

УДК 616.89-008.454-053.6:159.922.73

Э. А. Михайлова, Т. Н. Матковская, Д. А. Мителев  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ  
 С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Е. А. Михайлова, Т. М. Матковська, Д. А. Мітельов  
**Особливості перебігу депресивних розладів у дітей та підлітків з неврологічними розладами**

Е. А. Mykhailova, Т. М. Matkovska, D. A. Mitelov  
**Features of the course of depressive disorders in children and adolescents with neurological disorders**

В работе представлена клинико-психопатологическая оценка феноменологии симптомов и клинических вариантов депрессии у детей в возрастном аспекте. Определена значимость феномена коморбидности в формировании и течения депрессии. Систематизированы клинические, социально-психологические, биологические факторы формирования и рекуррентного течения депрессии у детей. Поиск объективных маркеров депрессии и причин формирования рекуррентной депрессии у детей на различных этапах онтогенетического развития ребенка может быть использован для своевременной диагностики этих расстройств и стратегии эффективного терапевтического вмешательства и психопрофилактики прогрессирования аффективного заболевания в юношеском возрасте.

**Ключевые слова:** депрессия, коморбидность с неврологическими заболеваниями, дети, подростки

В роботі наведено клініко-психопатологічне оцінення феноменології симптомів і клінічних варіантів депресії у дітей у віковому аспекті. Визначена значущість феномену коморбидності у формуванні і перебігу депресії. Систематизовані клінічні, соціально-психологічні, біологічні фактори формування та рекуррентного перебігу депресії у дітей. Пошук об'єктивних маркерів депресії і причин формування рекуррентної депресії у дітей на різних етапах онтогенетичного розвитку дитини може бути використаний для своєчасної діагностики цих розладів та стратегії ефективного терапевтичного втручання і психопрофілактики прогресування афективного захворювання в юнацькому віці.

**Ключові слова:** депресія, коморбидність з неврологічними захворюваннями, діти, підлітки

The research represents a clinical and psychopathological assessment of the phenomenology of symptoms and clinical variants of children depression in the age aspect. The significance of comorbidity phenomenon in depression formation and course is determined. Clinical, social-psychological, biological factors of children depression formation and recurrent course are systematized. The search for objective markers of depression and causes of children recurrent depression at different stages of child ontogenetic development can be used for the timely diagnosis of these disorders and the strategy of effective therapeutic intervention and psychoprophylaxis of affective disease progression in adolescence.

**Key word:** depression, comorbidity with neurological diseases, children, adolescents

Вопрос о взаимосвязи психической коморбидности и уровня социальной адаптации больных депрессивными расстройствами представляется чрезвычайно значимым, так как точкой приложения усилий многих психиатров становится уменьшение выраженности симптомов депрессии [1—4]. Следует подчеркнуть, что психическая коморбидность, включая и когнитивные расстройства, рассматривается в качестве фактора риска для развития как депрессии, так и тревоги, либо является коррелятом психопатологических нарушений или, соответственно, маркером предрасположенности и маркером состояния [1]. К настоящему времени крупномасштабные эпидемиологические исследования во многих странах с применением серьезных статистических расчетов показали, что треть всех текущих заболеваний населения не соответствует диагностическим критериям только одного заболевания или одного расстройства. При этом данные многих исследований подтвердили важность учета сочетания двух и более независимых заболеваний, возникающих в течение жизни [5, 6]. В последние годы стремление к персонализации терапии предполагает изучение взаимовлияния и взаимоопотенцирования различных заболеваний и патологических состояний, которые имеются у одного больного [1]. Персонализированный подход диктует необходимость разностороннего изучения клинической картины основного, сопутствующих и перенесенных заболеваний, их комплексной оценки и рационального лечения.

Коморбидность (от лат. «со» — вместе (приставка), *morbus* — болезнь) — это сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность)

или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность). Коморбидность может быть связана с единой причиной или едиными механизмами патогенеза этих состояний, а иногда объясняется сходством их клинических проявлений, которое не позволяет четко дифференцировать их друг от друга. Следует учесть, что коморбидность — сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого (в случае, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения). Следовательно, под заболеваниями/нарушениями, коморбидными определенному заболеванию, понимают такие нарушения, которые встречаются при этом заболевании чаще, чем в общей популяции, и имеют с ним некоторые общие этиологические или патогенетические механизмы [7—11]. Некоторые авторы противопоставляют друг другу понятия коморбидности и мультиморбидности, определяя первую как наличие нескольких заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом, а вторую — как наличие заболеваний, не связанных между собой. Коморбидность депрессии с рядом психических и соматоневрологических расстройств значительно затрудняет диагностику аффективного заболевания [7—11]. Трудности диагностики депрессии обусловлены совпадением симптомов различных заболеваний, что особенно выражено при тревожных расстройствах и расстройствах настроения [12—18]. Современные диагностические схемы предполагают большую вероятность диагностики нескольких расстройств у одного пациента. Коморбидность обуславливает сложности диагностики и лечения. В исследованиях показано, что

у 10,7—27,4 % больных два или несколько эпизодов депрессии ошибочно оценивают как рекуррентное депрессивное расстройство, хотя, на самом деле, это начальный этап течения биполярного аффективного расстройства.

Цель исследования: определить течение депрессии у детей и подростков, коморбидных с некоторыми неврологическими заболеваниями. Исследование выполнялось в отделении психиатрии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (ГУ ИОЗДП НАМН Украины) с 2013 по 2018 год.

В основу классификации депрессии у детей были положены клиническая форма, тип течения, длительность заболевания, наличие коморбидности с соматоневрологическими расстройствами. Выбор пациентов осуществляли на основе квалификации депрессий на момент обследования в рамках депрессий непсихотического регистра. Оценку психопатологии проводили на основе двух современных методологических подходов: категориального и дименсионального. Первый обеспечивает клинически необходимое объединение симптомов, что определяет психопатологический статус больного, а второй расширяет возможность детального рассмотрения группы признаков/симптомов.

Для оценки выраженности депрессии использовали тест CDRS-R (Children's Depression Rating Scale-Revised), шкалу общего клинического впечатления Clinical Global Impression (CGI), краткую шкалу оценки психического состояния — MMSE (Mini Mental State Examination). Клинико-неврологические методы исследования заключались в сборе жалоб, изучении анамнеза, исследовании неврологического статуса. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале. Проведено комплексное клинико-психопатологическое, психодиагностическое исследование 168 детей 7—18 лет с тревожными расстройствами (78 мальчиков и 90 девочек), которые находились на стационарном лечении в отделении психиатрии ИОЗДП НАМН Украины в период 2013—2018 гг. Возрастное распределение: дети (7—11 лет) — 64 человека, младший подростковый возраст (12—14 лет) — 56 человек, старший подростковый возраст (15—18 лет) — 48 человек.

Среди наиболее частых жалоб детей с депрессивными расстройствами были беспокойство (100 %), раздражительность (100 %), снижение фона настроения (100 %), поведенческие нарушения (100 %), тревожность (100 %) головная боль (100 %), снижение концентрации внимания (96,5 %), возбудимость (82,6 %), обсессивные действия в виде онихофагии либо ритуальных обсессивных действий (72,4 %), беспокойный сон (72,4 %). В группе как младшего, так и старшего подросткового возраста: раздражительность (100 %), тревожность (100 %), снижение фона настроения (100 %), возбудимость (93,2 %), головная боль (100 %), снижение памяти (77,0 %), учащенное сердцебиение (75,6 %), нарушение формулы сна в виде затрудненного засыпания и беспокойного сна (66,2 %). Более чем у половины подростков с депрессией обнаружены следующие симптомы: снижение настроения, снижение самооценки, утрата интереса, что достоверно чаще, чем в группе у детей 7—11 лет ( $p < 0,001$ ). Когнитивные нарушения, составляющие клинику депрессивного расстройства детей в виде нарушений памяти, имеют достаточно высокий удельный вес как у детей, так и у подростков

(77,0 % и 86,2 % соответственно,  $p < 0,05$ ). У детей превалировало снижение концентрации внимания (96,5 % и 68,9 % соответственно,  $p < 0,001$ ). Нарушение работоспособности превалировало у подростков (93,2 % и 65,5 % соответственно,  $p < 0,001$ ).

Исследованиями установлено, что симптомы депрессии у детей различались в зависимости от этапа полового созревания. Анализ симптомов депрессии позволил их дифференцировать и выделить основные категориальные блоки. У детей в препубертатном возрасте превалируют симптомы эмоциональной сферы — раздражительность, плаксивость, тревога, обидчивость, подавленность, скука; в соматической — снижение аппетита, утомляемость, головная боль, в психологической — снижение самооценки и уверенности в себе, снижение памяти и концентрации внимания. У подростков 12—14 лет с депрессией превалируют преимущественно следующие симптомы эмоциональной сферы — тревога, подавленность, напряженность, утрата интереса к деятельности, скука. В соматической сфере — утомляемость, различные висцеральные проявления, нарушение пищевого поведения. Обращает внимание факт, что психологические симптомы депрессии для пациентов младшей подростковой группы (12—14 лет) включают снижение самооценки, снижение памяти, суицидальное поведение, коммуникативные девиации, социальную отчужденность, аддиктивное поведение, социальную агрессию. У подростков 14—18 лет иерархия симптомокомплексов аналогична симптоматике депрессии у взрослых пациентов — тревога, подавленность, напряженность, утрата интереса к деятельности. В соматической сфере у них превалируют диссоматические расстройства, алгии. Психологические симптомы представлены снижением самооценки, пессимизмом, чувством собственной ненужности. В моторной сфере у одной трети пациентов зарегистрирована частичная утрата спонтанности, а в социальной — агрессия (78,6 %), указывающие на нарастание тяжести аффективного заболевания по мере взросления ребенка.

Среди неврологических расстройств у детей 7—11 лет зарегистрирована гиперактивность с дефицитом внимания (57,8 %), синдром субкомпенсированной ликворной гипертензии (76,5 %), когнитивные нарушения (90,6 %). У пациентов младшей подростковой группы (12—14 лет) превалировала хроническая головная боль напряжения (92,8 %), когнитивные нарушения встречались у почти у двух третей пациентов (66,1 %), аналогичная закономерность сохраняется и у пациентов старшей подростковой группы (15—18 лет) — 81,2 % и 77,1 % соответственно. Клинические варианты депрессии у детей имеют ряд особенностей в зависимости от этапа полового созревания. У детей в препубертатном возрасте депрессия представлена клиническими вариантами: соматическим (42,1 %), поведенческим (36,8 %), тревожным (15,8 %), реже — астеническим (5,8 %). У подростков младшей возрастной группы превалирует поведенческий вариант депрессии (42,8 %), у одной пятой (21,4 %) — тревожный вариант, ипохондрический (14,3 %), соматический (14,3 %), реже — астенический (7,1 %) варианты. У подростков старшей возрастной группы сохраняется та же аналогия поведенческого варианта (33,3 %) с тенденцией к некоторому снижению: тревожный вариант депрессии зарегистрирован у 22,2 % больных; апатический вариант депрессии (22,2 %) достоверно чаще

реєструється у підлітків цієї вікової групи; соматичний варіант депресії реєструється в 11,1 % випадків.

В 56,5 % випадків реєструється рекуррентний тип течії депресивного розладу.

Рекуррентний тип течії зареєстрований у дітей 7—11 років з гіперактивністю з дефіцитом уваги, а у підлітків — з хронічною головою болем напруження достовірно частіше в групах з неврологічними захворюваннями.

В таблиці представлені показники кореляційних зв'язків клінічних, соціально-психологічних, конституційно-біологічних факторів формування і рекуррентної депресії у дітей.

**Взаємозв'язок клінічних, соціально-психологічних, конституційно-біологічних факторів формування і рекуррентного типу течії депресії у дітей**

Фактори	Коефіцієнт кореляції, <i>r</i>
Хронічні психотравмуючі фактори	0,578
Перший епізод депресії в молодшому шкільному віці	0,768
Хронічна головна біль напруження	0,788
Нарушення в системі діади «мати — дитина» на ранній стадії онтогенезу	0,432
Гіперактивність з дефіцитом уваги	0,746
Інфантилізм	0,890
Синдром лікворної гіпертензії	0,496
Важке перинатальне періоду	0,329
Важке народного періоду	0,491
Емоційно-лабільні розлади органічного генезу	0,566
Церебральна органічна недостаточність	0,460
Наявність в анамнезі закритих черепно-мозгових травм або нейроінфекцій	0,184
Тревога	0,835
Когнітивна дефіцитність	0,948
Кількість епізодів депресії на попередніх стадіях онтогенезу	0,835
Хронічні психотравмуючі фактори	0,600
Возбудимість як ознака характеру	0,608
Гіпоактивність на першому році життя	0,211
Недостаточність емоційних зв'язків	0,708
Низька самооцінка	0,703
Аддиктивне поведіння	0,799
Відхилення в середовищі ровесників	0,625

*Примітка:*  $p < 0,05$  — рівень значимості коефіцієнта кореляції

Встановлено, що серед факторів формування і несприятливого перебігу депресії у дітей позитивну кореляційну зв'язок мають показники: когнітивна дефіцитність ( $r = 0,948$ ), інфантилізм ( $r = 0,890$ ), тривога ( $r = 0,835$ ), кількість епізодів депресії на попередніх стадіях онтогенезу ( $r = 0,835$ ),

хронічна головна біль напруження ( $r = 0,788$ ), гіперактивність з дефіцитом уваги ( $r = 0,746$ ), перший епізод депресії — в молодшому шкільному віці ( $r = 0,768$ ). В розвитку рекуррентної депресії у дітей суттєво впливали психологічні фактори: недостаточність емоційних зв'язків ( $r = 0,708$ ), низька самооцінка ( $r = 0,703$ ), «відхилення в середовищі ровесників» ( $r = 0,625$ ), «хронічні психогенні» ( $r = 0,600$ ). Отже, визначені клінічні, психологічні, біологічні фактори перебігу депресивних розладів у дітей, що необхідно врахувати при формуванні програм медико-соціального супроводу.

Пошук об'єктивних маркерів депресії і причин формування рекуррентної депресії у дітей на різних етапах онтогенетичного розвитку дитини може бути використаний для своєчасної діагностики цих розладів, стратегій терапевтичного втручання і ефективних програм психопрофілактики прогресування депресивного розладу в юнацькому віці.

**Список літератури**

1. Марута Н. О. Сучасні проблеми коморбідних розладів в психіатрії: погляд фахівців // Український медичний часопис. 2013-06-14. С. 1—4. URL : www.umj.com.ua.
2. Interrelationships between depression, anxiety and cognitive deficit in primary care patients / A. E. Bobrov, V. N. Krasnov, T. V. Dovzhenko, D. M. Tsarenko // Nordic Congress of Psychiatry Abstract Book. 2012. P. 23.
3. Копейко Г. І. Смішані афективні стани в юнацькому віці (історичний аспект, сучасне становище проблеми, психопатологія) // Журнал неврології і психіатрії ім. С. С. Корсакова. 2011. № 10. С. 4—11.
4. Ollendick T. H., Ost L. G., Reuterskiöld L., Costa N. Comorbidity in Youth with Specific Phobias: Impact of Comorbidity on Treatment Outcome and the Impact of Treatment on Comorbid Disorders // Behav Res Ther. 2010. № 48(9). P. 827—831. DOI: 10.1016/j.brat.2010.05.024.
5. Михайлов Б. В. Проблема оцінки ефективності і якості надання психотерапевтичної допомоги // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 3 (64). С. 137—138.
6. Mykhailova E., Proskurina T. Cognitive and Neurophysiological Markers of Depression in Children // Focusing on Access, Quality and Humane Care: XVI World Congress of Psychiatry. Spain, Madrid, 2014. P. 1074.
7. Депресія у підлітків (клініко-віковий, нейрокогнітивний, генетичний аспекти) / Е. А. Михайлова, Т. Ю. Прокуріна, Н. В. Багацька, Д. А. Мітельов [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 75—78.
8. Clinical, Psychological, Social and Biological Risk Factors of Depression in Children / E. Mykhailova, T. Proskurina, T. Matkovska, D. Mitelov // World Psychiatric Association International Congress; Austria. Vienna, 2013. P. 224.
9. Combined Treatment with Cognitive-Behavioural Therapy in Adolescent Depression: Meta Analysis / Dubicka B., Elvins R., Roberts C. [et al.] // Br J Psychiatr. 2010. No. 197(6). P. 433—440. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.075853.
10. Adolescent Depression: Clinical Features and Therapeutic Strategies / Nardi B., Francesconi G., Catena-Dell'osso M., Bellantuono C. // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2013. No. 17 (11). P. 1546—1551. PMID: 23771545.
11. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for acute anxiety disorders in children and adolescents: study protocol for a network meta-analysis / Yuqing Zhang, Xinyu Zhou, Anthony C. James [et al.] // BMJ Open. 2015. No. 5(10). P. 207—222.
12. From Childhood to Adult Age: 18-year Longitudinal Results and Prediction of the Course of Mental Disorders in the Community / Fichter M. M., Kohlboeck G., Quadflieg N. [et al.] //

Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2009. No. 44(9). P. 792—803. DOI: 10.1007/s00127-009-0501-y.

13. Lang N. D., Ferdinand R. F., Verhulst F. C. Predictors of Future Depression in Early and Late Adolescence // J Affect Disord. 2007. No. 97. P. 137—144. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.007.

14. Sourander A., Helsta L. Childhood Predictors of Externalizing and Internalizing Problems in Adolescence. A Prospective Follow-up Study from Age 8 to 16 // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2005. No. 14. P. 415—423. DOI: 10.1007/s00787-005-0475-6.

15. Марценковский И. А., Бикшаева Я. Б. Депрессивные и дисморфные нарушения у детей: взгляд через призму психиатрии развития // Здоров'я України. 2007. № 11(1). С. 52—54.

16. Алгические расстройства у детей с депрессией (онтогенетический аспект) / Э. А. Михайлова [и др.] // Russian Course on Pediatric Neurology and Related Specialities: материалы IV Балтийского конгресса по неврологии. С.-Пб., 2014. С. 36.

17. Suicidal Ideation, Deliberate Self-Harm Behaviour and Suicide Attempts among Adolescent Outpatients with Depressive Mood Disorders and Comorbid Axis I Disorders / Tuisku V., Pelkonen M., Karlsson L. [et al.] // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006. No. 15(4). P. 199—206. DOI: 10.1007/s00787-005-0522-3.

18. Nardi B., Francesconi G., Catena-Dell'osso M., Bellantuono C. Adolescent Depression: Clinical Features and Therapeutic Strategies // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2013. No. 17(11). P. 1546—1551. PMID: 23771545.

*Надійшла до редакції 19.07.2019 р.*

**МИХАЙЛОВА Эмилия Ауреловна**, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующая отделением психиатрии Государственного учреждения «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИОЗДП НАМН Украины»), г. Харьков, Украина; e-mail: emiliam2013@ukr.net

**МАТКОВСКАЯ Татьяна Николаевна**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психиатрии ГУ «ИОЗДП НАМН», г. Харьков, Украина; e-mail: 2396366@gmail.com

**МИТЕЛЕВ Дмитрий Анатольевич**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психиатрии ГУ «ИОЗДП НАМН», г. Харьков, Украина; e-mail: docdim2000@ukr.net

**MYKHAILOVA Iemiliia**, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry of the State Institution "Institute of the health of children and adolescents of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("IHCCA of the NAMS" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: emiliam2013@ukr.net

**МАТКОВСКА Tetiana**, MD, PhD, Senior Researcher at the Department of Psychiatry of the "IHCCA of the NAMS" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: 2396366@gmail.com

**МИТЕЛОВ Dmytro**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Psychiatry of the "IHCCA of the NAMS" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: docdim2000@ukr.net