

Г. С. Рачкаускас, Е. В. Височин, Е. В. Чеботарьов

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЗОВАНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Г. С. Рачкаускас, Е. В. Височин, Е. В. Чеботарев

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

G. S. Rachkauskas, E. V. Vysochyn, I. V. Chebotarov

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SOMATIZED DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENCE

У статті описана клінічна картина соматизованих депресивних розладів (СДР) у підлітків на прикладі 128 обстежених хворих. Детально описані типологічні та гендерні характеристики основних і додаткових симптомів депресії згідно з МКБ-10. Наведено докладний опис сенсорних розладів, а також поліморфної вегетативної симптоматики в обстежених хворих відповідно до сучасних критеріїв діагностики та лікування СДР.

Ключові слова: соматизовані депресивні розлади, клінічна картина, підлітки

В статтю описана клінічна картина соматизованих депресивних расстройств (СДР) у подростков на примере 128 обследованных больных. Детально описаны типологические и гендерные характеристики основных и дополнительных симптомов депрессии согласно МКБ-10. Приведено подробное описание сенсорных расстройств, а также полиморфной вегетативной симптоматики у обследованных больных в соответствии с современными критериями диагностики и лечения СДР.

Ключевые слова: соматизированные депрессивные расстройства, клиническая картина, подростки

This article describes the clinical features of somatized depressive disorders (SDD) in adolescents based on the observation of 128 patients. Typological characteristics and additional symptoms of depression according to ICD-10 are described. A detailed description of gender-related sensory disorders and polymorphic vegetative symptoms in the examined patients is made according to the current criteria for the diagnosis and treatment of SDD.

Keywords: somatized depressive disorders, clinical features, adolescents

Особливе значення у сучасній медицині, а саме в педіатрії та клінічній психіатрії, мають афективні розлади, що виникають у дитячому та підлітковому віці. Перш за все це стосується депресивних розладів з тією чи іншою «додатковою» соматичною симптоматикою.

Особливістю сучасного патоморфозу депресивних розладів у підлітків є тенденція до їхньої соматизації. Цей фактор є найбільш важливим саме серед осіб дитячого та підліткового віку, які через особливості типу мислення і забобонів можуть взагалі не пред'являти скарг на стан здоров'я, суб'єктивно оцінюючи симптоми своєї хвороби як «незначні» [2]. Таким чином з'являється велика кількість «стертих», прихованих, субклінічних та атипичних форм депресії, а також видозміна, модифікація її «класичних» варіантів з переважанням соматичного компонента [7].

Клінічний досвід показує, що хворі будь-якого віку, які страждають на соматизовані депресивні розлади (СДР), звертаються, насамперед, до лікарів первинної медичної мережі — загальної практики — сімейної медицини, і після безлічі безрезультатних обстежень та тривалого, але неефективного лікування, як правило, направляються лікарями загальної практики до «вузьких» спеціалістів — неврологів, гастроентерологів, пульмонологів, хірургів, гінекологів, стоматологів, урологів, сексологів та лікарів інших медичних спеціальностей. При цьому, за даними сучасних досліджень, не більше ніж 1—4 % пацієнтів дитячого та підліткового віку з наявністю СДР отримують консультацію у психіатра [1, 4].

Ключовим критерієм СДР у дітей і підлітків вважається наявність соматичних суб'єктивних симптомів без чітко верифікованої органічної основи, але, незважаючи на уявну ясність, ця група розладів в той же час має найбільші труднощі для діагностики [8]. Відповідно до клі-

нічно-епідеміологічних та статистичних даних останніх років, на почуття болю у різних частинах тіла, а також втому, нудьгу, труднощі під час виконання шкільних завдань систематично скаржаться від 14 до 22 % дітей та підлітків і при цьому імовірно, що значна їх частина має ознаки депресії, в тому числі прихованої [3].

У сучасній науковій літературі немає систематизованих відомостей про перебіг СДР у підлітковому віці, що базуються на систематичних спостереженнях за цією групою пацієнтів, і саме тому ми вирішили провести обстеження цих хворих за допомогою сучасних стандартизованих методів обстеження.

Нами було обстежено 128 пацієнтів (51 хлопчик та 77 дівчат), у віці $16,04 \pm 0,23$ роки. Усі хворі були рандомізовані за статтю та типом перебігу хвороби. З дослідження виключали хворих, що мали в анамнезі хронічні соматичні та неврологічні захворювання. Усі хворі спостерігалися на базі дитячого та підліткового відділень Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні. Для діагностики соматизованих депресивних розладів використовували критерії МКХ-10, шифри F32.01 та F32.11 [5].

У дослідженні використовували клініко-психопатологічний та патопсихологічний методи; діагностику за допомогою сучасних психометричних шкал: шкала Гамільтона (HDRS-21) [9], педіатрична шкала діагностики тривоги PARS [10].

Результати було оброблено за допомогою параметричних методів статистики на персональному комп'ютері Intel за допомогою пакету програмного забезпечення Microsoft Office [7].

На початку дослідження усі хворі були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного методу. Симптоми СДР були систематизовані відповідно до МКХ-10 і наведені у таблиці 1.

Таблиця 1
Кількісний розподіл симптомів соматизованих депресивних розладів за МКХ-10 у обстежених хворих

Типові симптоми депресії за МКХ-10	Абс. (n = 128)	%
Зниження настрою	98	76,6
Втрата інтересів	102	79,7
Підвищена втомлюваність	104	81,3
Зниження концентрації уваги	95	74,2
Знижена самооцінка та невпевненість у собі	93	72,7
Ідеї самопригнічення та самозвинувачення	74	57,8
Песимістичне бачення майбутнього	94	73,4
Суїцидальні дії або думки	59	46
Порушення сну	84	65,6
Порушення апетиту	90	70,3
Дратівливість	99	77,3
Зловживання алкоголю	41	32
Істерична поведінка	76	59,4
Плаксивість	52	40,6
Гіперестетична реакція на оточення	96	75
Добові коливання стану	101	78,9

Найбільш частими характеристиками СДР у підлітковому віці були підвищена втомлюваність, втрата інтересів до оточення, зниження настрою, порушення концентрації уваги, дратівливість та порушення апетиту (див. табл. 1). Саме так звані «додаткові» симптоми афективної симптоматики домінували в клінічній картині над «власне» депресивними проявами. Можливо саме відсутність виразної афективної симптоматики, характерної для дорослих, була причиною пізнього виявлення СДР у хворих цієї вікової категорії. Як показували анамнестичні дані, вищезгадана симптоматика дуже часто списувалася батьками та вчителями на «особливості» підліткової психіки у пубертатному періоді і, з урахуванням цього, хворі на протязі довгого часу не направлялися для отримання кваліфікованої медичної допомоги. Це призводило до хроніфікації афективних порушень та фіксації хворих на своїх тілесних відчуттях, які згодом трансформувалися у досить важку соматовегетативну симптоматику.

Наступним етапом дослідження було виявлення та категоризація соматичного синдрому у підлітків. Отримані нами результати (табл. 2) щодо розповсюдження соматичної симптоматики показали, що найбільш частими соматовегетативними проявами захворювання були нудота, тахікардія, порушення сечовипускання, пітливість та приливи жару або холоду. Ці симптоми не були асоційовані з будь-якою соматичною чи неврологічною патологією, що підтверджувалося даними обстеження профільними спеціалістами, педіатрами, неврологами та даними параклінічних обстежень.

З урахуванням того, що вищеприписана симптоматика не є специфічною для органічних соматичних захворювань, це було черговим фактором, що запобігає своєчасній діагностиці СДР у пацієнтів даної вікової категорії. Слід відмітити, що така симптоматика не була перманентною серед обстежених хворих та відрізнялася мало-

диференційованістю, що, у свою чергу тільки додавало складнощів під час діагностики лікарями-педіатрами та лікарями загального профілю.

Таблиця 2
Вегетативні порушення у хворих на соматизовані депресивні розлади

Клінічні прояви	Клінічні спостереження (n = 128)	
	Абс.	%
Тахікардія	71	55,5
Запаморочення	65	50,8
Нудота	89	69,5
Абдомінальний дистрес	50	39
Пітливість	65	50,8
Задишка	46	35,9
Приливи жару або холоду	62	48,4
Сухість у роті	69	53,9
Утруднення при ковтанні або відчуття грудки в горлі	42	32,8
Порушення сечовипускання	67	52,3

Для якісного вимірювання отриманих нами у ході дослідження симптомів було проведено оцінку симптоматики за допомогою сучасних психодіагностичних шкал. При цьому нашою ціллю було не тільки виявити «силу» симптому у хворих, але й порівняти вираженість цієї чи іншої категорії симптомів у хворих чоловічої та жіночої статі для з'ясування гендерних особливостей СДР.

Як свідчать результати обстеження підлітків з СДР за допомогою шкали PARS (табл. 3), загальна сума балів у пацієнтів обох статей суттєво не відрізнялася ($p > 0,05$), що також було вірним і для розрахункових підпунктів цієї шкали. В усіх хворих домінували проблеми у відносинах із однолітками та дорослими, при цьому реакції уникнення та захисту були більш специфічними для представників чоловічої статі ($3,55 \pm 0,18$ проти $3,05 \pm 0,11$ у жінок).

Таблиця 3
Результати оцінювання симптоматики за шкалою PARS

Розрахунковий підпункт шкали PARS	Хлопчики (n = 51)	Дівчата (n = 77)
Загальна кількість симптомів тривоги	$3,98 \pm 0,14$	$3,97 \pm 0,15$
Загальна вираженість фізичних симптомів тривоги	$2,90 \pm 0,14$	$2,93 \pm 0,14$
Частота виникнення симптомів тривоги	$3,02 \pm 0,14$	$3,18 \pm 0,15$
Загальна вираженість тривоги	$3,55 \pm 0,18^*$	$3,05 \pm 0,11$
Реакції уникнення та захисту	$2,71 \pm 0,19$	$2,50 \pm 0,19$
Складнощі у відносинах з дорослими	$3,33 \pm 0,18$	$3,34 \pm 0,2$
Складнощі у відносинах з однолітками	$4,53 \pm 0,09$	$4,54 \pm 0,1$
Сума балів загальна	$24,02 \pm 0,44$	$23,92 \pm 0,41$

Примітка. Тут і далі: * — вірогідність розбіжностей при $p < 0,05$

Оскільки шкала PARS дає можливість окремо проаналізувати фізичну симптоматику, що супроводжує афективні порушення, ми вирішили обстежити всіх хворих за допомогою підшкали «Фізичні прояви та симптоми» та також з'ясувати гендерні розбіжності соматовегетативної симптоматики, що мала місце у обстежених хворих.

Результати обстеження наведені у таблиці 4.

Таблиця 4

Результати обстеження хворих за підпунктом шкали PARS «Фізичні прояви та симптоми»

Пункт підшкали «Фізичні прояви та симптоми»	Хлопчики (n = 51)	Дівчата (n = 77)	Загальна (n = 128)
Почервоніння шкіри	22/43,1	41/53,2*	63/49,2
Моторні розлади	23/45,1	37/48,1	60/46,9
Відчуття тремтіння	26/51	36/46,8	62/48,4
Відчуття слабкості та запаморочення	23/45,1	42/54,5*	65/50,8
Серцебиття	28/54,9	43/55,8	71/55,5
Труднощі дихання	23/45,1	39/50,6*	62/48,4
Відчуття жару або холоду	25/49	37/48,1*	62/48,4
Підвищена пітливість	27/52,9	37/48,1	64/50
Біль у шлунку та абдомінальний дистрес	39/76,5*	31/40,3	50/39,1
Часте сечовипускання	33/64,7*	34/44,2	67/52,3
Дискомфорт у ділянці грудей	27/52,9	49/63,6*	76/59,4
Парестезії	19/37,3	37/48,1*	56/43,8
Порушення травлення	29/56,9*	40/51,9	89/53,9
Загальна кількість соматичних симптомів	6,35 ± 0,28	6,53 ± 0,29	6,46 ± 0,23

Примітка. У чисельнику — абсолютна кількість спостережень, у знаменнику — відносна, у відсотках

Незважаючи на очевидну відсутність гендерної розбіжності у загальній кількості соматичних симптомів (6,35 ± 0,28 у хлопчиків проти 6,53 ± 0,29 у дівчат, при $p < 0,05$), якісні складові підшкали суттєво відрізнялися у статевому аспекті. Так, домінування симпатичної іннервації у вигляді почервоніння обличчя та шкіри було більш вираженим серед хворих жіночої статі (53,2 % проти 43,1 %, при $p < 0,05$). Ці спостереження також підтверджувалися посиленням відчуття слабкості та запаморочення, які мали більш виражені прояви у хворих жіночої статі (54,5 % у дівчат проти 45,1 % у хлопчиків, при $p < 0,05$) та свідчили про дисбаланс функціонування симпатичної та парасимпатичної нервової системи.

Зміни з боку дихальної системи також були більш вираженими у хворих жіночої статі (50,6 % проти 45,1 % у хлопчиків, $p < 0,05$), та проявлялися періодичним відчуттям нехватки повітря та задухою. Ці прояви супроводжувалися дискомфортом у ділянці грудей, який також мав більш значну гендерну тропність у хворих жіночої статі (63,6 % проти 52,9 % у хлопчиків, при $p < 0,05$). Сенсорні порушення у вигляді парестезій також превалювали у дівчат (48,1 % проти 37,3 % у чоловіків) і часто поєднувалися з відчуттям жару та холоду.

У хворих чоловічої статі домінували розлади з боку травної та сечостатевої систем. Це, насамперед, проявлялося диспептичними проявами з домінуванням порушень апетиту (56,9 % проти 51,9 % у дівчат, при $p < 0,05$) та абдомінальним дистресом (76,5 % проти 40,3 % у дівчат, при $p < 0,05$) у вигляді перемишування запорів та поносів. З боку сечостатевої системи у хворих відмічалася неорганічна дизурія та поліурія з превалюванням у осіб чоловічої статі (64,7 % проти 44,2 % у жінок, при $p < 0,05$).

Для верифікації отриманих нами результатів та деталізації гендерних розбіжностей в плані додаткових симптомів СДР нами було проведено оцінку стану хворих за шкалою HDRS (табл. 5).

Таблиця 5

Результати обстеження хворих за шкалою HDRS

Розрахунковий підпункт шкали HDRS	Хлопчики (n = 51)	Дівчата (n = 77)	Середнє значення (n = 128)
Понижений настрій	2,34 ± 0,2	2,57 ± 0,18*	2,42 ± 0,19
Почуття провини	1 ± 0,13	0,82 ± 0,12	0,95 ± 0,14
Суїцидальні тенденції	0,88 ± 0,14	0,86 ± 0,13	0,88 ± 0,14
Труднощі засинання	1,08 ± 0,13	0,89 ± 0,12	0,98 ± 0,15
Безсоння	1,00 ± 0,13*	0,8 ± 0,12	0,96 ± 0,14
Раннє пробудження	0,88 ± 0,12	1,00 ± 0,12	0,96 ± 0,14
Продуктивність діяльності	2,39 ± 0,18	2,61 ± 0,12*	2,52 ± 0,2
Загальмованість асоціативних процесів	2,53 ± 0,17	2,8 ± 0,19*	2,63 ± 0,18
Збудження	0,41 ± 0,1	0,46 ± 0,11	0,45 ± 0,09
Психічна тривога	2,53 ± 0,19*	2,47 ± 0,2	2,49 ± 0,2
Тривога соматична	1,53 ± 0,1	1,93 ± 0,1*	1,48 ± 0,09
Порушення шлунково-кишкового тракту	0,9 ± 0,12*	0,78 ± 0,1	0,86 ± 0,14
Загальносоматичні симптоми	1,63 ± 0,1*	1,5 ± 0,11	1,55 ± 0,09
Розлади у сексуальній сфері	0,53 ± 0,1	0,5 ± 0,1	0,52 ± 0,09
Іпохондричні розлади	1,96 ± 0,11	1,91 ± 0,11	1,92 ± 0,13
Зниження маси тіла	1,0 ± 0,13	1,03 ± 0,12	1,02 ± 0,14
Ставлення до захворювання	1,04 ± 0,13	1,01 ± 0,13	1,03 ± 0,14
Добові коливання стану	1,61 ± 0,1*	1,45 ± 0,11	1,52 ± 0,09
Відчуття дереалізації та деперсоналізації	1,08 ± 0,12	0,99 ± 0,1	1,03 ± 0,14
Маячні розлади	0,49 ± 0,09	0,51 ± 0,1	0,50 ± 0,09
Обсесивно-компульсивні розлади	0,43 ± 0,1	0,54 ± 0,11	0,49 ± 0,09
Сума балів загальна	27,63 ± 0,63	26,78 ± 0,65	27,15 ± 0,66

Власне афективні порушення були більш вираженими у хворих жіночої статі (2,57 проти 2,34 у хлопчиків, при $p < 0,05$), що можна було пояснити значно більшою схильністю осіб жіночої статі спілкуватися із лікарем-психіатром та детально описувати симптоматику. У дівчат також

переважали зниження продуктивності від діяльності ($2,61 \pm 0,12$) та загальна загальмованість асоціативних процесів ($2,8 \pm 0,19$).

При цьому у чоловіків більш виражені порушення були виявлені з боку добових коливань стану ($1,61 \pm 0,1$) та порушень травної системи ($0,9 \pm 0,12$). При цьому нами був виявлений феномен превалювання психічної тривоги у чоловіків ($2,53 \pm 0,19$), та домінування соматичної тривоги у жінок ($1,93 \pm 0,1$), який ймовірно пояснює більшу розповсюдженість соматовегетативного симптомокомплексу у осіб жіночої статі.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

Найбільш частими загальноклінічними проявами соматизованих депресивних розладів у підлітковому віці є підвищена втомлюваність, втрата інтересів до оточення, зниження настрою, порушення концентрації уваги, дратівливість та порушення апетиту.

Для осіб жіночої статі найбільш характерними є прояви соматовегетативного компонента у вигляді відчуття слабкості та запаморочення, порушення функціонування дихальної системи та відчуття дискомфорту у ділянці грудей; сенсорні порушення у вигляді парестезій та відчуття жару та холоду.

Для хворих чоловічої статі більш типовими ніж у жінок були порушення з боку травної (порушення травлення та абдомінальний дистрес) та сечостатевої систем (неорганічна дизурія та поліурія).

Найбільш типовими соціальними проявами соматизованих депресивних розладів є проблеми у відносинах із однолітками та дорослими, при цьому реакції уникнен-

ня та захисту є більш характерними для представників чоловічої статі.

Важливий інтерес для подальших досліджень становить феномен превалювання психічної тривоги над соматичною у чоловіків, та домінування соматичної тривоги у жінок, що ймовірно пояснює більшу розповсюдженість соматовегетативного симптомокомплексу у осіб жіночої статі.

Список літератури

1. Антропов Ю. Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю. Ф. Антропов, С. В. Бельмер. — М.: Медпрактика-М, 2005. — 444 с.
2. Кутько І. І. Афективні розлади // Психіатрія / І. І. Кутько, О. К. Напрєєнко, В. М. Козидубова / за ред. проф. О. К. Напрєєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 353—372.
3. Марценковський І. Я. Особливості діагностики та лікування депресивних розладів у дитячому віці / І. Я. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва // НейроNEWS. — 2008. — № 3. — С. 19—24.
4. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади : керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. — Львів : Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
5. Моховикова А. Н. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте / А. Н. Моховикова. — СПб.: АCADEMIA, 2008. — 408 с.
6. Петри А. Наглядная медицинская статистика / А. Петри, К. Сэбин. — СПб.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 168 с.
7. Психосоматическая медицина: Базисный курс для врачей и клинических психологов / О. Г. Сыропятов, Ю. Н. Астапов и др.; под ред. акад. А. Н. Крымской, проф. О. Г. Сыропятова. — К: Науковий світ, 2008. — 276 с.
8. Hamilton M. Rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neurolog. Neurosurg. Psychiat. — 1960. — Vol. 23. — P. 56—62.
9. The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS): development and psychometric properties // Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry. — 2002. — № 41(9). — P. 1061—1069.

Надійшла до редакції 18.03.2014 р.

РАЧКАУСКАС Геннадій Стасисович, доктор медичних наук, професор, головний лікар Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні, м. Луганськ; e-mail: okpnb_lugansk@mail.ru

ВИСОЧИН Євген Вікторович, асистент кафедри психіатрії та наркології Державного закладу «Луганський державний медичний університет», лікар-ординатор дитячого відділення Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні, м. Луганськ; e-mail: dr.vysochyn@gmail.com

ЧЕБОТАРЬОВ Євген Валерійович, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ; e-mail: dr.chebotarov@gmail.com

RACHKAUSKAS Gennadii Stasyovych, Doctor of Medical Sciences, Head Physician of the Luhans'k Regional Clinical Psychoneurological Hospital, Luhans'k; e-mail: okpnb_lugansk@mail.ru

VYSOCHYN Evgen Viktorovich, Assistant Professor, Department of Psychiatry and addiction Medicine State establishment "Luhans'k State Medical University", attending physician at Children's ward, Luhans'k Regional Clinical Psychoneurological Hospital, Luhans'k; e-mail: dr.vysochyn@gmail.com

CHEBOTAROV Ievgen Valeriyovich, MD, PhD, Assistant Professor, Department of Psychiatry and addiction Medicine, SE "Luhans'k State Medical University", Luhans'k; e-mail: dr.chebotarov@gmail.com