

Согласно показателям вариабельности ритма сердца, в группе больных, получавших ДМФ, частота достаточного ВОД увеличилась с 40 до 60% ($P < 0,05$), недостаточного — уменьшилась с 50 до 30% ($P < 0,05$). В группе пациентов, не получавших ДМФ, выявлено уменьшение достаточного ВОД с 18,2 до 9,1% на фоне традиционного лечения при интактности недостаточного ВОД. Следовательно, ДМФ оказывал нормализующее влияние на показатели ВОД, тогда как в группе сравнения такой динамики не отмечено.

Таким образом, для больных РА характерен симпатикотонический тип вегетативного реагирования с преобладанием симпатикотонии в покое, более выраженный у больных старше 45 лет, с асимпатикотоническим типом ВР и недостаточным ВОД. Подавляющее большинство больных РА страдают клинически выраженными вегетативными нарушениями. Как вегетотропный препарат, ДМФ оказывает нормализующее влияние на вегетативную дисрегуляцию, повышает эффективность комплексной противовоспалительной терапии больных РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аляветдинов Р.И.* Коррекция вегетативно-сосудистых нарушений у детей димефосфоном: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Л., 1985.

2. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение /Под ред. А.М.Вейна.—М., 1998.

3. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика: Пер. с англ.—М., 1998.

4. *Любичкая В.В.* //Сов. мед.—1975.—№ 10.—С.62—65.

5. *Манелис З.С., Бобылев В.Я., Новикова Н.Я., Буков Г.Н.* //Ревматология.—1984.—№ 1.—С.51—57.

6. *Новикова Е.Я.* Состояние соматического и вегетативного отделов нервной системы при ревматоидном артрите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Ярославль, 1987.

7. *Плешкова Н.А.* Вегетативное обеспечение деятельности и вегетативная реактивность как факторы прогноза эффективности лечения больных ревматоидным артритом //Ревматоидный артрит и другие ревматические заболевания: Сб. тр. каф. терапии ФУВ Ярославской гос. мед. академии.—Ярославль, 1996.

8. *Geenen R., Godaert G.L., Jacobs J.W., Peters M.L., Bijlsma J.W.* //J. Rheumatol.—1996.—Vol. 23.—P.258—264.

9. *Levine J.D., Goetzi E.J., Basbaum A.I.* //Rheum. Dis. clin. North. Am.—1987.—Vol. 13.—P.369—383.

10. *Louthrenoo W., Ruttanaumpawan P., Aramrattana A., Sukitawut W.* //Q. J. M.—1999.—Vol. 92.—P.97—102.

11. *Soares J.D., Ferreira M., Povoia P., da Silva J.A., Santos M.J., Carlos A.G.* //Acta. Med. Port.—1993.—Vol. 6.—P.245—248.

12. *Toussirot E., Serratrice G., Valentin P.* //J. Rheumatol.—1993.—Vol. 20.—P.1508—1514.



УДК 616.89—053.5—085.831

О.Е.Талицкая, А.М.Вейн, С.Б.Шварков, Е.В.Неудахин

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФОТОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

*Российский государственный медицинский университет (г. Москва),
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова*

Р е ф е р а т. Дана оценка эффективности фототерапии (10 сеансов по 30 минут в утренние часы, интенсивность света — 3300 лк) у 40 детей с психовегетативными расстройствами, клинически представленными цефалгическим синдромом различного характера. Проанализированы клинические жалобы, настроение, вегетативный статус, содержание гормонов щитовидной железы, кортизола, пролактина в крови, а также экскреция катехоламинов с суточной мочой. После курса фототерапии у 92,5% детей отмечены по-

ложительные изменения в психовегетативной и нейроэндокринной сферах. Наиболее выраженный положительный эффект фототерапии обнаружен в группе детей с хронической головной болью напряжения. Установлено оптимизирующее, модулирующее влияние фототерапии на содержание стрессреализующих гормонов в детском организме, на вегетативный гомеостаз, что повышает адаптоспособность организма. Обосновано использование фототерапии для коррекции психовегетативных расстройств у детей.

*О.Е.Талицкая, А.М.Вейн,
С.Б.Шварков, Е.В.Неудахин*

УКУЧЫЛАРДАГЫ ПСИХОВЕГЕТАТИВ
ТАЙПЫЛЫШЛАРНЫ ТӨЗӨТКӨНДӨ ФОТОТЕРАПИЯДӨН
ФАЙДАЛАНУ МӨМКИНЛЕКЛӨРӨ

Клиник яктан төрле характердагы баш авырту синдромнары булган психовегетатив тайпылышлар күзэтөлгөн 40 баланы дөвалауда фототерапиянен унышлылыгы баялэнде (иртэнге сөгатыләрде 30 минуттан 10 сеанс, яктылык көче 3300 лк). Клиник зарлары, көефлөре, үсеш статуслары, калкансыман биз гормоннары канда кортизол, пролактин һәм тәүлеклек сидектө катехоламиннар экскрециясе булу анализланды. Фототерапия курсыннан соң 92,5% балада психовегетатив һәм нейроэндокрин өлкөлөрдө уңай якка үзгәрешләр булу билгеләнә. Фототерапия хроник ГБН белән авыручы балалар төркемендә аеруча уңышлы нәтижеләр бирә. Фототерапиянен балалар организмндагы стресслар китереп чыгаручы гормоннарның этдәлеген организмның ярашу сәләтен күтөрүче вегетатив гомеостазны яхшырта алу тәэсире билгеләнә. Шулай итеп, балалардагы психовегетатив тайпылышларны дөвалауда фототерапиядөн файдалануның низгеле булуы күрсәтелә.

*O.E.Talitskaya, A.M.Vein,
S.B.Shvarkov, E.V.Neudakhin*

POSSIBILITIES OF PHOTOTHERAPY
USE FOR CORRECTION OF PSYCHOVEGETATIVE
DISTURBANCE IN SCHOOLCHILDREN

Efficiency of phototherapy (10 sessions each lasting 30 minutes in the morning hours, light intensity — 3300 lux) in 40 children with psychovegetative disorders, clinically represented by cephalgic syndrome of different types is evaluated. Clinical symptoms, mood, vegetative status, level of thyroid hormones, hydrocortisone, prolactin in the blood, and excretion of catecholamines with diurnal urea are analyzed. After the course of phototherapy in 92,5% of children positive changes in psychovegetative and neuroendocrine spheres were found. The most pronounced positive effect of phototherapy is found in the group of children with chronic exercise-induced headache. Optimizing modulating influence of phototherapy on the content of stress-realizing hormones in child's body, on vegetative homeostasis, increasing adaptability of body, are determined. Use of phototherapy for correction of psychovegetative disorders in children is reasoned.

У детей, обращающихся к врачу, по данным ряда отечественных и зарубежных авторов [1, 14, 18], в 53—68% случаев соматические расстройства носят функциональный характер и являются проявлениями психовегетативного синдрома. Важную роль в развитии психовегетативных нарушений играют аффективные, преимущественно депрессивные расстройства, распространенность которых в детской популяции, по данным ВОЗ, составляет 27,3%, а по данным отечественных авторов — от 7 до 45% в различных возрастных группах [1,

14]. Среди депрессивных состояний у детей преобладают (до 66%) тревожный и астено-тревожный варианты [1, 9, 14]. В качестве эквивалентов депрессии у детей во многих случаях выступают соматические, вегетовисцеральные расстройства, часто проявляющиеся различными алгиями [1, 14]. Особенно это относится к головным болям, которые встречаются с различной частотой у 5—33% детей в зависимости от возраста и в 83% случаев сопровождаются депрессией [1, 18]. Их распространенность нарастает с возрастом [4]. Психовегетативные расстройства у детей сопутствуют как головной боли напряжения, так и мигрени [5, 15].

Фармакологическая коррекция цефалгического синдрома и коморбидных с ним состояний — депрессии и тревоги — является важной проблемой педиатрии в силу трудностей подбора современных психотропных препаратов у детей и обычно негативного отношения родителей к этому виду терапии. Мы попытались применить фототерапию и оценить ее эффективность при лечении головной боли у детей с вегетативной дисфункцией.

Фототерапия — новый физиологический хронотерапевтический метод лечения, использующий влияние яркого белого света на биоритмы человеческого организма. Еще во II в. до н. э. врач Аретеус связывал “зимнюю грусть” с дефицитом дневного света [10]. Открытие многостороннего влияния света на человеческий организм путем изменения его хронобиологических характеристик, поведения, настроения, психических и эндокринных функций определило повышенный интерес к данной проблеме. Впервые положительное терапевтическое действие яркого белого света выявили и использовали в конце 70-х годов американские ученые Rosenthal N. и Lewi A.J. при изучении феномена сезонных депрессий. В дальнейшем этот метод за рубежом нашел широкое применение при лечении больных с различными неврологическими и психическими заболеваниями, а также для повышения адаптационных возможностей человеческого организма при работе в ночное время, совершении длительных трансконтинентальных перелетов [8]. В нашей стране фототерапия стала использоваться с середины 90-х годов для лечения психовегетативных расстройств, инсомнии, паркинсонизма, нейроэндокринных нарушений, коррекции легкой гипоталамической дисфункции, депрессии, эпизодической и хронической головной боли напряжения у взрослых больных [7, 8, 12, 13].

Среди теорий, объясняющих влияние яркого белого света, наиболее известны мелатониновая и нейротрансмиттерная. Согласно мелатониновой теории, белый свет, воздействуя через сетчатку глаза на ядра гипоталамуса и эпифиза, влияет на образование мелатонина из триптофана. Активность его синтеза подчинена циркадианному ритму: минимальная — днем, максимальная — ночью. Она сопряжена с периодичностью внешнего освещения. Мелатонин является многофункциональным гормоном. Повышение его концентрации в крови снижает температуру тела, уменьшает эмоциональную напряженность, индуцирует сон, усиливает секрецию гормона роста и т.д. С помощью мелатониновых рецепторов, расположенных в различных мозговых структурах, периферических органах и железах внутренней секреции, гормон влияет на состояние нейроэндокринной системы. Благодаря активному поглощению свободных радикалов, в большом количестве появляющихся при стрессе и вызывающих серьезные повреждения внутриклеточных макромолекул, мелатонин способен ограничивать поведенческие нарушения, обусловленные стрессом. Стресслимитирующий его эффект обусловлен также влиянием на работу эндокринных центров гипоталамуса и неэндокринных стрессреализующих структур мозга [7, 10].

Согласно нейротрансмиттерной теории, на свету происходит накопление серотонина, дофамина, в темноте — норадреналина, активация эпифизарных пептидов. Ингибируя светом одни моноамины и стимулируя другие, можно уравновесить разбалансированные звенья вегетативного гомеостаза [10]. Свет влияет и на периферическую вегетативную систему: стимулирует симпатические нервные волокна и подавляет вагальные [7].

В настоящее время фототерапия — одно из самых действующих средств антидепрессивной терапии. По данным литературы, у взрослых больных с преобладанием тревожной депрессии отмечена повышенная экскреция мелатонина, норадреналина и адреналина, в то время как у больных с тоскливой депрессией экскреция мелатонина, норадреналина и дофамина снижена, а адреналина — повышена. Под действием яркого белого света экскреция мелатонина и катехоламинов нормализуется, что биохимически подтверждает эффективность фототерапии при синдроме депрессии [2, 3, 16]. Преобладание при цефалгическом синдроме у

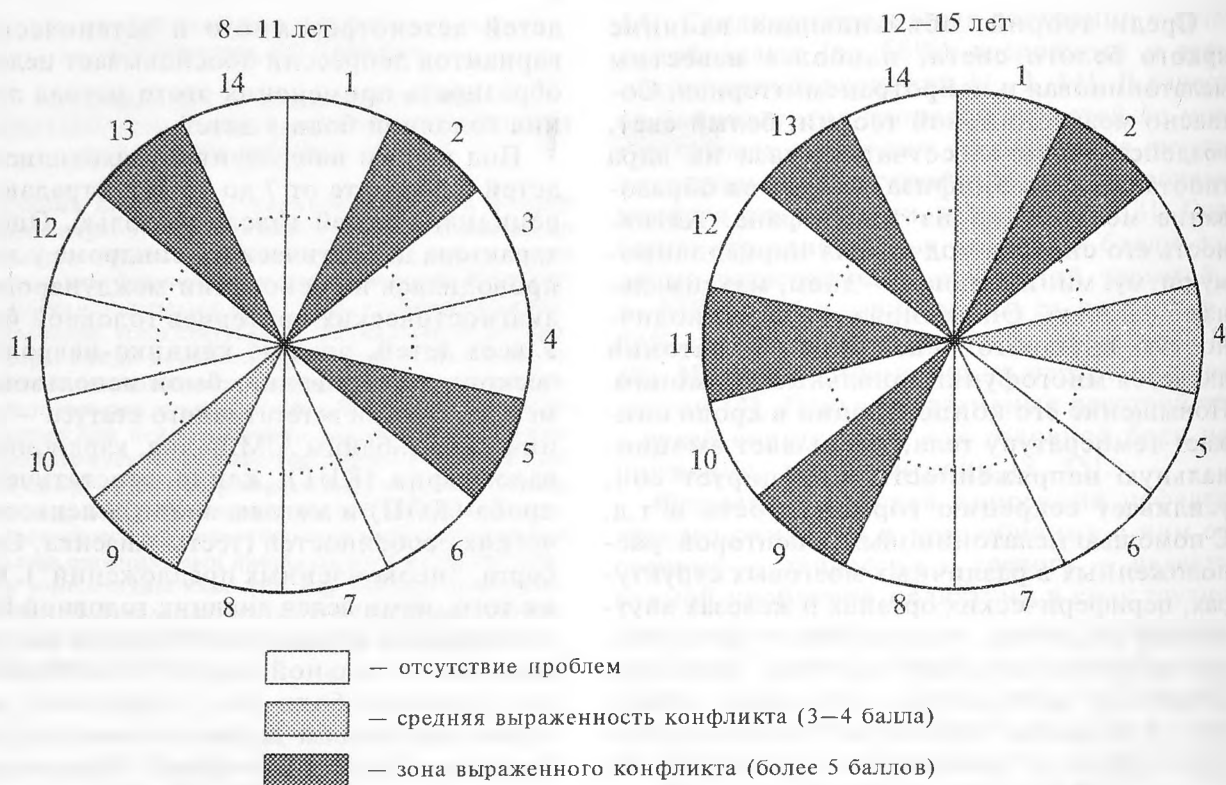
детей астенотревожного и астенического вариантов депрессии обосновывает целесообразность применения этого метода лечения головной боли у детей.

Под нашим наблюдением находились 40 детей в возрасте от 7 до 15 лет, страдавших рецидивирующей головной болью. Оценка характера цефалгического синдрома у детей проводилась на основании международных диагностических критериев головной боли. У всех детей, помимо клинко-неврологического обследования, были использованы методы оценки вегетативного статуса — клинические таблицы А.М.Вейна, кардиоинтервалография (КИГ), клиноортостатическая проба (КОП) и методы анализа психологических особенностей (тесты Айзенка, Спилберга, “неоконченных предложений”). Кроме того, нами велся дневник головной боли, проводилась субъективная оценка настроения (по 5-балльной шкале) и интенсивности головной боли (по 10-балльной визуально-аналоговой шкале) до начала фототерапии и после 10-го сеанса. Определялись уровни гормонов (ТТГ, Т3, Т4, кортизола, пролактина) в крови и содержание катехоламинов в суточной моче.

Светолечение проводилось в утренние часы с помощью стационарной французской лампы “Biolemp” мощностью 400 Вт. Воздействие светом осуществлялось с расстояния 60 см в течение 30 минут (интенсивность света — 3300 лк). Фототерапию (10 ежедневных сеансов) проводили преимущественно в осенне-зимний период. Параллельной медикаментозной терапии по поводу головной боли не было.

У наблюдаемых нами детей длительность головной боли в анамнезе колебалась от 6 месяцев до 5 лет, частота приступов — от одного в месяц до ежедневных. По характеру головной боли дети были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошел 21 ребенок с хронической головной болью напряжения (хр. ГБН), во 2-ю — 9 детей с эпизодической головной болью напряжения (э. ГБН), в 3-ю — 10 детей с мигренью.

Среди детей, страдающих хр. ГБН и мигренью, преобладали ваготоники с гиперсимпатикотонической реактивностью. У детей с э. ГБН отмечалась преимущественно эйтония с тенденцией к гиперсимпатикотонической реактивности. При психологическом обследовании у детей с ГБН возникали затруднения при адаптации к новой обстановке. Им было нелегко сходить с новыми людьми. При общем ровном или по-



1 — отношение к матери, 2 — к отцу, 3 — к семье, 4 — к противоположному полу, 5 — к товарищам, знакомым, 6 — к вышестоящим авторитетам, 7 — к низостоящим, 8 — к соученикам, 9 — страхи, опасения, 10 — чувство вины, 11 — отношение к себе, 12 — к прошлому, 13 — к будущему, 14 — к цели

Рис. 1. Структура межличностных взаимоотношений и зоны конфликтов при ГБ в зависимости от возраста детей (по тесту "неоконченных предложений")

ниженном настроении иногда наблюдались вспышки упрямства, капризы, которые носили характер защитных реакций на фоне проявления недовольства собой. Дети нередко отмечали чувства внутреннего напряжения и беспокойства, которые, как правило, усиливались по вечерам. Имелись трудности при засыпании, поверхностный сон, затрудненное пробуждение, чувство "недосыпания". Иногда у детей наблюдались чрезмерная мнительность, склонность к самокопанию. При личной самооценке они чаще занижали свои способности, проявляли неуверенность в принятии самостоятельных решений. Эти проявления психологической недостаточности были более выражены у детей с хр. ГБН.

Дети с мигренью характеризовались эмоциональной лабильностью, повышенной реактивностью на любой, даже незначительный внешний раздражитель. Они отличались общительностью, но часто не имели постоянных дружеских привязанностей. При личной самооценке дети чаще завышали свои возможности. Использование проективной психологической методики — теста

"неоконченных предложений" — позволило у многих детей обнаружить наличие большого количества проблем и глубоких конфликтов в особо значимых для них сферах межличностных отношений (взаимоотношения с отцом или обоими родителями, с товарищами, со сверстниками противоположного пола). Их беспокоили страхи, опасения перед будущим, неудовлетворенность собой. С возрастом количество проблемных зон и глубина конфликтов нарастали (рис. 1). Наиболее глубокие внутренние конфликты (4—8 баллов по 8-балльной шкале) были у детей с хр. ГБН, в то время как у страдающих мигренью и э. ГБН глубина конфликта колебалась от 3 до 5 баллов. Выявленная закономерность подчеркивает особое значение межличностных взаимоотношений в формировании психогенных расстройств в детском возрасте и в возникновении психовегетативного синдрома.

У 37 (92,5%) детей под влиянием фототерапии отмечались улучшение настроения, тенденция к нормализации показателей вегетативного и гормонального статусов. На фоне фототерапии у детей с хр. ГБН и миг-

рению определялось достоверное ($P < 0,05$) уменьшение показателей, характеризующих исходную ваготонию (индекс напряжения миокарда при хр. ГБН увеличивался с $24,3 \pm 0,24$ до $40,0 \pm 0,31$ у.е., при мигрени — с $21,0 \pm 0,48$ до $37,0 \pm 0,64$ у.е.) и гиперсимпатикогоническую реактивность (коэффициент вегетативной реактивности при хр. ГБН снижался с $3,3 \pm 0,09$ до $2,42 \pm 0,07$ у.е., при мигрени — с $5,7 \pm 0,25$ до $3,2 \pm 0,19$ у.е.), до нормальных значений. При э. ГБН исходный вегетативный тонус, будучи нормальным до фототерапии, не изменялся, а вегетативная реактивность достоверно ($P < 0,05$) повышалась до гиперсимпатикотонической (коэффициент вегетативной реактивности возрастал с $1,7 \pm 0,15$ до $2,46 \pm 0,19$ у.е.). После курса фототерапии у детей с хр. ГБН достоверно ($P < 0,05$) снижались в суточной моче исходно высокие показатели содержания адреналина (с $3,5 \pm 0,09$ до $2,2 \pm 0,07$ мкг/сут) и норадреналина (с $9,4 \pm 0,15$ до $7,3 \pm 0,13$ мкг/сут). Это коррелировало с повышением субъективной оценки настроения с 3,3 балла до 4,2 (по 5-балльной шкале), что, по-видимому, свидетельствует об уменьшении степени тревожной депрессии. У детей, страдающих мигренью, после 10 сеансов фототерапии уровень адреналина несколько снижался (с $3,5 \pm 0,19$ до $3,2 \pm 0,19$ мкг/сут), а норадреналина увеличился (с $12,5 \pm 0,37$ до $13,2 \pm 0,38$ мкг/сут). Субъективная оценка настроения существенно не изменялась (4,2 и 4,4 балла).

У детей с э. ГБН с исходно низкими уровнями экскреции адреналина и норадреналина в суточной моче отмечалось достоверное ($P < 0,05$) их возрастание (соответственно с $1,3 \pm 0,13$ до $2,8 \pm 0,19$ и с $7,9 \pm 0,33$ до $12,6 \pm 0,42$ мкг/сут). Субъективная оценка настроения у этих детей также незначительно повышалась (с 3,9 до 4,2 балла). Таким образом, у детей с исходно высоким уровнем катехоламинов в моче при действии фототерапии их уровень снижается, в то время как у детей с исходно низкими показателями адреналина и норадреналина в моче после курса светолечения их содержание повышается.

Во всех группах детей на фоне фототерапии определялось достоверное ($P < 0,05$) увеличение кортизола (адаптационного, стрессреализующего гормона): при хр. ГБН — с $497 \pm 1,08$ до $527 \pm 1,12$ ммоль/л, при э. ГБН — с $393 \pm 2,34$ до $489 \pm 2,6$ ммоль/л, при мигрени — с $323 \pm 1,89$ до $343 \pm 1,95$ ммоль/л. Уровень пролактина — стресслимитирующего гормона, обладающего анаболическим дейст-

вием, достоверно ($P < 0,05$) повышался при хр. ГБН (с $263 \pm 0,79$ до $302 \pm 0,85$ Ме/л) и мигрени (с $231 \pm 1,60$ до $263 \pm 1,71$ Ме/л); при э. ГБН он не изменялся. Повышение пролактина, по-видимому, имеет компенсаторное значение. Содержание тиреоидных гормонов в крови не изменялось. Возрастание концентрации в крови кортизола и пролактина можно расценить как повышение адаптоспособности организма.

Субъективно после сеансов фототерапии у детей улучшалось настроение, возникало ощущение “подзарядки бодростью и энергией”, прекращались приступы головных болей и алгические синдромы, наступали нормализация самочувствия, улучшение качества сна (дети быстрее засыпали и просыпались). Наблюдалось уменьшение симптомов вегетативной дисфункции (по таблице А.М.Вейна признаки вегетативной дистонии снизились на 6–8 баллов).

Отрицательная реакция на фототерапию в виде провокации приступов головной боли, раздражения на свет возникла у 3 (7,5%) больных (у 2 — с мигренью и у одного — с э. ГБН), характеризующихся выраженной исходной гиперсимпатикотонической реактивностью. По-видимому, отрицательное влияние фототерапии обусловлено возрастанием уровня тревожности у этих детей, что подтверждает повышение уровня норадреналина после фототерапии.

По данным литературы [2, 17], под влиянием фототерапии понижается содержание мелатонина у взрослых больных с тревожной депрессией, характеризующейся исходно высоким уровнем этого гормона, нормализуется обмен катехоламинов. С учетом преобладания в детском возрасте тревожной и астенотревожной форм депрессии [1, 14] можно сделать вывод о целесообразности использования фототерапии и у детей с психовегетативными расстройствами. Оказывая оптимизирующий, модулирующий эффект на содержание стрессреализующих гормонов в детском организме и на вегетативный гомеостаз, фототерапия повышает адаптоспособность организма и опосредованно понижает выраженность алгического синдрома.

Наши данные позволяют сделать вывод об эффективности фототерапии при лечении цефалгического синдрома у детей, особенно с хр. ГБН. Это, по-видимому, связано с ролью депрессии в генезе ГБН, что давно доказано у взрослых больных и требует дальнейшего исследования в детском

возрасте. Отсутствие побочных эффектов, доступность применения фототерапии позволяют рекомендовать использование этого метода для коррекции и профилактики психовегетативных расстройств у школьников в амбулаторных условиях в осенне-зимний период. Время сеанса, достаточное для достижения терапевтического эффекта фототерапии, у детей составляет 30 минут (курс лечения — 10 дней).

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков.—М., 1999.
2. Божко Г.Х., Царицкий В.Н., Кулабуков В.М., Таранская А.Д. //Журн. невропатол. и психиатр.—1995.—№ 4.—С.51—54.
3. Божко Г.Х., Царицкий В.Н., Стреляная Е.И., Таранская А.Д. //Журн. невропатол. и психиатр.—1996.— № 1.—С.58—60.
4. Веснина В.А., Пикулин С.Д. //Труды 2-го ММИ им. Н.И.Пирогова.—М., 1974.—С.225—228.
5. Кваскова И.В., Шварков С.Б. //Журн. невропатол. и психиатр.—1999.—№ 1.—С.15—17.
6. Кушнир С.М. Вегето-сосудистая дистония у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—1995.
7. Левин Я.М., Артеменко А.Р. Фототерапия.—М., 1996.
8. Левин Я.М., Артеменко А.Р. //Журн. невропатол. и психиатр.—1996.—№ 3.—С.107—117.
9. Макаренко Ю.А. Пути изучения эмоций у детей.—М., 1976.
10. Малиновская Н.К. //Клин. медицина.—1998.—№ 10.—С.15—21.
11. Малышева О.А. //Неврол. журн.—1999.—№ 2.—С.52—55.
12. Соловьева А.Д., Фишман Е.Я. //Журн. невропатол. и психиатр.—1997.—№ 11.—С.22—26.
13. Соловьева А.Д., Фишман Е.Я. //Журн. невропатол. и психиатр.—1999.—№ 5.—С.20—24.
14. Сосюкало О.Д., Ермолина Л.А., Волошин В.М. и др. Депрессия в детском и подростковом возрасте (клинико-эпидемиологический аспект) //Материалы научно-практ. конф. по неврол. и психиатр. детского и подросткового возраста.—Калуга, 1988.—С.125—127.
15. Талицкая О.Е., Шварков С.Б. //Журн. невропатол. и психиатр.—1999.—№ 2.—С.11—14.
16. Филатова Т.С. Метаболизм катехоламинов при психогенных депрессиях у психопатических личностей: Автореф. дис. ... канд. биол. наук.—М., 1996.
17. Souetre E., Salvati E. //Neurophys. clin.—1987.—Vol. 17.—P.359—376.
18. Garraida E. //Medicine international.—1983.—Vol. 34.—P.1594—1598.



УДК 616.89—053.2—085.851

М.В.Белоусова

ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, КОРРЕКЦИЯ

Казанская государственная медицинская академия

Р е ф е р а т. Изучены особенности возникновения психогенных расстройств у детей и дана оценка эффективности проводимой психотерапии. В клинике психогенных расстройств преобладали тревожно-депрессивный, церебрастенический и фобический синдромы. У 112 (67,9%) детей отмечался повышенный уровень тревожности. У 124 (75,2%) детей обнаружена низкая физиологическая сопротивляемость стрессу. Эффективным в коррекции психогенных расстройств оказалось использование комбинированной психотерапии. Результаты анализа психотравмирующих воздействий позволяют рекомендовать использование адаптированных для данного возраста психотерапевтических методов в комплексном лечении психогенных расстройств.

М.В.Белоусова

ЦНС ПЕРИНАТАЛЬ ЗАРАРЛАНУ КИЧЕРГЭН
БАЛАЛАРДА ПСИХОГЕН ТАЙПЫЛЫШЛААР:
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, КОРРЕКЦИЯ

Элеге тикшеренү балалардагы психоген тайпылышларның килеп чыгыш үзенчәлекләрен өйрәнү һәм үткәрелә торган психотерапиянең нәтижәлеге билгеләү максатыннан чыгып алып барылды. Психоген көйсезлекләр клиникасында тынычсызлык, төшенкелек (59,0%), церебрастеник (61,5%) һәм курку (8,6%) синдромнары өстенлек алды. 34% балаларда тынычсызлык дәрәжәсенә югары булуы билгеләнде. 87% балаларда стрессларга физиологик каршы тору нәтижә-