

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ СЕРЦЯ Синоверська О.Б.

*Івано-Франківський національний медичний університет*

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Синоверская О.Б.

*Ивано-Франковский национальный медицинский университет*

## FEATURES OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN CHILDREN WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA OF THE HEART

Synoverska O.B.

*Ivano-Frankivsk National Medical University*

**Резюме:** Проведено аналіз психологічного статусу у 266 дітей віком 10-18 років із варіабельними мікроаномаліями розвитку серця. Показано, що психологічні зміни, які супроводжують перебіг малих серцевих аномалій, проявляються несприятливим станом щодо самопочуття, активності та настрою, зростанням рівня особистісної та ситуаційної тривожності. Доведено, що ступінь вираженості та спрямованість психологічних змін визначаються варіантом серцевої сполучнотканинної дисплазії. Встановлено, що психологічні аспекти суттєво впливають на вираженість та характер формування клінічної картини хвороби, детермінують відношення самої дитини до захворювання та лікування, впливають на якість життя пацієнтів та їхніх родин і визначають прогноз захворювання.

**Ключові слова:** мікроаномалії розвитку серця, психологічний статус, діти.

**Резюме:** Проведен анализ психологического статуса 266 детей 10-18 лет с вариабельными микроаномалиями развития сердца. Показано, что психологические изменения, сопровождающие течение малых сердечных аномалий проявляются неблагоприятным состоянием их самочувствия, активности и настроения, повышением уровня личностной и ситуационной тревожности. Доказано, что степень выраженности и направленность психологических изменений определяются вариантом сердечной соединительнотканной дисплазии. Установлено, что психологические аспекты существенно влияют на выраженность и характер формирования клинической картины болезни, детерминирующих отношение ребенка к заболеванию и лечению, влияющих на качество жизни пациентов и их семей и определяют прогноз заболевания.

**Ключевые слова:** микроаномалии развития сердца, психологический статус, дети.

**Summary:** The analysis of the psychological status of 266 children 10-18 years with variable mikroabnormalities of heart development was done. It is shown that the psychological changes that accompany small cardiac abnormalities manifest the state of their health, activity and mood, increased levels of personal and situational anxiety. It was demonstrated that the severity and direction of psychological change of heart determined by variant of heart abnormalities. It was found that the psychological aspects of a significant effect on the severity and nature of the formation of the clinical picture of the disease, determining the child's relation to the disease and treatment, affecting the quality of life of patients and their families and determine the prognosis of the disease.

**Key words:** mikroabnormalities of heart development, psychological status, children.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Дослідженнями останніх років доведено, що визначальними в клінічному перебігу мікроаномалій розвитку серця (МАРС) поряд із вираженістю соматичних змін є особливості психологічної адаптації дитини до захворювання, що включає рівень психологічної тривожності, стан активності, настрою та самопочуття хворої дитини [8]. При цьому вказується на поєднання у дітей із МАРС психоемоційних порушень з генетично зумовленим синдромом вегетосудинної дистонії [1]. Численні дослідження доводять, що саме вегетативна нервова система є посередником, що забезпечує соматичну реалізацію психічних процесів [4, 5]. Врахування зв'язку емоційної сфери, індивідуальних властивостей психіки і функціональної системи вегетативної регуляції надзвичайно важливе для оцінки адаптаційних можливостей дитячого організму [3]. Крім того, тип емоційної особистісної тривожності відображає специфічні особливості мультипараметричних взаємовідносин в організмі, що дозволяє використовувати показник тривожності в якості індикатора адаптації дитячого організму [6].

**Метою** роботи було визначення психологічних особливостей дітей із мікроаномаліями розвитку серця.

### Матеріали і методи

Обстежено 266 дітей віком 10-18 років із МАРС. Наявність певного виду МАРС діагностували за даними стандартного ЕхоКС та доплер-ЕхоКС дослідження при локації із чотирьохкамерної апікальної проекції. У формуванні клінічних груп

за варіантами МАРС користувалися класифікацією С.Ф.Гнусаєва (1996) [2]. За формою МАРС обстежені діти були розподілені наступним чином: пролапс мітрального клапана (ПМК) – 54; міксоматозна дегенерація стулок мітрального клапана (МДМК) – 43; аномальні хорди лівого шлуночка (АХЛШ) – 51; пролапс трикуспідального клапана (ПТК) – 23; ідіопатична дилатація легеневої артерії (ІДЛА) – 27; дилатація кореня аорти (ДКА) – 23; аневризма синуса Вальсальви (АнаСВ) – 24; аневризма міжшлуночкової перегородки (АМШП) – 21 дітей. Групу порівняння склали 20 практично здорових дітей аналогічного віку.

Проводилася оцінка вихідного тону вегетативної нервової системи за опитувальником А.М.Вейна, визначення психологічного стану дітей за методикою САН (самопочуття, активність, настрої), рівня реактивної та особистісної тривожності (за шкалою самооцінки Ч.Д.Спілберга та Ю.Л.Ханіна).

### Результати та їх обговорення

Оцінка вихідного тону вегетативної нервової системи за опитувальником А.М.Вейна (табл. 1) виявила наявність синдрому вегетативної дисфункції серед пацієнтів із усіма варіантами МАРС. Максимальними були показники, визначені у дітей із ПТК, АХЛШ та АМШП. Вони становили (45,41±2,32) (балів), (44,92±1,23) (балів) та (41,28±2,34) (балів), відповідно, та вірогідно ( $p < 0,001$ ) перевищували аналогічний показник у здорових пацієнтів.

За результатами тесту САН лише у 43,6 % (116) обстежених із МАРС виявлено сприятливий стан щодо самопочуття,

**Таблиця 1. Стан вихідного вегетативного тону у здорових та дітей із різними варіантами мікроаномалій розвитку серця (за опитувальником Вейна) (M±m)**

Варіант МАРС	Вихідний вегетативний тонус (в балах)
ПМК (n=54)	38,43±1,31*
МДМК (n=43)	27,14±1,57*
АХЛШ (n=51)	44,92±1,23*
ПТК (n=23)	45,41±2,32*
ІДЛА (n=27)	31,18±1,70*
ДКА (n=23)	29,36±1,92*
АнаСВ (n=24)	34,27±2,28*
АМШП (n=21)	41,28±2,34*
Здорові (n=20)	12,28±1,45

Примітка. Вірогідність різниці показника по відношенню до величин у здорових: \* - p<0,001

у 29,7% (79) – щодо активності та у 47,7% (127) – щодо настрою. Втім розподіл змін у вказаних психологічних сферах мав певні відмінності залежно від варіанту сполучнотканнинної дисплазії. Так, найбільш несприятливий стан щодо самопочуття виявлено у дітей із АХЛШ, МДМК та АМШП, що склали 62,7% (32), 65,1% (28) та 76,2% (16) серед обстежених цих груп, відповідно. У дітей із ПМК, МДМК та ІДЛА найбільш вираженими були негативні тенденції щодо активності. Серед обстежених цих груп несприятливий стан визначено у 88,9% (48), 83,7% (36) та 81,5% (22) пацієнтів, відповідно. Найбільш несприятливий стан щодо настрою визначили у дітей із ПМК, МДМК, ДКА та АнаСВ. Пацієнти із несприятливим станом склали 75,9% (41), 60,5% (26), 69,6% (16) та 58,3% (14) серед обстежених цих груп, відповідно.

Серед обстежених із МАРС високий рівень особистісної тривожності спостерігався у 63,5% (169), реактивної тривожності у 69,2% (184). При цьому у 11,7% (31) пацієнтів визначили низький рівень реактивної тривожності. Низький рівень особистісної тривожності у обстежених нами дітей із МАРС не визначався.

Розподіл за балами дозволяє виділити дві категорії хворих: одна – із рівнем середньої тривожності на межі із помірною, інша – із дуже високими показниками тривожності. В 35,7% випадків реактивна тривожність перевищувала рівень особистісної, в 10,9% випадків відзначалася дисоціація – низька реактивна і висока особистісна, в інших випадках їх рівні відрізнялися незначно. Максимальний рівень особистісної та реактивної тривожності був притаманний дітям із МДМК. Складаючи (48,57±0,94) та (49,84±0,87), відповідно, він не лише вірогідно перевищував такий в контрольній групі (p<0,01), але й тотожні показники у обстежених із іншими варіантами МАРС (p>0,05–<0,05). Слід зазначити, що значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги. Із опрацьованої літератури відомо, що висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги та прямо корелює із наявністю невротичного конфлікту, з емоційними та невротичними зривами та розвитком психосоматичних захворювань [4].

Таким чином, проведене дослідження дозволяє виділити у дітей із МАРС психовегетативний синдром, при якому емоційні порушення не залежать від клінічних проявів захворювання, а вегетативні зрушення значно виражені. У таких дітей спостерігається недостатність сегментарних вегетативних структур, як симпатичних, так і парасимпатичних, при цьому характер їх реагування на психогенні навантаження відповідає такому у здорових осіб, проте на більш низькому рівні функціонування [5].

Доцільно виділити серед обстежених із МАРС кілька категорій хворих, що відрізняються вираженістю психоемоційної та вегетативної симптоматики. Так, у більшості обстежених із ПМК, МДМК, ДКА та ІДЛА переважали емоційно-афективні порушення при відносно помірних симптомах вегетативної дисфункції. У хворих із ПТК та АХЛШ домінували симптоми вегетативної дисфункції. В той же час, у пацієнтів із АМШП яскраво вираженими були

зміни як в психоемоційній, так і у вегетативній сферах. Такі результати дозволяють передбачити два варіанти етіопатогенетичного механізму розвитку та прогресування клінічної симптоматики у дітей із МАРС: психосоматичний та сомато-психічний. Цілком ймовірно, що ці механізми не є стійкими, і з часом можуть змінювати один одного. У процесі адаптації до захворювання та за умов адекватного психокорегуючого впливу може відбуватися вироблення механізмів психологічного захисту і компенсації з переносом акценту способу реагування з психічного на соматичний рівень [5].

Доведено, що на ступінь вираженості психовегетативного синдрому і периферичної вегетативної недостатності у хворих із МАРС впливає ступінь сполучнотканнинної дисплазії, що свідчить про біологічну схильність до надсегментарних та сегментарних вегетативних розладів [6]. У літературі наводяться дані [8] про те, що у осіб із ПМК виявлено достовірний зв'язок між, з одного боку, психологічними, а, з іншого, – клінічними і фенотипічними особливостями. Висловлюється припущення про спільність походження і розвитку фенотипічних маркерів "слабості" сполучної тканини, вегетативних і психологічних порушень, порушень в системі гемостазу, підкреслюється поєднання психоемоційних порушень з генетично детермінованим синдромом вегетативно-судинної дистонії у цих хворих. З цієї точки зору, ідіопатичний ПМК розглядається як варіант конституційної психовегетативної патології і маркер вродженої системної сполучнотканнинної і психовегетативної недостатності.

### Висновки

1. Клінічний перебіг захворювання у дітей із різними варіантами МАРС відрізняється вираженістю психоемоційної та вегетативної симптоматики.

2. Можливі два варіанти етіопатогенетичного механізму розвитку та клінічного прогресування у дітей із МАРС: психосоматичний та сомато-психічний. Цілком ймовірно, що ці механізми не є стійкими, і з часом можуть змінювати один одного. У процесі адаптації до захворювання та за умов адекватного психокорегуючого впливу у дітей із МАРС може відбуватися вироблення механізмів психологічного захисту і компенсації з переносом акценту способу реагування з психічного на соматичний рівень.

### Перспективи подальших досліджень

Плануємо вивчити можливість ефективної медикаментозної корекції виявлених зрушень у вегетативній та психоемоційній сфері у дітей із МАРС.

### Література

1. Блинникова О.Е. Гипермобильность суставов в детском возрасте / О.Е.Блинникова, В.А.Румянцева // Педиатрия. -2001. -№1. - С.68-75.
2. Гнусаев С.Ф. Значение малых аномалий сердца у здоровых детей при сердечно-сосудистой патологии по данным клинико-эхокардиографических исследований: Авт. дисс. ... д.м.н. - М., 1996.
3. Димитриев Д.А. Влияние личностных особенностей родителей и детей на состояние системы вегетативной регуляции сердечного ритма у детей дошкольного возраста и подростков / Д.А.Димитриев, А.Д.Димитриев, Н.В. Хураськина // Физиология человека. -2003. -Т.29, №3. -С.54-59.
4. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард - СПб.: Изд-во Моск. у-та, 2004. -400 с.
5. Загуровский В.М. Экспериментально-психологическое исследование панических атак при вегето-сосудистой дистонии / В.М.Загуровский //Клінічна та експериментальна патологія.-2004.-Т3, №3.-С.59-61.
6. Мартынов А.И. Пролабирование митрального клапана как психосоматическая проблема / А.И.Мартынов, А.В.Смулевич, О.Б.Степура // Тер. архив.- 2000.-№10.-С.27-30.
7. Сидоренко Г.И. Нейроциркуляторная дистония /Г.И.Сидоренко //Кардиология.-2003.-№10.-С.93-97.
8. Солдатова О.В. Психосоматичні аспекти у дітей з пролапсом мітрального клапана / О.В.Солдатова, М.В.Хайтович //ПАГ.-2000.-№2.-С.61.

Одержано 03.09.2012 року.