

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

О.С. Зиматкина; С.А. Ляликов, д.м.н., профессор Каф

едра психиатрии с курсом общей психологии

Кафедра педиатрии № 1

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Целью настоящего исследования была оценка эффективности оздоровления детей, страдающих соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД), в условиях реабилитационно-оздоровительного центра, диагностированной на основании клинических, психологических и функциональных характеристик. Установлено, что эффективность оздоровления у пациентов детского возраста зависит от их индивидуальных психологических особенностей, варианта СВД (в рамках рубрик G 90.8 и F 45.3 согласно МКБ 10) и клинических проявлений расстройства (при наличии симптоматики, касающейся определенного органа или системы).

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция, дети, оздоровление.

The aim of the present investigation was the estimation of the efficacy of the rehabilitation of children suffering from somatoform autonomic dysfunction (SAD) diagnosed on the basis of clinical, psychological and functional characteristics. It was found that the efficacy of sanatorium rehabilitation depends on their individual psychological specificities, type of SAD (in frame of the rubric G 90.8 and F 45.3 according to International classification of diseases 10) and clinical manifestations of disorders (in presence of symptoms, concerning to definite organ).

Key words: somatoform autonomic dysfunction, children, rehabilitation

Введение

Проблема соматоформной вегетативной дисфункции (СВД) является одной из наиболее важных и сложных в современной медицине. Это обусловлено целым рядом причин. Во-первых, широкой распространенностью расстройства: по данным литературы, 25-60% обратившихся за медицинской помощью имеют СВД различной степени выраженности. Во-вторых, общемедицинским характером проблемы, поскольку в ней сочетаются интернистский, психиатрический и психологический аспекты. В-третьих, значительными трудностями в лечении пациентов с СВД как в психиатрии и психотерапии, так и в соматической медицине. Все это способствует тому, что в настоящее время СВД становится наиболее частым источником диагностических ошибок и бесполезного или даже вредного лечения, что порождает разочарованность пациентов и фрустрацию врачей [3, 4, 7, 14, 11, 2].

Особую важность представляет изучение СВД в детском возрасте. До настоящего времени проблема СВД у детей изучена недостаточно, прежде всего, из-за сложности диагностики. Разная степень зрелости психики ребенка обуславливает значительные индивидуальные особенности видов и степени глубины реакций детского организма на экзо- и эндогенные воздействия [1, 18, 19, 8]. Немаловажным является также отсутствие среди врачей единого мнения о том, кто должен лечить таких пациентов: педиатр, невролог, психиатр и т.д. Современная международная классификация болезней (МКБ 10) позволяет отнести СВД к одной из двух совершенно разных рубрик – G 90.8 и F 45.3. Критерии рубрики G 90.8, которыми в основном пользуются педиатры, позволяют поставить диагноз СВД на основании вегетативных нарушений и не учитывают психологические факторы, которые могут явиться одной из причин возникновения и развития СВД. В результате лечение, имеющее своей целью лишь восстановление нарушенного баланса между симпатическим и парасимпатическим звеньями вегетативной нервной системы, части пациентов приносит лишь временное облегчение. Такие дети продолжают посещать врачей в поиске адекватной помощи. Критерии рубрики F 45.3 учитывают психологические особенности заболе-

шего, в частности, его субъективное отношение к собственному здоровью, однако в силу различных причин пациенты детского возраста за медицинской помощью обращаются прежде всего к педиатрам.

Современное состояние изучаемой проблемы позволяет говорить о необходимости выделения четких критериев для подбора комплексного лечения с учетом вызвавших расстройство причин. Четкое разделение групп пациентов позволит сократить сроки их лечения и исключить длительное посещение врачей разного профиля.

По мнению многих авторов, лечение в оздоровительных центрах считается одним из основных подходов в терапии СВД, в том числе и у детей. Оно включает в себя практически все важные принципы: нормализацию образа жизни (сон, питание, физическая активность, психологический комфорт), мероприятия, направленные на устранение пускового и поддерживающего факторов (психотравмирующая ситуация, соматическое заболевание), психообразовательные беседы (основная цель которых – разъяснение сути заболевания, воспитание активного отношения к своему заболеванию), немедикаментозную терапию (рефлексотерапия, массаж, физиотерапия) и ее основной компонент – психотерапию, которая зачастую является определяющей в лечении [5, 12, 13, 15, 20, 21].

Цель исследования – оценка эффективности оздоровления детей, страдающих СВД, на основании клинических, психологических и функциональных характеристик.

Материалы и методы

Всего было обследовано 1042 ребенка в возрасте 11-17 лет, проживающих в населенных пунктах Гомельской области Республики Беларусь. Лиц женского пола среди обследованных было 55,5%, мужского пола – 44,5%. В ходе обследования на каждого ребенка заполнялась индивидуальная анкета, в которой отражались паспортные данные, антропометрические характеристики и результаты клинического осмотра. Непосредственно клинический осмотр проводился выездной бригадой, в состав ко-

торой входили педиатр, оториноларинголог, окулист, детский хирург, невролог, психиатр, врач функциональной диагностики и лаборант. В ходе врачебного осмотра, наряду со сбором жалоб, анамнеза, визуально-пальпаторным и специализированно-инструментальным обследованием (в том числе записью электрокардиограммы и определением исходного вегетативного тонуса и реактивности), врачи анализировали медицинскую документацию (форма № 026/у «Медицинская карта ребенка для школы» и форма 112/ «История развития ребенка»). Кроме того, всем детям проводили тестирование с помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко (ПДО) и опросника Г. Айзенка. При обработке результатов психологического тестирования (по ПДО А.Е. Личко и опроснику Г. Айзенка) с помощью методов прикладной статистики были выделены наиболее часто встречающиеся сочетания индивидуальных личностных черт и типа темперамента у детей, достоверно различающиеся по основным исследуемым показателям. Так, по нашим результатам было определено 5 типов сочетаний психологических особенностей [6].

Из контингента обследованных 860 детей выезжали на оздоровление в детский реабилитационно-оздоровительный центр (ДРОЦ «Лесная поляна» Сморгонского района, Гродненской области РБ) (направление на оздоровление выдавалось в зависимости от желания ребенка и его родителей). Далее на основании клинического интервью, проводимого врачом-психиатром с целью выявления у детей психопатологических признаков СВД и исключения у них иных психических и поведенческих расстройств, руководствуясь критериями МКБ 10 (рубрики G 90.8 и F 45.3), были сформированы 3 группы. Первую группу СВД «-» составили 363 человека (38,8% девочек, 61,2% мальчиков), у которых исследуемое расстройство отсутствовало, вторую СВД G группу – 131 человек (56,1% девочек, 43,9% мальчиков), у которых имеющееся расстройство соответствовало критериям рубрики G 90.8 согласно МКБ 10, и третью СВД-F группу – 363 человека (72,7% девочек, 27,3% мальчиков), у которых имеющееся расстройство соответствовало критериям рубрики F 45.3 согласно МКБ 10.

Оздоровление, в котором участвовали дети, включало:

1) специализированную программу коррекции вегетативных нарушений: лекарственные (прием милдроната и экстракта валерианы) и физиотерапевтические методы (массаж шейно-воротниковой зоны);

2) программу по выведению из организма радионуклидов с использованием пищевой добавки «SPIRULINA»;

3) программу лечения функциональных расстройств ЖКТ: прием гомеопатических средств (ликоподиум 30), физиотерапевтические (инфракрасное облучение области эпигастрия) и психокоррекционные методы (индивидуальная и групповая психокоррекция);

4) программу санации ЛОР-органов: лечение хронических катаральных и гнойных риносинуситов проводили с использованием иммуноэссенции, точечного массажа и ингаляций; лечение хронического тонзиллита осуществляли промыванием лакун небных миндалин раствором антисептика (фурациллин) и приемом эстифана; лечение хронических фаринголаринготрахеитов проводили с применением гомеопатического препарата фитолякка и ингаляций с настойкой эвкалипта;

5) программу групповой психологической коррекции (включались элементы телесноориентированной, плантарома-, сказко-, музыка-, арт-терапии, также психоло-

гические игры и тренинги, групповая дискуссия, работа с метафорами, техники аутогенного расслабления, медитативные техники, рисунки на темы: «моя семья», «мои чувства и эмоции», «мой страх»);

6) программу индивидуальной психологической коррекции (использовалась в случаях, когда испытуемый отказывался от работы в группе, при наличии проблем только индивидуального, а не межличностного характера, при сильной заторможенности или выраженной возбудимости, необоснованном страхе, неуверенности в себе);

7) педагогическую программу (разнообразные развлекательные, спортивные и познавательные мероприятия).

После проведенного санаторного оздоровления при повторном медицинском осмотре детей педиатр оценивал динамику клинических проявлений функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), динамику неврологических проявлений СВД и вегетативного статуса. Положительной динамикой функциональных расстройств ЖКТ считали при уменьшении у ребенка характерных жалоб, снижении болезненности в эпигастриальной области, исчезновении диспептических проявлений, улучшении аппетита. Динамику вегетативного статуса считали положительной (после сопоставления первого и повторного результата кардиоинтервалографического исследования (КИГ) в случае возвращения показателей вегетативного тонуса и реактивности к норме. Динамику неврологических проявлений СВД считали положительной в случае исчезновения или значительно более редкого появления у ребенка внезапных потерь сознания или чувства, что может его потерять, приступообразных головных болей, нарушений сна, ухудшения самочувствия при смене погоды, повышенной физической утомляемости при обычных физических нагрузках. Всего контрольное обследование из группы СВД «-» прошли 140 человек, из группы СВД-G – 54 человека, из группы СВД-F – 162 человека и из группы обследованных, но не выехавших на оздоровление – 52 человека.

Статистический анализ результатов обследования проводили с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 5.5

Результаты и обсуждение

Для реализации поставленной цели нами была разработана анкета как способ оценки эффективности санаторного оздоровления детей с СВД на основании анализа комплекса показателей: посещаемости лечебных процедур, субъективной оценки ребенком состояния своего соматического здоровья, оценки педиатром динамики предъявляемых жалоб, динамики клинических проявлений функциональных расстройств ЖКТ, динамики неврологических проявлений СВД, дерматологической динамики, динамики клинических проявлений хронических заболеваний ЛОР-органов, динамики зрения, динамики вегетативного статуса (по результатам КИГ), динамики ЭКГ, динамики результатов, полученных при тестировании по опроснику Вейна. Окончательный подбор весовых коэффициентов проводился с учетом специфики исследуемого контингента детей, а именно, большей значимости для детей с СВД оценки таких показателей, как исходный вегетативный тонус и реактивность, субъективная оценка лабильности вегетативной нервной системы по Вейну и оценка неврологических проявлений СВД.

Решение на этапе оценки эффективности санаторного оздоровления принималось в зависимости от суммы баллов, полученных при оценке каждого из приведен-

Таблица 1 – Анкета для оценки эффективности санаторного оздоровления у детей с СВД

| Условие | Баллы |
|---|-------|
| Посещаемость лечебных процедур (более 75% назначений – 1, менее 75% назначений – 0) | |
| Субъективная оценка ребенком динамики состояния своего соматического здоровья | |
| Динамика предъявляемых жалоб | |
| Динамика неврологических проявлений СВД | *3 |
| Динамика клин. проявлений функциональных расстройств ЖКТ | |
| Динамика дерматологическая | |
| Динамика ЛОР | |
| Динамика зрения | |
| Динамика результатов тестирования по опроснику Вейна | *2 |
| Динамика исходного вегетативного тонуса | *2 |
| Динамика исходной вегетативной реактивности | *2 |
| Динамика на ЭКГ | |
| Сумма баллов | |

Примечание: отрицательная динамика – -1 балл, нет динамики – 0, положительная динамика – +1 балл.

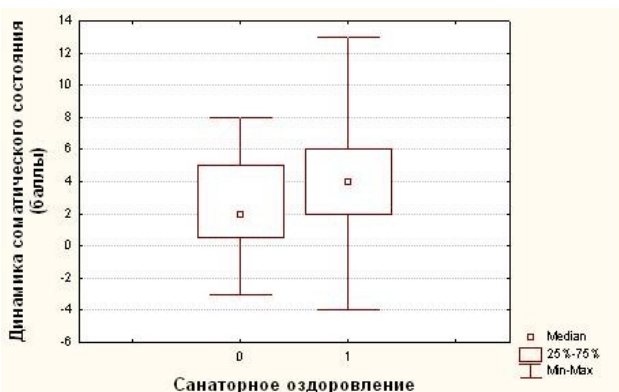


Рисунок 1 – Динамика соматического состояния детей в зависимости от участия в санаторном оздоровлении
Примечание: – отрицательная динамика соматического состояния после санаторного оздоровления, на рисунке в диапазоне -1 – -4 баллов, отсутствие динамики – 0, положительная динамика – +1 – +13 баллов

ных выше показателей с учетом весовых коэффициентов. Использованный в исследовании вариант оценочной анкеты приведен в таблице 1.

Установленный характер распределения итоговых значений у обследованных детей позволил предложить следующий способ трактовки результатов, если:

- сумма = 0 – неэффективное санаторное оздоровление,
- сумма > 0 – эффективное санаторное оздоровление.

Кроме того, было оценено, с каким из вариантов СВД дети реагируют на санаторное оздоровление лучше. Анализ результатов показал, что дети с СВД-F после лечения в санатории демонстрируют существенно лучшую динамику своего соматического состояния по сравнению с детьми из группы СВД-G ($p=0,00002$) (рисунок 2). Так, медиана суммы баллов у детей с СВД-G равнялась 2,0 (интерквартильный размах 1,0-4,0), с СВД-F, соответственно, – 5,0 (интерквартильный размах 2,0-7,0). Полученные данные подтверждают предположение о том, что

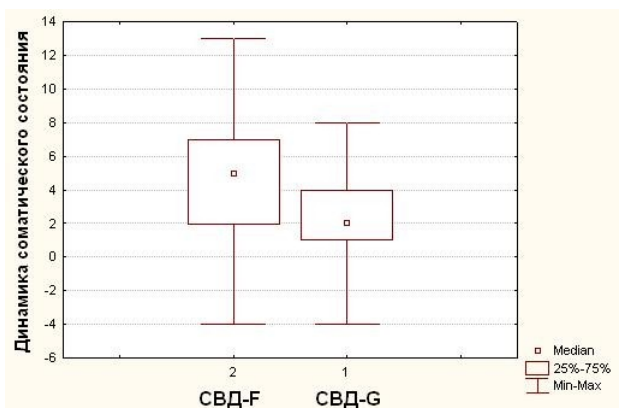


Рисунок 2 – Динамика соматического состояния детей с СВД-F и СВД-G после санаторного оздоровления
Примечание: – отрицательная динамика соматического состояния после санаторного оздоровления на рисунке в диапазоне -1 – -4 баллов, отсутствие динамики – 0, положительная динамика – +1 – +13 баллов

в формировании разных вариантов СВД играют роль различные факторы. Так, дети с СВД-F в процессе санаторного оздоровления прорабатывали свои психологические проблемы, которые являлись одной из основных причин развития СВД, в процессе индивидуальной и групповой психотерапии, а также получали общеукрепляющую и симптоматическую медикаментозную и физиотерапевтическую терапию для воздействия на телесные проявления расстройства и сопутствующую соматическую патологию.

Анализ зависимости эффективности санаторного оздоровления от личностных особенностей показал, что сочетание индивидуальных психологических особенностей достоверно влияет на динамику соматического состояния детей после оздоровления в группе СВД-G ($p=0,04$) (рисунок 3). Наибольшая эффективность от санаторного оздоровления отмечалась у детей с типом 3 (с преобладанием психастенических и ананкастно-тревожных черт) и 5 (преобладание истероидных черт).

Следует отметить, что личностные особенности принадлежащих к этим типам детей способствуют заостре-

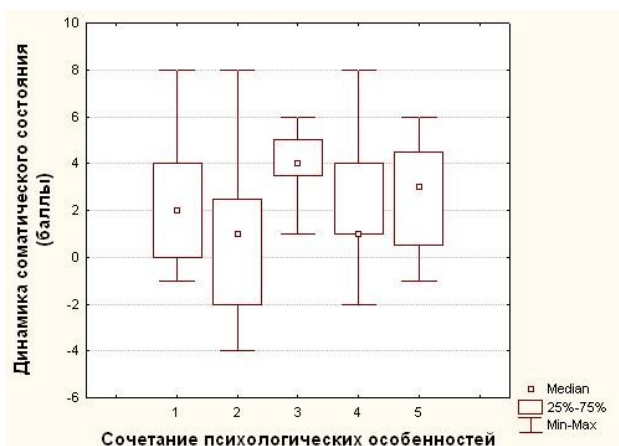


Рисунок 3 – Динамика соматического состояния детей с СВД-G после санаторного оздоровления в зависимости от сочетания психологических особенностей
Примечание: – отрицательная динамика соматического состояния после санаторного оздоровления, на рисунке в диапазоне -1 – -4 баллов, отсутствие динамики – 0, положительная динамика – +1 – +8 баллов

нию внимания по разным причинам на своих соматических ощущениях с целью привлечения внимания окружающих и, тем самым, ухода от решения проблем. Так, санаторное оздоровление, помимо прямого лечебного эффекта, предполагает еще и удовлетворение потребности ребенка во внимании к нему: врачи заботятся о теле, педагоги не дают скучать, а веселая компания сверстников позволяет раскрыться и проявить себя, что, в свою очередь, повышает самооценку и настроение. Полученные результаты хорошо коррелируют с данными других исследователей, которые отмечают, что пациенты с преобладанием истероидных черт в профиле личности достаточно хорошо откликаются на комплексное лечение [10, 9, 16, 17]. У детей с СВД-Ф такая зависимость обнаружена не была, вероятно, это связано с тем, что для детей с СВД-Ф необходима более глубокая и длительная проработка психологических проблем как основной причины возникновения и развития СВД.

У детей с СВД-Ф на эффективность оздоровления оказывал существенное влияние клинический вариант расстройства ($p=0,00001$). Так, наилучшая динамика соматического состояния отмечалась у детей со смешанной формой СВД-Ф, проявлявшейся клинически симптомами нарушения функции как со стороны сердечно-сосудистой системы, так и со стороны желудочно-кишечного тракта, а наихудшая – у детей с недифференцированной формой СВД-Ф (рисунок 4). Так, медиана суммы баллов у детей с СВД с клиническими симптомами нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы равнялась 5,0 (интерквартильный размах 3,0-6,0), у детей с СВД с клиническими симптомами нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта равнялась 4,0 (интерквартильный размах 2,0-6,0), у детей с СВД с клиническими симптомами как со стороны сердечно-сосудистой системы, так и со стороны желудочно-кишечного тракта равнялась 6,0 (интерквартильный размах 3,0-8,0), у детей с недифференцированной формой СВД-Ф равнялась 2,0 (интерквартильный размах 1,0-4,0), соответственно. Вероятно, это связано с тем, что дети со смешанной формой СВД, предъявляя большое количество разнообраз-

ных и вполне конкретных жалоб, после целенаправленного, с психологической точки зрения (направленного на устранение конкретного симптома), проведенного санаторного оздоровления, отмечают улучшение соматического здоровья. Поскольку первопричина функциональных сдвигов и появления соматических симптомов психологическая, при восстановлении душевного равновесия и решении психологических проблем у детей закономерно уменьшались количество и интенсивность проявления соматических симптомов.

Таким образом, комплексное санаторное оздоровление, включающее разнообразные специфические и неспецифические воздействия, направленные как на соматическую, так и на психологическую составляющую здоровья ребенка с СВД, оказывает достоверное положительное влияние на состояние здоровья в целом, и на «телесные» проявления болезни, в частности ($p=0,02$).

После лечения в санатории дети с СВД-Ф демонстрировали существенно лучшую динамику своего соматического состояния по сравнению с детьми из группы СВД-Г ($p=0,00002$).

Сочетание индивидуальных психологических особенностей достоверно влияло на динамику соматического состояния детей после оздоровления. Наибольшая эффективность санаторного оздоровления отмечена у детей с типом 3, для которых характерны темперамент меланхолика, психастенические и ананкастно-тревожные черты, и типом 5, которые обладают холерическим темпераментом и истероидными личностными чертами.

У детей с СВД-Ф на эффективность оздоровления оказывал существенное влияние клинический вариант расстройства ($p=0,00001$): наилучшая динамика соматического состояния отмечалась у детей со смешанной формой СВД-Ф, проявлявшейся клинически симптомами как со стороны сердечно-сосудистой системы, так и со стороны желудочно-кишечного тракта.

На основании результатов проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что у пациентов детского возраста с индивидуальными личностными особенностями, соответствующими типу 2 (характерен флегматический темперамент и преобладание шизоидных черт) и 4 (характерны темперамент промежуточный между сангвиником и холериком и гипертимные черты), а также у пациентов, предъявляющих соматические жалобы общего характера, не конкретизируя их по системам, использованные методы оздоровления оказались недостаточно эффективными. Поэтому разработку реабилитационных программ для детей этого контингента следует проводить с обязательным учетом их личностных особенностей и клинического варианта СВД.

Литература

1. Giovacchini, P.L. Treatment issues with borderline patients and the psychosomatic focus / P.L. Giovacchini // Am-J-Psychother. – 1993. – V.47, №2. – P. 228-244.
2. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 238 с.
3. Антропов, Ю.Ф. Динамика невротической депрессии у детей и подростков / Ю.Ф. Антропов // Журн. Неврол. и психиатрии. – 2002. – №5. – С. 15-19.
4. Антропов, Ю.Ф. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
5. Байкова, И.А. Психосоматические расстройства (классификация, клиника, диагностика, лечение) / И.А. Байкова // Методические рекомендации для врачей различных специальностей. – Минск. – 1999. – 28 с.

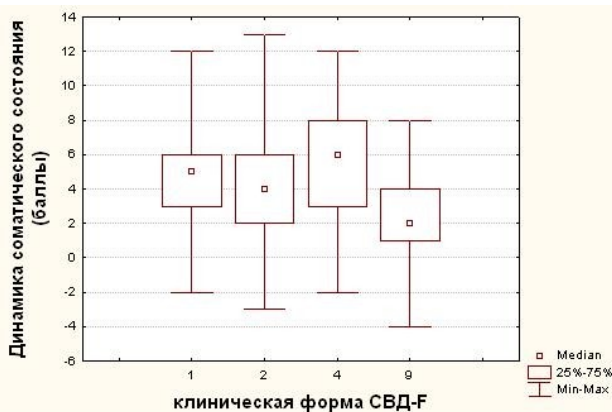


Рисунок 4 – Динамика соматического состояния детей после санаторного оздоровления в зависимости от клинических проявлений СВД-Ф

Примечание: на рисунке: 1 - форма СВД-Ф с клиническими симптомами со стороны ССС, 2 - со стороны ЖКТ, 4 - как со стороны ССС, так и со стороны ЖКТ, 9 - недифференцированная форма СВД-Ф; - отрицательная динамика соматического состояния после санаторного оздоровления на рисунке в диапазоне -1 - -4 баллов, отсутствие динамики - 0, положительная динамика - +1 - +13 баллов

6. Зиматкина, О.С. Психологические типы у детей подросткового возраста / О.С. Зиматкина // Материалы III съезда психиатров и наркологов республики Беларусь. – Минск, 2009. – С. 285-286.
7. Иовчук, Н.М. Соматизированные депрессии детского возраста / Н.М. Иовчук // V Всерос. Съезд невропатол. и психиатров. – М., 1985. – С. 52-54.
8. Исаев, Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д.Н. Исаев. – СПб., 1996. – 454 с.
9. Исаев, Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 512 с.
10. Каминская, Ю.М. Возможность комплексного лечения с биоуправлением пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы / Ю.М. Каминская, И.А. Байкова // ARS MEDICA. – 2010. – №12 (32). – С. 64-72.
11. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учебное пособие / Е.И. Скугаревская [и др.]; под ред. проф. Е.И. Скугаревской. – Мн.: Выш. шк., 2006. – 463 с.
12. Кулаков, С.А. Психосоматика / С.А. Кулаков – СПб.: Речь, 2010. – 320 с.
13. Куликов, А.М. Соматоформная вегетативная дисфункция у подростков: сотрудничество интерниста и психотерапевта / Куликов А.М. // Вопросы психического здоровья (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2009. – №1. – С. 69-76.
14. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 698 с.
15. Парцернак, С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / С.А. Парцернак. – СПб.: А.Б.К., 2002. – 384 с.
16. Простомолов, В.Ф. Соматоформные вегетативные дисфункции (Клиника, патогенез, терапия): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / В.Ф. Простомолов; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. Бехтерева. – СПб., 2002. – 300 с.
17. Психология развития / Под ред. А.К. Бокатовой и О.Н. Молчанова. – М.: ЧеРо, 2005. – 524 с.
18. Родцевич, О.Г. Инструкция по диагностике и лечению психосоматических расстройств у детей и подростков / О.Г. Родцевич. – Минск, 2003. – 68 с.
19. Романова, И.С. Основные принципы дифференциальной диагностики и комплексной терапии соматоформных и психосоматических расстройств / И.С. Романова, М.В. Виноградов, Н.Б. Ласкова // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1998. – Т. 88, №4. – С. 110-116.
20. Сидоров, П.И. Психосоматическая медицина: руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
21. Чуйко, Л.С. Психовегетативные расстройства в клинической практике / Л.С. Чуйко, И.Л. Фролова. – СПб.: Наука, 2005. – 176 с.

Поступила 22.03.2011