

УДК 616.89-008.48:616.12-053

Ю.М. Лисиця, Л.В. Пипа, Р.В. Свістільник, І.В. Одарчук

Клінічні «маски» соматоформних розладів кардіореспіраторної системи і больових та неспецифічних соматоформних розладів, асоційованих з афективними станами, у дітей

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

Modern Pediatrics.Ukraine.2019.8(104):33-40; doi 10.15574/SP.2019.104.33

For citation: Lysytsia YuN, Pyra LV, Svistilnik RV, Odarchuk IV. (2019). Clinical «masks» of somatoform disorders of the cardiorespiratory system and pain and non-specific somatoform disorders in children associated with affective states. Modern Pediatrics. Ukraine. 8(104): 33-40. doi 10.15574/SP.2019.104.33

Мета: дослідити особливості клінічних проявів соматоформних розладів (СР) з боку кардіореспіраторної системи (КРС) і больових та неспецифічних СР (БНСР), а також зв'язок їх виникнення з афективними станами у дітей підліткового віку.

Матеріали і методи. Обстежено 48 дітей з СР з боку КРС та 41 дитину з СР з БНСР. Середній вік дітей становив 14,1±4,72 року (M±σ); хлопців було 52,8% (n=47), дівчат — 47,2% (n=42). Для дослідження тривоги використовували тест Спілбергера. Для діагностики депресії використовували запитальник дитячої депресії М. Kovacs (1992). Достовірність оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати. СР з боку КРС найчастіше виявлявся у хлопців (58,3%) (p<0,039) переважно сільської місцевості (62,5%) (p<0,01). Найчастіше СР з боку КРС у хлопців проявлявся транзиторним підвищенням АТ (100%), головним болем (75%) та серцебиттям із переважанням тахікардії (75%), тоді як у дівчат достовірно частіше зустрічалась стомлюваність (71,4%) та гіпотензія із синкопальними станами (57,1%) (p<0,05). У 29,2% дітей з СР з боку КРС виявлено депресію і в 87,5% дітей виявлено клінічно виражену тривогу. БНСР хворіли переважно діти раннього підліткового віку — 23 (56,1%), які найчастіше (82,9%) проявлялись неспецифічними стійкими больовими синдромами (головним болем, артралгіями, синдромом фіброміалгії, болем у спині тощо), друге рангове місце посіли терморегуляторні порушення (43,9%) та астеничний синдром (34,2%). Серед хворих на БНСР у 48,8% дітей була діагностована депресія і у 95,1% — виражена тривога.

Висновки. Депресивні порушення, а також тривожні розлади можуть бути одним з ключових факторів виникнення СР у дітей і проявляться різноманітними соматичними «масками» у вигляді функціональних розладів органів і систем, стійкими больовими синдромами, ускладнюючи діагностику та ефективність лікування. Найчастішим проявом депресії у хворих на СР з боку КРС та БНСР була ангедонія (64,3% та 65,0% відповідно). Рідше ключовим симптомом депресії був знижений настрій (7,1% та 5,0% відповідно).

Дослідження виконані відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалений Локальним етичним комітетом (ЛЕК) установи. На проведення досліджень було отримано поінформовану згоду батьків дітей (або їхніх опікунів).

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: соматоформний розлад, депресія, тривога, діти.

Clinical «masks» of somatoform disorders of the cardiorespiratory system and pain and non-specific somatoform disorders in children associated with affective states

Yu.N. Lysytsia, L.V. Pyra, R.V. Svistilnik, I.V. Odarchuk

National Pyrogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

The aim of the study is to investigate the features of clinical manifestations of somatoform disorders (SD) by the cardiorespiratory system (CRS) and pain and nonspecific SD (PNSD), as well as their relationship with affective conditions in adolescent children.

Materials and methods. 48 children with SD from the CRS and 41 children with SD from the PNSD were examined. The mean age of children was 14.1±4.72 years (M±σ), of which boys were 52.8% (n=47), girls — 47.2% (n=42). Spielberger test was used to investigate anxiety. The Child Depression Questionnaire M. Kovacs (1992) was used to diagnose depression. The probability was evaluated using the Student's t-test.

Results. SD was most commonly found in boys (58.3%) (p<0.039), mainly in rural areas (62.5%) (p<0.01). Most commonly, SD in boys manifested a transient increase in blood pressure (100%), headache (75%), and palpitations with a predominance of tachycardia (75%), whereas girls had a significantly higher incidence of fatigue (71.4%) and hypotension with syncope states (57.1%) (p<0.05). Depression was reported in 29.2% of children with SD and 87.5% of children showed clinically expressed anxiety. PNSD was mainly affected by children of early adolescence — 23 (56.1%), who most often showed nonspecific persistent pain syndromes (82.9%) (headache, joint pain, fibromyalgia syndrome, back pain, etc.); disorders (43.9%) and asthenic syndrome (34.2%). In patients with PNSD, 48.8% of children were diagnosed with depression and 95.1% had anxiety.

Conclusions. Depressive disorders as well as anxiety disorders can be one of the key factors for the occurrence of SD in children and manifest themselves in a variety of somatic masks in the form of functional disorders of organs and systems, persistent pain syndromes, complicating the diagnosis and effectiveness of treatment. Anhedonia (64.3% and 65.0%, respectively) was the most frequent manifestation of depression in patients SD with CRS and PNSD. Less often, the key symptom of depression was low mood (7.1% and 5.0%, respectively).

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee (LEC) of an institution. The informed consent of the patients was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: somatoform disorder, depression, anxiety, children.

Клинические «маски» соматоформных расстройств кардиореспираторной системы, а также болевых и неспецифических соматоформных расстройств, ассоциированных с аффективными состояниями, у детей

Ю.Н. Лисица, Л.В. Пыпа, Р.В. Свистильник, И.В. Одарчук

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Украина

Цель — исследовать особенности клинических проявлений соматоформных расстройств (СР) со стороны кардиореспираторной системы (КРС), болевых и неспецифических СР (БНСР), а также их связь с аффективными состояниями у детей подросткового возраста.

Материалы и методы. Обследовано 48 детей с СР со стороны КРС и 41 ребенок с БНСР. Средний возраст детей составлял 14,1±4,72 года (M±p); юношей было 52,8% (n=47), девушек — 47,2% (n=42). Для исследования тревоги использовали тест Спилбергера. Для диагностики депрессии использовали опросник детской депрессии М. Kovacs (1992). Вероятность оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. СР со стороны КРС чаще всего определялись у юношей (58,3%) (p<0,039) преимущественно сельской местности (62,5%) (p<0,01). Чаще всего у юношей проявлялся переходящим повышением АД (100%), головной болью (75%) и сердцебиением с преобладанием тахикардии (75%), тогда как у девушек достоверно чаще встречались утомляемость (71,4%) и гипотензия с синкопальными состояниями (57,1%) (p<0,05). У 29,2% детей с СР со стороны КРС была диагностирована депрессия и у 87,5% детей выявлена клинически выраженная тревога. БНСР болели преимущественно дети раннего подросткового возраста — 23 (56,1%); чаще всего (82,9%) они проявлялись неспецифическими устойчивыми болевыми синдромами (головной болью, артралгиями, синдромом фибромиалгии, болью в спине и т.д.), второе ранговое место занимали терморегуляторные нарушения (43,9%) и астенический синдром (34,2%). Среди больных БНСР у 48,8% детей была диагностирована депрессия и у 95,1% выраженная тревога.

Выводы. Депрессивные нарушения, а также тревожные расстройства могут быть одним из ключевых факторов возникновения СР у детей и проявляться различными соматическими масками в виде функциональных расстройств органов и систем, устойчивыми болевыми синдромами, усложняя диагностику и эффективность лечения. Наиболее частым проявлением депрессии у больных с СР со стороны КРС и БНСР была ангедония (64,3% и 65,0% соответственно). Реже ключевым симптомом депрессии было пониженное настроение (7,1% и 5,0% соответственно).

Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом (ЛЭК) учреждения. На проведение исследований было получено информированное согласие родителей детей (или их опекунов).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: соматоформное расстройство, депрессия, тревога, дети.

Вступ

Структура дитячої захворюваності демонструє збільшення питомої ваги функціональної патології, яка за відсутності чітко вираженого патоморфологічного субстрату хвороби проявляється варіабельністю клінічної симптоматики, і її розвиток багато в чому пов'язаний з наявністю в організмі вегетативної дисфункції (ВД) [4].

Вегетативну дисфункцію відносять до психосоматичних захворювань, які в класифікації МКХ-10 (або ICD-10-GM) називаються соматоформними і наводяться в окремій рубриці «F45.3. Соматоформна вегетативна дисфункція», що містять «невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади». Термін «соматоформний» замінив термін «психосоматичний», який застосовувався раніше. Далі в МКХ-10 класифікуються окремі розлади цієї групи, визначаючи орган або систему, що турбують пацієнта, як джерело симптомів: «F45.30 Серце і ССС; F45.31 Верхні відділи ШКТ; F45.32 Нижній відділ ШКТ; F45.33 Дихальна система; F45.34 Урогенітальна система; F45.38 Інші органи і системи; F45.9 Соматоформні розлади неспецифічного характеру («somatoform disorder, unspecified») [4].

Соматоформні розлади (СР) характеризуються постійними суб'єктивними фізичними

симптомами і скаргами, які не пояснюються жодними фізичними захворюваннями [5].

Коли соматичні скарги пов'язані з гострими психосоціальними стресорами, соматичні симптоми зникають відносно швидко в більшості випадків, як правило, без лікування. Однак у 20–25% випадків ці симптоми можуть повторюватися або мати хронічний перебіг. Фактори ризику виникнення хронічних множинних соматичних симптомів включають жорстоке поводження з дітьми та нехтування ними, дитячі хвороби та наявні психічні порушення [7].

Одним із варіантів прояву СР може бути соматоформний больовий розлад, який клінічно може проявлятися болем в одній або декількох анатомічних ділянках, і є достатньо неприємним для хворого. Больовий синдром може бути легким або виразним, тупим або різким, зазвичай без чіткої локалізації. Основними факторами його розвитку є наявна депресія або тривога [6].

Депресія — це психічний розлад, який може проявлятися різноманітними симптомами і досить часто супроводжується незрозумілими болісними фізичними відчуттями. Зазвичай такі хворі скаржаться лише на соматичні симптоми, в той час як пригнічений настрій не помічається і залишається поза увагою. Дані багатьох досліджень свідчать про високу

коморбідність депресії у пацієнтів з болем різної етіології [11].

З виходом DSM-5 діагностична категорія, раніше відома як СР, тепер отримала назву «розлад із соматичними симптомами» (somatic symptoms disorder — SSD), а соматоформний больовий розлад — «розлад із соматичними симптомами з переважанням болю» (somatic symptoms disorder with predominant pain — SSP) [10,12].

Біль — одна з найчастіших форм соматизації. Соматичний біль має тенденцію до епізодичного характеру і зазвичай нестійкий, а больовий СР, або SSP, може бути діагностованим лише тоді, коли він зберігається протягом шести і більше місяців [12].

Соматоформний недиференційований (неспецифічний) розлад діагностується у підлітків, коли незрозумілі фізичні симптоми тривають понад шість місяців і не відповідають критеріям жодного конкретного СР та не можуть бути пояснені органічним захворюванням. Психосоціальні чинники відіграють головну роль у виникненні, загостренні або підтримці цих розладів [8,13].

Функціональні соматичні симптоми досить часто асоційовані з емоційними порушеннями, такими як депресія і тривога, формуючи їхні клінічні «маски» і призводячи до неправильної діагностики основного захворювання та неефективного лікування.

Мета роботи: дослідити особливості клінічних проявів СР з боку кардіореспіраторної системи (КРС) та больових і неспецифічних СР (БНСР), а також зв'язок їх виникнення з афективними станами у дітей.

Матеріал і методи дослідження

Після підписання інформованої згоди батьків і дітей нами досліджено 48 дітей із СР з боку КРС та 41 дитину з БНСР, які знаходились на лікуванні у Хмельницькій обласній дитячій лікарні протягом 2014–2018 рр.

Середній вік дітей становив $14,1 \pm 4,72$ року ($M \pm p$); хлопців було 52,8% ($n=47$), дівчат — 47,2% ($n=42$). Відбір дітей і встановлення діагнозу СР проводили після загальноклінічного обстеження та згідно з критеріями СР за МКХ-10.

Для виявлення депресії та її клінічних симптомів у відібраній групі дітей з СР використовували запитальник дитячої депресії (Children's depression inventory — CDI) М. Kovacs (1992). Методика призначена для дослідження дітей 6–17 років. Загальний нормальний показник за CDI може варіювати від 0 до 54; 50 — це критичне значення, після якого глибина симптоматики зростає [9]. Наявність депресії діагностували за наявності Т-показника вище середнього (>55), в який переводили загальну суму балів за шкалою.

Для дослідження тривожності використовували тест-запитальник Спілберґера (State Trait Personal Inventory — STPI) у модифікації А.Д. Андреевой (1988). Мінімальна оцінка за шкалою — 10 балів, максимальна — 40 балів [2].

Дослідження було виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження був схвалений Локальним етичним комітетом для всіх учасників.

Статистичний аналіз проводили з використанням пакету програми Statistica 8.0.360 та Excel (2007). Кількісні ознаки наведені у вигляді $M \pm \sigma$. Достовірність оцінювали за допомогою t-критерію Стьюдента. Достовірними вважали значення при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення

Залежно від реакції серцево-судинної системи на стрес, за класифікацією В.Г. Майданника (2017) виділяють три типи СР: кардіальний, гіпотензивний, гіпертензивний [4]. У дослідження включено 48 підлітків із встановленими СР з боку КРС, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні ХОДЛ.

У табл. 1 наведено вікову та гендерну структуру дітей із СР з боку КРС. Як видно з табли-

Таблиця 1

Розподіл дітей із СР з боку КРС за віком, статтю і місцем проживання

Вік, років	Хлопці (n=28)				Дівчата (n=20)				Разом	
	село		місто		село		місто			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10–14	9	32,14	8	28,57	6	30	6	30	29	60,41*
15–18	9	32,14	2	7,14^	6	30	2	10**	19	39,58
Разом	18	64,28	10	35,71^	12	60	8	40**	48	100

Примітки: * — достовірна різниця між показниками дітей різних вікових груп; ** — достовірна різниця порівняно з показниками дівчат із сільської місцевості; ^ — достовірна різниця порівняно з показниками хлопців із сільської місцевості.

Таблиця 2

Клінічні прояви соматоформної вегетативної дисфункції у дітей підліткового віку з гіпертензивним типом СР

Клінічний симптом	Дівчата (n=5)		Хлопці (n=7)		Разом (n=12)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стомлюваність	3	60,0	5	71,4**	8	66,7*
Серцебиття	5	100,0	4	57,1^	9	75,0*
Головний біль	4	80,0	5	71,4**	9	75,0*
Підвищення АТ	5	100,0	7	100,0	12	100,0
Синкопе	2	40,0	4	57,1**	6	50,0*

Примітки: * – достовірна різниця порівняно з показниками дітей із підвищеним АТ; ^ – достовірна різниця порівняно з показниками дітей із підвищеним АТ; ** – достовірна різниця порівняно з показниками дівчат; ^ – достовірна різниця порівняно з показниками хлопців.

ці, підлітків чоловічої статі було достовірно більше – 28 (58,3%) осіб, аніж жіночої – 20 (41,7%) осіб ($p < 0,039$). З них у сільській місцевості проживали 30 (62,5%) дітей, у місті – 18 (37,5%) ($p < 0,01$).

У 10 (20,8%) дітей даної групи були скарги на напади серцебиття, біль у серці (66,7%), відчуття нестачі повітря (83,3%), частий (тахікардія) або уповільнений (брадикардія) пульс (100%), неритмічне серцебиття (надшлуночкова екстрасистоля) (33,3%), що, за класифікацією В.Г. Майданника (2017), відповідає кардіальному типу СР. На ЕКГ цих дітей патологічних відхилень практично не виявлено, лише у 4 (40,0%) дітей мало місце порушення реполяризації, у 2 (20,0%) дітей виявлено надшлуночкову екстрасистолю. На ЕхоКГ цих дітей не виявлено патологічних відхилень з боку серця.

У 6 (12,5%) дітей переважали скарги на підвищену стомлюваність, головний біль, особливо під час перебування в задушливому приміщенні та при голоді, загальну мерзлякуватість, підвищену пітливість кистей і стоп, схильність до непритомних станів, зниження артеріального тиску (АТ), зокрема систолічного нижче 100 мм рт. ст., що за класифікацією В.Г. Майданника відповідає гіпотензивному типу СР. Синкопальні стани мали місце у 4 (66,7%) дітей з гіпотензивним типом СР.

У п'ятох дітей даної групи виявлялась коморбідна патологія: у 2 (33,3%) осіб діагно-

стовано мігрень, у 3 (30,0%) – головний біль напруги.

Зниження АТ мало місце у всіх дітей з даним типом СР. Середній показник систолічного тиску становив $92 \pm 10,21$ мм рт. ст.

У 12 (25,0%) обстежених – у 5 (41,7%) дівчат і у 7 (58,3%) хлопців – основними скаргами були: транзиторне підвищення АТ, яке часто підліток не відчуває, тому виявляється часто випадково, головний біль, серцебиття, підвищена втомлюваність, що відповідає гіпертензивному типу СР.

У табл. 2 показано структуру і частоту скарг підлітків з гіпертензивним типом СР. Як видно з таблиці, найчастіше зустрічались скарги на транзиторне підвищення АТ – у 12 (100%) дітей, головний біль – у 9 (75%) та серцебиття – у 9 (75%) дітей. Однак серед осіб чоловічої статі переважали скарги на серцебиття та підвищення АТ (по 5 дітей – 100%), а також у 4 (80%) хлопців виявляли головний біль, тоді як у дівчат достовірно частіше зустрічались стомлюваність – у 5 (71,4%) осіб та синкопе – у 4 (57,1%) осіб ($p < 0,05$).

Середній рівень систолічного АТ становив $146 \pm 22,78$ мм рт. ст., середній рівень діастолічного тиску – $84 \pm 18,56$ мм рт. ст. Змін на очному дні в обстежених дітей не виявлено.

На ЕКГ мала місце тахікардія у 5 (41,6%) дітей, брадикардія – у 4 (33,3%), прискорення атріовентрикулярної провідності – у 4 (33,3%) та блокада ніжок пучка Гіса – у 3 (25%) дітей.

Таблиця 3

Оцінка вихідного вегетативного тону у дітей з СР з боку КРС

Варіант вегетативного тону	Хлопці (n=28)		Дівчата (n=20)		Разом (n=48)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Симпатикотонія	14	29,2	8	16,7**	22	45,8
Ейтонія	6	12,5	5	10,4	11	22,9*
Ваготонія	8	16,7	7	14,6	15	31,2

Примітка: * – достовірна різниця дітей з ейтонією порівняно з показниками дітей із симпатикотонією та ваготонією; ** – достовірна різниця порівняно з показниками хлопців.

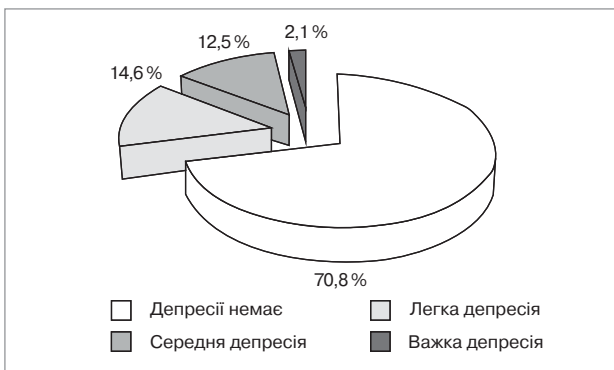


Рис.1. Загальна структура депресії у дітей з СР з боку КРС за даними запитальника CDI

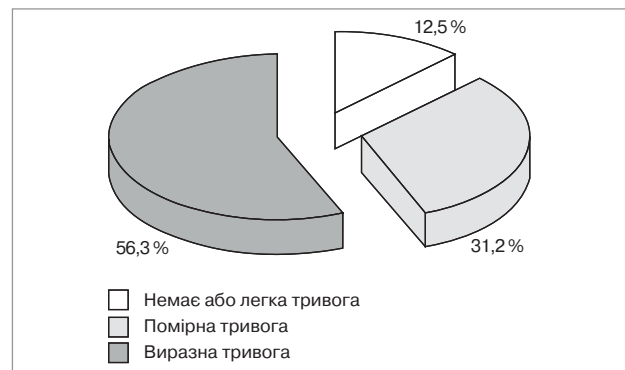


Рис. 2. Загальна структура тривоги у дітей з СР з боку КРС за даними запитальника Спілбергера

Крім того, у 18 (37,5%) випадках СР з боку КРС комбінувались з СР з боку інших систем. Так, у 9 (50,0%) дітей мали місце НСР у вигляді синдрому фіброміалгії (33,3%) і терморегуляторні порушення (16,7%) та у 9 (50%) дітей спостерігались СР з боку ШКТ — ФРБТ (27,8%) і GER (22,2%). У 4 (8,3%) обстежених дітей мало місце ожиріння і у 5 (10,4%) дітей — порушення постави (сколіоз).

У підлітків з СР з боку КРС проводилась оцінка вихідного вегетативного тону за допомогою модифікованої таблиці Вейна (2003) [1]. Як видно з табл. 3, у підлітків з гіпертонічним типом СР статистично значуще ($p < 0,01$) переважала симпатикотонія — у 45,82% дітей.

При дослідженні всієї когорти дітей ($n=48$) з СР з боку КРС у 14 (29,2%) з них виявлено депресивні порушення. Так, загальний бал Т-показника за запитальником CDI перевищував верхню межу в 56 балів, що дозволило діагностувати у них наявність депресії. Загальний бал Т-показника у цієї категорії дітей становив $65,5 \pm 7,6$ бала, що загалом відповідало депресивним порушенням середньої важкості. Із 14 дітей з наявною депресією у 7 (50,0%) констатували легкі депресивні порушення, депресію середньої важкості виявлено у 6 (42,8%) дітей і важку — у 1 (7,2%) дитини.

На рис.1 показана загальна структура депресії у дітей із СР з боку КРС. Наявність депресії у третини дітей з СР з боку КРС є досить суттєвим показником і потребує уваги, оскільки саме ці діти мають найбільший ризик розвитку суїцидальної поведінки.

Серед хворих на СР з боку КРС та депресією переважали дівчата — 8 (57,1%), хлопців було 6 (42,9%), співвідношення склало 1,3:1, що свідчить про більшу схильність осіб жіночої статі до розвитку депресивних порушень.

Загальний рівень депресивної симптоматики, хоча і недостовірно, за даними Т-показника запитальника у дівчат був вищим ($68,7 \pm 7,8$ бала) порівняно з хлопцями ($61,1 \pm 4,8$ бала), що також свідчить про більш виразні депресивні розлади в осіб жіночої статі.

У дітей з СР з боку КРС депресивна симптоматика, за даними шкали CDI, характеризувалась переважанням зниженого настрою — у 1 (7,1%), ангедонією — у 9 (64,3%) та наявністю обох симптомів — у 4 (28,6%) дітей.

Тривожність — індивідуальна психологічна особливість, яка полягає у підвищеній схильності відчувати занепокоєння у різних життєвих ситуаціях. Виділяють два види тривожності: ситуативна, або реактивна, і особистісна. Реактивна тривожність — це показник інтенсивності переживань, які виникають по відношенню до типових подій. Особистісна тривожність — це стійкий стан. Вона характеризує схильність людини сприймати велике коло ситуацій як загрозові, реагувати на такі ситуації станом тривоги [3].

За даними запитальника, серед 48 дітей у 6 (12,5%) випадках констатували відсутність особистісних тривожних порушень та у 42 (87,5%) дітей клінічно виражену особистісну тривожність. Помірну тривогу виявлено у 15 (31,2%) дітей і важку тривогу — у 27 (56,3%) дітей (рис. 2).

Отже, у більшості хворих на СР відмічаються значні тривожні порушення, які можуть бути як чинником схильності до розвитку СР, так і ключовою причиною їх виникнення.

Середній бал особистісної тривожності у всіх дітей з тривожними порушеннями, за даними запитальника, становив $25,3 \pm 3,2$ бала. Це свідчило про середній фон виразності тривожних порушень у дітей з СР, що є досить

Таблиця 4

Вік, стать та місце проживання дітей з БНСР

Місце проживання	Хлопці (n=19)				Дівчата (n=22)				Разом	
	10–14 років		15–18 років		10–14 років		15–18 років		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Місто	8	19,5*	2	4,9**	7	17,1•	5	12,2	22	53,7
Село	5	12,2^**	4	9,7^**	3	7,3•^	7	17,1^	19	46,3^
Разом	13	31,7*,**	6	14,6**	10	24,4•	12	29,3	41	100

Примітки: * – достовірна різниця між показниками дітей різних вікових груп; • – достовірна різниця між показниками дітей різних вікових груп; ** – достовірна різниця у порівнянні з показниками дівчат і хлопців; ^ – достовірна різниця у порівнянні з показниками дітей за місцем проживання.

суттєвим і потребує відповідної уваги, оскільки саме вони мають найбільший ризик розвитку в майбутньому СР та інших патологій тривожного спектра.

У 11 (26,2%) дітей з виразними тривожними порушеннями виявляли поєднання особистісної тривожності з депресією у вигляді змішаних тривожно-депресивних станів.

Серед хворих на особистісні тривожні порушення відмічалось значне переважання хлопців над дівчатами – 26 (61,9%) і 16 (38,1%) відповідно, їх співвідношення складало 1,6:1.

За даними запитальника, у 10 (20,8%) із 48 дітей констатували відсутність реактивних тривожних порушень та у 38 (79,1%) дітей клінічно виражену реактивну тривогу. Помірну реактивну тривожність виявлено у 26 (54,1%) дітей і важку тривогу – у 12 (25,1%) дітей. Середній бал реактивної тривожності у всіх дітей, за даними запитальника, становив $24,9 \pm 4,1$ бала, що свідчило про середній фон виразності реактивної тривоги у дітей з СР і вказувало на ступінь інтенсивності переживань, які можуть виникати як реакція на різноманітні життєві події. Серед хворих на реактивні тривожні порушення, як і на особистісні тривожні порушення, також відмічалось пере-

важання хлопців над дівчатами – 23 (60,5%) і 15 (39,5%) відповідно, їх співвідношення складало 1,5:1.

Клінічні прояви БНСР в обстежених нами дітей проявлялись: головними болями, обумовленими порушенням церебрального кровотоку і недостатністю тонуусу вен, проявами астеничного синдрому зі зниженням працездатності, метеочутливості, порушенням концентрації уваги, порушенням терморегуляції, синдромом фіброміалгії, артралгіями, неспецифічним болем у спині.

У табл. 4 показано вікову і гендерну структуру обстежених дітей підліткового віку з БНСР та місце їх проживання. Як видно з таблиці, у даній групі переважали діти раннього підліткового віку – 23 (56,1%), більшість з яких мешкали у міській місцевості – 22 (53,7%). Серед обстежених дітей переважали дівчата – 22 (53,7%).

У підлітків БНСР найчастіше мав наступні клінічні прояви: неспецифічний стійкий больовий синдром – у 34 (82,9%) дітей, цефалгічний синдром – у 32 (78,1%) дітей, поліартралгії – у 4 (9,8%) дітей, синдром фіброміалгії – у 3 (7,3%) дітей, неспецифічний біль у спині – у 5 (12,2%) осіб; а також порушенням функції терморегуляції – у 18 (43,9%) дітей та виразним астеничним синдромом і хронічною втомою – у 14 (34,2%) дітей (рис. 3). У кожній четвертій дитині мало місце поєднання симптомів.

Порушення функції терморегуляції проявлялися тривалим денним субфебрилітетом, коли температура тіла підвищувалась до $37-37,7^{\circ}\text{C}$ (62,5%), та тривалою лихоманкою, коли температура тіла сягала $38-40^{\circ}\text{C}$ (37,5%). Порушення терморегуляції проявлялось нормалізацією температури тіла під час глибокого сну дитини та при пробудженні і поступовим зростанням її в період активності, переважно в другій половині дня, після школи. Прояви денного субфебрилітету супроводжувались у більшості дітей відчуттям загальної слабко-

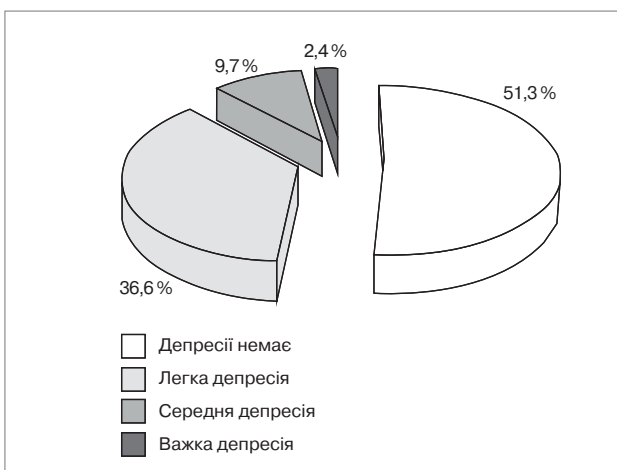


Рис. 3. Загальна структура депресії у дітей з БНСР за даними запитальника CDI

сті, «важкості в голові», зниженої працездатності, бажанням відпочити (75,0%). У 62,5% випадків терморегуляторні порушення поєднувалися з головним болем.

При дослідженні всієї когорти дітей (n=41) з БНСР на наявність афективних розладів у 20 (48,8%) дітей була діагностована депресія. Загальний бал Т-показника у цієї категорії дітей становив $62,5 \pm 6,5$ бала, що загалом відповідало легким депресивним порушенням.

Серед 20 дітей з депресією у 15 (75,0%) констатували наявність легких депресивних порушень, депресією середньої важкості виявлено у 4 (20,0%) дітей і важку депресію — у 1 (10,0%) дитини.

На рис. 3 показана загальна структура депресивних порушень у дітей з БНСР. Серед хворих на БНСР в асоціації з депресією переважали дівчата над хлопцями — 12 (60,0%) і 8 (40,0%) відповідно, співвідношення склало 1,5:1, що свідчило про більшу схильність осіб жіночої статі до розвитку депресивних порушень.

Загальний рівень депресивної симптоматики, за даними Т-показника запитальника, у дівчат становив ($62,2 \pm 7,1$ бала), у хлопців — ($62,8 \pm 5,9$ бала), тобто майже не відрізнявся.

У дітей з БНСР депресивна симптоматика, за даними шкали CDI, характеризувалась переважанням зниженого настрою у 1 (5,0%) дитини, ангедонією — у 13 (65,0%) дітей та наявністю обох симптомів — у 6 (30,0%) дітей.

За даними запитальника Спілберґера у 2 (4,9%) випадках констатували відсутність особистісних тривожних порушень. У 39 (95,1%) дітей БНСР асоціювався з клінічно вираженою особистісною тривожністю, помірну особистісну тривожність виявлено у 14 (34,1%) і важку — у 25 (60,9%) дітей (рис. 4).

Середній бал особистісної тривожності у всіх дітей з тривожними порушеннями, за даними запитальника, склав $25,8 \pm 3,8$ бала, що свідчило про виразний фон тривожних порушень у дітей з БНСР. У 14 (35,9%) дітей з виразними тривожними порушеннями виявлено поєднання особистісної тривожності з депресією у вигляді змішаних тривожно-депресивних станів.

Серед хворих на особистісні тривожні порушення відмічалось незначне переважання дівчат над хлопцями — 21 (53,8%) і 18 (46,2%) відповідно, їх співвідношення склало 1,2:1.

За даними запитальника, із 41 дитини у 5 (12,2%) випадках констатували відсутність

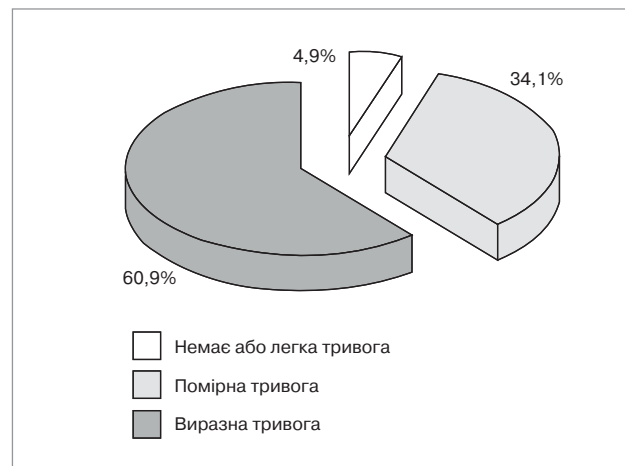


Рис. 4. Загальна структура особистісної тривожності у дітей з БНСР з боку БНСР за даними запитальника Спілберґера

реактивних тривожних порушень та у 36 (87,8%) дітей клінічно виражену реактивну тривожність. Помірну реактивну тривожність виявлено у 18 (43,9%) дітей і важку тривожність — у 18 (43,9%) дітей. Середній бал реактивної тривожності у всіх дітей, за даними запитальника, становив $26,4 \pm 4,5$ бала, що свідчило про виразний фон реактивної тривоги у дітей з БНСР і вказувало на значний ступінь інтенсивності переживань при різноманітних життєвих подіях. Серед хворих на реактивні тривожні порушення також відмічалось незначне переважання дівчат над хлопцями — 19 (52,7%) і 17 (47,3%) відповідно, їх співвідношення склало 1,1:1.

Висновки

1. Соматоформні розлади з боку КРС найчастіше виявлялись у хлопців (58,3%) ($p < 0,039$), переважно мешканців сільської місцевості (62,5%) ($p < 0,01$). Найчастіше СР з боку КРС у хлопців проявлялись транзиторним підвищенням АТ (100%), головним болем (75%) та серцебиттям з переважанням тахікардії (75%), тоді як у дівчат достовірно частіше спостерігались стомлюваність (71,4%) та гіпотензія із синкопальними станами (57,1%) ($p < 0,05$).

2. Больові та неспецифічні СР переважно мали діти раннього підліткового віку — 23 (56,1%), які найчастіше проявлялись неспецифічними стійкими больовими синдромами (82,9%) (головним болем, артралгіями, синдромом фіброміалгії, болем у спині тощо), друге рангове місце посіли терморегуляторні порушення (43,9%), третє — астеничний синдром (34,2%).

3. Депресивні порушення, які виявлялись у 29,2% хворих на СР з боку КРС та у 48,8%

хворих на БНСР, а також тривожні розлади, які виявлялись у 87,5% дітей із на СР з боку КРС та у 95,1% дітей з БНСР, можуть бути одним з ключових чинників виникнення СР у дітей і проявляться різноманітними соматичними масками, ускладнюючи діагностику, перебіг захворювання та ефективність лікування.

4. У дітей із СР, як з боку КРС, так і з БНСР, відмічалось незначне переважає наявності тривожних і депресивних порушень в осіб жіночої статі. Отже жіночу стать можна вважати одним з основних чинників ризику розвитку СР та емоційних порушень у дітей.

5. Найбільш частим проявом депресії у хворих на СР з боку КРС та БНСР була ангедонія (64,3% та 65,0% відповідно). На другому місці було поєднання ангедонії зі зниженим настроєм (28,6% та 30,0% відповідно). Рідше

ключовим симптомом депресії був знижений настрій (7,1% та 5,0% відповідно). Однак у більшості дітей ключовими скаргами виступають соматичні прояви, які можуть приховувати тривалі емоційні порушення, формуючи різноманітні маски депресії, знижуючи ефективність їх лікування.

Перспективи подальших досліджень. Не виключено, що СР може маскувати прояви депресивного епізоду і бути вторинним по відношенню до депресії або бути її соматичним проявом. Водночас депресивні порушення можуть виникати як коморбідний розлад при СР і ускладнювати його перебіг, що потребує подальших досліджень та вдосконалення клінічної і лабораторної діагностики цих порушень.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Vejn AM. (2003). Vegetativny'e rasstrojstva: klinika, diagnostika, lechenie. Moscow: MIA: 752 [Вейн АМ. (2003). Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. Москва: МИА: 752].
2. Dermanova IB. (2002). Oprosnik issledovaniya trevozhnosti u starshih podrostkov i yunoshey (C.D. Spilberger, adaptaciya A.D. Andreeva). Diagnostika emocional'no-nravstvennogo razvitiya. Saint Petersburg: 75–80. [Дерманова ИБ. (2002). Опросник исследования тревожности у старших подростков и юношей (Ч.Д. Спилбергер, адаптация А.Д. Андреева). Диагностика эмоционально-нравственного развития: СПб: 75–80].
3. Iskakova UB, Abisheva ZS, Zhurunova MS, Zhetpisbayeva GD, Ismagulova TM. (2016). Situational anxiety and psycho-emotional state of the students during the boundary control. International journal of applied and fundamental research. 11: 900–902 [Искакова УБ, Абишева ЗС, Журунова МС, Жетписбаева ГД, Исмагулова ТМ. (2016). Ситуативная тревожность и психо-эмоциональное состояние студентов во время рубежного контроля. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 11: 900–902].
4. Maidannik VH, Mitiurajeva-Korniiko IO, Kukhta NM, Hnyloskurenko NV. (2017). Vebetativni dysfunktsii u ditei. Paroksyzmalna vebetativna nedostatnist. Kyiv: Lohos: 300 [Майданник ВГ, Мітюряєва-Корнійко ІО, Кухта НМ, Гнилокурченко ГВ. (2017). Вегетативні дисфункції у дітей. Пароксизмальна вегетативна недостатність. Київ: Логос: 300].
5. Agarwal V, Srivastava C, Sitholey P. (2019). Clinical practice guidelines for the management of somatoform disorders in children and adolescents. Indian J Psychiatry. 61(2): 241–246.
6. Chhabria A. (2015). Psychogenic Pain Disorder — Differential Diagnosis and Treatment. J Assoc Physicians India. 63(2): 36–40.
7. Croicu C, Chwastiak L, Katon W. (2014). Approach to the Patient with Multiple Somatic Symptoms. Med Clin N Am. 98(5): 1079–1095.
8. Hauser W, Henningsen P. (2014). Fibromyalgia syndrome: A somatoform disorder? Eur J Pain. 18(8): 1052–9.
9. Kovacs M. (1992). The Children's Depression Inventory. Toronto. ON: Multi-Health Systems Inc.
10. Kurlansik SL, Maffel MS. (2015). Somatic Symptom Disorder. Am Fam Physician. 93(1): 49–54.
11. Rijavec N, Grubic VN. (2018). Depression and pain: often together but still a clinical challenge — a review. 24;4: 346–352.
12. Rossi M, Bruno G, Chiusalupi M, Ciaramella A. (2018). Relationship between Pain, Somatisation, and Emotional Awareness in Primary School Children. Pain Res Treat. 12;2018: 4316234.
13. Silber TJ. (2011). Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. Pediatrics in Review. 32: 56–64.

Відомості про авторів:

Лисиця Юлія Миколаївна — асистент каф. пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми ФПО Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова.

Адреса: м. Хмельницький, вул. Кам'янецька, 94; тел. (0382) 382-2-10-37. <https://orcid.org/0000-0003-0248-0338>

Піпа Лариса Володимирівна — д.мед.н., проф., зав. каф. педіатрії, акушерства і гінекології ФПО Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова.

Адреса: м. Хмельницький, вул. Кам'янецька, 94; тел. (0382) 382-2-10-37. <https://orcid.org/0000-0002-4448-5308>

Свістільник Руслан Вікторович — к.мед.н., доц. каф. неврології та нейрохірургії ФПО Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова.

Адреса: 29001, м. Хмельницький, вул. Водопровідна, 8/1; тел. (0382) 382-65-02-28. <https://orcid.org/0000-0002-9378-7388>

Одарчук Ірина Володимирівна — к.мед.н., асистент каф. педіатрії, акушерства і гінекології ФПО Вінницького НМУ імені М.І. Пирогова.

Адреса: м. Хмельницький, вул. Кам'янецька, 94; тел. (0382) 382-2-10-37. <https://orcid.org/0000-0002-6484-1525>

Стаття надійшла до редакції 30.08.2019 р., прийнята до друку 04.12.2019 р.