

На правах рукописи

Нурлыгаянова Лариса Разифовна

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗАМИ**

14.01.08 – педиатрия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Уфа – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Ахмадеева Эльза Набиахметовна

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Юлдашев Владимир Лабибович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Мазур Лилия Ильинична,
доктор медицинских наук, профессор
Ахметова Руза Ангамовна

Ведущее учреждение: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению социальному развитию»

Защита диссертации состоится «21» декабря 2010 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.006.03 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (450077, г. Уфа, ул. Ленина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Автореферат разослан «____» _____ 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Г.Х. Мирсаева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Психогенные заболевания и психосоматические расстройства (ПСР) вызывают дискуссии ученых всего мира. В последнее время они широко изучаются и в нашей стране (Брызгунов И.П., 2009, Уманский С.В., 2009, Кравцова Н.А., 2009 и др.). Связь психического и физического здоровья отмечалась еще древними мыслителями – Аристотелем, Платоном, Ибн-Синой. Первые психотерапевтические методы лечения берут свое начало в древних религиозных практиках. В настоящее время наука получает все больше данных о нейрофизиологии головного мозга.

Психосоматические расстройства, нарушения функций органов и систем, обусловленные психогенными причинами занимают, все большее место в заболеваемости детского населения (Антропов Ю.Ф., 2002, Шевченко Ю.С., 2002, Кравцова Н. А., 2009 и др.). Среди обратившихся за помощью к педиатру по поводу соматических жалоб 40–68% страдают этими расстройствами (Исаев Д.Н., 2002). У 80,9% детей, находящихся на стационарном лечении, обнаруживаются психогении, у 40% больных они являются либо причиной возникновения заболевания, либо фактором, утяжеляющим его течение (Исаев Д.Н., 2002, Брызгунов И.П., 2009, Кравцова Н. А., 2009 и др.).

Наиболее часто в детском возрасте психогении проявляются в виде неврозов (Ковалев В.В., 1995). Западно-германские исследователи G. Nissen, P. Strunk (1989) подразделяют неврозы в детском возрасте на две группы: психогенные нарушения с преимущественной психической симптоматикой и психогенные нарушения преимущественно с соматической симптоматикой.

У детей с ПСР часто отмечается недостаточная эффективность традиционно применяемых методов терапии, что приводит к хронизации ПСР, социальной дезадаптации, ведущих к снижению качества жизни, нетрудоспособности и инвалидности по соматическому заболеванию. (Смулевич А.Б., 1998, Александровский А.Ю., 2002).

В настоящее время все большее внимание исследователей обращено к проблеме ПСР (Уманский С.В., 2009, Кравцова Н.А., 2009, Csef H., 2009,

Berntsson L.T., 2010). Однако остаются нерешенными вопросы возрастных особенностей психосоматических расстройств (Ремшмидт Х., 2001, Steihauch S., Claussen B., 2002, Gilleland J., 2009 и др.). Недостаточно данных, касающихся возникновения, клинических особенностей, проявлений и динамики психосоматических расстройств у детей (Malterarud K., 2001, Gilleland J., 2009 и др.).

Малоизученными остаются влияние межличностных отношений в семьях и личностных особенностей родителей на развитие психосоматических расстройств у детей. Все эти факторы могут привести либо к несвоевременной диагностике психосоматических расстройств у детей, либо к их гипердиагностике.

Несмотря на большую частоту психосоматических расстройств, данный диагноз в педиатрической практике выставляется крайне редко. Это объясняется недостаточной изученностью проблемы, слабой информированностью педиатров, отсутствием единых подходов к классификации психосоматических расстройств у детей. В этой связи проблема психосоматических расстройств у детей является одной из актуальных проблем в педиатрической и психотерапевтической практике и нуждается в дальнейших исследованиях по оценке клинических и психологических проявлений у детей, определении факторов риска развития психосоматических расстройств и дифференциальном подходе к терапии и профилактике этих состояний. Выявление психосоматических расстройств особенно важно для охраны здоровья матери и ребенка, и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования. Оценить клинические и возрастные особенности психосоматических расстройств у детей, определить роль перинатальных и социальных факторов риска их развития, разработать алгоритм наблюдения и оказания медицинской помощи.

Задачи:

1. Изучить частоту возникновения и структуру психосоматических расстройств у детей с неврозами.
2. Выявить особенности клинических проявлений соматических расстройств у детей с неврозами в различные возрастные периоды – младенческий, ранний детский, дошкольный и младший школьный.

3. Определить роль перинатальных и социальных факторов в развитии психосоматических расстройств у детей с неврозами.

4. Разработать алгоритм наблюдения и оказания специальной медицинской помощи детям с ПЦР.

Научная новизна. У детей с неврозами выявлена большая частота (47,1%) психосоматических расстройств. Установлено, что наиболее уязвимыми органами и системами при действии психогенных факторов являются желудочно-кишечный тракт (40,7%) и сердечно-сосудистая система (35,8%).

Показано, что психосоматические расстройства развиваются у детей, имеющих отягощенный перинатальный анамнез, нарушения в системе воспитания и отношений в диаде мать-дитя.

Выявлены возрастные особенности клинических проявлений, этапов течения и развития психосоматических расстройств у детей, проявляющиеся в младенческом возрасте как реакции, в раннем детском возрасте как состояния и заболевания, в возрасте старше трех лет как реакции, состояния и заболевания одновременно.

Определена значимость материнских, биологических, социальных и психологических факторов риска развития психосоматических расстройств у детей с неврозами.

Практическая значимость работы. Полученные данные о клинических особенностях, перинатальных и социальных факторах риска развития неврозов и психосоматических расстройств у детей могут быть использованы педиатрами первичного звена здравоохранения для выявления детей групп риска развития ПСР и ранней диагностики заболеваний.

Разработанный алгоритм медицинского обеспечения детей с психосоматическими расстройствами может быть использован в детских поликлиниках и стационарах соматического профиля.

Внедрение результатов исследования. Разработанные рекомендации по прогнозированию и ранней диагностике психосоматических расстройств у детей внедрены в работу Республиканской детской клинической больницы, детского психотерапевтического кабинета города Уфы, и в учебный процесс на кафедрах госпитальной педиатрии с курсом поликлинической педиатрии и психиатрии и нарколо-

гии с курсом последипломного образования Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», медико-педагогических центрах Республики Башкортостан.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Психосоматические расстройства у детей с неврозами, имеющие моно- или полисистемную симптоматику функционального характера, требуют проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями внутренних органов ребенка.

2. Психосоматические расстройства у детей имеют возрастные особенности: в возрасте до 1 года – это реакции на фоне невропатии, в раннем детском возрасте от 1 года до 3-х лет – реакции и состояния, у детей старше 3-х лет – одновременно реакции, состояния и заболевания.

3. Клиническая картина психосоматических расстройств у детей проявляется расстройствами преимущественно пищеварительной, сердечно-сосудистой и респираторной систем, алгиями синдромального характера и их сочетаниями.

4. Факторами риска возникновения и развития психосоматических расстройств у детей с вегетативными нарушениями являются отягощенный акушерский анамнез, неблагоприятные социальные факторы, личностные особенности матерей, нарушения отношений в системе мать – дитя, нарушения в системе воспитания детей в семье.

Апробация работы. Результаты исследования доложены на городской научно-практической конференции детских психоневрологов и психиатров (Уфа, 2010), заседаниях Башкирского отделения Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (Уфа, 2006; 2009; 2010), клинических конференциях РДКБ (Уфа, 2009; 2010). Основные положения диссертации обсуждены на заседании проблемной комиссии по педиатрии и Ученого совета педиатрического факультета Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (Уфа, 2010), на совместном заседании кафедр госпитальной педиатрии с курсом поли-

клинической педиатрии, психиатрии и наркологии с курсом ИПО, факультетской педиатрии с пропедевтикой детских болезней и педиатрии, кафедр педиатрии, и педиатрии и детской хирургии Института последипломного образования при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (Уфа, 2010).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 8 работ, из них 2 статьи в изданиях рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 141 странице машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследований, 5 глав собственных исследований, обсуждения полученных данных, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Библиографический указатель включает 189 источников, из которых 94 отечественных и 95 зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 42 таблицами и 11 рисунками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены на базе специализированного детского психотерапевтического кабинета Уфимского городского психоневрологического диспансера.

Был обследован 361 ребенок, страдающий психогениями, что составило 14,3% от всех детей, обратившихся за психологической помощью за исследуемый период. Из них у 170 (47,1%) детей были выявлены психосоматические расстройства. На следующем этапе работы была выделена основная группа детей (81 ребенок) с психосоматическими расстройствами, за которыми велось динамическое наблюдение в течение трех лет. В группу исследования не были включены дети с тяжелыми органическими поражениями головного мозга и эндогенными психическими заболеваниями.

Возраст детей основной группы был от 7 до 10 лет. В возрасте 7 лет было 5 детей (6,2%), 8 лет – 3 ребенка (3,7%), 9 лет – 30 детей (37,0%) и 10 лет –

43 (53,1%) ребенка. Средний возраст детей составил $9,1 \pm 0,3$ года. Соотношение мальчиков и девочек было как 1:1,5 (33 мальчика и 48 девочек).

В данной работе использовались классификация психоневрологических заболеваний по МКБ-10 и классификация психосоматических расстройств, предложенная Ю.Ф. Антроповым (2002).

Контрольную группу составили 43 здоровых ребенка, сопоставимых с группой наблюдения по возрасту и полу.

Из клинических методов исследования был использован стандартный сбор анамнеза, принятый в детской психиатрической практике. Учитывались данные раннего развития ребенка, социальный статус семьи, инструментальные методы исследования (РЭГ, ЭЭГ), заключения о состоянии здоровья врачей узких специальностей, психологического исследования.

Использованы следующие психологические методы исследования: метод диагностики межличностных отношений по Л.Н Собчик (1990), анализ семейных взаимоотношений по Э.Г. Эдеймиллеру (1987), опросник жалоб ребенка К. Нокс, Н.Несс, Е. Schwarz (1978).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программных продуктов «MS Excel». Оценка достоверности полученных результатов проводилась с помощью коэффициента Пирсона χ^2 . Все гипотезы принимались при уровне значимости $p < 0,05$, принятом в медицинской статистике. Если в ячейке таблицы ожидаемая часть была меньше или равна 5, то применялась поправка Йейтса. При изучении взаимосвязи признаков был использован корреляционный анализ по методу Спирмена. Коэффициент корреляции оценивался по направлению и силе, установленным из коэффициента детерминации (r^2) по Шкале Чеддока. Для выявления диагностически значимых факторов риска развития ПСР у детей использована непараметрическая процедура Вальда.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди детей с неврозами (361 ребенок), обратившихся в детский психотерапевтический кабинет городского психоневрологического диспансера в течение трех лет, частота психосоматических расстройств (ПСР) составила 47,1%

(170 человек). Из этого числа детей на втором этапе исследования была выделена группа детей с ПСР (81 ребенок), за которыми велось динамическое наблюдение в течение трех лет, составившие основную группу. В зависимости от тяжести, выраженности психосоматических расстройств, а также количества систем, затронутых вегетативными дисфункциями, все дети (81 ребенок) основной группы были поделены на две подгруппы: дети с полисистемными психосоматическими расстройствами – 41 ребенок (П-группа) и дети с моносистемными психосоматическими расстройствами – 40 детей (М-группа).

Изучение структуры психоневрологических расстройств у детей основной группы выявило тревожно-фобические расстройства в 77,8% наблюдений, невротическую депрессию – в 13,5%, неорганический энурез – 4,9% и заикание – 3,7% (рис. 1).

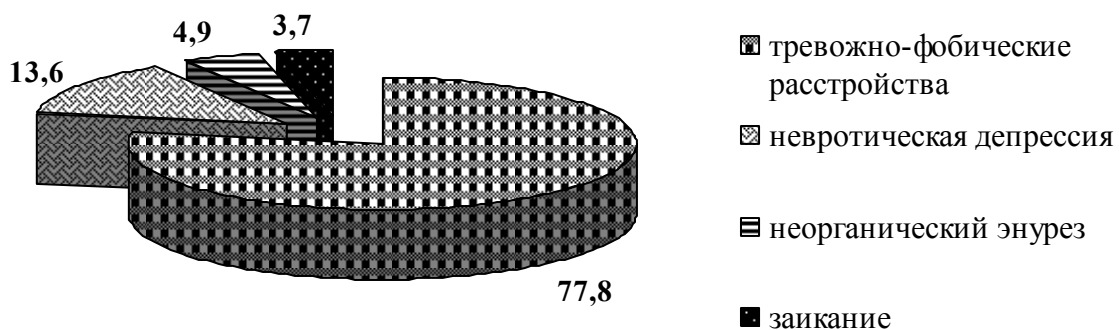


Рис. 1. Структура психоневрологических расстройств у детей с неврозами, %

У педиатра по поводу различных заболеваний постоянно наблюдалось 56,8% детей. Дети с полисистемными ПСР в 2,1 раза чаще, чем дети с моносистемными ПСР, высказывали жалобы на свое здоровье.

Изучение структуры психосоматических расстройств у исследуемых детей показало преобладание расстройств со стороны ЖКТ (63,0%) и сердечно-сосудистой системы – 48,2% (рис. 2).

Психосоматические расстройства пищеварительной системы были отмечены у 39 (95,1%) детей с полисистемными ПСР и у 12 (30,0%) детей с моносистемными ПСР и клинически проявлялись в виде нарушения аппетита (сниже-

ние или повышение), аэрофагии, тошноты, рвоты, болей в животе, метеоризма, нарушения стула.

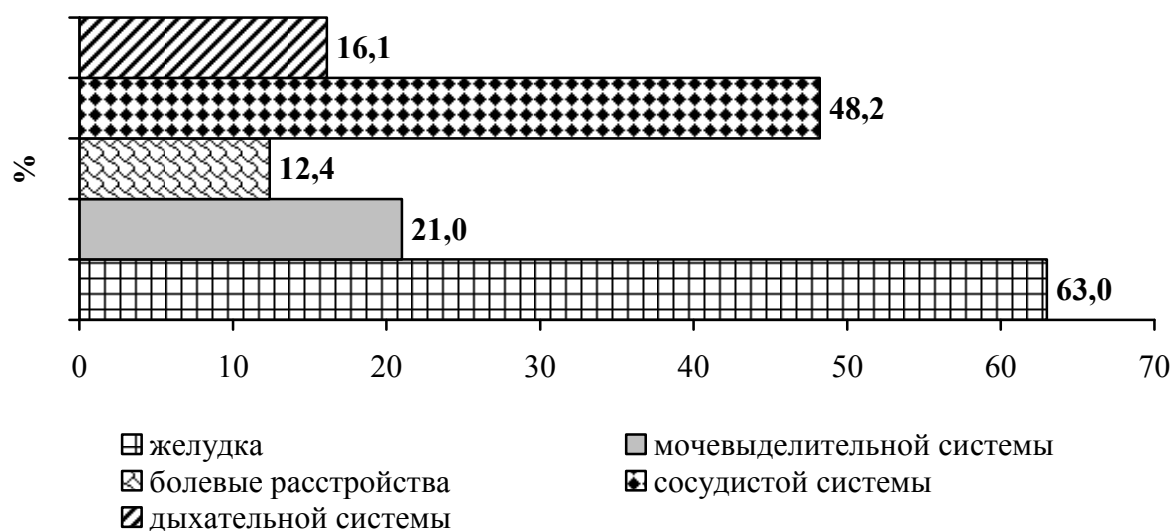


Рис. 2. Психосоматические расстройства у детей школьного возраста, %

Практически у всех детей с вегетативными дисфункциями со стороны ЖКТ отмечалось нарушение пищевого поведения. В большинстве случаев у них был понижен аппетит. Сниженный аппетит определялся избирательностью в еде, уменьшением в объеме съеденной пищи. Полный отказ от еды встречался редко. Рвота и тошнота, возникали после еды и были связаны с реакцией на стресс. Боли в животе имели типичную локализацию — в эпигастральной области. Четко описать боли дети не могли. При отвлечении внимания ребенка боли в животе ослабевали или исчезали. Интенсивность болей была различной — от слабовыраженной до сильной.

Вегетативные дисфункции сердечно-сосудистой системы составили 48,2% в основной группе и были отмечены у 28 (68,3%) детей с полисистемными ПСР и у 11 (27,5%) детей с моносистемными ПСР. Вегетативные дисфункции сердечно-сосудистой системы проявлялись кратковременными болями в области сердца и колебаниями артериального давления. Дети жаловались на чувство сдавливания или замирания сердца. На ЭКГ у всех наблюдаемых детей данной группы были выявлены функциональные нарушения различной степени выраженности.

Вегетативно-сосудистые нарушения сердечно-сосудистой системы были представлены кардиалгиями, сочетались с цефалгиями, абдоменалгиями, миалгиями и артралгиями. Колебания артериального давления были в пределах 10–20 мм рт. ст. и были кратковременны. Повышение давления сопровождалось усилением головных болей, головокружением, редко – тошнотой и рвотой. В единичных случаях у детей отмечалось носовое кровотечение. При пониженном давлении у них отмечались жалобы на слабость, вялость, пассивность, снижение активности. Жалобы отличались скупостью и бедностью описания.

Психосоматические расстройства со стороны эндокринной системы наблюдались у 15 (36,6%) детей с полисистемными ПСР и у 4 (10%) детей с моносистемными ПСР. По поводу сахарного диабета первого типа у эндокринолога наблюдались 13 детей. Клинические проявления эндокринопатии характеризовались избыточным весом и повышенным аппетитом. Повышение аппетита детьми не осознавалось.

Во всех случаях наблюдения детей основной группы вегетативные дисфункции появлялись на фоне психотравмирующей ситуации. Дети основной группы в 18,0% случаев отмечали завышенные требования родителей, в 48,0% – ссоры между родителями, в 15,0% – смерть бабушки или дедушки, в 19,0% – переход в другую школу. При внимательной и доверительной беседе дети и их родители указывали на психогенный фактор (стресс) как на основной пусковой момент заболевания.

Было выявлено, что родители воспринимали первые симптомы расстройства нервной системы у детей (астению) как проявление баловства и лени. Это приводило к неправильному отношению к ребенку и мерам воспитательного характера. Таким образом, в поле зрения специалистов дети попадали поздно, на 1–6-й месяцы от начала заболевания.

Изучение анамнеза детей основной группы показало (рис. 3), что эти дети уже в младенческом и раннем детском возрасте имели вегетативные дисфункции, преимущественно со стороны желудочно-кишечного тракта. В дошкольном возрасте вегетативные дисфункции закреплялись и протекали как состояния или как психосоматические заболевания со стороны других органов и систем.

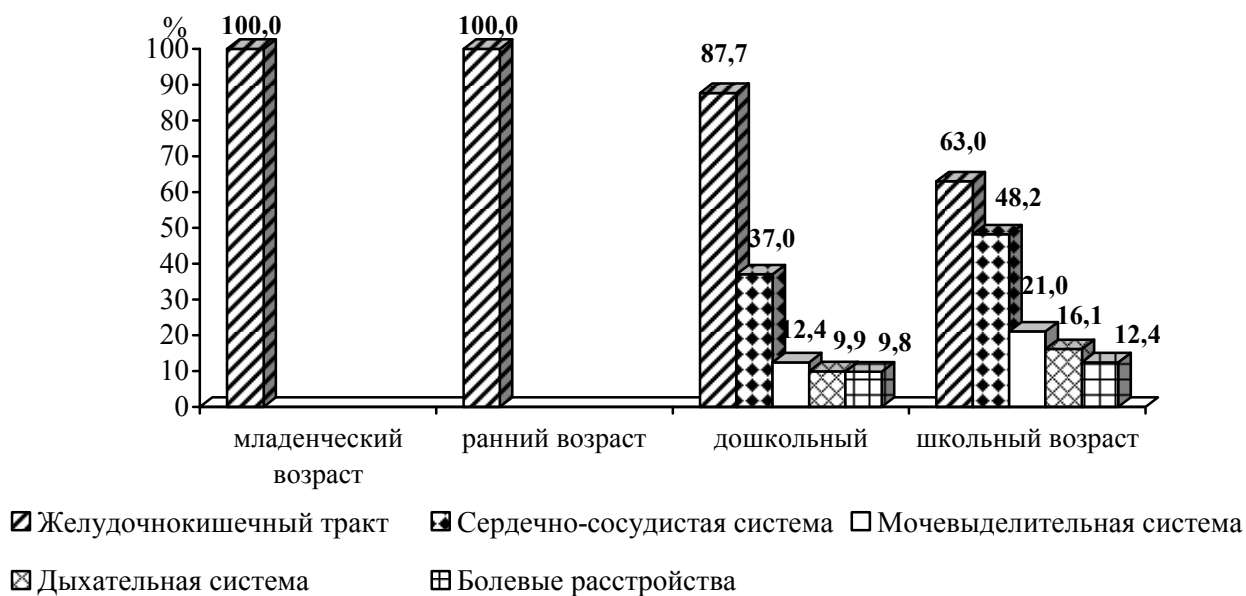


Рис. 3. Частота психосоматических расстройств у детей с неврозами по возрастам, %

В основной группе выявлена корреляция между расстройствами аффективной сферы в раннем детском возрасте и расстройствами нервно-психической сферы в старшем возрасте ($r=0,80$).

Проведенный анализ ранговой корреляции заболевания у детей основной группы в разные возрастные периоды выявил связь между заболеваниями в младенческом и раннем детском возрасте ($r=0,98$), заболеваний в раннем и школьном детском возрасте ($r=0,99$). Таким образом, вегетативные дисфункции как реакции на стресс сопровождают ребенка с рождения. Была выявлена закономерность развития ПСР у детей с неврозами от реакций (дисфункций внутренних органов) к состояниям, от состояний к заболеваниям. В подгруппах основной группы у детей с полисистемными ПСР психосоматические расстройства проявляются раньше.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что психосоматические расстройства у детей с неврозами имеют возрастные особенности. В возрасте до 1 года психосоматические расстройства у детей с неврозами чаще проявляются как вегетативные реакции. В раннем детском возрасте (от 1 года до 3 лет) клиническая картина данного расстройства проявляется как вегетативные реакции и состояния одновременно. У детей старше трех лет

клиническая картина включает сочетанные реакции и состояния, переходящие в соматические или в психические заболевания. Позднее обращение родителей с указанными жалобами ребенка ведет к закреплению невротических расстройств и формированию личности ребенка по невротическому типу.

Изучение анамнеза детей основной группы выявило, что нежеланными в этой группе были 45,7% детей, в контрольной – 9,3% ($p=0,0007$).

Матери детей основной группы чаще, чем матери детей контрольной группы, во время беременности работали во вредных условиях – 24,7 и 2,3% соответственно ($p=0,0418$).

Матери детей основной группы в период беременности чаще были подвержены стрессам. В первой половине беременности у них отмечались стрессы, связанные со страхом за мужа – 33,3% (в контрольной группе 11,6%, $p=0,0225$), материальными трудностями 19,8% (в контрольной группе 2,3%, $p=0,0165$). Во второй половине беременности отмечена тенденция повышения страха потери супруга и снижения стрессовых состояний, связанных с жилищной проблемой. Стрессы, связанные в семье с отношениями между супругами, были у 38,3% (в контрольной группе у 18,6%, $p=0,0413$), с плохими жилищными условиями у 29,6% матерей (в контрольной группе у 11,6%, $p=0,0424$) и с материальными трудностями у 19,8% (в контрольной группе 2,3%, $p=0,0165$). Выявленная тенденция увеличения подверженности стрессовым факторам во второй половине беременности статистически не была подтверждена, однако была выявлена высокая корреляция стрессовых факторов первой и второй половин беременности ($r=0,83$, $p<0,05$).

Косвенно о наличии стрессов во время беременности свидетельствует и то, что у детей основной группы наблюдались стигмы эмбриогенеза. Среди клинических проявлений дизэмбриогенеза у детей основной группы были распространены аномалии ушных раковин – 51,9% (в контроле 9,3%, $p=0,0005$), прикуса – 51,9% (в контроле 16,3%, $p=0,0012$), расширенная переносица – 33,3% (в контроле 7,0%, $p=0,0033$).

Был выявлен у матерей детей основной группы, отягощенный акушерский анамнез. У матерей детей основной группы были чаще токсикозы во вто-

рой половине беременности, нефропатии беременных, они имели высокий риск прерывания беременности в ее первой половине. Токсикоз во второй половине беременности наблюдался у 35,8% матерей детей основной группы (соответственно 4,7% в контрольной группе $p=0,010$), нефропатия беременных была выявлена у 21,9% матерей (контрольной группы 2,3%, $p=0,0034$), угроза прерывания беременности в первой половине была у матерей детей основной группы – 21,0% (контрольной группы 2,3%, $p=0,0118$).

Недоношенные дети также чаще рождались у матерей основной группы. Роды происходили в сроке гестации до 38 недель у 53,1% матерей детей основной группы, в контроле 7% ($p=0,0005$). Естественные роды чаще наблюдались у матерей детей контрольной группы 88,4% (основной группы – 55,6%, $p<0,001$).

У матерей детей основной группы отмечалась большая частота патологических родов (44,5%). Для них больше характерны индуцированные роды и операции кесарево сечение 32,1 и 12,4% соответственно (в контрольной группе 11,6%, $p=0,0226$ и 2,3%, $p=0,0399$).

От гипоксического поражения головного мозга в родах также чаще страдали дети основной группы: 77,8% детей основной группы имели оценку по шкале Апгар менее 7–8 баллов (в контроле 18,6% $p=0,0007$).

У 67,9% детей основной группы в период новорожденности превалировало ишемическое поражение головного мозга смешанного генеза (в контроле у 9,3%, $p=0,0005$). Дети основной группы позднее (после 6 дня жизни) выписывались из роддома – 30,9% (в контроле 2,3%, $p=0,0012$) и чаще переводились на второй этап выхаживания в отделение патологии новорожденных.

Дети основной группы впервые прикладывались к груди позже детей контрольной группы. В первые сутки только 22,2% детей данной группы получали грудное кормление (в контрольной группе 58,1%, $p<0,001$), на вторые сутки и позже – 67,9% детей (в контрольной группе 16,3%, $p<0,001$).

Дети основной группы чаще (27%), чем дети контрольной группы, находились на смешанном вскармливании (в контрольной группе 2,3%, $p=0,0045$). У матерей детей основной группы превалировала тенденция искусственного вскармливания – 23,5% (в контрольной группе 9,3%, $p=0,0916$).

Были изучены социально-бытовые факторы (жилищные условия, уровень заработной платы), а также религиозные особенности семей исследуемых групп детей. При этом достоверных отличий нами не выявлено.

В то же время отмечена связь социального статуса матерей исследуемых групп детей с их психическим здоровьем. Исследование образовательного уровня матерей детей основной группы показало его неоднородность. Установлено, что матери детей с невротизмом имели более высокий образовательный уровень в сравнении с матерями контрольной группы. Так, высшее образование имели 54,3% матерей детей основной группы и только 16,3% матерей детей контрольной группы ($p=0,0007$). Среднее специальное образование было у 32,1% матерей основной группы и у 72,1% ($p=0,0006$) матерей детей контрольной группы.

Семьи детей основной группы чаще подвергались действию макросоциального стресса. В течение года в семьях детей основной группы чаще отмечалось увольнение одного из родителей – 19,8% (в контрольной группе 2,3%, $p=0,0165$).

Были также изучены психологические особенности семьи и особенности воспитания детей. Изучение особенностей воспитания детей в семьях основной группы выявило большое количество нарушений. В системе воспитания в семьях детей основной группы часто отмечались следующие нарушения: минимальность санкций – 93,3% (в контрольной группе 30,2%, $p=0,0005$), гиперпротекция – 88,9% (в контрольной группе 30,2%, $p=0,0005$), потворствование – 68,0% (в контрольной группе 27,9%, $p=0,0006$), недостаточность требований–запретов – 61,7% (в контрольной группе 25,6%, $p=0,0009$).

Анализ причин, вызывающих эти нарушения, показал большую частоту в семьях детей основной группы воспитательной неуверенности – 81,5% (в контрольной группе 30,3%, $p=0,0005$), неустойчивого стиля воспитания – 67,9% (в контрольной группе 16,3%, $p=0,0005$) и фрустрации утраты ребенка – 65,4% (в контрольной группе 16,3%, $p=0,0005$). Известно, что данные факторы риска возникновения ПСР поддаются психологическим методам коррекции.

Изучение особенностей межличностных отношений матерей с детьми основной группы выявило преобладание типов с конформными установками и кон-

груэнтностью с окружающими. Это покорно-застенчивый тип отношений – 43,2% матерей детей основной группы (контрольной группы 4,7%, $p=0,0005$), ответственно-великодушный тип – у 39,5% матерей данной группы (контрольной группы 14,0%, $p=0,0072$) и сотрудничающий – конвенциональный тип у 16,1% этих матерей (контрольной группы 2,3%, $p=0,0456$). Вышеперечисленные типы межличностных отношений ведут к хроническим стрессовым перегрузкам матерей при общении с детьми, так как не позволяют матерям отреагировать эмоции.

Было отмечено, что отношения со своими матерями дети основной группы чаще характеризовали по ответственно-великодушному – 44,4% (в контрольной группе 14,0%, $p=0,0022$) и по лидирующему типам – 29,6–29,6% (в контрольной группе 11,6%, $p=0,0424$). В процессе анализа личностных характеристик матерей и детей были выявлены совпадения оценок типов межличностных отношений матерей, выбранных ими и характеристик данных им их детьми.

У отцов детей основной группы достоверно чаще (22,2%) выделяли сотрудничающе-конвенциональный тип межличностных отношений (в контрольной группе 2,3%, $p=0,0085$), который в своей психологической характеристике также содержит психосоматический вариант выхода из психотравмирующей ситуации.

Было выявлено, что представления матерей основной группы об идеальном ребенке сводятся к лидирующему – 44,4% (в контрольной группе 11,6%, $p=0,0012$ $p<0,001$) и покорно-застенчивому типам отношений – 37,0% (в контрольной группе 16,3%, $p=0,00282$). Это два противоположных типа представлений. Первый из них подразумевает завышенные требования к ребенку, другой – игнорирование личности ребенка. Таким образом, оба типа представлений матерей об идеальном ребенке способствуют невротическому развитию личности.

Обнаруженная нами ранговая корреляция типов межличностных отношений в семьях детей основной группы, позволяет отнести эти семьи к коалиционному типу, особенностью которого является наличие в таких семьях психосоматических расстройств у всех членов семьи.

На основании непараметрической статистической процедуры Вальда были выявлены диагностически значимые факторы риска развития ПСР у детей (табл.

1), которые могут быть использованы врачами общей практики для выявления группы риска по ПСР. При работе с таблицей признаки, указанные в столбце ДК суммируются, полученные результаты оцениваются следующим образом:

- сумма баллов 13–17 – вероятность возникновения угрозы ПСР 95%;
- сумма баллов больше 17 – вероятность развития угрозы ПСР 99%;
- сумма баллов от -13 до -17 – вероятность отсутствия ПСР 95%;
- сумма баллов менее -17 – вероятность отсутствия ПСР 99%.

Таблица 1

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСР У ДЕТЕЙ

Факторы риска	Ж	ДК
Ребенок нежеланный.	1,26	7
Стрессы во время беременности: угроза развода	0,47	6
алкоголизм одного из супругов	0,03	2
личностные конфликты	0,08	2
страх за ребенка	0,43	8
жилищный вопрос	0,37	4
учеба матери	0,17	3
страх за мужа.	0,16	2
Особенности течения беременности:		
токсикоз в первой половине беременности	0,33	4
токсикоз во второй половине беременности	1,99	12
токсикоз всю беременность	0,09	3
инфекционное заболевание матери в первой половине беременности	0,03	2
угроза прерывания в первой половине беременности.	0,89	10
Способы родоразрешения: естественные роды	0,33	-2
индуцированные роды.	0,45	4
Особенности интранатального анамнеза:		
задний вид затылочного предлежания	0,12	3
преждевременное излитие околоплодных вод	0,53	7
первичная родовая слабость	0,59	5
обвитие пуповины вокруг плода	0,21	5
асфиксия плода околоплодными водами	2,31	7
ручное пособие	0,16	4
стремительные роды	0,53	7
преждевременная отслойка плаценты	0,02	3
низкая оценка по шкале Апгар.	2,89	7
Диагнозы при рождении: здоров	5,32	-15
гипоксическое ишемическое поражение ЦНС	2,73	8
травматическое ишемическое поражение ЦНС	2,35	9
травматическое и ишемическое поражение ЦНС	2,53	9
прикладывание к груди на вторые сутки и позднее.	1,72	6
Заболевания детей до года и в раннем детском возрасте:		
кишечные инфекции	0,04	2

Продолжение таблицы

сепсис	0,13	5
заболевания дыхательных путей	0,72	6
заболевания мочевыделительной системы	0,24	6
заболевания неврологические	0,36	7
заболевания ЖКТ.	0,04	2
Стигмы дизэмбриогенеза: расширенное переносье	0,90	7
аномалия формы ушных раковин	1,52	7
эпикант	0,24	6
аномалия прикуса	0,89	5
диспластичный рост зубов	0,30	7
плоскостопие	0,21	5
диспластичная форма черепа	2,22	7
грыжи	0,98	10
Психосоматические расстройства младенческого и раннего детского возраста:		
младенческая колика	0,18	6
аэрофагия	0,83	7
срыгивание	2,30	8
регургитация	0,36	7
Положение в коллективе: наблюдатель	0,13	5
звезда	0,03	-2
изгой	0,12	-2
Неврологические жалобы	1,81	5

Таким образом, полученные нами результаты исследований позволяют считать целесообразным и необходимым комплексный подход к терапии детей с психосоматическими расстройствами с участием всех заинтересованных сторон: педагогов, педиатров, неврологов, психиатров, психологов и психотерапевтов, с подключением всех средств, применяемых в традиционной медицине – медикаментозная терапия, физиопроцедуры, ЛФК, гимнастика и т. д. (рис. 4). Наблюдение и лечение таких детей должно быть комплексным, согласованным с педиатром совместно с психотерапевтом и узкими специалистами. В этой связи нами рекомендована схема медицинского обеспечения детей с психосоматическими расстройствами по этапам: первый этап – диагностический, второй этап – медикаментозной терапии и психокоррекционных мероприятий, третий этап – продолжение психокоррекции в амбулаторно-поликлинических условиях целесообразно выделить детей группы риска по развитию психосоматических расстройств, что позволит своевременно направлять их на консультацию к узким специалистам.

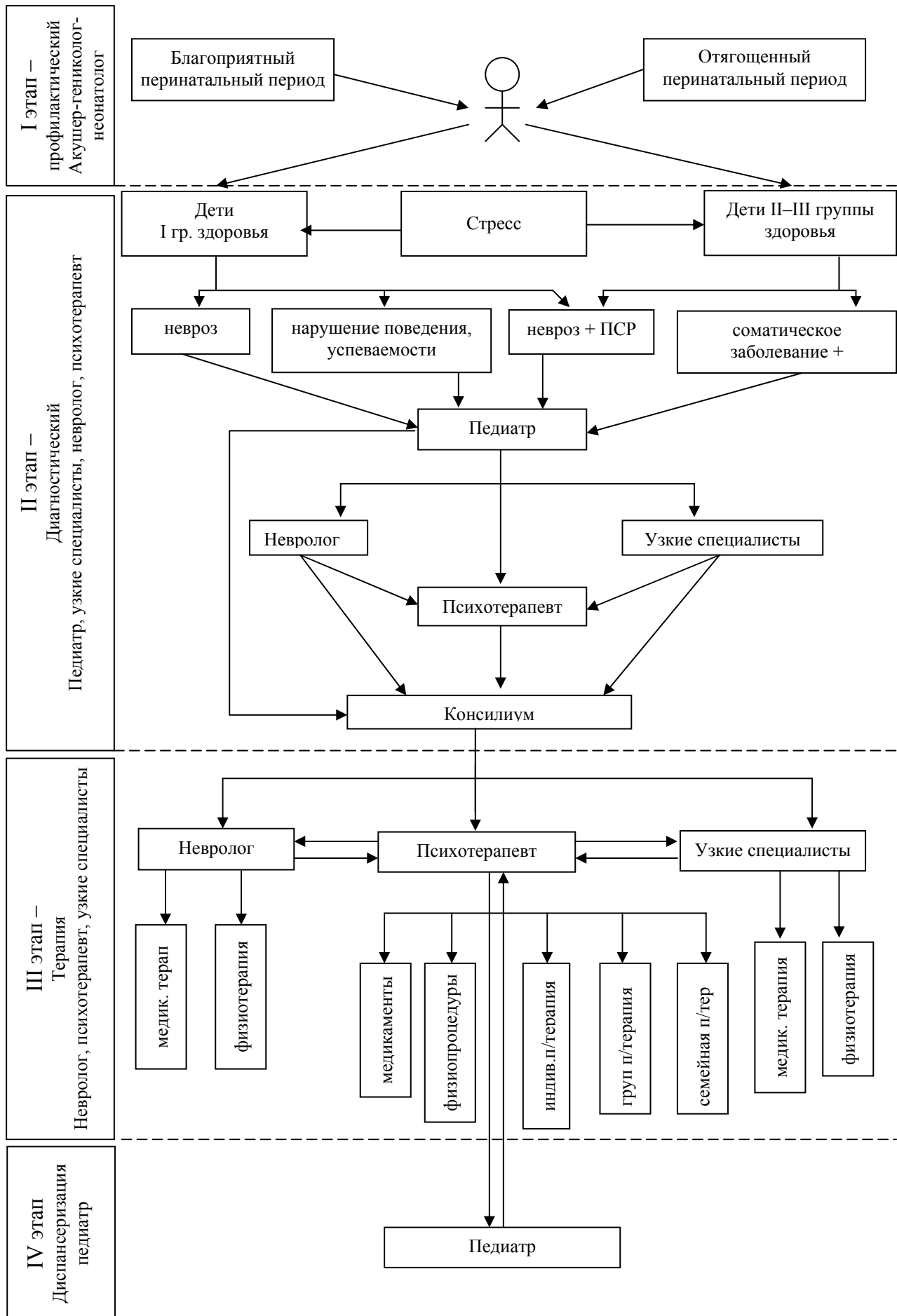


Рис. 4. Алгоритм наблюдения и оказания специальной медицинской помощи детям с ПСР

Психокоррекционный компонент терапии должен быть обязателен. Особое место следует уделить семейной психотерапии, которая в идеальном случае сочетается с индивидуальной психокоррекционной работой с каждым из родителей или хотя бы с одним, наиболее заинтересованным, родителем.

Профилактика ПСР у детей должна вестись задолго до рождения ребенка. Профилактическую работу по предупреждению ПСР у детей можно поделить на два направления – медицинское и немедицинское. Одной из немедицинских мер профилактики ПСР у детей является решение социальных проблем семьи.

ВЫВОДЫ

1. Множественные соматические жалобы детей с неврозами, не соответствующие клинико-лабораторным проявлениям заболеваний внутренних органов, носят функциональный характер и являются соматическими проявлениями невротических расстройств.

2. У детей с неврозами часты (47,1%) психосоматические дисфункции, в том числе более половины (50,6%) этих расстройств, связаны с полисистемными поражениями синдромального характера. В структуре психических расстройств у детей с неврозами ведущее место занимают тревожно-фобические расстройства (77,78%), а в структуре соматических дисфункций – расстройства желудочно-кишечного тракта (40,7%) и сердечно-сосудистой системы (35,8%).

3. Клинические проявления соматических дисфункций у детей, усиливающиеся с взрослением ребенка, имеют возрастные закономерности. Психосоматические расстройства детей первого года жизни проявляются, как реакции на фоне невропатии, раннего детского возраста (от 1 года до 3 лет) - как психосоматические реакции и состояния одновременно, детей старше 3-х лет - как сочетанные реакции, переходящие либо в соматические, либо в психические заболевания.

4. Высокозначимыми факторами риска развития психосоматических расстройств у детей с неврозами являются неблагоприятия перинатального периода (нежеланная беременность, ранний токсикоз беременных, угроза прерывания в первой половине беременности, гестозы беременных, наличие профессиональной вредности у матерей), интранатальные (стремительные роды, первич-

ная слабость родовой деятельности продолжительная гипоксия плода в родах, обвитие пуповиной вокруг шеи, индуцированные роды, поздние сроки выписки из роддома) и постнатальные факторы (травматическое поражение ЦНС, гипоксическое поражение ЦНС, позднее прикладывание прикладывание к груди, смешанное вскармливание, микросоциальные факторы – личностные особенности матерей и нарушения в системе воспитания).

5. Дети с психосоматическими расстройствами нуждаются в индивидуальном комплексном наблюдении и лечении педиатра совместно с психотерапевтом, узкими специалистами, в согласованной терапии с обязательным психокоррекционным компонентом.

Практические рекомендации

1. Детям с множественными соматическими жалобами без достоверных клинико-лабораторных проявлений соматических заболеваний необходима консультация узких специалистов (невролога, психотерапевта) для исключения психосоматических расстройств.

2. Дети с психосоматическими расстройствами нуждаются в комплексном наблюдении и лечении педиатра, психотерапевта, узких специалистов при согласованной терапии с обязательным психокоррекционным компонентом для ребенка и его семьи.

3. Медицинское обеспечение детей с психосоматическими расстройствами должно быть поэтапным: первый этап – диагностический, второй – медикаментозной терапии и психокоррекционных мероприятий, третий этап – продолжение психокоррекции.

4. В амбулаторно-поликлинических условиях с учетом факторов риска развития психосоматических расстройств целесообразно выделять группу риска детей по развитию психосоматических расстройств, что позволит своевременно направить их на консультацию к узким специалистам.

5. В системе терапевтических и профилактических мероприятий у часто болеющих детей и особенно у детей, страдающих хроническими заболеваниями необходима семейная терапия как способ воздействия на одно из патогенетических звеньев развития у детей психосоматических расстройств.

6. Дети с психосоматическими расстройствами нуждаются в наблюдении и лечении педиатра совместно с детским психотерапевтом с использованием психокоррекционных методов и медикаментозной терапии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Филиппов, Л.П. Новые подходы к психотерапевтической работе с детьми / Л.П.Филиппов, Л.Р. Нурлыгаянова // Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии: материалы 8-го Всероссийского совещания по судебной психиатрии. Уфа, 26–29 мая 1999 года. – Уфа, 2000. – С. 167–169.
2. Нурлыгаянова, Л.Р. О необходимости психотерапевтического подхода к терапии детей/ Л.Р. Нурлыгаянова, Р.М. Бадретдинов // Состояние и перспективы развития психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической службы Республики Башкортостан: Тезисы научно-практического семинара. Уфа 5 июня 2002 года. – Уфа, 2002. – С. 192–193.
3. Нурлыгаянова, Л.Р. Стрессовый фактор в возникновении заболеваний сахарным диабетом у детей / Л.Р. Нурлыгаянова, В.Л. Юлдашев, Э.Н. Ахмадеева, Ю.А. Анохин, Л.В. Ларина // Состояние и перспективы развития психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической службы Республики Башкортостан: тезисы научно-практической конференции. Салават 5–7 июня 2001 года. – Уфа, 2001. – С. 130–132.
4. Нурлыгаянова, Л.Р. Влияние психологических факторов на частоту заболеваемости у детей / Л.Р.Нурлыгаянова // Тезисы Республиканской конференции психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов и сексопатологов. Уфа, 5–6 июня 2003 года. – Уфа, 2003. – С. 171–174.
5. Ахмадеева, Э.Н. Психосоматические расстройства у детей с неврозами / Э.Н. Ахмадеева, Л.Р. Нурлыгаянова// Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 4. – С. 9–12.
6. Нурлыгаянова Л.Р. Психологические и социальные особенности семей с детьми, имеющими соматоформные расстройства. / Л.Р. Нурлыгаянова, Э.Н. Ахмадеева // **Вестник Башкирского университета**. – 2007. – Т. 12. – № 3. –С. 36–39.
7. Нурлыгаянова, Л.Р. Возрастные особенности психосоматических расстройств у детей с неврозами/ Л.Р. Нурлыгаянова, Э.Н. Ахмадеева// **Медицинский вестник Башкортостана**. – 2010. – № 2. – С. 66–71.
8. Нурлыгаянова, Л.Р. Психосоматические расстройства у детей/ Л.Р. Нурлыгаянова, Э.Н. Ахмадеева // **Российские Медицинские Вести**. – 2010. – Т. 4. – С. 32–42.

Нурлыгаянова Лариса Разифовна

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
У ДЕТЕЙ С НЕВРОЗАМИ**

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293, тел.: (347) 250-81-20, тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 19.11.2010 г.
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5.
Тираж 100. Заказ № 573.

