

© Брызгунов И.П., 2004

И.П. Брызгунов

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА: ЧТО СДЕЛАНО И ЧТО НАДО СДЕЛАТЬ?

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Психосоматические расстройства и заболевания являются одними из наиболее распространенных у детей и подростков. Термин «психосоматика» имеет давнюю историю и предполагает наличие определенных соотношений между психическими и соматическими расстройствами. Предполагается, что в патогенезе многих заболеваний существенную роль играют неблагоприятные психические воздействия. При этом следует иметь в виду многофакторную модель возникновения заболевания, с особым акцентом не только на психологический, но и социальный и другие факторы.

Ранее мы обратили внимание на большую группу так называемых функциональных заболеваний, которые расценивали как состояние между нормой и патологией и ряд которых впоследствии являлись причиной хронических заболеваний взрослых.

Дискуссия, проведенная на страницах журнала «Клиническая медицина», между терапевтом и педиатром, с одной стороны, и общим патологом — с другой, относительно термина «функциональный» или «структурно-функциональный», оставила этот вопрос открытым. Результаты будущих исследований поставят окончательную точку.

Тем не менее для большой группы заболеваний, касающихся различных систем организма (теплообмена и терморегуляции, сердечно-сосудистой, дыхательной, гастроэнтерологической и др.), мы используем условный термин «функциональная патология», хотя более правильное название — «нарушения и заболевания регуляции функций».

Исследования, проведенные в последние годы 528 детей школьного возраста, страдающих функциональными заболеваниями (длительный субфебрилитет, имеющих самостоятельное значение (ДС); ночной энурез (НЭ), цефалгия напряжения (ЦН), первичная артериальная гипертония (ПАГ), нейрогенная одышка (НО), выявили у половины из них наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР): при ДС — у 34,4%, НЭ — у 48,7%, ЦН — у 44,8%, ПАГ — у 38,6%, НО — у 67,5%.

Среди событий, вызвавших ПТСР,  $\frac{1}{3}$  детей по всем вышеуказанным нозологиям указали причиной первой смерти родных и близких (31,3% от всех причин), второй — гибель и пропажу любимых животных и птиц (18,3%), третьей — ссоры в семье, пьянство отцов, развод родителей (15,4%), четвертой — переживания по поводу своих болезней и травм (11,2%). На остальные

причины приходились события, связанные с напряженными взаимоотношениями в школе с учителями и товарищами по учебе, проблемы с успеваемостью.

Диссоциация, как маркер перенесенной психической травмы, при функциональных заболеваниях установлена при ДС у 29%, НЭ — у 30%, ЦН — у 30%, НО — у 36%.

Высокая частота ПТСР и диссоциации при функциональных заболеваниях свидетельствует об участии в их возникновении психических стрессовых воздействий. Это и дало нам возможность обозначить данный вид патологии как психосоматические функциональные заболевания.

Результаты наших исследований совпадают с данными Kolketal (1996) о высокой корреляции между ПТСР, диссоциацией и соматизацией.

Дисрегуляция вегетативной нервной системы является основой психосоматических функциональных заболеваний.

Следует отметить значительную распространенность психосоматических функциональных заболеваний среди детей и подростков школьного возраста. Так, исследования, проведенные сотрудниками нашей клиники в школах гг. Орел и Москва, позволили установить распространенность ДС — в г. Орел 19,8% и в г. Москва — 20,6%, ЦН — 30% и 39% соответственно, рецидивирующие боли в животе — соответственно 15% и 30%. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, включая младший детский возраст, в г. Москва выявлен у 28% и в г. Владимир — у 21%, ПАГ и артериальная гипотензия в различных регионах страны — от 4 до 14%, НЭ — 12%, коллаптоидные состояния — 4,5%. При ПТСР и синдроме хронической утомляемости эпидемиологические исследования не проводились.

До настоящего времени педиатрическая практика (диагностика и лечение) характеризуется односторонним, биологическим подходом. Это относится и к психосоматическим функциональным заболеваниям.

Психологическое обследование больных чаще всего не проводится, а игнорирование психологических аспектов отражается на течении заболевания, отношении ребенка к своей болезни, лечению, взаимоотношениях в семье, школе, со сверстниками.

За последние годы в клинике функциональных заболеваний НИИ педиатрии РАМН был изучен психологический статус детей с ДС, имеющим самостоятельное значение, НЭ, ЦН, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, артериальной гипотензией, НО.

Анализ психологических особенностей детей с ДС позволил выявить некоторые общие черты личности, присущие этим больным: высокая активность детей, преобладание тревожно-мнительных черт, высокий уровень нервного напряжения, раздражительность, подчас агрессивность. Отмечалось формирование личности по интровертированному и тревожному типам, сопровождающимся социально-психологической дезадаптацией. Почти у всех детей с ДС выявлена акцентуация характера по астеноневротическому, лабильному и эпилептоидному типам.

Анализ психологических особенностей детей с ЦН позволил выделить следующие общие черты личности, присущие этим детям: высокая активность детей, преобладание тревожно-мнительных черт, высокий уровень нервного напряжения, раздражительность, подчас агрессивность. Акцентуация характера у подростков с ЦН выявлена в 96% случаев.  $\frac{1}{3}$  всех подростков имели эпилептоидный или смешанный с ним (в основном, эпилептоидно-истероидный) тип. Больные с ЦН и патологией шейного отдела позвоночника отличались повышенной эмоциональной неустойчивостью.

При изучении психологического статуса детей с артериальной гипотензией акцентуация характера встречалась в 87,5% случаев с преобладанием астеноневротического, лабильного, циклоидного и неустойчивого типов. Личностные особенности характеризовались эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью в себе, в своих силах, повышенной чувствительностью и возбудимостью, высокой тревожностью. В сфере межличностных отношений эти дети отличались замкнутостью, склонностью к одиночеству, интроверсией. В 87% семей установлены различные виды нарушений семейного воспитания.

У всех детей с НЭ имела место акцентуация характера. Половина подростков имела эпилептоидный или смешанный с эпилептоидным (эпилептоидно-истероидный, эпилептоидно-неустойчивый и шизоидно-эпилептоидный) типы акцентуации. Особенности психологического статуса также характеризовались отрицанием каких-либо затруднений, переоценке своих возможностей, эгоцентризмом, лживостью, затрудненным контактом, легко возникающей агрессией. Отмечались также робость и застенчивость перед взрослыми, страх наказания, высокая тревожность, напряженность и раздражительность.

Психологическая особенность детей с НО характеризуется в 100% случаев акцентуацией характера с преобладанием ипохондрического типа личности, наличием истероидного и смешанного типов. К формированию хронической психотравмирующей обстановке, нарастанию тревоги и напряженности приводят неудовлетворенность межличностными отношениями, конфликтность в разных сферах общения.

Таким образом, психологические особенности детей с психосоматическими функциональными заболеваниями не всегда носят специфичный характер и оказывают влияние на успешность социальной адаптации. Эти особенности требуют соответствующей психологической и психотерапевтической коррекции. Для этого могут быть использованы различные виды психотерапии: индивидуальная или групповая, когнитивная или поведенческая, семейная психотерапия. Оказывая влияние на отдельные стороны личности ребенка, его отношения с окружающими, самооценку, уровень тревожности, агрессивности, можно ускорить адаптивный процесс. Выбор методов психотерапии должен зависеть от особенностей психологического статуса и формы заболевания. Также

должны учитываться личностные особенности не только детей, но и родителей.

Помимо разработки формуляров при ДС, НЭ, ЦН, артериальной гипотензии и др., нами разработаны эффективные психолого-психотерапевтические программы для лечения НЭ, ПТСР, НО, ПАГ.

Особо следует отметить возможность гипноза в лечении психосоматических функциональных заболеваний. В литературе имеются сведения об эффективности гипноза при различных психосоматических заболеваниях, включая ЦН, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и др. Наш более чем 35-летний опыт использования гипноза позволяет сделать вывод, что этим методом хорошо лечатся функциональные нарушения и заболевания.

Нами подтверждена высокая эффективность гипноза в лечении НЭ. Мы проводили лечение гипнозом НЭ в двух сериях наблюдений с интервалом 25 лет (в 1968—1975 гг. и в 1991—1996 гг.). В обеих сериях был получен почти одинаковый результат эффективности: 92,5% и 91,7% соответственно.

Впервые в мире мы применяли гипноз в лечении ДС, имеющего самостоятельное значение, также в двух сериях наблюдений с интервалом 25 лет. Эффективность составила 58,3% и 85% соответственно. Различия объясняется улучшением в последние годы лечения латентных очагов хронической инфекции, которые являются поддерживающим фактором нарушенного теплообмена.

С успехом применяется гипноз в программе лечения ПТСР, которое возникает как следствие психической травмы. С помощью гипноза устраняется психическая травма в острой стадии путем освобождения «бессознательного» травматического события.

С успехом гипноз применяется в программе лечения НО, синдрома хронической утомляемости, ПАГ, экзогенно-конституционального ожирения.

Как показали наши исследования, гипнотерапия снижает уровень тревожности и агрессивности при вышеуказанных заболеваниях.

Учитывая то, что до настоящего времени при детских лечебных учреждениях отсутствуют психосоматические функциональные отделения, где могла бы осуществляться дифференциальная диагностика и целенаправленная эффективная медицинская помощь, эти больные как бы «растворяются» среди различных специалистов, которые, как показывает практика, не всегда знакомы с диагностикой и лечением этих заболеваний и не оказывают эффективной помощи.

Это объясняется тем, что эта патология относится к смежным областям педиатрической медицины, психиатрии, клинической психологии. Эта сфера знаний продолжает развиваться в условиях жесточайшей регламентации, бюрократизации и консерватизма международной классификации заболеваний.

В плане дальнейших исследований требуется продолжение эпидемиологических исследований (изучение распространенности и структуры психосоматических функциональных заболеваний в возрастном аспекте в различных регионах страны). При этом могут быть выявлены факторы риска и намечены пути популяционной профилактики. Требуется уточнение роли психологических особенностей в происхождении и течении различных форм психосоматических функциональных заболеваний. Следует продолжить разработку формуляров психосоматических функциональных заболеваний. Требуется изучение причин хронизации некоторых форм

психосоматической функциональной патологии, продолжение поиска новых немедикаментозных методов лечения с точки зрения доказательной медицины, разработка дозировки двигательной активности при различных психосоматических функциональных заболеваниях. Целесообразно рекомендовать внедрение организационной модели диагностической и лечебной помощи этим детям, разработанной в НИИ педиатрии РАМН, в меди-

цинских учреждениях страны (создание отделений в многопрофильных больницах с группой психологов, детского психиатра-психотерапевта, которые могут оказывать диагностическую и лечебную помощь как в данном отделении, так и в других отделениях больницы), а также широкое внедрение гипнотерапии, как одного из базовых методов в лечении психосоматических функциональных заболеваний.

## РЕФЕРАТЫ

### КАРЦИНОИДНЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ: ОПИСАНИЕ РЯДА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ В БРАЗИЛЬСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Карциноидные опухоли очень редко встречаются у детей. В 85% случаев они развиваются в желудочно-кишечном тракте. Цель данного исследования — обобщить опыт лечения подобных опухолей у детей и описать частоту различных морфологических находок. В статье приводятся результаты ретроспективного анализа клинических и лабораторных данных и исходов заболевания у детей моложе 18 лет, госпитализированных в Бразильский онкологический центр в период от января 1990 до декабря 2001 гг. Было обследовано 9 больных (средний возраст 12,2 лет): 6 девочек и 3 мальчика (2:1), все европеоидной расы. В 8 случаях (89%) первичная опухоль располагалась в аппендиксе и у одного больного (11%) — в левом бронхе. У тех больных, у кого первичная опухоль локализовалась в аппендиксе, основной жалобой были боли в животе, из-за чего была проведена аппендэктомия. Только одному больному была проведена правосторонняя гемиколонэктомия из-за распространения опухоли на серозную оболочку. Больному с опухолью бронха проведена левосторонняя пульмонэктомия. У всех больных заболевание было локальным, все они в настоящее время живы и не имеют симптомов заболевания. Срок катамнестического наблюдения составил от 1 до 11 лет (в среднем 3,5 года). Таким образом, хотя большинство карциноидных опухолей локализовались в аппендиксе, первичная локализация может быть и иной. Хирургическое вмешательство на ранних стадиях обеспечивает хороший прогноз без необходимости какого-либо дополнительного лечения.

Neves G.R., Chapchap P., Sredni S.T., Viana C.R., Mendes W.L. // *San Paulo Med. J.*— 2006.— Vol. 124, № 1.— P. 21—25.

### АНОРЕКСИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ — ОТ РОЖДЕНИЯ ДО ДЕТСТВА

Анорексия в раннем детстве — от 0 до 4 лет — может иметь в основе органические изменения или психогенные причины, когда страдают взаимоотношения родителей с ребенком. В основе наиболее сложных и ранних форм часто лежат комплексные факторы. Психиатрические классификации, которые придают особое значение взаимоотношениям матери и ребенка, содержат необходимые сноски. Но сегодня достигнуто согласие в определении данного состояния: для постановки диагноза инфантильной анорексии необходимо наличие признаков острого или хронического нарушения питания. Обычно выделяют анорексию, обусловленную ранними нарушениями гомеостаза, анорексию вследствие серьезных расстройств в сфере привязанностей, анорексию вследствие нарушенных взаимодействий между матерью и ребенком, и наконец, раннюю комплексную анорексию, обусловленную как органическими повреждениями, так и нарушением связей, которое может быть вторичным. Лечение различается в зависимости от предполагаемой этиологии заболевания. Даже если нарушение взаимоотношений между матерью и ребенком не является основной причиной, взаимоотношения ребенка и родителей нуждаются в коррекции, чтобы избежать ухудшения ситуации и формирования порочного круга. Расстройства питания больше, чем другие заболевания раннего детства, требуют от врача знания существующих на сегодняшний день гипотез, как на поле педиатрии, так и выдвинутых детскими психиатрами.

Poinso F., Viellard M., Dafonseca D., Sarles J. // *Arch. Pediatr.*— 2006.— Mar.