

вікового розвитку, значною мірою ускладнює можливість об'єктивного динамічного спостереження досліджуваних феноменів і зумовлює диференціально-діагностичні труднощі тривожних розладів.

Мета дослідження: розробити інноваційну модель діагностики тривожних розладів у дітей.

Обстежено 84 дітей віком 6—14 років. Застосовували клініко-психопатологічний метод, психодіагностичні методи: опитувальник CDRS-R для оцінки депресії, методику багатовимірної оцінки дитячої тривожності (МОДТ), структуроване психологічне інтерв'ювання; опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90; шкалу особистісної (OT) та реактивної тривоги (PT) Спілбергера; проєктивні малюнкові тести («Тест на вміння адаптуватися до критичних ситуацій»). Дослідження церебральної нейродинаміки здійснювали на ґрунті багатовимірного лінійного та нелінійного аналізу ЕЕГ, обчислення індексу варіабельності серцевого ритму (BCP).

Діти з тривожними розладами характеризувалися наявністю високого рівня OT та PT. В структурі тривожності превалювали високі показники за шкалою загальної тривожності. За неусвідомлюваними складовими емоційного стану хворих виявлено різноманітний спектр фрустрованих потреб із переважанням фрустрації потреби в емоційному прийнятті у хлопців та схильності до психологічної відстороненості в дівчат. Типологія тривожного розладу хворих залежала від віку: у дітей 7—11 років визначався конституціонально-невротичний варіант, у підлітків 12 років і старше — тимопатичний варіант.

Розроблено й апробовано альтернативний метод діагностики тривоги у дітей, що базується на визначенні інтенсивності симптомів тривоги і депресії, інтеграції інформації, отриманої в проєктивних малюнкових тестах, та показниках індексу тривоги за даними енцефалографії (BCP). Запропонований «Коефіцієнт вираженості показників тривоги та депресії», що розраховують як суму балів за тестом депресії CDRS-R, рівнем тривоги за даними проєктивних тестів, та індексу тривоги BCP. За наявності показника депресії 55—65 балів за тестом CDRS-R, показників тривоги (від 1 до 5 балів) за даними проєктивних тестів 0,2 бали та нижче за індексом тривоги BCP — рівень тривоги розцінюють як субклінічний. За наявності 65—74 балів та більше за тестом CDRS-R, показників тривоги — 6 балів та більше, індексу тривоги (ЕЕГ BCP) понад 0,3 бали (середнє значення — 0,45 бали) діагностують тривожний депресивний розлад.

Можливість визначення інформативних маркерів ризику формування тривожно-депресивного розладу у дітей дає змогу прогнозувати несприятливий тип перебігу хвороби, забезпечити своєчасне диференційоване лікування і вторинну профілактику тривожних розладів.

УДК 575.1:616.89-008.44-053.2/.5

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Багацька Н. В., Мітельов Д. А., Матковська Т. М., Глотка Л. І.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків)

Клініко-генетичний аспект тривожно-фобічних розладів у дітей у контексті первинної та вторинної профілактики

В літературі широко обговорюють питання про розповсюдженість тривожних розладів у дитячому та підлітковому віці, а також про роль різноманітних чин-

ників (спадкової схильності, стресових ситуацій, особливостей сімейного функціонування) у їх виникненні (Smoller J., 2015). Аналіз сучасної літератури свідчить про те, що на сьогодні висувається концепція про роль одного з механізмів соматичної мозаїчності — активації руху мобільних генетичних елементів в патогенезі психічних розладів і вважається, що однією з основних причин дестабілізації геному, змін в системі для підтримання стабільності геному є група РНК-редагуючих білків AID/APOBEC (С. В. Тошаков та ін., 2013). В контексті профілактики важливо виявлення сімейної концентрації психопатологічних симптомів тривоги і внеску середовищних чинників у формування тривожно-фобічних розладів в дитячому та підлітковому віці.

Мета — дослідити внесок спадкового і середовищного компонентів у формування тривожно-фобічних розладів у дітей.

Дослідження за допомогою психопатологічного, генеалогічного та цитогенетичного методів проведено у 50 дітей із тривожно-фобічними розладами, які були обстежені в ДУ «ІОЗДП НАМН». Групу порівняння склали 75 умовно здорових однолітків, що не мали тяжкої мультифакторної патології. Збирання родоводів проводили за П. Харпером.

Клінічні особливості емоційного стану дітей з тривожними розладами характеризуються психологічними феноменами — розгубленість, образа, розчарування, які стають фундаментом і підґрунтям невротичного реагування. Варіанти унікальної поведінки у дітей в подальшому впливають з симптомів тривожно-фобічних розладів, типології емоційних переживань травматичної події і тривалого психотравмуючого невирішеного конфлікту. Наявність вегетативних порушень в структурі тривожного розладу у підлітків з включенням пароксизмальних станів (тахікардія, запаморочення, задишка, панічні атаки) сприяють імпринтингу невротичних проявів та ранньої соматизації. У хворих дітей з тривожно-фобічними розладами визначено сімейне накопичення мультифакторних захворювань. Внесок генетичного компонента в схильність щодо тривожно-фобічних розладів складає 23,2 %, а середовищного — 76,8 %. Спонтанний рівень хромосомних аберацій у лімфоцитах крові хворих обох статей із тривожно-фобічними розладами перевищує частоту хромосомних аберацій здорових дітей в 4,6 рази. Для забезпечення профілактики ризику розвитку тривожно-фобічних розладів у дитини на наступних етапах онтогенезу пропонується використання двох препаратів: цитофлавіну в поєднанні з фолієвої кислотою. Сполучення цих препаратів забезпечує поліпшення когнітивного функціонування, регрес симптомів тривожності та депресії, попереджує виникнення рецидивів в найближчому та віддаленому майбутньому. Ці комплекси можна використовувати з профілактичною та терапевтичною метою. Запропонований комплекс з найменшим фармакобіологічним навантаженням сприятиме покращенню ментальних функцій, ліквідації когнітивних викривлень, поліпшенню психосоціальної адаптивності та стабілізації генома хворої дитини.

Отже, проведені дослідження свідчать про значний внесок середовищних чинників у формування тривожних розладів у дітей. Визначення підвищеного рівня хромосомних порушень у хворих із тривожно-фобічними розладами диктує необхідність проведення специфічних профілактичних заходів.