

4. Физиология человека / Н.А. Агаджанян [и др.]. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2005. С. 357–360.
5. Замбрицкий, О.Н. Гигиенические основы рационального питания. Оценка адекватности фактического питания: учеб.-метод. пособие / О.Н. Замбрицкий, Н.Л. Бацукова. Минск: БГМУ, 2006. С. 20.
6. Мартинчик, А.Н. Питание человека (основы нутрициологии) / А.Н. Мартинчик, И.В. Маев, А.Б. Петухов; под ред. проф. А.Н. Мартинчика. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 576 с.
7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / А.А. Баранов [и др.]. М., 2009. 64 с.

Дата поступления: 01.07.2010 г.

Научная публикация

Гнедько Т.В., Капура Н.Г., Сахарова Е.М.
Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Особенности респираторной терапии в раннем неонатальном периоде у недоношенных детей с ретинопатией

Резюме

Представлены результаты ретроспективного анализа медицинских карт стационарного пациента 97 недоношенных новорожденных с диагнозом «ретинопатия недоношенных» (РН). Проведена оценка физического развития, объема первичной реанимационной помощи, длительности и параметров кислородотерапии, а также показателей КОС в течение первых 7 суток жизни. У большинства детей с РН на фоне проведения ИВЛ отмечалось превышение показателей pO_2 и pCO_2 . Превышение нормальных уровней SO_2 капиллярной крови регистрировалось в 43,3% случаев, при этом у 28,5% детей отмечалась гипероксия. Длительность ИВЛ у недоношенных новорожденных более 10 суток и продолжительность оксигенотерапии более 30 суток явились объективными факторами развития ретинопатии недоношенных.

Ключевые слова: новорожденные дети, респираторная терапия, ретинопатия недоношенных, ранний неонатальный период.

Hnedzko T.V., Kapura N.G., Sakharova E.M.

The features of respiratory care of the children with retinopathy prematurity in early neonatal period

Abstract

The article presents the research results of retrospective analysis of the hospital charts of 97 premature newborns with retinopathy of prematurity (RP). It was assessed their physical development, levels of primary intensive care, time and parameters of oxygenation and ventilation, characteristics of acid-base balance parameters during the first week of life. The most children with RP, which received intensive respiratory care, had high values of pO_2 and pCO_2 . It was recorded the excess of the normal levels of oxygen saturation in 43,3% of newborns, hyperoxia was observed in 28,5% of infants. It was revealed that the duration of respiratory intensive care in preterm newborn more than 10 days and the duration the oxygen therapy more than 30 days are hazards of the progress retinopathy of prematurity.

Key words: newborn, respiratory therapy, retinopathy of prematurity, early neonatal period.

Введение

В связи с использованием новых технологий в реанимации и интенсивной терапии новорожденных значительно увеличилась выживаемость детей с низкой и экстремально низкой массой тела и резко возросла частота ретинопатии недоношенных [1]. Увеличение выживаемости глубоко недоношенных новорожденных сопровождается повышением частоты патологических со-

стояний у детей в различные возрастные периоды, обусловленных перинатальными проблемами [2].

Этиология и патогенез ретинопатии недостаточно ясны. Существует много гипотез о возникновении ретинопатии недоношенных. На протяжении длительного времени в качестве ведущих этиологических факторов ретинопатии недоношенных (РН) рассматривались незрелость сетчатки у недоношенного ребенка и гипероксемия, связанная с кислородотерапией. В сетчатке обменные процессы осуществляются не посредством дыхания, а посредством гликолиза. Под воздействием кислорода гликолиз угнетается, и сетчатка гибнет, заменяясь соединительной тканью, поэтому единственной причиной РН считалась высокая концентрация кислорода при проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Другие авторы указывают, что на развитие ретинопатии недоношенных влияют длительность кислородотерапии, проводившейся более 30 дней, и ИВЛ более 21 дня [3, 4]. Однако ограничение использования кислорода не привело к снижению частоты ретинопатии недоношенных, но повлияло на рост смертности от респираторного дистресс-синдрома и на количество тяжелых последствий у выживших детей от гипоксии.

В настоящее время исследователи сходятся во мнении, что, вероятно, единой причины, приводящей к функциональным и впоследствии морфологическим изменениям в глазах недоношенных детей, не существует. Современные представления о ретинопатии сводятся к признанию мультифакториальности ее происхождения. К группе риска по возникновению РН относятся недоношенные дети с массой тела при рождении менее 2000 г и сроком гестации до 34 недель. Частота РН коррелирует с тяжестью общего состояния новорожденного и, в первую очередь, за счет развития респираторного дистресс-синдрома, в связи с чем возникает необходимость в проведении оксигенотерапии и ИВЛ.

Анализ состояния глаз глубоко недоношенных детей позволил выявить ряд особенностей, которые свидетельствуют о выраженной морфологической незрелости органа зрения, тяжелом ишемическом поражении сетчатки, что в 75,6% случаев приводит к развитию РН у детей с гестационным возрастом до 28 недель [5].

К ретинопатии недоношенных могут привести внутриутробная инфекция у новорожденных, а также другие осложнения во время беременности у женщин и в родах. Наиболее часто заболевание наблюдается у детей, рожденных с массой тела менее 1500 г и в срок до 27–30 недель внутриутробного развития [6].

Одним из факторов, возможно, влияющих на развитие РН, является световое воздействие на незрелую сетчатку, так как в естественных условиях васкулогенез сетчатки завершается внутриутробно, при отсутствии света. После рождения недоношенный ребенок попадает в условия избыточной освещенности.

Исследование факторов риска, разработка методов диагностики, профилактики и лечения этого заболевания являются одной из значимых проблем современной неонатологии [7, 8].

Цель исследования: выявить особенности респираторной терапии в раннем неонатальном периоде у новорожденных с РН и установить факторы риска ее развития.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента (форма № 033/у-07) у 97 недоношенных новорожденных, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для новорожденных (ОАР с ПИТН) и педиатрическом отделении недоношенных новорожденных РНПЦ «Мать и дитя», которым был установлен диагноз «ретинопатия недоношенных».

Клинический метод включал оценку физического развития с использованием перцентильных кривых по гестационному возрасту и массе тела при рождении, оценку по шкале Апгар на

1-й и 5-й минутах жизни, объем первичной реанимационной помощи, длительность кислородотерапии и протекание неонатального периода.

Лабораторное обследование проводилось в соответствии с утвержденными отраслевыми стандартами и включало анализ исследований показателей кислотно-основного состояния капиллярной крови (рН, рСО₂, рО₂, ВЕ, SaO₂) в первые 7 суток жизни. Проводилась также оценка динамики основных параметров ИВЛ: концентрации кислорода в газовой смеси (FiO₂), максимального давления в конце вдоха (P_{in}), положительного давления в конце выдоха (PEEP), частоты дыхательных циклов (ЧД), потока смеси во вдыхаемом воздухе (Flow) и среднего давления во вдыхаемом воздухе (MAP). Данные показатели учитывались у новорожденных в динамике первой недели жизни на 1, 3 и 7-е сутки жизни.

Статистическая обработка данных проводилась методами вариационной статистики при помощи программного обеспечения Windows, Excel. Для непрерывных величин произведен расчет выборочной средней и ошибки выборочной средней. Оценка статистической достоверности различий средних величин определялась по критерию Стьюдента, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Все дети исследуемой группы родились от матерей с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом.

Гестационный возраст младенцев составлял от 25 до 34 недели, по средним данным 28,9 ± 0,23 недели, при этом 27 детей имели гестационный возраст 25–27 недель (30%), 43 – имели гестационный возраст 28–30 недель (44,3%), 29 младенцев (30%) – 30–32 недели гестации и 7 младенцев – более 32 недель (33–34 недели).

Масса тела при рождении у детей регистрировалась в пределах от 830,0 г до 1850,0 г и составила по средним данным 1202,1 ± 33,28 г. Длина тела составила 36,7 ± 0,38 см, окружность головы – 26,9 ± 0,26 см и окружность груди 24,4 ± 0,28 см.

При оценке физического развития недоношенных детей в зависимости от срока гестации (по Polacek) установлено, что более половины новорожденных (54,5%) имели физическое развитие, соответствующее гестационному возрасту (25–75 центилей), 43,2% младенцев имели физическое развитие ниже среднего для данного гестационного возраста (10–25 центилей) и 3 новорожденных были выше среднего для данного гестационного возраста (90 центилей).

Оценка по шкале Апгар на первой минуте жизни составила 3,2 ± 0,19 балла, при этом более половины младенцев (65%) родились в тяжелой асфиксии, третья часть (35%) – в умеренной асфиксии. Большинство детей (87%) родились в тяжелом и крайне тяжелом состоянии и только 13% в состоянии средней тяжести. С первых суток жизни переведены в ОАР с ПИТН РНПЦ «Мать и дитя» 80 новорожденных (82,5%), со 2–3-х суток – 11 (11,3%) и 6 младенцев (6,2%) переведены из региональных центров республики на 8–21-е сутки жизни. В диагнозе при переводе наиболее часто регистрировались респираторный дистресс-синдром; асфиксия тяжелой степени при рождении; церебральная ишемия тяжелой степени; внутриутробная инфекция.

В ОАР с ПИТН младенцы поступали после проведения им первичных реанимационных мероприятий в родильном зале. С целью поддержания адекватной дыхательной функции и коррекции нарушений газового состава крови всем новорожденным проводилась респираторная терапия. Все дети с первого часа после рождения получали поддерживающую инфузионную терапию. По показаниям проводилась кардиотоническая терапия. В связи с высоким риском инфицирования всем новорожденным назначалась антибактериальная терапия.

Все новорожденные в ОАР с ПИТН получали оксигенотерапию посредством ИВЛ с режимом вентиляции СРАР. Длительность ИВЛ по средним данным составила 10,9 ± 1,60 суток. Общая длительность оксигенотерапии у детей составила 29,5 ± 2,79 суток. Продолжительность пребывания в отделении реанимации составила 34,0 ± 3,35 койко-дня. Общая продолжительность пребывания на стационарном лечении составила 74,8 ± 5,90 койко-дня.

Анализ перинатальной патологии показал, что основным диагнозом у большинства новорожденных (59 (61%)) была внутриутробная инфекция, из них у 4 – врожденный сепсис (4%); респираторный дистресс-синдром (болезнь гиалиновых мембран II–III степени) у 12 (12%); врожденная пневмония – у каждого пятого (21%); пневмония новорожденного – у 6 (6%).

Проведен анализ показателей кислотно-основного состояния крови и параметров ИВЛ у новорожденных исследуемой группы в первые 7 суток жизни для установления основных факторов развития осложнений при проведении ИВЛ (табл. 1).

Таблица 1

Показатели кислотно-основного состояния крови у обследованных детей (M ± m)

Показатели	Группа РН (n = 97)		
	1-е сутки жизни	3-е сутки жизни	7-е сутки жизни
рН	7,31 ± 0,01	7,36 ± 0,01***	7,33 ± 0,01*
рСО ₂ , мм. рт. ст.	40,78 ± 1,40	37,28 ± 0,95	40,56 ± 0,90**
рО ₂ , мм. рт. ст.	60,47 ± 3,02	62,56 ± 2,44	58,59 ± 2,24
ВЕ	-4,63 ± 0,60	-3,77 ± 0,36	-4,57 ± 0,45
SaO ₂ , %	89,98 ± 1,33	91,74 ± 0,67	92,32 ± 0,70

Примечание: * – $p < 0,05$ достоверность различий в динамике; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

В первые сутки жизни у младенцев исследуемой группы показатель рН по средним данным составлял 7,31 ± 0,01, на 3-и сутки показатель достоверно увеличился и составил 7,36 ± 0,01 ($p < 0,001$). К концу 7-х суток показатель рН снизился до 7,33 ± 0,01, но по средним данным оставался в пределах нормативных показателей. Вместе с тем, при индивидуальном анализе отклонения от нормы (рН < 7,3) наблюдались у 32 младенцев из 97 (33%), т. е. у каждого третьего ребенка в динамике первой недели жизни отмечался умеренный метаболический ацидоз.

Уровень парциального давления углекислого газа (рСО₂) составил в среднем 40,78 ± 1,40 мм рт. ст. на 1-е сутки, на 3-и сутки отмечена тенденция к снижению, а к концу недели показатель повышался и не отличался от значений первых суток. Вместе с тем, превышение нормальных показателей (рСО₂ > 45 мм рт. ст.) на протяжении первых 7 суток жизни наблюдалось у 45 из 97 младенцев (46,4%), т. е. у каждого второго младенца имелись явления гиперкапнии.

Показатели среднего парциального напряжения кислорода (рО₂) у детей с ретинопатией в первые сутки составляли 60,47 ± 3,02 мм рт. ст. К 7-м суткам жизни показатель рО₂ у детей значительно снизился (58,59 ± 2,24 мм рт. ст.), но эти средние показатели не отличались от нормативных. В то же время превышение нормативных показателей (рО₂ > 60 мм рт. ст.) на протяжении первых 7 суток жизни установлено у 60 из 97 младенцев (61,8%), из них у 20 (33,3%) рО₂ был более 100 мм рт. ст. и в 1 случае – 216 мм рт. ст.

Избыток буферных оснований крови (ВЕ) на первые сутки у обследованных новорожденных составил 4,63 ± 0,60, к 7-м суткам достоверно не изменялся и был в пределах нормы.

Сатурация в капиллярной крови (SaO₂) в 1-е сутки составила 89,98 ± 1,33%, к концу недели показатель повысился до 92,32 ± 0,70%, т. е. средние уровни насыщения крови кислородом были

в пределах нормативных показателей. Однако превышение показателя ($\text{SaO}_2 > 95$ мм рт. ст.) на протяжении первых 7 суток жизни установлено у 42 младенцев из 97 (43,3%), при этом у 12 из них (28,5%) отмечалась гипероксия (SaO_2 99–105%).

В то же время в литературе имеются сообщения о целесообразности поддержания SaO_2 на уровне 89–92% и pO_2 капиллярной крови в пределах 45–50 мм рт. ст., что позволит устранить предпосылки развития ретинопатии в раннем неонатальном периоде.

В комплексном лечении все дети получали оксигенотерапию, при этом в 84 случаях (86,6%) она осуществлялась путем аппаратной вентиляции легких в режиме IMV, в 13 (13,4%) – путем создания положительного давления в дыхательных путях (CPAP).

Динамика показателей параметров искусственной вентиляции легких в исследуемой группе детей представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, у обследованных детей к 3-м суткам жизни число дыхательных циклов достоверно снизилось по максимальным значениям ($47,7 \pm 1,83$ и $36,9 \pm 2,60$ дых./мин, $p < 0,01$) и по средним показателям ($41,2 \pm 1,91$ и $33,1 \pm 2,40$ дых./мин, $p < 0,05$). На 7-е сутки отмечено достоверное снижение ЧД только по максимальным значениям ($p < 0,05$), средние показатели не имели достоверных различий.

Таблица 2

Динамика максимальных и среднесуточных параметров искусственной вентиляции легких у обследованных детей ($M \pm m$)

Параметры		Группа РН (n = 97)		
		1-е сутки	3-и сутки	7-е сутки
ЧД, дых./мин	макс.	$47,7 \pm 1,83$	$36,9 \pm 2,60^{**}$	$39,0 \pm 3,24^*$
	сред.	$41,2 \pm 1,91$	$33,1 \pm 2,40^*$	$34,5 \pm 2,95$
P_{in} , mbar	макс.	$20,4 \pm 0,47$	$19,9 \pm 0,50$	$18,9 \pm 0,50$
	сред.	$18,9 \pm 0,42$	$19,9 \pm 0,40$	$18,4 \pm 0,50$
PEEP, mbar	макс.	$5,07 \pm 0,18$	$5,00 \pm 0,10$	$4,90 \pm 0,10$
	сред.	$4,54 \pm 0,12$	$4,60 \pm 0,10$	$4,70 \pm 0,13$
FiO_2	макс.	$0,48 \pm 0,03$	$0,40 \pm 0,03^*$	$0,40 \pm 0,03$
	сред.	$0,39 \pm 0,02$	$0,40 \pm 0,03$	$0,40 \pm 0,03$
Flow, л/мин	макс.	$8,49 \pm 0,24$	$9,60 \pm 0,50^*$	$9,30 \pm 0,50$
	сред.	$8,35 \pm 0,24$	$9,30 \pm 0,40^*$	$9,21 \pm 0,60$
MAP, mbar	макс.	$8,73 \pm 0,34$	$8,40 \pm 0,30$	$7,80 \pm 0,30^*$
	сред.	$7,79 \pm 0,09$	$7,40 \pm 0,20$	$7,20 \pm 0,30$

Примечание: * – $p < 0,05$ – достоверность различий в динамике; ** – $p < 0,01$.

Максимальное давление в конце вдоха в исследуемой группе составляло $20,4 \pm 0,47$ mbar на первые сутки, а среднее – $18,9 \pm 0,42$ mbar. К концу первой недели жизни максимальное давление в исследуемой группе снизилось до $18,9 \pm 0,50$ mbar, а среднее не изменилось.

Положительное давление в конце выдоха в динамике также достоверно не изменялось по максимальным и средним значениям. Средние показатели PEEP к концу первой недели жизни составили $4,70 \pm 0,13$ mbar, максимальные – $4,90 \pm 0,10$ mbar.

В то же время поток смеси во вдыхаемом воздухе в динамике наблюдения в исследуемой группе к 3-м суткам достоверно увеличился по максимальным и средним значениям ($p < 0,05$) и до конца недели практически не изменялся.

Среднее давление во вдыхаемом воздухе в исследуемой группе к 7-м суткам по максимальным значениям достоверно снизилось ($p < 0,05$), в то же время по средним данным отмечена лишь тенденция к снижению.

Показатель концентрации кислорода во вдыхаемой смеси в исследуемой группе на первые сутки жизни по максимальным значениям превышал 40% и составлял $0,48 \pm 0,03$. К 3-м суткам жизни этот показатель по максимальным значениям достоверно снизился до $0,40 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) и сохранялся на данном

уровне до конца недели. По среднесуточным значениям показатель концентрации кислорода в динамике практически не изменялся и составлял $0,40 \pm 0,03$. При индивидуальном анализе у 29 младенцев из 97 (30%) применялась более высокая концентрация кислорода во вдыхаемой смеси на протяжении первых 7 суток жизни ($0,5–0,9$), а у 6 младенцев на первые сутки отмечена 100% концентрация кислорода (1,0).

В то же время по опубликованным результатам исследований российских авторов известно, что использование в первую неделю жизни в респираторной терапии газовой смеси, содержащей более 65% кислорода, достоверно повышает риск развития РН. Вероятность РН достоверно увеличивается при поддержании SaO_2 более 92% и pO_2 капиллярной крови более 50 мм рт. ст. [9].

Анализ материалов, изложенных в публикациях, свидетельствует, что для предотвращения развития РН следует поддерживать концентрацию кислорода во вдыхаемой смеси до 40%, обеспечивая сатурацию в пределах 89–92% и постоянный уровень pO_2 в капиллярной крови 50–60 мм рт. ст.

При расчете эффективности проводимой респираторной терапии учитывали параметры ИВЛ и показатели газового состава крови. Оценку условий оксигенации и вентиляции проводили по динамике индексов: ИО (индекс оксигенации), ИИ (индекс инвазивности), ИВ (индекс эффективности вентиляции), ИПЛ (индекс повреждения легких) и AaDO_2 (альвеолярно-артериальный градиент по кислороду). Использование индексов ИО, ИИ, ИВ, ИПЛ и AaDO_2 позволяет оценивать степень повреждения легких при проведении ИВЛ [10].

Таблица 3

Динамика показателей вентиляционно-перфузионных отношений у обследованных детей по среднесуточным параметрам ИВЛ ($M \pm m$)

Показатели		Группа РП (n = 97)		
		1-е сутки	3-и сутки	7-е сутки
ИО	сред.	$182,3 \pm 24,1$	$186,8 \pm 12,4$	$166,9 \pm 13,6$
ИВ	сред.	$0,20 \pm 0,03$	$0,29 \pm 0,03^*$	$0,23 \pm 0,02$
ИИ	сред.	$0,06 \pm 0,01$	$0,04 \pm 0,01$	$0,04 \pm 0,01$
AaDO_2	сред.	$175,1 \pm 28,8$	$168,3 \pm 15,19$	$159,2 \pm 16,7$
ИПЛ	сред.	$1,52 \pm 0,25$	$1,38 \pm 0,13$	$1,35 \pm 0,12$

Примечание: * – $p < 0,05$.

Динамика показателей вентиляционно-перфузионных отношений у обследованных групп детей представлена в табл. 3.

Достоверных изменений в динамике ИО на протяжении первой недели жизни не отмечалось.

ИВ в исследуемой группе увеличивался с $0,20 \pm 0,03$ на первые сутки до $0,29 \pm 0,03$ на 3-и сутки ($p < 0,05$) и вновь снижался до $0,23 \pm 0,02$ к концу недели.

ИИ имел тенденцию к снижению с $0,06 \pm 0,01$ на первые сутки до $0,04 \pm 0,01$ в динамике первой недели жизни, однако статистических различий не отмечено.

AaDO_2 в исследуемой группе составлял $175,1 \pm 28,8$ на первые сутки и $159,2 \pm 16,76$ к концу недели, достоверных изменений не получено.

ИПЛ в исследуемой группе составлял $1,52 \pm 0,25$ на первые сутки и $1,35 \pm 0,12$ к концу недели. Улучшение данного показателя отмечено на протяжении всего раннего неонатального периода, однако это снижение не имело достоверных различий.

После стабилизации состояния дети переводились на второй этап выхаживания недоношенных, где за ними осуществлялось динамическое офтальмологическое наблюдение. Всем детям был поставлен диагноз «ретинопатия недоношенных» во время нахождения их в педиатрическом отделении для недоношенных новорожденных.

Первые признаки ретинопатии были отмечены в исследуемой группе по средним данным в $29,1 \pm 0,36$ недель постконцептуального возраста. У большинства младенцев был установлен диагноз: РН I стадии – у 69 (71%), РН I–II стадии – у 5 (5%), РН II стадии – у 6 (6%), из них у 2 агрессивная задняя форма. РН II–III стадии отмечена у 8 (8%) младенцев, при этом у одного из них агрессивная задняя форма. РН III стадии «плюс болезнь» диагностирована у 7 (7%), а РН III–IV стадии – у 2 младенцев.

Выводы

1. У большинства детей с РН в течение первой недели жизни отмечались изменения газового состава крови в виде превышения показателей парциального напряжения кислорода (61,8%) и парциального давления углекислого газа (46,4%) на фоне проведения ИВЛ.
2. Частота превышения нормальных уровней насыщения кислородом капиллярной крови в первые 7 суток жизни регистрировалась в 43,3% случаев, при этом у 28,5% детей отмечалась гипероксия.
3. Превышение концентраций кислорода более 0,4 (0,5–0,9) во вдыхаемой смеси отмечено в 30% случаев на протяжении первой недели жизни при проведении ИВЛ.
4. Длительность ИВЛ более 10 суток у недоношенных детей, а также продолжительность оксигенотерапии более 30 суток явились объективными факторами развития РН в динамике комплексного наблюдения.

Литература

1. Володин, Н.Н. Факторы риска и прогнозирование ретинопатии у детей, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии / Н.Н. Володин, Р.Н. Дегтярев, К.О. Кафарская // Материалы V съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. М., 2005. С. 125.
2. Фомина, Н.В. Анализ заболеваемости и исходов активной фазы ретинопатии недоношенных у детей с экстремально низкой массой тела при рождении // Российская педиатрическая офтальмология. 2007. № 4. С. 10–12.
3. Сайдашева, Э.И. Избранные лекции по неонатальной офтальмологии / Э.И. Сайдашева, Е.Е. Сомов, Н.В. Фомина. СПб.: издательство «Нестор-История», 2006. 272 с.
4. Факторы риска и прогнозирование ретинопатии недоношенных / Е.И. Сидоренко [и др.] // Росс. медицинский журнал. 2000. № 5. С. 31–33.
5. Факторы, влияющие на эффективность профилактической коагуляции сетчатки при активной ретинопатии недоношенных / Л.А. Катарзина [и др.] // Российская педиатрическая офтальмология. 2007. № 4. С. 25–27.
6. Значение врожденной вирусной инфекции в патогенезе ретинопатии недоношенных / Л.С. Лозовская [и др.] // Вестник офтальмологии. 2001. № 4. С. 15–18.
7. Асташева, И.Б. Диагностика и прогнозирование активной и рубцовой ретинопатии недоношенных: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.
8. Hyperglycemia and retinopathy of prematurity in very low birth weight infants / R.A. Gard [et al.] // J. Perinatol. 2003. Vol. 23. P. 186–194.
9. Кафарская, К.О. Неонатальные аспекты факторов риска и прогнозирование ретинопатии у глубоко недоношенных детей: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
10. Первичная профилактика бронхолегочной дисплазии у глубоко недоношенных новорожденных при проведении пролонгированной ИВЛ: инструкция по применению / К.У. Вильчук [и др.]. Минск, 2007.

Дата поступления: 05.08.2010 г.

Обзор литературы

Копытов А.В., Ситько Л.З., Максимчук В.П.

Белорусский государственный медицинский университет;
РНПЦ психического здоровья, г. Минск

АЛЕКСИТИМИЯ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Введение

Алекситимия (*alexithymia*) – от слов *lexis* («дик-слово») и *thymos* («душа как место эмоций, чувств и размышлений»). Дословный перевод «без слов для эмоций» пред-

ложен психотерапевтом P. Sifneos в 1972 г., чтобы описать состояние дефицита в осознании, выражении и описании эмоций [5, 73].

Под алекситимией понимают особенности личности, проявляющиеся трудностями в определении и вербализации эмоций, а также определении различий между чувствами и телесными ощущениями, бедностью воображения, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [1, 3]. Межличностные связи таких людей обычно бедны, с тенденцией к патологической зависимости или предпочтением одиночества, избеганием общения с другими людьми [63, 64, 65]. Некоторые алекситимичные люди могут казаться не соответствующими вышеупомянутым особенностям, потому что они могут испытать хроническую дисфорию или проявлять вспышки гнева. Однако, как показывает практика, они действительно неспособны к описанию и дифференцировке чувств [73]. Согласно H. Krystal, люди, страдающие от алекситимии, думают рационально и могут казаться наиболее приспособленными к действительности. Эти люди испытывают недостаток в воображении, интуиции, сочувствии [73].

Алекситимия – кросскультурный феномен, идентифицированный в исследованиях 18 различных этнических и расовых групп [53, 73]. У 45–67% злоупотребляющих алкоголем лиц была обнаружена алекситимичность [2, 28, 61, 77]. Имеются некоторые доказательства того, что алекситимия может оказывать неблагоприятное влияние на результаты лечения алкогольной зависимости [43] и увеличивать затраты на лечение [46].

Среди здорового населения алекситимические черты присутствуют по разным данным, от 5 до 23% населения [42, 49, 60].

Алекситимики в обыденной жизни могут не проявлять явной психической патологии, однако под воздействием стрессовых факторов возрастает вероятность развития аддикции (алкогольной или лекарственной зависимости), нарушения пищевого поведения, тревожно-депрессивных расстройств [29]. В настоящее время получены обширные данные о связи алекситимии с семейными [32, 47], социальными [36, 37, 39, 41] и культуральными [25] факторами. Алекситимия чаще выявляется у лиц мужского пола с низким социальным статусом и уровнем доходов, невысоким уровнем образования [41, 49, 58]. Частота встречаемости алекситимии увеличивается с возрастом [49, 71].

До сих пор не ясно, каковы причины алекситимии, хотя предложено несколько теорий. Есть данные о генетической предрасположенности к алекситимии, а также об экологических причинах. Поэтому остается открытым вопрос о причинно-следственных взаимодействиях между алекситимичностью, алкогольной зависимостью и наследственной предрасположенностью к вышеуказанным расстройствам. Есть гипотеза, согласно которой экзогенное повреждение (в том числе интоксикация) – главная причина формирования алекситимии. Люди, перенесшие травматическое повреждение головного мозга, в шесть раз более вероятно проявляют алекситимичность [83].

Есть ограниченное количество эмпирических доказательств при исследовании отношений между алекситимией и злоупотреблением алкоголя, в которых выдвигается гипотеза о роли алекситимии как фактора риска в генезе алкогольной зависимости [24, 26, 73].

По многим ключевым вопросам нужно обратиться к исследованиям, верифицирующим связь между алекситимией и алкогольной зависимостью. Во-первых, отношения между алекситимией и потреблением алкоголя требуют серьезной экспертизы алкогольных проблем. Во-вторых, различные измерения алекситимичности потенциально связаны с определенными погрешностями у лиц, употребляющих алкоголь и имеющих определенные ответные реакции вследствие употребления алкоголя. В-третьих, требует исследования прогностическая полезность алекситимии как предиктора прогнозирования результатов лечения алкогольной зависимости.