

## РАССТРОЙСТВО МЕХАНИЗМОВ АКТА ДЕФЕКАЦИИ И ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

В статье представлен анализ расстройств механизма дефекации у детей и подростков с установлением психических отклонений у всех больных представленных депрессивной и личностной патологией, влияющих на вегетативную регуляцию желудочно-кишечного тракта с возникновением запоров и поноса. Учет особенностей депрессивных расстройств (генеза, степени выраженности и типологии) при проведении дополнительной антидепрессивной терапии позволил достичь хорошего эффекта в нормализации механизмов дефекации у большего числа (63,8%) больных по сравнению с больными, получающими только транквилизаторы и нейролептики (7,6%). Высокая эффективность антидепрессивной терапии несколько чаще отмечается у больных с поносами по сравнению с пациентами, страдающими запорами (78,6 и 59,1% соответственно).

*Ключевые слова:* дети, подростки, гастроэнтерология, запоры, понос, психический статус, антидепрессивная терапия.

---

Analysis of defecation disorders in children and adolescents is present. The study showed signs of psychic disorders in all the patients, presented as depressive and personality pathology, which influenced upon autonomic regulation of gastrointestinal tract and presented as constipation and diarrhea. Counting of depressive disorders peculiarities (their genesis, degree and type) before administration of additional anti-depressive treatment permitted to obtain good effect in defecation normalization in majority of cases (63,8%) in comparison with patients received only tranquilizers and neuroleptics (7,6%). Good effect of anti-depressive therapy occurred in patients with diarrhea more frequently, than in patients with constipation (78,6 vs 59,4% correspondingly).

*Key words:* anti-depressive therapy, gastroenterology, constipation, diarrhea, psychic state, children, adolescents.

### *Контактная информация:*

*Антропов Юрий Федорович* – проф. каф. детской и подростковой психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования

Адрес: 119334 г. Москва, Донской проезд, 21а

Тел.: (495) 954-13-14, E-mail: antropovyf@list.ru

Статья поступила 29.02.12, принята к печати 3.04.12.

Расстройство физиологических механизмов акта дефекации, включающих запоры и понос, как проявления гастроэнтерологических расстройств в детско-подростковом возрасте достаточно частое явление, вызывающее определенный интерес педиатров до настоящего времени.

Данные различных исследователей свидетельствуют о достаточно высокой распространенности нарушений дефекации в детской популяции. М. MacGregor [1] выявил до 1% детей, страдающих запорами, и отметил наибольшую их частоту в возрасте от 2 до 5 лет – у 40% детей, тогда как в возрасте от 7 до 10 лет страдали запорами 30%, а в младенчестве – 15% детей. У 9,6% из обратившихся к педиатрам детей D.F. Vaughan [2] выявлял энкопрез и у 1,8% – запоры. М. Davidson [3] отмечал наибольшую частоту (61%) возникновения запоров в возрасте до 6 месяцев, с 6 до 11 мес – у 11% больных, с 12 до 23 мес – у 10%, с 24 до 47 мес – у 7% и после 48 мес – у 10% больных, тогда как I. Arley [4] рассматривал запоры и понос как расстройство желудочно-кишечного тракта предпочтительное для возраста от 1 до 3 лет.

Некоторые авторы отмечали роль психосоциальных факторов в генезе нарушений выделительных функций: нестабильность домашних условий у 85% детей с запорами и энкопрезом при преобладании этих расстройств у мальчиков (4:1) выявлял J. Kempton [5], а у детей с хронической диареей часто выявлялась недостаточность материнской поддержки [6]. Очевидную связь энкопреза, запоров и энуреза с эмоциональными нарушениями подчеркивал D.F. Vaughan [2], невротический характер энкопреза при наличии психоорганического фона отмечал J. Gromska [7]. По мнению Н.Г. Зернова [8], спастический запор возникает у нервных детей старшего возраста, отличающихся повышенной возбудимостью, и весьма редко наблюдается кратковременный психогенный понос. Спастические запоры у детей с преимущественной ваготонией в структуре гастроинтестинальной патологии отмечали Г.А. Урывчиков и соавт. [9].

В меньшей степени этой проблеме уделяли внимание психиатры, но и они в качестве особенностей психосоматических нарушений при депрессиях у детей дошкольного возраста называли желудочно-кишечные расстройства – запоры, понос, нарушения навыков опрятности – энурез, энкопрез [10], среди страдающих неврозами выделяли группу детей с дискинезиями кишечника и явлениями неврогенных запоров [11]. Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию, утверждали Б. Любан-Плоцца и др. [12].

Существующие указания на психогенез нарушений механизма дефекации не дают достаточно полного представления о характере психической патологии и тем более адекватных терапевтических

подходов, способствующих оптимизации лечения детей и подростков с этим видом гастроэнтерологических расстройств.

#### Материалы и методы исследования

Наблюдение контингента из 388 больных с гастроэнтерологической патологией, находившихся на обследовании и лечении в период с 1990–2009 гг. в Российской детской клинической больницы (главный врач – проф. Н.Н. Ваганов), позволило выделить группу из 127 (32,7%) больных с запорами и поносами.

При наблюдении и обследовании пациентов использовали клинико-anamnestический, клинико-психопатологический (шкала Гамильтона, опросник Спилберга) методы и параклинические методы исследования (кардиоинтервалография – КИГ).

Нарушения выделительной функции пищеварительной системы отмечались у детей и подростков с моно- и полисистемными соматическими расстройствами, включающими наряду с определяемыми у 13 (10,2%) больных и ведущими – у 114 (89,8%) гастроэнтерологическими расстройствами, в качестве дополнительных расстройств алгические проявления – у 73 (57,5%) больных, преимущественно цефалгические – у 56 (44,1%), выделительные (энурез) – у 33 (26%), дерматологические – у 32 (25,2%), сердечно-сосудистые – у 15 (11,8%), нарушения терморегуляции – у 13 (10,2%), респираторные – у 12 (9,5%), эндокринные – у 11 (8,7%) и двигательные – у 11 (8,7%), а также другие гастроэнтерологические расстройства (реактивный панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей – ДЖВП) – у 4 (3,2%) больных.

Определяющие и ведущие нарушения пищеварительного тракта у 37 (29,1%) больных выступали в виде психосоматических реакций на стресс и диагностировались как кишечные колики, абдоминалгии, острый панкреатит, острый гастродуоденит, у 83 (65,4%) – в виде психосоматических (функциональных) состояний (хронический гастродуоденит, ДЖВП, хронический панкреатит) и у 7 (5,5%) больных – в виде психосоматических заболеваний (язвенная болезнь 12-перстной кишки – 6 (4,7%), язва желудка – 1 (0,8%).

Среди больных незначительно преобладали лица мужского пола 1:0,9.

Возраст детей и подростков с нарушениями физиологических механизмов дефекации был от 2 до 16 лет, средний возраст больных составил  $8,7 \pm 0,7$  года.

Гастроэнтерологические нарушения чаще возникали на первом году жизни – у 46 (36,2%) больных, в возрасте от 1 года до 4 лет – у 45 (35,4%) детей, значительно реже в период с 5 до 6 лет – у 12 (9,5%), с 7 до 9 лет – у 12 (9,5%), еще реже с 10 до 11 лет – у 6 (4,7%) детей, с 12 до 13 лет – у

4 (3,2%) и с 14 до 16 лет – у 2 (1,6%) подростков. Средний возраст возникновения нарушений пищеварительной системы составил  $3,3 \pm 0,7$  года.

Длительность существования гастроэнтерологической патологии составила от 1 месяца до 16 лет: до года – у 5 (3,9%), от 1 до 4 лет – у 61 (48%), от 5 до 9 лет – у 43 (33,9%) и свыше 10 лет – у 18 (14,2%) больных. Средняя длительность гастроэнтерологических расстройств составила  $5,4 \pm 0,6$  года.

Психический статус больных с нарушениями физиологических функций дефекации определялся в основном аффективными нарушениями в виде депрессии в подавляющем большинстве наблюдений невротического уровня. Депрессия чаще (у 108 – 85% больных) выступала как самостоятельное расстройство, значительно реже (у 19 – 15%) в структуре других психопатологических образований.

В подавляющем большинстве случаев – у 123 (96,8%) больных депрессивные нарушения были слабо выраженными, у 4 (3,2%) больных отмечалась умеренно выраженная депрессия.

Клиническая картина слабо выраженной депрессии у большинства (117 – 92,1%) больных с гастроэнтерологическими расстройствами определялась как субдепрессия и крайне редко (6 – 4,7%) – как скрытая депрессия. При этом жалоб на депрессивные расстройства дети не предъявляли. Они отмечали только эпизодические непродолжительные незначительные снижения настроения, чаще к вечеру, на протяжении дня, редко по утрам с нежеланием что-либо делать, чувством безразличия или раздражения в отношении окружающих. В единичных (4 – 3,2%) случаях настроение определялось ими как «никакое». Объективно в эти периоды дети как бы замыкались в себе, редко, при необходимости, улыбались, были менее активны в играх, почти незаметны, но нередко поведение этих детей менялось, они приставали к родителям с просьбой поиграть с ними, ссылаясь на то, что им скучно, становились непоседливы, суетливы, порой агрессивны при ограничении деятельности, тревожны за свою жизнь и жизнь родителей в контексте того – «а как я буду жить без них». При увеличении длительности, порой усилении выраженности депрессивные расстройства приобретали более постоянный дистимический характер. Для скрытой депрессии, как варианта слабо выраженной депрессии, характерны спонтанность возникновения и очерченность периодов скуки, грусти; не характерны периоды оживления в течение дня, а только некоторое усиление активности во второй половине дня или к вечеру.

Умеренно выраженные депрессивные состояния с дистимическими (преходящее угнетенное настроение без видимой или значимой причины с преобладанием отрицательных эмоций и снижением влечений), редко дисфорическими (угрюмое,

ворчливо-раздражительное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю) проявлениями отмечались у 4 (3,2%) больных, преимущественно подростков, напоминали депрессии, которые характерны для взрослых. Обычно это периодически возникающие состояния с чувством отсутствия радости, вялостью, малой инициативностью, физической слабостью, на которые больные достаточно активно жалуются. Пониженное настроение выражалось неудовлетворенностью, отрицательной оценкой происходящего, недовольством или реже раздражительностью, конфликтностью с некоторой тревогой и невыраженной тоской, характеризовавшейся больными как скука, грусть, безрадостность, чувство несвободы, тяжесть в теле. Эти проявления измененного аффекта сопровождались незначительно выраженной двигательной и идеаторной заторможенностью.

У 23 (18,1%) детей и подростков отмечались явления агрессивности, в основном на вербальном уровне, у одного (0,8%) из них устанавливалось аутоагрессивное поведение.

По шкале Гамильтона выраженность депрессии составила от 9 до 24 баллов, средний показатель составил  $12,9 \pm 1,5$  балла.

Исходя из клинико-психопатологических особенностей, на основе сопутствующих гипотимии аффективных проявлений была проведена квалификация этих расстройств с выделением типологических вариантов депрессии, безотносительно к тому являлась ли она собственно заболеванием или выступала в виде синдрома, субсиндрома в структуре других психических расстройств. Наиболее часто из простых вариантов депрессии был установлен тревожный – у 58 (45,7%) больных, реже астенический – у 22 (17,3%) и редко тоскливый – у 7 (5,5%) больных. Из числа более сложных аффективных образований чаще диагностировался астенотревожный вариант депрессии – у 38 (29,9%) больных, значительно реже тревожно-тоскливый – у 2 (1,6%) больных.

В большинстве наблюдений (96 – 75,6%) депрессии имели психогенное (реактивное) происхождение и характеризовались непосредственной или опосредованной связью с определенными психотравмирующими факторами, чаще незначительно выраженными, но повторяющимися, при некотором отражении их особенностей, обычно на начальных этапах, в клинической картине депрессивных состояний и иногда улучшением при устранении этих факторов. Соматогенные (экзогенно-церебрально-органические) депрессии, отмечавшиеся у 22 (17,3%) больных, были связаны в первую очередь с церебрально-органической недостаточностью, обусловленной патологией беременности и родов, а также с различными соматическими заболеваниями, чаще инфекционными, прививками и физическими травмами в раннем детском

возрасте. Недостаточность ЦНС при последующих соматогенных воздействиях приводила к возникновению или увеличению выраженности депрессивных расстройств, нередко патопластически влияя на психогенную аффективную патологию, придавая ей астенический характер. Эндогенные депрессии у детей и подростков, обусловленные спонтанным изменением дофамино/серотонинового обмена, были относительно редкими – у 9 (7,1%) больных, но даже при слабой выраженности более заметными и близкими к типичным депрессиям взрослых в клинических проявлениях. Этим депрессиям были присущи аутохтонность, часто некоторая очерченность приступов, при отсутствии психогенных и соматогенных воздействий, наличие чаще менее выраженных, стертых эпизодов пониженного, редко повышенного, настроения в анамнезе. Также был более типичен суточный ритм – бóльшая степень выраженности депрессии с утра с послаблением к полудню.

Наряду с аффективными (депрессивными) и другими психопатологическими проявлениями психический статус подавляющего большинства 118 (92,9%) больных с гастроэнтерологическими расстройствами характеризовался личностным своеобразием в виде врожденных особенностей протекания психофизиологических процессов (темперамента) и приобретенных устойчивых особенностей отношения к миру, окружающим людям и себе (характера). По нашим наблюдениям, чаще наследовался темперамент родителя противоположного пола, а становление черт характера происходило под влиянием родителя того же пола, после становления самосознания и самоидентификации по полу (с 3–4 лет).

Личностные особенности больных детей были представлены обычно акцентуированными чертами характера, чаще скрытыми, относящимися не к крайним, как явные, а к обычным вариантам нормы, характеризовавшимся тем, что в обычных, привычных условиях черты какого-либо типа характера выражены слабо или не проявлялись совсем. У старших подростков иногда отмечались явные акцентуации, при которых четко выделялись черты определенного типа характера в развитии, в некоторых случаях почти достигавшие уровня личностных расстройств.

Наиболее часто у больных с расстройствами пищеварительной системы выявлялись акцентуированные черты характера эмоционально лабильного (25 – 19,7%), лабильно-истерического (25 – 19,7%) и истерического (22 – 17,3%) типов. Реже отмечались сенситивный (16 – 12,6%), тревожно-замкнутый (13 – 10,2%), психастенический (5 – 3,9%), астеноневротический (5 – 3,9%) и шизоидный (3 – 2,4%) типы. Крайне редко устанавливались лабильно-аффективный (2 – 1,6%) и эпилептоидный (2 – 1,6%) типы акцентуаций черт характера.

У 23 (18,1%) больных отмечались агрессивные проявления в основном на вербальном уровне, у одного (0,8%) больного достигающие степени аутоагрессии.

### Результаты и их обсуждение

Обследованный контингент на основании клинической картины был подразделен на 2 группы: 1-я группа – 92 больных с запорами (в 15 наблюдениях с явлениями энкопреза) и 2-я группа – 35 больных с поносами.

В 1-й группе больных с запорами несколько преобладали лица женского пола (1:1,04). Возраст больных составил от 3 до 16 лет. Наиболее частыми явления запоров были в младшем школьном (19 – 20,7%), предпоздковом (18 – 19,6%), раннем детском (16 – 17,4%), дошкольном (15 – 16,3%) и младшем подростковом (13 – 14,1%) возрастах. Средний возраст больных составил  $8,7 \pm 0,8$  года.

Средний возраст возникновения гастроэнтерологических расстройств составил  $3,5 \pm 0,8$  года, средняя длительность желудочно-кишечной патологии с запорами –  $5,3 \pm 0,7$  года.

Психический статус больных с нарушениями выделительных функций пищеварительной системы в виде запоров определялся депрессивными расстройствами в подавляющем большинстве наблюдений невротического уровня. Депрессия чаще (у 82,6% больных) выступала как самостоятельное расстройство, значительно реже (у 17,4% больных) – в структуре других психопатологических образований.

В подавляющем большинстве случаев – у 88 (95,7%) больных депрессивные нарушения были слабо выраженными. Клиническая картина слабо выраженной депрессии у большинства (85 – 92,4%) больных с запорами определялась как субдепрессия и крайне редко (3 – 3,3%) – как скрытая депрессия. У 4 (4,3%) больных отмечалась умеренно выраженная депрессия.

У 17 (18,5%) детей и подростков отмечались явления агрессивности, в основном на вербальном уровне, у одного (1,1%) из них устанавливалась аутоагрессия.

По шкале Гамильтона выраженность депрессии составила от 9 до 24 баллов, средний показатель –  $13,2 \pm 1,9$  балла.

У детей с запорами чаще наблюдалась обратная зависимость между выраженностью депрессивных нарушений и обусловленными ими функциональными нарушениями: при слабой выраженности депрессивных проявлений более выражены были явления запоров и наоборот.

С помощью КИГ (62 – 67,4% обследованных) нарушение гомеостаза с преобладанием тонуса парасимпатического отдела ВНС установлено у 82,5% больных (с нормальной вегетативной реактивностью – у 3,2%, с симпатической – у 32,3%, с гиперсимпатической – у 40,4%, с асимпатической

– у 8,1%). Преобладание тонуса симпатического отдела ВНС выявлялось у 11,3% больных (с симпатической вегетативной реактивностью – у 8,1% и с гиперсимпатической – у 3,2%). Нормальный гомеостаз с гиперсимпатической вегетативной реактивностью определялся у 4,8% больных. Нарушение гомеостаза с преобладанием парасимпатикотонии свидетельствует о наличии относительно длительно существовавшего депрессивно измененного аффекта.

Клинико-психопатологически установлены следующие относительно простые варианты депрессии: тревожный – у 43 (46,7%) больных, реже астенический – у 17 (18,5%) и крайне редко тоскливый – у 4 (4,3%) больных. Из числа более сложных аффективных образований чаще диагностировался астенотревожный вариант депрессии – у 26 (28,3%) больных, значительно реже – тревожно-тоскливый – у 2 (2,2%) больных.

В большинстве наблюдений (70 – 76,1%) депрессия имела психогенное (реактивное) происхождение, у 16 (17,4%) – соматогенное и у 6 (6,5%) – эндогенное.

Наряду с аффективными (депрессивными) и другими психопатологическими проявлениями психический статус подавляющего большинства (85 – 92,4%) больных с гастроэнтерологическими расстройствами и запорами характеризовался личностным своеобразием в виде акцентуированных черт характера. Наиболее часто у больных из этой группы выявлялись акцентуированные черты характера эмоционально лабильного (20 – 21,7%), истерического (16 – 17,4%) и лабильно-истерического (16 – 17,4%) типов. Реже отмечались сенситивный (11 – 12%), тревожно-замкнутый (12 (12%), психастенический (4 – 4,3%), и астено-невротический (3 – 3,3%) типы. Крайне редко устанавливались шизоидный (2 – 2,2%) и эпилептоидный (2 – 2,2%) акцентуированные черты характера.

Психические расстройства у детей и подростков с гастроэнтерологическими расстройствами и запорами более чем в половине случаев – у 50 (54,3%) больных диагностировались как смешанное тревожное и депрессивное расстройство (невротическая депрессия) (F41.2), на втором месте по частоте выявления – дистимия (F34.1) – у 14 (15,2%), на третьем–четвертом местах – органически обусловленное непсихотическое аффективное (депрессивное) расстройство (F06.36) – у 5 (5,4%), органическое тревожное расстройство (F06.4) – у 5 (5,4%), на пятом – невращения (F48) – у 4 (4,3%), на шестом–восьмом местах – депрессивный эпизод легкий с соматическими симптомами (F32.01) – у 2 (2,2%), депрессивный эпизод умеренный с соматическими симптомами (F32.11) – у 2 (2,2%) и эмоциональные расстройства в детском возрасте с задержкой психического развития (F93.8/84.8) – у 2 (2,2%) больных.

Крайне незначительно представлены эмоциональные расстройства в детском возрасте (F93.8) – у 1 (1,1%), органическое астеническое (эмоционально лабильное) расстройство (F06.6) – у 1 (1,1%), нарушение поведения и эмоций в связи со смешанным заболеванием (F06.8) – у 1 (1,1%), расстройства личности и поведения вследствие органического поражения головного мозга (F07.8) – у 1 (1,1%), нервная анорексия (F50) – у 1 (1,1%), легкая умственная отсталость (F70) – у 1 (1,1%), задержка психического развития (F84.8) – у 1 (1,1%), гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1) – у 1 (1,1%).

Во 2-й группе больных с поносами отмечалось преобладание лиц мужского пола (1:0,7). Возраст больных составил от 2 до 16 лет. Наиболее часто поносы отмечались у детей дошкольного (8 – 22,9%), младшего школьного (8 – 22,9%), младшего подросткового (6 – 17,1%), предподросткового (4 – 11,4%), раннего детского (4 – 11,4%) и среднего подросткового (4 – 11,4%) возрастах. Средний возраст больных составил 8,7±1,3 года.

Средний возраст возникновения гастроэнтерологических расстройств составил 2,7±1,0 год, средняя длительность желудочно-кишечной патологии – 5,9±1,3 года.

Психический статус больных с явлениями поносов определялся депрессивными расстройствами в виде собственно депрессии у 32 (91,4%) больных, а у 3 (8,6%) – представленной субсиндромами и синдромами в структуре другой психической патологии. Степень выраженности депрессивных проявлений у всех больных была незначительной: субдепрессии у 32 (91,4%) больных, скрытая депрессия – у 3 (8,6%).

Агрессивность отмечалась у 6 (17,1%) больных.

Уровень депрессии по шкале Гамильтона составил от 11 до 13 баллов, средний показатель – 11,8±0,9 балла.

Клинические особенности депрессии были представлены следующими вариантами: тревожным у 15 (42,9%) больных, астеническим – у 5 (14,3%), тоскливым – у 3 (8,6%) и астенотревожным – у 12 (34,3%) больных.

В большинстве наблюдений депрессия была психогенной (26 – 74,3%), значительно реже – соматогенной (6 – 17,1%) и эндогенной (3 – 8,6%).

У 33 (94,3%) больных отмечались личностные особенности: акцентуированные черты характера лабильно-истерического типа – у 9 (25,7%), истерического – у 6 (17,1%), эмоционально-лабильного – у 5 (14,3%), сенситивного – у 5 (14,3%), тревожно-замкнутого – у 2 (5,7%), астено-невротического – у 2 (5,7%), лабильно-аффективного – у 2 (5,7%), шизоидного – у 1 (2,9%), психастенического типа – у 1 (2,9%).

По данным КИГ 24 (68,6%) обследованных, нарушение гомеостаза с преобладанием парасимпатикотонии отмечалось у 62,5% больных (с сим-

патической вегетативной реактивностью у 29,2%, с гиперсимпатической – у 25% и с асимпатической – у 8,3%), с преобладанием симпатикотонии – у 20,8% (с симпатической вегетативной реактивностью – у 8,3%, с гиперсимпатической – у 8,3% и с асимпатической – у 4,2%). Нормальный гомеостаз с симпатической вегетативной реактивностью определялся у 16,7% больных.

У большинства (21 – 60%) детей и подростков с гастроэнтерологическими расстройствами и явлениями поносов диагностировалось смешанное тревожное и депрессивное расстройство (невротическая депрессия) (F41.2). Значительно реже устанавливались органически обусловленное непсихотическое аффективное (депрессивное) расстройство (F06.36) – у 3 (8,6%), дистимия (F34.1) – у 2 (5,7%), депрессивный эпизод легкой с соматическими симптомами (F32.01) – у 2 (5,7%), смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – у 2 (5,7%). Еще реже выявлялись нарушение поведения и эмоций в связи со смешанным заболеванием (F06.8) – у 1 (2,9%), эмоциональные расстройства в детском возрасте (F93.8) – у 1 (2,9%), органическое тревожное расстройство (F06.4) – у 1 (2,9%), кратковременная депрессивная реакция (F43.20) – у 1 (2,9%), атипичный аутизм (F84.1) – у 1 (2,9%).

С учетом наличия депрессивных расстройств у больных с запорами и поносами наряду с соматофармакотерапией дополнительно проводилось поэтапное лечение антидепрессантами и транквилизаторами преимущественно растительного происхождения в сочетании с препаратами нейрометаболического действия.

На 1-м этапе терапии использовали до приема пищи ново-пассит по 1 кап. на год жизни 3 раза в день; экстракт элеутерококка по 1 кап. на год жизни утром и в обед; глицин по 1 табл. 3 раза в день под язык и биотредин по 1 табл. утром и в обед под язык 15 дней в месяц.

При недостаточной эффективности лечения через 2 недели (2-й этап) осуществляли усиление антидепрессивной терапии за счет добавления негрустина по 1 кап. утром и в обед до еды.

В случае необходимости продолжение лечения (3-й этап) осуществляли с помощью присоединения синтетических антидепрессантов (азафен, феварин, amitриптилин) и транквилизаторов (атаракс, адаптол) в возрастных дозах.

У 16 (27,6%) больных психофармакотерапия ограничивалась 1-м этапом в течение 1 месяца, у 23 (39,7%) – 1-м и 2-м этапами в течение 1,5 месяцев и у 19 (32,7%) больных дополнительное лечение было трехэтапным в течение 2–2,5 месяцев.

Проведение психофармакотерапии у 58 (45,7%) пациентов привело к достижению положительных результатов у всех больных с получением более высокого эффекта в виде выздоровления и значительного улучшения соматического

состояния у 63,8%, чем у 66 (52%) больных, получавших только соматофармакотерапию (7,6%), нередко включающую транквилизаторы и нейролептики. 3 (2,3%) больных лечения не получали. Высокая эффективность антидепрессивной терапии несколько чаще отмечалась в группе больных с поносами по сравнению с пациентами, страдающими запорами (78,6 и 59,1% соответственно).

### Заключение

Особенности психического статуса детей и подростков с гастроэнтерологическими расстройствами позволяют утверждать, что в основе патогенеза желудочно-кишечной патологии с нарушением физиологического механизма дефекации лежат аффективные (депрессивные) расстройства, представленные в подавляющем большинстве наблюдений собственно депрессией, преимущественно психогенной, слабой степени выраженности, с частым присутствием в клинической картине тревожного компонента.

Средний возраст пациентов в группах больных с запорами и поносами практически идентичен, при более раннем возникновении гастроэнтерологических расстройств и большей длительности их в группе больных с поносами.

Гендерные различия характеризуются незначительным преобладанием лиц женского пола среди больных с запорами и более заметным преобладанием лиц мужского пола среди пациентов с поносами.

Психический статус по группам детей и подростков с запорами и поносами различается большей представленностью собственно депрессии, отсутствием умеренно выраженной депрессии при большей частоте скрытой, астенического и тревожного вариантов депрессии и меньшей – тоскливого и астенотревожного при отсутствии тревожно-тоскливого, а также большей частоте эндогенной депрессии у больных с поносами.

Данные КИГ по группам больных различаются незначительно: у больных с запорами чаще отмечались нарушения гомеостаза с парасимпатикотонией при общем преобладании в обеих группах, а у больных с поносами – чаще симпатикотония и нормальный гомеостаз с гиперсимпатической реактивностью.

Проявления агрессивности, включающие аутоагрессию, отмечаются несколько чаще у больных с запорами.

Диагностический спектр был у больных с запорами за счет наличия психических расстройств, включающих депрессивные расстройства, и соответственно большей представленности собственно депрессии у больных с поносами за счет психогенных, соматогенных и эндогенных депрессивных расстройств.

Установление особенностей депрессивных расстройств у больных с запорами и поносами позволяет более эффективно использовать имеющийся

арсенал антидепрессантов, особенно растительно-го происхождения при учете характера терапевтического воздействия и способствует большей

эффективности лечения больных с гастроэнтерологическими расстройствами и нарушением механизмов дефекации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. MacGregor M. Chronic constipation in children. Psychosomatic aspects of pediatrics, perg. press. Oxford, London, New-York, Paris, 1961: 1–3.
2. Vaughan DF. Constipation and encopresis. A Children's psychiatrist's view. Psychosomatic aspects of pediatrics, Perg. Press. Oxford, London, New-York, Paris, 1961: 9–12.
3. Davidson M. Natural History of Chronic Constipation. In: Psychosomatic aspects of gastrointestinal illness in childhood. Columbus, Ohio, 1963: 65–71.
4. Arley I. Psychosomatic disorders in childhood: Who, when and How? Pediatrician. 1979; 8 (Suppl. 1): 104.
5. Kempton J. Constipation and encopresis: a pediatrician's view. Psychosomatic aspects of pediatrics, Perg. Press. Oxford, London, New-York, Paris, 1961: 4–8.
6. Prugh D. In: Psychosomatic aspects of Gastrointestinal Illness in Childhood. Columbus, Ohio, 1963: 48–55.
7. Gromska J. Enkopresis – proba kwalifikacji etiologicznej u dzieci. Psychiat. Pol. 1967; 3: 277–283.
8. Зернов Н.Г. Семиотика заболеваний органов пищеваре-
9. Урывчиков Г.А., Ржаницина Л.Н., Кутузов А.А. Клинико-функциональная оценка состояния вегетативной нервной системы у детей с гастроэнтерологической патологией. Яросл. мед. инст. Деп. НПО «Союзмединформ» 21.02.89, 17177. Ярославль, 1988: 13 с.
10. Козидубова В.М. Особенности психосоматических нарушений при депрессиях у детей и подростков. Научно-практическая конф. по неврол. и психиатрии детского возраста. Калуга, 1988: 94.
11. Калачева И.О. Психосоматические расстройства в клинике неврозов у детей. Конференция «Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики». М., 1990: 98–100.
12. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Педерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике: Пер. с нем. СПб.: СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева, 2000: 288.

# АКТУАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ 2012

## Приглашаем принять участие



ДИТЯ И МАМА  
ЕКАТЕРИНБУРГ

<http://www.dm-ural.ru>

### Научно-практическая конференция «Инновационные технологии в охране здоровья матери и ребенка»

Специализированная выставка «Дитя и Мама. Екатеринбург»  
5–6 декабря 2012 года г. Екатеринбург  
Центр Международной Торговли, ул. Куйбышева, 44

#### Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в работе научно-практической конференции, посвященной проблемам перинатальной медицины. С 2009 года Главный медицинский совет Урала по проблемам охраны здоровья матери и ребенка объединил конгресс акушеров-гинекологов, специалистов перинатальной медицины и бизнес-выставку.

**Научная программа** конференции включает обсуждение новых направлений в развитии службы охраны здоровья матери и ребенка в Уральском Федеральном округе, рассмотрение актуальных проблем пренатальной и перинатальной медицины и других вопросов, имеющих важное медико-социальное и прикладное значение.

**Специализированная выставка**, которая организуется в рамках конференции, ознакомит вас с отечественными и зарубежными производителями фармацевтических препаратов, медицинских изделий, медицинского и диагностического оборудования, средств гигиены и товаров для беременных, кормящих женщин, новорожденных детей.

Дополнительную информацию можно получить у организаторов мероприятий.

По вопросам публикации тезисов – Эмгина Юлия Владимировна:

Тел.: +7 (343) 371-96-43

E-mail: [orgomm@mail.ru](mailto:orgomm@mail.ru)

По вопросам участия в выставке:

RTE Group – Москва: Быкова Татьяна (руководитель проекта):

Тел.: +7 (495) 921-44-07 доб. 135

E-mail: [t.bykova@rte-expo.ru](mailto:t.bykova@rte-expo.ru)

RTE Group – Екатеринбург: Лукошкова Александра (менеджер проекта):

Тел.: +7 (343) 310-32-50; +7 (343) 310-32-47

E-mail: [a.lukoshkova@rte-ural.ru](mailto:a.lukoshkova@rte-ural.ru)