

---

# ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

© Коллектив авторов, 2004

И. П. Брязгунов, И. А. Ларькова, М. В. Абалакина, О. Ф. Лукина

## НЕЙРОГЕННАЯ ОДЫШКА У ДЕТЕЙ

Научный центр здоровья детей РАМН, НИИ педиатрии, Москва

В последние годы в литературе отмечен значительный рост интереса исследователей к проблемам этиологии, патогенеза, диагностики и течения нейрогенной одышки (НО) как у взрослых, так и детей [1, 5]. Тем не менее именно НО остается самой сложной диагностической проблемой для клинициста. Вследствие неуловимости признаков гипервентиляции многие пациенты подвергаются интенсивному и дорогостоящему обследованию с целью установления органической причины их жалоб. При этом страдает качество жизни пациентов. Проблема НО особенно остро стоит перед педиатрами. Достаточно сказать, что на амбулаторном уровне педиатрами диагноз НО не ставится. Данные литературы об особенностях течения этого синдрома в детском возрасте крайне скучны и неполны. Хотя проблемы этиологии и патогенеза НО на сегодня неясны, существует рабочая гипотеза, что для возникновения заболевания особенности конституции и личностные характеристики имеют первостепенное значение. В связи с этим, при изучении НО у детей, мы применили наряду с клиническими и психологическими методами обследования. Задачами исследования, наряду с анализом клинических особенностей течения НО у детей, стали определение личностного профиля детей с данной патологией, а также выделение психосоматического компонента в формировании заболевания.

Под нашим наблюдением находилось 30 детей с НО в возрасте 10—15 лет, из них девочек было 25, мальчиков — 5 (соотношение 5:1).

Диагноз ставили с учетом тщательно собранного анамнеза по специально разработанной карте, анализа клинических проявлений, оценки данных клинических анализов крови и мочи, гипервентиляционной пробы, результатов исследования функции внешнего дыхания и газов крови, ЭКГ, РЭГ, рентгенологического исследования органов грудной клетки, эхографии сердца, желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, придаточных пазух носа.

Использовали психологические методы — опросники на диссоциацию, на посттравматическое стрессовое рас-

стройство (ПТСР), сокращенный вариант MMPI (СМОЛ), личностный опросник Р. Кеттела (детский и подростковый варианты), а также «шкалу явной тревожности для детей 8—12 лет», тест Джагинова (семантический дифференциал) для определения межличностных отношений, патохарактерологический опросник (ПДО) А. Личко для подростков и опросники Варги-Столин и MMPI для матерей.

Мы не выявили каких-либо особенностей при сборе наследственного анамнеза, хотя, по данным литературы, частота, встречаемости НО у близких родственников повышена. Анализ анамнестических данных показал, что 17 детей с НО жаловались на нарушение дыхания как нечто, что их действительно беспокоит, остальные отметили у себя дыхательные нарушения только после более точного сбора анамнеза — для них более серьезными казались боли в груди. Нужно отметить, что для многих родителей жалобы их детей на трудности дыхания были иногда открытым и даже казались несущественными, хотя дети испытывали их в течение нескольких лет. Только жалобы на какие-либо болевые состояния (боли в груди, сердце, животе) заставляли родителей обращаться к врачу. Дыхательный симптомокомплекс включал в себя жалобы на чувство сдавления в груди, ощущение нехватки воздуха, нестерпимое ощущение «духоты» помещения и невозможность пребывания в нем. Как правило, у всех был затруднен вдох, что заставляло их глубоко дышать. 20 (66,6%) детей отмечали внезапность возникновения этих симптомов и связь с какой-либо эмоционально-стрессовой ситуацией (на уроке, экзамены, незнакомая, необычная обстановка, транспорт, места скопления больших количеств людей). 10 детей не видели связи с какой-либо ситуацией и говорили о наличии этих симптомов практически постоянно. Большинство больных с НО (26) отмечали появление чувств тревоги и беспокойства, тоски, реже страха как в момент возникновения дыхательных нарушений, так и вне их. Однако эмоциональный окрас этой симптоматики значительно уступал соматическим проявлениям, возможно

потому, что детям намного сложнее выразить свои чувства вербально, что и усугубляет их соматические симптомы. Большинство больных говорили о наличии у них тех или иных болей, чаще это были боли в сердце давящего и/или колющего характера или в грудной клетке — у 20 (66,6 %), более редко в животе — у 8 (26,6%). Головные боли наблюдались у 13 детей. У 7 детей отмечались пред- и синкопальные состояния; 13 детей имели склонность к артериальной гипотонии, у 11 отмечалась брадиаритмия, 19 детей жаловались на приступы учащенного сердцебиения. Симптомы нервно-мышечной возбудимости не были свойственны детям, хотя у 6 детей отмечались эпизодически мышечные спазмы (сведения), в основном пальцев стоп, чаще у больных с НО (11) наблюдались жалобы на ощущение онемения или покалывания в конечностях.

При обследовании у 18 детей был выявлен пролапс митрального клапана (чаще всего 3—5 мм, без регургитации), у 14 — дискинезия желчевыводящих путей, 9 имели признаки вертебробазилярной недостаточности, ЛОР-патология была у 3 детей в виде хронического тонзиллита вне обострения. Данные рентгенографии грудной клетки не выявили каких-либо нарушений, на ЭКГ у 11 детей имелась склонность к брадиаритмии, у 12 — к тахиаритмии, у 9 детей отмечалось незначительное увеличение интервала QT. Хотя основной жалобой при НО являются разной степени выраженности дыхательные нарушения, при исследовании функции внешнего дыхания (ФВД) и газов крови мы не выявили изменений параметров вентиляционной функции легких (см. таблицу).

Результаты гипервентиляционной пробы оказались положительными у 14 (из 20), причем у 5 детей она протекала достаточно тяжело с выраженным дыхательными нарушениями и предсинкопальным состоянием, что ставит под сомнение необходимость проведения пробы у детей.

Проводя психологическое тестирование, мы выявили, что более чем у половины больных с НО (67,5%) имелось посттравматическое стрессовое расстройство, причем чаще у детей до 12 лет, чем у подростков, и чаще у девочек, чем у мальчиков.

Наиболее травмирующими оказались конфликты в семье (75%), в то время как другие события (учебные неудачи, ссоры с одноклассниками, гибель любимых животных и др.) наблюдались в 50% случаев. Диссоциация, как маркер перенесенной психической травмы, была установлена в 36% случаев, причем у детей до 12 лет она была распространена больше, чем у подростков, половых различий мы не наблюдали. По результатам «шкалы явной тревожности» выявлено, что 45,2% детей отличаются повышенной тревожностью, причем у  $\frac{1}{3}$  этих детей тревожность настолько высока, что дети могут быть выделены в группу риска по этому фактору.

Данные опросника СМОЛ показали, что у больных с НО чаще встречается ипохондрический тип развития личности. Для таких детей характерны желание сискать сочувствие у окружающих, раздражительность, пессимистическое отношение к жизни. Распространенным вариантом профиля СМОЛ был код 13, называемый конверсионной пятеркой. Для детей с таким профилем характерно пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, тенденция к бегству в болезнь, контраст самооценки с оценкой окружающих, отсутствие самокритичности, незрелость суждений, эгоцентричность, эмоциональная незрелость, низкий самоконтроль, тенденция к многочисленным жалобам с разнообразной локализацией. Такие подростки эгоцентричны, зависимы от родителей, с чувством недостаточного внимания членов семьи, эмоционально лабильны, с плохо контролируемыми эмоциями, легко возбудимые, с «рентным» отношением к своему заболеванию, внушаемые. У 100% детей с НО в профиле MMPI был выявлен код 91 или 19, что свидетельствует о повышенной активности, высоком честолюбии и самооценке в сочетании с невозможностью добиться желаемого положения в группе и реализовать актуальные устремления, что приводит к возникновению тревоги, которая относится за счет соматического состояния и может иметь соматические проявления разнообразной локализации.

Как показали результаты многофакторного опросника Кеттел, у больных с НО отмечалось дос-

#### Таблица

##### Показатели ФВД и газов крови у детей с НО

ФЖЕЛ, %	ОФВ <sub>1</sub> , %	ИТ, %	ПСВ, %	МОС <sub>25</sub> , %	МОС <sub>50</sub> , %	МОС <sub>75</sub> , %	НbO <sub>2</sub> , %	pO <sub>2</sub> , мм рт.ст.	pCO <sub>2</sub> , мм рт.ст.
97,5 ± 2,71	95,2 ± 3,45	104,1 ± 2,13	104,1 ± 4,03	97,8 ± 4,03	87,8 ± 3,89	91,1 ± 7,73	95,0 ± 0,28	86,9 ± 2,9	34,9 ± 0,83

ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, ОФВ<sub>1</sub> — объем форсированного выдоха за 1 с, ПСВ — пиковая скорость выдоха, МОС<sub>25,50,75</sub> — максимальная объемная скорость в точках выдоха 25%, 50%, 75% ФЖЕЛ, НbO<sub>2</sub> — насыщение гемоглобина кислородом, pO<sub>2</sub> и pCO<sub>2</sub> — напряжение кислорода и углекислого газа в артериализованной капиллярной сети.

товорное повышение стандартных оценок по шкалам О, Д, Е и понижение — по шкале Г. Повышение по шкале О свидетельствует о более высоком уровне тревожности, пониженном настроении, озабоченности. О выраженной склонности к доминированию, противопоставлению себя окружающим, стремлении к лидерству и агрессивных тенденциях говорит высокий показатель по фактору Е. Высокий балл по шкале Д говорит о повышенной возбудимости, сверхреактивности на слабые провоцирующие стимулы, что еще раз подтверждает общее мнение зарубежных и отечественных исследователей о больных с НО как гиперреакторах на те или иные триггеры. Низкие показатели по шкале Г свидетельствуют о конфликтности этих детей, их непостоянстве, отсутствии стойкой мотивации.

По результатам теста ПДО (Личко) среди подростков с НО акцентуированные личности встречались в 100% случаев. Среди типов акцентуации отмечались истероидный и лабильно-истероидный, что характеризовалось желанием привлекать к себе внимание любой ценой, эгоцентризмом, изменчивостью настроения, невротическими реакциями.

Межличностные отношения у больных с НО характеризовались выраженной конфликтностью во всех сферах жизни (семейной, вне семейной — школьной и внутриличностной).

По результатам тестов СМОЛ, матери детей с НО также отличались ипохондрическим или истероидным, с многочисленными соматическими жалобами, типами развития личности. Их родительское отношение отличалось высоким уровнем симбиоза и социальной желательности. Таким образом, родительское отношение матерей противоречиво: с одной стороны, мать считает ребенка маленьким и стремится оградить его от действительности, а с другой — воспитание ориентировано-

но на высокий уровень достижения, что приводит к фruстрации и усилию тревоги у ребенка.

Таким образом, как свидетельствуют наши наблюдения, в детском возрасте симптомы со стороны дыхательной системы выражены стерто, что является одной из причин несвоевременной диагностики НО. Эмоциональные проявления не являются основными в клинической картине НО у детей. Детям всех возрастов в клинических проявлениях НО свойственен большой процент алгических состояний (особенно со стороны сердца). Симптомы нервно-мышечной возбудимости не являются специфичными для НО в детском возрасте. Высокая частота посттравматического стрессового расстройства (67,5%) и диссоциации (36%) у больных с НО свидетельствует об участии стрессовых воздействий в возникновении НО. Возможно, к формированию хронической психотравмирующей обстановки, нарастанию тревоги и напряженности приводят неудовлетворенность межличностными отношениями, конфликтность в разных сферах общения. Психологические особенности этих детей характеризуются преобладанием ипохондрического типа личности, наличием истероидного и смешанного с ним типов акцентуации характера, что требует проведения психологической коррекции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Молдовану И. В. Нейрогенная гипервентиляция. — Кишинев, 1988. — 182 с.
2. Perkin GD, Joseph R. // J. Royal Soc. Med. — 1986. — Vol. 79. — P. 448—450.
3. Lum LC.// J. Royal Soc. Med. — 1987. — Vol. 80. — P. 229—231.
4. Gardner WN. // Chest. — 1996. — Vol. 109, № 2. — P. 516—534.
5. Dratchu LG, Gilbert C., Shierhout G. // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. — 2000. — Vol. 24, № 7. — P. 1069—1089.