Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

УДК 616.89-008.44-053.6

Л.В. Пипа[1], Р.В. Свістільник[1], Л.В. Дудікова[1], Ю.М. Лисиця[1], В.І. Руда[1], А.В. Філик[1], М.В. Невоя[2]

Частота розвитку емоційних порушень у дітей шкільного віку з різноманітними соматоформними розладами

[1]Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

[2]ТОВ «Красилівський медичний центр «Агапіт», Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2024). 8(144): 72-79; doi 10.15574/SP.2024.8(144).7279

For citation: Pypa LV, Svistilnik RV, Dudikova LV, Lysytsia YuM, Ruda VI, Filik AV, Nevoia MV. (2024). Frequency of development of emotional disturbances in school-aged children with various somatoform disorders. Modern Pediatrics. Ukraine. 8(144): 72-79. doi: 10.15574/SP.2024.8(144).7279.

Проблема діагностування та лікування соматизованої вегетативної дисфункції в дітей останніми роками набула надзвичайно важливого значення у зв'язку зі значним рівнем поширеності, схильністю до циклічного, тривалого перебігу.

Мета – дослідити частоту розвитку афективних станів у дітей із різноманітними соматоформними розладами залежно від віку, статі та місця навчання.

Матеріали та методи. Обстежено 380 дітей шкільного віку, із них молодшого шкільного (6–9 років) – 11,8%, молодшого (10–14 років) – 54,7%, пізнього підліткового віку (15–18 років) – 33,5%. Особистісну тривожність досліджено за допомогою методики Спілберга–Ханіна, спектр депресивних розладів – за допомогою опитувальника дитячої депресії M. Kovacs (1992). Вірогідність відмінностей оцінено за допомогою двовибіркового t-критерію Стьюдента. Вірогідними прийнято значення $p<0,05$.

Результати. Особистісну тривожність виявили у 100% дітей із кардіо-респіраторними соматоформними розладами та больовими і неспецифічними соматоформними розладами (БНСР), дещо рідше – у дітей із захворюваннями сечовидільної системи (СВС) (82,8%) і функціональними гастроінтестинальними розладами (ФГІР) (81,1%). Депресію найчастіше діагностували в дітей із БНСР (55,2%), у дітей із респіраторними соматоформними розладами (РСР) (53,6%), рідше – у дітей із соматоформними розладами серцево-судинної системи (27,7%).

Висновки. У дітей шкільного віку найчастіше виявляли ФГІР (37,6%) і кардіо-респіраторні (31,8%), рідше – соматоформні розлади з боку СВС і БНСР (по 15,3%). У переважній більшості дітей соматоформні розлади асоціювалися з афективними станами. Тривожність різного ступеня тяжкості з однаковою частотою відзначали в осіб різної статі, тоді як депресивні розлади вірогідно частіше виявляли в дівчат і дітей молодшого підліткового віку (10-14 років).

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження погоджено етичним комітетом для всіх учасників. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, соматоформні розлади, афективні стани, вік, стать.

Frequency of development of emotional disturbances in school-aged children with various somatoform disorders

L.V. Pypa[1], R.V. Svistilnik[1], L.V. Dudikova[1], Yu.M. Lysytsia[1], V.I. Ruda[1], A.V. Filik[1], M.V. Nevoia[2]

[1]National Pyrogov Memorial Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, Ukraine

[2]Limited Liability Company «Krasiliv Medical Center «Agapit», Ukraine

In recent years, the problem of diagnosis and treatment of somatized autonomic dysfunction in children has become extremely important due to its high prevalence and propensity for a cyclical, long-term course.

Aim – to investigate the frequency of the development of affective states in children with various somatoform disorders depending on the age, gender of the children, and their place of study.

Materials and methods. 380 school-age children were examined, of which 11.8% were of primary school age (6–9 years), 54.7% of early adolescence (10–14 years) and late (15–18 years) adolescence age – 33.5%. Personal anxiety was studied using the Spielberg–Khanin method, and the spectrum of depressive disorders using the M. Kovacs (1992) childhood depression questionnaire. The probability of differences was assessed using the Student's two-sample t-test. Values were considered probable $p<0.05$.

Results. Personal anxiety was found in all children (100%) with cardio-respiratory and pain and non-specific somatoform disorders, somewhat less often in children with somatoform disorders from urinary system (82.8%) and functional gastrointestinal disorders disorders (81.1%). Depression was most often diagnosed in children with pain and non-specific somatoform disorders (55.2%) and in children with respiratory somatoform disorders (53.6%). It is much less common from the side of the cardiovascular system (27.7%).

Conclusions. Functional gastrointestinal disorders (37.6%) and cardio-respiratory disorders (31.8%) are the most common in school-age children; somewhat less frequently, somatoform disorders from the urinary system (15.3%) and painful and non-specific disorders were found among the examined children. somatoform disorders (15.3%). In the vast majority of children, somatoform disorders were associated with affective states. Anxiety of varying degrees of severity occurred with the same frequency in individuals of different sexes, while depressive disorders were significantly more common in girls and in children of younger adolescence (10–14 years).

The research was conducted in accordance with the principles of the Declaration of the Helsinki. The research protocol was approved by the ethics committee for all participants. Parents' informed consent was obtained for the research.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: children, somatoform disorders, affective states, age, gender.

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

Вступ

Емоції дитини відображають актуальний психоемоційний стан, який, своєю чергою, впливає на різні види діяльності та якість життя. Вони реалізуються в психічному розвитку, зокрема, регулюють поведінку, беруть участь в оволодінні дитиною засобами та способами взаємодії з однолітками й дорослими, процесах соціалізації й адаптації. Також є ланцюжком між внутрішнім станом і зовнішніми проявами соціально-психічного благополуччя, індикатором психологічного комфорту [5,8].

Для психічного здоров'я дитині, як і дорослій людині, потрібна збалансованість емоцій. Порушення емоційного балансу, тривале переважання негативних емоційних станів спричиняють виникнення афективних розладів, відхилень у розвитку особистості дитини, порушень соціальних контактів. Психотравмувальні події навантажують психічні, фізіологічні та адаптаційні можливості дитини і можуть спричиняти серйозні наслідки для психічного здоров'я та розвитку і реалізації особистості загалом [4,5,19].

Емоційні порушення – це негативні стани на тлі складно вирішуваних особистісних конфліктів, які обумовлюються трьома групами чинників, що призводять до виникнення емоційних порушень, зокрема, біологічними, психологічними і соціально-психологічними [7].

Схильність до емоційних розладів певною мірою обумовлена впливом генетичних чинників, проте значну роль відіграють також і умови середовища, у яких зростає дитина. До стресогенних впливів навколишнього середовища можна віднести жорсткі обмеження дій дитини дорослими, гіперопіку, неуспішність діяльності, невміння налагодити стосунки з однолітками [16,17].

Не розв'язані своєчасно психологічні проблеми несуть загрозу соматичному здоров'ю, тому необхідною є діагностування функціонального стану органів і систем. Останнє визначається за частотою серцевих скорочень і дихання, рівнем артеріального тиску. Важливим складником стану соматичного здоров'я дитини визначається ступінь резистентності організму до несприятливих впливів [3,10].

В Україні на сьогодні ситуація погіршена у зв'язку з бойовими діями. Україна посідає 9-те місце у світі за кількістю внутрішньо переміщених осіб. Внутрішні міграції суттєво впливають на психічний стан здоров'я населення, особливо дітей [14,18].

В.Г. Майданник і співавт. (2017) вказують, що в дітей вегетативна дисфункція (ВД) займає 20% усієї патології і є найпоширенішим станом серед підлітків. Частота її в популяції, за даними різних авторів, коливається від 54,6% до 72,6%, а серед дівчаток – від 62,4% до 78,2%. Рівень поширеності ВД становить 20-82% усіх захворювань дитячого віку [13].

Проблема діагностування і лікування ВД у дітей останніми роками набула надзвичайно важливого значення у зв'язку з великим рівнем поширеності, схильності до циклічного, тривалого перебігу. ВД вважається одним із найактуальніших проблем сучасної реабілітаційної медицини в дитячому і юнацькому віці, оскільки часто асоціюється з афективними станами, зокрема, з тривожністю і депресією, часто «соматичні» скарги маскують депресивний розлад у дитини. Несвоєчасне розпізнавання депресивного розладу в підлітковому віці може призводити до суїциду [1,6,9,15].

Мета дослідження – проаналізувати частоту розвитку афективних станів у дітей із різноманітними соматоформними (психосоматичними) розладами залежно від віку, статі, місця навчання дітей для визначення чинників ризику і в подальшому заходів їхньої профілактики.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 380 дітей шкільного віку зі встановленими соматоформними розладами, яких лікували в дитячих медичних закладах Хмельницької області. Середній вік дітей становив 12,9±3,2 року. Серед обстежених дітей було 220 дівчат і 160 хлопчиків. Розподіл дітей за віком, статтю і місцем проживання наведено в таблиці 1.

Тривожність у дітей досліджено за допомогою опитувальника Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна. Він дає змогу виявити рівень пізнавальної активності, тривожності і гніву. Особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, що відображає схильність суб'єкта сприймати ситуацію як загрозливу, відповідаючи на неї певною реакцією, характерною для цієї особистості. Опитувальник поділяється на дві частини: перша частина (20 питань) оцінює реактивну тривожність, друга частина (20–40 тверджень) – особистісну тривожність. У нормі по-

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

Таблиця 1

Розподіл дітей за віком, статтю і місцем проживання

Вік, роки	Хлопчики, n=160				Дівчата, n=220				Усього	
	село		місто		село		місто			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6–9 (молодший шкільний)	18	4,7**	14	3,7**	7	1,8**	6	1,6**	45	11,8**
10–14 (молодший підлітковий)	47	12,4	37	9,7	52	13,7	72**	18,9	208	54,7
15–18 (пізній підлітковий)	19	5,1	22	5,8	43	11,3	43	11,3**	127	33,5
Усього	84	22,2	73	19,2	102	26,8	121*	31,8	380	100

Примітки: * – вірогідна різниця порівняно з показниками хлопчиків і дівчаток, p<0,05; ** – вірогідна різниця порівняно з показниками дітей раннього підліткового і молодшого шкільного віку, p<0,05.

Таблиця 2

Вікова і гендерна структура дітей залежно від соматоформного розладу

Соматоформні розлади	Стать				Усього	
	хлопці		дівчата			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
СВС, n=58	23	6,1	35	9,2	58	15,3
ССС, n=65	36	9,5	29	7,6	65	17,1
ФГІР, n=143	45	11,8	98	25,8	143**	37,6
БНСР, n=58	27	7,1	31	8,2	58	15,3
РСР, n=56	25	6,6	31	8,2	56	14,7
Усього, n=380	154	40,5	226	59,5*	380	100

Примітки: * – вірогідність різниці між хлопчиками і дівчатами із соматоформними розладами (p<0,05); ** – вірогідність різниці кількості дітей із ФГІР (143 дитини) та із соматоформними розладами з боку СВС, РСР, БНСР (p<0,05).

казники знаходяться в межах 30 балів. Помірно підвищеною вважають тривожність за 31–45 балів, високий рівень тривожності – за 46 балів і вище.

Депресивні розлади в дітей діагностовано за опитувальником Maria Kovacs (1992), який дає змогу визначати кількісні показники спектра депресивних симптомів – зниженого настрою, гедоністичної здібності, вегетативних функцій, самооцінки, міжособистісної поведінки. Тест являє собою самооціночну шкалу з 27 пунктів для дітей і підлітків віком 7–17 років. Кожний пункт містить три варіанти, відповідно кодовані як 0, 1, 2, де показники прямо пропорційні глибині депресії. Дитина обирає одне з трьох значень за кожним пунктом шкали, які відповідають показникам протягом останніх двох тижнів. Опитувальник легко заповнювати й обраховувати. Щоб отримати загальний сумарний показник, усі шкали складаються разом. Потім за допомогою спеціальної таблиці показники конвертують у Т-показник, відповідно до віку і статі (табл. 1). Загальний показник CDI може коливатися в межах від 0 до 54, де 50 – це критичне значення, після якого глибина симптоматики наростає. Для статистичної значущості отриманих даних застосовано t-критерій Стьюдента [11,16]. Значення p<0,05 визнано статистично значущим.

Під час дослідження дотримано вимог Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1994, 2000, 2008) і погоджено Комітетом із біоетики Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (протокол № 1 від 2 січня 2020 року), а також після отримання інформованої згоди батьків на обстеження їхніх дітей.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених дітей переважали діти віком 10–14 років (молодший підлітковий вік). Їх було в 3,5 раза більше, ніж дітей молодшого шкільного віку (6–9 років) (p<0,05). Вірогідної різниці щодо місця навчання і проживання обстежених школярів і гендерної різниці не виявили. У таблиці 2 наведено структуру обстежених дітей залежно від соматоформного вегетативного розладу.

Соматизація емоційних порушень у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду наведена в рубриці F45.3, де класифікуються окремі розлади, у т.ч. орган або система, а також сомато-

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

формні розлади больові і неспецифічного характеру [11,12].

Серед обстежених дітей Хмельниччини із соматоформними розладами перше рангове місце посіли функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР), рідше – больові і неспецифічні соматоформні розлади (БНСР) (рис. 1).

Водночас, за даними А.В. Кабанцевої і співавт. (2020), емоційні порушення в дітей унаслідок стресового навантаження в соматичній сфері розподілилися таким чином: перше рангове місце посіли порушення серцево-судинної системи (ССС) – 42,3%, друге місце – розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – 22,5%, третє – порушення в кістково-м'язовій системі (фіброміалгії, артралгії) – 19,3% [5].

За допомогою анамнезу, результатів анкетування та шкал виявили тригерні чинники, які, вірогідно, призвели до розвитку соматоформних розладів: перше рангове місце посіли різноманітні перенесені або існуючі страхи (62,3%), друге (особливо в дітей пізнього підліткового віку) – розумова перевтома внаслідок післяшкільних занять із репетиторами, у спортивних секціях і, як наслідок, пізнє виконання домашнього завдання та пізнє засинання (55,8%), що перекликається з даними Ю.М. Лисиці (2019) [10]. Рідше тригерними чинниками були шкільний і позашкільний булінг, сімейна депривація, органічні захворювання (24,7%).

Серед дітей перше рангове місце посіли діти з ФГІР (143 дитини, що становило 37,6% від усієї когорти дітей), які проявлялися синдромом подразненого кишечника – 34 (23,8%) дитини, функціональною диспепсією – 78 (54,5%) осіб, функціональним абдомінальним болем – 12 (8,4%) досліджуваних, функціональним закрепом – 8 (5,6%) осіб, функціональною діареєю – 6 (4,2%) дітей, функціональною нудотою і блюванням – 5 (3,2%) дітей. Діагностували ФГІР за Римськими критеріями IV і після заперечення органічних хвороб ШКТ [10,12].

У дітей із ФГІР досліджували частоту їхньої асоціації з афективними розладами. Так, помірну тривожність виявили в 66 (56,9%) дітей, тяжку – у 45 (38,8%), легку – у 5 (4,3%) осіб.

Серед дітей, у яких ФГІР асоціювалися з вираженою тривожністю, в 1,9 раза переважали дівчатка ($p<0,05$) і діти пізнього підліткового віку (у 3,4 раза; $p<0,01$).

З аналізу результатів дитячого опитувальника Maria Kovacs депресію виявили в 58 (40,6%) дітей із ФГІР. Депресивний розлад діагностували у випадку, коли загальний бал Т-показника опитувальника був ⩾50. Серед них у 39 (67,2%) дітей середній бал Т становив 69,1±10,3, що відповідало депресивним розладам середньої тяжкості, у 15 (25,9%) дітей відзначили депресивні розлади тяжкого ступеня, а в 4 (6,9%) дітей – легкого ступеня тяжкості, із переважанням у 2,8 раза в дівчат порівняно з хлопчиками (78,1%; $p<0,01$), у дітей молодшого підліткового віку (55,8%) порівняно з іншими віковими категоріями дітей із ФГІР, у дітей із функціональним закрепом і синдромом подразненого кишечника (100%; $p<0,01$) порівняно з іншими клінічними формами ФГІР. У 31 (21,7%) дитини з ФГІР виявили поєднання тривожності і депресії. На рисунку 2 відображено ступені тяжкості афективних розладів у дітей із ФГІР.

Спектр депресивних розладів був різним, але найчастіше виявляли стійко поганий настрій – в 11 (19,0%) випадках, ангедонію – у 19 (32,8%), їх поєднання – у 14 (24,1%), виражену астенію –

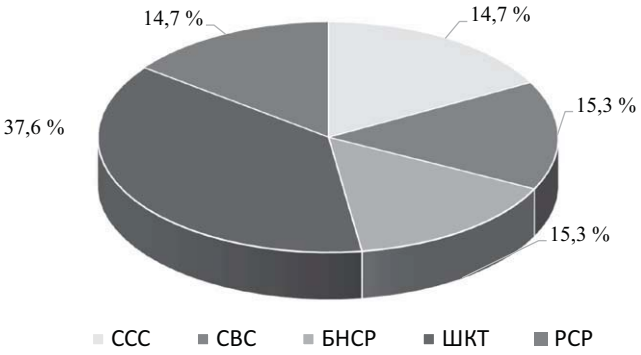

Рис. 1. Структура соматоформних розладів у дітей шкільного віку

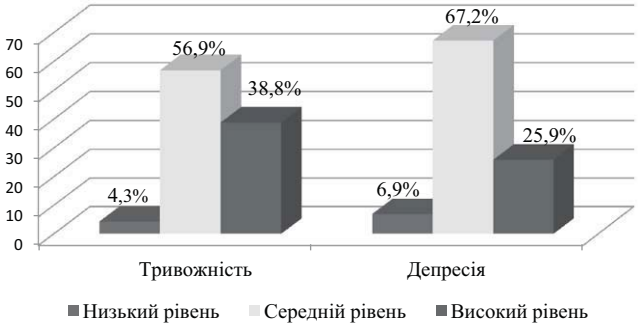

Рис. 2. Ступені тяжкості тривожності (у 116 дітей із функціональними гастроінтестинальними розладами) і депресії (у 58 дітей із функціональними гастроінтестинальними розладами), за даними опитувальника Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна та шкали депресії Maria Kovacs (%)

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

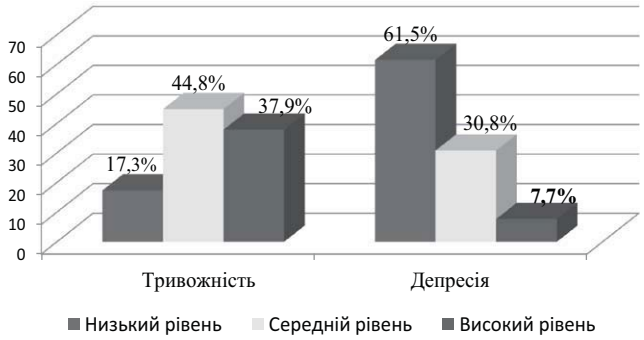

Рис. 3. Ступені тяжкості тривожності та депресії в дітей із соматоформними розладами сечовидільної системи, за даними опитувальника Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна та шкали депресії Maria Kovacs (%)

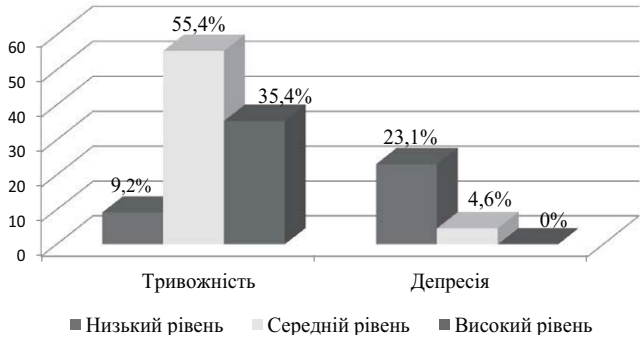

Рис. 4. Ступені тяжкості тривожності і депресії в дітей із соматоформними розладами серцево-судинної системи, за даними опитувальника Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна та шкали депресії Maria Kovacs (%)

у 8 (13,8%), відчуття одинокості – у 6 (10,3%) випадках.

Отже, у дітей із ФГІР у 116 (81,1%) випадках відзначили тривожність різного ступеня тяжкості, майже в кожного третього – тяжкий ступінь депресії, у 31 (21,7%) дитини – поєднання цих розладів.

Тривале порушення сечовипускання, зокрема, нейрогенна дисфункція сечового міхура, у 80% випадків призводять до розвитку в майбутньому органічних хвороб сечовидільної системи (СВС) [2].

В обстежених дітей із соматоформними розладами з боку СВС (58 дітей) енурез виявили у 27 (46,6%) випадках, гіперрефлекторну форму нейрогенних розладів сечового міхура – у 19 (32,7%), гіпорефлекторну форму – у 12 (20,7%) випадках. Серед обстежених дітей у 2,2 раза частіше траплялися дівчатка ($p<0,05$) і в 3,6 раза – діти молодшого підліткового віку ($p<0,01$).

У дослідженні емоційного стану дітей із соматоформними розладами СВС встановили помірну особистісну тривожність у 26 (44,8%) дітей, тяжкого ступеня – у 22 (37,9%) дітей, депресивні розлади різного ступеня тяжкості – у 26 (44,8%) дітей, тобто навіть частіше, ніж у дітей із ФГІР. Серед них переважали прояви депресії легкого (у 16 дітей, що становило 61,5%) і середнього ступеня тяжкості (у 8 дітей, що становило 30,8%) і, на відміну від дітей із ФГІР, тяжку соматизовану депресію відзначали в поодиноких випадках (у 2 дітей, що становило 7,7%), що наведено на рисунку 3. У цій когорті дітей депресивні розлади в 2,1 раза частіше спостерігали в дітей молодшого підліткового віку та в осіб чоловічої статі (у 3,4 раза; $p<0,05$).

Отже, асоціацію тривожності з соматоформними розладами СВС виявили в 48 (82,8%) дітей, депресивні розлади – у 26 (44,8%) дітей. У 23 (39,7%) дітей відзначили поєднання вираженої тривожності і депресії.

Кардіо-респіраторні соматоформні розлади (КРСР) виявили у 121, що становило 31,8% усієї когорти обстежених дітей. Серед них у 65 (53,7%) дітей відзначили соматоформні вегетативні розлади з боку ССС, у 56 (46,3%) дітей – респіраторні соматоформні розлади (РСР). У дітей із КРСР із вірогідним значенням переважали хлопчики (в 3,8 раза; $p<0,01$) і діти старшого підліткового віку (в 2,8 раза; $p<0,05$).

Соматоформні розлади ССС проявлялися кардіальним (18 дітей, що становило 27,7%), гіпотензивним (12 дітей, що становило 18,5%) і гіпертензивним типами (35 дітей, що становило 53,8%). У 34 (52,3%) дітей виявили поєднання різних клінічних типів.

У дослідженні їхнього емоційного стану відзначили такий спектр афективних розладів: особистісну тривожність середнього ступеня тяжкості виявили в 36 (55,4%) осіб, тяжку – у 23 (35,4%), легку або відсутню – у 6 (9,2%) дітей.

Загальний бал Т-показника за шкалою депресії Maria Kovacs у дітей із соматоформними розладами ССС становив 55,5±4,6 бала, що відповідало депресивним порушенням легкого ступеня тяжкості, депресію середнього ступеня тяжкості виявили лише в 3 (4,6%) дітей, легку – у 15 (23,1%) дітей. Отримані дані наведено на рисунку 4.

Отже, у дітей із соматоформними вегетативними розладами з боку ССС тривожність значущого ступеня виявили у 65 (100%) осіб, депресивні прояви – у 18 (27,7%) дітей, але вони були переважно легкого ступеня тяжкості. Поєднання таких афективних розладів виявили

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

в 13 (23,2%) дітей із соматоформними розладами ССС.

Респіраторні соматоформні розлади проявлялися психогенним кашлем – у 21 (37,5%) дитини, вокальними тиками – у 15 (26,8%) дітей, гіпервентиляційним синдромом – у 17 (30,6%) дітей, дисфункцією голосових зв'язок – у 14 (25,0%) дітей, задишкою з відчуттям нестачі повітря – у 8 (5,4%) дітей. Поєднання даних симптомів виявили у 22 (39,3%) дітей. Серед обстежених дітей у 3 рази переважали дівчатка ($p<0,05$) та у 2,7 раза діти молодшого підліткового віку ($p<0,05$).

У дітей із РСР тяжкого ступеня особистісну тривожності виявили у 24 (42,9%) дітей, зі значущим переважанням у дітей пізнього підліткового віку (у 2,8 раза; $p<0,001$) та в дівчаток (у 2,2 раза), середнього ступеня тяжкості – у 32 (57,1%) дітей, що наведено на рисунку 5.

Аналізуючи результати шкали депресії Maria Kovacs, у дітей із РСР не виявили тяжких проявів депресії. Так, у 8 (14,3%) дітей відзначили депресивні розлади середнього ступеня тяжкості, у 12 (21,4%) дітей – легкого ступеня, що переважали в 1,8 раза в дівчаток і у 2,2 раза в дітей молодшого підліткового віку ($p<0,05$). Наявність депресії в переважної більшості хворих із РСР може свідчити про її ключову роль у виникненні цього розладу [15].

Отже, серед дітей із РСР у 56 (100%) випадках виявили різного ступеня тривожність, у 30 (53,6%) випадках – депресивні розлади, але з переважанням проявів легкого ступеня.

Ще однією формою соматоформних розладів є БНСР. Серед обстежених 380 дітей у 58 (15,3%) випадках діагностували БНСР. У цій групі переважали дівчатка – 54,8%, а також діти молодшого підліткового віку (10–14 років) – 57,5%, більшість з яких навчались у міських навчальних закладах – 55,2%.

Клінічні прояви БНСР: первинний головний біль відзначили в 44 (75,9%) дітей, денний субфебрилітет – у 22 (37,9%), фіброміалгії – у 7 (12,1%), артралгії – у 10 (17,2%), тривалий біль у спині – у 5 (8,6%), «синдром неспокійних ніг» – у 3 (5,2%), астенічний синдром – у 17 (29,3%) дітей. Поєднання симптомів виявили у 48 (82,8%) дітей із БНСР. Як і інші соматоформні розлади, БНСР діагностували після заперечення органічних причин цих клінічних симптомів.

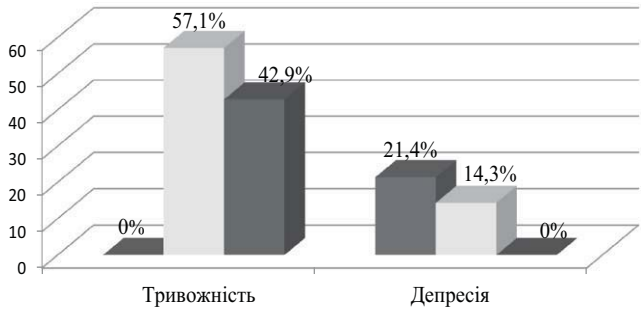

Рис. 5. Ступені тяжкості тривожності та депресії в дітей із респіраторними соматоформними розладами, за даними опитувальника Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна та шкали депресії Maria Kovacs (%)

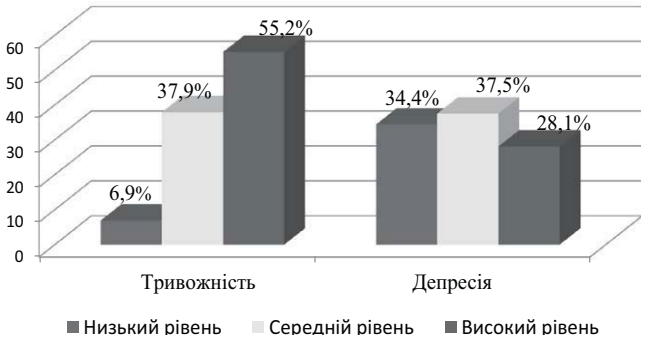

Рис. 6. Ступені тяжкості тривожності та депресії в дітей із больовими і неспецифічними соматоформними розладами, за даними опитувальника Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна та шкали депресії Maria Kovacs (%)

У всіх дітей із БНСР визначили емоційний стан, що наведено на рисунку 6.

Так, соматизовану депресію виявили в 32 (55,2%) дітей із БНСР. Середній бал Т-показника в них становив 65,5±4,5 бала, що відповідає вищому за середній ступінь депресивних проявів. Серед дітей із депресією в 9 (28,1%) осіб, тобто майже в кожного третього, відзначили тяжкі розлади, у 12 (37,5%) – середнього ступеня тяжкості, в 11 (34,4%) дітей – легкого ступеня, із переважанням в 1,6 раза в дівчаток, що вказує на жіночу стать як предиктор схильності до розвитку депресивних станів. Депресивні розлади в дітей із БНСР проявлялися переважно ангедонією, що перекликається з даними Ю.М. Лисиці (2019) [11].

У всіх 58 (100%) дітей із БНСР, за даними опитувальника Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна, виявили різного ступеня тяжкості тривожності. Так, помірну особистісну тривожність виявили у 22 (37,9%) дітей, тяжку – у 32 (55,2%) дітей, а легкого ступеня тяжкості – лише в 4 (6,9%) випадках. Середній бал особистісної тривожності

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

становив 35,7±2,8, що свідчило про виражений фон тривожних порушень у дітей із БНСР. Достовірної гендерної різниці щодо тривожності серед дітей із БНСР не виявили.

Отже, дослідивши емоційний стан дітей із БНСР, виявили, що в цій когорті дітей найчастіше відзначали виражену тривожність і різного ступеня депресивні розлади – у 32 (55,2%) дітей, що слід пам'ятати під час комплексного їх лікування.

Висновки

У дітей шкільного віку найчастіше трапляються ФГІР (37,6%) і КРСР (31,8%), дещо рідше – соматоформні розлади з боку СВС (15,3%) і БНСР (15,3%).

У переважній більшості дітей соматоформні розлади асоціювалися з афективними станами. Так, особистісну тривожність виявили в 100% дітей із БНСР і КРСР, у 82,8% дітей із СВС, у 81,1% дітей із ФГІР. Тоді як депресивні розлади найчастіше діагностували в дітей із БНСР (55,2%) і з РСР (53,6%), із соматоформними розладами з боку СВС (44,8%) і ШКТ (40,6%), рідше – у дітей із соматоформними розладами з боку ССС (27,7%), що у 2 рази рідше, ніж у дітей із БНСР.

Тривожність різного ступеня тяжкості з однаковою частотою відзначали в осіб різної статі, із незначним переважанням у хлопчиків, тоді як депресивні розлади вірогідно частіше виявляли в дівчат і дітей молодшого підліткового віку (10–14 років).

Таку високу частоту асоціації соматоформних розладів з афективними станами в дітей шкільного віку та гендерну різницю слід враховувати під час комплексного їх лікування.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Робота є частиною НДР «Клініко-метаболічні та імуногенетичні особливості перебігу органічних захворювань та соматоформних розладів у дітей», номер державної реєстрації 0120U101080.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Abaturov AE, Borisova TP, Nikulina AA. (2020). Drug therapy of autonomic dysfunction in children. Child`s health. 15(1): 42-48. [Абатуров ОЄ, Борисова ТП, Нікуліна АО. (2020). Медикаментозна терапія вегетативної дисфункції у дітей. Здоровье ребенка. 15(1): 42-48]. https://doi.org/10.22141/2224-0551.15.1.2020.196757.
2. Budnik TV. (2019). The importance of correction of autonomic dysfunction in children with urinary disorders or How to improve the efficacy of neurogenic bladder therapy. Child's health. 14(1): 25-29. [Буднік ТВ. (2019). Важливість корекції вегетативної дисфункції у дітей із розладами сечовипускання, або як підвищити ефективність терапії гіперактивного сечового міхура. Здоровье ребенка. 14(1): 2-7]. https://doi.org/10.22141/2224-0551.14.1.2019.157875.
3. Hagan MJ, Gentry M, Ippen CG, Lieberman AF. (2018). PTSD with and without dissociation in young children exposed to interpersonal trauma. Journal of Affective Disorders. 227: 536-541. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.070.
4. Halle TG, Darling-Churchill KE. (2016). Review of measures of social and emotional development. Journal of Applied Developmental Psychology. 45: 8-18. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2016.02.003.
5. Kabantseva A, Panchenko O, Tsapro N. (2020). The integral diagnostics of emotional disorders. Psychology of Personality. 12(2): 139-144. [Кабанцева А, Панченко О, Цапро Н. (2020). Інтегральна діагностика емоційних порушень у дітей. Психологія особистості. 12(2): 139-144]. https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.12-2.23.
6. Kolesnyk M. (2019). Tryvoha ta depresiia ochyma fakhivtsiv riznykh spetsialnostei. Ukrainskyi medychnyi chasopys. 5(133): 49-51. [Колесник М. (2019). Тривога та депресія очима фахівців різних спеціальностей. Український медичний часопис. 5(133): 49-51].
7. Krotenko VI, Borsuk KM. (2012). Emotsiini porushennia v ditei, yikh korektsiia ta osnovni psykhokorektsiini tekhnoholii. Naukovyi chasopys Natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni M.P. Drahomanova. Seriia 19. Korektsiina pedahohika ta spetsialna psykholohiia. Zb. nauk. prats. Kyiv: Vyd-vo NPU imeni M. P. Drahomanova. 21: 389-391. [Кротенко ВІ, Борсук КМ. (2012). Емоційні порушення в дітей, їх корекція та основні психокорекційні техноголії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. наук. праць. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова. 21: 389-391].
8. Lysenkova IP. (2018). The Problem of Emotional Development of Children with Cognitive Impairments. Theory and Practice of Modern Psychology. 4: 182-185. [Лисенкова ІП. (2018). Проблема емоційного розвитку у дітей з когнітивними порушеннями. Теорія і практика сучасної психології. 4: 182-185].
9. Lysytsia YN. (2018). Frequency of affective disorders in adults of the Podilsky region of Ukraine. Perinatologiya i pediatriya. 4(76): 106-110. [Лисиця ЮМ. (2018). Частота афективних розладів у підлітків Подільського регіону України. Перинатологія і педіатрія. 4(76): 106-112]. https://doi.org/10.15574/pp.2018.76.106.
10. Lysytsia YN, Bulat LM, Pypa LV, Svistilnik RV, Filik AV. (2019). Clinical masks of somato-forms disorders in view of disorders from the gastrointestinal tract and urinary systems associated with affective states in children. Reports of Vinnytsia National Medical University. 23(3): 439-447. [Лисиця ЮМ, Булат ЛМ, Пипа ЛВ, Свістільник РВ, Філик АВ. (2019). Клінічні маски соматоформних розладів шлунково-кишкового тракту та сечовидільної системи у дітей, асоційованих з афективними станами. Вісник Вінницького національного медичного університету. 23(3): 439-447]. https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2019-23(3)-17.
11. Lysytsia YN, Rymsha SV. (2020). Anxiety and depressive disorders in children of early adolescence. Biomedical and Biosocial Anthropology. (36): 41-46. [Lysytsia YN, Rymsha SV. (2020). Anxiety and depressive disorders in children of early adolescence. Biomedical and Biosocial Anthropology. (36): 41-46]. https://doi.org/10.31393/bba36-2019-07.
12. Maidannyk VG. (2016). Rome IV (2016) criteria: What is new? International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology.

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

10(1): 8-18. [Майданник ВГ. (2016). Римські критерії IV: що нового? Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. 10(1): 8-18].
13. Maidannyk VG, Mitiuriaieva-Korniiko IO, Kukhta NM, Hnyloskurenko AV. (2017). Vehetatyvni dysfunktsii u ditei. Paroksyzmalna vehetatyvna nedostatnist. K.: Lohos: 300. [Майданник ВГ, Мітюряєва-Корнійко ІО, Кухта НМ, Гнилоскуренко АВ. (2017). Вегетативні дисфункції у дітей. Пароксизмальна вегетативна недостатність. К.: Логос: 300].
14. Martsenkovskyi DI. (2017). Clinical polymorphism and comorbidity of mental disorders in children and adolescents affected by hybrid warfare on Eastern Ukraine. Arkhiv psykhiatrii. 23; 2(89): 85-90. [Марценковський ДІ. (2017). Клінічний поліморфізм та коморбідність психічних розладів у дітей та підлітків, що постраждали від гібридної війни на Сході України. Архів психіатрії. 23; 2(89): 85-90]. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2017_23_2_4.
15. Nevoia MV, Pypa LV, Lysytsia YN, Svistilnik RV, Ruda VI. (2022). Affective and somatoform disorders in children in clinical settings of pulmonary department, their prevalence and impact on patient's life quality. Modern pediatrics. Ukraine. 4(124): 34-41. https://doi.org/10.15574/sp.2022.124.34.
16. Nevoia MV, Pypa LV, Svistilnik RV, Zymak-Zakutnia NO. (2023). Association of T102C (rs6313) serotonin receptor gene HTR2A polymorphism with the development of anxiety, depressive disorders in children with organic and functional respiratory pathologies. Modern pediatrics. Ukraine. 6(134): 56-67. [Невоя МВ, Пипа ЛВ, Свістільнік РВ, Зимак-Закутня НО. (2023). Асоціація поліморфізму T102C (rs6313) гену рецептора серотоніну HTR2A з розвитком тривожних, депресивних розладів у дітей з органічними та функціональними респіраторними патологіями. Сучасна педіатрія. Україна. 6(134): 56-67]. https://doi.org/10.15574/sp.2023.134.56.
17. Revt AB. (2022). Emotional disorders in preschool children. Doshkilna pedahohika, 54(1): 189-192. [Ревть АБ. (2022). Емоційні розлади у дітей дошкільного віку. Дошкільна педагогіка, 54(1): 189-192]. https://doi.org/10.32782/2663-6085/2022/54.1.40.
18. Semikina Ole, Fedchenko Vlu, Yavdak IO, Cheredniakova OS, Volkova SO. (2020). The peculiarities of emotional state of internally displaced persons. Psychiatry Neurology and Medical Psychology. 13: 23-28. [Семікіна ОЄ, Федченко ВЮ, Явдак ІО, Чередняков ОС, Волкова СО. (2020). Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб. Психіатрія, наркологія. 13: 23-28]. https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03.
19. Volkova V, Videnina O. (2011). Emotional disorders in children of older preschool age and the conditions for their overcoming. Scientific Bulletin MDPU. 1(20): 63-70. [Волкова В, Віденіна О. (2011). Емоційні порушення у дітей старшого дошкільного віку і умови їх подолання. Науковий вісник МДПУ. 1(20): 63-70].

Відомості про авторів:
Пипа Лариса Володимирівна – д.мед.н., проф., зав. каф. педіатрії, акушерства та гінекології ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Хмельницький, вул. Ольжича, 1. https://orcid.org./0000-0002-4448-5308.
Свістільнік Руслан Вікторович – к.мед.н., доц. каф. неврології та нейрохірургії ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Хмельницький, пров. Пилипчука, 1. https://orcid.org./0000-0002-9378-7388.
Дудікова Лариса Володимирівна – д.мед.н., проф., зав. каф. іноземних мов ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. https://orcid.org./0000-0002-6484-1525.
Лисиця Юлія Миколаївна – PhD, доц. каф. пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворою дитиною ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Хмельницький, вул. Ольжича, 1. https://orcid.org./0000-0003-0248-0338.
Руда Віра Іванівна – к.мед.н., доц. каф. педіатрії, акушерства та гінекології ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Хмельницький, вул. Ольжича, 1. https://orcid.org./0000-0002-3736-3572.
Філик Анатолій Володимирович – к.мед.н., доц. каф. педіатрії, акушерства та гінекології ФПО ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Хмельницький, вул. Ольжича, 1. https://orcid.org./0009-0003-0423-4007.
Невоя Марія Василівна – PhD, медичний директор ТОВ «Красилівський медичний центр «Агапіт». Адреса: м. Красилів, вул. Грушевського, 140/3. https://orcid.org./0000-0001-7661-9457.
Стаття надійшла до редакції 20.09.2024 р., прийнята до друку 10.12.2024 р.