

УДК: 616.89-06:616.1/6-053.2

**Л.В. Пипа, Ю.М. Лисиця, Р.В. Свістільнік**

## **Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина II)**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):135-139; doi10.15574/SP.2015.68.135

*Проведено аналітичний огляд світової літератури, у якій висвітлено актуальність, сучасні погляди на патогенез, клініку, діагностичні критерії соматоформних розладів у дітей і підлітків та соціальне значення цих захворювань. Розглянуто методи лікування і профілактики соматоформних розладів у дітей та підлітків згідно з останніми світовими рекомендаціями, заснованими на принципах доказової медицини.*

**Ключові слова:** соматоформний розлад, невроз, вегетативна дисфункція, діти.

### **Діагностика і класифікація соматоформних розладів**

Згідно з МКХ-10 до соматоформних розладів (СР) віднесені: соматизований розлад — F 45.0, недиференційований соматоформний розлад — F 45.1, іпохондричний розлад — F 45.2, соматоформна вегетативна дисфункція — F 45.3, хронічний соматоформний больовий розлад — F 45.4, інші соматоформні розлади — F 45.8, соматоформний розлад, не уточнений — F 45.9 [37].

Головна ознака соматизованого розладу — наявність множинних та неодноразових соматичних симптомів, що часто видозмінюються, тривають не менше двох років, супроводжуються занепокоєнням хворого всупереч негативним результатам медичних обстежень і запевненням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики.

Недиференційований СР підпадає під критерії А, В і D, але за винятком, що тривалість складає щонайменше шість місяців та не повністю відповідає одному з обох критеріїв В-С для соматизованого розладу [35,37].

Іпохондричний розлад за багатьма критеріями схожий на соматизований розлад. На відміну від нього, хворі на іпохондрію переживають надмірний страх наявності в них якогось ще не винайденого тяжкого захворювання, яке загрожує життю. Характерними є монотонні, емоційно невизравні скарги, які підкріплюються великою кількістю документів, що накопичені за період обстежень. Для діагностики іпохондричного розладу необхідні наступні критерії [37]:

1) відмічається або а) стійке, не менше 6 місяців, переконання в наявності в себе одного або більше тяжких соматичних захворювань, щонайменше одне з яких чітко окреслюється пацієнтом, або б) стійке занепокоєння виявляємою пацієнтом дисморфофобічною вадою;

2) присутні критерії В-Е соматизованого розладу.

У класифікації МКХ-10 порушення, що відповідають СВД, розглядаються в рубриках G 90 «Розлади вегетативної нервової системи» як G 90.9 «Розлади вегетативної

Таблиця 2

### **Діагностичні критерії соматизованого розладу за МКХ-10 [37]**

- А.** Виникнення і наявність упродовж не менше двох років множинних і варіабельних соматичних симптомів, яким не знайдено адекватного соматичного пояснення; відсутність об'єктивних даних про структурне або функціональне порушення даного органа чи системи.
- В.** Наявність постійного переконання про існування одного або декількох важких захворювань. Занепокоєність симптомами хвороби викликає постійну тривогу і спонукає хворого шукати повторних консультацій (три та більше) або різноманітних досліджень, а також множинні консультації і лікування у місцевих «цілительів».
- С.** Постійна недовіра різним лікарям і їх переконанням про відсутність патології.
- Д.** Наявність не менше 6 симптомів з щонайменше двох різних груп:
- 1) шлунково-кишкові симптоми: а) біль у животі; б) нудота; в) відчуття тяжкості в животі, переповнення, здуття; г) поганий присмак у роті або незвичайно обкладений язик; д) блювота або регургітація їжі; е) частий пронос або рідкі виділення;
  - 2) серцево-судинні симптоми: ж) ядуха без навантаження; з) біль у грудній клітці;
  - 3) сечостатеві симптоми: і) дизурія або часте сечовипускання; к) неприємні відчуття в статевих органах або навколо них; л) незвичайні або надмірні вагінальні виділення;
  - 4) шкірні і больові симптоми: м) поява плям або зміна кольору шкіри; н) біль у кінцівках або суглобах; о) неприємні оніміння або парестезії.
- Е.** Виключені синдроми з групи шизофренічних, афективних і тривожних захворювань.

Таблиця 3

### **Діагностичні критерії соматоформної вегетативної дисфункції за МКХ-10 [4]**

- 1) Симптоми вегетативного збудження, які пацієнт приписує до фізичного розладу, в одному або більше органів чи систем: ССС, ШКТ, дихальній системі, уrogenітальній системі.
- 2) Два і більше з наступних вегетативних симптомів: серцебиття, пітливість, сухість у роті, дискомфорт в епігастрії або печія.
- 3) Один або більше з наступних симптомів: біль у грудній клітці або дискомфорт у перикардальній ділянці, задишка або гіпервентиляція, сильна втома на незначне навантаження, відрижка повітрям або кашель, відчуття печії у грудній клітці або в епігастрії, підвищена перистальтика, збільшення частоти сечовипускання або дизурія.
- 4) Відсутність ознак розладів структури і функції органів та систем, якими занепокоєний хворий.
- 5) Симптоми виникають не тільки за наявності фобічних розладів (F40.0–F40.3) або панічних розладів (F41.0).

**Критерії комплексного симптому соматичних порушень (CSSD) за новою класифікацією хвороб DSM-V****А. Соматичні симптоми:**

один або більше соматичних симптомів, які непокоять і/або значно порушують якість життя.

**В. Надмірні думки, відчуття і поведінка, що мають відношення до цих соматичних симптомів або пов'язані з медичними проблемами, які мають відповідати щонайменше двом з наступних критеріїв:**

1. Високий рівень пов'язаного зі здоров'ям занепокоєння.
2. Непропорційне і персистуюче занепокоєння проблемою медичної важкості симптомів.
3. Надмірний час і енергія, присвячена цим симптомам або медичній проблемі.

**С. Хронічність стану:** будь-який симптом може бути не безперервно наявний, однак триває не менше 6 місяців.

Для хворих, які відповідають критеріям CSSD, використовують наступні додаткові специфікатори для встановлення даного діагнозу:

XXX.1. Переважаючі соматичні скарги (раніше «соматизоване порушення»)

XXX.2. Переважаюче медичне занепокоєння (раніше «іпохондрія»). Якщо хворі мають виключно пов'язане зі здоров'ям занепокоєння з мінімальними соматичними симптомами, вони можуть більше відповідати діагностичним критеріям тривожного розладу.

XXX.3. Переважаючий біль (раніше «больові порушення»). Ця класифікація зберігається для людей, у яких переважають скарги на больові відчуття, і в яких також наявні симптоми, описані в критеріях В.

нервової системи не уточнені», а також F45.3 «Соматоформна вегетативна дисфункція» з категорії F45 «Невротичні, пов'язані зі стресом соматоформні розлади». Термін «соматоформний» замінив раніше використований термін «психосоматичний» [4].

У МКХ-10 класифікуються окремі розлади цієї групи, визначаючи орган або систему, що непокоїть хворого: F45.30 «Серце і ССС», F45.31 «Верхні відділи ШКТ», F45.32 «Нижні відділи ШКТ», F45.33 «Дихальна система», F45.34 «Урогенітальна система», F45.38 «Інші органи і системи» [4].

Згідно з проектом, виданим 18 квітня 2011 року для впровадження DSM-V, є група порушень під назвою «Симптоми соматичних порушень» (Somatic Symptom Disorders — SSD), запропонований Американською психіатричною асоціацією (APA 2011). Дане порушення поділяється на простий симптом соматичних порушень (Simple Somatic Symptom Disorder (SSSD), наприклад біль, і складний, або комплексний, симптом соматичних порушень (Complex Somatic Symptom Disorder (CSSD)). Останній розподіляється на декілька підтипів: з переважанням соматичних скарг (у DSM-IV це відповідає соматизованому розладу), з переважанням занепокоєння станом здоров'я (у DSM-IV це відповідає іпохондрії) та з переважанням больового синдрому (у DSM-IV це відповідає больовим порушенням). Також CSSD включає наявність когнітивних порушень. Так, лише наявність соматичних симптомів не є достатньою для встановлення цього діагнозу. Постійні думки, відчуття і поведінка, пов'язана із соматичними симптомами, є обов'язковими діагностичними критеріями [27].

Для встановлення CSSD потрібна наявність критеріїв А, В і С (табл. 2) [27].

Хронічний соматоформний больовий розлад характеризується наявністю стійких монорфних патологічних алгій, постійних за локалізацією, інтенсивністю, що не супроводжуються психовегетативною симптоматикою. Діагностичні критерії хронічного соматоформного больового розладу наступні: а) стійкий (не менше шести місяців), тяжкий або нереступний біль у різних частинах тіла, який не може бути пояснений адекватно наявністю фізіологічного процесу або фізичного розладу, і на якому постійно фіксує свою увагу пацієнт; б) виключені синдроми з групи шизофренічних, афективних і тривожних захворювань [37].

**Лікування**

Немає чітких рекомендацій з доказовою базою для лікування дітей на СР. Підходи до лікування повинні бути індивідуальними для кожного хворого і включа-

ти координовані дії лікарів різного профілю, особливо психіатрів [34,37].

Не слід піддавати сумніву дійсність існування симптомів у хворого, потрібно визнати, що хворий дійсно переносить хворобу, яка значно порушує якість життя і відносини в сім'ї. Необхідно обговорити результати додаткових методів обстеження та завірити батьків у відсутності органічної причини захворювання; слід зазначити, що для позбавлення від симптомів хвороби необхідний певний час, і що хворі видужують після лікування [35,37].

Часто батьки дітей з такими проблемами відмовляються від консультації психіатра, тому педіатр повинен пояснити дитині та її батькам відсутність важкого соматичного захворювання і походження її симптомів та переконати сім'ю у необхідності консультації вузького спеціаліста [33–35].

Сім'я відіграє ключову роль у допомозі дитині, тому психотерапевтичні методики роботи із залученням батьків можуть краще сприяти послабленню симптомів захворювання та подоланню певних поведінкових реакцій, які підтримують дані симптоми [37].

Госпіталізація таких хворих потрібна тоді, коли спостерігається прогресивне погіршення самопочуття, є необхідність у спостереженні за дитиною (у випадку пароксизмального перебігу захворювання), наявні значні ознаки психопатології або амбулаторне лікування не мало успіху. Стаціонарне лікування зазвичай проводиться на базі педіатричного або психіатричного відділень [37].

Результати досліджень показали, що біологічно зворотний зв'язок (БЗЗ) є ефективним методом лікування СР. Його мета полягає в тому, щоб збільшити добровільний контроль над фізіологічними процесами, які відбуваються поза свідомістю, використовуючи інформацію про них у формі зовнішнього сигналу. Методики БЗЗ можуть бути розподілені на периферичні (на основі електроміографії з показниками електричного спротиву шкіри, пульсу, температури, частоти дихання) або центральні (на основі електроенцефалографії) [29,35]. Ефективними можуть бути такі методики, як раціональна психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія [34].

Психофармакотерапевтичне втручання виправдане у випадках наявності депресії або тривожних розладів та коли симптоми захворювання призводять до значного і тривалого погіршення стану хворого [35].

Лікування СВД розпочинають з методів, спрямованих на нормалізацію показників вегетативного статусу. Широко використовуються немедикаментозні методи: корекція

режиму дня і харчування, лікувальна фізкультура, загартовування та фізіотерапевтичні процедури. Важливо дотримуватися режиму дня, чергувати розумові і фізичні навантаження, тривалість сну має відповідати віковим потребам (8–10 годин). Необхідно підтримувати нормальний психологічний клімат у сім'ї дитини, уникати конфліктних ситуацій і нервово-психічних перевантажень у сім'ї та школі. Слід регламентувати час перегляду телепередач, роботи за комп'ютером для запобігання перевтомі [4].

Кожна форма СВД потребує спеціальних підходів, і лікування повинно проводитися як з урахуванням особливостей основних клінічних симптомів, так і розладів в емоційній сфері (тривоги і депресії), які можуть мати маскований характер у дитячому віці [4].

Патогенетична терапія СР має враховувати не тільки депресію, як основний фактор патогенезу, але й інші, як ендогенні, так і екзогенні фактори. У зв'язку з тим, що основним фактором патогенезу СВД, СР та різних больових відчуттів є депресія, основне місце у лікуванні таких хворих повинні займати антидепресанти і/або інші засоби з антидепресивною активністю [1].

Деякі автори вказують на ефективність антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) у лікуванні дітей та підлітків з СР [25]. В окремих рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях у дітей віком 6–18 років з тривожними розладами (соціальна фобія, сепаративний тривожний розлад, селективний мутизм, генералізований тривожний розлад) було показано ефективність флуоксетину в середній дозі 20 мг/добу, флувоксаміну 50–250 мг/добу, сертраліну 50 мг/добу і пароксетину 10–40 мг/добу [31].

Повідомлялось про ефективність лікування СР у дітей 11 і 17 років новим антидепресантом з групи селективного інгібітору зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН) — дулоксетином в дозі 30 і 60 мг/добу відповідно [25].

Бензодіазепіни не були ефективними в контрольованих дослідженнях при тривожних розладах у дітей. Клінічно вони використовуються в якості додаткового короточасного лікування в комбінації з СІЗЗС для досягнення швидкого скорочення важких симптомів тривоги [31].

Ефективним методом лікування гіпервентиляційного кризу та інших, пов'язаних з порушенням дихання, симптомів є дихання в паперовий або целофановий мішок. При цьому хворий дихає власним видихуваним повітрям з підвищеним вмістом CO<sub>2</sub>, що призводить до зменшення дихального алкалозу і послаблення симптоматики. За наявності тривожного розладу лікування слід доповнити антидепресантами групи СІЗЗС, іноді в поєднанні з анксиолітиками [17].

Ключовим методом лікування ГВС та його еквівалентів є дихальна гімнастика, яка має на меті формування нормального патерну дихання. Основними принципами дихальної гімнастики є: а) перехід на діафрагмальне дихання, яке викликає гальмівний рефлекс Геринга—Брейера (включення рецепторів на розтягнення в легенях), що призводить до зниження активності ретикулярної формації мозку, неокортексу та стабілізації психічних процесів; б) формування співвідношення між тривалістю вдиху і видиху, відповідно 1:2; в) уповільнення дихання; г) використання психологічної регуляції дихання [2].

З медикаментозних засобів для лікування ГВС використовують засоби, які зменшують нервово-м'язову збудливість, — препарати кальцію в комбінації з вітаміном D, препарати магнію, при виразних тривожних і депресив-

них станах використовують антидепресанти і транквілізатори [2].

Огляд бази Cochrane, який включав шість експертиз, проведених у дітей віком 5–18 років з рекурентним болем в животі і синдромом подразненого кишечника, виявив ефективність використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) при цих патологічних станах у дітей [32].

У лікуванні СПК має враховуватись і дієтичний фактор. Використання їжі з підвищеною кількістю клітковини ефективно в лікуванні закрепів, при діарейі слід обмежувати їжу, яка викликає підсилення перистальтики (з вмістом клітковини, бобів тощо) [3,28].

Спазмолітичні засоби, такі як мебеверін, можуть призначатися у випадках, коли діарея виступає в якості основного симптому СПК. Інші класи спазмолітичних засобів (наприклад, блокатори кальцієвих каналів) не були ефективними, однак використовуються в деяких країнах [21,28]. При метеоризмі можна використовувати симетікон по 1–2 капс. 3–4 рази на добу [3].

При закрепах використовують послаблюючі засоби, наприклад засіб осмотичної дії з високомолекулярних полімерів макрогіль 4000 (Форлак), який полегшує просування калових мас без здуття і болю. Призначається натще вранці з розрахунку 5 г на 35 кг маси тіла дитини (1/2 пакетика), розчинених в 200 мл води, курсом до 15 діб. Препарат не має побічних ефектів. За кордоном використовується засіб з оболонки насіння подорожника *Plantago ovata* (Псілліум), відомим представником якого є мукофальк. До осмотичних послаблюючих також належить лактулоза — по 5–15 мл на добу, одноразово, вранці. При закрепах широко використовують прокінетики, які посилюють перистальтику і покращують випорощення. У дітей слід використовувати домперідон по 5–10 мг тричі на добу, до їжі, курсом 3–4 тижні [3].

Антидіарейні засоби мають обмежене використання у дітей, однак можуть бути апробовані при СПК з переважанням діарейі. Одним із таких засобів є агоніст периферичних опіоїдних рецепторів у стінці кишечника лоперамід, який призводить до уповільнення перистальтики і кишкової секреції та здатний зменшувати прояви діарейі при СПК, однак не впливає на больовий синдром. У дітей зазвичай використовується в дозі 2–4 мг на добу [3, 21,28].

Ефективними засобами в лікуванні СПК та покращення якості життя хворої дитини є антидепресанти групи ТЦА в низьких дозах (амітриптилін у дозі 10–50 мг/добу) і СІЗЗС у стандартних дозах [9,21,24]. Механізм їхньої дії передусім пов'язаний зі зменшенням сприйняття болю через активацію антиноціцептивних механізмів ЦНС і не пов'язаний у більшості випадків з власне антидепресивним ефектом [28]. Так, антидепресант СІЗЗС циталопрам був ефективний у лікуванні рекурентного болю в животі у дітей [21,22].

При диспептичних проявах можливе використання H<sub>2</sub>-блокаторів та інгібіторів протонної помпи [34].

Важливу стратегію лікування СПК у дітей становить використання пробіотиків, які включають *Bifidobacterium* і *Lactobacillus* [21,28].

У лікуванні іпохондричного розладу слід використовувати психотерапію, наприклад КПТ, також можливе використання антидепресанту СІЗЗС флуоксетину по 10–20 мг/добу [34].

#### Прогноз

Рецидивні СР у дитинстві зазвичай пов'язані із розвитком психопатологічних станів у дорослому житті та збільшенням поширеності психіатричних порушень.

Більшість дітей з СР після лікування у спеціаліста одужують, однак у деяких хворих симптоми можуть зберігатися і згодом проявитись у вигляді інших психіатричних по-

рушень (наприклад, розлади харчової поведінки, тривожні розлади). У невеликій кількості хворих симптоми проявлятимуться і у дорослому віці [35,37,38].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. — 2-е изд., испр. — М. : Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. — 320 с.
2. Вегетативные расстройства. Клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. — М. : Медицинское информационное агентство, 2000. — 752 с.
3. Денисов М. Ю. Синдром раздраженного кишечника у детей: современные принципы реабилитации / М. Ю. Денисов, Т. И. Рябиченко. — Новосибирск, 2004. — 75 с. : ил.
4. Заваденко Н. Н. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков / Н. Н. Заваденко, Ю. Е. Нестеровский // Педиатрия. — 2012. — Т. 91, № 2. — С. 93—101.
5. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб. : Речь, 2005. — 400 с.
6. Корень Е. В. Клиническая типологизация ипохондрических расстройств детским и подростковом возрасте / Е. В. Корень, А. М. Марченко // Соц. и клин. психиатрия. — 2010. — Т. 20, № 4. — С. 9—14.
7. Кравцова Н. А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков (динамическая модель психосоматического дизонтогенеза) / Н. А. Кравцова // Сибирский психологи. журн. — 2005. — № 22. — С. 13—18.
8. Кулаков С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. — СПб. : Речь, 2003. — 288 с. : ил.
9. Маев И. В. Синдром раздраженного кишечника: пособие для врачей / И. В. Маев, С. В. Черёмушкин. — М. : Форте принт, 2012. — 52 с. : ил. — (Практическая гастроэнтерология).
10. Марушкин Д. В. Неврозы у детей и подростков: учебн.—метод. пособ. / Д. В. Марушкин, Н. Я. Оруджев. — Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2007. — 45 с.
11. Неудахин Е. В. К вопросу о вегетативных расстройствах у детей (в порядке дискуссии по поводу проблем, затронутых в статье А. А. Курочкина с соав.: «Нейроциркуляторная дистония у детей и подростков — болезнь или пограничное состояние? / Е. В. Неудахин // Педиатрия. — 2003. — № 2. — С. 101—103.
12. Обухов С. Г. Курс лекций по психиатрии. Пособие для студентов лечебного факультета медицинских ВУЗов / С. Г. Обухов. — Гродно. : ГрГМУ, 2006. — 137 с.
13. Синдром раздраженного кишечника у детей в свете Римских критериев III и роль иммуномодулирующей терапии в коррекции основных проявлений болезни / Ю. М. Спиваковский, Е. Н. Шульгина, А. С. Эйберман [и др.] // РМЖ. — 2010. — Т. 18, № 4. — С. 1—6.
14. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. — М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 520 с.
15. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств / Н. А. Кравцова, А. В. Катасонова, А. Ю. Довженко [и др.] // Тихоокеанский мед. журн. — 2013. — № 4. — С. 48—55.
16. Факторы риска и структура психосоматических расстройств у высокоинтеллектуальных школьников / А. Н. Родионова, В. В. Долгих, Л. И. Колесникова, Л. В. Рычкова // International journal of experimental education. — 2014. — № 1. — С. 90—95.
17. Филатова Е. Г. Гипервентиляционный синдром: этиопатогенез, диагностика и лечение / Е. Г. Филатова // Фарматека. — 2006. — № 7. — С. 1—4.
18. Шевченко Ю. С. Концепция комплексной многоуровневой терапии детей и подростков (на модели психогенных психосоматических расстройств) / Ю. С. Шевченко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2010. — № 1. — С. 19—29.
19. A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder / B. Burba, R. Oswald, V. Grigaliunien [et al.] // Can. J. Psychiatry. — 2006. — Vol. 51. — P. 468—471.
20. Berntsson L. T. Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2—17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996 / L. T. Berntsson, L. Kohler // Eur. J. Public Health. — 2001. — Vol. 11. — P. 35—42.
21. Challenges in Management of Irritable Bowel Syndrome in Children / S. Prosad paul, P. Barnard, C. Bigwood, D. C. Candy // Indian pediatrics. — 2013. — Vol. 50. — P. 1137—1143.
22. Citalopram treatment of pediatric recurrent abdominal pain and comorbid internalizing disorders: an exploratory study / J. V. Campo, J. Perel, A. Lucas [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2004. — Vol. 43. — P. 1234—1242.
23. Clinical Profile of Pediatric Somatoform Disorders / J. Bisht, N. Sankhyan, R. K. Kaushal [et al.] // Pediatrics. — 2008. — Vol. 45. — P. 111—115.
24. Irritable bowel syndrome. Information about NICE. Clinical guideline 61. London, UK : NICE, 2008. — P. 12.
25. Garcia-Martin I. Duloxetine in the treatment of adolescents with somatoform disorders: a report of two cases / I. Garcia-Martin, E. M. Miranda-Vicario, C. A. Soutullo // Actas Esp. Psiquiatr. — 2012. — Vol. 40. — P. 165—168.
26. Garralda M. E. Chronic fatigue syndrome in childhood / M. E. Garralda, T. Chalder // Journal of Child Psychology and Psychiatry. — 2005. — Vol. 46. — P. 1143—1151.
27. Ghanizadeh A. A review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V / A. Ghanizadeh, A. Firoozbadi // Psychiatria Danubina. — 2012. — Vol. 24, № 4. — P. 353—358.
28. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management / R. Spiller, Q. Aziz, F. Creed [et al.] // Gut. — 2007. — Vol. 56. — P. 1770—1798.
29. Jordanova N. P. Biofeedback application for somatoform disorders and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children / N. P. Jordanova // International Journal of Medicine and Medical Sciences. — 2009. — Vol. 1. — P. 17—22.
30. Muris P. Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences / P. Muris, C. Meesters // Psychol. Rep. — 2004. — Vol. 94. — P. 1269—1275.
31. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 2007. — Vol. 46, № 2. — P. 267—283.
32. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood / A. A. Huertas-Ceballos, S. Logan, C. Bennett, C. Macarthur // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2008, Issue 1. Art. No. : CD003014.
33. Psychosomatic disorders in pediatrics / S. R. Brill, D. R. Patel, E. MacDonald // The Indian Journal of Pediatrics. — 2001. — Vol. 68. — P. 597—603.

34. Sauer N. Somatoform and Functional Disorders / N. Sauer, W. Eich // Dtsch Arztebl. — 2007. — Vol. 104 (1—2). — P. 45—53.
35. Silber T. J. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis / T. J. Silber // *Pediatr. Rev.* — 2011. — Vol. 32. — P. 56—64.
36. Sitholey P. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pediatric Somatoform Disorders / P. Sitholey, V. Agarwal // *Indian Journal Psychiatry.* — 2008. — P. 157—167.
37. Somatoform disorders / O. Fiertag, S. Taylor, A. Tareen, E. Garralda // *IACAPAP e Textbook of Child and Adolescent Mental Health* / Rey J. M. (ed). — Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012. — P. 21.
38. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments / R. Lieb, H. Pfister, M. Mastaler [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* — 2000. — Vol. 101. — P. 194—208.

**Психосоматические расстройства у детей. Актуальность проблемы в современной педиатрии (часть II)**

*Л.В. Пыпа, Ю.Н. Лисица, Р.В. Свистильник*

Винницкий национальный медицинский университет им. М. И. Пирогова, Украина

Проведен аналитический обзор мировой литературы, в которой освещена актуальность, современный взгляд на патогенез, клинику, диагностические критерии соматоформных расстройств у детей и подростков и социальное значение этих заболеваний. Рассмотрены методы лечения и профилактики соматоформных расстройств согласно последним рекомендациям, основанным на принципах доказательной медицины,

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, невроз, вегетативная дисфункция, дети.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.4(68):135-139; doi10.15574/SP.2015.68.135

**Psychosomatic frustration at children. The problem urgency in modern pediatrics (part II)**

*L.V. Pypa, J.N. Lisitsa, R.V. Svistilnik*

Vinnitsa national medical university of M.I. Pirogova, Vinnitsa, Ukraine

The resume. It is spent the state-of-the-art review of the world literature in which the urgency, a modern view on патогенез, clinical displays, diagnostic criteria соматоформных frustration at children and social value of these diseases is shown. Key recommendations about their treatment and preventive maintenance are considered agree last recommendations which are considered from positions доказательной medicine.

**Keywords:** psychosomatic frustration, a neurosis, vegetative dysfunction, children.

**Сведения об авторах:**

**Пыпа Лариса Владимировна** — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии ФПО Винницкого национального университета им. Н.И.Пирогова. Адрес: г. Хмельницкий, Старокостянтиновское шоссе, 26/3; тел.: (+0382)221037; e-mail: pipa\_l\_v@ukr.net.

**Лисица Юлия Николаевна** — ассистент каф. педиатрии ФПО Винницкого национального университета им. Н.И.Пирогова. Адрес: г. Хмельницкий, Старокостянтиновское шоссе, 26/3; тел.: (+0382)224166; e-mail: 777uliya@gmail.com.

**Свистильник Руслан Владимирович** — к.мед.н., ассистент каф. неврологии Винницкого национального университета им. Н.И. Пирогова. Адрес: г. Хмельницкий, Старокостянтиновское шоссе, 26/3; тел.: (+0382)650228; e-mail: rus80ua@gmail.com.

Статья поступила в редакцию 15.02.2014 г.