

И. А. Сиренко, В. В. Рыбалка ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ У ДЕТЕЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Современный этап развития клинической медицины в значительной степени может быть охарактеризован как синтез соматической и психической медицины. Это взаимно обогащающее сближение двух, до недавнего прошлого оторванных друг от друга, отраслей клиники имеет глубокое методологическое и практическое значение.

Изучению психологических особенностей больных туберкулезом в последние годы уделяется большое внимание. Еще проф. А. Л. Самойлович (1940) определял свойства психики больных туберкулезом так: "Беспрельдно пестрая и многогранная клиника легочного туберкулеза дает не менее пеструю картину реактивных изменений со стороны нервно-психического статуса у туберкулезных больных". Многочисленные исследования выявили изменения структуры личности, психоэмоционального состояния, интеллектуально-мнестической сферы, поведенческих реакций больных туберкулезом [2, 5, 6]. Однако все эти исследования касаются взрослого контингента. У детей, больных туберкулезом, имеются единичные исследования психоэмоциональной сферы [1, 3, 4].

Цель исследования — изучить влияние активного туберкулезного процесса на направленность личности, уровень нейротизма и тревоги у детей, больных туберкулезом, оценить характер психоэмоциональных реакций и их эволюцию при лечении туберкулезного процесса.

Материалы и методы

Проведено клиничко-рентгенологическое и лабораторное обследование 51 ребенка в возрасте от 10 до 14 лет с различными формами активного туберкулеза разной локализации. Контролем послужили 42 не инфицированных туберкулезом ребенка. Психоэмоциональное состояние изучалось методом наблюдения за детьми в стационаре, собеседования с родителями, тестирования с помощью психометрических тестов: Айзенка, адаптированного детского варианта, и Личностной шкалы проявления тревоги Дж.Тейлор в адаптации Т. А. Немчинова.

Данные исследования статистически обработаны при помощи программы SPSS 13.0, а результаты психометрических тестов дополнительно с помощью метода "backtesting"[7, 8, 9].

Результаты исследования и их обсуждение

Нами обследовано 93 ребенка в возрасте от 10 до 14 лет. Первую группу составили 51 человек с активным туберкулезом разной локализации до и после лечения. В группу сравнения вошли 42 ребенка, не инфицированных туберкулезом, имеющих отрицательные туберкулиновые реакции. Среди 51 больного ребенка мальчиков было 22 (43,1 %), девочек 29 (56,9 %). В группе сравнения распределение по полу было таким же: мальчиков 18 (42,9 %), девочек 24 (57,1 %). Среди больных больше всего было детей препубертатного возраста: 14 лет — 21 (41,2 %), 13 лет — 12 (23,5 %), 12 лет — 8 (15,7 %). 10- и 11-летних — 7 (13,7 %) и 3 (5,9 %), соответственно. Распреде-

ление по возрасту при формировании группы сравнения было идентичным.

Наиболее частой клинической формой туберкулеза был туберкулезный плеврит — у 15 (29,9 %) пациентов, инфильтративный туберкулез диагностирован у 10 (19,6 %), очаговый — у 7 (13,7 %), первичный туберкулезный комплекс — у 6 (11,8 %), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов — у 5 (9,8 %), диссеминированный и туберкулез органов брюшной полости по 3 (5,9 %) пациента, туберкулез периферических лимфатических узлов — у 2 (3,9 %).

В группе детей, больных туберкулезом, при поступлении процесс выявлен в фазе инфильтрации в 78,1 % случаев, инфильтрации и распада — в 3,1 % случаев, инфильтрации распада и обсеменения — в 6,3 %, уплотнения с наличием клиничко-рентгенологических признаков активности туберкулезного процесса — в 12,5 %. Острое начало процесса отмечено у 40,6 % больных, подострое — у 25,0 %, иннаперцептное — у 28,0 %, хроническое — у 6,3 %.

Из 51 ребенка лишь один не был вакцинирован БЦЖ. Ревакцинировано в возрасте 7 лет 35,3 % человек. Некачественно проведенная вакцинация отмечалась у 31,3 % детей, из них у 23,5 % рубчик на месте прививки был малых размеров (1–3 мм), а у 7,8 % он отсутствовал. Контакт с больным туберкулезом выявлен более чем у половины больных — у 64,7 %. Из них 39,2 % детей проживало в условиях постоянного туберкулезного контакта, 9,8 % — в условиях периодического. У 15,7 % заболевание выявлено спустя год и более после разобщения с больным туберкулезом. При этом большинство детей 47,0 % имели контакт с бактериовыделителями.

Проанализированы результаты ежегодной туберкулинодиагностики до выявления заболевания. У 19,1 % детей туберкулезный процесс сформировался в раннем периоде инфицирования на фоне выража туберкулиновых реакций, а у 80,4 % ребенка — через 1 год и более.

Туберкулез у 58,8 % детей выявлен при профосмотре, а у 41,2 % ребенка при обращении за медицинской помощью в различные лечебно-профилактические учреждения города.

На момент выявления туберкулеза у детей выраженная реакция на пробу Манту (12–16 мм) определялась у 56,3% пациентов, гиперергическая (17 мм и более) — у 12,5 %, умеренная (5–11 мм) — у 28,1 %, отрицательная — у 3,1 %.

При поступлении жалобы и симптомы интоксикационного характера были отмечены у 21,9 % пациентов, грудные — у 15,6 %, сочетанные (интоксикационные и грудные) — у 34,4 %, отсутствовали — у 28,1 % детей. При физикальном обследовании изменение характера дыхания выявлено у 12,5 % больных, характера дыхания и перкуторного тона — у 31,3 %, сочетание изменения характера дыхания и перкуторного тона с патологическими феноменами (шум трения плевры, хрипы) — у 21,9 %.

У вновь выявленных больных детей гематологические изменения были умеренными и проявлялись: сниже-

нием уровня гемоглобина < 120 г/л в 18,8 % случаев, лейкоцитозом — в 9,4 %, лейкопенией — в 9,4 %, нейтрофильным сдвигом влево — в 43,8 %, эозинофилией — в 40,6 %, лимфоцитопенией — в 31,3 %, лимфоцитозом — в 21,9 %, моноцитопенией — в 40,6 %, моноцитозом — в 18,8 %, увеличением СОЭ — в 43,7 % случаев.

На фоне активного туберкулезного процесса выявленные нами психоземональные нарушения были неспецифического регистра и в целом характеризовались полиморфной астеноподобной картиной. Степень выраженности их была разной: от отдельных симптомов — до сформированных.

На первый план выступали проявления снижения психической активности в виде быстрой утомляемости у 65,6 % и истощаемости у 46,9 % пациентов. Очень часто у больных детей отмечалась повышенная раздражительность (эмоциональные нарушения в виде спонтанных колебаний аффекта) — в 46,9 % случаях, что можно объяснить общей гиперестезией на фоне туберкулезной интоксикации.

Настроение у большинства (59,5 %) человек, было лабильным. Гипотимия отмечалась у 15,7 % пациентов, а у 9,4 % из них сопровождалась дисфорическими аффективными разрядами, реакциями протеста. Лишь у 3,1 % детей общий эмоциональный фон был эйфорическим и не имел тесной связи с туберкулезным процессом, а был обусловлен преморбидным резидуально-органическим фоном и отставанием в эмоциональном развитии за счет "социального сиротства". Тревожно-боязливое реагирование, проявляющееся плаксивостью, уязвимостью, имело место в 40,6 % случаев и в 25 % случаях сочеталось с невротическими проявлениями — страхами.

Почти у 1/3 больных детей дисбаланс высшей нервной деятельности развивался по возбудимому кругу. Повышенная возбудимость наблюдалась у 31,3 % детей, в сочетании с неуправляемостью — у 18,8 %, неуправляемостью и расторможенностью — у 9,4 %.

Вышеуказанные психоземональные нарушения сопровождалось изменениями поведения: снижением (28,1 %) или повышением (18,8 %) двигательной активности, нарушением коммуникативных отношений — у 37,5 %, ригидностью — у 31,3 %, как компенсаторная реакция — гиперсоциальными формами поведения — у 43,8 %, при психопатоподобном развитии личности —

грубостью, агрессией, асоциальными формами поведения — 6,3 %.

Вегетативные нарушения были разнообразными: головная боль встречалась в 56,3 % случаях, головокружение — в 37,5 %, сердцебиение — в 21,9 %, одышка — в 15,6 %, диспептические расстройства (повторные боли в животе, отрыжка воздухом, вздутие живота) — в 34,4 % случаев. Все эти симптомы были сопряжены с тяжестью и выраженностью туберкулезной интоксикации, инфильтративно-экссудативной фазой туберкулезного воспаления. В группе вновь выявленных больных соотношение случаев парасимпатикотонии к симпатикотонии составляло 3/1.

Психоземональные нарушения у детей с активным туберкулезом отчетливо выделены в астенический синдром у 31,2 % детей, астенодепрессивный — у 25 %, гиперстенический вариант астенического синдрома у — 18,7 %.

Так как в данной возрастной группе невозможно определить структуру личности, мы изучили направленность личности с помощью психометрического теста Айзенка, адаптированного детского варианта. Результаты проведенного исследования, после статистической обработки с помощью метода "backtesting", представлены в таблице 1.

Установлено, что в группе здоровых детей значительно превалирует экстравертированная направленность личности — 69 %, поровну представленная экстравертами с признаками эмоциональной стабильности и нестабильности — по 34,5 %. У здоровых детей-интровертов эмоциональная нестабильность встречается в 2 раза чаще, чем стабильность — 20,7 % и 10,3 %, соответственно. Такие соотношения по изучаемым признакам в популяции здоровых детей соответствуют норме.

В группе впервые выявленных больных туберкулезом детей-интровертов на 7 % больше, а экстравертов — на 7 % меньше. В исследуемых группах соотношение по данному признаку меняется от 1 к 3 у здоровых детей до 2 к 3 у больных, однако этот признак не имеет статистически достоверной значимости.

У больных с интровертированной направленностью личности почти в 2 раза увеличивается эмоциональная стабильность по сравнению со здоровыми (19 % и 10,3 % соответственно).

Среди больных детей с экстравертированной направленностью личности эмоционально стабильных оказы-

Таблица 1

Направленность личности и уровень нейротизма по результатам теста Айзенка у больных туберкулезом детей

№ п/п	Варианты направленности личности	Группа сравнения		Больные дети при поступлении		Больные дети при выписке	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1.	Интроверт с признаками эмоциональной стабильности	3	10,3	4	19,0	4	20,0
2.	Интроверт с признаками эмоциональной нестабильности	6	20,7	4	19,0	4	20,0
3.	Экстраверт с признаками эмоциональной стабильности	10	34,5	8	38,0	5	25,0
4.	Экстраверт с признаками эмоциональной нестабильности	10	34,5	5	24,0	7	35,0
	Всего:	29*	100	21*	100	20*	100
	Вероятность:	0,69		0,65		0,67	

Примечания: 1. Случаи отобранные "backtesting" как значимые с уровнем вероятности (достоверности) 0,5–0,7, (хорошая) согласно шкалы Чедака. 2. Коэффициент лжи по тесту Айзенка $2,81 \pm 0,278$, ст. откл. 1,575.

Таблиця 2

Результаты теста "Уровня тревоги" Дж.Тейлор

№ п/п	Варианты направленности личности	Группа сравнения		Больные дети при поступлении		Больные дети при выписке	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1	Средний с тенденцией к низкому	8	34,9	4	26,7	6	35,3
2	Средний с тенденцией к высокому	11	47,8	7	46,6	6	35,3
3	Высокий	4	17,4	4	26,7	5	29,4
	Всего:	23	100	15	100	17	100
	Вероятность:	0,55		0,46		0,56	

Примечания: 1. Случаи отобранные "backtesting" как значимые с уровнем вероятности (достоверности) 0,5–0,7, (хорошая) согласно шкалы Чедака. 2. Коэффициент лжи по тесту Уровня тревоги 3,0±0,351, ст.откл. 1,984.

вається несколько больше — 38 %, а эмоционально нестабильных меньше на 10,5 % и составляет 24 % случаев от общего числа. В целом у больных детей показатель эмоциональной стабильности увеличивается на 20 % и составляет 57 % от общего числа. Это можно объяснить снижением психической активности в рамках астенического синдрома (или его вариантов) на фоне туберкулезной интоксикации, погружением в мир внутренних страхов и переживаний, потерей или значительным снижением интереса к окружающему миру.

При исследовании уровня тревоги (таблица 2; представлены случаи, соответствующие нормальному распределению), можно отметить, что средний с тенденцией к высокому уровень тревоги встречается одинаково часто у здоровых детей и у лиц, больных туберкулезом (47,8 %; 46,6 %,). Факт установления туберкулеза у детей 10–14 лет, приводит к нарастанию случаев высокого уровня тревоги в 1,5 раза. Количество наблюдаемых, вновь заболевших, со средним уровнем тревоги с тенденцией к низкому составляет около 1/4 всей группы. Чаще всего это обусловлено неосознанным отношением к своему состоянию, заболеванию или переходом в качественно лучшие условия жизни и межличностного общения для детей из социально дезадаптированных слоев населения.

Длительность основного курса лечения в среднем составила 10 месяцев. Средняя продолжительность интенсивной фазы была равна 2–4 месяца, а поддерживающей — 6–8 месяцев.

В группе детей, завершивших основной курс лечения (30 человек), туберкулезный процесс был в фазе рассасывания — у 40 % пациентов, рассасывания и уплотнения — у 46,7 %, уплотнения и обызвествления — у 13,3 %.

В результате лечения у 66,6 % детей сформировались малые остаточные изменения. Больших остаточных явлений было в 4 раза меньше — 16,7 %. Полное рассасывание процесса достигнуто в 16,7 % случаев.

По окончании основного курса лечения туберкулиновая чувствительность снизилась у 73,3 % пациентов, выросла — у 20 % и осталась без динамики у 6,7 % детей. Туберкулиновая чувствительность к моменту выписки у 50 % человек была умеренной (5–11мм), у 36, % — выраженной (12–16 мм), у 1 % — гиперергической, и у 3,3 % детей — отрицательной (отрицательная реакция наблюдалась у детей после туберкулинотерапии).

К моменту выписки значительно улучшился психоэмоциональный статус детей. Частота встречаемости таких симптомов как утомляемость снизилась в 10 раз и составила 6,7 % случая (p<0,001), истощаемость не ре-

гистрировалась (p<0,001), общая раздражительность — уменьшилась в 2,5 раза, 20 % случаев (p<0,05). Изменилось настроение: в 2 раза уменьшилась эмоциональная лабильность — 30 % случаев (p<0,05), эксплозивные реакции отмечались в 3 раза реже — 3,3 %. Астенодепрессивный синдром встречался в 3 раза реже и не имел полноты выраженности. Нарушения высшей нервной деятельности по возбудимому кругу были более устойчивыми: повышенная возбудимость сохранялась в 3/4 случаях — 23,3 %, неуправляемость сохранялась во всех случаях, расторможенность не регистрировалась. Снижение двигательной активности (вялость) отмечалось лишь в 3,3 % случаев, данный симптом уменьшился в 8 раз (p<0,01). Повысилась двигательная активность на 7,9 %. Вегетативные нарушения уменьшились в 4 раза (p<0,05).

По окончании основного курса лечения в группе детей, перенесших туберкулез, распределение по направленности личности оставалось без изменений (40 % интровертов и 60 % экстравертов). В группе интровертов признаки эмоциональной стабильности и нестабильности распределялись поровну (по 20 % от общего числа случаев) и оставались неизменными как на момент формирования, так и на момент стабилизации туберкулезного процесса. У пациентов с экстравертированной направленностью личности к окончанию основного курса лечения уровень нейротизма возрастал на 10 % и становился таким же, как и у здоровых детей (35 % от общего числа). Следовательно, туберкулезный процесс не меняет направленность даже формирующейся личности. Это свойство генетически детерминировано. Инволюция туберкулезной интоксикации и сопряженного с нею астенического синдрома (или его вариантов) лишь у экстравертов вызывает нарастание признаков эмоциональной нестабильности.

После основного курса лечения в группе со средним уровнем тревоги происходило перераспределение случаев в сторону низкого на 11,3 %. Но вне всяких ожиданий, продолжала нарастать частота высокого уровня тревоги на 12 % по сравнению со здоровыми и на 2,4 % с вновь заболевшими. Это связано с переживаниями возвращения к активной жизни, предстоящим восстановлением утраченных межличностных контактов, принятия значимым для них социумом.

Выводы

1. На фоне активного туберкулезного процесса у детей развиваются психоэмоциональные нарушения непсихического регистра и в целом характеризуются полиморфной астеноподобной картиной (астенический синдром,

астенодепрессивный синдром, гиперстенический вариант астенического синдрома).

2. На фоне активного туберкулезного процесса нарастает эмоциональная стабильность, что связано со снижением психической активности, погружением в мир внутренних страхов и переживаний, потерей или значительным снижением интереса к окружающему миру.

3. Инволюция туберкулезной интоксикации и сопряженного с нею астенического синдрома лишь у экстравертов вызывает нарастание признаков эмоциональной нестабильности.

4. У детей, больных туберкулезом, частота случаев высокого уровня тревоги в 1,5 раза выше, чем у здоровых. И продолжает возрастать вплоть до завершения основного курса лечения. Это связано с переживаниями возвращения к активной жизни, предстоящим восстановлением утраченных межличностных контактов, принятия значимым для них социумом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Исаева Н. Ю.* Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции: Дис... канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2001. — 150 с.
2. *Палихович К.* О корреляциях пограничных психопатологических расстройств с химиорезистентностью больных туберкулезом легких // Мат. III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України. — Київ, 2003. — С. 294.
3. *Поверская В. А., Загоруйченко И. В.* Основные проявления тревоги и их коррекция у детей после стрессовых воздействий // Мат. наук. симпозиуму. — Харків, 2003. — С. 78–79.
4. *Сиренко І. О., Пилипенко О. І., Попова Н. О. та ін.* // Укр. пульмонол. журнал. — 1994. — № 2. — С. 44–46.
5. *Сухова Е. В., Сухов В. М., Коренев А. В.* // Пробл. туб. — 2006. — № 5. — С. 20–22.
6. *Фау Е. А., Фау Г. А.* Психологические характеристики больных туберкулезом легких // Мат. VII Росс. съезда фтизіатров.-Москва, 2003. — С. 132.
7. *Bouchaud J. P., Sornette D., Walter C. et al.* Taming Large Events; Optimal Portfolio for Strongly Fluctuating Assets // International Journal of Theoretical and Applied Finance. — 1998. — Vol. 1, № 1. — P. 25–41.
8. *Ibragimov I. A., Has`minskii R. S.* Statistical Estimation. — New York: Springer, 1981.
9. *Sornette D., Simonetti P., Andersen J. V.* Nonlinear Covariance Matrix and Portfolio Theory for non-Gaussian Multivariate Distributions. — Los Angeles: University of California, 1998.

ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ У ДЕТЕЙ

И. А. Сиренко, В. В. Рыбалка

Резюме

Изучено влияние активного туберкулезного процесса на направленность личности, уровень нейротизма и тревоги, характер психоэмоциональных реакций и их эволюцию при лечении туберкулезного процесса у 51 ребенка в возрасте от 10 до 14 лет. Проведен анализ наблюдения за детьми в стационаре, собеседования с родителями, тестирования с помощью психометрических тестов: Айзенка, адаптированного детского варианта, и Личностной шкалы проявления тревоги Дж.Тейлор в адаптации Т.А.Немчинова.

На фоне активного туберкулезного процесса у детей: развиваются психоэмоциональные нарушения непсихотического регистра характеризующиеся полиморфной астеноподобной картиной; нарастает эмоциональная стабильность, частота случаев высокого уровня тревоги. Инволюция туберкулезной интоксикации и сопряженного с нею астенического синдрома лишь у экстравертов вызывает нарастание признаков эмоциональной нестабильности. Продолжает возрастать частота случаев высокого уровня тревоги.

INFLUENCE OF TUBERCULOSIS ON A PSYCHO-EMOTIONAL SPHERE OF CHILDREN

I. A. Sirenko, V. V. Ribalka

Summary

Active tuberculosis effect on personality orientation, neurosis and anxiety level, character of psycho-emotional reactions and their evolution has been studied while treating 51 children aged from 10 to 14 years for tuberculosis. Methods of observing children at hospital, interviewing parents, testing by means of such psychometric tests as: Ayzenk's test adapted for children and Johan Tailor's personality scale of displaying anxiety, adapted by T. A. Nemchinova, have been used.

Active tuberculosis in children was accompanied by the development of psycho-emotional disturbances of nonpsychotic register, characterized by polymorphous asthenic picture, growth of emotional stability and occurrence of cases of high anxiety level. Involution of both tubercular intoxication and asthenic syndrome only raised emotional instability symptoms in extraverts. Occurrence of cases of high anxiety level kept growing.