

УДК 616.12+616.12/.16]:612.178.6+616.89-008.441.14]-053.2

© Коллектив авторов, 2013.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ З КАРДІОВАСКУЛЯРНИМИ СИНКОПЕ

Н.В. Нагорна, Н.О. Тонких, О.П. Дудчак, В.М. Соколов

*Кафедра педіатрії факультету інтернатури та післядипломної освіти,
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк.*

THE PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF CHILDREN WITH CARDIOVASCULAR SYNCOPE

N.V. Nagornaya, N.A. Tonkykh, A.P. Dudchak, V.N. Sokolov

SUMMARY

The article presents data on the characteristics of mental and emotional status of children with cardiovascular syncope. According to our data, recurrent syncope in children are accompanied by sleep disorders, increased anxiety, irritability. Sleep disorders in the form of difficulty in falling asleep, restless sleep, waking up early were recorded in patients with cardiovascular syncope. Symptoms of the obvious and latent depression of low degree of expressiveness revealed in children with arrhythmias

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ СИНКОПЕ

Н.В. Нагорная, Н.А. Тонких, А.П. Дудчак, В.Н. Соколов

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные относительно особенностей психоэмоционального статуса у детей с кардиоваскулярными синкопе. Констатированы: повышенная тревожность, нарушения сна в виде трудностей засыпания, беспокойного сна, раннего пробуждения. При этом диссомнии среди больных с кардиоваскулярными синкопе достоверно чаще отмечали пациенты с аритмогенными синкопе. У каждого четвертого ребенка с аритмиями (25,0%) вышесказанное сопровождалось наличием признаков скрытой депрессии.

Ключові слова: психоемоційний статус, діти, кардіоваскулярні синкопе.

Згідно з даними М. А. Школьниковой [1], С. Vulpitt, A. Fletcher [2] і власними спостереженнями, навіть один непритомний стан, і особливо при їх рецидуванні, є негативним явищем в сім'ї і причиною занепокоєності родичів та самої дитини відносно можливості його повторення. Тривожне очікування нерідко спостерігається місяцями та роками і стає причиною порушення психологічного, психічного стану та хронічного стресу, що призводить до невротизації організму, згодом до підвищення рівня тривожності, конфліктності, порушення сну, астенії і можливого неврозу, що формує порочне коло та збільшує ризик рецидиву синкопе. Тому визначення психоемоційного стану дітей з кардіоваскулярними синкопе (КВС), до яких належать вазовагальні синкопе (ВВС), непритомність внаслідок порушення ритму серця і провідності (ПРСіП) та структурної патології серця (СПС), стало метою нашого дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 144 дитини (80 дівчаток та 64 хлопчика) від 2 до 18 років з синкопе кардіоваскулярного генезу (основна група), 37 здорових одноліток (19 дівчаток і 18 хлопчиків) склали контрольну групу. Комплексну оцінку психоемоційного статусу проводили за опитувачем В. В. Седнева та співавт. (1997) і кольоровим тестом Люшера (Ю. Б. Максименко, 2004).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Показники наявності таких проявів нестабільності психоемоційного статусу як підвищений рівень тривожності, конфліктності, порушень сну, астенії, депресії, у пацієнтів з КВС в порівнянні зі здоровими однолітками представлені в табл. 1. Як видно з табл. 1, у 21,6±6,8 % здорових дітей виявлено підвищений рівень тривоги, у 16,2±6,1 % з них – різні порушення сну, але їх кількісна характеристика (до 12 балів) свідчила про низький ступінь вираженості наявних змін.

У хворих з КВС підвищена тривожність відмічена достовірно частіше (57,6±4,1 %, p<0,001) і мала середній (від 12 до 15 балів) або високий (від 16 до 20 балів) ступінь вираженості.

Згідно з даними С. Vulpitt, A. Fletcher, підвищена тривожність у пацієнтів з КВС може бути обумовлена тим, що діти переживають ситуацію втрати свідомості набагато глибше, ніж дорослі, тому що не можуть повністю усвідомити їх причину та «оберігаються» дорослими від інформації, необхідної для цього усвідомлення [2]. Найбільший рівень тривожності виявлений у хворих з аритміями (68,8±8,2 %). Доведено, що пароксизмальні форми ПРС у дітей підтримуються формуванням порочного кола «напад – тривожне очікування – напад» [3]. Конфліктність мали 46,5±4,2 % пацієнтів з КВС, при цьому 41,0±4,8 % дітей – з ВВС, 65,6±8,4 % осіб – з ПРСіП і 42,9±18,7 % хворих –

Таблиця 1

Показники психоемоційного статусу дітей з КВС і здорових однолітків за даними опитувальника В.В. Седнева

Показник	Усього по групі КВС, n=144		Підгрупа ВВС, n=105		Підгрупа ПРСіП, n=32		Підгрупа СПС, n=7		Здорові (n=37)	
	Абс.	P±m, %	Абс.	P±m, %	Абс.	P±m, %	Абс.	P±m, %	Абс.	P±m, %
Рівень тривоги вище середнього	83	57,6±4,1***	59	56,2±4,8###	22	68,8±8,2 ^{ooo}	2	28,6±17,1	8	21,6±6,8
Конфліктність	67	46,5±4,2***	43	41,0±4,8###	21	65,6±8,4 ^{ooo}	3	42,9±18,7	3	8,1±4,5
Діссомнія	60	41,7±4,1**	37	35,2±4,7#	19	59,4±8,7 ^{ooo}	4	57,1±18,7	6	16,2±6,1
Рівень астенії вище середнього	50	34,7±4,0**	34	32,4±4,7##	12	37,5±8,5 ^{oo}	4	57,1±18,7	3	8,1±4,5
Рівень депресії вище середнього	20	13,9±2,9	11	10,5±3,0	8	25,0±7,7 ^o	1	14,3±13,2	2	5,4±3,7

Примітки: 1. ** – відмінність достовірна ($p < 0,01$) між групою КВС і здоровими однолітками; 2. *** – відмінність достовірна ($p < 0,001$) між групою КВС і здоровими однолітками; 3. # – відмінність достовірна ($p < 0,05$) між групою ВВС і здоровими однолітками; 4. ## – відмінність достовірна ($p < 0,01$) між групою ВВС і здоровими однолітками; 5. ### – відмінність достовірна ($p < 0,001$) між групою ВВС і здоровими однолітками; 6. ^o – відмінність достовірна ($p < 0,05$) між групою ПРСіП і здоровими однолітками; 7. ^{oo} – відмінність достовірна ($p < 0,01$) між групою ПРСіП і здоровими однолітками; 8. ^{ooo} – відмінність достовірна ($p < 0,001$) між групою ПРСіП і здоровими однолітками.

зі структурною патологією серця, що було достовірно частіше, ніж у здорових однолітків (8,1±4,5 %, $p < 0,001$). Згідно отриманих даних, порушення сну у вигляді труднощів засипання, неспокійного сну, раннього пробудження середнього (від 12 до 15 балів) ступеню вираженості достовірно частіше ($p < 0,01$) реєстрували у пацієнтів з КВС (41,7±4,1 % хворих) у порівнянні зі здоровими (16,2±6,1 % обстежених). Діссомнії достовірно частіше відмічали пацієнти з аритмогенними синкопе (59,4±8,7 % осіб, $p < 0,001$). Згідно з даними В. В. Седнева, діссомнічні порушення у дітей рідко бувають ізольованими, частіше це один з феноменів депресивного або астеничного стану [4].

Особливостями психоемоційного статусу дітей з ПРСіП були труднощі засипання, нічні кошмари, раннє пробудження. У кожній четвертій дитини з аритміями (25,0±7,7 %) вищевказане супроводжувалось наявністю депресії. У 34,7±4,0 % пацієнтів з КВС (без значної різниці між підгрупами), констатований астеничний синдром, який характеризувався підвищеною фізичною та психічною виснаженістю. В групі здорових однолітків він був документований достовірно рідше з невираженими проявами (8,1±4,5 % обстежених, $p < 0,01$). Особливості психоемоційного статусу дітей з КВС в залежності від статі і віку представлені в табл. 2.

Як свідчать дані табл. 2, конфліктність достовірно частіше ($p < 0,05$) реєструвалася у дівчаток

середнього шкільного віку (71,8±7,2 %), ніж молодшого шкільного (30,0±14,5 %). Це можна пояснити відсутністю адекватних способів контролю і оволодіння своїми емоціями у дівчаток 11–14 років [5].

У хлопчиків старшого шкільного віку порушення поведінки зустрічалися частіше (73,7±10,1 % хворих), ніж у молодшого (42,9±18,7 % пацієнтів) та середнього (63,6±8,4 % дітей) шкільного віку, що узгоджується з даними М. Ю. Бобыловой, згідно яких для хлопчиків підліткового віку на перший план в клінічній картині невротичних розладів виходять порушення поведінки та нав'язливість [5]. Високий і середній рівень тривожності частіше мали діти старшого шкільного віку, при цьому він відзначений у хлопчиків достовірно частіше (73,3±10,1 % хворих), ніж у дівчаток (42,9±9,4 % дітей, $p < 0,05$). Порушення сну з найбільшою частотою констатовано у дівчаток середнього шкільного віку (48,7±8,0 % пацієнтів, $p < 0,05$). М. Ю. Бобылова пояснює це емоційною лабільністю, швидкою запальністю та суперечливим характером, типовими для дівчат цього віку [5].

Згідно отриманих результатів, астеничний синдром частіше спостерігався у дітей старшого шкільного віку (40,4±7,2 %) у порівнянні з іншими віковими періодами з незначною різницею між хлопцями (36,8±11,1 %) та дівчатками (42,9±9,4 %). Прояви явної та прихованої депресії вірогідно частіше ($p < 0,05$) були виявлені у дівчаток з КВС всіх

Таблиця 2

Показники психоемоційного статусу дітей з КВС у залежності від статі і віку

Показник	Дівчата (n=77)						Хлопчики (n=59)					
	6–10 років (n=10)		11–14 років (n=39)		15–18 років (n=28)		6–10 років (n=7)		11–14 років (n=33)		15–18 років (n=19)	
	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m
Конфліктність	3	30,0±14,5*	28	71,8±7,2	14	50,0±9,4	3	42,9±18,7	21	63,6±8,4	14	73,7±10,1
Рівень тривоги вище середнього	3	30,0±14,5	14	35,9±7,7	12	42,9±9,4	3	42,9±18,7	14	42,4±8,6	14	73,7±10,1#
Диссомнія	2	20,0±12,6*	19	48,7±8,0	7	25,0±8,2*	2	28,6±17,1	11	33,3±8,2	8	42,1±11,3
Рівень астенії вище середнього	3	30,0±14,5	6	15,4±8,2	12	42,9±9,94	1	14,3±13,2	8	24,2±7,5	7	36,8±11,1
Рівень депресії вище середнього	0	0,0±0,0** ##	10	25,6±7,0	7	25,0±8,2	0	0,0±0,0	3	9,1±5,0*	1	5,3±5,1#

Примітки: 1. * – відмінність достовірна ($p < 0,05$) в порівнянні з показником у дівчаток середнього шкільного віку; 2. ** – відмінність достовірна ($p < 0,01$) в порівнянні з показником у дівчаток середнього шкільного віку; 3. # – відмінність достовірна ($p < 0,05$) в порівнянні з показником у дівчаток старшого шкільного віку; 4. ## – відмінність достовірна ($p < 0,01$) в порівнянні з показником у дівчаток старшого шкільного віку.

представлених вікових груп, ніж у хлопчиків: у середньому шкільному віці – у 25,6±7,0 % дівчаток і 9,1±5,0 % хлопчиків, у старшому шкільному віці – у 25,0±8,2 % дівчаток і 5,3±5,1 % хлопчиків. Звертала увагу відсутність депресії у обстежених молодшого шкільного віку.

Таким чином, у дітей з кардіоваскулярними синкопе достовірно частіше у порівнянні зі здоровими однолітками (82,6±3,1 та 37,8±8,0 % відповідно, $p < 0,001$) виявлені зміни психоемоційного статусу: інтровертованість (60,0±4,1 % та 32,4±7,7 % відповідно, $p < 0,01$), підвищений рівень тривожності (57,6±4,1 % і 21,6±6,8 % відповідно, $p < 0,001$), конфліктність (46,5±4,2 % та 8,1±4,5 % відповідно, $p < 0,001$), диссомнія (41,7±4,1 % і 16,2±6,1 % відповідно, $p < 0,01$), астенія (34,7±4,0 % та 8,1±4,5 % відповідно, $p < 0,01$). У 82,6±3,1 % дітей з КВС зареєстрований стан хронічного стресу. У 25,0±7,7 % хворих з аритміями спостерігались ознаки явної і прихованої депресії. Вищезазначене важливо при складанні комплексу лікувально-реабілітаційних заходів дітям з синкопальними станами кардіоваскулярного генезу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Школьникова М. А. Диагностика и лечение жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма в детском возрасте / М. А. Школьникова. – Москва, 2004. – 86 с.
2. Bulpitt C. J. Quality of life and the heart: evaluation of therapeutic alternatives / С. J. Bulpitt, А. Е. Fletcher // British journal of clinical practice. Supplement. – 1994. – Vol. 73. – P. 18–22.
3. Шпак Л. В. Особенности психоэмоционального состояния и отношение к болезни у больных с нарушениями сердечного ритма / Л. В. Шпак, А. Г. Кононова // Кардиология. – 2006. – № 7. – С. 33–35.
4. Седнев В. В. Клинико-динамические особенности эмоционально-лабильного (астенического) расстройства у детей / В. В. Седнев // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2004. – Т. 13, № 1–2. – С. 71–73.
5. Бобылова М. Ю. Возраст-зависимые проявления невротозов у детей / М. Ю. Бобылова // Практика педиатра. – 2007. – № 5. – С. 17–21.