

ПЕДІАТРІЯ АБУШЕРСТВО І ГЕНЕКОЛОГІЯ

{Окремий відбиток}

норів у розпалі захворювання і стимулюючі засоби в періоді поліпшення. Доцільно застосовувати токоферол, ретинол або аевіт, аскорбінову кислоту, натрію нуклеїнат, метилурацил, дібазол, елеутерокок. При необхідності, у періоді реконвалесценції до комплексного лікування слід включати глутамінову кислоту, декарис, Т-активін під контролем дослідження функції Т-лімфоцитів.

Діти з обтяженим перинатальним анамнезом, несприятливим пре-морбідним фоном відносяться до групи риску щодо розвитку гіпоімунного стану, який сприяє виникненню гострих шлунково-кишкових захворювань. Ці діти потребують посиленого контролю педіатра за видовуванням, доглядом, загартуванням.

Одержано 17.05.89

УДК 615.851.13+616.361-053.3

В. А. СКУМІН, д-р мед. наук (Український ІУЛ)

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ І КЛІНІКА СОМАТОГЕННИХ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Багато захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей відрізняються стійким, рецидивуючим перебігом, різноманітними ускладненнями [1, 2]. При виникненні гастроентерологічної хвороби до патологічного процесу втягаються не тільки суміжні відділи шлунково-кишкового тракту, а й інші органи, в тому числі й ЦНС [1, 3].

Вивчення нервово-психічної сфери у 361 пацієнта (190 — жіночої статі і 171 — чоловічої) віком 6—15 років з хронічними хворобами травної системи (хронічний гастрит, гастроудоденіт, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунка, гепатит, холецистит, холецистохолангіт, панкреатит тощо) показало, що у 111 з них відмічалися неврозоподібні синдроми і у 8 — психопатоподібні.

За наявністю провідного психопатологічного синдрому неврозоподібні стани розподіляються так: астенічний — у 63% дітей, фобічний — у 13%, депресивно-дистимічний — у 11, сенестопатично-іпохондричний — у 6, системні розлади — у 7%.

Астенічний синдром проявляється дратливістю, слабістю, підвищеною втомлюваністю, гіперестезією, виснаженням психічних процесів, зниженням працездатності, головним болем, вестибулярними розладами. Ці порушення поєднувалися з афективною вибуховістю, експлозивністю, дистимічними змінами настрою, а також минущими розладами сенсорного синтезу (у 4). В усіх хворих відмічалася неврологічна мікро-симптоматика.

Фобічний синдром проявляється страхами, які у 10 пацієнтів мали беззмістовий, недиференційований характер. Виникали вони приступоподібно на фоні загострення хронічного захворювання, посилення властивого йому болевого синдрому. Такий зв'язок чітко проявлявся у перші 2—4 роки після появи фобічних порушень, потім вони або нівелювалися у випадку сприятливого перебігу тілесної недуги, або втрачали безпосередній зв'язок з нею.

У період приступів поза будь-якою конкретною психотравмуючою ситуацією у дітей виникало відчуття загрози для життя, що не мало певного характеру, воно су-

проводжувалося руховим неспокоєм, соматовегетативними розладами. Нерідкінням був сенестопатичний компонент.

Депресивно-дистимічний синдром звичайно спостерігається у пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і шлунка. Їх поведінка відрізняється втратою життерадісності, пасивності, байдужістю, обралівістю, втратою живого інтересу до звичайних дитячих занять. Пессимістичний фон настрою позначався і на результатах експериментально-психологічних досліджень. Все це поєднувалося з відсутністю апетиту, вазовегетативними розладами, а також порушенням сну, що проявлялося раннім пробудженням, відсутністю відчуття повноцінного сну.

Депресивно-дистимічний синдром, як і інші неврозоподібні розлади, поступово втрачав пряму соматогенную залежність і відмічався протягом тривалого часу після настання ремісії хронічного гастроентерологічного захворювання, а надалі й незалежно від характеру його перебігу. З часом виявлявся вплив психогенних факторів на актуалізацію депресивно-дистимічної симптоматики, особливо пов'язаних з переживанням власної соматичної неповноцінності, відірваності від товариства здорових однолітків, фрустраціями, обумовленими неможливістю реалізувати романтичні плані на майбутнє. Це сприяло розвитку невротичних нашарувань, патохарактерологічних реакцій.

Сенестопатично-іпохондричні неврозоподібні стани спостерігаються лише у дітей віком понад 12 років. Вони скаржилися на особливі боляві та інші непримірні відчуття, за характером і вираженістю нетиповими для наявного гастроентерологічного захворювання: «розпираюча печія у животі», «оніміння в правому підребер'ї», «повзання холодних мурашок», відчуття розповзання, стискування, наявності сторонніх дрібних предметів у різних відділах травної системи. Іпохондрична симптоматика була пов'язана з локалізацією сенестопатичних відчуттів, в усіх випадках виникала вторинно і не відрізнялася різноманітністю скарг. В основному це були перебільшенні побоюю-

вання, обумовлені можливістю ускладнень основного захворювання, необхідністю у зв'язку з цим тривалого лікування в стаціонарі, хірургічного втручання; перебільшенні занепокоєння з приводу стану здоров'я, діяльності шлунково-кишкового тракту. Посилення цих порушень, як і інших соматогенних неврозоподібних розладів, було тісно пов'язане з загостренням тілесної недуги і спонтанно нівелювалося з настанням ремісії. Надалі такий зв'язок втрачався.

Системні порушення частіше проявлялися неврозоподібними тикиами і спостерігалися у хворих на хронічний гепатит, холецистохолангіт. Виникали вони пізніше патології гепатобіларної системи, посилювалися при загостренні соматичного захворювання, не обумовлювалися будь-якими психотравмуючими моментами і могли стримуватися вольовим зусиллям. Неврозоподібні тики мали характер мимовільного стереотипного облизування губ, сіпання плечима, кліпання, покашлювання. Динаміка неврозоподібних порушень перебувала у прямому зв'язку з перебігом соматичної хвороби. Загострення основного захворювання призводило до посилення неврозоподібних тиків. З часом цей зв'язок поступово втрачав облігатний характер. У таких хворих неминуче виникали вторинні невротичні і патохарактерологічні реакції.

Психопатоподібні розлади у 5 дітей проявлялися синдромом підвищеної афективної збудливості, у 3 — синдромом психічної нестійкості. Пацієнтів з синдромом афективної збудливості відрізняли виражена експлозивність, вибуховість, схильність до агресивної поведінки, бурхливих афективних розрядів, недостатність вищих властивостей особистості. При наявності синдрому психічної нестійкості відмічалися виражена мінливість поведінки, яка майже повністю залежала від зовнішніх обставин і обумовленого ними актуального психо-

емоційного стану, схильність до втеч, одержання примітивних задоволень, до крадіжок, підвищена сугестивність, слабість моральних установок, відсутність інтелектуальних і естетичних інтересів.

В період загострення хронічного гастроентерологічного захворювання спостерігалося помітне погіршення психічного стану. Зв'язане це було не тільки з впливом соматогенних факторів на ЦНС пацієнтів, з появою бальових відчуттів, блювання, проносу, а й з нестерпними для них умовами суворої регламентації режиму, харчування, необхідністю виконання, неприємних діагностичних і лікувальних процедур. Небажані лікуватися, підкорятися лікарському режиму призводило до постійних конфліктів, дезорганізовувало обстановку в палаті. Нерозуміння необхідності проведення терапевтичних заходів призводило до постійних порушень і зривів плану обслідування і лікування, що негативно позначалося на перебігу основного захворювання, дуже утруднювало (без спеціально-го психотерапевтичного втручання) лікування.

Таким чином, пограничні соматогенні порушення психічної діяльності спостерігаються більш ніж у третині дітей з хронічними хворобами органів травлення. Частіше зустрічаються неврозоподібні синдроми, серед яких домінує астенічний. В початковому періоді психопатологічні прояви перебувають у прямій кореляційній залежності від характеру клінічного перебігу гастроентерологічного захворювання. Надалі вони набувають усе більш автономного характеру, в багатьох випадках домінуючого в ієрархічній структурі хвороби цілісного організму. Психогенні фактори, спричинені тілесною недугою та її наслідками, стають істотним патопластичним і патогенетичним механізмом, що підтримує і розвиток психопатологічної структури синдромів пограничних психічних порушень.

Список літератури

1. Белоусов Ю. В., Скумін В. А. // Педіатрія. — 1986. — № 8. — С. 46—50.
2. Лук'янова Е. М. // Там же. — 1987. — № 1. — С. 5—8.
3. Скумін В. А. // ПАГ. — 1985. — № 4. — С. 9—11.

Одержано 19.03.87

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

УДК 616.1/4-007.4-053.2

[М. Л. КУЩ], В. М. ГРОНА, проф., доктори мед. наук, О. А. МУЗАЛЬОВ
(Донецький мед. ін-т)

ДО ПИТАННЯ ПРО СПЛАНХНОПТОЗ У ДІТЕЙ

В основу даної праці покладено клінічне спостереження і лікування 143 хворих з різними формами спланхноптозу. Віком 1—3 роки було 5 дітей, 4—6 років — 18, 7—9 років — 35, 10—12 років — 50, 13—15 років — 35. Дівчаток було 113, хлопчиків — 30. Відмічено, що частота прояву захворювання збільшується з віком дитини у міру нарощання декомпенсації. Загаль-

ний спланхноптоз (опущення шлунка, тонкого і товстого кишечника, нирок) виявлено у 23 дітей, причому у одного з них була опущена й печінка; гастроколоптоз — у 23, опущення поперкової ободової кишки (хвороба Пайра) — у 97. Вік останніх складав 7—13 років. Із них 85 хворих перебували на стаціонарному і амбулаторному лікуванні з приводу припустимого