

УДК: 616.89-06:616.1/6-053.2

Л.В. Пипа, Ю.М. Лисиця, Р.В. Свістільнік

Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина I)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2015.2(66):123-128; doi 10.15574/SP.2015.65.123

Наведено аналітичний огляд світової літератури; висвітлено актуальність, сучасні погляди на патогенез, клініку, діагностичні критерії соматоформних розладів у дітей і підлітків та соціальне значення цих захворювань. Розглянуто ключові рекомендації щодо лікування і профілактики соматоформних розладів у дітей та підлітків згідно з останніми світовими рекомендаціями, заснованими на доказовій медицині.

Ключові слова: соматоформний розлад, невроз, вегетативна дисфункція, діти.

Вступ

Концепція соматоформних (психосоматичних) розладів, як самостійного варіанту невротичних порушень, що проявляються функціональними розладами внутрішніх органів і систем та хронічними больовими синдромами, залишається дискусійною. При поглибленому психіатричному дослідженні у хворих на соматоформну патологію завжди виявляються афективні, тривожно-фобічні, obsesивно-компульсивні, астеничні, патохарактерологічні розлади. Однак специфіка структури клінічних проявів і її динаміка змушує виділяти соматоформні розлади в особливий різновид неврозів [14].

Невроз — це функціональний розлад вищої нервової діяльності, обумовлений впливом психотравмуючого фактора, що перебігає з емоційними і соматовегетативними порушеннями [10].

Багатьма дослідниками стверджується, що емоції, точніше їх зміни, особливо в негативному плані, призводять до цілого ряду тілесних (соматичних) порушень [1].

Психосоматичні симптоми надзвичайно розповсюджені у дітей і підлітків через важкість в повній мірі виражати свої емоції та почуття при спілкуванні (алекситимія), тому зазвичай психологічні проблеми можуть мати прояв на фізичному рівні у вигляді функціональних розладів з боку внутрішніх органів [19,35,37].

Соматоформний розлад (СР) характеризується численними фізичними симптомами і скаргами (з боку шлунково-кишкового тракту, респіраторної, серцево-судинної систем, псевдоневрологічними розладами тощо), які навіть за наявності будь-якого соматичного розладу не можуть пояснити характер і виразність симптомів, їх вплив на життєдіяльність хворого. Ці скарги призводять до частих звернень до лікаря, додаткових непотрібних досліджень і маніпуляцій, а у дітей викликають сімейну і соціальну дезадаптацію, пропуски в школі, погіршення навчання [8,12,24,34,35].

Практично всі клінічні варіанти неврозів супроводжуються вегетативною дисфункцією [5,14]. Вегетативні розлади зустрічаються у 50–70% дітей і є найбільш поширеними патологічними станами, з якими діти або їхні батьки звертаються до лікаря [5]. Дотепер в літературі дискутуються питання термінології, патогенезу, діагностики і лікування вегетативних розладів. Для їх визначення використовується велика кількість термінів: невроз серця, нейроциркуляторна дистонія (НЦД), вегетосудинна дистонія (ВСД) та ін. На практиці у дітей з вегетативними розладами зустрічаються також функціональні зміни в різних органах і системах. Сам термін «вегетосудинна дистонія» вказує лише на наявність порушення

регуляції судинного тону. Відповідно ВСД є лише складовою НЦД. Найбільш повно відображає вегетативні порушення різних органів і систем термін «синдром вегетативної дисфункції або дистонії» (СВД) [2,11].

Синдром вегетативної дисфункції — патологічний стан, який характеризується порушенням вегетативної регуляції внутрішніх органів, судин, обмінних процесів внаслідок первинно або вторинно обумовлених морфофункціональних змін у вегетативній нервовій системі. Він може мати перманентний (постійний), пароксизмальний і змішаний перебіг [4].

Отже, СВД є складовою СР і може визначатись як соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи [14].

Висока чутливість дитячого організму до впливу факторів зовнішнього середовища, різке підвищення стресових впливів на дітей шкільного віку з одночасним зниженням їх адаптаційних можливостей, мінлива система загальної середньої освіти призводять до широкого розповсюдження і постійного зростання психосоматичних (або соматоформних) розладів у даній когорті населення [15].

Загальна поширеність СР у світі становить 9–20%, а з довічним розповсюдженням — 12,9% [34,35]. Вважається, що від 2% до 10% дітей скаржаться на різноманітні больові синдроми (біль в животі, в суглобах, головний біль), які не можна пояснити з медичної точки зору при огляді і обстеженні [35,37]. Частіше СР виникають в підлітковому віці — у 10–25% випадків, переважно у дівчаток (біля 11% дівчаток і 4% хлопчиків) [5,24,31,35]. Багаторазові дослідження, часта госпіталізація і порушення працездатності у дорослих та дітей з СР призводять до значних економічних витрат [34].

Етіологія та патогенез

Попри помітне посилення зацікавленості до психосоматичної проблеми в останнє десятиліття, досі не сформована єдина теорія психосоматичного патогенезу з урахуванням впливу психосоціальних факторів, що утруднює етіопатогенетичне лікування СР. З іншого боку, перебільшене значення психогенних факторів деякими практичними психологами і, відповідно, лікування за допомогою тільки психотерапевтичних методів також є недостатньо ефективним [7,16,34].

Соматоформний розлад відносять до мультифакторних захворювань. Однак робіт, присвячених спеціальному вивченню факторів ризику виникнення СР на вибірках дітей і підлітків, до цього часу опубліковано небагато [5,15].

Визначають специфічні і неспецифічні етіологічні фактори СР. До неспецифічних факторів відносять

генетичні, фактори дитинства (бідність, втрата одного з батьків, зловживання психоактивними речовинами), об'єктивні фактори, пов'язані з пошуком вигоди для хворого (виплати по хворобі, відпочинок, підвищена увага оточуючих, піклування, співчуття). До специфічних факторів відносять реакцію на стрес, наявність соматичних захворювань в сім'ї, ятрогенні фактори (надання великого значення лікарем незначним змінам при звичайних обстеженнях хворого) [31,34,35].

Розвитку соматовегетативних розладів у дітей дошкільного віку сприяє легкість виникнення негативних емоційних реакцій. Серед найбільш частих причин зустрічаються зрив звичного стереотипу поведінки (зміна кола спілкування або навколишньої обстановки), нераціональний режим дня, відсутність необхідних умов для гри і самостійної діяльності, створення однобічної афективної прив'язаності, неправильні виховні прийоми і відсутність єдиного підходу до дитини. У шкільному віці з'являються фактори конфлікту з однолітками і вчителями, нездатність справлятися зі шкільним навантаженням [4].

Частіше СР зустрічаються у дітей із сімей з низьким соціально-економічним статусом, у дітей, де у членів сім'ї є тривожні і депресивні розлади, наявність хронічної соматичної патології, фізичне і сексуальне насилья [20,35,36].

У дослідженнях А.Н. Родионова та ін. (2014) у високоінтелектуальних дітей шкільного віку були виявлені наступні важливі статистично значущі фактори ризику, які впливали на розвиток СР: патологія вагітності і пологів (43,3%), хронічні синусити і тонзиліти (45,0%), порушення постави і сколіозу (66,7%), патологія ендокринної системи (46,7%), додаткові навчальні навантаження (90,0%) [15].

За даними Н.А. Кравцової та ін. (2013), фактори перинатального ризику у дітей з ПСР були виявлені у 98,3% випадків. У сім'ях, де діти мали ПСР, відмічались неадекватні типи виховання: гіперопіка і гіперпротекція (47,3%), гіперсоціальний тип виховання (14,3%), емоційна деривація дитини (13,1%), гіпоопіка (29,3%). Також було визначено, що серед дітей молодшого шкільного віку з СР переважала неадекватно занижена загальна самооцінка [16].

Обтяженість спадковості психічними захворюваннями спостерігалась у 15,0% хворих на СР, з них у 10,7% — неспсихотичного характеру і в 4,3% — психотичного. Соматоформні розлади у найближчих родичів відмічались в 40,6 % випадків, з них 18,8% мали СР тих самих органів і систем. Патологічні особливості особистості виявлялися в 84,4% батьків [1].

Як показує досвід, психічні травми, які призвели до СР, здебільшого не були шокowymi або субшокowymi, а мали характер індивідуально значущого міжособистісного або внутрішньоособистісного конфлікту. Для більшості людей такий конфлікт не виходить за рамки звичайного життєвого випробування і не тільки не призводить до дистресу, але й загартовує людину [18].

Розуміння «психосоматичної структури особистості» розкривається в рамках наступної ланки етіопатогенетичного ланцюга, який узагальнено можна назвати психотипом. Найбільш значущими психологічними властивостями, що впливають на адаптацію в дитячо-підлітковому віці, є особливості емоційного статусу та емоційного реагування (емоційна стійкість, рівень тривожності) і особистісно-характерологічні якості — сенситивність, сором'язливість, боязкість, педантизм. Прогностично найбільш значущими орієнтирами є показники рівня тривожності, як особистісної, так і ситуативної. Високий ризик розвитку СР у дітей корелює з циклоїдною та істероїдною структурами конституціональних психотипів, які відрізня-

ються виразністю астенічного, тривожного, депресивного, невротичного та істеричного реагування [18].

Окрім конституційно-типологічної схильності до розвитку СР того чи іншого органу або системи, безпосередня реалізація психосоматичного процесу закінчується «вибором органу», яким може стати «місце найменшого супротиву» в умовах додаткових функціональних навантажень в силу онтогенетичної незрілості, а також внаслідок попереднього пошкодження на субклінічному і/або клінічному рівні [18].

Таким чином, розглянутий етіопатогенетичний ланцюг психогенного СР загалом виглядає наступним чином: стресорні фактори — особистість — психотип — соматотип — системно-органна дефіцитарність. У випадку затяжного перебігу, як при будь-якому хронічному процесі, до даного ланцюга приєднується шоста ланка — механізми стійкого патологічного стану (за Н.П. Бехтеревою), замикаючи його в «порочне коло» інертної самопідтримуючої системи психосоматозу з вторинними інертними компенсаторно-патологічними утвореннями на рівні кожної ланки [18].

За сучасними уявленнями, у формуванні болю і розладів органів та систем беруть участь і залучені в процес деякі медіатори, цитокіни та інші біологічно активні речовини. Наприклад, визначено, що у хворих на синдром подразненого кишечника (СПК) з переважанням у клінічній картині діареї кількість ентерохромозинних клітин перевищує нормальні величини, однак залишається не визначеним, чи існує зв'язок між їх кількістю і об'ємом серотоніну в кишечнику. Як відомо, вивільнений серотонін викликає посилення моторики. Розлади моторної активності описані при різних варіантах СПК, однак їх роль у формуванні симптомів у більшості випадків не доведена. Сильні емоційні і зовнішні стресові фактори у здорових людей викликають також посилення моторики ШКТ. До біологічних змін, виявлених у хворих на СПК, можна віднести порушення цитокінового балансу у бік збільшення продукції прозапальних цитокінів, кількості ентерохромозинних клітин, а також зміни вмісту нейротрансмітерів у синапсах провідних шляхів больового імпульсу. Крім того, у хворих із СПК відмічається порушення функціонування антиноцицептивної системи, особливо зниження синтезу ендогенних опіатів. Також можливе порушення стимуляції голубуватої плями (locus coeruleus), яка пригнічує ноцицептивну відповідь у нейронах задніх роїв.

Отже в основі патологічного процесу при СПК лежать дисфункціонально-дисрегуляторні порушення, які спостерігаються в кіркових і підкіркових центрах, вегетативній нервовій системі, периферичному нейрореперторному апараті кишечника із системою нейротрансмітерів і біологічно активних речовин (ентеральна нервова система). Слід зазначити патогенетичну особливість больового синдрому при СПК, що має назву вісцеральної гіперчутливості і визначається двома характерними особливостями — гіпералгезією і алодинією. Гіпералгезія — це надмірне сприйняття больових стимулів, а алодинія — це стан, коли больові стимули, такі як, наприклад, тактильні, температурні і пропріоцептивні, викликають відчуття болю [9].

У патогенезі СПК також виявляються генетичні фактори. Родичі першого ступеня спорідненості з хворими на СПК мають вдвічі більший ризик розвитку даного функціонального розладу [27].

У респіраторній системі при СР головним проявом є гіпервентиляційний синдром (ГВС), який також супроводжується системними проявами. Основним етіологічним фактором ГВС є тривожно-депресивні, рідше — істеричні

розлади. Саме психічні розлади дезорганізують нормальне дихання і призводять до ГВС. Важливу роль у патогенезі ГВС відіграють складні біохімічні зміни, особливо в системі кальцій-магнієвого гомеостазу. Мінеральний дисбаланс призводить до дисбалансу в системі дихальних ферментів, сприяючи розвитку гіпервентиляції. Звичку неправильно дихати формують минулий життєвий досвід, а також стресові ситуації, перенесені в дитинстві. Психогенний фактор (тривога) дезорганізує дихання, внаслідок чого виникає гіпервентиляція. Збільшення легеневої, альвеолярної вентиляції призводить до стійких біохімічних зсувів, надмірного видалення CO₂ з організму, розвитку гіпокапнії зі зниженням парціального тиску CO₂ в альвеолярному повітрі і кисню в артеріальній крові, а також до респіраторного алкалозу. Ці зміни сприяють формуванню патологічних симптомів, таких як м'язово-тонічні, алогічні, чутливі та інші порушення, які посилюють психічні порушення і формують патологічне коло [17].

Досить часто СР може бути одним із проявів тривожних розладів та депресії [19,30,37]. За П. К. Анохіним, вісцеро-вегетативна симптоматика з'являється лише одночасно з депресивним афектом, і лише за однією вегетативною реакцією можна судити про його наявність [4].

Однак, попри велику кількість наукових робіт у галузі психосоматичних взаємовідносин, їх порушень і методів лікування, на разі залишається невідомим механізм «переключення» з психічного рівня на соматичний [7].

Клініка

У дослідженнях А.Н. Родіонова і співавт. (2014), які досліджували клінічні прояви психосоматичних розладів у високоінтелектуальних дітей шкільного віку, виявлено вегетативну дисфункцію у 73,3%, яка свідчила про порушення лімбіко-діенцефально-стовбурової регуляції вегетативних функцій; функціональні розлади кишечника у 43,3% дітей, що проявлялось рецидивними болями в животі за відсутності запальних змін, діареєю (27,3%), закрепам (10,3%), СПК (7,5%); функціональні розлади жовчовивідних шляхів у 41,6% дітей; ожиріння — у 24,8%; артеріальну гіпертензію — у 16,9%; гіпотензію — у 8,4%; синкопальні стани — у 6,84%; бронхіальну астму та atopічний дерматит — у 1,7% хворих дітей [15].

За даними J. Bisht et al. (2008), з 124 обстежених дітей із СР 57,3% відповідали критеріям конверсійного розладу, 25,2% мали недиференційований СР. Серед дітей з СР переважали дівчатка. Найбільш частими симптомами СР у цих дітей були біль у животі (52,8%) і головний біль (52,8%), синкопальні стани (52,1%), атаксія (43,7%) [23].

Соматоформні розлади з боку серцево-судинної системи

Проблема співвідношення серцево-судинних і психічних розладів у дітей та підлітків привертає увагу багатьох дослідників, як педіатрів, так і психіатрів, протягом багатьох років. Майже всі обстежені діти із СР скаржаться на короткотривалі болі в серці, іноді з відчуттям стиснення, завмирання серця, зміни частоти серцебиття (частіше тахікардія), коливанням артеріального тиску. Вегетативна дисфункція при цьому часто проявляється короткочасним підвищенням артеріального тиску на 10–20 мм рт. ст., появою головного болю, запаморочення, іноді носовими кровотечами, нудотою; або зниженням артеріального тиску на 5–15 мм рт. ст. від норми і супроводжується блідістю, слабкістю, втомою, запамороченням [1,2,5]. У 30% хворих виявляється екстрасистолічна аритмія, яка проявляється відчуттям перебоїв у роботі

серця, завмиранням серця, відчуттям поштовхів, запамороченням, змінами на ЕКГ у вигляді надшлуночкових чи шлуночкових екстрасистол, змін у сегменті S-T у вигляді інверсії зубця Т або його підйому, синдрому ранньої реполяризації [2]. Психіатричне обстеження хворих на серцево-судинну патологію в поєднанні зі СР в інших органах і системах дозволило виявити у всіх обстежених дітей афективні порушення у вигляді різного ступеня депресії, невротичних розладів, які в 30% проявлялись психопатологічними станами, а в 70% — іншими психічними розладами. Важлива роль депресії у патогенезі серцево-судинних та інших ПСР підтверджується високою ефективністю лікування антидепресантами [1].

Соматоформні розлади з боку дихальної системи

Хвороби, основним симптомом яких є порушення дихання, становлять найбільш розповсюджений вид патології — до 50% загальної захворюваності. Обмеженість симптоматики з відсутністю явних ознак запалення, яка свідчить частіше про психогенне походження респіраторних розладів, іноді ставить у глухий кут педіатрів і лікарів більш вузького профілю (пульмонологів, алергологів та ін.). Дихальні порушення у частині дітей досить стійкі по відношенню до терапії із застосуванням бронхолітиків, схильні до рецидиву і часто розцінюються як напади бронхіальної астми [1,5].

Респіраторні розлади психогенного характеру мають назву «гіпервентиляційний синдром» (ГВС).

Перший клінічний опис ГВС належить лікарю J. Da Costa, який спостерігав за солдатами, що брали участь у громадянській війні 1842 року. Він вивчав порушення дихання і пов'язані з ним різні неприємні відчуття в ділянці серця, називаючи їх «солдатським серцем». Підкреслювався зв'язок патологічних симптомів з фізичним навантаженням, звідси ще один термін — «синдром зусилля». Lewis у 1918 році запропонував термін НЦД, яким до цього часу користуються терапевти [2,17].

Найбільш часто у хворих відмічається покашлювання, недостатність і утруднення вдиху, відчуття нестачі повітря зі збільшенням частоти дихання, частим шумним диханням із залученням м'язів грудної клітки. Такі стани діти характеризують як «не можу вдихнути», «тяжко вдихати», «ком за грудиною чи в горлі». Нерідко напад має явно психогенний характер, оскільки кашель чи порушення дихання виникає у відповідь на зауваження, критику в адрес дитини, зневажання і навіть елементарне її ігнорування. Тривалість нападopodobної задишки у дітей дошкільного віку невелика — 5–10 секунд і супроводжується зблідненням обличчя. У деяких випадках задишку супроводжує нав'язливий кашель, що при посиленні призводить до затримки дихання і розвитку синкопальних станів, з короткочасною втратою свідомості, іноді з вигинанням, вивертанням рук, зведенням пальців рук та ніг. Іноді часте дихання супроводжується позіханням, попірхуванням. Затяжний характер нападу з шумним і частим диханням, коли вдих вкорочений, а видих подовжений з відчуттям задухи, потреба свіжого повітря на висоті нападу часто розцінюється педіатрами або алергологами як прояв бронхіальної астми. При цьому відмічається страх смерті з благаннями про допомогу, психомоторним збудженням, набуваючи вигляду панічних атак [1,2].

У сумнівних випадках проводять пробу з гіпервентиляцією протягом 2–3 хвилин, при виконанні якої виникають вищевказані симптоми, які зникають при вдиханні суміші газів, які містять 5% CO₂, або диханням у целофановий мішок [2].

Таблиця

Клінічні прояви ГВС

Симптоми	Характер порушень
Дихальні порушення	Пусте дихання, порушення автоматизму дихання, затруднене дихання, гіпервентиляційні еквіваленти (зітхання, кашель, позіхання, сопіння)
Емоційні порушення	Тривога, страх смерті від ядухи, відчуття напруги
М'язово-тонічні розлади (нейрогенна тетанія)	Чутливі порушення (оніміння, поколювання, печія, парестезії в різних частинах тіла), судомні феномени (спазми м'язів, «рука акушера», карпопедальні спазми), симптом Хвостека II–III ст., позитивна проба Труссо

Загальні клінічні прояви ГВС систематизовані в таблиці [17].

Поряд з класичними пароксизмальними і перманентними проявами ГВС у хворих відмічаються інші притаманні психовегетативному синдрому розлади: біль у ділянці серця, серцебиття, дискомфорт і стискання в грудній клітці. Об'єктивно відмічаються лабільність пульсу і тиску, на ЕКГ — флуктуація сегменту S-T і екстрасистолія, акроціаноз, дистальний гіпергідроз, феномен Рейно; розлади ШКТ: посилення перистальтики, відрижка повітрям, здуття живота, нудота, біль у животі; зміни свідомості у вигляді відчуття нереальності, ліпотимії, запаморочення, нечіткість зору, туман перед очима [2,17].

Соматоформні розлади з боку ШКТ

Хвороби органів ШКТ входять у число найбільш розповсюджених соматичних захворювань дитячо-підліткового віку. Більша частина цих захворювань представлена вегетативно-вісцеральними, функціональними порушеннями ШКТ або алгічними проявами. ПСР травної системи виступають у вигляді порушення апетиту, аерофагії, нудоти, блювоти, болю в животі, метеоризму, порушення стільця (закрепи або діареї), часто поєднуються з вегетативними порушеннями в інших органах і системах, але можуть бути і моносимптомними. Порушення апетиту зазвичай проявляється в його зниженні, обмежені вживання їжі, іноді відмовою від неї. У старшому віці мотивація часто була пов'язана з надцінним бажанням зменшити масу тіла. Нудота може виникати спонтанно або бути пов'язана з вживанням їжі, її запахом, іноді самими думками про їжу. Блювота відмічається переважно після вживання їжі, рідше — після хвилювання чи психотравми. Біль у животі часто не супроводжувався нудотою або блювотою. Зазвичай він спостерігається в епігастральній ділянці, рідше — у ділянці пупка та інших відділах живота. Дітям часто важко описати більові відчуття і не завжди можуть визначити їх характер. Як правило, вони носять стискуючий, колючий, ниючий характер з наступною дослівною характеристикою: «крутить», «пече», «випинає», іноді має незвичний відтінок — «коле як голкою», «болить аж тяжко дихати», «б'є із середини», «болить і надувається, як барабан». Для цих дітей притаманне зменшення болю при відволіканні уваги розмовою або грою, навіть при пальпаторному обстеженні живота. Причина болю називається не завжди, ще рідше називається орган, який болить. Тривалість болю становить від декількох хвилин до декількох днів та місяців. Зазвичай описані вище явища діагностуються як хронічний гастродуоденіт, дискінезія жовчовивідних шляхів, виразкова хвороба шлунка, синдром мальабсорбції, дисбактеріоз, хронічний панкреатит, коліт тощо [1,2,5].

Також у рамках ПСР ШКТ визначають психогенну дисфагію (порушення ковтання), гастрокардіальний синдром Рехмельда (поєднання болю в животі з кардіальними болями, аерофагією та іншими вегетативними

розладами) та клубок в горлі (globus hystericum), який виникає внаслідок підвищеної нервово-м'язової збудливості м'язів гортані та стравоходу з їх спазмами в структурі ГВС [2].

Таким чином, ПСР ШКТ у дітей являють собою емоційні порушення, які клінічно проявляються в локалізованих вегето-вісцеральних реакціях та афективних порушеннях (субдепресія, маскована депресія та депресивний епізод) різного ступеня та виникає у дитячому віці при функціональній перенапрузі травної системи і/або конституційної схильності до захворювань ШКТ [1].

Класичним представником СР з боку ШКТ є синдром подразненого кишечника (СПК).

Синдром подразненого кишечника — функціональний розлад кишечника, при якому біль або дискомфорт у животі пов'язані з дефекацією, зміною частоти і характеру стільця або іншими ознаками порушення випорожнення [3,9,27].

Періодичні болі в животі є важливою характеристикою СПК, що описано в 1958 році J. Apley і N. Naish, і часто асоціюються у дітей з тривогою [21]. Перший клінічний опис СПК у дорослих було опубліковано Powel в 1818 році. А.Р. Manning у 1978 році виділив найбільш достовірні симптоми СПК, які отримали назву «критерії Меннінга» якими користувалися до появи в 1999 році Римських критеріїв [3].

Щоб відрізнити ці розлади, що мають хронічний характер, від транзиторних порушень з боку ШКТ, згідно з III Римськими критеріями, вони повинні зустрічатися протягом щонайменше шести місяців і проявлятися не менше трьох діб на місяць протягом останніх трьох місяців і бути пов'язаними з двома або більше наступними критеріями: покращення після дефекації, початок пов'язаний зі зміною частоти стільця, початок пов'язаний зі зміною форми стільця. Таким чином, на основі останніх рекомендацій запропоновано класифікувати всіх хворих з СПК на наступні типи: СПК з переважанням закрепів (IBS-C), СПК з переважанням діареї (IBS-D), змішаний СПК (IBS-M) і неспецифічний СПК [9,13,27].

Психологічні фактори (тривога, депресія, соматизація, іпохондрія) відіграють суттєву роль у розвитку симптомів і здатні впливати на емоційну оцінку їх тяжкості, погіршувати якість життя, спонукаючи хворих до частого звернення за медичною допомогою [9,21].

Помічено, що в шкільному віці у дітей переважає варіант СПК з больовим синдромом та метеоризмом. Зазвичай діти погано локалізують біль в животі, однак діти дошкільного віку частіше вказують на ділянку пупка, а діти старшого віку — на низ живота, частіше зліва. Загострення абдомінального синдрому зазвичай пов'язане зі стресом, фізичним навантаженням, порушенням харчування тощо. Характерним є поява болю в животі після їжі, через 20–30 хвилин, який посилюється перед актом дефекації та зменшується після випорожнення кишечника. Важливим фактом є відсутність симптомів СПК під час сну. Крім болю хворі можуть скаржитися на відчуття здуття і розпирання живота, збільшення його розмірів, появу бурчання і метеоризму. При СПК стілець зазвичай з малою кількістю калу, що нагадує «овечий» або набуває стрічкоподібної форми або форми олівця [3].

Варіант з переважанням діареї у дітей спостерігається рідше. Дитину непокоїть частий рідкий стілець (2–4 рази/добу) світлого кольору, іноді з домішками слизу і залишків неперетравленої їжі, який спостерігається

ся переважно вранці, після сніданку. Такі виразні клінічні прояви в літературі отримали назву «синдром ранкової бурі» (morning rush syndrome). Потім протягом дня діти почувують себе добре [3].

Соматоформні розлади з боку шкіри

Патологія шкірних покривів, обумовлена психогенним фактором, відмічається дослідниками протягом багатьох десятиліть. Ще у 19 сторіччі Е. Esquirol і В.А. Morel відмічали чергування манії та меланхолії з різними шкірними висипами. У 1878 році L. Kipn звернув увагу на зв'язок депресії з розвитком кропив'янки і свербіжу.

Шкірні ПСР здебільшого виступають у вигляді різного ступеня виразності шкірного свербіжу, частіше з локалізацією в ліктьових і підколінних ямках, рідше — в інших частинах тіла, ще рідше тотального, який збільшується ближче до вечора та нерідко непокоїть і вночі, призводить до розчісування. Свербіж — це слабкий прояв болю, який може підсилюватися настільки, що відчувається як біль. Таким чином, ПСР шкіри у дітей і підлітків є вегетативно-судинним проявом емоційних порушень, з яких депресія відіграє ключову роль [1].

Соматоформні розлади з боку ендокринної системи

Співвідношення психічного і соматичного в забезпеченні життєдіяльності організму з достатньою визначеністю проявляється у взаємодії ЦНС і ендокринної системи. Ці системи найбільш тісно пов'язані і доповнюють одна одну. У ряді досліджень, присвячених цій проблемі, визначається значна роль і навіть визначальна роль психічних розладів з виникненням порушень менструального циклу у жінок, діабету, ожиріння та інших патологій ендокринної системи. За даними деяких авторів, лише у незначній частині хворих ожиріння має органічну природу, також психогенні фактори мають переважну роль у виникненні діабету [1].

Так, ожиріння привертає увагу педіатрів як одне з вірогідних ПСР. Його поширеність значна і становить між 3–6 роками життя 16–17%, у молодшому шкільному віці (7–10 років) — 25–26%, а у дітей старше 10 років — 28–30% [5].

Соматоформні розлади з алгічними проявами

Больові прояви не завжди є симптомами органічної патології. Такий біль, обумовлений психічним порушеннями, зустрічається досить часто і, як правило,

не знімається навіть сильними анальгетиками. Особливо це стосується психогенного головного болю, який зустрічається частіше за інші типи головного болю. Такі цефалгії характеризуються больовими відчуттями незначного ступеня з відчуттям тиску ззовні в скроневих, лобних і потиличних ділянках. Їм притаманна постійність або неокреслена епізодичність, іноді з невиразними запамороченням, нудотою, вкрай рідко — блювотою з наступним полегшенням. У деяких випадках головний біль має виразний нападopodobний, мігренозний характер. Зазвичай цей біль провокується інтелектуальними і/або фізичними напруженнями, зміною погоди, зміною настрою та психотравмами. Серед інших алгічних синдромів у дітей може спостерігатися біль у ногах, рідко — в хребті та руках і має зазвичай характер міалгій, рідше — артралгій, які виступають часто як пролонговані, достатньо виражені з порушенням рухових функцій [1,8,25,35].

Функціональний біль у животі має часто дифузний характер або локалізується навколо пупка, який турбує протягом дня і зникає вночі та в період канікул [37].

Інші соматоформні розлади

Немаячні іпохондричні розлади (ІР) належать до психопатологічних станів, які нерідко спостерігаються в дитячому віці. В МКБ-10 ІР, як самостійний розлад, виділено в рубрику F45.2, яка віднесена до більш широкої рубрики F45 «Соматоформні розлади» [6,8,34].

На відміну від інших СР, при яких хворі фіксовані на самих соматичних симптомах з бажанням позбутися їх, при ІР мета звернення хворого до лікаря полягає у бажанні підтвердити чи спростувати підозри про важке захворювання. У фокусі уваги пацієнта з ІР знаходиться вірогідна хвороба і її можливі інвалідизуючі наслідки, однак ступінь впевненості хворого в наявності соматичної патології досягає рівня маячня, з неможливістю її переконати у зворотному. У хворих часто є соматичні скарги або вони постійно роблять спроби знайти у себе їх можливі об'єктивні ознаки. Вони постійно прислуховуються до своїх внутрішніх відчуттів, пов'язаних з нормальним функціонуванням внутрішніх органів, і можуть приймати їх за патологічні. Іпохондричні розлади часто корелюють з депресією, тривожними і особистісними розладами [6,10,14,35].

ЛІТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. — 2-е изд., испр. — М. : Изд-во Института психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. — 320 с.
2. Вегетативные расстройства. Клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. — М. : Мед. информ. аг., 2000. — 752 с.
3. Денисов М. Ю. Синдром раздраженного кишечника у детей: современные принципы реабилитации / М. Ю. Денисов, Т. И. Рябиченко. — Новосибирск, 2004. — 75 с.
4. Заваденко Н. Н. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков / Н. Н. Заваденко, Ю. Е. Нестеровский // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 2. — С. 93–101.
5. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб. : Речь, 2005. — 400 с.
6. Корень Е. В. Клиническая типологизация ипохондрических расстройств детским и подростковом возрасте / Е. В. Корень, А. М. Марченко // Соц. и клин. психиатрия. — 2010. — Т. 20, № 4. — С. 9–14.
7. Кравцова Н. А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) / Н. А. Кравцова // Сибирский психологи. журн. — 2005. — № 22. — С. 13–18.
8. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. — СПб. : Речь, 2003. — 288 с.
9. Маев И. В. Синдром раздраженного кишечника : пособ. для врачей / И. В. Маев, С. В. Черёмушкин. — М. : Форте принт, 2012. — 52 с. — (Практическая гастроэнтерология).
10. Марушкин Д. В. Неврозы у детей и подростков : учебн.—метод. пособ. / Д. В. Марушкин, Н. Я. Оруджев. — Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2007. — 45 с.
11. Неудахин Е. В. К вопросу о вегетативных расстройствах у детей (в порядке дискуссии по поводу проблем, затронутых в статье А. А. Курочкина с соав.: «Нейроциркуляторная дистония у детей и подростков — болезнь или пограничное состояние? / Е. В. Неудахин // Педиатрия. — 2003. — № 2. — С. 101–103.
12. Обухов С. Г. Курс лекций по психиатрии. Пособие для студентов лечебного факультета медицинских ВУЗов / С. Г. Обухов. — Гродно : ГрГМУ, 2006. — 137 с.
13. Синдром раздраженного кишечника у детей в свете Римских критериев III и роль иммуномодулирующей терапии в коррекции основных проявлений болезни / Ю. М. Спиваковский, Е. Н. Шульгина, А. С. Эйберман [и др.] // РМЖ. — 2010. — Т. 18, № 4. — С. 1–6.
14. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. — М. : ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. — 520 с.

15. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств / Н. А. Кравцова, А. В. Катасонова, А. Ю. Довженко [и др.] // Тихоокеанский мед. журн. — 2013. — № 4. — С. 48—55.
16. Факторы риска и структура психосоматических расстройств у высокоинтеллектуальных школьников / А. Н. Родионова, В. В. Долгих, Л. И. Колесникова, Л. В. Рычкова // International journal of experimental education. — 2014. — № 1. — С. 90—95.
17. Филатова Е. Г. Гипервентиляционный синдром: этиопатогенез, диагностика и лечение / Е. Г. Филатова // Фарматека. — 2006. — № 7. — С. 1—4.
18. Шевченко Ю. С. Концепция комплексной многоуровневой терапии детей и подростков (на модели психогенных психосоматических расстройств) / Ю. С. Шевченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2010. — № 1. — С. 19—29.
19. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder / B. Burba, R. Oswald, V. Grigaliunien, [et al.] // Can. J. Psychiatry. — 2006. — Vol. 51. — P. 468—471.
20. Berntsson L. T. Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2—17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996 / L. T. Berntsson, L. Kohler // Eur. J. Public Health. — 2001. — Vol. 11. — P. 35—42.
21. Challenges in Management of Irritable Bowel Syndrome in Children / S. Prosd paul, P. Barnard, C. Bigwood, D. C. Candy // Indian pediatrics. — 2013. — Vol. 50. — P. 1137—1143.
22. Citalopram treatment of pediatric recurrent abdominal pain and comorbid internalizing disorders: an exploratory study / J. V. Campo, J. Perel, A. Lucas [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2004. — Vol. 43. — P. 1234—1242.
23. Clinical Profile of Pediatric Somatoform Disorders / J. Bisht, N. Sankhyan, R. K. Kaushal [et al.] // Pediatrics. — 2008. — Vol. 45. — P. 111—115.
24. Garcia-Martin I. Duloxetine in the treatment of adolescents with somatoform disorders: a report of two cases / I. Garcia-Martin, E. M. Miranda-Vicario, C. A. Soutullo // Actas Esp. Psiquiatr. — 2012. — Vol. 40. — P. 165—168.
25. Garralda M. E. Chronic fatigue syndrome in childhood / M. E. Garralda, T. Chalder // Journal of Child Psychology and Psychiatry. — 2005. — Vol. 46. — P. 1143—1151.
26. Ghanizadeh A. A review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V / A. Ghanizadeh, A. Firoozabadi // Psychiatria Danubina. — 2012. — Vol. 24, № 4. — P. 353—358.
27. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management / R. Spiller, Q. Aziz, F. Creed [et al.] // Gut. — 2007. — Vol. 56. — P. 1770—1798.
28. Irritable bowel syndrome. Information about NICE. Clinical guideline 61. — London, UK : NICE, 2008. — P. 12.
29. Jordanova N. P. Biofeedback application for somatoform disorders and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children / N. P. Jordanova // International Journal of Medicine and Medical Sciences. — 2009. — Vol. 1. — P. 17—22.
30. Muris P. Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences / P. Muris, C. Meesters // Psychol. Rep. — 2004. — Vol. 94. — P. 1269—1275.
31. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 2007. — Vol. 46, № 2. — P. 267—283.
32. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain(RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood / A. A. Huertas-Ceballos, S. Logan, C. Bennett, C. Macarthur // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2008. — Issue 1. Art. No.: CD003014.
33. Psychosomatic disorders in pediatrics / S. R. Brill, D. R. Patel, E. MacDonald // The Indian Journal of Pediatrics. — 2001. — Vol. 68. — P. 597—603.
34. Sauer N. Somatoform and Functional Disorders / N. Sauer, W. Eich // Dtsch Arztebl. — 2007. — Vol. 104 (1—2). — P. 45—53.
35. Silber T. J. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis / T. J. Silber // Pediatr. Rev. — 2011. — Vol. 32. — P. 56—64.
36. Sitholey P. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pediatric Somatoform Disorders / P. Sitholey, V. Agarwal // Indian Journal Psychiatry. — 2008. — P. 157—167.
37. Somatoform disorders / O. Fiertag, S. Taylor, A. Tareen, E. Garralda // IACAPAP e Textbook of Child and Adolescent Mental Health / Rey J. M. (ed). — Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. — P. 21.
38. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments / R. Lieb, H. Pfister, M. Mastaler [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2000. — Vol. 101. — P. 194—208.

Соматоформные (психосоматические) расстройства у детей.

Актуальность проблемы в современной педиатрической практике (часть I)

Л.В. Пыпа, Ю.Н. Лисица, Р.В. Свистильник

Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова, г. Винница, Украина

Приведен аналитический обзор мировой литературы; показана актуальность, современные взгляды на патогенез, клинику, диагностические критерии соматоформных расстройств у детей и подростков и социальное значение этих заболеваний. Рассмотрены ключевые рекомендации по лечению и профилактике соматоформных расстройств согласно последним рекомендациям, основанным на доказательной медицине.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, невроз, вегетативная дисфункция, дети.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2015.2(66):123-128; doi 10.15574/SP.2015.65.123

Psychosomatic frustration at children. The problem urgency in modern pediatrics

Pyra L.V., Lisitsa J.N., Svistilnik R.V.

Vinnitsa national medical university of M.I.Pirogova, Vinnitsa, Ukraine

It is spent the state-of-the-art review of the world literature in which the urgency, a modern view on pathogenesis, clinical displays, diagnostic criteria somatoform frustration at children and social value of these diseases is shown. Key recommendations about their treatment and preventive maintenance are considered agree last recommendations which are considered from positions доказательной медицины.

Keywords: psychosomatic frustration, a neurosis, vegetative dysfunction, children.

Сведения об авторах:

Пыпа Лариса Владимировна — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии ФПО Винницкого национального университета им. Н.И.Пирогова. Адрес: г. Хмельницкий, Старокостянтиновское шоссе, 26/3; тел.: (+0382)221037; e-mail: pipa_lv@ukr.net.

Свистильник Руслан Владимирович — к.мед.н., ассистент каф. неврологии Винницкого национального университета им. Н.И. Пирогова. Адрес: г. Хмельницкий, Старокостянтиновское шоссе, 26/3; тел.: (+0382)650228; e-mail: rus80ua@gmail.com.

Лисица Юлия Николаевна — ассистент каф. педиатрии ФПО Винницкого национального университета им. Н.И.Пирогова. Адрес: г. Хмельницкий, Старокостянтиновское шоссе, 26/3; тел.: (+0382)224166; e-mail: 777uliya@gmail.com.

Статья поступила в редакцию 15.12.2014 г.