

# РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ НА РАЗВИТИЕ У НИХ ОСТРЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Хакимов Д.П.<sup>1</sup>, Сафаров З.Ф.<sup>2</sup>, Кариева Ш.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Хакимов Джасур Пулатович - кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>2</sup>Сафаров Зафар Файзуллаевич – ассистент;

<sup>3</sup>Кариева Шахноза Абдукаmalовна – ассистент,  
кафедра неотложной педиатрии и медицины катастроф,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Аннотация:** исследование посвящено изучению проблемы психосоматических расстройств у новорожденных и возможности являться значимым фактором формирования ряда заболеваний более позднего периода развития и особенностей их течения. В когортном проспективном исследовании участвовало 336 младенцев, рожденных от 336 беременных женщин в последний триместр беременности и первый месяц после родов и их дети в возрасте 2 – 8 недель. Женщины в период беременности были подвергнуты тесту отношений И.В. Добрякова. До и после родов для определения психологического синдрома они были интервьюированы с помощью модифицированного опросника FPI. По данным оценки по шкалам опросника было рассчитано отношение шансов. У всех младенцев определяли типы поведения по Ainsworth M. D. S. и наличие пищевых расстройств. Для всех групп были рассчитаны заболеваемость, относительный риск, дополнительный риск и его доля. Все младенцы были исследованы по шкалам PRISA и PRISA-II для оценки риска. Отдельную когорту составляли дети с дыхательными расстройствами. Также младенцы были оценены по вышеуказанным шкалам, где были заменены баллы на энтропийные единицы. Сравнивались индивидуальные исходы по этим двум вариантам шкал. Были рассчитаны чувствительность и специфичность для каждой шкалы.

Выявлен существенный вклад эмоциональных расстройств матери в ухудшение течения заболевания. Определена возможность раннего прогнозирования развития ряда психосоматических расстройств у младенцев по тестированию женщин в последний триместр беременности, для обоснования разработки корректирующих мероприятий на ранних этапах. Результаты исследования позволяют предположить, что развитие психосоматических расстройств у младенцев явно связано с нарушением формирования комплекса готовности к материнству женщины в период беременности. Шкалы PRISA при использовании энтропийных единиц показало более высокую специфичность и чувствительность.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, дыхательные расстройства, новорожденные, опросник FPI, шкала PRISA, шкала PRISA-II, типы поведения, тесты отношений, энтропийные единицы.

**Актуальность:** психосоматические расстройства у новорожденных является значимой платформой формирования ряда заболеваний более позднего периода развития и особенностей их течения. Исследования подтверждают существенную роль в формировании этих расстройств нарушений периода адаптации после травмы рождения. Значительную долю в защите ребенка в этом процессе составляет материнское отношение к младенцу [4]. В большинстве этот процесс бывает надежным. Однако в некоторых случаях конструктивное отношение к ребенку не формируется. Корректировать его в послеродовой период часто не удается из-за наличия дефицита времени, истощенного состояния личностных характеристик женщины после родов и состояний, связанных с ними.

В возрасте 3 – 6 недель ребенок может демонстрировать рудиментарные эмоции, а в 2 – 3 месяца эмоциональная экспрессия становится дифференцированной, появляется выраженная эмоциональная реактивность детей на эмоции, выражаемая родителями. Паттерн обеднения эмоциональной экспрессии и негативные ее проявления у младенцев у родителей с депрессией проявляется на 3 – 4 месяце жизни [10]. Уровень нервно-психического реагирования в этом возрасте мало дифференцирован и характеризуется повышенной общей и психической возбудимостью. На этом фоне высока вероятность развития психосоматических расстройств. Предполагается, что существует влияние этих нарушений на возникновение и тяжесть течения заболеваний у них. Состояние здоровья ребенка, по мнению многих авторов, зависит от состояния здоровья его матери [10]. Причиной эмоциональной депривации ребенка может быть депрессия его матери, приводящая к отходу матери от своего ребенка и оставлению его без своей заботы. Матери, страдающие депрессивными расстройствами, отмечают снижение качества выполняемых ими воспитательных функций [2, 8, 9].

Учитывая вклад заболеваний органов дыхания в заболеваемость и смертность детей, имеет значение выявление связей между психосоматическими расстройствами и заболеваний сопровождающихся гипоксией, распознавание, прогнозирование их в антенатальный период.

**Цель исследования:** определить возможности раннего распознавания, прогнозирования и предотвращения психосоматических расстройств у новорожденных при подтверждении их связи с аномалиями психологического компонента гестационной доминанты в зависимости от поведенческих паттернов беременных женщин и последующего развития послеродовых эмоциональных расстройств. Оценить влияние психосоматических расстройств на развитие риска тяжелого течения дыхательных расстройств при вирусных инфекционных заболеваниях.

**Пациенты и методы:** В исследовании участвовало 336 младенцев рожденных от 336 беременных женщин в последний триместр беременности в течении первого месяца после родов и их дети в возрасте 2 – 8 недель.

Критериями включения были: беременные женщины и их дети без патологии в течение беременности и родах, со сроком гестации 38 - 42 недели, с весом при родах 2900 – 3800 грамм с грудным вскармливанием.

Критериями исключения были: многоплодная беременность, значимая патология плода и новорожденного при родах (в том числе врожденные пороки развития и внутриутробное инфицирование), курение родителей, неполная семья, недостаточные социально-бытовые условия.

Дизайн исследования: когортное проспективное. Из 328 младенцев была выделена когорта детей из 124 детей, у которых в течение первых 3 месяцев жизни (3-12 неделя жизни) развилось инфекционное заболевание с поражением дыхательных путей (острые вирусные заболевания). У 29 из них развились дыхательное расстройство, проявляемое тахипноэ и диспноэ.

С целью оценивания комплекса готовности к материнству женщины в период беременности были подвергнуты тесту отношений И.В. Добрякова. До и после родов для определения психологического синдрома они были интервьюированы с помощью модифицированного опросника FPI. По данным оценки по шкалам опросника было рассчитано отношение шансов (ОШ). У всех младенцев определяли типы поведения по Ainsworth M. D. S. и наличие пищевых расстройств (аэрофагия, пищевое недоразвитие, мерицизм, переедание, колика) [4].

В каждой группе были определены воздействия факторов: типы психологического компонента гестационной доминанты, определенных по тесту отношений (оптимальный, гипогнозический, эйфоричный, тревожный, депрессивный). Стабильность сохранения этой доминанты в постнатальный период определялся по FPI опроснику [7]. Для всех групп были рассчитаны заболеваемость, относительный риск (ОР), дополнительный риск и его доля (ДДР) [6].

Все младенцы были исследованы по шкалам PRISA и PRISA-II для оценки риска госпитализации (необходимости в экстренной медицинской помощи) [1]. Отдельную когорту составляли дети с дыхательными расстройствами. Также младенцы были оценены по модифицированным шкалам PRISA и PRISA-II [1], где были заменены баллы на энтропийные единицы, рассчитанных по формуле Больцмана, где статистический вес соответствовал градации теста находящихся в последующем ряде событий. Термодинамический коэффициент не учитывался. Сравнивались индивидуальные исходы по двум вариантам шкал – оригинальный и модифицированный [3, 11]. Был рассчитано чувствительность и специфичность для каждой шкалы. Все дети с дыхательными расстройствами, вне зависимости от показателей шкалы были госпитализированы с последующей верификацией диагноза и тяжести состояния. Дети без дыхательных расстройств были оценены по шкалам PRISA и PRISA-II [1].

**Результаты исследования:**

В таблице 1 показаны причины дыхательные расстройства у исследуемых детей.

*Таблица 1. Спектр заболеваний вызвавших дыхательные расстройства у детей*

Заболевание	Общее количество n=29
Респираторное вирусное заболевание, сопровождающееся лихорадкой и шунто-дифузными расстройствами в легких	14
Пневмония	2
Обструктивный бронхит	4
Острый стенозирующий ларинготрахеит	9

Были выделены группы детей с различными типами привязанности и оценен относительный риск, дополнительный риск и доля дополнительного риска для этих типов в развитии инфекционного заболевания и дыхательных расстройств (табл. 1).

*Таблица 2. Распределение развития заболеваний с дыхательными расстройствами у младенцев с разными типами привязанности*

Типы привязанности у младенцев	Здоровые n=224	Заболевание без дыхательных расстройств n=124	Заболевание с дыхательными расстройствами n=29
избегающая	6	18	10
безопасная	198	73	2
амбивалентная	12	11	8
дезорганизованная	8	22	9

Были рассчитаны эпидемиологические показатели для заболевания без дыхательных расстройств и наличием их (табл. 2 и 3).

Таблица 3. Эпидемиологические показатели для заболевания без дыхательных расстройств

Типы привязанности у младенцев	ОР	ДР	ДДР
избегающая	2,78	0,48	64,0
безопасная	-	-	-
амбивалентная	1,77	0,2	43,6
дезорганизованная	2,72	0,46	63,2

Таблица 4. Эпидемиологические показатели для заболевания с дыхательными расстройствами

Типы привязанности у младенцев	ОР	ДР	ДДР
избегающая	2,32	0,35	56,9
безопасная	-	-	-
амбивалентная	1,48	0,13	32,6
дезорганизованная	1,9	0,26	49,1

По каждому типу привязанности у младенца был оценено воздействие наличия типов (гипогнозический, эйфоричный, тревожный, депрессивный) психологического компонента гестационной доминанты и наличия психологического синдрома выявленного по данным опроса FPI.

Таблица 5. Распределение развития заболеваний с дыхательными расстройствами у младенцев с высокими показателями шкал FPI у их матерей

Шкалы FPI показавшие высокие оценки (более 7 баллов)	Здоровые n=224	Заболевание без дыхательных расстройств n=124	Заболевание с дыхательными расстройствами n=29	Отношение шансов
невротичность	201	97	15	3,3
спонтанная агрессивность	48	115	23	3,3
депрессивность	93	104	18	3,1
раздражительность	53	112	21	3,5
общительность	212	55	2	0,7
уравновешенность	196	69	0	-
реактивная агрессивность	55	98	19	1,9
застенчивость	38	5	1	1,1
открытость	185	22	0	-
экстраверсия – интроверсия	173	18	5	0,8
эмоциональная лабильность	24	97	21	1,3
маскулинизм – феминизм	14	5	0	-

При анализе связей комплекса готовности к материнству женщины в период беременности по данным теста отношений И.В. Добрякова и типов поведения младенцев по Ainsworth M. D. S. и наличие пищевых расстройств было выявлено, что в группе детей с избегающей типом было выявлено существенное

значение депрессивного компонента: ОР - 13,94, ДДР -13,94 и высокая заболеваемость мерицизмом (0,87). В группе детей с амбивалентным типом была определена существенная заболеваемость аэрофагией (0,791) и перееданием (0,789), а также воздействие эйфоричного компонента – ОР – 8,22, ДДР - 83 %. В группе младенцев с дезорганизованной привязанностей была выявлена значительная заболеваемость пищевым недоразвитием (0,944), и значительное влияние тревожного и депрессивного компонента - 91,8 %. Для младенческой колики не было обнаружено значимого значения заболеваемости.

При оценке по шкалам PRISA, PRISA-II и модифицированными их вариантами определялась вероятность госпитализации детей с заболеваниями с дыхательными расстройствами. Анализ специфичности и чувствительности шкал по данным верификации показал 73% и 82% соответственно. При использовании энтропийных единиц в качестве диагностических баллов специфичность и чувствительность увеличилась в группе детей до года до 81% и 93%.

**Выводы:** данные оценки по опроснику GPI демонстрируют, что высокие показатели некоторых шкал (невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность) указывает на высокий риск развития заболевания с дыхательными расстройствами у младенцев, что позволяет делать вывод о существенном вкладе эмоциональных расстройств матери в ухудшение течения заболевания.

Определена возможность раннего прогнозирования развития ряда психосоматических расстройств у младенцев по тестированию женщин в последний триместр беременности, для обоснования разработки корректирующих мероприятий на ранних этапах.

Развитие психосоматических расстройств у младенцев явно связано с нарушением формирования комплекса готовности к материнству женщины в период беременности.

Шкала PRISA, которую использовали младенцам с высоким риском госпитализации при использовании энтропийных единиц в качестве диагностических баллов демонстрирует более высокую специфичность и чувствительностью.

#### *Список литературы*

1. *Валлон А.* Психическое развитие ребенка. СПб.: Питер, 2001. 208 с.
2. *Джубатова Р.С., Хакимов Д.П., Кариева Ш.А.* Оценка диагностической эффективности шкалы дыхательных расстройств у детей // *Universum: Медицина и фармакология : электрон. научн. журн.*, 2016. № 1-2 (24). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/2948/> (дата обращения: 12.04.2017).
3. *Добряков И.В.* Перинатальная психология. Питер, 2004. С. 113-120; 140-144.
4. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
5. *Маматкулов Б.М., ЛаМорт, Рахманова Н.* Клиническая эпидемиология Основы доказательной медицины. Ташкент, 2008. С. 119-130.
6. *Мельников В.М., Ямпольский Л.Т.* Введение в экспериментальную психологию личности. М. Просвещение, 1985. С. 137-167.
7. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 256 с.
8. *Уманский С.В., Уткин В.А.* Психосоматические индукции в семье и их коррекция психотерапевтом. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова, 2009. № 109 (9). С. 40.
9. *Helen Bee.* The developing child. 9th edition 113. 157 p.
10. *Khakimov D.P., Umarova Z.S.* Predicting the course of infectious toxicosis in infectious diseases in childhood. Pediatrics. Tashkent, 2006. № 1. P. 21-26.