ГОУ ВПО «Красноярский Государственный Медицинский Университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

ДОКЛАД

Нервно-психическое развитие детей с врожденными пороками сердца.

Выполнил: Шожал А.М.

Проверила: Максимова Л.С.

Красноярск 2010

Сознание болезни вызывает то или иное отношение больного к себе. Изменение психики больного обусловлено объективными изменениями организма, вызванными болезнью в биологической структуре, или субъективным к себе отношением.

В этом последнем случае большое значение имеет соотношение логической оценки и эмоциональных реакций. Логическое суждение о своей болезни так связано с эмоциями, что последние нередко оказывают влияние и на характер логического вывода.

Чаще всего эмоции приобретают такую силу, что затрудняют логический анализ своего состояния. Это положение подтверждается при исследовании психологического состояния и оценок своего положения больными врачами.

Известно, что даже выдающиеся врачи в случае тяжелых заболеваний не могли объективно оценивать своего состояния, уклонялись от постановки диагноза тяжелого заболевания или, наоборот, ставили себе диагноз тяжелой болезни, когда ее не было в действительности(3стр54)

Сознание болезни, таким образом, имеет объективные и субъективные причины, границы между которыми условны. Особое место в сознании болезни и переживаниях больных следует отвести прогнозу. Больной понимает возможные результаты болезни, хотя и не всегда его представления соответствуют характеру болезни.

С помощью врача он стремится выяснить свое положение и возможные последствия. Прежде всего его беспокоит, наступит ли полное выздоровление; будут ли остаточные явления или осложнения; возможность наступления смерти.

Только в некоторых случаях, характеризуемых как деградация личности в результате тяжелой болезни, больной не способен задаваться подобными вопросами. От того, к какому выводу приходит больной, будут зависеть состояние его психики и степень сопротивления патологическому процессу. При этом диагноз болезни интересует больного лишь постольку, поскольку он дает некоторую информацию об исходе. В литературе имеются разноречивые мнения о характере психических нарушений у больных врожденными пороками сердца, в том числе и у детей. Некоторые авторы считают, что среди умственно отсталых врожденные пороки сердца встречаются в 7 раз чаще, чем среди здорового населения. Вместе с тем высказывается мнение, широко распространено среди практических врачей - хирургов и педиатров - о том, что большинство детей с врожденными пороками сердца, в том числе цианотического типа, отличаются нормальным, а нередко даже повышенным по сравнению со сверстниками интеллектуальным уровнем.

Задачей настоящего сообщения является систематическое описание отклонений в психическом развитии и нервно-психических нарушений у детей и подростков с врожденными пороками сердца в разные возрастные периоды. Для решения этих задач изучено в динамике 158 детей и подростков с врожденными пороками сердца цианотического (триада и тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, общий аортальный ствол, болезнь Эбштейна) и «бледного» типа (дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок, трехкамерное сердце, коарктация аорты и др.).

Характерным для детей с врожденными пороками сердца в возрасте 1 года является наличие различных невропатических симптомов: ранний отказ от груди, плохой аппетит, срыгивания, рвота, повышенная чувствительность к температурным колебаниям, нарушение ритма сна и бодрствования или бессонница, обычно сопровождающаяся общим беспокойством и криком. В возрасте старше 3 лет нередко отмечаются отдельные проявления диэнцефальной недостаточности: повышенная жажда, эпизодические беспричинные подъемы температуры. Интенсивность проявлений невропатии зависит от выраженности сердечно-сосудистой недостаточности, у больных врожденными пороками сердца «бледного» типа они почти не отмечаются. В возрасте 3-4 лет у больных с пороками цианотического типа при наличии тяжелых гемодинамических нарушений наряду с симптомами невропатии начинают выявляться признак и задержки и умственного развития. Дети позднее начинают говорить, речь долго остается косно - язычной, запаздывает формирование навыков самообслуживания. Если здоровый ребенок предодошкольного возраста весь как бы находится во власти внешних впечатлений, его очень легко привлечь к чему-либо, но также легко и отвлечь, то дети с врожденными пороками сердца особенно цианистического типа, вяло реагируют на окружающее, у них отсутствует живость и любознательность, присущая данному возрасту, не обнаруживают выраженной привязанности к матери.

В дошкольном возрасте признаки невропатии отходят на второй план, уступая место неврозподобным нарушениям, которые в наибольшей степени выражены у больных с цианостическими пороками и проявляется повышенной раздражительностью, капризностью, плаксивостью, беспокойным сном с частыми пробуждениями и ночными кошмарами, неусидчивостью, отвлекаемостью. Реже наблюдается неврозоподобные страхи и ночной энурез. Изменения в интенсивности и характере неврозоподобных нарушений в основном зависит от соматического состояния больных. При ухудшении общего состояния и нарастании гипоксии в начале неврозоподобные нарушения усиливаются, а, затем, по мере развития сердечно - сосудистой недостаточности, ослабевают и постепенно исчезают. В психическом статусе начинают преобладать выраженная астения, вялость и апатия.

Клиническое психологическое исследование часто выявляют уже в дошкольном возрасте признаки интеллектуальной недостаточности которые проявляются в основном слабостью памяти, ограниченностью запаса знаний, бедность фантазии, замедленным темпом психических процессов. У наблюдавшихся больных интеллектуальная недостаточность чаще встречалась при пороках сердца «бледного» типа. Изредка она достигала степени дебильности. В конце дошкольного возраста и в школьном возрасте у больных наряду с признаками отставания в физическом развитии, становятся отчетливыми проявления инфантилизма в психической сфере. Особенно личности детей при психофизическом инфантилизме характеризуются такими чертами, как преобладание интересов, свойственных более младшему возрасту, неспособность к занятиям, требующим длительной концентрации внимания (вследствие чего затруднено обучение в школе), отсутствие самостоятельности в поведении. При психологическом обследовании обнаруживаются формальные нарушения интеллектуальных функций. Запас знаний и представлений у детей мал, не сформированы отдельные понятия, не выражены интеллектуальные интересы, недостаточно развиты логические формы мышления. Но в целом структура интеллектуальной недостаточности отличается от структуры дефекта при олигофрении.

Чаще всего у больных врожденными пороками сердца «синего» типа в отличие от больных без цианоза наблюдались явления парциального психического инфантилизма. В психическом статусе этих детей на первый план выступали черты незрелости в эмоционально-волевой сфере при отсутствии отставания в интеллектуальном развитии. Дети отличались наивностью, непосредственностью, свойственными более младшему возрасту, преобладанием игровых интересов, отсутствием инициативы, самостоятельности, невысоким уровнем притязаний. Представляется возможным внутри этой группы выделить вариант парциального психического инфантилизма в сочетании с невропатическими чертами. При этом наряду с проявлениями психического инфантилизма, дети обнаруживали повышенную чувствительность, впечатлительность и плаксивость. У них отмечен страх перед медицинскими манипуляциями, перед операцией при отсутствии чувства и сознания болезни. Часто выражена склонность к невротическим реакциям (страх темноты, одиночества, беспокойный сон, кусание ногтей, раздражительность) в ответ на помещение в стационар, разлуку с матерью. Указанные явления, как правило, были характерны при меньшей тяжести общего состояния. При более тяжелом соматическом состоянии черты парциального инфантилизма проявлялись на фоне выраженного астенического состояния, проявлявшего главным образом в непереносимости даже минимальны физических нагрузок.

Начиная с младшего школьного возраста, постепенно обнаруживаются явления личностной незрелости. К 7 годам у детей отсутствует стремление учиться, стать школьниками. Уже будучи школьниками дети обычно не понимают назначение учебы, не переживают из-за плохих оценок, не стремятся учиться лучше. Привязанность к родителям часто носит потребительский характер. Недостаточно развитое чувство долга, ответственности проявляется и в том, что, находясь в стационаре, дети легко примиряются с мыслью о необходимости пропустить учебный год. Как правило, отмечаются беспомощность в практических вопросах, отсутствие целеустремленности и самостоятельности, присущих данному возрасту, наивность, стремление к общению с детьми более младшего возраста, нередко преобладают игровые интересы. Безынициативность, несамостоятельность, отсутствие интересов свойственных возрасту, часто ставят таких детей вне коллектива сверстников. Наиболее отчетливо элементы личностной незрелости проявляются в подростковом возрасте. Наблюдавшиеся подростки нереально оценивали свои возможности, строили заведомо несбыточные планы на будущее, что обычно коррелировало с недостаточно выраженным сознанием и чувством болезни. Интерес к противоположному полу у них не был выражен, что еще больше затрудняло их контакт со сверстниками. В рамках возрастного периода до 17 лет выявить сколько-нибудь значительной тенденции к сглаживания черт личностной незрелости у больных цианотическими пороками сердца не удалось. При белых пороках явление личностной незрелости выражено в меньшей степени и в клинической картине превалирует склонность к невротическим реакциям, связанные с большим осознанием своего болезненного состояния, а в интеллектуальном развитии эти дети, как правило, опережают больных с синими пороками обычно учатся в массовой школе. С 9-10 лет на фоне эмоциональной незрелости, и инфантильности у отдельных детей и подростков с врожденными пороками сердца синего типа наблюдаются признаки своеобразного формирования характера в виде особой недетской рассудительности и серьезности, сочетающихся с проявлениями психического инфантилизма. Основное значение в формировании такого диспропорционального склада личности имеют неправильные условия воспитания таких детей, связанные с наличием порока сердца. В результате тормозится нормальное волевое и эмоциональное развитие, прививается несамостоятельность и неуверенность в себе.

Динамика изменений нервно-психического состояния больных после оперативного вмешательства позволяет выделить 3 основных периода. Первый - астено - адинамический с явлениями легкого оглушения, продолжающийся 2-3 дня после операции. Второй период характеризуются повышением активности и возникновением или усилением неврозоподобных явлений, длящихся до 10-12 дней. Третий период - постепенного обратного развития неврозоподобных нарушений. Астено- адинамический период с явлениями оглушения характеризуется бедностью мимики, замедленностью всех движений, молчаливостью, часто безучастностью. Выражение лица безразличное, тупое. Легко наступает дремота, нередка постоянная сонливость. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Вопросы воспринимаются не сразу и их смысл понимается с большим трудом.

Неврозоподобные расстройства после операций на сердце обычно проявляются астенической симптоматикой: раздражительностью, слабостью, эмоциональной лабильностью, нарушением сна, снижением аппетита, вегетативными расстройствами. У детей дошкольного и младшего школьного возраста нередко возникают или усиливаются черты инфантильности, дети начинают говорить с интонациями малышей, проявляют беспомощность, требуют, чтобы их кормили , одевали и т.д.; отличаются вялостью, заторможенностью. С течением времени астенические явления постепенно сглаживаются. При присоединении осложнений (пневмонии, нагноения раны, вторичной анемии) иногда возникают расстройства сознания с отрывочными зрительными галлюцинациями, что обычно свидетельствует о выраженном токсикозе и ухудшает общий прогноз. В этих случаях необходимы строгий надзор, инъекции аминазина или пипольфена под контролем измерений артериального давления. При лечении неврозоподобных расстройств послеоперационного периода показано применение элениума, судексина и снотворных средств.

психический больной порок сердце

Заключение

Катамнестическое наблюдение больных, перенесших операцию на сердце, продолжительностью от 0,5 года до 10 лет, позволяет считать, что терапевтический эффект операции в отношения нервно-психических нарушений зависит в основном от возраста, в котором произведена операция и от степени коррекции порока. После успешной проведенной в дошкольном возрасте радикальной коррекции порока цианотического типа отмечается тенденция к постепенному сглаживанию и устранению соматической астении, неврозоподобных расстройств и явлений нерезко выраженной задержки психического развития. После операции паллиативного характера описанные нарушения становятся менее выраженными лишь в первые годы, а затем, по мере ухудшения общего состояния и нарастания цианоза, вновь усиливаются. При пороках «бледного» типа терапевтический эффект оперативного вмешательства в отношении нервно-психических нарушений полностью зависит от возраста, в котором произведена. Если она сделана в младшем возрасте, постепенно сглаживаются явления задержки развития, инфантилизма, неврозоподобные нарушения.

Знание особенностей нервно-психического развития детей и подростков с врожденными пороками сердца и его изменений после операции на сердце должно помочь врачам-педиатрам в решении вопросов социальной адаптации детей, а также в адекватном комплексном их лечении.

Использованная литература

1. Ковалев В.В. Проблемы судебной психиатрии М., 1963

. Литтманн И.,Фоно Р. Врожденные пороки сердца и крупных сосудов М., 1954.

. Ковалев В.В. Ж. Педиатрия № 6

. Ковалев В.В. Ж. невропатол. И психиатр., 1964, в. 7 с. 1074.