



УДК 616.89-07-053.2

Исследование психосоматических соотношений в развитии и течении психической патологии в детском возрасте

В.Г. ПОДСЕВАТКИН, О.С. ДРОЗДОВА, С.В. КИРЮХИНА, С.В. ПОДСЕВАТКИНА

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск
Республиканская психиатрическая больница МЗ МР, г. Саранск

Подсевакин Вячеслав Григорьевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и психиатрии, главный врач

Республиканской психиатрической больницы МЗ МР

431520, Мордовия, Лямбирский район, пос. Звездный, ул. Победы, д. 7, тел. (8342) 38-01-21, e-mail: mrpb@mail.ru

Проанализирована роль соматической патологии, а также вопросы соотношения степени тяжести олигофрении и соматических расстройств у детей. Установлена прямая взаимосвязь между глубиной интеллектуального дефекта при олигофрении и степенью тяжести коморбидной соматической патологии, обратная связь с продолжительностью ремиссии хронических соматических заболеваний. Результаты исследования могут способствовать разработке новых методов терапии и профилактики соматических заболеваний у детей с умственной отсталостью.

Ключевые слова: олигофрения, коморбидность, ожирение, atopическая бронхиальная астма.

Study of psychosomatic relations in the development and course of psychical pathology in childhood

V.G. PODSEVATKIN, O.S. DROZDOVA, S.V. KIRYUKHINA, S.V. PODSEVATKINA

Mordovia State University named after N.P. Ogarev, Saransk
Republican mental hospital of the Ministry of Health of the Republic of Mordovia, Saransk

The role of somatic pathology, as well as correlation between the severity of oligophrenia and somatic disorders in children was analyzed. A direct relationship between the depth of intellectual oligophrenia and severity of comorbid physical illness, feedback to the duration of remission of chronic somatic diseases was established. The research results can contribute to the development of new methods of prevention and therapy of somatic diseases in children with mental deficiency.

Key words: oligophrenia, comorbidity, obesity, atopical asthma.

Проблема изучения роли соматической патологии в развитии и прогрессировании психических заболеваний у детей в настоящее время является актуальной в связи с высокой встречаемостью соматических нарушений в психиатрической практике — коморбидность психических и соматических заболеваний составляет от 13,6 до 19,8% [1, 2]. При этом возможно повышение уровня летальности вследствие взаимного утяжеления течения болезненного процесса соматической и психической сфер [3], усиление бремени заболеваний — увеличение продолжительности лечения, хронизации процесса, что способствует

формированию социальной дезадаптации ребенка [4].

Соматические заболевания многократно увеличивают дисфункциональные изменения гомеостаза, что значительно влияет на динамику течения психической патологии [5], при этом вопросы соотношения психических и соматических расстройств остаются недостаточно разработанными [3].

Целью исследования явилось изучение соотношения психических и соматических расстройств в детском возрасте, а также исследование роли патологии психической сферы в

**Таблица 1.**

Соответствие глубины умственного дефекта и степени тяжести соматической патологии в группе детей с олигофренией

№п/п	Нозологические формы	Ожирение 1-й ст.	Ожирение 2-й ст.	Ожирение 3-й ст.	Бронхиальная астма, легкое течение	Бронхиальная астма, течение ср. ст. тяжести	Бронхиальная астма, тяжелое течение
1	Олигофрения в степени дебильности	23,3%	-	-	20%	-	-
2	Олигофрения в степени умеренной имбецильности	-	13,1%	-	3,3%	10%	-
3	Олигофрения в степени тяжелой имбецильности	3,3%	-	3,3%	-	-	6,7%

Таблица 2.

Продолжительность периода ремиссий при бронхиальной астме и дискинезиях желчевыводящих путей у детей с олигофренией различной степени тяжести

№ п/п	Нозология	Бронхиальная астма	Дискинезии желчевыводящей системы
1	Олигофрения в степени дебильности	5,36±1,0	5,8±1,21
2	Олигофрения в степени умеренной имбецильности	4,4±1,05	5,0±1,07
3	Олигофрения в степени тяжелой имбецильности	2,95±0,83*	3,25±1,17*

*Примечание: * — сравнение продолжительности ремиссии между пациентами с различной степенью олигофрении; отличия от соответствующих значений при олигофрении в степени дебильности достоверны при $p < 0,05$*

формировании и прогрессировании соматических расстройств.

Материалы и методы

Проведено простое, рандомизированное, сравнительное в параллельных группах исследование. На I этапе исследовали психосоматические соотношения в развитии и течении умственной отсталости. Обследованы 86 пациентов (40 мальчиков и 46 девочек) в возрасте от 4 до 14 лет, средний возраст — $9,95 \pm 2,3$. В зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей соматической патологии пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу ($n=56$) были включены пациенты с различными формами олигофрении, во вторую группу ($n=30$) — пациенты с олигофренией и сопутствующей соматической патологией.

Критерием включения пациентов в исследование являлось наличие клинически установленного диагноза олигофрении различной степени тяжести со значительными поведенческими нарушениями, требующими внимания или лечебных мер (рубрики МКБ-10 — F 70.1-72.1). Пациенты, имеющие коморбидную соматическую патологию,

независимо от нозологии соматического заболевания и тяжести его течения были включены во вторую группу наблюдения. Сопутствующая соматическая патология была представлена в 40% случаев атопической бронхиальной астмой (рубрика МКБ-10 — J 45.0), ожирением в 43% случаев (рубрика МКБ-10 — E 66.9), дискинезией желчевыводящих путей в 15% случаев (рубрика МКБ-10 — K 82.8), другой соматической патологией в 2% случаев: эндемическим зобом (рубрика МКБ-10 — E 01.2), гипопитуитаризмом (рубрики МКБ-10 — E 23.0), малыми аномалиями развития сердца (рубрика МКБ-10 — Q 28.8). Учитывая низкий процент эндемического зоба, гипопитуитаризма, малых аномалий развития сердца данные виды соматической патологии были исключены из дальнейшего анализа. Еще одним критерием исключения пациентов из исследования являлся длительный предшествующий прием психотропных препаратов.

Все исследование проводили с согласия законного представителя ребенка, в соответствии со статьей 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Таблица 3.

Степень проявления эмоционально-волевых нарушений по шкале открыто проявляемой агрессии Юдовского (OASCL) у детей с олигофренией и сопутствующей соматической патологией

№ п/п	Психопатологические синдромы по шкале открыто проявляемой агрессии Юдовского (OASCL)	Группа № 1	Группа № 2
1	Вербальная агрессия	1,85±0,59	3,45±0,69*
2	Физическая агрессия, направленная на себя	0,7±0,06	4,75±0,41*
3	Физическая агрессия, направленная на окружающие предметы	2,5±0,69	4,0±0,47*
4	Физическая агрессия, направленная на окружающих	0,5±0,0	2,3±0,03*
5	Сумма	4,9±0,63	14,6±1,09*

Примечание: * — отличия от соответствующих значений пациентов группы 1; достоверны при $p < 0,05$

Методы исследования

В первой и второй группах наблюдения оценивали степень выраженности основных психопатологических симптомов, наличие и степень тяжести соматических расстройств. При оценке психического статуса использовали:

1. Детский вариант теста Векслера (WISC), по которому определяли уровень интеллектуального развития и глубину интеллектуального дефекта при олигофрении: по 12 субтестам оценивали вербальный, невербальный и общий интеллект; соотношение вербального и невербального компонентов. Интерпретировали результат согласно полученным баллам по возрастным таблицам результатов.

2. Карты Авруцкого – Зайцева (1975). Применяли 3-балльную шкалу: 0 баллов — отсутствие симптома; 1 балл — субъективное ощущение нарушений пациентом; 2 балла — объективно выявляемые расстройства психической деятельности, 3 балла — возникновение социально-трудовой дезадаптации вследствие данного расстройства психической деятельности [6].

3. Шкалу оценки нарушений когнитивных функций (MMSE). Применяли 5-балльную шкалу по количеству ответов пациента на каждый вопрос/количеству выполненных пунктов заданий [7].

4. Шкалу открыто проявляемой агрессии Юдовского (OASCL). Применяли 4-балльную шкалу нарастания внешних проявлений степени агрессии пациента: вербальной агрессии, физической агрессии по отношению к себе и предметам; агрессии, направленной на окружающих [6].

При оценке соматического статуса:

1. Для определения типа дискинезии желчевыводящих путей использовали клинические, лабораторные, инструментальные (ультразвуковая холеграфия, рентгеноконтрастная холеграфия, дуоденальное зондирование) методы [8].

2. При наличии сопутствующих заболеваний эндокринной системы тяжесть их течения определяли с помощью антропометрии, центильных таблиц, процента избыточной массы тела/дефицита роста, гормонального спектра крови, пальпации щитовидной железы [9, 10].

3. Для определения степени тяжести бронхиальной астмы использовались следующие критерии: степень нарушения ритма повседневной жизни больного или его семьи, наличие приступов в дневное/ночное время, кратность приступов удушья, суточная доза употребляемых медикаментов, назначенных для контроля заболевания [11-14].

Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью стандартного пакета программ Statistics 6.0. Определяли t-критерий Стьюдента для зависимых и независимых выборок (Закс Л., 1976) на персональном компьютере Authentic AMD. Выявленные закономерности и связи изучаемых параметров между группами и признаками были значимыми при вероятности безошибочного прогноза $p = 95\%$ и более.

Результаты исследования и их обсуждение

Коморбидность в изучаемых группах наблюдения соответствовала основным «тезисам коморбидности», представленным Ф.И. Бяловым в 2010 году: коморбидность неоднородна, она увеличивает тяжесть состояния пациента и ухудшает прогноз [15], что подтверждают полученные нами результаты: чем глубже степень умственного дефекта пациента с олигофренией, тем более выражена степень тяжести сопутствующей соматической патологии. Учитывая, что наиболее часто встречающаяся коморбидная соматическая патология представлена атопической бронхиальной астмой (12 пациентов, что составляет 40% всех пациентов второй группы), ожирением (13 пациентов — 43% всех пациентов второй группы), проведено дальнейшее изучение коморбидности у пациентов, страдающих олигофренией различной степени тяжести при данной соматической патологии. При коморбидной патологии в виде дискинезий желчевыводящих путей (5 пациентов, что составляет 15% от всех пациентов второй группы) проведено дальнейшее изучение частоты обострений и длительности ремиссий при данной патологии. У пациентов данной группы, страдающих олигофренией в степени дебильности (10 пациентов из 30 исследуемых), коморбидная патология в виде ожирения первой степени встречалась в 23,3% случаев (7 пациентов), легкое персистирующее течение бронхиальной астмы — в 20% случаев (6 пациентов).

С утяжелением психического заболевания (олигофрения в степени умеренной и тяжелой имбецильности — по 10 пациентов данной группы соответственно) степень ожирения и тяжесть течения бронхиальной астмы увеличивались: ожирение второй степени в 13,1% случаев (4 пациента) у детей с олигофренией в степени умеренной имбецильности и ожирение третьей степени в 3,3% случаев (1 пациент) у пациентов с олигофренией в степени тяжелой имбецильности; средняя тяжесть течения бронхиальной астмы в 10% случаев (3 пациента) у детей с олигофренией в степени умеренной имбецильности и тяжелая гормонозависимая бронхиальная астма в 6,7% случаев (2 пациента) у пациентов с олигофренией в степени тяжелой имбецильности (табл. 1).

Анализ продолжительности ремиссии сопутствующей хронической соматической патологии показал, что продолжительность ремиссий уменьшается с увеличением глубины умственного дефекта при олигофрении (табл. 2). Так, длительность периода ремиссии при бронхиальной астме и дискинезиях желчевыводящей системы достоверно меньше у пациентов с олигофренией в степени тяжелой имбецильности в сравнении с детьми, страдающими олигофренией в степени дебильности: $2,95 \pm 0,83$ и $3,25 \pm 1,17$ месяца против $5,36 \pm 1,0$ и $5,8 \pm 1,21$ месяца соответственно.

По данным зарубежной литературы [16], эта закономерность справедлива как для коморбидности поведенческих расстройств у детей с бронхиальной астмой, так и для сопутствующих хронических заболеваний мочеполовой и репродуктивной систем организма детей и подростков [2, 17, 18]. Некоторые авторы рассматривают соматическую патологию у детей, ассоциированную с отклонениями в поведении и симптомами гиперактивности, как коморбидность, и рекомендуют у больных с соматическими болезнями пытаться выявить психические отклонения [18].

На следующем этапе исследования при сравнительном изучении основных психопатологических симптомов установлено, что в группе детей с олигофренией, отягощенной хронической соматической патологией, степень проявления эмоционально-волевых нарушений более выражена: пониженное настроение, беспричинная тревога, ночные страхи, боязнь и аффективная лабильность в течение дня достоверно выше, чем в группе исследования без коморбидной соматической патологии (табл. 4). Такие симптомы, как враждебность к близким людям, агрессивные тенденции, выявлялись в обеих группах исследования, но уровни вербальной и физической агрессии (направленной на себя, на окружающие предметы и на окружающих) достоверно выше в группе пациентов с отягощенным соматическим фоном: $4,9 \pm 0,63$ и $14,6 \pm 1,09$ баллов соответственно (табл. 3).

Такие симптомы, как снижение продуктивности в труде, учебе и развлечениях, умственная истощаемость, неряшливость и упущения в самообслуживании были более выражены в группе пациентов с коморбидной соматической патологией.

Заключение

В ходе проведенных исследований установлен высокий процент коморбидности олигофрении с различными хроническими соматическими заболеваниями в детском возрасте (атопическая бронхиальная астма, ожирение, дискинезии желчевыводящих путей). Выявленная закономерность (чем глубже степень умственного дефекта пациента с олигофренией, тем более выражена степень тяжести сопутствующей со-

матической патологии) действует и на длительность периода ремиссии коморбидных хронических соматических заболеваний у детей. Продолжительность ремиссий уменьшается с увеличением глубины умственного дефекта пациента.

При сравнительном изучении основных психопатологических симптомов нами установлено, что при наличии у детей с олигофренией коморбидной патологии степень проявления и устойчивость к терапии нарушений эмоционально-волевой сферы более выражена.

Выявленные особенности формирования психосоматических и соматопсихических соотношений у пациентов необходимо учитывать при разработке программ профилактики ежегодных обострений хронических соматических заболеваний. Полученные данные позволяют оптимизировать лечение и повысить качество оказания специализированной помощи детям с олигофренией, отягощенной коморбидной хронической соматической патологией с учетом множественности взаимных влияний, обеспечивающих функциональную интеграцию нервной и эндокринной систем в рамках единой регуляторной метасистемы.

Для своевременного оказания помощи пациентам с повышенным риском развития соматической патологии рекомендуется целенаправленное выявление психогенных провоцирующих обострения факторов. Пациентов с одновременной психической и соматической патологией необходимо рассматривать как особо нуждающихся в своевременной комплексной медикаментозной коррекции психических и соматических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kisely S., Goldberg D. Physical and psychiatric Comorbidity in general practice // *British Journal of Psychiatry*. — 1996. — Т. 44, № 2. — P. 236-242.
2. Spady D.W., Schopflohner D., Svenson L. et al. Medical and Psychiatric Comorbidity and Health Care Use Among Children 6 to 17 Years Old // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 2005. — P. 231-237.
3. Tai D., Dic P., To T. et al. Development of Pediatric Comorbidity Prediction Model // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 2006. — P. 293-299.
4. Козырев В.Н., 2000; Чазов Е.И., 2007; Казаковцев Б.А., 1999; Wittchen H.-U., 2004.
5. Friman P., Handwerck M., Swearer S. et al. Do Children With Primary Nocturnal Enuresis Have Clinically Significant Problems? // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 1998. — P. 573-579.
6. Шестопалова Л.Ф. Введение в ангионеврологию (нейропсихология сосудистых заболеваний головного мозга). — Харьков: ХВУ, 2000. — 136 с.
7. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004. — 432 с.
8. Дзюбич Л.И., Романова Н.А., Балыкова Л.А. Реабилитация детей с хроническими заболеваниями и часто болеющих детей: Пособие для врачей. — Саранск: ФБГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», 2012. — 126 с.
9. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней: Учебник для студентов мед. вузов. — М.: МЕД-прессинформ, 2004. — 216 с.
10. Кукес В.П., Маринин В.Ф., Резецкий И.А., Сивков С.И. Врачебные методы диагностики. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 718 с.
11. Баранов В.Л., Куренкова И.Г., Казанцев В.А., Харитонов М.А. Исследование функции внешнего дыхания. — СПб: Элби-СПб, 2002. — 302 с.
12. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института Сердце, Легкие, Кровь и Всемирной организации здравоохранения: Издание № 95-3659. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1995. — 165 с.
13. Кильдиярова Р.Р., Шараев П.Н., Стрелков Н.С. Справочник по лабораторным и функциональным исследованиям в педиатрии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 128 с.
14. Bellamy D., Harris T. Poor perceptions and expectations of asthma control: results of the International Control of Asthma Symptoms (ICAS) patient survey // *Eur Respir.* — 2004. — P. 38-44.
15. Бялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. — Иркутск: РИО ИГИУВП, 2010. — 149 с.
16. Bassing R., Halfon N., Benjamin B. Prevalence of Behavior Problems in US Children With Asthma // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 1995. — P. 565-572.
17. Gorman D., Thompson N., Plessen K. Psychosocial outcome and psychiatric Comorbidity in older adolescents with Tourette syndrome: control study // *British Journal of Psychiatry*. — 2010. — Т. 33. — P. 31-44.
18. Santalahti P., Aromaa M., Sourander A. Have Tgere been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland // *Pediatrics*. — 2005. — P. 434-436.