

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Ю.Ф. Андропов, профессор кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития РФ, д-р мед. наук

Психоземotionalные нарушения имеют большое значение в генезе многих гастроэнтерологических расстройств у детей. Психосоматические расстройства пищеварительной системы выступают в виде нарушения аппетита (снижение или повышение), аэрофагии, тошноты, рвоты, болей в животе, метеоризма, нарушения стула (запоры, понос).

У небольшого количества детей и подростков эти проявления могут быть определяющими, имеющими моносистемный характер, но у большинства – ведущими, выступающими в сочетании с нарушениями других органов и систем, то есть полисистемными. Кардиоинтервалография, проведенная таким больным, установила преобладание тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы в 74,7% случаев наблюдений, симпатической – в 17,1%,

тогда как нормальный гомеостаз отмечен только в 8,2%.

По качественным особенностям, степени выраженности и длительности существования клинических проявлений в детском возрасте нами выявлено в 35% случаев наблюдений психосоматические реакции, психосоматические состояния – в 5–7% и психосоматические заболевания – в 8%. Проводимая симптоматическая терапия, а в некоторых случаях даже оперативное

лечение, как правило, не дают выраженного эффекта.

У всех больных с нарушениями пищеварительной системы выявляются различной степени выраженности депрессивные проявления невротического уровня: субдепрессия – 90% случаев, скрытая депрессия – 2% и средневыраженная (дистимия и дисфория) – 8% случаев. Средний балл по шкале оценки депрессии М. Гамильтона составляет $12,4 \pm 0,7$, что подтверждает невыраженный характер депрессивных расстройств. У 58% детей депрессивные нарушения определяют клиническую картину психопатологических состояний, а у 42% больных аффективные нарушения выступали в виде синдрома в структуре других психических расстройств.

Клинико-психопатологический анализ аффективных (депрессивных) проявлений позволил на основе наличия сопутствующих гипотимии аффективных проявлений выделить следующие типологические варианты депрессии: астеническая, тревожная, тоскливая и смешанная (астенотревожная и тревожнотоскливая) депрессии. Наиболее часто отмечается тревожная депрессия (42,2%), реже – астенотревожная (25,2%) и астеническая (22,7%), редко – тревожнотоскливая (6,6%) и крайне редко – тоскливая (3,3%). В подавляющем большинстве случаев (75,2%) имеет место депрессия психогенного (реактивного) происхождения, в 20,2% – соматогенного (церебрально-органического) и лишь в 4,6% случаях – эндогенного происхождения.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ КОРРЕКЦИЯ

Так как в основе своей психосоматические нарушения имеют эмоциональные (депрессивные) расстройства, ведущее положение в терапии части больных занимают антидепрессанты и другие лекарственные средства, обладающие антидепрессивной направленностью действия. В то же время типологические особенности депрессий (астеническая, тревожная, тоск-

ливая, астенотревожная и тревожно-тоскливая) диктуют применение антидепрессантов с учетом их дополнительного (активирующего или седативного) характера действия.

При **астеническом и тоскливом вариантах депрессии** (субдепрессиях или скрытых) в возрасте от 1 до 9 лет используется фитотерапия, включающая один из адаптогенов (экстракт элеутерококка, настойка заманихи, лимонника) и седативных средств (настойка пустырника, пассифлоры) с ноотропами в возрастных дозировках. В возрасте 10–13 лет чаще используются антидепрессанты (Азафен, Пиразидол) в сочетании с транквилизаторами (Мебикар, Мезапам) в малых дозах и ноотропами. С 14 лет наряду с Азафеном и Пиразидолом в возрастных дозировках применяется Амитриптилин, Мелипрамин и Анафранил в малых дозах в сочетании с транквилизаторами, а при тоскливой депрессии – даже в сочетании с нейрорептиками в малых дозах (Френолон, Этаперазин).

Терапия **тревожного варианта депрессии** (чаще субдепрессии) в возрасте до 7 лет обычно осуществляется с помощью фитопрепаратов в сочетании с Пантогамом или Глицином, иногда дополнительно назначается Азафен в малых дозах. После 7 лет применяются антидепрессанты (Азафен в возрастных дозах, Амитриптилин или Пиразидол в малых дозах), в сочетании с транквилизаторами (Тазепам, Элениум, Реланиум) и ноотропами. В случаях выраженной тревоги используются нейрорептики (Терален, Хлорпротиксен), а при истерических проявлениях – Неулептил, Сонапакс в малых дозах.

При **астенотревожном варианте** (часто средневыраженной) депрессии из антидепрессантов используются Пиразидол и Азафен с добавлением адаптогенов, транквилизаторов и ноотропов активирующего действия в возрастных дозировках.

При **тревожно-тоскливом варианте** обычно средневыраженной депрессии

назначаются Амитриптилин, Мелипрамин или Анафранил с транквилизаторами и ноотропами седативного действия в возрастных дозировках. При этом варианте депрессии с ипохондрическими высказываниями лечение включает также нейролептики (Френолон или Этаперазин), а при наличии истерических расстройств – Неулептил или Сонапакс в малых дозах.

Психосоматические нарушения в раннем детском и дошкольном возрасте, имеющие чаще всего характер реакций, относительно быстро устраняются с помощью адаптогенов (экстракта элеутерококка, настойки заманихи, лимонника) и седативных препаратов растительного происхождения (настойки валерианы, пустырника, пассифлоры) по 1 капле на год жизни утром и в обед (адаптогены) и 3 раза в день (успокоительные средства) до еды. Срыгивания, метеоризм, спастические запоры, диарея, болевой синдром в сочетании с двигательным беспокойством также хорошо купируются одним из адаптогенов и успокоительными средствами в возрастной дозе (после 5 лет эта доза может быть увеличена в 1,5 раза). В случаях устойчивого нарушения стула (диарея) без подтверждения инфекционной природы хорошо помогают назначенные наряду с адаптогенами и фитоседатиками настой цветков ромашки (1 ст. л. на 200 мл кипятка) или сборы: зверобой, тысячелистник, мята перечная – в равных соотношениях (1 ст. л. на 500 мл кипятка), корни валерианы – 2 весовые части, цветы ромашки – 3 части, плоды тмина – 5 частей (1 ст. л. на 200 мл кипятка), по 1 столовой ложке – 1/3 стакана 3 раза в день до еды.

Слабо выраженный болевой **абдоминальный синдром** в некоторых случаях (особенно в младших возрастных периодах) устраняется настойкой мяты перечной или цветков ромашки в возрастных дозах 3 раза в день в сочетании с экстрактом элеутерококка. При более выраженных и длительных абдоминалгиях, наряду

с антидепрессантом с относительно выраженным противотревожным действием (Амитриптилин) в малых дозах и Азафеном в возрастных дозах, назначаются также относительно сильные транквилизаторы – Элениум, Реланиум, Фенозепам в возрастных дозах, иногда малые нейролептики (Терален, Хлорпротиксен) в малых дозировках.

Рвота, как фиксированное нервное расстройство в детском возрасте, неплохо поддается лечению одним из адаптогенов и сбором из следующих трав: мята перечная – 3 части, ромашка (цветы) – 4 части (1 ст. л. смеси на 200 мл кипятка) по 1 чайной – 1 столовой ложке 3 раза в день. В старшем возрасте, наряду с антидепрессантами (Амитриптилин, Пиразидол), нередко назначаются транквилизаторы (с учетом характера депрессии), обладающие вегетостабилизирующим действием (Мезапам, Нозепам, Сигнопам, Мебикар) в возрастных дозировках. Иногда при выраженных психовегетативных проявлениях, в частности упорной рвоте, назначается Этаперазин до 10–20 мг в сутки. Дополнительно к проводимой терапии начиная с дошкольного возраста в некоторых случаях назначается витамин U.

Больным с патологически измененной «почвой» резидуально-органического генеза обязательно проводится дегидратирующая терапия (настойка боярышника, глицерин, микстура с цитралью, Диакарб, Триампур) с назначением препаратов, улучшающих мозговое кровообращение (Кавинтон, Циннаризин, Трентал, Сермион).

Таким образом, терапия психосоматических расстройств у пациентов с патологией пищеварительной системы, применение антидепрессантов при учете особенностей ведущего фактора патогенеза депрессивных нарушений значительно эффективней симптоматического лечения и может быть рекомендована для использования в педиатрической практике. 