Обзор литературы

Среди неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста вегетососудистая дистония является наиболее распространенной патологией с частотой встречаемости от 4,8 до 29,1% [1]. При этом вегетососудистая дистония или ее вариант - нейроциркуляторная дистония - привлекает внимание педиатров, кардиологов и подростковых врачей в связи с тем, что до сих пор не ясно, является ли она самостоятельным заболеванием или фактором риска - предиктором артериальной гипертензии, атеросклероза и ишемической болезни сердца в молодом возрасте [2-4].

До настоящего времени остаются спорными вопросы не только терминологии, классификации, патогенеза, правомочности постановки клинического диагноза вегетососудистой или нейроциркуляторной дистонии в качестве основного заболевания, но и применения эффективных средств их лечения [2, 5, 6]. Все это создает большие трудности для практических врачей при распознавании вегетативной дистонии и формулировке диагноза, выборе наиболее оптимальной терапии, проведении эффективных профилактических мероприятий и качественной диспансеризации больных.

Вышеизложенное побудило нас провести анализ данных литературы по этой теме и представить свой взгляд на проблему нейроциркуляторной дистонии с точки зрения врача-клинициста.

Функциональные болезни сердца в разные годы назывались <нейроциркуляторная астения>, <невроз сердца>, <синдром Da Costa>, <сосудистая астения>, <вегетативный невроз>, <вегетативная дисфункция>, <вазомоторная дистония>, <вегетососудистая дистония>, <ангионевроз>, <психовегетативный невроз>, <вегетативно-эндокринная кардиопатия>, или <миокардиодистрофия> и пр. [7, 8]. В настоящее время наиболее общепринятыми и приемлемыми терминами, обозначающими <функциональные расстройства>, нервной и сердечно-сосудистой систем, являются <вегетативная дистония> (вегетососудистая дистония) и <нейроциркуляторная дистония> [9].

С методологических позиций разделение поражений сердечно-сосудистой системы на функциональные и органические весьма условно, так как функциональные или морфологические нарушения часто взаимосвязаны. Структура и функция едины, поэтому при наличии функциональных отклонений в органе или системе вероятнее всего имеются и изменения, первоначально развивающиеся только на молекулярном, субклеточном или клеточном уровнях, выявить которые существующими способами диагностики не представляется возможным [10]. Однако для врачей-клиницистов выделение функциональных расстройств оправдано, поскольку позволяет дифференцированно проводить лечебно-профилактические мероприятия с учетом индивидуальных особенностей <конкретного больного, а не его болезни> [11].

Нейроциркуляторная дистония является мультифакториальным заболеванием, в развитии которого принимают участие генетические и приобретенные факторы, ведущие к нарушению нейрогуморальной и эндокринной регуляции тонуса преимущественно сердечно-сосудистой системы. Это проявляется разнообразными клиническими симптомами и синдромами, возникающими в большинстве случаев при стрессовых ситуациях [12-14]. К биологическим факторам относится наличие сердечно-сосудистых заболеваний у матери, дисфункция нейроэндокринной системы. К приобретенным - повреждение центральной нервной системы вследствие родовой травмы или перенесенной внутриутробной инфекции, психоэмоциональное напряжение, вызванное конфликтами в семье, школе, а также хронические очаги инфекции [15]. Обычно характерно сочетание нескольких этиологических факторов. При этом, вероятно, первостепенное значение должно отводиться наследственным особенностям формирования вегетативной нервной системы [16]. Приобретенные же факторы, по-видимому, играют роль пускового механизма, способного вызвать манифестацию скрыто протекающей нейровегетативной дисфункции [1].

Наследственная предрасположенность детей к нейроциркуляторной дистонии чаще передается по материнской, реже - по отцовской или обеим линиям и в целом проявляется в 34-80,1% случаев. Нейровегетативный профиль ребенка чаще повторяет таковой одного из родителей, преимущественно матери. Известно, что чем тяжелее протекает заболевание у родителей, тем раньше оно проявляется у детей из-за наследования типа реагирования на стресс [17].

В родословной детей с вегетососудистой дистонией по гипертоническому типу в определенной мере преобладают такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь, тиреотоксикоз. У детей же с нейроциркуляторной дистонией по гипотоническому типу наиболее часто прослеживаются семейные заболевания бронхиальной астмой, респираторными аллергозами, язвенной болезнью желудка [18].

Большинство исследователей рассматривают нейроциркуляторную дистонию как частное проявление вегетососудистой дистонии, при которой имеются дизрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных вегетативных центрах [19]. Эти отклонения вызывают срыв регуляторных механизмов, ответственных за состояние общей гемодинамики и иннервацию сердца. При этом нейрогенные факторы могут выступать первично при развитии ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, но не исключается возможность их вторичного вовлечения в процесс уже на фоне развившейся соматической патологии [20-22].

Наиболее убедительно этиология и патогенез вегетативной дисфункции объясняются с точки зрения теории В.В. Скупченко (1985-1990) <о существовании фазотонного нейродинамического вегетативного регулирования> [23]. Согласно этой теории, нейровегетативный статус на уровне организма обеспечивается единством функционирования парасимпатического и симпатикотонического отделов вегетативной нервной системы, являющихся составной частью фазотонного нейродинамического механизма сомато-вегетативного регулирования. При этом парасимпатический отдел нервной системы обеспечивает активацию генетического аппарата, стимуляцию синтеза РНК и увеличение синтеза белка, активацию митоза и анаболических процессов, трофотропный эффект, снижает интенсивность иммунного ответа. Симпатический отдел оказывает диаметрально противоположное действие - активирует катаболические процессы и иммунный ответ, угнетает синтез белков и углеводов, вызывает эрготропный эффект. Нарушение баланса может быть причиной как двигательных, так и вегетативных нарушений, проявляющихся в виде болезней дезадаптации [24].

До настоящего времени нет единой общепринятой классификации нейроциркуляторных дистоний, что вызывает определенные трудности в стандартизации постановки клинического диагноза. Наибольшее распространение в клинической практике получила классификация Н.Н. Савицкого (1952), который выделил три варианта нейроциркуляторных дистоний: кардиальный, гипо- и гипертонический. Однако многообразие клинических проявлений вегетативной дистонии не укладывалось в эти формы, поэтому В.П. Жмуркин выделил нейрогенные (первичные) и симптоматические (вторичные) варианты этого заболевания [25].

Наиболее полной представляется классификация, разработанная Г.М. Покалевым и В.Д. Трошиным (1976), в которой не только обозначены различные типы заболевания с учетом происхождения, но выделены клинические варианты течения, осложнения и фазы заболевания [26]. Они разделили также все нейроциркуляторные дистонии на первичные (артериальные дистонии - гиперкинетический синдром, гипокинетический синдром, ортостатический синдром; венозные дистонии - синдром венозной гипотонии и гипертонии; регионарные дистонии - нарушение микроциркуляции по типу синдрома Рейно, геморрагический синдром, отечно-дистрофический синдром и синдром клино-орто-реологической недостаточности) и вторичные, вызванные различными соматическими или эндокринными заболеваниями. Среди осложнений отмечены такие, как переход нейроциркуляторной дистонии в гипертоническую болезнь и атеросклероз. Фазы заболевания обозначаются как обострения и ремиссии, а характер течения как латентный, перманентный или пароксизмальный.

А.М. Вейн и соавт. (1986) рекомендуют при оценке вегетососудистой дистонии учитывать тип исходного вегетативного тонуса: эйтонический, ваготонический, симпатикотонический [12]. Однако все вышеперечисленные классификации нейроциркуляторной дистонии ориентированы на взрослых пациентов.

По данным Н.А. Белоконь (1986), вегетососудистая дистония у детей не является нозологической формой заболевания, кроме наследственных форм, а является результатом функциональной недостаточности нейрорегуляции [27]. В этой связи на первое место в диагнозе, по мнению автора, надо ставить этиологический фактор (постгипоксическая энцефалопатия, синдром внутричерепной гипертензии, невроз). Далее предлагается выделять тип вегетососудистой дистонии с учетом исходного вегетативного тонуса (ваготонический, симпатикотонический, смешанный) и указать системно-органные нарушения.

Клинический диагноз вегетососудистой дистонии должен ориентировать врача в отношении выбора лечебных и профилактических мероприятий с учетом степени выраженности вегетативной дисфункции. В связи с этим мы предлагаем модифицировать существующие группировки болезни у детей и подростков с обязательным выделением этиологических и патогенетических звеньев, ответственных за формирование нейровегетативной дизрегуляции.

В клиническом диагнозе должны быть отражены тип дистонии, определяемый на основании анамнеза и выявляемых функциональных нарушений (кардиальный, гипотонический или гипертонический), фаза заболевания (обострение или клинико-функциональная ремиссия), характер течения (латентный, пароксизмальный, перманентный), степень тяжести в зависимости от клинических проявлений и наличия приступов пароксизмов (легкая, средняя и тяжелая), состояние исходного вегетативного тонуса (эйтонический, ваготонический, симпатикотонический) и состояние сосудистой реактивности (симпатикотоническая, асимпатикотоническая, гиперсимпатикотоническая). Наличие или отсутствие системно-органных изменений также должно быть отражено в диагнозе.

В этой связи диагноз вегетососудистой дистонии у детей и подростков, вероятно, мог бы выглядеть примерно так: вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, наличие вагоинсулярных пароксизмов и асимпатикотонической вегетативной реактивности, фаза обострения, средняя степень тяжести.

По данным различных исследований, клиническая картина вегетососудистой дистонии у детей и подростков отличается значительным многообразием в зависимости от возраста, уровня артериального давления и степени нейровегетативных изменений [28-30]. Первые признаки заболевания отмечаются еще в дошкольном возрасте с максимальным проявлением в пре- и пубертатном периодах [4].

В структуре жалоб при вегетососудистой дистонии по гипо- и гипертоническому типу имеются сходные и отличительные черты, связанные чаще всего не с изменением величины артериального давления, а с эмоциональным тонусом ребенка. При вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу отмечаются вагоинсулярные пароксизмы, сопровождающиеся обмороком в 17,4% случаев, возникающие чаще на фоне эмоционального напряжения, испуга или длительного ортостаза [31]. Отличительной их особенностью являются урежение пульса и похолодание конечностей, отсутствие местной или диффузной потливости [32]. Часто отмечаются головокружения и головная боль с локализацией в области висков, темени, реже затылка, особенно в утренние часы, носящая пульсирующий характер, реже - чувство тяжести в голове, преходящее нарушение зрения [32, 34]. У детей с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу отмечается головная боль умеренного, давящего характера, чаще в области затылка, возникает, как правило, после физической или психоэмоциональной нагрузки [35, 36].

У детей и подростков с вегетососудистая дистонией по кардиальному типу основным клиническим признаком служит боль различного характера и продолжительности с локализацией в области верхушки сердца. Часто ее провоцирующим фактором является нервно-психическое или физическое перенапряжение [37]. В зависимости от выраженности болевого синдрома выделяют тяжелые (интенсивные боли длительностью более 20 мин, сопровождающиеся бледностью кожных покровов, сердцебиением, чувством страха и проходящие только после приема седативных средств) и легкие (длительностью до 20 мин, неинтенсивные, проходят самостоятельно) кардиалгии. Нередко эту боль приходится дифференцировать с межреберной невралгией, остеохондрозом, миалгией [38].

У всех детей и подростков с вегетососудистая дистонией независимо от клинических вариантов течения выявляется <синдром общей дезадаптации> в виде повышенной утомляемости, снижения физической активности, повышенной чувствительности к изменению метеоусловий, вялости, пониженной работоспособности, особенно во вторую половину дня, сниженной памяти [11].

Часто родители и некоторые практические врачи относятся к нейроциркуляторной дистонии как функциональному состоянию, отражающему возрастные особенности нейровегетативной регуляции растущего организма, надеясь, что со временем клинические проявления заболевания пройдут самостоятельно и лечение проводить не обязательно [2]. Эта точка зрения ошибочна, так как уже доказано, что вегетососудистая дистония, возникшая в детском и подростковом возрасте, у значительной части больных является неблагоприятным фоном и предиктором многих органических заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к ранней инвалидизации, а иногда и преждевременной летальности у молодых людей [3, 39].

Считается, что вегетососудистая дистония является функциональным расстройством, сопровождающий нарушения в психоэмоциональной сфере, и является по сути психосамотозом.

Психосоматические расстройства - это большой круг расстройств, объединяющие в себе и депрессивные расстройства с соматическими нарушениями, и различные психические расстройства, включающие, в той или иной мере, соматические, которые, на каком-то этапе заболевания, преобладают и расцениваются как просто соматические без связи или в связи с психическими нарушениями. Разработка этой проблемы ведется давно, так в 1818 году, Хайнрот, ввел в медицинскую практику термин “психосоматика”, а несколько позже, в 1822 году, Якоби, предложил термин “ соматопсихика”. В целом, изучение влияния психических расстройств на те или иные функциональные особенности организма началось, не в медицине, а в психологии. Психологи того времени активно изучали эмоции и то, как эмоциональные проявления влияют не только на психические процессы (память, внимание, формирование представлений и т.д.), но и на физические процессы тоже. Существовали две точки зрения на это: одни исследователи ставили зависимость телесных проявлений от эмоциональных, другие наоборот. У.Джеймс и Н.Ланге считали, что сначала впечатление, затем - телесная реакция, а уже потом эмоции. В противовес им другие психологи (и эта точка зрения остается до настоящего времени) выдвинули тезис, что сначала впечатление (воздействие), затем - эмоции, а уже потом те или иные телесные, функциональные изменения, возникающие вследствие этих эмоциональных воздействий. Психологами было сделано очень много в плане изучения эмоций - эмоции были разделены на положительные и отрицательные, на стенические и астенические. Психологи так же обратили внимание, что часто эмоции сопровождаются, как тогда говорили, теми или иными телесными (соматическими) нарушениями. Позже стали отмечать следующее: эмоции не только сопровождаются теми или иными соматическими изменениями, но и влияют на физическое состояние организма человека. Было отмечено, что положительные эмоции способствуют выздоровлению, если человек заболел, повышая сопротивляемость организма, т.е. играют положительную роль в поддержании здоровья человека, в то время как отрицательные эмоции снижают сопротивляемость организма, способствуют возникновению заболевания, и если это произошло, усиливают его проявления и затягивают выздоровление. Эта точка зрения психологов, которые занимались этим безотносительно к медицине. Что касается медицины, то здесь психиатры, в частности психоаналитики, рассматривали роль эмоций с точки зрения отрицательного влияния их на физическое состояние организма. Они, в большинстве своем, базировались на работе З.Фрейда (1924) “Печаль и меланхолия”, в которой он описывает психогенные депрессивные состояния, подразделяя их на непатологические - печаль (следствие различных потерь) и патологические - меланхолия, с учетом личностных особенностей человека. В связи с этими психогенными состояниями изучались также соматические нарушения. Но не только эта работа способствовала возникновению интереса последователей З.Фрейда к этой проблеме. У него есть совместная с Й.Брейером работа «Исследование истерии» (1895), где он обосновал конверсию психического в соматическое. Известно, что истерия отличается конверсионным характером расстройств. Ее клиническая картина нередко представлена теми или иными, в основном двигательными, нарушениями, имеющую психическую подоплеку или основанную на ней. Длительное время психоаналитики разрабатывали проблему с учетом того, что в основе соматических нарушений лежат эмоциональные нарушения, но делали это опосредованно и в теориях возникновения психосоматических расстройств, которые они выдвигали эмоции лишь упоминались. Много внимания уделил этой проблеме Ф.Александер со своими сотрудниками, который в Чикагском институте психоанализа занимались проблемой психосоматических расстройств и их психотерапевтического лечения. У него были описаны несколько стереотипов реакции личности на те или иные события, с развитием соответствующих соматических заболеваний. Позже, психоаналитик F.Dunbar (1954) выделила 11 типов личности и выдвинула теорию возникновения психосоматических расстройств на основе этого. В число этих типов личности входили: язвенный, сердечный, артрический и т.д. И та, и другая теория базировались на одном из факторов, который способствует возникновению психосоматических расстройств, не говоря об эмоциональных проявлениях, на роли личностных особенностей того или иного индивидуума в возникновении соматических расстройств в ответ на психотравмирующее воздействие.

Другая теория возникновения психосоматических расстройств - это теория акцентуации личности, представленная К.Леонгардом (1981) и А.Е.Личко (1983), позволяющая понять связь между изменениями личности и соматическими нарушениями. Кроме того, существует теория «утраты значимых для индивида объектов», которая подчеркивала роль психотравмы в генезе соматических расстройств. Вообще психоаналитики отмечали роль выраженной, массивной психотравмы (в связи с потерей родственника, близкого человека, защитника, любимого человека), т.е. травмы, которая, по их мнению, оказывала достаточно сильное влияние на личность и способствовала возникновению отрицательных эмоций и, соответственно, психосоматических расстройств.

Существует также теория десоматизации, объясняющая возникновение психосоматических расстройств применительно к детскому возрасту [10]. В ней рассматривается психосоматическое реагирования детей на разных возрастных этапах и отмечается, что в раннем детстве ребенок на психотравмирующее воздействие чаще реагирует соматически за счет недостаточности Я, а с возрастом роль Я возрастает, и у взрослого реже отмечается соматовегетативное реагирование на те или иные травмирующие воздействия, т.е. те или иные эмоциональные нарушения меньше сопровождаются у него соматическими изменениями. В дополнение к этому можно сказать о теории ресоматизации. Если при десоматизации речь идет об онтогенезе, т.е. естественном развитии организма с изживанием отрицательных эмоциональных проявлений в виде соматических расстройств, то при ресоматизации дизонтогенез различного плана (психосоциального, органического, генетического) способствует возврату на более ранний тип реагирования и взрослый человек реагирует на те или иные воздействия как ребенок, чаще - соматическими расстройствами. Это относится, в частности, к страдающим истерией. Их личностные особенности, даже взрослого, напоминают особенности маленького ребенка, который капризничает, требует то, что ему не положено. Именно у таких людей чаще отмечаются соматические (конверсионные) расстройства.

В последнее время получила развитие теория алекситимии. Это теория “недостаточной вербализации эмоций”. Было отмечено, что больные, страдающие психосоматическими расстройствами, не могут описать свои эмоциональные состояния. Они даже не могут охарактеризовать свои болезненные проявления в достаточной степени полно и это, по предположению автора теории, является признаком, позволяющим установить наличие психосоматических расстройств, т.е. подтверждает в какой-то мере диагноз.

Эти психологические подходы очень много дали для понимания рассматриваемой проблемы и обосновали возможность применения психотерапевтического воздействия при различных психосоматических расстройствах.

Наряду с психологическим направлением разработки проблемы следует обратить внимание на нейропсихиатрическое направление, которое включает в себя не только исследования психиатров, но и физиологов, нейрофизиологов, невропатологов и, в частности, вегетологов. Примерно в одно время, параллельно с разработками психологов, изучавших эмоциональную жизнь, велись работы, подводившие физиологическую базу под те или иные эмоциональные проявления. Все вероятно знакомы с работами И.П.Павлова, который на основе теории рефлексов И.М.Сеченова описал центральную регуляцию работы пищеварительной, сердечно-сосудистой систем. В работах его учеников, в частности, К.М.Быкова, была ясно показана роль ЦНС в формировании язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (эксперименты с собаками). Существуют работы, носящие больше теоретический характер. В частности, В.Кеннон в начале века описал физиологию эмоций (опыты на животных) и отметил такие явления как учащение сердцебиения, выделение адреналина и т.д. у собак, испытывающих страх. Он отмечал так же повышение уровня сахара в крови под влиянием эмоциональных нарушений, повышение артериального давления в экстремальных ситуациях. В последующем многими физиологами было показано, что подкорковые образования (гипоталамус, лимбическая система и др.) являются той областью мозга, где формируются эмоции и регулируется эмоциональное поведение.

Также как физиологи и патофизиологи свою лепту в разработку проблемы психосоматических соотношений внесли и невропатологи. Длительное время они изучали неврозы, особенно во Франции, где, в частности, J.Charcot с учениками изучал истерию. Школой Шарко выполнено очень много исследовательских работ по этой тематике. И следует подчеркнуть, что в начале века на заседаниях обществ невропатологов и психиатров (1909-1910 годы), при участии психолога П. Жане, было признано, что основную патогенетическую роль в проявлении истерических расстройств играют не внушаемость больных, а депрессивные эмоции. Многие европейские невропатологи, такие как П.Жане (1912), И.Дежерин и Е.Гоклер (1912), П.Дюбуа (1912) и др., описывали невротические состояния в соматическом оформлении. Что касается психиатрии, то, изучение психических расстройств было начато с грубых, выраженных форм психической патологии, в частности, с психотических. В частности, была описана триада Протопопова, которая длительное время считалась едва ли не основным признаком депрессии. В эту триаду входят: сердцебиение, расширение зрачков и склонность к запорам, т.е. фактически проявления симпатикотонии. Какое-то время даже считалось, что преобладание тонуса симпатической нервной системы лежит в основе депрессии. Теория гомеостаза - сбалансированного воздействия на организм двух отделов вегетативной нервной системы: симпатического и парасимпатического - была основана на том, что нормальное функционирование организма заключается в срединном положении между этими системами. В последующем было отмечено, что организм всегда стремится к середине, но никогда практически ее не достигает. В понимании невропатологов и, в частности, вегетологов нормальный гомеостаз - это равное воздействие симпатической и парасимпатической нервной системы. А нарушение гомеостаза - это преобладание тонуса одной из систем. Изучая гомеостаз, вегетологи отметили, что большую роль в восстановлении гомеостаза и регуляции внутренних органов, играет соотношение “сон - бодрствование”. Сон - единственная возможность восстановления гомеостаза. Вегетологи, в частности, А.М.Вейн [26, 27] предложили несколько иную, трехчленную схему формирования психосоматических расстройств: психическое воздействие - эндокринная и вегетативная системы - функциональные нарушения, т.е. психическое воздействие через вегетативную нервную систему приводит к нарушению функций органов и систем. В какой-то мере этому способствовала теория адаптационного синдрома Г.Селье, который считал, что при внешнем стрессовом воздействии срабатывает эндокринная система, и потом возникают различные функциональные нарушения. Так вот, психиатры обратили внимание, что очень часто при психических нарушениях, в частности, при маниакально-депрессивном психозе отмечаются те или иные вегетативные нарушения. Исследования последних десятилетий показали, что нарушение гомеостаза при депрессии связано с увеличением тонуса парасимпатической отдела нервной системы. Это является показателем не только наличия депрессивного аффекта, но и длительности существования депрессии.

Позже описывались случаи, касающиеся депрессивных расстройств, которые были столь незначительны, что скрывались за соматическими расстройствами. Многие исследования посвящены изучению так называемой маскированной депрессии, которую еще называют скрытой, ларвированной, соматизированной депрессией. Иногда даже говорят о «депрессии без депрессии», т.е. о депрессии, представленной, в основном, соматовегетативными нарушениями, маскирующими аффективную патологию. На передний план выходят вегетативные нарушения, сопровождающие отрицательные эмоции. Но при тщательном разборе всегда можно найти и психические изменения, являющиеся причиной соматовегетативных. В настоящем понимании маскированная депрессия - это слабо выраженная эндогенная депрессия, при которой депрессивный аффект, - это слабо выраженный тоскливый аффект. Выраженная тоска так и характеризуется больными: они говорят - “мне тоскливо”, “у меня чувство тоски“. Когда эта тоска имеет витальный характер, они говорят о чувстве пустоты, давлении в груди и т.д. Но чаще всего слабо выраженный тоскливый аффект характеризуется как скука, грусть, чувство несвободы, т.е. терминами которые, казалось бы, никакого отношения к депрессии не имеют, и потому врачами воспринимаются не как проявление депрессии, а как обычные жалобы, характеризующие физическое, а не психическое состояние. Именно в таких случаях психиатры говорят о “маскированной” депрессии. Это депрессия эндогенная, т.е. терминологически “маскированная” депрессия - слабо выраженная эндогенная депрессия. Поскольку тоскливый аффект слабо выражен, он и маскируется соматическими проявлениями, которые обязательно имеют место в таком случае. Это следует иметь в виду. Многие исследователи отмечали: чем слабее выражен депрессивный аффект, тем массивней соматическая симптоматика. Это подчеркивают и невропатологи. Они говорят, что при выраженных психических заболеваниях, выраженных проявлениях невроза, состояние диагностируется как невроз, а при слабо выраженных проявлениях невроза преобладают соматические нарушения, и речь идет о моносистемном неврозе. Также и при различных невротических проявлениях, особенно в детском возрасте, соматических симптомов больше, чем психопатологических. Таким образом, чем слабее выражен депрессивный аффект, тем чаще и массивнее представлены вегетативные проявления в различных органах и системах; в каких - это зависит от других факторов, а факторов риска возникновения психосоматических расстройств очень много.

Длительное время психиатры считали, что именно эндогенная депрессия чаще соматизируется (слабо выраженный аффект и т.д.), а наблюдения последних десятилетий подчеркивают, что это не так. Если брать соотношения депрессивных проявлений в общей структуре депрессивных расстройств, то психогенная депрессия у взрослых отмечается примерно в 70% случаев. В пределах 10% - эндогенная, а около 20% - соматогенная депрессия, вызванная различными соматическими факторами. Отмечавшие частоту соматизации эндогенной депрессии, авторы базировались на изучении циклотимии, но, как показали другие исследования, чаще всего соматизируется психогенная депрессия, которая к тому же более представлена, и которая по степени выраженности чаще не достигает уровня психотической депрессии, а характеризуется как субдепрессия, т.е. слабо выраженная депрессия. В клинической картине психогенной депрессии на первом плане - тревожный аффект, т.е. тревога, беспокойство, страхи, которые нередко перекрывают слабо выраженные проявления тоски.

Соматогенная депрессия, как правило, наряду с тоскливым представлена астеническим аффектом; даже если речь идет просто об астении, в ее структуре всегда есть депрессивные нарушения.

Подвел итоги изучения роли психических расстройств в возникновении соматических заболеваний 6-ой семинар ВОЗ (Базель,1970) по вопросам диагностики, номенклатуры и классификации психических заболеваний. Он выделил как основной вариант психосоматических расстройств психофизиологическое сопровождение эмоций, притом, что эмоциональные реакции имеют двойное выражение: психологического (состояние удовольствия - неудовольствия, хорошее - плохое настроение) и вегетативное, которое играет важную биологическую роль энергетического обеспечения жизнедеятельности. Можно сказать, что психосоматические расстройства являются расстройствами функций органов и систем, обусловленные психическими, в частности аффективными, нарушениями. И это надо всегда учитывать в клинической практике.

В детской практике разработке проблемы психосоматических расстройств не было уделено столь значительного внимания, как при изучении взрослых больных.

Следует подчеркнуть, что ребенок рождается с одной эмоцией - отрицательной. До 2-х месяцев он испытывает только негативные эмоции, особенно, при наличии отрицательного, мешающего его существованию, воздействия. Он просто еще не может реагировать положительно. По данным ряда исследователей, в частности Ш.Бюлер, на протяжении первого месяца ребенок проявляет жадность, активное неудовольствие и испуг. От одного до двух месяцев присоединяется недовольное изумление. С двух до трех месяцев появляется состояние благодушия, удивления; в последующем проявление интереса, функционального удовольствия. В этого же время, у него появляются положительные эмоции при зрительном восприятии. С трех до четырех месяцев эмоциональная реакция остается прежней. С четырех до пяти наблюдается эмоциональная выразительность движений. В дальнейшем, с пятого по шестой месяц, ребенок может проявлять радость; с седьмого по восьмой - спокойное состояние неудовольствии, а после восьми месяцев - депрессивное неудовольствие и страх. Улыбка в ответ на обращение, по данным появляется у ребенка в конце первого - начале второго месяца. А тактильные ощущения он воспринимает в первые дни. Щекотание подбородка вызывает улыбку в первый день жизни. Прикосновение к щеке - на пятый день. Гораздо позже, возникают эмоции более высокого порядка.

Изучавшие новорожденных психоаналитики отметили, что они очень чутко реагируют на эмоциональное состояние родителей (матери). Если мать тревожна, беспокойна, раздражена, то ребенок отказывается принимать грудь. Если мать уходит из поля зрения ребенка на продолжительное время, то он начинает беспокоиться, и свое неудовольствие проявляет криком и плачем. M.E.Fries (1945) отмечает, что тревога связана со специфическими физиологическими функциями, ведущими позже к дисфункции, имеет своей основой взаимоотношения с матерью. Если ребенок брошен, то его ощущения и эмоциональные проявления имеют явно негативный характер. Изучавших оторванных от матерей детей J.Bowlby, отмечает, что ребенок проходит при этом три стадии. 1-ая стадия - протеста (крик, плач), 2-ая стадия - отчаянья и 3-ая стадия - отрешенности. R.Spitz описал, так называемую, анаклитическую депрессию у детей раннего возраста как проявление госпитализма. Эти дети отказывались от еды, теряли в весе, развивалась дистрофия, которая приводила к смерти ребенка. Взаимоотношение матери и ребенка (комплекс «мать-дитя») многие психоаналитики трактовали достаточно широко. Заброшенные дети, дети-сироты изучались многими исследователями, и при этом отмечалось, что этот фактор играет очень большую роль в развитии депрессивных состояний у детей и возникновении различных нервно-психических нарушений.

К настоящему времени установлены некоторые особенности эмоциональной жизни детей. Во-первых, эмоции у ребенка кратковременны. Они редко длятся больше нескольких минут и, как правило, быстро исчезают. Но при повторении отрицательных эмоций, может формироваться пониженное настроение, депрессивное состояние. Во-вторых, эмоции ребенка интенсивны. Если на первом году они, в основном, стандартны и, как правило, негативного плана, то у детей 2-3 лет эмоциональные реакции не всегда пропорциональны интенсивности раздражения. На какой-либо пустяк ребенок может дать выраженную эмоциональную реакцию. Иногда дети способны дать реакцию, которая может сделать их инвалидами на всю жизнь. У них относительно слабый раздражитель может вызвать такие бурные реакции как страх, гнев, радость. У возбудимых детей, в отличие от уравновешенных, чаще проявляются негативные эмоции. Вообще, негативные эмоции возникают гораздо чаще позитивных не только у детей, но и у взрослых.

Какие факторы являются причиной возникновения негативных эмоций у детей? Во-первых, это срыв привычного стереотипа поведения, т.е. смена обстановки или круга общения. 100% детей, помещаемых в детские ясли, реагируют на это отрицательно. Отрицательно реагируют на посещение детского сада - 50% детей. А на посещение школы меньше - 25%, т.е. четверть детей, несмотря на определенное взросление все-таки испытывает при этом отрицательные эмоции. Во-вторых, неправильное построение режима дня ребенка. Уже было указано о роли соотношения сна и бодрствования в восстановлении гомеостаза. Для детей это имеет огромное значение. В-третьих, неправильные воспитательные приемы: пренебрежение ребенком, отказ от него и сверхзабота. Выделяют следующие типы нарушенного воспитания: отвергающее, гиперсоциализирующее, эгоцентрическое воспитание, а также воспитание с гиперпротекцией [33]. Эти четыре типа воспитания являются неправильными. Неправильное воспитание ведет к частому возникновению отрицательных эмоциональных проявлений. В-пятых, создание односторонней аффективной привязанности, т.е. аффективная зависимость от кого-либо или отсутствие аффективного понимания со стороны членов семьи. У школьников большую роль в возникновении отрицательных эмоций играет неспособность справиться с учебной нагрузкой, враждебное отношение учителя и неприятие детским коллективом. Американские исследователи, изучая факторы, влияющие на эмоциональную жизнь детей, выявили, по меньшей мере, 35 отрицательных факторов. Самым патогенным, по их мнению, в дошкольном и среднем школьном возрастах является смерть, развод, разлука родителей, т.е. факторы, касающиеся внутрисемейных отношений и отношения к ребенку вообще. В старшем школьном возрасте наиболее психотравмирующим фактором является беременность школьницы. Наименее травмирующий фактор - изменение финансового положения родителей.

Обобщая все это, другие авторы отмечают, что необходимо помнить: быть ребенком - это уже стресс. В раннем детском возрасте возникновение негативных реакций более частое, в соматическом оформлении - более выразительное. Собственные отрицательные эмоциональные реакции у некоторых детей могут проявляться в виде напряженности, тревоги, непоседливости, страшных снов, некоторых дурных привычек (кусание ногтей, сосание пальца), в различных стереотипиях, трудностях разговорной речи, отсутствии аппетита, инфантильном поведении, истерических припадках. Негативные реакции имеют не только психические, но и физические проявления, такие как нарушения аппетита, истерические припадки - двигательные функциональные нарушения, которые встречаются у детей, в той или иной мере имитируя такое тяжелое психическое заболевание, как эпилепсия, что во многих отношениях плохо сказывается на их здоровье, поскольку таких детей лечат как страдающих эпилепсией без достаточного эффекта, при этом ограничивая их деятельность.

Изучение вегетативной нервной деятельности у детей выявило, во-первых, непостоянство вегетативных реакций у разных детей и у одного и того же ребенка в разное время [24]. Тонус вегетативной нервной системы у детей всегда перестраивается. Было отмечено, что важной особенностью вегетативных нервных эффектов у детей грудного возраста является наличие реакций, наблюдаемых у взрослых при патологии нервной системы. Вегетативная нервная система у детей настолько незрелая, что некоторые проявления ее деятельности представляются как неадекватные, а реакции выступают как патологические в сравнении с взрослыми [22, 41].

Базируясь на том, что дети склонны к тахикардии, гипертонии, извращению различных рефлексов, длительное время считали, что у детей на ранних этапах развития преобладает тонус симпатической нервной системы. Как показали последующие исследования, до 14 лет у них отмечается преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы, а в пубертате чаще выявляется симпатикотония и пароксизмальное проявление вегетативных расстройств [20, 28].

Касаясь патологии детского возраста, следует отметить, что изменение гомеостаза у детей изучали также в связи с наличием заболеваний пищеварительной системы. Преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы расценивалось исследователями как неблагоприятный фактор, говорящий о снижении реактивности, о возможности затяжного течения гастроэнтерологического заболевания и недостаточно полного выздоровления. В детском возрасте нарушение гомеостаза нередко сопровождается нарушением сосудистого тонуса: от 25% до 75% детей страдают вегетососудистой дистонией [23].

Что касается психосоматических расстройств, то следует отметить, что до последнего времени нарушения функций органов и систем, что, в общем-то, и лежит в определении психосоматических расстройств, в нашей и других странах изучались на примере моносимптомных (моносистемных) неврозов. Эта группа расстройств вам всем известна. В предыдущей классификации - МКБ - 9 эта группа расстройств выделялась в рубрике «нарушения физиологических функций психогенной этиологии». В эту рубрику входили энурез, тики, заикание, психогенная одышка, зуд и т.п. Детскими психиатрами и невропатологами много было сделано для изучения и лечения этих расстройств. Было отмечено, что в основе этих нарушений лежат аффективные расстройства [37]. Но на передний план клинической картины выходят невротические проявления (тревога, страхи, беспокойство), и потому эти расстройства были отнесены к моносистемным неврозам.

Что касается депрессии у детей, то многие исследователи отмечают, что она чаще выявляется в соматическом оформлении. Некоторые исследователи даже утверждают, что наличие вегетативных нарушений может быть основанием для диагноза депрессивных расстройств [27, 32]. Депрессия в дошкольном возрасте обнаруживается в соматических симптомах, т.е., по существу, депрессивные расстройства у детей почти всегда маскируются за счет соматовегетативных нарушений.

Нужно отметить, что природа психосоматического заболевания обязательно включает эмоциональный фактор. К психосоматическим заболеваниям приложима следующая шести членная формула: особенности этиологии и течения (этиология - это эмоциональные нарушения, течение - это развитие клинических проявлений в последующем); тип личности, т.е. подчеркивание личностных особенностей как отдельного фактора; особенности пола; взаимодействие с другими заболеваниями; семейные особенности; фазность течения. Особенности пола, в случаях, когда речь идет о детях, проявляются в том, что наиболее сильные эмоциональные реакции дают мальчики. Во взрослой жизни от депрессии чаще страдают женщины.

Что касается детского возраста, то вегетососудистые нарушения, являющиеся, по существу, психосоматическими расстройствами, как уже отмечалось, выявляются более чем у половины детей. От 8 до 40% детей, обращающихся к педиатру, нуждаются в помощи психиатра, т.е. страдают психосоматическими расстройствами [24]. Американские педиатры считают, что 68% детей, наблюдающихся у педиатра, имеют функциональные расстройства, т.е. психогенные расстройства функций органов и систем. Если учитывать отдельные проявления, то головная боль отмечается у 28% школьников старших классов, нарушения сна - у 4% , утомляемость с астеническими проявлениями - у 27% . Некоторые исследователи выявляют до 38% расстройств функций органов и систем при различных невротических и неврозоподобных состояниях. Педиатры отмечают, что частота субфебрилитета неинфекционного генеза среди школьников (это тоже психосоматическое расстройство) составляет около 18% случаев, недержание мочи - в среднем 12%., артериальная гипотензия - до 20%, гипертензия - до 14%, головная боль - до 30%, обморочные состояния - 4-5% случаев [12, 14]. Такого рода психосоматические расстройства часто встречаются, особенно у школьников. По данным детских психиатров, среди обследуемых, в условиях детской поликлиники, 39% детей имеют тики, энурез, головные боли, пониженный аппетит, плохой сон и другие психосоматические нарушения. А среди больных детского стационара в 30% случаев отмечаются эмоциональные расстройства, в 33% - поведенческие нарушения. Другие авторы пишут, что педиатры более четверти своего времени тратят не по назначению, т.е. безуспешно пытаются лечить с помощью симптоматической терапии психосоматические расстройства. Это видно на примере многопрофильных больниц, куда поступают дети после многолетнего и недостаточно эффективного лечения по месту жительства.

Для психосоматических расстройств характерно не только высокая распространенность, но и нарастание этой распространенности год от года. Так 70-80 годы психосоматическая патология пищеварительного тракта возросла с 75 больных до 110 на 1000 детского населения. А распространенность астмы среди детей с 60-х по 80-е годы увеличилась на 300%, в то время как в 60-х годах бронхиальная астма отмечалась в популяции у 2% детей [7]. Эти цифры, характеризующие распространенность психосоматических расстройств, свидетельствуют о том, что эта проблема требует дальнейшей разработки и не только психиатрами и педиатрами, но и детскими специалистами различного профиля.

Основную роль в возникновении и течении психосоматических расстройств играет эмоциональный фактор, т.е. депрессивные эмоции, депрессивное состояние. Существует много факторов-условий возникновения таких состояний. Теории, которые рассматривались ранее, базировались на особенностях личности (фактор внутренних условий), особенностях психотравм (утрата значимого объекта), особенностях онтогенеза (десоматизация, ресоматизация), т.е. особенностях возрастного развития. Что касается онтогенеза, то в детском возрасте отмечается определенная периодизация психического реагирования. В.В.Ковалев выделил период соматовегетативного реагирования - в возрасте от 0 до 3-х лет все психические расстройства выступают в виде соматовегетативных проявлений. С 4-х до 7 лет психические расстройства проявляются в виде двигательных, моторных нарушений. В последующем с 5 до 10 лет ¾отмечаются аффективные и с 11 до 17 лет - эмоционально-идеаторные проявления психических расстройств [37]. Определенное место в патогенезе психосоматических расстройств занимает такое явление как алекситимия - недостаточность вербализации, как следствие эмоциональных нарушений.

В настоящее время многими исследователями подчеркивается сложность патогенеза психосоматических расстройств. Останавливаясь на конкретных факторах, частота которых на детском материале подчеркивает их значимость в развитии психосоматических расстройств, можно отметить, что этих факторов ни один, ни два, ни три, ни пять. В среднем на каждого ребенка приходится до 8 до 10 факторов, каждый из которых в некоторой степени может влиять на возникновение психосоматического расстройства.

В.Ф.Десятников, Т.Т.Сорокина выделяют 4 большие группы соматических масок скрытой депрессии. Первая группа - это алгические проявления, т.е. психосоматические расстройства в виде болевых проявлений: абдоминалгии, кардиалгии, цефалгии (головные боли) и паналгии, т.е. множественные боли в различных частях тела. Вторая группа - агрипнические расстройства, т.е. нарушения сна (как известно, скрытая депрессия проявляется иногда одним симптомом - нарушением сна в виде раннего подъема с невозможностью уснуть). Третья группа - это диэнцефальные, вегето-висцеральные расстройства (вазомоторно-аллергические, псевдоастматические и т.д.). Четвертая группа - наркоманические расстройства. Если женщины, реагируя на психотравму депрессией, стараются помочь себе, обратившись к врачу, то мужчины при возникновении депрессивных расстройств чаще «лечатся» с применением алкоголя или наркотиков. Таким образом, довольно часто в основе алкогольной и наркотической зависимости лежит слабо выраженная депрессия, нередко с теми или иными соматическими нарушениями.

Классифицируя психосоматические расстройства, H.Zimprich (1984) предложил выделить психосоматические реакции, функциональные нарушения и психосоматические заболевания с органической манифестацией, т.е. специфические психосоматозы, к которым относятся колит, язва желудка и сахарный диабет, потому что эти расстройства часто возникает остро.

Такого рода классификации предполагают подразделение психосоматических расстройств у взрослых. У детей психоаналитики выделяют по локализационному принципу расстройства с неврологическими проявлениями (сюда они относят нарушения сна и судороги), отклоняющееся пищевое поведение (анорексия, рвота, геофагия, копрофагия, трихофагия, т.е. поедание земли, кала и волос, извращенный аппетит). Также выделяются расстройства пищеварения в первые полгода жизни: запоры, понос, колиты, раздражимость ободочной кишки. К ним присоединяют также заболевания дыхательных путей: спастический плач, астму, поражения носоглотки, болезненные отиты, бронхиты, рецидивирующие пневмопатии. Из кожных заболеваний выделяются экзема, крапивница, алопеция, псориаз. Все эти заболевания относятся к психосоматическим расстройствам.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в течение 2008 - 2009 гг на базе специализированных неврологического отделения Детской Городской Клинической Больницы №9

Критерии включения:

возраст с 7 до 14 лет,

согласие на участие в исследовании с заполнением информированного согласия;

отсутствие очаговых поражений центральной нервной системы (ЦНС), по данным нейровизуализации,

0 баллов по шкале оценки неврологического статуса Functional System Scale;

Критерии исключения:

приём в течение последнего месяца следующих препаратов: бета - адреноблокаторов, антидепрессантов, нейролептиков, седативных, ноотропных препаратов, регулярный (более 3 дней в неделю) нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикостероидов;

наличие тяжелых инвалидизирующих заболеваний ЦНС, таких как рассеянный склероз, наследственные дегенеративные и нервно-мышечные заболевания.

В работе были использованы следующие методы исследования: основной - клинико-психопатологический; дополнительные методы исследования параклинический, клинико-психологический, статистический и клинико-катамнестический.

Определяющим принципом клинико-психопатологического изучения больных являлся системный, онтогенетический подход. Особенность системного подхода заключается в том, что наряду с клиникой соматических нарушений в сравнительно-возрастном аспекте с учетом этапа онтогенеза изучались психопатологические, в частности, депрессивные расстройства.

При поступлении в стационар, при соответствии критериям включения и исключения, пациенту было предложено заполнение батареи опросников:

· для выявления депрессии у детей и подростков - валидизированный и адаптированный опросник Children Depression Inventory (CDI)

Данная методика была выбрана, поскольку позволяет выявить состояние депрессии у подростков. Данный опросник специально разработан М.Ковач для диагностики депрессии у детей и подростков. Переведен на русский язык и адаптирован - Подольский А.И. [49]. Опросник рассчитан на самостоятельное заполнение его детьми и подростками в возрасте 7 - 17 лет. Данный опросник состоит из 27 триад высказываний. Испытуемому предлагается выбрать одно высказывание в каждой группе, в зависимости от того, как он себя чувствует себя в последнее время ( бланк опросника находится в Приложении №1).

При обработке данных по каждому пункту в зависимости от пометки, сделанной испытуемым, выставляется балл от 0 до 2.

Ключ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | выбор | балл |
| 1,3,4,6,9,12,14,17,19,20,22,23,26,27 | 1 | 0 |
|  | 2 | 1 |
|  | 3 | 2 |
| 2,5,7,8,10,11,13,15,16,18,21,24,25 | 1 | 2 |
|  | 2 | 1 |
|  | 3 | 0 |

Интерпретация:

-10 - состояние без депрессии;

-16 - легкое снижение настроения;

-19 - субдепрессия, или маскированная депрессия;

- критическое число, рассматривается в качестве показателя для углубленного изучения ребенка или подростка на предмет идентификации депрессивного заболевания. (Приложение №1)

· валидизированная и адаптированная шкала (адаптация А.М. Прихожан) для выявления тревожности у детей и подростков - Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) [51]

· валидизированный опросник для выявления признаков вегетативных изменений, разработанный Вейном А.М., (Приложение №2)

· опросник для диагностики астении у детей, разработанный Шац И.К. [56]

· также пациенты заполняли, разработанную нами анкету, посвященную выявлению особенностей сна ребенка (Приложение №3).

Психологические методики:

Для детей:

· кинетический рисунок семьи

· опросник копинг-страдегий детей школьного возраста

· Опросник на выявление тревожности (Спилберг-Ханин)

Для родителей:

· семейная социограмма

· Опросник семейной адаптации и сплоченности

· Опросник семейной тревоги

· Методика диагностики родительского отношения Варга А.Я, Столин В.В

На каждого, включенного в исследование пациента, заводилась индивидуальная карта, в которую заносились результаты неврологического осмотра, выявленная неврологическая микросимптоматика (легкая асимметрия носогубной складки, снижение или повышение мышечного тонуса, изменение сухожильных рефлексов и другие особенности, не достигающая критериев патологии), ведущие жалобы, предъявляемые при поступлении, особенности перинатального анамнеза. При выявлении на каком-либо этапе пациента, данные которого соответствуют критериям исключения, указанный больной исключался из исследования.

Параклиническое обследование включало применение: кардиоинтервалографии (КИГ), электроэнцефалографии (ЭЭГ), эхо-электроэнцефалографии (ЭХО-ЭГ), компьютерной томографии (КТ).

Таким образом, в исследование был включен 30 пациентов в возрасте от 7 до 14 лет.

Все полученные данные обрабатывались в программе SPSS 12,0 с использованием критериев хи - квадрат и методы корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона).

Результаты исследования и их обсуждение

Было обследовано 30 пациентов.

В исследование были включены 17 (56%) девочек и 13 (44%) мальчиков в возрасте от 7 до 14 лет, средний возраст 11,60±0,75 (девочек и мальчиков - 12,2±0,8 и 10,0±0,6, соответственно, p≤0,05). Таким образом, девочки страдают вегетативной дисфункцией чаще, чем мальчики, что соответствует литературным данным. Отягощенный перинатальный анамнез имели большинство обследованных детей (83%).

У всех 30 пациентов ведущей жалобой была головная боль, которая повторялась с частотой от 1 раза в месяц до ежедневных. У 80% пациентов характеристики головной боли укладывались в критерии головной боли напряжения, У 20% обследованных носили мигренеподобный характер, 23,3% детей беспокоил болевой синдром другой локализации. Длительность головной боли - от 1 месяца до 7 лет. Отмечена положительная корреляция между длительностью существования цефалгического синдрома и его выраженностью (прямая, р≤0,05). Жалобы на повышенную утомляемость предъявляли - 63% пациентов, на проблемы в когнитивной сфере - 50% детей, на нарушения сна -16,6%, в виде частых пробуждений. Эпизоды головокружения были у 10% пациентов. Метеолабильность отмечали 40%, склонность к запорам -20% человек. Таким образом, жалобы предъявляемые пациентами, отличались значительным разнообразием и самая частая из них - наличие болевого синдрома различной локализации, преимущественно цефалгического характера.

На следующем этапе оценивалось наличие сопутствующей патологии. Так, многие дети имели соматическую патологию - 53% человек, из них: 50% - патология ЖКТ (гастродуодениты), 16,6% - патология со стороны дыхательной системы (бронхиальная астма); у 10% детей их сочетание. Также отмечена тенденция, согласно которой тяжесть ведущего симптома (частота) коррелировала с наличием одного или нескольких соматических заболеваний у пациента (р≤0,05).

Далее были оценены данные, полученные при неврологическом осмотре. Так у 60% пациентов обнаружена только микроочаговая симптоматика в виде слабости конвергенции у 38% детей и пареза взора кнаружи - у 61% человек, у 40% детей патологии не выявлено. Таким образом, более половины детей имели микроочаговую неврологическую симптоматику.

На следующем этапе оценивалась распространенность и выраженность аффективных расстройств у детей. Данные опросника CDI (опросник для выявления расстройств депрессивного спектра) показали те или иные расстройства у всех тестируемых: снижение настроения - у 30% детей, субдепрессивное состояние - у 43%, клиническая депрессия диагностирована в 26% случаях. По показателям тревожности было установлено, что 23% имели нормальные показатели, 36% - незначительное повышение уровня тревожности, 40% обследованных - выраженную тревожность. Прослеживается положительная корреляция между выраженностью тревожных расстройств и длительностью существования вегетососудистой дистонии (р≤0,05). Что касается проявлений астении, то реакция утомления была отмечена у 73%, умеренная астенизация - у 16%, выраженная астенизация - у 10% пациентов. Таким образом, отмечена положительная корреляция между выраженностью депрессивных расстройств и астенией (р≤0,05).

Таким образом, мы выявили, что у части детей, проходивших лечение в неврологическом стационаре, имеется депрессия, либо субдепрессивное состояние, а также повышена тревожность, что коррелирует как с тяжестью основного симптома, так и с длительностью течения заболевания вегетососудистой дистонии, а также длительностью существования основных симптомов заболевания.

На следующем этапе проводилась оценка психологического состояния пациента и характеристика детско-родительских отношений. Неполную семью либо приёмную имели 53%, при этом высшее образование матери зафиксировано у 80% опрошенных. Относительно обследования психологического семейного климата и специфики детско-родительских отношений, были получены следующие данные: тип взаимодействия в семье: симбиотический - половина семей (50%), авторитарный -36% семей, попустительский - 13% семьи. Причем в семьях с авторитарным типом - выявлена тенденция к более тяжелому течению основных симптомов (по частоте и длительности). В большинстве случаев (93,3%) отмечается повышение уровня семейной тревоги. Таким образом, отмечена взаимосвязь между психологическим неблагополучием в семье и проявлением и тяжестью основных синдромов.

Была проанализирована выраженность вегетативная дисфункции по данным опросника, и ассоциированность с особенностями психологического статуса. Так была выявлена умеренной силы корреляционная связь между выраженностью вегетативной дистонии и выраженностью семейной тревожности (r=0,5). Причем, было установлено, что дети, воспитывающиеся в семьях с авторитарным типом воспитания значительно чаще предъявляли жалобы на утомляемость, снижение памяти и внимания, у них чаще отмечались аффективные расстройств. Тогда как дети, воспитывающиеся в семьях с попустительским типом, чаще предъявляли жалобы на плаксивость, метеолабильность, эмоцтональную лабильность. Также отмечена прямая взаимосвязь между выраженностью семейной тревожностью и личностной тревожностью; чем значительнее выражена тревога тем сильнее и чаще регистрировался цефалгический синдром.

По данным КИГ, у 23 (75%) больных отмечено статистически достоверное преобладание тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы, что подтверждало наличие депрессивного аффекта.

Отягощенность психосоматическими заболеваниями имела место у 20 (69%) пациентов. Патология беременности - у 15 (50 %) матерей обследованных, родов - у 14 (47%). Нарушения вскармливания - у 12 (40%) детей, отклонения в психомоторном развитии - у 6 (22%).

Таким образом, около 70% детей имели отягощенный наследственный фон по психосоматическим заболеваниям.

Выводы

. Таким образом, в неврологическом стационаре у значительной доли всех обследованных детей отмечались тревожно-депрессивные проявления различной степени выраженности.

. Среди пациентов с депрессией и тревогой преобладали девочки.

3. В структуре больных значительно преобладает подростковый возраст.

. Ведущей жалобой у детей с ВСД является болевой синдром, чаще всего - цефалгический, тяжесть и частота которого коррелирует с наличием соматических заболеваний, с длительностью течения заболевания и выраженностью тревожно-аффективных расстройств.

5. Зафиксирована прямая связь между вегетативной дисфункцией, состоянием уровня депрессии, тревожности и астении у пациентов.

6. У большинства детей с ВСД отмечаются отклонения в психо - эмоциональной сфере в виде повышения семейной тревожности, а также в целом состоянием психологическим климатом в семье Основную роль в возникновении аффективных расстройств играют как биологические, так и социальные факторы - психологическая обстановка в семье, тип воспитания.

Список литературы

1. Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония (лекция). Врач 1997; 2: 6-8.

2. Аверин В.И. Психология детей и подростков. СПб.: СПБПМИ, 1994

. Александров А.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с детства: подходы, успехи, трудности. Кардиология 1995; 7: 4-8.

. Антропов Ю.Ф. Особенности диагностической структуры психосоматического контингента детей и подростков г.Москвы // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики - М.,1990. - С. 275 - 277 ( в соавторстве с Хруниной Г.И.)

. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков /Метод.рекомендации - Минздрав. РФ, М.,1994. - 21 с.

. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков в контексте здоровья населения // Мат-лы конф. Демографическое развитие России и его социально-экономические последствия. - М.,1994.- С. 70-71.

. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей: их место в структуре заболеваемости и пути оптимизации медицинской помощи данному контингенту больных // Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России.- М.,1995.- С.245-247

. Антропов Ю.Ф. Соматизированная депрессия у детей подростков как фактор школьной дезадаптации // Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. -М., 1995.- С.67-68.

. Антропов Ю.Ф. Депрессивные нарушения у детей и подростков, находившихся на лечении в детской больнице // Мат-лы научно-практической конференции, посвященной 10-летию Республиканской детской клинической больницы.-М.,1995.-С.106.

. Антропов Ю.Ф. Кожные психосоматические расстройства у детей и подростков // Там же - С.76 ( в соавторстве со Смирновой П.С.).

. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков: клинико-патогенетический аспект // Мат-лы. международной научно-практической конференции памяти К.С.Лебединской. - М.-1995. -С. 17-19,

. Антропов Ю.Ф. Особенности клинических проявлений психосоматических расстройств у детей и подростков // Педиатрия, 1996, №"1. - С. 106-107.

. Антропов Ю.Ф. Роль депрессии в патогенезе психосоматических гастроэнтерологических расстройств у детей и подростков // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. - ML, 1996. - С.20-22.

. Антропов Ю.Ф. Психосоматические двигательные нарушения в структуре депрессии у детей и подростков // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1997, № 1. - С. 19-23

. Антропов Ю.Ф. Аффективные нарушения и расстройства желудочно-кишечного тракта у детей и подростков // Педиатрия, 1997, № 3. -С. 52-56.

. Антропов Ю.Ф. Депрессии невротического уровня у детей и подростков // Старые и новые проблемы пограничной психиатрии. - М., 1997. -С. 16-23.

. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков - М., 1997. -198 с.

. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков // Российский психиатрический журнал, 1998, №3. - С. 61-69.

. Антропов Ю.Ф. Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы при депрессии у детей и подростков //Педиатрия, 1998, № 6. - С.36 - 40.

. Атаханов Ш.Э., Робертсон Д. Ортостатическая гипотония и вегетативная недостаточность (механизмы и классификации). Кардиология 1995; 3: 41-50.

. Ахметжанова Х.М. Характеристика вариантов первичной артериальной гипотензии у детей и ее значение как фактора риска ишемической болезни сердца: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1988; 24.

. Ахудаев Э.М. Исследование вегетативного гомеостаза сердечно-сосудистой реактивности и факторов риска атеросклероза у сельских школьников с вегетососудистой дистонией гипер- и гипотонического типа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Андижан 1991; 27.

23. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. М 1987; 2: 136-197.

24. Белоконь Н.А., Осокина Г.Г., Леонтьева И.В. Вегето-сосудистая дистония у детей: клиника, диагностика, лечение (методические рекомендации). М 1987; 24.

25. Белоконь Н.А., Шварков С.Б., Осокина Г.Г. Подходы к диагностике синдрома вегетососудистой дистонии у детей. Педиатрия 1986; 1: 37-41

26. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Заболевания вегетативной нервной системы. М 1991; 622.

. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. Неврозы (клинико-патогенетические аспекты, диагностика, лечение и профилактика). М 1995; 231.

. Волков В.С., Виноградов В.Ф. Нейроциркуляторная дистония (вопросы терминологии, классификации, патогенеза, клиники, диагностики и лечения). В кн.: Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. М 1981; 39-57.

. Засухина В.Н., Федорова Е.В. Гипертонические состояния у детей и подростков. М 1969; 154.

. Игишева Л.Н., Ботин С.В., Галеев А.Р. Особенности регуляции сердечного ритма у подростков с повышенным артериальным давлением. Педиатрия 1995; 6: 17-21.

. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2005. - 400 с.

. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб.: Питер, 2000

. Исаев Д.Н. психология больного ребёнка. СПб., 1993. 76 с.

. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков. М., 1986. С.74-75.

. Калюжная Р.А. Гипертоническая болезнь у детей и подростков. Л 1980; 208.

. Киреева И.П., Осокина Г.Г., Северный А.А. Вегетососудистая дистония у студентов: клиника, лечение, реабилитация (методические рекомендации). М 1994; 30.

. Ковалев В.В. Соматические и психосоматические аспекты депрессии у больных общесоматической практики // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. М., 1984. С.91-92

. Колосова О.А. Головные боли: основные формы, диагностика, лечение. Рос мед журн 1997; 3: 30-32.

. Курочкин А.А. Варианты альфа-адренорецепторной реактивности периферических сосудов у детей с нейроциркуляторной дистонией и их дифференциальная коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1993; 27.

. Кухтевич И.И. Церебральная ангиодистония в практике невропатолога и терапевта. М 1994; 160.

. Кушнир С.М. Нейроциркуляторная дистония кардиального типа у детей пубертатного периода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тверь 1994; 16.

. Леонтьева И.В., Царегородцева Л.В. Кардиалгии. В кн.: Кардиология детского возраста. Тверь 1995; 45-52.

. Леонтьева И.В., Брутман В.И., Ахметжанова Х.М., Курочкин А.А. Первичная артериальная гипотензия: клиника, диагностика, лечение. Метод. рекомендации. М 1992; 26.

. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония. Чебоксары 1995; 250.

. Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. М 1985; 192.

. Меерсон Ф.З., Халфен Э.Ш., Лями Н.П. Влияние стрессорной и физических нагрузок на ритмическую деятельность сердца и состояние адренергической регуляции у больных нейроциркуляторной дистонией. Кардиология 1990; 5: 52-56.

. Надеждина Е.А., Зардашвили В.Ш. Современные аспекты артериальной гипотензии у детей. М 1987; 67.

. Острополец С.С. Фитотерапия вегетососудистой дистонии у детей. МРЖ, Педиатрия 1988; 4: 57.

. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. СПб.: Питер, 2004. - 202 с.

. Покалев Г.М. Нейроциркуляторная дистония. Нижний Новгород 1994; 300.

. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. - СПб.: Питер, 2007. - 192 с.

. Солдаткин Э.В., Княжицкая Н.С., Михайлова О.В. Диспансеризация больных с вегетососудистой дистонией (учебное пособие для врачей-слушателей). Л 1990; 36.

. Спивак Е.М. Клинико-патогенетичесие варианты и основы формирования вегетативной дисфункции в раннем и дошкольном детском возрасте: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Нижний Новгород 1993; 46.

. Трошин В.Г., Жигулин Н.И. Сосудистые заболевания мозга и кардиальные дисфункции. Иркутск 1991.

. Трошин В.Д., Покалев Г.М. О терминологии и систематизации нейроциркуляторных расстройств сосудистой системы. Сов мед 1980; 11: 48-51.

. Шац И. К. Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Л., 1989. - 26 с.

57. Cinciripini P.M. Cognitive stress and cardiovascular reactivity. Am Heart J 1986; 112: 5: 1051-1065.

. Falkner B. Реактивность сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста. Кардиология

59. Geoge J. Cararasos Neurocirculatory Asthenia. In: Stress and Heart. New York 1981; 219-244.

60. Hastrup J.L. et al. Cardiovascular Responsivity to Stress. Family Patterns and the Effects of

. Instructions. J psychosom Res 1986; 30: 2: 233-241.

62. Ibsen K. Statistical Analysis of Factors Influencing Blood Pressure in Children and Adolescents.

63. Acta med Scand 1985; 693: 41-46.

64. Julius S., Weder A., Hinderliter A. et al. Handbook of Stress, Reactivity and Cardiovascular

. Desease. New York 1985; 41-81.

. Lauer R., Anderson A., Beaglehole R. et al. Factors Related to Tracking of Blood Pressure in Children. J Hypertention 1984; 6: 3: 307-315.

67. Schatz I. Orthostatic Hypotension. II. Clinical Diagnosis, Testing and Treatment. Arch intern med 1984; 144: 5: 1037-1044.

Приложение № 1

эмоция психосоматический астения вегетативный

Бланк опросника CDI

Инструкция: « Прочитайте внимательно каждую группу приведенных ниже утверждений и зачеркните соответствующий квадратик, в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

.□ У меня редко бывает грустное настроение.

□ У меня часто бывает грустное настроение.

□ У меня все время грустное настроение.

.□ У меня никогда ничего не получится.

□ Я не уверен, что у меня все получится.

□ У меня все получится.

.□ В основном я все делаю правильно.

□ Я многое делаю не так.

□ Я все делаю неправильно.

.□ Многое для меня является забавным.

□ Некоторые вещи меня забавляют.

□ Ничто меня не забавляет.

.□ Я все время себя плохо чувствую.

□ Я часто себя плохо чувствую.

□ Я редко себя плохо чувствую.

.□ Я думаю о неприятностях, происходящих со мной время от

□ Я беспокоюсь, что со мной могут произойти неприятности.

□ Я уверен, что со мной произойдет что-то ужасное.

.□ Я себя ненавижу.

□ Я себе не нравлюсь.

□ Я доволен собой.

.□ Все плохое происходит по моей вине.

□ Многие плохие вещи происходят из-за меня.

□ Во всем плохом, что происходит со мной, нет моей вины.

.□ Я не думаю о самоубийстве.

□ Я думаю о самоубийстве, но никогда его не совершу.

□ Я хочу покончить с собой.

.□ Желание заплакать я испытываю каждый день.

□ Желание плакать появляется у меня довольно часто.

□ Желание заплакать я испытываю редко.

.□ Меня все время что-то беспокоит.

□ Меня часто что-то беспокоит.

□ Меня редко что-то беспокоит.

□ Я люблю находиться среди людей.

□ Я не люблю часто бывать с людьми.

□ Я вообще не хочу быть с людьми.

.□ Я не могу изменить свое мнение о чем-либо.

□ Мне сложно изменить свое мнение, о чем либо.

□ Я легко изменяю свое мнение

.□ Я выгляжу хорошо.

□ В моей внешности есть недостатки.

□ Я выгляжу безобразно.

.□ Я должен постоянно заставлять себя делать домашнее задание.

□ Я часто должен заставлять себя делать домашнее задание.

□ У меня нет проблем с подготовкой домашнего задания.

.□ Я плохо сплю каждую ночь.

□ Я часто плохо сплю.

□ У меня нормальный сон.

.□ Я редко чувствую себя усталым.

□ Я часто чувствую себя усталым.

□ Я все время чувствую себя усталым.

.□ У меня часто нет аппетита.

□ Иногда у меня нет аппетита.

□ Я всегда ем с удовольствием.

.□ Меня не беспокоят ни боль, ни недомогание.

□ Меня часто беспокоят боль или недомогание.

□ Я все время испытываю боль или недомогание.

.□ Я не чувствую себя одиноким.

□ Я часто чувствую себя одиноким.

□ Я все время чувствую себя одиноким.

.□ В школе ничто не доставляет мне радости.

□ В школе мне бывает приятно только время от времени.

□ Мне часто радостно в школе.

.□ У меня много друзей.

□ У меня есть друзья, но я бы хотел, чтобы их было больше.

□ У меня совсем нет друзей.

.□ С учебой у меня все хорошо.

□ Моя успеваемость ухудшилась по сравнению с прошлым.

□ Я плохо успеваю по предметам, которые раньше мне давались легко.

.□ Я никогда не стану таким же благополучным человеком, как другие.

□ Я могу стать таким же благополучным человеком, как другие, если

□ Я такой же благополучный, как и остальные люди.

.□ Меня никто не любит.

□ Я не уверен, что меня хоть кто-нибудь любит.

□ Я уверен, что меня кто-то любит.

.□ Я часто делаю то, что мне говорят.

□ В большинстве случаев я не делаю того, что мне говорят.

□ Я никогда не делаю то, что мне говорят.

.□ Я хорошо лажу с людьми.

□ Я часто ссорюсь.

□ Я постоянно ввязываюсь в ссоры.

Приложение №2

Опросник для выявления признаков вегетативных изменений

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Вопросы | Да | Нет | сумма баллов |
| 1 | Отмечаете ли вы (при любом волнении) склонность к: а)покраснение лица? б) побледнение лица | 3 3 | 0 |  |
|  |  |  | 0 |  |
| 2 | Бывает ли у Вас онемение или похолодание : а)пальцев кисте рук, стоп? б)целиком кистей, стоп? | 3 4 | 0 |  |
|  |  |  | 0 |  |
| 3 | Бывает ли у Вас изменеие окраски (побледнение, покраснение, синюшность): а)пальцев кистей рук, стоп? б)целиком кистей, стоп? | 5 5 |  0 |  |
|  |  |  | 0 |  |
| 4 | Часто ли у Вас бывает ощущение сердцебиения, "замирания", "остановки сердца"? | 7 | 0 |  |
| 5 | Отмечаете ли вы повышенную потливость? В случае ответа "Да" подчеркните слово "постоянная" или "при волнении" | 4 | 0 |  |
| 6 | Часто ли у Вас бывает ощущения затруднения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание? В случае ответа "Да" уточните: при волнении, в душном помещении (подчеркните нудное слово) | 7 | 0 |  |
| 7 | Характерно ли для Вас нарушение функции пищеварительного тракта: склонность к запору, поносу, "вздутию" живота, боль? | 6 | 0 |  |
| 8 | Бывают ли у Вас обмороки (потеря внезапно сознания или чувство что можете его потерять)? Если "Да", то уточните условие: душное помещение, волнение, длительность пребывания в вертикальном положении (подчеркните нужное слово) | 7 | 0 |  |
| 9 | Бывает ли у Вас приступообразная головная боль? Если "Да", то уточните: диффузная или только половина головы, "вся голова", сжимающая или пульсирующая (нужное подчеркнуть) | 7 | 0 |  |
| 10 | Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость? | 5 | 0 |  |
| 11 | Отмечаете ли Вы нарушение сна? В случае ответа "Да" уточните: а)трудность засыпания; б)поверхностный, неглубокий сон в)с частыми пробуждениями; г)чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром | 5 | 0 |  |
| Общая сумма баллов |  |