

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ РЕСПІРАТОРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Богуцька Н.К., Хільчевська В.С.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Серед захворювань у дітей будь-якого віку найчастіше трапляються хвороби органів дихання. Причиною звернення до медичного психолога даного контингенту пацієнтів здебільшого є виникнення найрозповсюдженіших психологічних розладів – агресивної поведінки, незадоволеної успішності, проблем у спілкуванні з однолітками, дитячої депресії тощо. Однак, залежно від особистісних особливостей пацієнтів, нозології та її тяжкості, сімейної взаємодії, тобто біопсихосоціальної адаптації, існують особливості спектру таких психологічних порушень.

Психогенний стрес може спричинити в дітей соматоформні розлади з боку функціонування органів дихання: психогенний або звичний (безпричинний) кашель, порушення мови (дисфункцію голосових зв'язок), гіпервентиляцію, задишку із зітханнями, тривогу ядухи, часте покашлювання з очищенням глотки тощо. У підлітків можуть спостерігати синдром «дихального корсета», або «солдатського серця», з вегетативно-невротичними розладами дихання і серцевої діяльності, що супроводжуються пароксизмами гіпервентиляції із задишкою. Іноді соматоформні розлади з'являються та фіксуються після справжньої хвороби, але здебільшого є відображенням психологічної проблеми. У батьків дітей раннього і дошкільного віку з максимальною частотою респіраторних епізодів на рік, особливо за умови відвідування дітьми дошкільних закладів, частіше діагностують неврастенію. Подібні прояви можуть з'являтися у дітей, які часто та тривало хворіють, з розвитком «госпіталізму» і регресу після повторного лікування у стаціонарі, що визначає необхідність психологічної підготовки дитини до госпіталізації і проведення медичних втручань. Нечастим, «ускладненням» перенесеного захворювання органів дихання у дітей є синдром триваючої більше півроку хронічної втоми зі зниженням когнітивної функції, однак встановлення цього діагнозу потребує переконання у відсутності багатьох інших, подібних до нього. У дітей, хворих на бронхіальну астму, вищий ризик розвитку депресії, тривожних розладів і порушень поведінки, причому подібні розлади відмічають і в батьків. У значної частини хворих на астму наявні емоційно-поведінкові розлади незалежно від тяжкості хвороби. Цілий спектр розладів адаптації в дитячому віці спричиняє утруднене носове дихання. Якщо в грудному віці відсутність носового дихання переважно спричиняє відмову дітей від смоктання грудей та кольки, то в старшому – пригнічується функція кори головного мозку, погіршується пам'ять, нюх, вимова, виникають головні болі, порушення сну, зникає апетит, у тяжких випадках порушується загальний розвиток дитини, може виникати симптоматика синдрому сонних апное з агресивною поведінкою, нічним енурезом та неспокоєм під час сну, який слід відрізнити від опозиційного розладу поведінки дітей та синдрому гіперактивності і дефіциту уваги, що теж стають причиною скарг на «погану поведінку».

Несприятливий вплив респіраторних хвороб на психіку дитини можливий як через соматогенний, так і психогенний чинники. Медична адаптація до хронічного респіраторного захворювання полягає в досягненні оптимальної рівноваги між керуванням хворобою та достатньою якістю життя, на що має бути спрямована допомога медичного психолога.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ МІСЦЕВОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМИ БАКТЕРІАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ГРВІ

Больбот Ю.К., Чабанюк О.В., Карпенко А.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

ГРВІ є найбільш розповсюдженою групою захворювань дитячого віку. У певного контингенту дітей відмічається схильність до рецидивуючих бактеріальних ускладнень ГРВІ, що призводить до подовження тривалості захворювання та необхідності призначення антибактеріальних препаратів. Одним з факторів, що визначають цю схильність, може бути недостатність неспецифічних факторів місцевого захисту слизових оболонок верхніх дихальних шляхів (ВДШ).

Метою дослідження стало вивчення стану місцевої резистентності слизових оболонок ВДШ при бактеріальних ускладненнях ГРВІ у дітей.

Матеріали і методи. На основі обстеження 104 дітей віком від 3 до 18 років з ГРВІ, що ускладнилась розвитком гострого гнійного середнього отиту або риносинуситу, було сформовано дві групи дослідження: I з 64 дітей з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 2 та менше випадки протягом останнього року, II – 40 дітей з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ 3 та більше епізоди за рік. Визначались рівні людського кателіцидину (LL-37), секреторного імуноглобуліну А (IgA), лізоциму та лактоферину в ротоглотковому секреті на початку розвитку бактеріального ускладнення, наприкінці захворювання і в інтеркурентному періоді. Контрольні значення даних показників отримані у 30 здорових дітей, що не хворіли на ГРВІ протягом останнього місяця.

Рівні LL-37 і лактоферину в ротоглотковому секреті у дітей I та II груп дослідження на початку розвитку бактеріального процесу були співставні (LL-37 – $65,68 \pm 7,20$ нг/мл та $46,75 \pm 6,93$ нг/мл; лактоферин – $64,11 \pm 3,24$ мкг/мл та $53,93 \pm 3,77$ мкг/мл відповідно в I і II групі, $p > 0,05$) та вірогідно