

18+

ГЕННАДИЙ
СТАРШЕНБАУМ



ПСИХОСОМАТИКА: ДЕТИ

ПОЛНЫЙ КУРС

ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ

Умный самоучитель психологии



Геннадий Владимирович Старшенбаум
Психосоматика: дети.
Полный курс для
психологов и родителей
Серия «Умный
самоучитель психологии»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69348070

Психосоматика: дети. Полный курс для психологов и родителей:

Издательство АСТ; М.; 2023

ISBN 978-5-17-157812-1

Аннотация

Эта книга – доступное, компактное и в то же время самое полное руководство для родителей детей с психосоматическими расстройствами.

В основу руководства легли последние научные данные, а также практический опыт врача-психотерапевта высшей категории, профессора Московского института психоанализа Г. В. Старшен-баума, много лет проработавшего в многопрофильных больницах и поликлиниках. Его книга «Психосоматика и психотерапия» выдержала восемь изданий.

К бесспорным достоинствам данной книги относятся достоверные диагностические тесты, адаптированные для российских детей; четкие клинические картины расстройств; рекомендации родителям по диете и лечебной гимнастике; множество психокоррекционных игр и рецептов лекарственных растительных сборов; а также словарь терминов.

Не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Введение	6
Детская невропатия: в чем причина?	13
Диагностическое тестирование	15
Расстройства пищеварения и детские эмоции	27
Болезни пищевода и желудка: я проглотил обиду...	31
Болезни кишечника и желчного пузыря	44
Лечение детей с расстройствами пищеварения	60
Функциональные боли в животе: я нуждаюсь во внимании!	72
Дифференциальная диагностика	74
Конец ознакомительного фрагмента.	81

**Геннадий Владимирович
Старшенбаум
Психосоматика: дети.
Полный курс для
психологов и родителей**

© Старшенбаум Г. В., 2023

© ООО «Издательство АСТ», 2023

ИЗДАТЕЛЬСТВО АСТ
МОСКВА



Введение

Здравствуйтесь, дорогой читатель. Позвольте представиться – меня зовут Геннадий Владимирович, я уже полвека работаю врачом-психотерапевтом. Психотерапия находится на стыке медицины и психологии, ведь тело и душа составляют неразрывное единство, и язык тела не менее красноречив, чем слова. Просто он не всем понятен. Работая в многопрофильных больницах и поликлиниках, я научился понимать этот язык и делюсь своим опытом с вами.

По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, половина всех заболеваний являются психосоматическими, и больные нуждаются не столько в лекарствах, сколько в психотерапии. Сами пациенты считают психологические проблемы результатом плохого самочувствия и не обращаются к психотерапевту. Медицинское обследование не выявляет у них достоверных отклонений от нормы. Однако страдания человека являются подлинными, объяснимы они или нет с медицинской точки зрения.

Психосоматические расстройства (ПСР) развиваются под влиянием неотрагированных эмоций, которые мы не выплеснули, а оставили внутри себя. Это прежде всего тайное чувство собственной несостоятельности, подсознательное ожидание неприятного последствия непродуманного поступка, скрытые переживания неудач и утрат. Печаль, не вы-

плаканная слезами, заставляет «плакать» другие органы.

К психосоматическим расстройствам в широком смысле слова относят:

- многие нарушения питания и пищеварения, дыхания и кровообращения,
- кожные и мочеполовые заболевания,
- нарушения чувствительности и движений,
- тиреотоксикоз и сахарный диабет,
- психосексуальные расстройства.

Под влиянием негативных эмоций, никогда не высвобождаемых полностью, повышается артериальное давление. Реакции сосудов на сдерживаемое эмоциональное напряжение играют важную роль в развитии головных болей и спазмов коронарных сосудов. Хронически повышенное мышечное напряжение, вызванное сдержанными агрессивными импульсами, оказывается патогенным фактором при ревматоидном артрите. Воздействие этого механизма на обмен веществ можно наблюдать при тиреотоксикозе и диабете. Во всех этих примерах определенные фазы вегетативной подготовки к нападению или бегству хронически задерживаются

из-за того, что лежащие в их основе мотивационные силы невротически подавляются и не высвобождаются в соответствующем действии.

Психосоматическими расстройствами страдают не только взрослые, но и дети. Сложность в том, что родители не всегда могут понять, что заболевания ребенка связаны со стрессом. Поэтому при выявлении какой-то закономерности нужно обратиться к специалисту.

У детей ПСР проявляются главным образом разнообразными психосоматическими реакциями. Они обычно непродолжительны и исчезают с прекращением психотравмирующей ситуации. Определенным расстройствам соответствуют те или иные внутриспсихические конфликты. Так, нейродермит может указывать на то, что ребенок сдерживает желание физической близости, бронхиальная астма означает страстный, но безответный порыв ребенка докричаться до матери.

В формировании ПСР у детей основное значение имеют патология беременности, травмы в родах, последствия черепномозговой травмы и нейроинфекций. Следствием этого становятся вегетососудистые расстройства, плохая переносимость жары, духоты, резких запахов, езды в транспорте, повышенная утомляемость, снижение памяти, отставание в учебе.

Ребенок, тревожно относящийся к неприятным ощущениям, может подумать, что с ним происходит что-то опасное. Такая мысль неизбежно порождает чувство тревоги, которое

сопровождается выбросом адреналина. В результате появляются учащенное сердцебиение, одышка, дрожь и т. д. К этим симптомам тревоги прибавляются сначала легкие физиологические сдвиги, которые затем усиливаются.

Так образуется порочный психосоматический круг: физиологические сдвиги на фоне обычных стрессоров – мысль о неблагополучии – тревога – усиление физиологических проявлений – тревожное прислушивание к неприятным ощущениям, а затем – даже в отсутствие неприятных ощущений – постоянные проверки состояния организма. Что, в свою очередь, провоцирует появление таких ощущений и заставляет на них фиксироваться.

У таких детей легко происходит трансформация трудно-разрешимых психологических проблем в жалобы соматического характера (соматизация, бегство в болезнь). Причиной ПСР может быть чувство вины с потребностью в само-наказании. Имеет значение также условная выгода симптома, позволяющая избежать наказания или получить какие-то поправки.

Симпатический отдел вегетативной нервной системы повышает давление крови (при этом выделяется адреналин), парасимпатический отдел с блуждающим нервом вагусом понижает давление (при этом выделяется инсулин). Неотреагированная агрессия приводит к длительному возбуждению симпатoadреналовой системы с последующим развити-

ем гипертонии, мигрени, артритов, гипертиреоза, диабета. Пассивное ожидание помощи и невозможность ее получить; неутоленное желание признания, сексуального удовлетворения – все это перенапрягает парасимпатическую систему. Как результат – язва желудка, язвенный колит, бронхиальная астма.

Боли могут возникать как самонаказание в связи с потерей объекта. Именно реальная или символическая потеря объекта либо угроза такой потери приводит к отказу от веры в будущее, что, в свою очередь, ведет к снижению иммунитета. Особенно велика роль аутоиммунных механизмов при астме, спастическом и язвенном колите, а также раке.

Соматические функции нарушаются в результате конфликта между чувствами любви и ненависти, потребностями давать и сохранять. Так, при спастическом колите у ребенка внутри могут бороться любовь и агрессия к младшему брату или сестре и одновременно желание сохранить безраздельную любовь родителей.

Хронические симптомы воспринимаются как меньшее зло по сравнению с необходимостью самому справляться с трудной ситуацией. У детей выражена готовность быть похожим на кого-то. Они могут тревожиться за здоровье в подражательных целях – особенно если это сопровождается соответствующими внушениями.

Тревожная мать воспринимает ребенка как хрупкую вещь, которая может легко сломаться. В результате у ребенка

сохраняется связь с матерью на языке тела. Ребенок учится контролировать родителей с помощью болезненных состояний. Они становятся условно выгодными как больному, так и семье в целом. Недомогание дает родителям возможность сфокусироваться на ребенке и тем самым избежать внутрисемейных конфликтов.

Для многих пациентов весьма полезна психотерапия, в том числе семейная, с фиксацией на важности фактора эмоционального равновесия, уверенности в обратимости болезненных проявлений. Чем раньше начнется лечение, тем выше будет эффект психотерапевтических вмешательств. Важно начать терапию до появления необратимых патофизиологических изменений. Большое значение имеет домашняя работа с больным ребенком, согласованная со специалистом.

Эта книга имеет большую практическую ценность: в ней предлагаются различные простые и эффективные комплексы упражнений для облегчения или снятия симптомов, которые можно выполнять в домашних условиях и малышам, и подросткам. Эти упражнения помогут вам и вашим детям справиться с проявлениями ПСР.

Диагностические критерии описываемых расстройств соответствуют действующей в РФ с 2022 года Международной классификации болезней МКБ11 и дополнены сведениям из Диагностического справочника Американской психиатрической ассоциации DSM5 (DSM5. Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, 2013).

В данном руководстве наряду с авторскими терапевтическими методиками использованы работы следующих авторов: А. М. Аверин, Б. А. Архипов, Е. А. Воробьева, И. Г. Выгонская, Т. Г. Горячева, П. Деннисон, В. И. Зуев, Ю. В. Касаткина, Н. В. Ключева, Л. В. Константинова, Н. Л. Кряжева, Х. Кэдьусон и Ч. Шефер, Н. П. Локалова, Е. К. Лютова-Робертс, Г. Б. Мони́на, Е. В. Пеллингер, А. Ремеева, Н. А. Сакович, А. Л. Сиротюк, А. С. Сиротюк, А. С. Султанова, Л. П. Успенская, К. Фоппель, Г. Д. Черепанова, М. И. Чистякова, Л. С. Чутко, И. В. Шевцова, И. А. Шевченко и др.

Детская невропатия: в чем причина?

Еще во время беременности плод проявляет необычную активность. Родившись, младенец чрезмерно реагирует на внешние раздражители и беспокойно спит. Ребенок то беспокоен и суетлив, то вял и пассивен. Наблюдаются также колебания температуры, учащенное сердцебиение, одышка и потливость при волнении, чувствительность к изменению погоды. У детей отмечается раздражительность, пугливость, склонность к колебаниям настроения или пониженное настроение, капризность, плаксивость, страх темноты, ночные страхи, боязнь оставаться одному в комнате.

Характерным является «закатывание»: реакция обиды сопровождается криком, на выдохе возникает спазм гортани, дыхание останавливается, лицо бледнеет, холодеют и синеют конечности. При этом возможны судорожные подергивания мышц и кратковременное отключение сознания. Через несколько секунд происходит глубокий вдох и состояние нормализуется.

Ребенок чувствителен к изменению условий кормления. У него снижен или отсутствует сосательный рефлекс и аппетит (особенно по утрам), наблюдаются частые срыгивания, тошнота и рвота, избирательность в еде, аллергические реакции на некоторые продукты.

Симптомы гиперактивности обычно преобладают у до-

школьников и уменьшаются с возрастом. К школьному возрасту сохраняется выраженная вегетативно-сосудистая лабильность, усиливающаяся при эмоциональном и физическом напряжении. Отмечается повышенная психосоматическая готовность, головные боли к концу занятий, холодные и влажные ладони.

В школьном возрасте расстройство больше всего проявляется трудностями в обучении, особенно из-за плохого внимания и пассивности. Интерес к учебе отсутствует, часто развивается навязчивая мастурбация. К подростковому возрасту двигательная гиперактивность может пройти, но импульсивность у многих сохраняется.

Мальчики бывают агрессивны и вспыльчивы, совершают опасные действия, не учитывая их последствий (например, перебегают улицу, не оглядываясь по сторонам). При этом они не ищут приключений или острых ощущений. У девочек более выражена тревога, колебания настроения, нарушения мышления и речи. Многие подростки употребляют психоактивные вещества, совершают асоциальные поступки и суицидальные попытки.

Таким подросткам часто присуща спонтанность, непосредственность и доверчивость в отношениях. Многие из них отличаются нестандартным подходом к решению проблем. Невозможность детального анализа информации открывает им лучший доступ к интуитивному знанию. Они живут настоящим моментом, не погружаясь в негативные пе-

реживания. Если они увлекутся каким-то делом, то полностью посвящают ему себя. Отзывчивость, умение произвести выгодное впечатление помогают им быть успешными в отношениях с близким окружением.

В основе детской невропатии лежат либо генетические факторы, либо внешние воздействия во внутриутробном периоде. Определенную роль могут играть и стрессы, пережитые матерью во время беременности, в том числе длительно существующий семейный конфликт.

Общая ослабленность и болезненность таких детей наряду с тревожностью матери обычно является причиной воспитания по типу гиперопеки и протекционизма. Дети растут тревожными и ранимыми, неуверенными в своих силах, с повышенной эмоциональностью, которую они прячут. Они отличаются стеснительностью и самолюбием, повышенным чувством ответственности и упрямством. В неблагоприятных ситуациях такие дети быстро теряются, паникуют, обвиняют себя, ищут защиты и поддержки.

Диагностическое тестирование

Чтобы диагностировать астению у детей, рекомендую вам использовать опросник, разработанный И. К. Шацем (2016). Он предназначен для работы с детьми с 8-летнего возраста. За младших детей или детей, не имеющих физической возможности, опросник заполняет психолог или врач. Опрос-

ник состоит из 11 шкал, оценивающих состояние ребенка по его реакциям.

Шкала 1 – физическая астения;

Шкала 2 – психическая астения;

Шкала 3 – изменения памяти;

Шкала 4 – нарушения внимания;

Шкала 5 – эмоциональная лабильность;

Шкала 6 – раздражительная слабость;

Шкала 7 – головные боли;

Шкала 8 – нарушения сна;

Шкала 9 – нарушения аппетита;

Шкала 10 – нарушения дефекации;

Шкала 11 – повышенная потливость.

Опросник для диагностики астении у детей

Текст опросника

1. Усталость в теле чувствуется:

1) утром, не вставая с постели – 3;

2) после непродолжительной нагрузки (хождение по комнате, игры) – 2;

3) только после длительной нагрузки (подвижная игра, прогулка), после отдыха усталость проходит – 1;

4) целый день не чувствуешь усталости, вечером можешь играть, заниматься – 0.

2. Устаешь, когда занимаешься обычными делами: чита-

ешь, разговариваешь с окружающими, делаешь уроки, смотришь телевизионные передачи:

- 1) из-за усталости не можешь заниматься перечисленными делами – 3;
- 2) устаешь очень быстро – 2;
- 3) устаешь только через продолжительное время, после отдыха усталость проходит – 1;
- 4) никогда не устаешь – 0.

3. Чтобы запомнить стихи, сказки, имена, сюжеты:

- 1) ничего не можешь запомнить даже после многократного повторения – 3;
- 2) нужно много раз прочитать и повторить – 2;
- 3) прослушать или прочитать более 2–3 раз – 1;
- 4) запоминаешь быстро – 0.

4. Когда занимаешься, читаешь, играешь, смотришь ТВ:

- 1) легко отвлекаешься, не можешь ни на чем сосредоточиться – 3;
- 2) отвлекаешься через некоторое время и уже не можешь продолжать то, от чего отвлекся – 2;
- 3) периодически отвлекаешься, но доводишь начатое до конца – 1;
- 4) совсем не отвлекаешься – 0.

5. Бывает, что ты:

- 1) раздражаешься без всякого повода – 3;
- 2) раздражаешься по незначительному поводу – 2;
- 3) раздражаешься, когда есть серьезные причины – 1;

4) никогда не раздражаешься – 0.

6. Ты:

1) часто плачешь без всяких на то причин – 3;

2) плачешь по любому незначительному поводу – 2;

3) плачешь, когда очень обидно, когда что-то не получается – 1;

4) никогда не раздражаешься – 0.

7. Головные боли:

1) нет;

2) постоянно;

3) часто;

4) редко;

5) утром;

6) днем;

7) вечером;

8) ночью;

9) после физической нагрузки;

10) после умственной нагрузки;

11) до болезни;

12) после болезни;

13) сейчас.

8. Сон:

1) глубокий (спишь крепко);

2) часто просыпаешься без причины;

3) просыпаешься от незначительного шума;

4) засыпаешь быстро;

- 5) засыпаешь медленно;
- 6) просыпаешься легко;
- 7) просыпаешься с трудом;
- 8) сны приятные;
- 9) сны неприятные;
- 10) сны страшные;
- 11) сновидений нет;
- 12) возникает страх по ночам.

9. Аппетит:

- 1) повышен, ешь все, что дают;
- 2) ешь мало, неохотно (понижен);
- 3) ешь определенную пищу (избирателен);
- 4) часто тошнота;
- 5) часто рвота;
- 6) сухость во рту;
- 7) горечь во рту.

10. Стул:

- 1) обычный;
- 2) неустойчивый;
- 3) запоры;
- 4) понос.

11. Потливость:

- 1) нет;
- 2) потливость ладоней;
- 3) общая потливость повышенная;
- 4) днем;

- 5) ночью;
- 6) постоянно;
- 7) ощущение онемения;
- 8) ощущение покалывания;
- 9) мурашки;
- 10) зуд.

Инструкция

По шкалам 1–6 выбирается один, наиболее подходящий ответ. Ответы по этим шкалам оцениваются в баллах: 0 – отсутствие нарушений, 1 – реакция утомления, 2 – умеренная астения, 3 – выраженная астения.

По шкалам 7–11 могут быть отмечены сразу несколько пунктов. Эти шкалы количественно не оцениваются, так как эти нарушения могут быть симптомами как астении, так и собственно соматического страдания, но их учет важен для характеристики состояния ребенка.

Показатели выраженности астении (сумма баллов по шкалам 1–6)

- 1–6 – реакция утомления;
- 7–12 – умеренная астения;
- 13–18 – выраженная астения.

Опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР)

Как вы реагируете на то, что ребенок заболел? Определить это вам поможет опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР), разработанный В. Е. Каганом и И. П. Журавлевой (1991).

Определите свое отношение к приведенным ниже утверждениям, используя следующую шкалу:

- 3 – совершенно не согласен;
- 2 – не согласен;
- 1 – скорее не согласен, чем согласен;
- +1 – скорее согласен, чем не согласен;
- +2 – согласен;
- +3 – полностью согласен.

Тест

- 1) На свете так много разных болезней, что родители просто не в состоянии уберечь от них ребенка.
- 2) Ничто не тревожит меня так, как здоровье моего ребенка.
- 3) Врачи часто преувеличивают тяжесть болезни моего ребенка.
- 4) Правильно поступают те, кто ничего не требуют от больного ребенка.

- 5) Дети болеют тогда, когда они обделены заботой и вниманием в семье.
- 6) Все дети болеют, и это не повод для отчаяния.
- 7) Думаю, что здоровье моего ребенка хуже, чем говорят врачи.
- 8) Болезнь – это не повод для ничегонеделания и праздности ребенка.
- 9) Если ребенок болезненный, с этим уже ничего не поделаешь.
- 10) Когда ребенок болен, у меня все валится из рук.
- 11) Болезнь моего ребенка серьезнее, чем может показаться со стороны,
- 12) Не понимаю тех, кто запрещает больному ребенку делать то, что ему по силам.
- 13) У хороших родителей дети почти не болеют.
- 14) Даже когда я знаю, что в болезни ребенка нет ничего страшного, я не могу избавиться от страха за него.
- 15) Не могу согласиться с теми, кто любую болезнь ребенка считают тяжелой.
- 16) Когда ребенок болен, я стараюсь любой ценой избавить его от всяких усилий.
- 17) Каковы бы ни были причины болезней, болеет ребенок или нет – зависит от родителей.
- 18) Не понимаю родителей, которые при заболевании ребенка теряют голову от страха.
- 19) Нет легких болезней у детей, а есть легкомысленное

отношение родителей к ним.

20) Из-за болезни ребенок не должен забрасывать учебу.

21) Чем меньше бережешь ребенка от болезней, тем он здоровее.

22) В жизни ребенка не бывает периодов, когда можно быть спокойным за его здоровье.

23) Чаще всего я думаю, что болезнь ребенка не слишком тяжела.

24) Ребенок, в отличие от взрослого, не может активно бороться с болезнью.

25) Болезни детей – следствие несовершенства медицины.

26) Детские болезни совсем не так опасны, как о них порой говорят.

27) Врачи слишком привыкают видеть больных детей и потому часто недооценивают тяжесть болезни.

28) Всегда стараюсь, чтобы ребенок и во время болезни жил полноценной и активной жизнью.

29) Если бы воспитатели и учителя были так же заботливы, как родители, то дети бы не болели.

30) Мой ребенок не так здоров, чтобы можно было не тревожиться за его будущее.

31) Обследование детей чаще всего слишком поверхностно, чтобы увидеть, как серьезно болен ребенок.

32) Есть обязанности, от которых ребенок не освобождается и во время болезни.

33) Не понимаю тех, кто винит себя в болезни ребенка.

34) Я не могу позволить себе впадать в панику из-за болезней ребенка.

35) За хорошим самочувствием ребенка слишком часто кроются серьезные болезни.

36) Лишать больного ребенка посильных для него дел – значит делать его еще более больным.

37) Болеет ребенок или нет – зависит от судьбы и случая.

38) Многие завидуют моей способности сохранять самообладание, когда ребенок болен.

39) Считаю, что мой ребенок нуждается в более серьезном лечении.

40) За редкими исключениями абсолютный покой во время болезни больше вредит ребенку, чем помогает.

Ключ к тесту

Интернальность: 1+, 5, 9+, 13, 17, 21, 25+, 29+, 33+, 37+.

Тревога: 2+, 6, 10+, 14+, 18, 22+, 26, 30+, 34, 38.

Нозогнозия: 3, 7+, 11+, 15, 19, 23, 27+, 31+, 35+, 39+.

Контроль активности: 4+, 8, 12, 16+, 20, 24+, 28, 32, 36, 40.

Общая напряженность рассчитывается как суммарный показатель по всему опроснику в целом.

Интерпретация результатов

По каждому вопросу шкалы определяются баллы, совпадающие с ключом (например, по 1-му вопросу – со знаком

«+», по 5-му – со знаком «—» и т. д.). Баллы по всем пунктам арифметически суммируются, а затем из них вычитается арифметическая сумма баллов по всем пунктам шкалы, где оценки испытуемых не совпадают с ключом (например, по 9-му вопросу со знаком «—», по 13-му – со знаком «+»). Полученный результат и есть показатель шкалы. Частное от деления суммы И, Т, Н и А на 4 образует показатель О.

Для удобства сопоставления с частными шкалами общую напряженность (О) удобнее определять как их среднее арифметическое. Тогда максимальный разброс по каждой из пяти шкал составляет от -30 до $+30$. Средние показатели от -9 до $+4$.

Шкала интернальности (И)

Высокие показатели по ней описывают экстернальный родительский контроль болезни ребенка – причины болезни воспринимаются как нечто, не зависящее от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять.

Низкие показатели описывают интернальный контроль, при котором родители воспринимают себя как ответственных за болезнь ребенка.

Шкала тревоги (Т)

Описывает тревожные реакции на болезнь ребенка.

Чем больше показатель, тем более выражена тревога. Умеренное отрицание тревоги характеризует относительно нейтральное отношение к болезни ребенка.

Крайние степени отрицания тревоги расходятся с конвен-

циональными стереотипами отношения к детям и указывают чаще всего на вытеснение тревоги.

Шкала нозогнозии (Н)

Высокие показатели описывают преувеличение родителями тяжести болезни ребенка (гипернозогнозия).

Низкие показатели описывают преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка (гипонозогнозия и анозогнозия).

Шкала контроля активности (А)

Высокие показатели описывают тенденцию родителей устанавливать на время болезни максимальные ограничения активности ребенка («покой лечит»).

Низкие показатели – тенденцию недооценки соблюдения необходимых ограничений активности.

Шкала общей напряженности (О)

Суммарный результат по всему опроснику в целом.

Высокие показатели характеризуют напряженное отношение к заболеванию ребенка.

Расстройства пищеварения и детские Эмоции

У детей с психосоматическими расстройствами пищеварения частыми являются случаи поедания чего-либо со страхом наказания или негативными физиологическими последствиями, борьба родителей с глистами, унижение ребенка от клизм в связи с запорами, социальные фобии в связи с эпизодом поноса в неприемлемом месте.

Вызывающими событиями являются чаще всего ухудшение отношений с родителями, что вызывает чувство страха и агрессии, которая трансформируется в аутоагрессию и далее – в соматизированную депрессию. Симптоматика (жжения, спазмы и приступы боли, тошнота и рвота, понос) отражает потребность в «кормлении» положительными эмоциями, угрозу потери источников питания, душевную боль и крик отчаяния.

Расстройства пищеварения соотносятся с определенными эмоциональными процессами:

- трудности овладения (стоматит, симптомы слизистой рта);
- неспособность что-то проглотить (нарушения питания, глотания);
- быть отвергаемым, презираемым (потеря аппетита, из-

жога, рвота, похудение);

- безуспешные хронические усилия что-либо переварить, усвоить (спазм пищевода, боли в желудке, язва, чрезмерная перистальтика);
- хроническая невозможность что-либо переработать (боли, энтероколит, раздражимость толстого кишечника);
- невозможность отдать что-либо (хронические запоры);
- желание выбросить что-либо (хронический понос).

Стратегии совладания, используемые больными детьми, являются неадаптивными и неэффективными, вследствие чего сохраняется высокий уровень тревожности и психотравмирующая ситуация не разрешается. Основное содержание стратегий совладания: телесный контакт, отношения привязанности, эмоциональное отреагирование через горе и страдание, а также аффективное отреагирование вербально-го характера или реакции самообвинения.

Дети с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) тревожны, легко возбудимы, раздражительны, склонны «проглатывать» обиды, блокировать и накапливать негативные эмоции. Отмечается выраженный депрессивный радикал, в анамнезе имеются соматизированные субдепрессивные эпизоды с желудочно-кишечной симптоматикой.

У старших подростков наблюдается сочетание зрелых (сублимация, рационализация, сарказм, самоирония) и при-

митивных психологических защит (вытеснение, отрицание, проекция, интроекция), что обуславливает высокий процент коморбидных депрессивных расстройств и конверсионной симптоматики. Значимой психологической проблемой являются соотношения брать/давать, что обусловлено острым ощущением недолюбленности в детстве (старшие дети в семье, «золушки», нарциссичность либо антисоциальность родителей).

Для таких подростков характерна заниженная самооценка, высокий самоконтроль, жесткая самокритика при желании «делать добро» и быть благодаря этому в центре внимания. В то же время им свойственна мелочность, обидчивость, фантазийная мстительность, что определяет в структуре личности наличие полярных тенденций и обуславливает соответствующие отражения в симптоматике (анорексия/булимия, похудение/ожирение, диарея/запор) без определенных закономерностей течения расстройства.

Матери детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ считают себя не очень популярными в обществе, нетерпеливы, с депрессивными переживаниями, замкнуты и стремятся скрыть свою потребность в любви. Отцы больных детей любят настоять на своем, агрессивны, с избыточным контролем, склонны к депрессивным переживаниям. Болезнь ребенка выполняет стабилизирующую функцию семейной системы.

Для семей больных характерны полярности: культ еды или

полное игнорирование основ нормального питания. Отмечаются патологизирующие типы семейного воспитания (посторонствующая или доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность) и высокий уровень семейной тревоги.

Болезни пищевода и желудка: я проглотил обиду...

Глобус представляет собой стойкое или периодическое безболезненное ощущение комка или инородного тела в горле, не связанное с глотанием, без структурных или моторных нарушений глотки и/или пищевода, часто сопровождающееся острой тревогой или эмоциональными конфликтами.

Функциональные расстройства с отрыжкой проявляются мучительной повторяющейся отрыжкой (выделением газов в верхних отделах желудочно-кишечного тракта из пищевода через рот) с наблюдаемым чрезмерным заглатыванием воздуха или отсутствием признаков такого заглатывания.

Заглатывание воздуха (незаметное или громкое) происходит из-за засасывания воздуха при спазмах пищевода. Оно сопровождается вздутием живота с ощущением распираания, икотой, чувством стеснения в груди и болями под ложечкой и в сердце. Эти ощущения могут сохраняться на протяжении нескольких часов или дней. Периодически происходит отрыжка, иногда с судорожным громким криком, после которого наступает временное облегчение.

Воздух может попадать в желудок и при всасывании жидкости из чашки или ложки вместо «наливания» ее в рот. При этом растормаживается сосательный рефлекс грудного ре-

бенка. Но если при сосании у него губы плотно охватывают сосок, то здесь рот приоткрыт для доступа воздуха. Заглатывание воздуха с едой чаще отмечается у детей, которые едят быстро, не разбирая вкуса еды и не отвлекаясь на застольную беседу: «Когда я ем, я глух и нем».

Нарушение функции нижнего пищеводного сфинктера – это состояние, характеризующееся дисфагией, болью в груди, изжогой и срыгиванием из-за дисфункции нижнего пищеводного сфинктера.

Спазм пищевода возникает впервые после психотравмы во время еды («кусоч в горло не лезет»). Нередко спазм начинается с поперхивания при оживленном разговоре за столом в гостях или в ресторане. В это время человек боится подавиться, задохнуться и публично сконфузиться.

При глотании пищи или слюны вход в гортань закрывается надгортанником. Если в этот момент диафрагма совершит дыхательное движение, воздух будет засасываться в желудок. Именно так происходит, когда человек много и возбужденно говорит во время еды или когда в результате волнения слюна становится липкой и густой, для ее глотания требуются повторные глотательные движения.

Спазм возникает чаще в нижнем отделе пищевода, он может сопровождаться ощущением давления, жжения, боли за грудиной или между лопатками. Пищевой ком некоторое время остается без движения, а затем либо с усилием проталкивается в желудок, либо отхаркивается. В тот момент,

когда застрявшая пища не может попасть в желудок, человек испытывает страх подавиться, погибнуть от удушья.

Пациент (чаще всего девушка с демонстративным поведением) может испытывать страх и при попытке глотания пищи, вначале твердой, а затем и жидкой. Тревожная фиксация на акте глотания нарушает его. В результате при одной мысли о еде или наблюдении за едой других людей появляются сухость, «шершавость» во рту и гортле, ощущение комка в гортле. Часто независимо от приема пищи в гортле ощущается комок или застрявший кусочек пищи, возникает ощущение, «как будто кто-то сдавливает горло», «как бы стенка в пищеводе».

Из-за этих ощущений пациенты постоянно поперхиваются или стараются с усилием сглотнуть. Они избегают мест общественного питания, не ходят в гости. Едят в одиночестве, жуют очень медленно и маленькими порциями, запивают каждый кусочек водой, тщательно подготавливаясь к акту глотания. Некоторые боятся проглотить даже собственную слюну. Часто такие больные теряют в весе, при этом признаются, что раньше мечтали похудеть, но это никак не удавалось.

Для больных характерен пассивнооборонительный стиль жизни и тенденция к самообвинениям. В процессе заболевания у них возникает ипохондрический эгоцентризм, нарастает раздражительность, конфликтность, формируется психосоматическое развитие личности.

Эзофагит, как правило, развивается на почве гастроэзофагеального рефлюкса (заброса содержимого желудка в пищевод). Для данной патологии характерно ощущение затрудненного прохождения или застревания пищевого комка, боль во время приема пищи с локализацией за грудиной и в подложечной области. Часто при этом наблюдается отрыжка кислым, изжога.

Гастралгия среди функциональных расстройств пищеварения встречается наиболее часто. Типичным является ощущение тяжести, распирания под ложечкой, ощущение переполнения желудка, жжение и боли. Боль возникает независимо от приема пищи, она кратковременная, различной интенсивности, чаще локализуется в эпигастриальной области. Иногда боль появляется и усиливается после психоэмоционального напряжения и чаще наблюдается у эмоционально лабильных детей. Приступы боли сопровождаются симптомами вегетативной нестабильности.

Провоцирующим событием часто становится серьезное заболевание желудка у родственников, посещение их в больнице и хроническая конфликтная ситуация в семье. Течение болезни хроническое. Со временем могут присоединиться нарушения перистальтики. Нередко развивается гастрит и язва желудка, в ряде случаев осложняющаяся канцерофобией, переходящей в ипохондрическое развитие личности с чрезмерной раздражительностью и конфликтностью в поведении с родственниками и медиками.

Гастрит – это повреждение слизистой оболочки желудка, которое включает в себя повреждение эпителия, воспаление слизистой оболочки и регенерацию эпителиальных клеток, за исключением любого дефекта эпителия. Гастрит вызывается различными факторами, такими как инфекционные агенты, лекарства, химические агенты, аутоиммунные реакции и другие.

Первые симптомы острого гастрита появляются через несколько часов после воздействия патологического агента. Длительность заболевания составляет в среднем 2–5 дней.

Основные клинические проявления следующие:

- Беспокойство, общее недомогание, обильное слюноотечение, тошнота, потеря аппетита, чувство «переполнения» в эпигастральной области.
- Возможен озноб, затем субфебрильная лихорадка.
- В последующем усиливаются боли в животе, возникает неоднократная рвота, в рвотных массах – остатки съеденной 46 часов назад пищи.
- Объективно отмечают бледность кожи, обложенность языка бело-желтым налетом, метеоризм, при пальпации живота – болезненность в эпигастральной области.
- Возможна диарея.

Основной симптом *хронического гастрита* – боли под ложечкой или в правом подреберье, возникающие натощак, спустя 1,5–2 часа после приема пищи, или ночные, часто свя-

занные с погрешностью в диете. Боль достаточно интенсивная, но кратковременная, с локализацией в эпигастрии. Часто отмечается периодичность боли и ее связь с приемом пищи: голод → боль → еда → исчезновение боли. При пальпации живота отмечается болезненность, иногда напряжение брюшной стенки в эпигастрии, и особенно – в правом подреберье.

Наблюдается изжога, дурной привкус во рту или необычно обложенный язык, отрыжка воздухом или кислым, тошнота и рвота. Характерны также снижение аппетита, ощущение переполнения, боли и жжения под ложечкой; непереносимость жиров, алкоголя, кофеина, а также склонность к запорам. В последующем появляются: метеоризм, урчание и ощущение «переливания» в животе.

Из-за нарушения перистальтики пища долго задерживается в желудке, а поступившая в двенадцатиперстную кишку забрасывается обратно в желудок. Длительное воздействие соляной кислоты, а также поступающей из двенадцатиперстной кишки желчи и особенно фермента пепсина, разлагающего животные белки, вызывает раздражение слизистой желудка.

Симптомы больше зависят не от приема пищи, а от волнения. Изжога может быть связана с ощущением себя отвергаемым, презираемым, боли в желудке – с невозможностью «переварить» неприятную ситуацию, рвота – с очищением нечистой совести, самонаказанием за поедание запретного

плода.

Болезнь чаще обнаруживается у девушек, для которых характерны поспешность в еде, непережевывание пищи, неумеренность и неразумный выбор пищи. У многих из них обнаруживается пониженная кислотность желудка в сочетании с переутомлением и депрессией, в основе которой лежит тенденция к поиску помощи, вытесненная из-за потребности в независимости. Обычно это впечатлительные, обидчивые, внушаемые личности, склонные к подражанию и ипохондрическим реакциям. При психологическом исследовании у них выявляется высокий уровень враждебности с аутоагрессивной направленностью.

Язва желудка определяется как отчетливое нарушение слизистой оболочки желудка в результате едкого воздействия кислоты и фермента поджелудочной железы – пепсина. Язва желудка во время стресса может возникнуть за несколько суток, но чаще болезнь развивается на фоне длительной травмирующей ситуации. Больные худеют, жалуются на кислую отрыжку и изжогу, боль под ложечкой, тошноту и рвоту после еды. Язва осложняется кровотечением, прободением, сужением места перехода желудка в двенадцатиперстную кишку за счет образования рубцов.

Больные переживают конфликт между потребностью быть любимым и стремлением к независимости. Для обеспечения борьбы за независимость включается симпатическая нервная система. Но под влиянием механизма оральной зависи-

мости в желудке выделяются соки, как перед сосанием груди. Если страх покинутости преобладает, желудочного сока вырабатывается слишком много.

Развитие язвенной болезни отвлекает больного от психотравмы, он фиксируется на проблемах питания и лечения. Быстрое течение болезни, сопровождаемое желудочными кровотечениями, прогрессирующим похуданием и резким снижением трудоспособности, приводит к нарастанию тревоги и отчаянию. Для медленного течения язвенной болезни характерны вялость, апатия, подавленность, при утяжелении состояния – беспокойство и чувство безысходности. Хроническое течение болезни приводит к астенизации личности.

Пациенты обычно воспитываются в условиях эмоциональной изоляции в многодетных семьях, являясь младшими детьми, и склонны скрывать свои симптомы. В школьные годы отмечается пассивное подчинение, слабое включение в конкурентную борьбу за лидерство. Наблюдается низкая мотивация достижения успеха и аффективная негибкость в поведении. В родительском доме пациентов с язвой желудка важную роль играют достижения и бережливость. Чувства озлобленности и гнева не выражаются открыто, а как бы «проглатываются», «съедаются». При этом детей «перекормливают» едой и заботой.

С другими людьми семья обычно мало общается («гости стоят времени и денег»). Воображение занято преимуще-

ственно сферой деятельности. В своем самом сокровенном больные тоскуют по тому, чтобы их кормили, любили и оберегали. Для ребенка кормление означают заботу и любовь. Еда связана с тем, чтобы что-то брать, принимать или же наоборот – злобно отвергать.

Для больных характерны тревожность, неуверенность в себе, нерешительность, зависимость, пассивность. Они склонны к формированию навязчивостей и сверхценных идей, используют поведенческие шаблоны поведения. Такие больные эмоционально застревают на некоторых состояниях с наличием агрессивных эмоций. У них часто наблюдаются черты неостановимой навязчивости: педантизм, мелочность, стремление к порядку, скрытая амбициозность в сочетании с застенчивостью. Отмечаются также паранойяльные проявления: подозрительность, недоверчивость, обидчивость, ранимость.

Выделяются два личностных варианта язвенной болезни.

1-й вариант: больной с тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих. Он «язвит» близких ироническими замечаниями, выражает постоянное недовольство, брюзжит, что создает негативное отношение к нему со стороны членов семьи и других лиц. Это, в свою очередь, усиливает вербальную агрессию пациента – формируется порочный круг.

Этот вариант наблюдается у пассивно зависимых, цепляющихся больных. Их жизненная стратегия заключается в том,

чтобы быть защищенным. Они ищут обстоятельства и людей, которые не могут их покинуть. Каждое сомнение в признании своих прав вызывает у них паническую реакцию.

2-й вариант: «тиранический пациент» со слабым «Я», внутренней зависимостью от окружения и в то же время выраженным страхом перед этой зависимостью, стремлением к тираническому подавлению окружающих со вспышками агрессивности в случае неудач. Часть подростков склонна к алкоголизации. Родители подавляют ребенка, что вызывает у него страх с дальнейшим формированием психологической защиты в форме тирании (гиперкомпенсация, идентификация с агрессором, подражание).

Этот вариант соответствует гиперактивному, псевдонезависимому язвенному типу. Конфликт этого типа заключается в том, что отвергаются сильные оральные тенденции, поскольку они несовместимы со стремлением «Я» к независимости и активности. Сознательная установка этих больных может быть выражена следующим образом: я успешен, деятелен, продуктивен; я даю каждому, помогаю другим людям, беру на себя ответственность, охотно забочусь о других, охотно занимаю лидерскую позицию и являюсь ориентированной на себя и даже агрессивной личностью. Одновременно обнаруживается противоположная неосознаваемая установка чрезмерной потребности в любви, зависимости и помощи. Такой человек настолько озабочен самоутверждением, что в целом остается неуспешным.

Функциональная диспепсия (греч. *dys* – плохой, *pepsis* – пищеварение) – это расстройство, определяемое как наличие симптомов диспепсии, предположительно возникающих в гастродуоденальной области. Оно появляется при отсутствии какого-либо органического, системного или метаболического заболевания, которое может объяснить такие симптомы, как боль или жжение в верхней части живота, вздутие живота, чувство переполнения при очень небольшом приеме пищи, тошноту и рвоту, изжогу, потерю аппетита.

Функциональная тошнота или рвота – это расстройство, не имеющее структурных аномалий при тошноте и рвоте. Рвота чаще возникает у детей, особенно в подростковой возрастной группе (10–14 лет), с увеличением возраста частота рвоты снижается. Рвота возникает по утрам и сопровождается похуданием, сердцебиением, головокружением.

Функциональная рвота развивается на фоне длительного конфликта. В этой ситуации снижается настроение, ухудшаются сон и аппетит. Под влиянием дополнительных стрессов возникают эпизоды тошноты и рвоты – вначале кратковременные и редкие, затем все более продолжительные. Рвота может быть неукротимой и привести к выраженному похуданию.

Расстройство развивается чаще у девушек, которые отличаются тревожностью, нерешительностью, ранимостью. Одни из них нуждаются в защите, избегают конфликтов, остаются в симбиозе с родителем, которого идеализируют. Дру-

гие эгоцентричны, театральны, склонны к истерическим реакциям.

В основе психогенной рвоты может лежать неотреагированная враждебность и защита от неприемлемых «грязных» желаний. Рвота символизирует отвращение, как если бы человек проглотил что-то несъедобное.

Синдром циклической рвоты – эпизодически повторяющееся патологическое состояние, при котором у ребенка отмечалось не менее пяти приступов рвоты, каждый из которых сопровождался более чем четырьмя актами рвоты в течение 1 часа. Средняя продолжительность приступа от 1 до 48 часов, но он может длиться до 5 дней.

В типичных случаях наблюдаются не более двух приступов за неделю. В межприступном периоде какие-либо жалобы отсутствуют. Длительность межприступных промежутков различна, в среднем приступы повторяются каждые 2–4 недели. При обследовании очевидной причины рвоты не выявляется.

Для синдрома циклической рвоты типичны следующие особенности:

- Приступы сильной тошноты и рвоты обычно стереотипные для каждого пациента.
- Приступы рвоты могут сочетаться с тошнотой, болью в животе, головной болью, неприятными ощущениями во время движений, повышенной чувствительностью к свету и шуму.

- Приступы, как правило, сопровождаются бледностью кожных покровов и сонливостью.
- Дополнительным критерием диагноза является наличие случаев мигрени или циклической рвоты в семье.

Болезни кишечника и желчного пузыря

Дуоденит – это повреждение эпителия и воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Дуоденит вызывается различными факторами, такими как повышенная секреция кислоты, инфекционные агенты, лекарства, химические агенты и другие. Возникновение боли обычно провоцируется экстрактивной, жареной, острой пищей и длительными перерывами в еде. В механизме развития диспептических явлений основная роль принадлежит усиленной перистальтике двенадцатиперстной кишки, возникающей через 2–3 часа после приема пищи.

Вследствие этого усиливается дуоденогастральный рефлюкс, вызывающий тошноту, отрыжку воздухом, кислым, горечью, тухлым, изжогой, иногда рвоту с примесью желчи. При этом нередко отмечаются симптомы хронической интоксикации и вегетососудистой дистонии. Характерны бледность, тени под глазами, нередко – снижение аппетита, возможны признаки гиповитаминоза, наличие обложенного языка.

У детей с хроническим дуоденитом язык обложен белым и желтовато-белым налетом, нередко с отпечатками зубов по боковой поверхности. Отмечается бледность кожных покровов и низкая масса тела, быстрая утомляемость и пот-

ливость, нарушения сна и сонливость, периодические головные боли и головокружение, что связано с нарушением эндокринной функции двенадцатиперстной кишки. При длительном перерыве между приемами пищи могут возникать признаки гипогликемии в виде мышечной слабости, дрожи в теле, резко повышенного аппетита.

Хронический гастродуоденит имеет циклическое течение: фаза обострения сменяется ремиссией. В фазе обострения гастродуоденит проявляется ноющими схваткообразными болями в эпигастральной области, возникающими через 12 часов после еды и нередко отдающими в подреберья (чаще правое) и околопупочную область. Прием пищи уменьшает или купирует боль. Болевой синдром может сопровождаться ощущением тяжести, распираania в эпигастральной области, тошнотой, повышенным слюноотделением. Обострения чаще возникают весной и осенью, связаны с нарушением режима питания, перегрузкой в школе, различными стрессовыми ситуациями, инфекционными и соматическими заболеваниями.

У детей младшего возраста эквивалентом боли может быть чувство быстрого насыщения. Локализуются боли под ложечкой или справа выше пупка. Продолжительность болевого приступа может быть различной. Боль может пройти после приема пищи или рвоты. Обычно наблюдается следующий тип болей: голод – боль – прием пищи с ранним насыщением – светлый промежуток – голод – боль. Реже, чем

у взрослых, возникает ночная боль с пробуждением. Характерны ранние утренние и «голодные» боли.

При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области и выше пупка с правой стороны, появление болезненности при нанесении отрывистых ударов согнутым пальцем по этим зонам, местное напряжение мышц передней брюшной стенки. Спонтанные боли проходят в среднем через 7–10 дней, пальпаторная болезненность сохраняется 2–3 недели. В целом обострение хронического дуоденита продолжается 1–2 месяца.

Язва двенадцатиперстной кишки в детском возрасте встречается чаще язвы желудка. Ведущим признаком заболевания является боль под ложечкой или справа выше пупка. Интенсивность боли различная и во многом зависит от особенностей личности ребенка. Боль чаще интенсивная, различной продолжительности, возникает натощак или спустя 1–3 часа после приема пищи, носит «голодный» характер, чаще возникает ночью и более интенсивная, чем при гастродуодените.

Дискинезия желчных путей – это комплекс расстройств желчевыводящей системы, обусловленных нарушениями двигательной функции желчного пузыря и желчных протоков при отсутствии их органических изменений. По происхождению выделяют первичную и вторичную дискинезию желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Первичная дискинезия возникает в связи с нарушени-

ем нервно-мышечной регуляции двигательной активности желчного пузыря и его сфинктера. Такой вид дискинезии возникает у пациентов астенического телосложения с нейродистонией, заболеваниями щитовидной железы, половых желез. При длительном течении процесса в желчном пузыре и протоках могут образовываться камни или развиваться холецистит.

Вторичная дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей возникает у пациентов с заболеваниями желудка и кишечника, у больных желчекаменной болезнью или хроническим холециститом.

Расстройства желчевыводящей системы могут быть определены ее пониженной (гипокинетическая дискинезия) или повышенной сократительной активностью (гиперкинетическая дискинезия).

Гипокинетическая дискинезия встречается чаще и наблюдается в основном у пациентов, которые жалуются на общую слабость, быструю утомляемость, ведут малоподвижный образ жизни, имеют лишний вес, питаются с очень большими интервалами между приемами пищи. При этом желчь плохо отделяется, пузырь переполняется ею и растягивается.

Наблюдается чувство тяжести в брюшной полости, давящие, тупые, ноющие, длительные боли в правом подреберье или вокруг пупка, сопровождающиеся чувством переполнения верхней половины живота. Характерны также тошнота, горечь во рту, рвота, запоры, реже – поносы. Нередко боль

провоцируется физической нагрузкой, приемом жирной пищи, перееданием. Отмечается умеренная болезненность в правом подреберье, увеличенная, но мягкая печень. Боли выражены незначительно. Они стихают после приема пищи, желчегонных средств, дуоденального зондирования.

Гиперкинетическая форма характерна для нервных подростков астенического телосложения, употребляющих большое количество специй, приправ, острых блюд. Во время приступа желчный пузырь спазмирован, его сфинктер зажат. Появляются колики в области желчного пузыря, в правом подреберье. Боли отдают в правую половину грудной клетки, правую лопатку, ключицу, плечо, правую половину шеи или нижней челюсти. Продолжительность боли до получаса. Провоцируется болевой приступ приемом жирной или острой пищи, нервным напряжением. Могут быть изжога, тошнота, рвота, спастические запоры. Иногда приступ желчной колики сопровождается ощущением остановки сердца или, наоборот, усиленного сердцебиения, онемения в руках и ногах, чувством страха и т. п.

Пациенты с дискинезией желчных путей больше думают и делают, чем чувствуют. Они игнорируют собственные желания и ощущения ради того, чтобы удовлетворить желания других. Демонстрируются скромность, учтивость, обязательность. Экспансивные и агрессивные стремления подавляются. Гнев, обида и зависть не проявляются открыто, а направляются против себя, что приводит к спазмам желч-

ного пузыря и желчевыводящих путей.

Функциональное расстройство сфинктера Одди (клапана на внутренней стенке двенадцатиперстной кишки, который контролирует поток в нее желчи и панкреатического сока) состоит в том, что его закрытие вызывает сильную боль в области желчного пузыря из-за его переполнения. Приступы сильных или умеренных болей длительностью более 20 минут повторяются в течение более 3 месяцев. Боль локализуется либо по всему животу или в околопупковой области у детей раннего возраста и/или в эпигастрии или правом подреберье – у старших школьников.

Чаще всего (но не обязательно) боли начинаются в течение 2–3 часов после приема пищи. Между приступами наблюдаются тупые, длительные боли в области правого подреберья без четкой иррадиации, чувство тяжести в животе.

Дети могут жаловаться на колику в правом боку при физической нагрузке. У детей раннего возраста она обычно возникает при быстрой ходьбе с родителями; малыши начинают проситься на руки, мотивируя это болью в животе. В более старшем возрасте боль в правом боку или в околопупковой области может возникать при быстром беге.

В подростковом возрасте при спазме сфинктера Одди и желчном типе болевого синдрома дети жалуются на острую боль в правом боку, в левом подреберье, уменьшающуюся при наклоне вперед, сидя на корточках – указывает на панкреатический, а опоясывающую – на сочетанный типы.

При **остром катаральном холецистите** воспаление стенки желчного пузыря обычно следует за закупоркой протока желчного пузыря из-за отека. Приступ возникает после приема жирной, острой или пряной пищи, а также эмоциональных переживаний.

Боли носят приступообразный характер с локализацией в правом подреберье, эпигастральной области и вокруг пупка, длительность болевого синдрома варьируется от нескольких минут до нескольких часов. Изредка боли отдают в область нижнего угла правой лопатки, правую надключичную область или правую половину шеи.

Диспептический синдром проявляется тошнотой и рвотой, иногда запорами. Основные проявления интоксикационного синдрома – фебрильная лихорадка, озноб, слабость, потливость. Возможна желтуха вследствие закупорки общего желчного протока.

В развитии острого холецистита играют роль психоэмоциональная нагрузка, гиподинамия, погрешности в режиме питания, инфекция. Возбудителями могут быть кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, протей, вирусы. Также неблагоприятное влияние оказывают паразитарные заболевания (например, лямблиоз).

Для **хронического холецистита** характерна тупая, ноющая (иногда резкая) боль в области правого подреберья и вокруг пупка постоянного характера или возникающая через 1–3 часа после обильного приема пищи, особенно жирной и

жареной. Боль иррадирует вверх, в область правого плеча и шеи, правой лопатки.

Нередки диспепсические явления: ощущение горечи и металлического вкуса во рту, метеоризм, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, запор, понос, возможна неравномерная окраска отдельных фрагментов кишечных испражнений.

Отмечается бледность кожи, тени под глазами, пожелтение склер. При пальпации живота выявляют болезненность в правом подреберье и правом реберноподвздошном углу. При выраженном застое желчи возможно увеличение печени на 12 сантиметров ниже края реберной дуги, которое при проведении курса желчегонной терапии довольно быстро исчезает.

В период обострения хронического холецистита клиническая картина складывается из нескольких компонентов, обусловленных не только патологией желчного пузыря, но и вторичным нарушением функции других внутренних органов.

Так, недостаточность или полное прекращение поступления желчи в кишечник приводят к нарушению пищеварения и перистальтики желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшению секреции ферментов поджелудочной железы, возникновению бродильных, а иногда и гнилостных процессов в кишечнике, появлению диспептических расстройств (тошноты, горечи во рту, снижения аппетита, метеоризма, запоров или жидкого стула).

В результате появляются признаки хронической интоксикации: слабость, субфебрильная температура тела. Иногда имеет место лихорадка во время приступа болей в животе. Кроме того, наблюдаются симптомы вегетососудистой дистонии: головокружение, головная боль, потливость ладоней и стоп, быстрая утомляемость, раздражительность и др.

Снижается масса тела, дети могут отставать в физическом развитии. Кожа и склеры могут быть несколько желтушны. Язык обложен, иногда отечен, с отпечатками зубов по краям. При пальпации живота определяют болезненность в правом подреберье и эпигастральной области.

Калькулезный холецистит (лат. *calculus* – камешек) проявляется ноющими болями, тяжестью в верхней половине живота, горечью во рту и отрыжкой. На этом фоне возникают повторные приступы острых болей в области правого подреберья (желчная колика). Боли могут многократно повторяться через определенные промежутки времени. Колика часто сопровождается тошнотой, рвотой, холодным потом. Прохождение камня может вызвать временную закупорку желчного протока, появление острой желтухи и обесцвеченного стула. Если камень невелик и прошел через желчные пути, боли и желтуха проходят.

Хронический панкреатит протекает с приступообразными болями в животе. Возникновение боли провоцируется приемом экстрактивной пищи, большим количеством сырых овощей, фруктов, обострением сопутствующих заболеваний

органов пищеварения. Ребенка беспокоит тошнота, отрыжка, изжога. В остром периоде характерно повышение температуры тела. Имеет место расстройство стула – запоры, чаще поносы. Всегда выражены симптомы интоксикации.

При поражении головки железы боль отмечается в правом подреберье, тела – в эпигастральной области, хвоста – в левом подреберье. Для тотального поражения поджелудочной железы характерна интенсивная опоясывающая боль. При этом она иррадирует в левую половину грудной клетки, спину, поясницу, сопровождается выраженным беспокойством, рвотой, не приносящей облегчения, иногда неукротимой.

Нарушение моторики тонкого кишечника происходит из-за слабых и несинхронизированных сокращений. Потеря способности координировать двигательную активность может вызвать различные расстройства, включая вздутие тонкого кишечника и избыточный бактериальный рост.

Поражение тонкой кишки чаще развивается после перенесенной острой бактериальной (дизентерия, сальмонеллез и др.) и вирусной (энтеровирус, герпес и др.) инфекций, а также на фоне паразитарного (лямблиоз, трихоцефалез и др.) или грибкового заболевания. Большое значение придается алиментарным факторам: еда «всухомятку», переедание, избыток в пище углеводов и жиров при недостатке белка, витаминов и микроэлементов, ранний перевод на искусственное вскармливание и т. д.

Возникновению заболеваний тонкой кишки способствуют пороки развития кишечника, нарушения иммунитета, пищевая аллергия, оперативные вмешательства на кишечнике, заболевания других органов пищеварения (прежде всего двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, желчевыводящих путей) и пр.

В последние годы часто выделяют такие этиологические факторы, как воздействие ядов, солей тяжелых металлов (свинца, фосфора, кадмия и др.), лекарственных средств (салицилатов, глюкокортикоидов, иммунодепрессантов, некоторых антибиотиков, особенно при длительном применении), ионизирующего излучения (например, при рентгенотерапии).

Местный кишечный синдром обусловлен нарушением пищеварения. Наблюдает метеоризм, урчание, боль в животе, диарею. Испражнения обычно обильные, с кусочками непереваренной пищи и слизи. Возможно чередование поносов и запоров. При пальпации живота определяют болезненность преимущественно в околопупочной области. Кишечные симптомы чаще возникают при употреблении молока, сырых овощей и фруктов, кондитерских изделий.

Общий кишечный синдром связан с водноэлектролитным дисбалансом, расстройством всасывания белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ и микроэлементов, а также вовлечением в патологический процесс других органов. Характерны повышенная утомляемость, раздражи-

тельность, головная боль, слабость, снижение массы тела разной степени выраженности.

Отмечается сухость кожи, изменение ногтей, воспаление языка и десен, заеды, выпадение волос, нарушение сумеречного зрения, повышенная ломкость сосудов, кровоточивость. Вышеперечисленные симптомы обусловлены гиповитаминозом и трофическими нарушениями. У детей раннего возраста (до 3 лет) часто выявляются анемия и нарушение обмена веществ, проявляющиеся остеопорозом и ломкостью костей, приступами судорог.

Хронический энтероколит – воспалительно-дистрофическое заболевание, при котором одновременно поражаются тонкая и толстая кишка. Заболевание возникает чаще всего после перенесенных кишечных инфекций (сальмонеллеза, дизентерии, брюшного тифа), глистных инвазий, заболеваний, вызванных простейшими, погрешностей в пищевом режиме (длительное нерегулярное, недостаточное или избыточное питание), пищевых аллергических реакций.

Развитию заболевания способствуют дефекты иммунитета, заболевания желудка, печени, желчных путей и поджелудочной железы, аномалии развития кишечника, дисбактериоз, витаминная недостаточность, неврогенные и гормональные нарушения, радиационные воздействия, нерациональное применение лекарственных средств, в частности антибиотиков, и т. д.

Хроническому энтероколиту свойственно волнообразное

течение: обострение болезни сменяется ремиссией. В период обострения ведущими клиническими симптомами становятся боли в животе и нарушения стула. Эквиваленты боли – послабление стула после приема пищи или, особенно у детей раннего возраста, отказ от еды, избирательность вкуса.

Наблюдается чередование поносов (при преимущественном поражении тонкой кишки) и запоров (при поражении толстой кишки). Преобладают частые позывы на дефекацию (5–7 раз в сутки) с небольшими порциями фекалий разной консистенции (жидкие с примесью непереваренной пищи, со слизью; серые, блестящие, пенистые, зловонные – при преобладании гнилостных процессов). Нередко появляется «овечий» или лентовидный кал. Отхождение твердых каловых масс может вызвать образование трещин заднего прохода. В таком случае на поверхности каловых масс появляется небольшое количество алой крови.

К постоянным симптомам хронического энтероколита у детей относятся также вздутие и ощущение распирания живота, урчание и переливания в кишечнике, усиленное отхождение газов и т.д. Иногда в клинической картине болезни доминирует психовегетативный синдром: развиваются слабость, быстрая утомляемость, плохой сон, раздражительность, головная боль. Жалобы на дисфункцию кишечника отходят на второй план. При длительном течении заболевания отмечают задержку в нарастании массы тела, реже роста, анемию, признаки гиповитаминоза, расстройство обмен-

на веществ (белкового, минерального).

При обострении хронического энтероколита дети чаще жалуются на боли в области пупка, нижней части живота с правосторонней или левосторонней локализацией. Боли возникают в любое время суток, но чаще во второй половине дня, иногда через 2 часа после приема пищи, усиливаются перед дефекацией, при беге, прыжках, езде в транспорте и т. д. Тупые тянущие боли более свойственны поражению тонкой кишки, интенсивные – толстой кишки.

Язвенный колит – это хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, которое постоянно вызывает язвы на слизистой оболочке толстой и прямой кишки. У большинства больных развивается диарея, частота стула варьируется от 4–8 до 16–20 раз в сутки и более. В жидком стуле помимо крови содержатся в большом количестве слизь и гной. При легком колите заметны единичные прожилки крови в стуле, при тяжелом – значительная ее примесь. Иногда стул приобретает вид зловонной жидкой кровавой массы.

Диарею с примесью крови сопровождают, а иногда и предшествуют ей боли в животе, чаще во время еды или перед дефекацией. Боли схваткообразные, локализуются внизу живота, в левой подвздошной области или вокруг пупка. Изредка развивается дизентериеподобное начало болезни. Для тяжелого неспецифического язвенного колита характерны повышение температуры тела (обычно не выше 38 °С), снижение аппетита, общая слабость, снижение массы тела, анемия,

задержка полового развития.

Язвенный колит характеризуется хроническими, рецидивирующими болями в животе, приступообразными или постоянными. Локализоваться боль может по всему животу, слева или справа от пупка, но чаще – внизу живота. Боль усиливается после приема пищи или физической активности. Уменьшение боли отмечается при приеме пищи небольшими порциями, что при длительном течении заболевания может способствовать развитию анорексии и нарушению роста ребенка.

Боль чаще возникает во второй половине дня, иногда через 1,5–2 часа после еды. Провоцирует появление боли употребление большого количества свежих овощей, фруктов, молока. Боль может быть различной интенсивности, усиливаться перед дефекацией, при метеоризме, физической нагрузке, сопровождается вздутием живота, урчанием. Боль может иррадиировать в правое подреберье и эпигастральную область. Стул неустойчивый, понос сменяется запором, отмечается слизистогнойный или кровянистый характер испражнений, наличие внезапных болезненных позывов к дефекации. Всегда бывает выражена интоксикация.

Могут отмечаться снижение массы тела, дистрофические изменения кожи, ногтей и волос, обложенность и воспаление языка, вздутие живота, болезненность по ходу толстого кишечника, урчание и шум плеска в области слепой кишки, болезненность при надавливании на живот в области пупка,

левее и выше него. При локализации боли справа необходимо исключить острый аппендицит.

В раннем возрасте чаще болеют мальчики, в подростковом – девочки. Почти в половине случаев заболевание начинается исподволь.

В личности больных язвенным колитом преобладают компульсивные черты: эти люди опрятны, пунктуальны, любят порядок, строго придерживаются определенных правил. В характере больных уживаются изысканная сенситивность (чуткость) и легкая ранимость, гневливость и сентиментальность. Чрезмерный контроль не позволяет им расчувствоваться или выпустить гнев. Они неблагодарны и недоверчивы, на реальный или воображаемый ущерб реагируют отстранением. Неблагополучные семейные отношения больные неудачно пытаются исправить формальными способами.

У многих пациентов меркантильная практичность прикрывается проповедью альтруистической морали и скромности, типично стремление подчеркнуть свое трудолюбие. Уход в учебу становится способом компенсации нерешенных межличностных проблем. Больные непомерно честолюбивы, часто стремятся к успеху. Но им трудно добиваться признания из-за нерешительности, замкнутости и сниженных физических возможностей.

Язвенный колит является результатом длительного конфликта между задерживанием и выделением. Этот конфликт часто отражает борьбу агрессивного или сексуального воз-

буждения и страха, а фекалии символизируют интроецированные объекты, которые одновременно хочется сохранить и выбросить. Болезнь манифестирует, когда жизненная ситуация требует от пациента решительных действий, к которым он чувствует себя неподготовленным.

Агрессивные тенденции по отношению к объекту своей зависимости приводят к бессознательному чувству вины и тревоги, которые «облегчаются» кровавым поносом. Внимание родителей и врачей к проявлениям болезни заменяет эмпатический контакт, а полученные поправки удовлетворяют инфантильную потребность в заботе.

Лечение детей с расстройствами пищеварения

При хроническом гастрите пища должна быть механически и химически щадящей (слизистые супы, протертые овощи и мясо, кисели, каши, протертый творог). Все необходимо употреблять в теплом виде через каждые 3 часа (за исключением ночного перерыва).

В фазе обострения используют следующие растительные сборы (дозировки указаны для подростков):

1. Трава зверобоя 1 весовая часть, трава репешка 1 ч., листья подорожника 2 ч., листья мяты 2 ч., цветки ромашки 2 ч. 5 г смеси залить 500 мл кипятка, настоять 30 минут, принимать по 100 мл 4–5 раз в день до еды.

2. Трава зверобоя 1 ч., цветки ромашки 4 ч., цветки календулы 1 ч., трава тысячелистника 2 ч. 5 г смеси на 400 мл воды, готовить и принимать, как № 1.

3. Трава зверобоя 3 ч., цветки ромашки 4 ч., листья мяты 1 ч., трава душицы 1 ч., корень солодки 2 ч. 5 г смеси на 400 мл воды, настоять в холодной воде 4–5 часов кипятить 5 минут, снова настоять 20 минут, принимать по 100 мл 4–5 раз в день.

При хроническом гастрите с пониженной кислотообразующей функцией показано применение растительного сбора: цветки бессмертника 4 ч., трава зверобоя 2 ч., корень ревеня 1 ч., трава шалфея 1 ч. 5 г смеси на 300 мл кипятка, кипятить 5 минут, настоять в теплом месте (термосе) 4–5 часов, принимать по 100 мл 3 раза в день до еды.

При наличии *Helicobacter pylori* назначают ДеНол (детям старше 4 лет – внутрь 2–4 раза/сут. за 30 мин. до приема пищи) в сочетании с амоксициллином (в/м 50 мг/кг/сут., разовая доза 500 мг, частота введения 2 раза/сут.; в/в 100–200 мг/кг/сут.) в течение 7–10 дней. Показаны полиферментные препараты (например, панцитрат с 6 лет, панкреатин, креон). В процессе реабилитации назначают физиотерапию, ЛФК, санаторно-курортное лечение.

Лечение при **хроническом гастродуодените** проводят по тем же принципам, что и при хроническом гастрите. В острый период болезни показан постельный режим на 7–8

дней. В первые дни болезни рекомендуют стол № 1, в последующем – стол № 5. С учетом нарушений пищеварения и всасывания назначают панкреатин в следующих разовых дозах: в возрасте 3–7 лет 0,1 г (1 таблетка); 8–9 лет 0,1–0,2 г (1–2 таблетки); 10–14 лет 0,2 г (2 таблетки).

При угрозе развития **язвенной болезни желудка**, начиная с дошкольного возраста, необходимо дополнительное проведение витаминотерапии (вит. В6 и вит. U). Консервативное лечение язвенной болезни начинают сразу после постановки диагноза. Постельный режим на 2–3 недели. Диета: химически, термически и механически щадящая пища. Лечебные столы по Певзнеру № 1а (1–2 нед.), № 1б (3–4 нед.), № 1 (в период ремиссии). Питание должно быть дробным (5–6 раз в день).

Проводится противорецидивное лечение в осенне-зимний и весенне-зимний периоды (стол № 1б, витамины в течение 1–2 нед). Используется растительный сбор: корень солодки 2 ч., корень аира 2 ч., трава зверобоя 4 ч., листья мяты 2 ч., листья подорожника 4 ч., плоды тмина 1 ч., трава тысячелистника 2 ч., корень ревеня 2 ч. 10 г смеси на 400 мл теплой воды, настоять в термосе 12 часов, принимать по 100 мл 3–4 раза в день через 30 минут после еды.

Детям с дискинезией желчных путей назначают стол № 5 с полноценным содержанием белков, жиров и углеводов; разгрузочные дни (например, фруктово-сахарные и кефирно-творожные) с целью дезинтоксикации; фруктовые и

овощные соки, растительное масло, яйца для естественного усиления оттока желчи.

Рекомендуется натуральный пчелиный мед ежедневно за завтраком (например, с кусочком хлеба или с кашей) и 200 мг маточного молочка в обед (1 ст. л. меда пополам с пергой) в течение 2–3 недель. Максимальная суточная доза меда для детей составляет 30–50 г.

При психоэмоциональном перенапряжении, нарушениях сна детям полезно перед сном выпивать 0,5–1 стакан теплой кипяченой воды с растворенной в ней 1–2 ч. л. меда и соком четвертинки лимона или апельсина. Можно добавлять жидкий мед в кисломолочный напиток, выпиваемый перед ночным сном.

В ремиссии показаны 1–2 курса применения минеральных вод слабой минерализации («Ессентуки 4», «Славяновская», «Смирновская», «Миргородская») без газа, в теплом виде в разовом объеме 10 мл на год жизни ребенка за 30–60 минут до еды 2 раза в сутки. Воду следует пить медленно, небольшими глотками или через трубочку. Курс этого вида терапии обычно составляет 30–40 дней.

Для ликвидации застоя желчи проводят тюбаж по Г. С. Демьянову с минеральной водой или сорбитом. Утром больному дают выпить натощак стакан минеральной воды (теплой, без газов), затем в течение 20–40 минут пациент лежит на правом боку на теплой грелке без подушки. Тюбаж проводят 1–2 раза в неделю в течение 3–6 месяцев. Другой вари-

ант тубажа: после приема стакана минеральной воды больной делает 15 глубоких вдохов с участием диафрагмы (положение тела вертикальное). Процедуру проводят ежедневно в течение месяца.

Показаны озокеритовые или парафиновые тепловые аппликации, реже применяют электрофорез с новокаином, папаверином на область правого подреберья, в домашних условиях используют теплую грелку.

Детям со **спазмами сфинктера Одди** назначается питание с пониженным содержанием животных и растительных жиров. Из рациона больного исключаются жареные, острые, пряные и кислые продукты, какао, шоколад, сладкая сдоба и кондитерские изделия с кремом. Такое питание назначается детям не менее чем на 6 месяцев, в дальнейшем рацион должен быть расширен.

Запрещается употребление холодных блюд, мороженого и охлажденных напитков. Пища может быть приготовлена в микроволновой печи, на пару или запекаться. Рекомендуется принимать пищу не менее 4–5 раз в сутки. Последний раз кушать желательно не позднее, чем за 2–3 часа до ночного сна. Можно напоить малыша перед сном 1/3–1/2 стакана теплого кисломолочного продукта.

Назначаются препараты из растительного сырья (дозировки указаны для подростков, принимать 2–3 раза в сутки за 20–30 минут до еды):

1) настой цветков календулы (10,0:200,0, по 2 ст. л. – 1/4

стакана 3 раза в сутки);

2) настой листьев мяты перечной (5,0:200,0, по 1 ст. л. 3 раза в сутки);

3) отвар корневищ с корнями девясила (16,0:200,0, по 1 ст. л. 3 раза в сутки);

4) отвар зверобоя (10,0:200,0, по 1/4 стакана 3 раза в сутки, кроме случаев с запорами);

5) настой листьев шалфея (10,0:200,0, по 1 ст. л. 3 раза в сутки);

6) настой сушеницы топяной (10,0:200,0, по 1/4 стакана 3 раза в сутки);

7) настой корневищ с корнями валерианы (5,0:180,0, по 2 ст. л. – 1/4 стакана 3 раза в сутки).

Катаральный острый **холецистит** обычно лечат на дому:

- Постельный режим (длительность зависит от состояния больного).

- Диета (стол № 5).

- Разгрузочные дни (фруктово-сахарные, кефирно-творожные, яблочные) для снятия интоксикации.

- Большое количество жидкости (1–1,5 л/сут.) в виде чая, морсов, отвара шиповника.

- Естественные желчегонные средства (фруктовые и овощные соки, растительное масло, яйца).

- Спазмолитические препараты.

- Антибиотики с целью подавления инфекции курсом 7–10 дней.

Лечение хронического холецистита в период обострения строят на тех же принципах, что и лечение острого холецистита: постельный режим, диета № 5а и № 5 с соотношением белков, жиров и углеводов 1:1:4, большим количеством фруктов и овощей, дробное питание. Стол № 5 в течение 2 лет рекомендуют и в период ремиссии. После второго года наблюдения диета может быть расширена. При тяжелом обострении хронического холецистита показана дезинтоксикационная терапия – введение внутривенно глюкозы, солевых растворов. В остальном медикаментозная терапия такая же, как и при остром холецистите.

Фитотерапия при хроническом бескаменном холецистите и холангите

1. Трава зверобоя 4 ч., трава спорыша 2 ч., корень цикория 3 ч., цветки бессмертника 4 ч., кора крушины 3 ч., цветки ромашки 1 ч., цветки календулы 4 ч. 20 г смеси на 300 мл холодной воды, настоять 10 часов, прокипятить 5 минут, настоять 20 минут, отжать, принимать по 100 мл 4 раза в день через 1 час после еды.

2. Трава зверобоя 4 ч., трава спорыша 3 ч., цветки бессмертника 4 ч., цветки ромашки 1 ч., кора крушины 2 части. Готовить как предыдущий настой, принимать по 200 мл 5 раз в день через 1 час после еды.

3. Листья мяты 2 ч., трава полыни обыкновенной 2 ч., ко-

рень валерианы 2 ч., трава зверобоя 3 ч., шишки хмеля 1 часть. 5 г смеси заварить в 200 мл кипятка, настоять 20 минут, отжать, принимать по 200 мл 2 раза в день до еды.

Длительно, прерывистыми курсами применяют желчегонные средства:

- стимулирующие образование желчи – аллохол, холензим, никодин, осалмид, циквалон, холосас, растения (мята, крапива, ромашка, зверобой и др.);
- повышающие тонус желчного пузыря (препараты барбариса обыкновенного, сорбит, ксилит, яичный желток);
- снижающие тонус желчных путей (папаверин, платифиллин, экстракт белладонны).

При **желчнокаменной болезни** необходимо ограничить прием жирной пищи и ее калорийность (диета № 5а), пищу принимают 4–6 раз в день. Благоприятное действие оказывают многие минеральные воды («Московская», «Смирновская», «Славяновская», «Джемрук», «Арзни», «Боржоми», «Ессентуки», «Нафтуся»), общие ванны (хлоридно-натриевые, углекислые).

Назначают растительный сбор: трава зверобоя 2 ч., трава спорыша 2 ч., листья березы 1 ч., кора крушины 1 ч., листья крапивы 1 ч., плоды шиповника 1 ч. 5 г смеси кипятить в 400 мл воды в течение 5 минут, настоять в термосе 4 часа, принимать по 100 мл 3 раза в день до еды.

В фазе обострения процесса применяют антибиотики ши-

рокого спектра действия, которые накапливаются в желчи в достаточно высокой концентрации, в обычных терапевтических дозах в течение 7–10 дней. При лямблиозе эффективны противопаразитарные препараты.

Нарушение оттока желчи у больных хроническим холециститом корректируется желчегонными средствами (синтетическими и растительного происхождения), стимулирующими образование и выделение желчи печенью, а также усиливающими мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в двенадцатиперстную кишку. Целесообразно использование ферментных препаратов, содержащих желчные кислоты.

У больных некалькулезным холециститом эффективны лечебные дуоденальные зондирования. Для нормализации желчеобразовательной функции печени, уменьшения вязкости желчи, устранения ее застоя, предупреждения образования камней, улучшения кровообращения, достижения противовоспалительного, спазмолитического и болеутоляющего эффекта применяют физиотерапию (электрофорез на область печени с новокаином, магнием, папаверином, ношпой; УВЧ на область печени; ультразвук; электростимуляция желчного пузыря).

Детям с **хроническим энтеритом и хроническим энтероколитом** назначают стол № 4 по Певзнеру, поливитамины (например, центрум, витрум), панкреатин, пробиотик пробифор, живые молочнокислые бактерии линекс. Поло-

жительный терапевтический эффект дает ежедневное употребление биойогурта «Активиа» – кисломолочного продукта, сквашенного с использованием традиционных штаммов йогуртовых бактерий и особой культуры *Bifidobacterium*.

При дисбактериозе назначают ацифол детям в возрасте от 3 месяцев до 3 лет по 1 капсуле 2–3 раза/сут. вместе с приемом пищи. Детям старше 3 лет назначают по 1 капсуле 3–4 раза/сут. за 30 минут до приема пищи.

Детям с **язвенным колитом** назначают безмолочный стол № 4 по Певзнеру, обогащенный белком за счет мясных и рыбных продуктов, яиц. В рацион включают пробиотики, желательно не содержащие молока и лактозы (бифиформ, нормофлорин, примадофилус, нормобакт, йогулакт и др.).

Применяют растительный сбор: трава зверобоя 3 ч., цветки ромашки 5 ч., трава тысячелистника 1 ч., листья мяты 3 ч., плоды шиповника 3 ч., трава горца перечного 2 ч., листья крапивы 2 ч. 10 г смеси заварить 500 мл кипятка, настоять 6 часов, принимать по 100 мл 3 раза в день перед едой.

Комплекс упражнений при гастрите с пониженной кислотностью

1. «Велосипед». ИП (исходное положение) лежа на спине, совершаем круговые движения ногами, имитируя езду на велосипеде. Выполняйте упражнение 1–2 минуты.

2. ИП сидя. Ладонями упритесь в поясницу, вытяните но-

ги перед собой. Выполните 4–6 прогибов в пояснице. Поднимите прямую ногу вверх. Повторите 4–6 раз для каждой ноги.

3. ИП стоя. Отводите прямую ногу назад с одновременным поднятием рук вверх. Повторите 3–4 раза для каждой ноги. Поворачивайте туловище в стороны, держа руки отведенными в стороны. Повторите по 3–4 раза в каждую сторону. Делайте наклоны вбок и вперед. По 3–4 раза в каждую сторону. Сделайте глубокий вдох, задержите дыхание и выдохните. Повторите 5–6 раз.

Комплекс упражнений при гастрите с повышенной кислотностью

1. ИП стоя. Руки вытяните вперед и вращайте кистями то в одну, то в другую сторону, по 10 вращений в каждую сторону. Наклоняясь вперед, расслабьте плечи и руки. Покачивайте руками вправо и влево 1–2 минуты.

2. ИП стоя на четвереньках. На вдохе поднимайте руку в сторону и вверх. На выдохе – опускайте. Повторите другой рукой. По 8 раз для каждой руки. На вдохе опустите голову и одновременно прогнитесь в пояснице. На выдохе поднимите голову и выпрямитесь. Повторите 10 раз.

3. ИП лежа на спине. На вдохе поднимайте выпрямленную ногу, на выдохе опускайте. То же – другой ногой. Повторите по 10 раз для каждой ноги. Поднимайте одновременно

правую ногу и руку. Сделайте вдох. Затем, помогая рукой, подтяните колено к животу, одновременно наклоняя голову к груди. Сделайте выдох. Смените ногу и руку. Повторите по 6 раз для каждой стороны тела.

Функциональные боли в животе: я нуждаюсь во внимании!

Синдром функциональной боли в животе представляет собой болевой синдром, который связан не столько с функцией кишечника, сколько с некоторой потерей повседневной активности. Отсутствует связь симптомов с приемом пищи или дефекацией. Пациенты обычно не пробуждаются от боли. Боль постоянная или часто повторяющаяся на протяжении не менее 6 месяцев.

Боль бывает приступообразной и довольно интенсивной, носит неопределенный характер и не связана с приемом пищи, физической активностью и характером стула. Во время боли ребенок может хвататься за живот, сидеть с согнутыми и подтянутыми к животу ногами.

Боли, как правило, сопровождаются такими вегетативными признаками, как бледность, тошнота, головокружение, головная боль и недомогание. Возможно небольшое вздутие живота. Нередко боль бывает разлитой или локализуется в различных отделах живота. Пальпаторно не всегда удается обнаружить локальную болезненность, хотя дети обычно указывают ладонью на область пупка. Боль проходит самостоятельно или после приема спазмолитиков.

Отмечается **«симптом закрытых глаз»**: при пальпации живота пациент с синдромом функциональной абдоминаль-

ной боли закрывает глаза, тогда как больной с острой болью в животе, обусловленной органическими причинами, открытыми глазами следит за врачом, опасаясь усиления болей при проведении исследования.

Также известен **«симптом фонендоскопа»** – осторожное надавливание мембраной фонендоскопа на переднюю брюшную стенку в области, указываемой пациентом, не вызывает при синдроме функциональной абдоминальной боли усиления болевых ощущений, тогда как у больных с болью, связанной с острым хирургическим заболеванием, эта манипуляция оказывается очень болезненной.

Боли могут приобретать четкую и стойкую локализацию, неизменный характер (режущие, давящие или тянущие). Больные с тревогой ожидают их, и, хотя боли возникают лишь при волнении, пациенты нередко связывают их с нераспознанным онкологическим заболеванием. Больные подозревают, что врачи скрывают от них диагноз, изучают популярную медицинскую информацию, занимаются самолечением, настаивают на проведении различных диагностических исследований и оперативных вмешательствах.

При хроническом течении формируется канцерофобия и навязчивый страх смерти, появляется несвойственная больному раньше требовательность, повышенная раздражительность, конфликтность. У больных отмечается стремление к власти, гиперсоциальность, морализаторство, страх утраты, тревожность, подозрительность и алекситимия.

Пациенты умело скрывают присущую им неуверенность и зависимость за маской сдержанности, упорядоченности и компетентности. У них имеется беспомощная зависимость от сильных людей с оральными агрессивными желаниями, в которых пациенты отказывают себе. Им свойственен пассивно-оборонительный стиль поведения с тенденцией к самообвинению в условиях фрустрации.

У больных нередко имеется семейный анамнез с предрасположенностью к развитию функциональных заболеваний кишечника, таких как синдром раздраженного кишечника. В развитии функциональных болей в животе нередко играет роль отсутствие социальной поддержки в семье, друзьями в виде возможности общения, что может приводить к большей выраженности болевых ощущений и худшим результатам лечения.

У детей часто обнаруживаются депрессия и повышенная тревожность, хотя сами они обычно отвергают значение психических факторов или сводят его до минимума. Возможно, это связано с тем, что такие дети усвоили, что внимание на них будет обращено только в том случае, если они будут рассказывать о симптомах болезни, а не об эмоциональных проблемах.

Дифференциальная диагностика

1. Острое заболевание органов брюшной полости:

- пассивное напряжение брюшной стенки, болезненность при пальпации;
- лихорадка;
- отказ от еды;
- повторная рвота (не срыгивание);
- отсутствие самостоятельного стула;
- отсутствие реакции и уменьшения болевого синдрома при использовании средств, снимающих функциональную кишечную колику.

2. Инфекционные соматические заболевания (отит, пиелонефрит):

- длительный выраженный болевой синдром;
- лихорадка;
- симптомы интоксикации;
- отказ от еды;
- отсутствие реакции и уменьшения болевого синдрома при использовании средств, снимающих функциональную кишечную колику.

3. Поражение ствола мозга:

- повышенная возбудимость;
- обильная водянистая слюна;
- нарушение сосания;
- поперхивание;
- вытекание молока через нос;
- гнусавый оттенок плача;
- обильное срыгивание.

4. Дефицит лактазы:

- кишечные колики;
- метеоризм;
- жидкий частый стул;
- пенистый стул с кислым запахом;
- зелень, слизь, кровь в кале;
- непереносимость белка коровьего молока;
- в анамнезе асфиксия в родах, недоношенность, внутриутробная гипотрофия, ранний перевод на искусственное вскармливание.

Для функциональной боли не характерны:

- локальная стереотипная боль;
- пробуждение от боли во сне;
- особое поведение во время приступов;
- анорексия;
- рвота;
- упорные запоры или диарея;
- наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у членов семьи;
- отставание в физическом развитии или потеря массы тела;
- лихорадка;
- боль в суставах;
- кровь в стуле.

Причинами функциональной боли в животе могут быть:

- синдром раздраженного кишечника;

- глисты;
- кишечные инфекции;
- рецидивирующая неполная кишечная непроходимость;
- нарушение фиксации толстой кишки;
- заболевания почек (пиелонефрит, гидронефроз и др.);
- гинекологическая патология у девочек.

Для заболеваний мочевыделительной системы характерна боль, не связанная с приемом пищи, хотя в некоторых случаях может иметь значение характер пищи (острая, высокоэкстрактивная и т. п.). При нефроптозе и мочекаменной болезни провоцировать приступы боли могут переохлаждение, физическая нагрузка (бег, прыжки, езда на велосипеде). При этом боль локализуется около пупка, внизу живота, в пояснице. При пузырно-мочеточниковом рефлюксе боль ощущается по ходу мочеточника, при этом правосторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс может имитировать острый аппендицит.

Кистозные заболевания почек приводят к болям в эпигастриальной области, иногда – к почечной колике. Колика характерна для мочекаменной болезни, нефропатии, нефроптоза. При гидронефрозе возможна тянущая, тупая боль в животе, сопровождающаяся метеоризмом и диспепсическими расстройствами.

Диагноз синдрома функциональных болей в животе должен быть диагнозом исключения. Его правомерно ставить

только после тщательного обследования, включающего не только лабораторные исследования крови, мочи, кала, но и эхографию органов брюшной полости, эндоскопические (гастродуоденоскопия, колоноскопия) и при необходимости лучевые методы исследования (рентгенологический, КТ, МРТ и др.).

Младенческие колики (греч. *kolike* – кишечная болезнь): состояние, при котором в остальном здоровый малыш плачет или проявляет симптомы дистресса (беспокойство, стоны, плач и т. д.) часто и в течение длительного времени без какой-либо видимой причины. Приступы плача появляются и заканчиваются внезапно, чаще во время кормления или вскоре после него. Ребенок плачет, сучит ножками, стопы часто холодные на ощупь, руки прижаты к туловищу. Лицо краснеет, принимает страдальческое выражение. Живот может быть вздут, возможны срыгивания, иногда рвота.

Продолжительность приступа колик может составлять от 10 минут до 3 часов. Как правило, заметное облегчение наступает сразу после отхождения газов или дефекации. Вне приступа кишечной колики общее состояние детей не страдает, они имеют хороший аппетит, прибавляют в весе, сохраняют общий позитивный эмоциональный настрой.

Для диагностики кишечной колики у младенцев используют так называемое «правило трех»: приступы продолжаются более 3 часов в день, повторяются 3 и более раз в неделю на протяжении 3 недель подряд.

От кишечных колик чаще страдают мальчики и первенцы. Колики встречаются преимущественно у детей первых 3 месяцев жизни. У недоношенных детей по сравнению с доношенными кишечные колики, как правило, более выражены и носят более затяжной характер.

Кишечная колика обусловлена напряженностью процессов пищеварения в условиях физиологической незрелости желудочно-кишечного тракта и функциональной максимальной нагрузки на кишечник, которая связана с большим объемом питания.

Большую роль в возникновении кишечных колик у младенцев играет повышение или снижение порога болевой чувствительности, а также чувствительности к растяжению кишечной стенки. Возникновение болевого синдрома связывается преимущественно с нарушением двигательной функции кишечника и повышенным газообразованием. При этом перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь некоторые ее участки, что приводит к тому, что в определенных отделах тонкого кишечника возникает резкий спазм кишки и, соответственно, боль в виде колики.

Функциональная незрелость органов пищеварения и ограниченность их резервных возможностей проявляются прежде всего на фоне неправильного вскармливания (аэрофагия, перекорм, слишком быстрое сосание). Нельзя исключить из причин быстрый переход с естественного вскармливания на искусственное, включение в рацион пищевых до-

бавок, аллергию к белкам коровьего молока, сои, глютену. Курение матери во время беременности и грудного вскармливания увеличивает риск возникновения колик у ребенка в два раза.

Абдоминальная мигрень (лат. *abdominalis*

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.