярче проявляются у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания. Вместе с тем течение и прогноз заболевания значительно хуже у тех пациентов, которые и до начала болезни имели выраженные акцентуированные черты. К основным факторам риска, способствующим проявлению соматопсихических акцентуаций, относится врожденная склонность к разного рода соматоморфным реакциям, присущая личности на протяжении большей части жизни.

В последние годы было доказано, что в возникновении БА у детей раннего возраста, помимо конституционально-генетических, большую роль играют перинатальные факторы риска: высокая тревожность матери, ранние психологические травмы, связанные с разлукой с матерью или нарушением эмоциональных взаимоотношений в диаде «мать-дитя».

Однако в настоящее время роль психологического фактора в профилактике, лечении, реабилитации заболевания учитывается меньше, чем традиционные биологические и физиологические особенности. Внимание врачей сосредоточено в большей степени на поиске аллергенов, провоцирующих приступы, на разработке новых лекарственных препаратов, эффективных в лечении, на поиске методов ранней диагностики заболевания. Психогенной природе заболевания уделяется гораздо меньше внимания, хотя многие клинические, биологические и психологические исследования указывают на то, что психологические факторы могут влиять на заболеваемость и симптоматику БА, а она в свою очередь может способствовать развитию патологических изменений личности; роль их в патогенезе заболевания остается окончательно не изученной. Это препятствует формированию четких представлений об особенностях личности детей и подростков, больных БА, затрудняет достаточную информированность их

родителей и врачей, что создает нежелание изменять устоявшиеся взгляды в представлении БА.

Изучение психологического состояния соматического больного включает комплекс методов психологического тестирования. Один из них – диагностика типов отношения к болезни. Метод интегрирует психологические категории в рамки, в которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Неадекватная внутренняя картина болезни значительно усложняет взаимоотношения врача и пациента, негативно влияет на течение заболевания, что в ряде случаев приводит к тяжелой невротизации, поэтому своевременная диагностика и коррекция психологических нарушений будет влиять как на эффективность лечения, так и на его прогноз.

С целью изучения психологического статуса было обследовано 110 детей школьного возраста (7-12 лет) с БА средней степени тяжести контролируемого течения. Установлено, что у 2/3 детей с БА психологическое состояние характеризуется патологическим реагированием на болезнь, дезадаптивным поведением различной психоэмоциональной направленности, повышенной тревожностью.

В настоящее время в патогенезе развития психосоматических заболеваний ведущее место отводится изучению нарушений взаимодействия между нервной, эндокринной и иммунной системой. При этом учитываются представления о многоуровневой системе регулирования психосоматических взаимосвязей. Так, функционирование системы регулирования психофизиологических (психосоматических) соотношений происходит как за счет психологических (социально-психологический уровень и собственно психический, который состоит из особенностей личности и психологического состояния), так и физиологических механизмов (уровень интегративных систем головного мозга, периферические механизмы вегетативно-гуморального регулирования, уровень органа или исполняющей системы). Особое значение уделяется взаимодействию нервной и гормональной системы на функционирование иммунной системы.

С целью анализа многоуровневого психосоматического регулирования у детей с БА был проведен корреляционный анализ психологических (тип отношения к болезни, уровни ситуационной и личностной тревожности) и функциональных характеристик (показатели функции внешнего дыхания, вегетативной нервной системы, иммунной системы). Учитывая, что БА относится к классическим психосоматическим заболеваниям, данную нозологию выбрали как модель для изучения корреляционных взаимосвязей между психофункциональными параметрами.

В результате проведенных исследований установлено значительное количество

достоверных корреляционных взаимосвязей между изученными показателями, что свидетельствует об интеграции этих систем в данной категории детей.

При изучении взаимосвязей между показателями психологического статуса и параметрами кардиоинтервалографии (КИГ) выявлена достоверная корреляционная зависимость изменений КИГ от типов дезадаптивного поведения детей. Это позволило выделить три блока реагирования на болезнь. Так, первому блоку соответствовали адекватные типы реагирования на болезнь (гармоничный, эргопатический), которые характеризовались адекватным лечебным поведением, стремлением активно способствовать успеху терапии, психологическим переключением с болезни на учебу; эйтоническим исходным вегетативным тонусом, смешанным характером гистограммы. Второй – интрапсихический блок реагирования на болезнь характеризовался ваготоническим исходным вегетативным тонусом, полимерным типом гистограммы, психогаммой с вершиной, соответствующей неврастеническому типу отношения к болезни. Поведение этой категории



В.Ф. Лапшин



Т.Р. Уманец

был установлен при анализе корреляционной плеяды, стало выявленное влияние изученных психологических показателей на состояние иммунной системы. Кроме психологических параметров, с показателями иммунной системы тесно взаимосвязаны также показатели вегетативной нервной системы (ВНС), что подтвердили установленные достоверные корреляционные связи. Так, симпатикотонической направленности ВНС соответствовало гиперреактивное состояние иммунной системы, а ваготонической – гипореактивное состояние. При этом активность симпатического отдела ВНС у детей с БА в период полного контроля коррелировала с нормальными показателями функции внешнего дыхания, что может отражать компенсаторный характер такого состояния ВНС. Парасимпатическая направленность ВНС сопровождалась снижением скоростных показателей внешнего дыхания.

Также установлено, что психосоматические соотношения у детей с БА тесно связаны с тяжестью течения и уровнем контроля заболевания. На рисунке 1 представлены типы психогамм обследованных детей с БА в зависимости от уровня контроля заболевания.

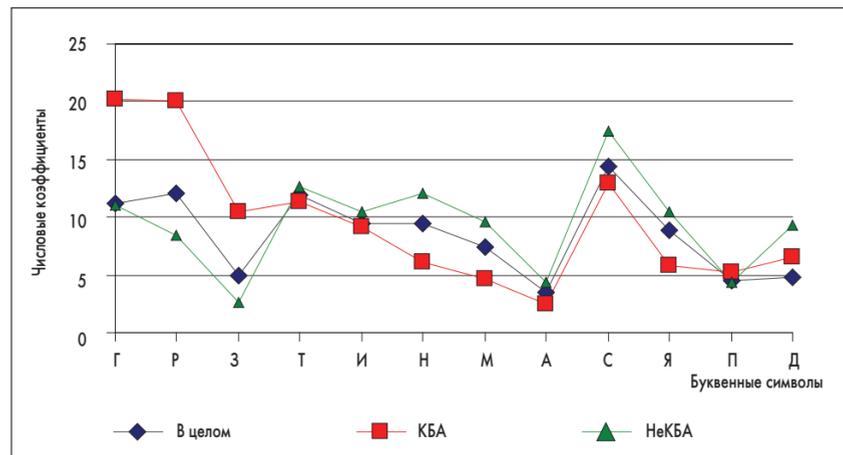


Рис. 1. Типы психогамм обследованных детей с БА контролируемого (КБА) и неконтролируемого течения (НеКБА)

детей характеризовалось поведенческими реакциями по типу раздражительной слабости: «вспышки» раздражительности, нетерпимость к боли, невыдержанность при проведении лечебно-диагностических процедур. Третьему блоку реагирования на болезнь соответствовали дети с симпатикотоническим исходным вегетативным тонусом, мономерным типом гистограммы, психогаммой с максимальным балом сенситивного типа отношения к болезни. Дезадаптивное поведение данной группы детей характеризовалось тем, что они либо стеснялись своего поведения, либо использовали его в своих целях, а также агрессивными тенденциями, при этом дети обвиняли окружающих в своем недуге.

Одним из физиологических аспектов психосоматических соотношений, который

При легком течении БА у детей уже появляются признаки дезадаптивного поведения, формируется невротоподобное состояние с напряжением эрготрофных механизмов как защитной реакции организма на болезнь. Напряжение симпатического отдела ВНС сопровождается гиперреактивностью иммунной системы и отсутствием нарушений функции внешнего дыхания. При прогрессировании заболевания, когда компенсаторные механизмы истощаются, появляются черты аутизации, психопатизации личности с уходом в болезнь. Этим психоэмоциональным изменениям соответствует и более выраженная вегетативная дисфункция. Парасимпатическая направленность дисбаланса ВНС становится более интенсивной, что создает условия для кратковременной активации эрготрофных

механизмов, которые также быстро истощаются и сменяются на трофотрофные с нарушением основных соматических функций. ВНС уже не обеспечивает приспособительный эффект, что приводит к нарушению адаптационной деятельности организма – иммунная система функционирует в гипореактивном состоянии, нарушается функция внешнего дыхания.

Таким образом, анализ психофизиологических характеристик вносит новые элементы в интерпретацию патогенетических закономерностей. На основании проведенных исследований можно утверждать, что среди патогенетических особенностей у детей с БА существенная роль отводится психосоматическим нарушениям. Предложенная концепция позволяет по-новому подойти к вопросу психокоррекции при данной патологии.

В консенсусе лечения больных БА большое внимание уделяется психореабилитации в системе «астма-школа».

С целью проведения психокоррекции была использована программа «астма-школа».

Тематика занятий была общепринятой и включала такие темы:

1. Что такое БА?
2. Аллергические и неаллергические причины астмы.
3. Организация гипоаллергенного режима и диеты.
4. Что такое базисная терапия? Необходимость противовоспалительной ингаляционной терапии.
5. Техника ингаляционного лечения.
6. Пикфлоуметрия и ее значение для самоконтроля состояния ребенка с БА.
7. Обучение основам респираторной терапии (регламентированное управление дыханием и лечебная физкультура).
8. Помощь при приступах удушья (медикаментозное лечение, немедикаментозные приемы).

Для разработки дифференцированного подхода и оптимизации обучения в системе «астма-школа» проанализировано сравнительное влияние разных форм обучения (группового и индивидуального) у данного контингента детей.

Поскольку оптимизация обучающих программ основана на психодиагностике, главным критерием при назначении разных форм обучения послужил профиль (блок) типов отношения к болезни (ТОБ). В зависимости от форм обучения детей распределили на две группы: в первую вошли 20 детей, которые обучались коллективно, а во вторую – 20 детей, которые обучались индивидуально. Группы были идентичны по возрасту, полу, длительности заболевания и профилям поведенческой реакции.

Для более детального анализа влияния разных форм обучения разработано микроструктурный анализ профилей по типам отношения к заболеванию. Групповая обучающая программа не воздействовала на детей первой группы со смешанным ТОБ, в структуре которого максимальный балл принадлежал анозогностическому

ТОБ (легкомысленное отношение к болезни, низкая приверженность к лечению), тогда как индивидуальный подход корректировал этот тип. Это имело место у 50% детей с I профилем реагирования на болезнь (рис. 2).

У детей обеих групп со II профилем поведенческой реакции к обучению отмечался диффузный тип, при котором преобладала комбинация тревожного, неврастенического и ипохондрического компонентов. Как показали наши исследования, после обучения в «астма-школа» не было обнаружено различий между групповой и индивидуальной формами обучения у детей с интрапсихическим реагированием на заболевание (II профиль). При обеих формах обучения имела место однонаправленная тенденция к формированию адекватного реагирования на болезнь (I профиль).

У 90% детей с III профилем ТОБ в структуре психогаммы преобладал сензитивный тип (стремление сохранить мнимое благополучие, скрывая от окружающих болезнь). Групповая обучающая программа у 50% детей только уменьшала этот патологический тип и не меняла направленность профиля. Индивидуальное обучение корректировало направленность реагирования на болезнь в сторону адекватного профиля (I).

Таким образом, индивидуальная обучающая программа положительно влияет на детей с интрапсихической направленностью (III профиль) реагирования на болезнь, а также на детей с I профилем, в структуре которого в смешанном типе преобладает анозогностический компонент. Это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к обучению детей с БА с учетом психоэмоционального реагирования на болезнь.

Проведенные исследования продемонстрировали целесообразность применения обучения детей с БА в системе «астма-школа» как метода психокоррекции, который позволяет улучшить течение заболевания, помогает сформировать адекватное отношение детей к своему заболеванию, снизить уровни тревоги и улучшить вегетативный гомеостаз. Это открывает новые положительные стороны обучения детей с БА в системе «астма-школа».

Включение психокоррекционных методов в комплексную терапию БА у детей приводит к гармонизации на психологическом, психофизиологическом и вегетативном уровнях, улучшает микроклимат в семье и оказывает положительное влияние на течение БА, что способствует более полной медико-социальной реабилитации больных.

Прогнозирование типов эмоционально-личностного реагирования, знание механизмов психологической защиты ребенка, больного БА, делает возможным индивидуальный подход к терапии и запускает адаптационные механизмы развития полноценной личности, предупреждая возможные отклонения в критический период жизни.

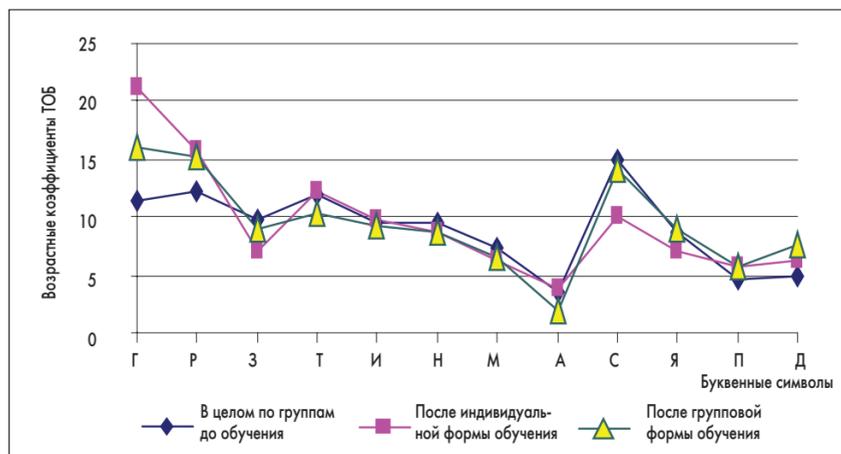


Рис. 2. Динамика психогаммы обследованных детей с БА под действием различных форм обучения в системе «астма-школа»

• Дайджест

Сравнение точности приборов, используемых для рутинного измерения артериального давления

Из-за опасений по поводу безопасности использования ртутных сфигмоманометров для измерения артериального давления (АД) в клинической практике все больше находят применение мембранные аппараты. С целью проверки соответствия показателей АД при измерении различными приборами в рамках программы измерения АД у 193 юношей и девушек с сахарным диабетом 1 типа ученые провели сравнительное исследование. Согласно результатам полученные показатели АД с помощью двух приборов коррелировали между собой и были близки по значениям. Различий по показателю среднего систолического АД не выявлено, тогда как по среднему диастолическому АД отмечалась небольшая разница ($-1,53 \pm 5,06$ мм рт. ст.). При детальном анализе более низкое среднее диастолическое АД ($-1,78 \pm 5,2$ мм рт. ст.) отмечалось в возрастной категории 10-18 лет при измерениях мембранными приборами. У лиц младше 10 лет подобных различий не наблюдалось. Таким образом, согласно полученным результатам, несмотря на незначительные отклонения показаний приборов, в зависимости от их конструктивных особенностей, они не были клинически значимыми и обе конструкции могут использоваться в рутинной клинической практике для измерения АД.

Pediatrics. Vol. 129, № 5, May 1, 2012, p. e1205-e1210

Аппендэктомия и сроки выписки из стационара после ее проведения

Пребывание ребенка в хирургическом отделении медицинского учреждения является дорогостоящим и создает много проблем для родственников. В настоящее время все большее распространение получает лапароскопическая техника проведения различных оперативных вмешательств. При подозрении на острый аппендицит у ребенка врачи проводят лапароскопию с диагностической целью и при необходимости сразу выполняют удаление червеобразного отростка. Данная операция связана с небольшим сроком пребывания в отделении и меньшей выраженностью болевого синдрома после вмешательства. Врачи из Интернационального университетского колледжа (Флорида, США) провели когортное проспективное исследование с участием 207 детей, перенесших лапароскопическую операцию по поводу удаления аппендикса. 162 ребенка выписали в день проведения операции, 45 детей остались на ночь по медицинским показаниям (выраженный болевой синдром, рвота) или социальным причинам (родители не могли забрать ребенка, отсутствовал специальный транспорт). Эффективность ранней выписки из стационара оценивалась по таким показателям, как частота повторных госпитализаций, послеоперационных осложнений и неотложных посещений врача, и оказалась сравнимой с полученной

в результате более поздней выписки ($p > 0,05$).

Кроме этого, в исследовании учитывалось отношение родителей детей к ранней выписке. Как оказалось, большинство из них (87%) заявили, что они довольны результатами ранней выписки, и только 13 (8,0%) утверждали, что вначале испытывали волнение. При более позднем опросе 8 (4,9%) родителей продолжали негативно высказываться по поводу ранней выписки.

Таким образом, ранняя выписка детей возможна как минимум в 75% случаев острого аппендицита после проведения лапароскопического вмешательства при условии отсутствия перфорации и других осложнений. Это позволяет избежать развития внутрибрюшинной инфекции, стресса от пребывания в незнакомой обстановке.

Arch Surg. 2012; 147(5): 443-446

Употребление кофеина матерью не влияет на сон ребенка

Целью исследования, проведенного учеными из Бразилии, было изучить потенциальную связь между употреблением кофеина беременными и кормящими грудным молоком и расстройствами сна у их детей.

Авторы проанализировали медицинские карты всех детей, рожденных в 2004 году в г. Пелотас. Опрос матерей, задачей которого было получить информацию о потреблении кофеина и его возможном влиянии на сон ребенка, осуществляли после родов и затем через 3 мес. Высоким считали употребление кофеина ≥ 300 мг/сут. В качестве источников кофеина учитывались растворимый и молотый кофе и мате – очень популярный в этом регионе Бразилии тонизирующий напиток, приготовляемый из высушенных измельченных листьев и молодых побегов падуба парагвайского. Одна чашка (240 мл) заваренного молотого кофе содержит от 95 до 200 мг кофеина, чашка растворимого кофе – от 27 до 173 мг, чашка мате – от 100 до 180 мг.

В 2004 году в г. Пелотас родился 4231 ребенок. Авторам удалось получить информацию о качестве сна 885 детей, при этом значительное количество младенцев были из богатых семей и имели высокообразованных родителей.

Об отсутствии употребления кофеина во время беременности сообщила только 1 женщина, остальные употребляли в среднем 178 мг/сут в I триместре и 166 мг/сут – в III триместре. Через 3 мес после родов среднее потребление кофеина составило 144 мг/сут.

Исследователи установили, что употребление кофеина, даже в больших количествах, во время беременности и лактации никак не влияло на качество сна младенцев в возрасте 3 мес. Причины отсутствия ассоциации не ясны; по мнению авторов, у детей может развиваться толерантность к кофеину.

В исследовании также было установлено, что ночные пробуждения отмечались чаще у мальчиков, чем у девочек, и у детей, матери которых во время беременности курили и употребляли алкоголь.

Santos I.S. et al. Pediatrics.

Опубликовано онлайн 2 апреля 2012 г.