

В.В. Рибалка

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ ДІТЕЙ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ

*Харківська медична академія післядипломної освіти
кафедра дитячої фтизіатрії та пульмонології
(зав. – д.мед.н., проф. І.А.Сиренко)*

Ключові слова: діти, вираж
туберкулінових реакцій, активний
туберкульоз, психоемоційний стан,
соматовегетативні порушення
Key words: children, early period of
tuberculosis infection, active
tuberculosis, psychoemotional state,
somatovegetative disorders

Резюме. Проведено дослідження психоемоційного стану та поведінкових реакцій 89 дітей 10-14 років в різні періоди туберкульозної інфекції з допомогою клінічного спостереження, бесіди з батьками. Установлено, що ранній період туберкульозної інфекції у дітей характеризується психоемоційною нестабільністю, соматовегетативними функціональними порушеннями. На фоні активного туберкульозного процесу у дітей розвиваються психоемоційні порушення нешизофренічного реєстра і в цілому характеризуються поліморфною астеноподібною картиною. Повноцінне профілактичне лікування зменшує лише прояви вегетативної дисфункції. Після завершення основного курсу лікування прояви астеноподібності значно ослабляються, а ознаки психоемоційної нестабільності зберігаються в 3/4 випадків.

Summary. Psychoemotional state and behavioral reactions of 89 children aged from 10 to 14 in different periods of tuberculosis infection were researched with the help of clinical observation and parents' interviewing. It was discovered that an early period of tuberculosis infection in children is characterized by psychoemotional instability, somatovegetative functional disorders. On the background of active tuberculosis process in children development of psychoemotional disorders, of nonpsychotic register are characterized by polymorphous asthenia-like picture. Prophylactic treatment of full value reduces only vegetative dysfunctional manifestations. After the main course of treatment asthenia manifestations weaken considerably and the signs of psychoemotional instability remain in 3/4 of cases.

Психосоматичний підхід до дослідження психогенезу туберкульозу ставить завдання більш ретельного вивчення типових для хворих на туберкульоз домінуючих емоцій і поведінкових реакцій, що виникають у процесі зіткнення з навколишнім соціальним середовищем [3,7]. У результаті взаємодії індивідуальних психологічних і зовнішніх чинників з'являються специфічні форми поведінки, які зумовлюють психосоціальну адаптацію або дезадаптацію хворих на туберкульоз, впливають на перебіг та результат захворювання [5].

До теперішнього часу психологічні проблеми дітей у різні періоди туберкульозної інфекції вивчені мало [2,4,10].

Мета роботи: вивчити особливості психоемоційного реагування дітей у різні періоди туберкульозної інфекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під наглядом знаходилося 89 дітей 10-14 років. Істотних відмінностей за віком та статтю в досліджуваних групах не було. З урахуванням

клінічного діагнозу всі діти були розподілені на групи:

1-а група – 38 дітей з виражем туберкулінових реакцій, тобто в початковому періоді туберкульозної інфекції;

2-а група – 51 дитина з різними формами активного туберкульозу різної локалізації.

Групою порівняння стали 42 дитини, не інфіковані мікобактеріями туберкульозу. Випадків туберкульозного контакту серед здорових дітей не було.

Психоемоційний стан та його зміни, поведінкові реакції вивчали за допомогою методу звичайного клінічного спостереження [6,9], співбесіди з батьками у вигляді структурованого інтерв'ю [8].

У пацієнтів із локальними формами туберкульозу дослідження проводили до і після основного курсу лікування. У дітей із виражем туберкулінових реакцій – до і після профілактичного лікування.

Дані дослідження оброблені стандартними методами варіаційної статистики із засто-

суванням пакету програм SPSS for Windows, версія 13.0 [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До першої групи увійшли 38 дітей із виражем туберкульозних реакцій. У ранньому періоді туберкульозної інфекції чутливість до туберкуліну у дітей у 52,6% випадків була помірною (5 – 11мм), у 34,2% випадків – вираженою (12 – 16мм), а у 13,2% випадків – гиперергічною (17мм і більше). У 13,2% дітей був встановлений туберкульозний контакт.

У групі дітей, хворих на туберкульоз, найчастішою клінічною формою туберкульозу був туберкульозний плеврит – 29,9% пацієнтів, інфільтративний туберкульоз діагностований у 19,6%, вогнищевий – у 13,7%, первинний туберкульозний комплекс – у 11,8%, туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів – у 9,8%, дисемінований і туберкульоз органів черевної порожнини по 5,9%, туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів – у 3,9%.

У хворих дітей процес виявлено у фазі інфільтрації в 78,1% випадків, інфільтрації і розпаду – в 3,1%, інфільтрації, розпаду і обсіменіння – в 6,3%, ущільнення і звапнення з наявністю клініко-рентгенологічних ознак активності туберкульозного процесу – в 12,5%. Контакт із хворим на туберкульоз виявлений більш ніж у половини пацієнтів – 64,7%. При цьому 47% дітей мали контакт з бактеріовиділювачами.

Тривалість основного курсу лікування в середньому склала 10 місяців. Інтенсивна фаза в середньому тривала 2 – 4 місяці, а підтримувальна – 6 – 8 місяців. У групі дітей, що завершили основний курс лікування (30 осіб), туберкульозний процес був у фазі розсмоктування – 40% пацієнтів, розсмоктування і ущільнення – 46,7%, ущільнення і звапнення – 13,3%.

У ранньому періоді туберкульозної інфекції у дітей переважала психоемоційна нестабільність у вигляді мінливого настрою у 43,8%, підвищеної дратівливості та збудливості у 31,3% (дивись табл.). Підвищена тривожність, за оцінками батьків, мала місце у 28,1% дітей, недовірливість у 18,8%, що проявлялося у вигляді плаксивості, уразливості – 18,8% випадків, нічних страхів – 12,5%. Астенічний синдром не мав повноти вияву і поширеності: швидка стомлюваність виявлена у 12,5% пацієнтів, виснажуваність у 6,3%. Поведінковий патерн характеризувався підвищеним прагненням до спілкування в 43,8% випадків, гіперсоціальними формами поведінки в 46,9%. Однаково часто відмічались соматовегетативні скарги – головний біль і диспептичні

розлади (повторний біль у животі, відрижка повітрям) по 43,8%.

Після профілактичного лікування у дітей з виражем туберкульозних реакцій суттєво змінилася лише частота соматовегетативних скарг. Головний біль відмічали лише 9,5% респондентів ($p < 0,05$), диспептичні розлади – 19% ($p < 0,05$).

На фоні активного туберкульозного процесу виявлені психоемоційні порушення належали до неспихотичного реєстру та в цілому характеризувалися поліморфною астеноподібною картиною. Ступінь їхнього прояву був різним: від окремих симптомів до сформованих синдромів.

На першому плані були прояви зниження психічної активності у вигляді швидкої стомлюваності – 65,6% і виснажуваності – 46,9% пацієнтів (табл.). Досить часто у хворих дітей відмічалася підвищена дратівливість (емоційні порушення у вигляді спонтанних коливань афекту) – в 46,9% випадках, що можна пояснити загальною гіперестезією на фоні туберкульозної інтоксикації.

Настрій у більшості – 59,5% осіб – був лабільним. Гіпотимія (знижений настрій) була виявлена у 15,7% пацієнтів, а у 9,4% з них супроводжувалася дисфорічними афективними розрядами, протестними формами поведінки. Лише у 3,1% дітей загальний емоційний фон був ейфоричним і не мав тісного зв'язку з туберкульозним процесом, а був зумовлений преморбідним резидуально-органічним фоном та відставанням в емоційному розвитку за рахунок «соціального сирітства». Тривожно-боязке реагування, що проявлялося у вигляді плаксивості, уразливості, мало місце в 40,6% випадків і в 25% випадках поєднувалося з невротичними проявами – страхами.

Майже у 1/3 хворих дітей дисбаланс вищої нервової діяльності розвивався по збудливому колу. Підвищена збудливість спостерігалася у 31,3% дітей, в поєднанні з некерованістю – у 18,8%, некерованістю і розгальмованістю – у 9,4%.

Вищевказані психоемоційні порушення супроводжувалися змінами поведінки: зниженням у 28,1% або підвищенням у 18,8% пацієнтів рухової активності, порушенням комунікативних відносин у 37,5%, ригідністю у 31,3%, як компенсаторна реакція – гіперсоціальними формами поведінки – у 43,8%, при психопатоподібному розвитку особи – грубістю, агресією, асоціальними формами поведінки у 6,3%.

Соматовегетативні порушення були різноманітними: головний біль зустрічався в 56,3%

випадках, запаморочення – в 37,5%, серцебиття – в 21,9%, диспептичні розлади (повторний біль у животі, відрижка повітрям, здуття живота) – в 34,4% випадків. Всі ці симптоми були пов'язані з

тяжкістю і вираженістю туберкульозної інтоксикації, інфільтративно-ексудативною фазою туберкульозного запалення.

Прояви психоемоційних та поведінкових порушень у дітей у різні періоди туберкульозної інфекції (у відсотках)

Симптоми	Віражі		Активний туберкульоз	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Психоемоційна нестабільність:				
мінливість настрою	43,8	42,9	59,5	30,0*
підвищена дратівливість	31,3	33,3	46,9	20,0*
Зниження психічної активності:				
швидка стомлюваність	12,5	9,5	65,6	6,7***
виснажуваність	6,3	4,8	46,9	-
Тривожно-боязке реагування:				
тривожність	28,1	28,6	28,1	20,0
недовірливість	18,8	9,5	12,5	10,0
уразливість	18,8	4,8	40,6	23,3
наявність страхів	12,5	9,5	25,0	20,0
Рухлива активність:				
знижена	6,3	4,8	28,1	3,3**
підвищена	25,0	23,8	18,8	26,7
Поведінковий патерн:				
підвищене прагнення до спілкування	43,8	61,9	43,8	30,0
порушення комунікативних відносин	3,1	9,5	37,5	10,0
ригідність	28,1	33,0	31,3	20,0
гіперсоціальні форми поведінки	46,9	42,9	43,8	30,0
асоціальні форми поведінки	6,3	4,8	6,3	3,3
Дисбаланс вищої нервової діяльності:				
підвищена збудливість				
некерованість	31,3	28,6	31,3	23,3
розгальмованість	15,6	19,0	18,8	20,0
	-	-	9,4	-
Соматовегетативні скарги:				
головний біль	43,8	9,5*	56,3	23,3*
запаморочення	9,4	9,5	37,5	10,0*
серцебиття	-	-	21,9	3,3*
диспептичні розлади	43,8	19,0*	34,4	8,7*

Примітки: * - вірогідність відмінностей: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Психоемоційні порушення у дітей з активним туберкульозом чітко виділилися в астеничний синдром у 31,2% дітей, астенодепресивний – у 25%, гиперстенічний варіант астеничного синдрому спостерігався у 18,7%.

На момент виписки значно покращився психоемоційний статус дітей. Частота таких симптомів, як стомлюваність, знизилася в 10 разів і склала 6,7% випадків ($p < 0,001$), виснажуваність не реєструвалася, загальна дратівливість зменшилася в 2,5 разу, з 46,9% до 20% випадків ($p < 0,05$). Змінився настрій: в 2 рази зменшилася емоційна лабільність, з 59,5% до 30% ($p < 0,05$). Астенодепресивний синдром зустрічався в 3 рази

рідше і не мав повноти вияву. Порушення вищої нервової діяльності по збудливому колу були більш стійкими: підвищена збудливість зберігалася в $\frac{3}{4}$ випадках - 23,3%, некерованість залишалася у всіх випадках, розгальмованість не була зареєстрована. Зниження рухової активності (млявість) відмічалася лише в 3,3% випадків, даний симптом зменшився у 8 разів ($p < 0,01$). Підвищилася рухова активність на 7,9%. Соматовегетативні порушення зменшилися: головний біль зустрічався більш ніж в 2 рази рідше, 23,3% у порівнянні з 56,3%, запаморочення та серцебиття майже в 4 рази, диспептичні розлади в 4 рази ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Ранній період туберкульозної інфекції у дітей характеризується психоемоційною нестабільністю, соматовегетативними функціональними порушеннями. Повноцінне профілактичне лікування зменшує лише прояви вегетативної дисфункції.
2. На фоні активного туберкульозного процесу у дітей розвиваються психоемоційні пору-

шення, що належать до неспсихотичного реєстру і в цілому характеризуються поліморфною астеноподібною картиною (астенічний синдром, астенодепресивний синдром, гіперстенічний варіант астенічного синдрому). Після основного курсу лікування прояви астенії значно слабшають, а ознаки психоемоційної нестабільності зберігаються в $\frac{3}{4}$ випадків.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бююль А., Цёфель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / Пер. с нем. – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2001. – 608с.
2. Глазунова С. Н. Возрастные особенности морфофункционального развития и психоэмоционального состояния тубинфицированных детей и подростков: автореф. дис. ... канд. биол. наук: спец. 03.00.13 «Физиология» / Светлана Николаевна Глазунова. – Тюмень, 2007. – 26с.
3. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии / Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.В. и др. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – №4. – С.31-37.
4. Исаева Н.Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: дис. канд. мед. наук: 21.08.01 / Наталья Юрьевна Исаева. – СПб., 2001. - 150с.
5. Мельник В.М., Валецкий Ю.Н., Липко Л.С. Эволюция психоневрологических расстройств у незф-

фективно леченных больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – №9. – С.28-30.

6. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушение психики ребенка – М.: АСТ; СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 511с.

7. Психосоматическая характеристика больных туберкулезом легких / Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В., Столбун Ю.В., Сельцовский П.П. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – №10. – С.47-51.

8. Sommerz-Флаган Д., Sommerz-Флаган Р. Клиническое интервьюирование. – 3-е изд. / Пер. с англ. – М.: Изд. дом «Вильямс», 2006. – 672 с.

9. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю.Циркина. – СПб.: Питер, 2001. – 752с.

10. Цоцонава Ж.М., Стрельцова Е.Н., Бесчастнова М.А. Психовегетативные нарушения у подростков, больных туберкулезом легких // X конф. нейроиммунологии: Сб. тез. докл. – СПб., 2001. – С.281.

