

© Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В., 2003

Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ СОМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Российская медицинская академия последипломного образования,  
Российский государственный медицинский университет, Москва

Соматизация понимается в психиатрии как патоморфоз некоторых психических болезней, при котором вегетативные расстройства преобладают над психопатологическими [1], или наличие необъяснимых соматических симптомов [2], в психосоматике — как возникновение болезней внутренних органов в результате психических конфликтов [1], а в терапии и педиатрии — чаще как соматические расстройства неясного генеза.

Актуальность проблемы соматизации психических расстройств обусловлена не только их частотой и дезадаптирующим воздействием, но и трудностью выбора адекватного лечения.

В результате многочисленных исследований, особенно в последние десятилетия, показано, что соматизация отмечается практически при всех нозологически определенных психических заболеваниях и целом ряде синдромальных вариантов психопатологических расстройств [3–8], особенно аффективных [9, 10].

Анализ общей психопатологии в большей степени подчеркивает, что и на симптоматическом уровне аффективная патология, в подавляющем большинстве случаев депрессивная, является причиной возникновения различных вегетативно-соматических, а также двигательных нарушений.

В связи с тем, что клинические аспекты соматизирующейся аффективной патологии еще недостаточно разработаны, не уточнена роль отдельных патогенетических звеньев, в частности, дизонтогенетического плана, и, соответственно, не разработаны адекватные терапевтические подходы, позволяющие повысить эффективность лечения, нами было предпринято исследование, направленное на установление клинико-патогенетических закономерностей соматизации психических расстройств у детей и разработку патогенетически обоснованной терапии.

Работа проводилась в Российской детской клинической больнице (главный врач — проф. Н.Н. Ваганов) в 1990—2002 гг.

За период проведения исследования было выявлено и обследовано 1132 ребенка (соотношение мальчиков и девочек 1:1,2) в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст  $10,2 \pm 0,2$  года) с различной соматической сочетающейся с психической патологией.

Средний возраст возникновения соматизации составлял  $5,6 \pm 0,25$  года, средняя продолжительность существования соматизированных расстройств —  $4,7 \pm 0,2$  года.

Патология желудочно-кишечного тракта (пищеварительная система) является наиболее частой преимущественной формой соматизации психических расстройств у детей и проявлялась следующими расстройствами: нарушение аппетита (снижение или повышение), аэрофагия, тошнота, срыгивание, рвота, боли в животе (абдоминалгии), нарушение стула (запоры, понос).

Соматизация психических расстройств за счет изменения кожных покровов, встречающаяся несколько реже как преимущественная патология, была представлена зудом, покраснением кожи, аллергическими высыпаниями с зудом или без него, различными изменениями кожных покровов, выпадением волос.

Нарушения опорно-двигательного аппарата (двигательная система) при соматизации психических расстройств характеризовались единичными изолированными сокращениями в отдельных группах мышц, обычно лица, шеи, речевого аппарата, а также произвольными движениями в верхних и нижних конечностях, ограничением подвижности, иногда с залеживанием в постели, нарушением походки, затруднением ходьбы и даже невозможностью вставать и ходить самостоятельно, болями в различных группах мышц, суставах, пароксизмальными состояниями с сопутствующими разнообразными (нестереотипными) движениями.

Симптомы патологии эндокринной системы были представлены нарушениями углеводного обмена (повышение и колебание уровня сахара крови от 2,0 до 20—30 ммоль/л), изменениями функционирования щитовидной железы (гипо- или гиперфункция), жирового обмена (недостаточный или избыточный вес), менструального цикла у девочек (кровотечения, нерегулярность, задержка, отсутствие менструаций).

Патология выделительной системы характеризовалась частыми позывами на мочеиспускание, учащением, редко задержкой мочеиспускания, недержанием мочи обычно ночью (энурез), редко

днем, кала (энкопрез) чаще днем, избыточным выделением солей с мочой.

Преимущественные сердечно-сосудистые проявления соматизации выступали в виде следующих жалоб: боли в сердце, изменения частоты сердечных сокращений (учащение, редко урежение), понижение или повышение артериального давления, а также его колебания.

Нарушения респираторной системы выступали в виде затруднения вдоха, одышки, страха задохнуться, учащения дыхания, длительного навязчивого кашля.

Температурные нарушения были представлены в виде субфебрилитета, лихорадочных состояний, возникающих без видимой причины, различной продолжительности от нескольких часов до месяцев и даже лет, нетипичных суточных изменений температуры тела, иногда субнормальной температуры тела.

Нарушения речи отмечались обычно в виде неправильного произношения отдельных или нескольких звуков, запинок в речи, нарушения плавности, речи «вахлеб», непровольных задержек произнесения отдельных звуков и слогов или их повторения.

Нередко больными предъявлялись жалобы на болевые ощущения, которые не являлись следствием повреждения органа и не верифицировались параклинически. Чаще отмечались головные боли, иногда с головокружением, боли в животе, как-либо конечностях, чаще ногах, реже руках, суставах, сердце, кожных покровах, спине, мочевом пузыре, особенно при мочеиспускании, даже во всем теле.

Соматический статус у многих (60,9%) больных характеризовался диспластичностью телосложения, физическое развитие было обычно нормальным, лишь у 5% детей оно было задержанным, а у 7,5% опережало паспортный возраст. Значительное число (49%) обследованных имели пониженное питание, избыточное — 9,7% и удовлетворительное — 41,3% больных. Половое созревание было нарушено у 4,8% больных (задержанное — у 2%, ускоренное — у 2,8%). Патология органов чувств выявлялась редко (7,4%): снижение зрения (6,9%), слуха (0,5%).

Параклиническое обследование (ЭЭГ, ЭХОЭГ, РЭГ, КТ, ЭМГ, УЗИ, ФЭГДС) позволило выявить у большей части больных как функциональные, так и органические изменения отдельных органов и систем, последние значительно реже.

Анализ клинических и параклинических проявлений соматических расстройств у изученного контингента больных позволил выявить определенные различия соматических нарушений, связанных с психическими. Эти проявления соматизации представляют собой ряд от функциональных, функционально-органических до органических. В связи с этим проявления соматизации были подразделены

на 3 вида: психосоматические реакции у 14,4%, психосоматические состояния у 70,1% и психосоматические заболевания у 15,5% больных, которые наряду с клинической картиной характеризовались различной длительностью существования и некоторыми особенностями параклинических данных.

Общая клиническая картина патологических состояний у детей отличалась выраженным полиморфизмом, обусловленным сочетанием разнообразных соматических (чаще функциональных) и психических нарушений при различной степени выраженности и большей представленности патологии соматической сферы с нарушением функционирования (с учетом ЦНС) нескольких (от 2 до 7) органов и систем.

Анамнестические сведения и клинико-психологическое обследование позволяют установить у детей с соматизированными психическими расстройствами наличие достаточно значимых эндогенно-биологических (генетических), экзогенно-биологических (церебрально-органических) и психосоциальных факторов риска возникновения психической патологии.

В числе генетических психопатологическая наследственность составляет 19% (с заболеваниями непсихотического уровня — 13,4%, психотического — 4,4%). Сочетание психотической и непсихотической психической патологии отмечалось у 1,2% родственников I—II степени родства.

Психосоматические расстройства выявлялись у 43% родственников больных, тогда как функциональные нарушения в той же системе — у 21,9%.

Личностные особенности, в большинстве случаев акцентуированные черты характера, выявлялись у 95,2% родителей (у 61,7% матерей и у 33,5% отцов). У матерей чаще был тревожно-мнительный (39,3%) тип акцентуации, тогда как у отцов — аффективно-возбудимый (16,1%). Патология личности по обеим линиям установлена у 28,4% детей.

Акцентуированные черты характера отмечались у 93,2% обследованных: эмоционально-лабильный тип у 26,9% больных, лабильно-истерический — у 23,6%, истерический — у 19,4%, сенситивный — у 6,5%, тревожно-замкнутый — у 4,9%, астено-невротический — у 2,9%, психастенический — у 1,5%, эпилептоидный — у 1,4%, лабильно-аффективный — у 1,3%, лабильно-сенситивный — у 0,7%, шизоидный — у 0,3% больных. Другие виды акцентуации установлены у единичных детей.

На первом году жизни у 44% детей можно было установить различные психопатологические проявления. Повышенная возбудимость, беспокойство, крикливость, прерывистый сон, иногда с изменением суточного ритма («путали» день с ночью), срыгивание при кормлении грудью отмечались у 33,7%. У 10,2% детей в период новорожденности отмечались вялость, малоподвижность, а иногда и отказ

от грудного вскармливания с недостаточным увеличением массы тела.

Общее число генетических факторов риска в среднем составляло 2,9.

Церебрально-органические факторы были представлены следующим образом. Патология беременности (токсикоз, повышение артериального давления, нефропатия и др.) выявлялась у 54,1% матерей. Преждевременные или отсроченные роды отмечались у 20,8% рожениц. Масса тела при рождении менее 2700 г отмечалась у 8,2% новорожденных, а более 4000 г — у 10,1%.

При рождении 13,7% детей использовались родоразрешающие вмешательства.

Отклонения в родах (стремительные роды, затяжные, ягодичное предлежание, раннее отхождение вод, операция кесарева сечения и др.) отмечались у 35,5% матерей. Патология новорожденного (асфиксия, родовая травма, кефалогематома и др.) выявлена у 31% обследованных детей.

Нарушение вскармливания в виде недостаточной продолжительности кормления грудью отмечалось у 68,9% больных.

В анамнезе у всех детей отмечались различные соматические заболевания — преимущественно легко протекавшие респираторные и детские инфекционные, которые у большинства (51,9%) детей были частыми. Кроме того, черепно-мозговые травмы, операции под наркозом, судорожные состояния, переломы костей конечностей, инфекции ЦНС и другие заболевания отмечались у 33,4% детей.

Остаточные явления раннего органического поражения головного мозга установлены у 88,3% детей и выступали преимущественно в виде минимальной мозговой дисфункции (87%), крайне редко (1,3%) характеризовались выраженной неврологической симптоматикой.

Отставание в психомоторном развитии отмечено у 18,3% детей, ускоренное развитие — у 3,8%.

В среднем приходилось 3,4 церебрально-органического фактора риска на одного больного.

Психосоциальные факторы риска возникновения соматизации психических расстройств в детском возрасте в виде плохих материально-бытовых условий отмечались у незначительного числа обследованных (4,9%), а очень хорошие условия жизни и избыточный доход — у 3,4% семей больных.

Неблагоприятный семейный климат (пьянство родителей, частые конфликты родителей между собой, с детьми) выявлялись в 7,1% наблюдений. У 20,8% детей отношения с родителями были плохими, затрудненными или неустойчивыми.

Неполная семья отмечалась в 15,7% наблюдений.

Отклонения в воспитании установлены у 65,5% детей с соматизацией. В основном это были гиперпротекция (26,9%) и эгоцентрическое воспитание по типу «кумир семьи» (24,6%), реже гиперсоциализирующее (6,1%) воспитание и гипопротекция (1,2%). У 6,7% детей выявлялась смена направленности воспитания.

Наличие в семье братьев и сестер отмечалось у 54% больных, а нарушение взаимоотношений с ними установлено у 7,5% обследуемых.

Нарушение функционирования системы мать—дитя (отказ от грудного вскармливания или продолжительное вскармливание, нежеланный ребенок, раннее помещение в детские учреждения с prolonged сроком пребывания и др.) выявлялось у 62,4% детей.

34,4% детей посещали или посещают дошкольные детские учреждений, 59,6% из них отрицательно реагировали на такое изменение стереотипа общения.

Начало обучения в школе до 7 и после 8 лет отмечалось в 21,6% случаев, 7,8% детей не были подготовлены к школе, негативное отношение к помещению в школу демонстрировали 5,1% и 0,9% детей на момент обследования отрицательно относились к учебе. У части больных отмечались плохие, затрудненные, неустойчивые отношения с учителями (8,6%) или детским коллективом (27,2%). 55,3% больных, особенно девочек, придавали большое значение оценке их знаний. Дополнительные специальные занятия проводились с 6,1% обследованных. Успеваемость была снижена лишь у 1,8% детей.

Психоэмоциональные перегрузки установлены у 21% детей. Психотравмирующие ситуации (болезнь, смерть родителей или родственников, пребывание в условиях военных действий и др.) отмечались у 8,4% обследованных.

Число психосоциальных факторов риска на одного больного составляло в среднем 4,3, что больше каждого из биологических, но меньше их совокупности (6,3).

Среднее число факторов риска возникновения психических расстройств и соответственно их соматизации в детском возрасте составляет 10,6, т.е. превышает их число у здоровых детей в несколько раз.

В то же время у многих детей определенную роль в возникновении соматизации играл фактор онтогенеза, который складывается из возрастного периода развития индивидуума с морфофункциональными особенностями организма и преимущественного нервно-психического реагирования, а также возрастных кризов. В связи с чем наиболее рано соматизация реализовалась в виде кожных, выделительных, температурных, гастроэнтерологических нарушений, позже в других органах и системах. У 18,7% детей явления соматизации возникли в возрасте 2—4 лет (1-й криз), у 13,1% — в 7—8 лет (2-й криз) и у 11,5% детей — в 12—15 лет (3-й криз).

Полисистемность проявлений как особенность соматизации психических расстройств, присущая больным не только детского, но и зрелого возраста, подчеркивает определенность происхождения феномена соматизации как следствия психической, в частности, аффективной патологии.

Психиатрическое обследование детей с соматическими жалобами на различные функциональные и органические нарушения выявило у всех больных наличие психической патологии, преимущественно пограничного уровня. У более чем половины (59,2%) детей клиническая картина психопатологического состояния определялась аффективными нарушениями в виде депрессии невротического уровня, характеризующимися в основном незначительно выраженными подавленностью настроения и аффектом тоски (скука, уныние, грусть, печаль), астеническими (усталость, вялость, утомляемость, раздражительность, настроенность на конфликт, гиперестезия) и тревожными (внутреннее беспокойство, напряжение, тревога, страхи, нередко навязчивые) проявлениями.

У 40,8% обследованных выявлены различные психические расстройства, чаще в виде невротических реакций и состояний, реже резидуально-органического поражения ЦНС с различными психопатологическими синдромами (неврозоподобным, психопатоподобным и др.) и крайне редко задержки психического развития, шизофрении, олигофрении, в клинической картине которых отмечались депрессивные расстройства в виде синдрома или субсиндрома.

Следовательно, аффективные нарушения в виде депрессии невротического уровня отмечаются у всех больных с явлениями соматизации и являются ведущим, а точнее основным, фактором патогенеза этого феномена.

Степень выраженности депрессии, особенно в структуре других психопатологических состояний, незначительна. В подавляющем большинстве случаев (90,4%) депрессивные нарушения были мало выражены (скрытая депрессия у 3,1%, субдепрессия у 87,3%). Лишь у 9,6% больных отмечалась умеренно выраженная депрессия.

Клиническая картина маловыраженной депрессии у детей с явлениями соматизации характеризовалась нередко выраженным депрессивным аффектом. При этом жалоб на депрессивные расстройства дети не предъявляли. Больные отмечали только эпизодическое незначительное снижение настроения, чаще к вечеру, на протяжении дня, редко по утрам с нежеланием что-либо делать, чувством безразличия или раздражения в отношении окружающих. Иногда настроение определялось как «никакое». Объективно в эти периоды дети как бы замыкаются в себе, перестают улыбаться, менее активны в играх, почти незаметны, но нередко их поведение менялось, они становились настойчивы с просьбами, приставали к родителям с требованием поиграть с ними, ссылаясь на то, что им скучно. Иногда эти дети становятся непоседливы, суетливы, порой агрессивны при ограничении деятельности, тревожны за свою жизнь и жизнь родителей в контексте «а как я буду жить без них». В целом при усилении у таких детей депрес-

сивного аффекта можно отметить дистимические проявления.

Умеренно выраженные депрессивные состояния с дистимическими (преходящее угнетенное настроение без видимой или значимой причины с преобладанием отрицательных эмоций и снижением влечений) или дисфорическими (угрюмое, ворчливо-раздражительное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю) проявлениями отмечались у детей в несколько ином виде без той определенности, которая присуща взрослым. Обычно это периодические состояния с чувством отсутствия радости, вялостью, малой инициативностью, сужением круга интересов, физической слабостью, на которые дети активно жалуются. Пониженное настроение, выражающееся недовольством, отрицательной оценкой происходящего, раздражительностью, конфликтностью с некоторой тревогой и невыраженной тоской, которая характеризовалась больными как скука, грусть, безрадостность, тяжесть в теле, в сочетании с незначительной двигательной и идеаторной заторможенностью встречалось у этих детей относительно редко.

У детей с соматизированными аффективными (депрессивными) расстройствами чаще (почти всегда) наблюдалась обратная зависимость между выраженностью депрессивных нарушений и обусловленными ими соматическими (функциональными) расстройствами: при слабой выраженности депрессивных проявлений были более значительны соматические и наоборот. Это определяло возникновение предположенных нарушений в виде психосоматических реакций и состояний, а спустя значительное время психосоматических заболеваний. Прямое патологическое воздействие на соматическую сферу, выступающее как конверсия психического в соматическое, отмечалось крайне редко и осуществлялось при значительно большей выраженности аффекта субшокового, а иногда и шокового характера, имело брутальный характер с острым развитием органических изменений, т.е. приводит к острому возникновению психосоматического заболевания.

Уровень реактивной тревожности обследованных по Спилбергеру был умеренным (в среднем  $38,6 \pm 1,8$  балла), а личностной — значительно выше ( $51,5 \pm 1,6$  балла) нормы.

Показатель оценки депрессии по шкале Гамильтона составлял в среднем  $12,3 \pm 0,4$  балла, что соответствует маловыраженной депрессии.

По данным КИГ у 67,7% больных установлено нарушение гомеостаза с преобладанием тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы при симпатической вегетативной реактивности у 23,8% больных, гиперсимпатической — у 34,4%, асимпатической — у 5,6% и нормальной — у 3,9% больных. У 22,7% больных изменение гомеостаза было связано с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы

при симпатической реактивности у 8,5% больных, гиперсимпатической — у 8,7%, асимпатической — у 3,7% и нормальной — у 1,7% больных. У 9,6% больных определен нормальный гомеостаз (симпатическая реактивность у 3,1% больных, гиперсимпатическая — у 4,4%, асимпатическая — у 1,3% и нормальная — у 0,8% больных).

Нарушение гомеостаза с преобладанием тонууса парасимпатической нервной системы свидетельствует о наличии относительно длительно существующего депрессивно измененного аффекта.

Клинико-психопатологические особенности аффективных проявлений позволили классифицировать их с выделением следующих типологических вариантов депрессии — астенического, тревожного, тоскливого, астенотревожного и тревожно-тоскливого.

Чаще у этих детей отмечался тревожный вариант депрессии (36,2%), при котором настроение определялось как пониженное с беспокойством, тревогой, чувством внутреннего напряжения в течение дня, но чаще по вечерам, иногда даже с возбуждением и невозможностью целенаправленной деятельности. Этим детей отличала непоседливость, излишняя двигательная и даже порой хаотичная активность. Grimасы недовольства, грусти, испуга, плача нередко сменялись на лице в течение короткого времени. Речь обычная или немного ускоренная, темп ее коррелирован с выраженностью беспокойства, тревожности. Иногда спонтанно высказывалась тревога за жизнь, при расспросах выявлялся страх смерти, опасения за жизнь родственников. Поздним вечером тревога и двигательное беспокойство, как правило, усиливались и иногда сопровождалось пресомническими визуализированными представлениями на тему предшествующих событий. Засыпание обычно было затруднено, сон поверхностный, тревожный, с нередкими устрашающими сновидениями, подъемами среди ночи и затрудненным пробуждением по утрам.

У 18,7% обследованных диагностировали астенический вариант депрессии. Эти больные уже в начале дня были вялыми, малоактивными, выражение лица у них, как правило, было унылым, иногда недовольным. Голос негромкий, речь невыразительна, иногда замедлена. При расспросе отмечались жалобы в основном на скуку, усталость, нежелание что-либо делать, особенно во второй половине дня. Часто выявлялись не только повышенная утомляемость, снижение двигательной активности, но и непереносимость психического напряжения, шума, затруднения в усвоении школьного материала. Общение со сверстниками у этих детей было ограничено из-за малой активности или легкой раздражительности, конфликтности. Засыпание чаще раннее, быстрое, сон глубокий, нередко с явлениями недержания мочи, пробуждение позднее с сонливостью в течение некоторого времени, недовольством, «бурчанием» по поводу и без повода.

У 2,8% детей выявлялся тоскливый вариант депрессии. Клинические проявления этого вида депрессивных расстройств особенно у старших детей, как правило, были ближе к типичным депрессиям взрослых. Больные малоактивны, иногда даже несколько заторможены, поза нередко согбенная, лицо амимично, старообразно, бледно-серый цвет кожи. Голос тихий, иногда затухающий, с жалобно-просительными интонациями. Иногда довольно настойчиво предъявлялись жалобы на скуку, чувство подавленности, грусть, печаль, редко тоскливость, отсутствие радости в жизни, нелюбовь близких. Изредка высказывались идеи малоценности, самоуничтожения. Суточные колебания настроения не выражены — «всегда плохо», но к вечеру двигательная активность возрастала и мимика становилась живее. Эпизодически отмечались бессонница, ранние подъемы с невозможностью уснуть.

Относительно легкий вариант тоскливой депрессии — так называемая скрытая депрессия — характеризовался слабо выраженным тоскливым аффектом в виде скуки и грусти, иногда также двигательной заторможенностью с медлительностью, залеживанием в постели и идеаторными нарушениями, проявлявшимися в упрощенной игровой деятельности.

Из смешанных вариантов депрессии, включавших наряду с гипотимией другие невыраженные аффективные проявления, по незначительному преобладанию астенического и тревожного компонентов можно было выделить астенотревожный вариант (34,6% больных), а по преобладанию тревожного и тоскливого — тревожно-тоскливый вариант депрессии (7,7% больных).

В большинстве наблюдений (76%) депрессия имела психогенное (реактивное) происхождение и характеризовалась непосредственной или опосредованной связью с определенным психотравмирующим фактором при некотором отражении его, особенно на начальных этапах, в клинической картине депрессивного состояния и иногда улучшением состояния при устранении этого фактора. Эти депрессии были больше выражены к вечеру.

Соматогенные (экзогенно-церебрально-органические) депрессии (у 19,2% больных) были связаны с различными соматическими заболеваниями, чаще инфекционными, прививками и физическими травмами. Степень выраженности депрессии обычно нарастала к середине дня.

Эндогенные депрессии (у 4,8% больных) характеризовались аутохтонностью, спонтанностью возникновения при определенной очерченности приступов, не связанных с психогенными и соматогенными факторами, наличием невыраженных, стертых эпизодов пониженного или приподнятого настроения в анамнезе. Им была присуща большая степень выраженности с утра с послаблением к обеду и улучшением к вечеру.

Введение в лечение наряду с соматотропными средствами препаратов антидепрессивного (адаптогены, синтетические антидепрессанты), транквилизирующего (седативные травы, транквилизаторы), ноотропного (аминокислоты, ноотропы) действия в возрастных и малых дозах и крайне редко антипсихотического (нейролептики) действия в малых дозах значительно повысило эффективность терапии соматизированных психических расстройств. У всех 596 детей было достигнуто улучшение (выздоровление — у 7,6%, значительное улучшение — у 55,9%, улучшение — у 35,2% и незначительное улучшение — у 1,3%). Тогда как при лечении соматотропными средствами 510 больных, включавшем в 17,7% случаев транквилизаторы и нейролептики, улучшение достигнуто у 88,1% больных (выздоровление — у 1,4%, значительное

улучшение — у 6,9%, улучшение — у 60,8% и незначительное улучшение — у 9%).

Таким образом, соматизация психических расстройств у детей — это проявление аффективной патологии в соматической сфере, зависящее от степени выраженности, модальности и генеза аффекта при морфофункционально и/или дизонтогенетически обусловленной неполноценности отдельных органов и систем.

Использование патогенетической терапии антидепрессантами позволяет существенно повысить эффективность лечения детей с соматическими нарушениями, являющимися проявлением соматизации психических (депрессивных) расстройств, и одновременно является средством ранней профилактики большого числа психосоматических заболеваний зрелого возраста.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов. — Сов. энциклопедия. — Т. 3. — М., 1984. — 512 с.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM—III) / Ed. R.L. Spitzer. — 3<sup>rd</sup> ed. — Washington, 1980. — 494 p.
3. Дубницкий Л.Б., Аведисова А.С., Вербицкая И.А. // Тер. арх. — 1981. — № 5. — С. 136—139.
4. Каган В.Е. // Психиатрические аспекты педиатрии. — Л., 1985. — С. 52—57.
5. Katon W. // Am. J. Med. — 1984. — Vol. 77. — P. 101—106.
6. Kirmeyer L.J., Robbins J.M. // J. Nerv. Ment. Dis. — 1991. — Vol. 179. — P. 647—655.
7. Manu P., Lane Th.J., Matthews D.A. // Psychosomatics. — 1989. — Vol. 30, № 4. — P. 388—395.
8. Monson R.A., Smith G.R. // New Engl. J. Med. — 1983. — Vol. 308, № 24. — P. 1464—1465.
9. Базлов П.В. // 12-й съезд психиатров России. — М., 1995. — С. 237—238.
10. Иовчук Н.М. // 5-й Всеросс. съезд невропатол. и психиатр. — М., 1985. — С. 52—54.

© Коллектив авторов, 2003

М.Г. Ключева, А.И. Рывкин, И.Н. Троицкая, В.М. Михайлов

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Государственная медицинская академия, г. Иваново, РФ

Бронхиальная астма (БА) — одна из актуальных проблем клинической медицины в целом и педиатрии, в частности. Эпидемиологические исследования последних 10 лет свидетельствуют о том, что распространенность БА среди детей в Европе колеблется от 3,3% до 10% [1—3]. В последние годы отмечен повышенный интерес к изучению взаимосвязи БА детского и взрослого периодов жизни, к особенностям течения заболевания у подростков [4]. До сих пор встречаются случаи смерти детей, страдающих БА, и 80% смертей приходится на возрастной интервал 11—16 лет [5].

БА относится к классическим психосоматическим заболеваниям и наиболее часто своим аффективным компонентом имеет тревожные расстрой-

ства [6,7]. С другой стороны, повторные приступы удушья, хроническая гипоксия оказывают выраженное негативное влияние на состояние центральной и вегетативной нервной системы, формируется своеобразный порочный круг, способствующий дальнейшему прогрессированию заболевания [8—10].

Нами проведено исследование с целью изучения особенностей функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС), психоэмоциональной сферы у подростков с БА в зависимости от тяжести течения, для обоснования показаний к коррекции психовегетативных нарушений.

Обследовано 243 больных БА в возрасте 12—17 лет. Диагноз ставили в соответствии с критериями, рекомендованными документом «Бронхиаль-