

УДК 616-009.832-053.5(571.1/5)

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ШКОЛЬНИКОВ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ СИБИРИ С СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

¹Эверт Л.С., ²Реушева С.В., ³Паничева Е.С., ¹Зайцева О.И., ³Гришкевич Н.Ю.,
³Бахшиева С.А., ¹Боброва Е.И.

¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН,
Красноярск, e-mail: imprn@imprn.ru;

²КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона», Красноярск,
e-mail: gkb20@mail.ru;

³ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, e-mail: rektorkgmu@rambler.ru

Проведен анализ взаимосвязи эмоционально-поведенческих расстройств и синкопальных состояний у 2153 школьников южных регионов Сибири (мальчиков и девочек). Основную группу составили дети с синкопальными состояниями, группу сравнения – дети без эпизодов синкопе в анамнезе. Синкопальные состояния имели 16,0% обследованных, синкопе чаще регистрировались в старшей возрастной группе (12-17 лет), чем в младшей (7-11 лет) и в 2 раза чаще у девочек (10,6%) в сравнении с мальчиками (5,4%). Детей с пограничными оценками шкалы гиперактивности/дефицита внимания оказалось больше (14,4 и 8,3%, $p=0,0015$) в группе с синкопальными состояниями. Школьники с эпизодами синкопе отличались большим количеством лиц с пограничными (5,9 и 3,7%, $p=0,0871$) и отклоняющимися (11,4 и 4,8%, $p<0,0001$) оценками шкалы эмоциональных симптомов, среди них было больше детей со значительными отклонениями в поведении (8,5 и 5,5%, $p=0,0539$) и больше доля лиц, имеющих проблемы во взаимоотношениях с другими детьми ($p=0,0235$).

Ключевые слова: дети, синкопальные состояния, эмоционально-поведенческие нарушения

EMOTIONAL BEHAVIORAL DISORDERS OF PUPILS SOUTHERN REGIONS OF SIBERIA SYNCOPE

¹Evert L.S., ²Reusheva S.V., ³Panicheva E.S., ¹Zaytseva O.I., ³Grishkevich N.Y.,
³Bahshieva S.A., ¹Bobrova E.I.

¹Scientific Research Institute of Medical Problems of the North, SB RAMS, Krasnoyarsk,
e-mail: imprn@imprn.ru;

²Krasnoyarsk Interdistrict Hospital number 20 after IS Berzon, Krasnoyarsk,
e-mail: gkb20@mail.ru;

³Krasnoyarsk State Medical University, Professor VF Voyno-Yasenetsky Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: rektorkgmu@rambler.ru

The analysis of the relationship of emotional and behavioral disorders and syncope in 2153 schoolchildren southern regions of Siberia (boys and girls). Study group comprised children with syncope, the comparison group – children without a history of syncope episodes. Syncope had 16.0% of the patients, syncope often recorded in the oldest age group (12-17 years) than in younger (7-11 years old) and 2 times more common in girls (10.6%) than boys (5.4%). Children with borderline scale ratings of hyperactivity / attention deficit was higher (14.4 and 8.3%, $p=0.0015$) in the group with syncope. Pupils with episodes of syncope different lots of individuals with borderline (5.9 and 3.7%, $p=0.0871$) and deviating (11.4 and 4.8%, $p<0.0001$) estimates of the scale of emotional symptoms of they had more children with significant behavioral problems (8.5 and 5.5%, $p=0.0539$) and the greater the proportion of individuals who have problems in relationships with other children ($p=0.0235$).

Keywords: children, syncope, emotional and behavioral disorders

Психическое здоровье, по определению ВОЗ (1979 г.), – это определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолевать неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах [6]. В экстремальных условиях, превышающих индивидуальные физиологические возможности адаптации человека могут возникать обморочные (синкопальные) состояния. Синкопальное состояние – это кратковременная потеря сознания и постурального

тонуса с последующим полным их восстановлением, наступающая в результате транзиторной и диффузной мозговой гипоперфузии (ESC, 2009). Обмороки широко распространены в человеческой популяции, около 30-40% людей имели хотя бы один эпизод синкопе на протяжении жизни. Многими исследователями отмечается высокая распространенность обмороков среди детей и подростков. Наличие синкопальных состояний, особенно возникающих неоднократно, существенно осложняет жизнь

большого, влияя на ее качество и вызывая оправданную тревогу, как у самого пациента, так и у его близких [2, 3].

Высокая чувствительность детского организма к влиянию внешнесредовых факторов, резкое увеличение стрессовых воздействий на детей школьного возраста с одновременным снижением их адаптационных возможностей, изменяющаяся система общего среднего образования приводят к широкому распространению и постоянному росту нарушений поведения в детском возрасте, что в дальнейшем может привести к серьезным последствиям во взрослой жизни: трудностям социальной адаптации, асоциальному поведению и преступности, склонности к алкоголизации [1, 4, 5, 7, 8, 10]. В связи с этим изучение особенностей нарушений эмоционально-поведенческих расстройств у школьников с синкопальными состояниями является чрезвычайно важной и актуальной проблемой в настоящее время, так как поможет выявить не только сами расстройства у данной категории детей, но и своевременно скорректировать их поведение и взаимоотношения с другими людьми, чтобы в будущем у них не возникло трудностей социальной адаптации и дезориентации личности.

Целью настоящего исследования было изучение особенностей эмоционально-поведенческих расстройств у школьников с синкопальными состояниями, проживающих в южных регионах Сибири.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были дети школьного возраста (7-17 лет), проживающие в южных регионах Сибири (Красноярский край, Республика Хакасия). Всего обследовано 2153 школьника. Сбор необходимой информации осуществлялся методом анкетирования. Наличие и структура эмоционально-поведенческих расстройств оценивались с помощью русской версии стандартизованного скринингового опросника Р. Гудмана «Сильные стороны и трудности» (ССТ) [9]. Программа исследования включала проведение двух этапов: изучение частоты встречаемости и возрастно-половой структуры синкопальных состояний у обследованных школьников, на втором этапе проанализирована частота и структура эмоционально-поведенческих нарушений у детей, страдающих синкопе в сравнении с группой без эпизодов синкопе. Основную группу составили 344 школьника с синкопальными состояниями, группу сравнения – 1809 детей аналогичного возраста без эпизодов синкопе в анамнезе. Анкетный опрос проводился после получения письменного информированного согласия на участие в исследовании родителей детей младше 15 лет или самих школьников старше 15 лет.

Статистическая обработка проведена на персональном компьютере с применением ППП «Statistica 5.5 for Windows». Для сравнения частот бинарного признака в двух не связанных группах использовали критерий χ^2 Пирсона. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью изучения частоты встречаемости синкопальных состояний в популяции сибирских школьников проведено анкетирование 2153 детей школьного возраста, из них 1024 мальчика и 1066 девочек. Синкопальные состояния в анамнезе имели место у 344 из 2153 обследованных, что составило 16,0%. Синкопе чаще регистрировались в старшей возрастной группе (12-17 лет), чем в младшей (7-11 лет) и в 2 раза чаще у девочек (10,6%) в сравнении с мальчиками (5,4%).

Важным этапом наших исследований было изучение ассоциации синкопальных состояний с наличием у детей нарушений в эмоционально-поведенческом статусе. Нарушения поведения представляют почти 50% всех клинически выраженных психических расстройств, впервые появляются в детстве и характеризуются недостаточным контролем поведения, вспышками гнева, неповиновением, агрессией, а также ложью, воровством, злоупотреблением наркотиками. Расстройства поведения являются причиной нарушения адаптации ребенка к школе, ухудшения его способности к обучению. Эмоционально-поведенческие расстройства у детей из семей социального риска (дисфункциональные семьи с внутрисемейным стрессом) характеризуются высоким уровнем психомоторного беспорядка с повышенной поведенческой активностью, ситуационной тревожностью, часто встречающимися психосоматическими расстройствами [6].

Особенно неблагоприятный прогноз для дальнейшей социальной адаптации имеют сочетанные формы нарушений: сочетание нарушений поведения с эмоциональными расстройствами. Сочетанные формы патологии в детском возрасте являются высоким фактором риска суицидального, асоциального поведения, преступности, алкогольной и наркотической зависимости во взрослой жизни. Известно, что нарушения поведения у мальчиков и склонность к асоциальному поведению во взрослой жизни у мужчин встречаются в 4-7 раз чаще, чем у женщин. У девочек большинство нарушений имеют наследственную предрасположенность, а у мальчиков, кроме наследственности, большое значение имеют ранние мозговые повреждения. За последние 20-25 лет психиатрами отмечен рост нарушений поведения у детей и подростков, который наблюдается как среди юношей, так и среди девушек всех социальных слоев и затрагивает все типы семей. Подобная ситуация отмечается и в России.

Причины возникновения нарушений поведения у детей весьма разнообразны и включают в себя как причины биологического характера, так и влияние экзогенных факторов, в том числе особенностей семейного воспитания. Многочисленными исследованиями зарубежных авторов, включающих близнецовые и семейные исследования, доказано, что нарушения поведения у детей в значительной степени обусловлены генетическими факторами [6]. Среди внешних факторов, влияющих на появление патологии в детском возрасте, рассматривается и роль стресса как пускового механизма заболевания. При проведении ряда исследований, было показано, что в большей степени влияние психотравмирующей ситуации сказывается на возникновении эмоциональных расстройств у детей. В основе влияния стрессовых факторов на появление тревожно-депрессивных расстройств, лежит наследственная предрасположенность индивидуальной чувствительности личности к факторам среды [6].

Вопрос о причинах нарушений поведения у детей в настоящее время является наиболее спорным. Нарушения поведения у детей имеют мультифакторное происхождение, включая наследственность, воздействие неблагоприятных факторов перинатального периода и факторов близкого семейного окружения. Безусловно, что среди всех факторов, приводящих к нарушениям поведения у детей, ведущая роль принадлежит наследственности. Но на фоне генетического риска возрастает роль неблагоприятного влияния других факторов, что значительно увеличивает частоту как отклоняющегося поведения, так и СДВГ [6].

Опросник Р. Гудмана охватывает основные признаки эмоциональных и поведенческих нарушений, которые отмечаются у ребенка за последние шесть месяцев. Оценки в баллах распределяются по пяти шкалам: эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность/невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение. Сумма первых четырех шкал составляет общую оценку проблем. В соответствии с критериями оценки каждой из шкал опросника проводится деление обследованных на лиц, имеющих нормальные, пограничные и отклоняющиеся оценки.

Просоциальное поведение определяют как действия с намерением помочь другим, не рассчитывая на вознаграждение. Эти действия и поступки, включающие сочувствие, помощь, участие, сотрудничество, спасение, протекцию и физическую защиту, в основном подходят под определение альтру-

изма – бескорыстной заботе о благе других. Часто просоциальное поведение заставляет человека чем-то пожертвовать, предполагает определенные расходы или даже риск для субъекта. Однако эти действия – не просто набор социальных навыков. Достигнув полного развития, такое поведение сопровождается чувствами дружбы, заботы и теплоты, в том числе сопереживания чувствам других. Например, если ребенок видит печального человека и сам начинает печалиться, он сопереживает ему (испытывает эмпатию к нему).

В нашем исследовании при анализе просоциальной шкалы опросника Р. Гудмана было установлено, что подавляющее большинство (81,0%) обследованных школьников не имело каких-либо отклонений просоциального поведения, у 10,1% диагностированы пограничные нарушения, а 8,9% детей имели отклоняющиеся оценки данной шкалы, что свидетельствовало о наличии у них социально-психологической дезадаптации. Число детей с пограничными и отклоняющимися оценками просоциальной шкалы в группах с синкопальными состояниями и без эпизодов синкопе в анамнезе было сопоставимым и составляло соответственно 8,9 и 10,3% – для пограничных оценок и 8,9 и 8,9% – для отклоняющихся ($p > 0,05$).

Синдром гиперактивности – одно из самых распространенных психоневрологических расстройств. Оно проявляется нарушениями поведения и трудностями при обучении в дошкольном и школьном возрасте у 3-7% детей, начиная с 3-4-летнего возраста. Дети дошкольного возраста отличаются от других детей высокой двигательной активностью и импульсивностью: они постоянно бегают, прыгают, скачут, лезут в неположенные места, часто подвергая опасности себя и окружающих. Такие дети непослушные и трудноуправляемые, у них имеется выраженное нарушение внимания, поэтому им приходится по несколько раз объяснять, чтобы добиться понимания и адекватной реакции. Оказавшись в условиях школы, ребенок с гиперреактивностью по-прежнему испытывает сложности с дисциплиной: на занятиях крутится, пристает к другим ученикам, балуется, разговаривает, смеется. Несмотря на запрет и замечания учителя, может ходить по классу и выбегать в коридор. Невнимательность и непослушание мешают ребенку сосредоточиться на обучении, ему сложнее усваивать учебный материал, поэтому часто возникают ошибки при письме и чтении, а также трудности с самостоятельным выполнением заданий. Поведение детей отличается провокацион-

ным характером: они дразнятся, паясничают, говорят обидные слова. Игры таких детей часто носят агрессивный и разрушительный характер. Дети с гиперреактивностью чаще нарушают дисциплину, ругаются и дерутся с другими детьми.

Сравнительный анализ шкалы гиперактивности (ГА) выявил отсутствие данных нарушений у 85,6% обследованных школьников, доля детей с пограничными оценками шкалы ГА составила 9,2%, а число детей с отклоняющимися оценками шкалы было равно 5,1%. Школьников, не имевших отклонений по шкале ГА, было больше в группе без синкопе (86,5 и 80,8%, $p=0,0143$), а детей с пограничными оценками оказалось больше (14,4 и 8,3%, $p=0,0015$) в группе с синкопальными состояниями. Отклоняющихся оценок было одинаковое количество в обеих сравниваемых группах (4,8 и 5,2%, $p=0,7793$).

По шкале эмоциональных симптомов нами выявлено наличие нарушений эмоционального статуса у 9,8% обследованных школьников, из них пограничные отклонения имели место у 4,0% детей и отклоняющиеся оценки данной шкалы были у 5,8% детей. Подавляющее большинство (90,2%) обследованных школьников не имело отклонений эмоционального статуса, причем доля таких детей была больше в группе без синкопальных состояний (91,5%) и меньше – среди детей с эпизодами синкопе в анамнезе (82,7%, $p<0,0001$). Школьники с синкопальными состояниями отличались большим количеством лиц с пограничными (5,9 и 3,7%, $p=0,0871$) и отклоняющимися (11,4 и 4,8%, $p<0,0001$) оценками шкалы эмоциональных симптомов в сравнении с детьми, не страдающими синкопе.

Психические расстройства у части обследованных нами школьников проявлялись симптомами поведением, что подтверждалось наличием пограничных (8,7%) и отклоняющихся (5,9%) оценок шкалы с аналогичным названием. Большая же часть детей не имели отклонений психического статуса в поведенческой сфере (85,4%). Симптомы нарушенного поведения в 2,3 раза чаще регистрировались у мальчиков, чем у девочек. У 42,7% школьников выявленные нервно-психические нарушения были представлены каким-либо одним видом патологии, у 57,3% отмечались сочетанные формы нарушений. Из коморбидных нарушений наиболее часто встречались сочетания эмоциональных расстройств с расстройствами поведения (68,4%). Значительные нарушения поведения, подтверждаемые наличием отклоняющихся оценок шкалы проблем с поведением, чаще

имели школьники с синкопальными состояниями – 8,5% против 5,5% у детей без синкопе ($p=0,0539$). Несколько чаще имели дети с синкопе и пограничные характеристики анализируемой шкалы, хотя имеющиеся отличия не достигали уровня статистической значимости (9,6 и 8,5%, $p=0,5518$).

Группа обследованных, имеющих в анамнезе эпизоды синкопальных состояний, отличалась большим числом учащихся, менее всего адаптированных к детскому коллективу. У 42,1% среди детей с синкопе и у 34,9% – без синкопе имелись проблемы во взаимоотношениях с другими детьми ($p=0,0235$). Эмоциональные симптомы, нарушение которых укладывалось в критерии отклоняющихся оценок шкалы проблем со сверстниками, имели место у 15,1% детей с синкопальными состояниями и у 11,6% – без таковых ($p=0,0996$).

Большинство (80,0%) детей отметили, что имеющиеся трудности расстраивают или огорчают их, препятствуют дружеским отношениям, учебе в школе или мешают в домашней жизни. Пограничные оценки шкалы общего числа проблем имелись у 12,5% обследованных, а отклоняющиеся оценки – у 7,5%. Школьники с эпизодами синкопе по данным анамнеза характеризовались меньшим количеством обследованных, не имеющих эмоционально-поведенческих проблем, в сравнении с группой детей, страдающих синкопальными состояниями – соответственно 69,0 и 81,9% ($p<0,0001$). Нарушения адаптации в виде наличия пограничных (18,8%) и отклоняющихся (12,2%) оценок шкалы общего числа проблем чаще имели учащиеся с синкопе в анамнезе, аналогичные показатели детей без синкопальных состояний были равны 11,5% ($p=0,0007$) и 6,6% ($p=0,0013$).

Таким образом, общая частота встречаемости синкопальных состояний у детей школьного возраста, проживающих в южных регионах Сибири (Красноярский край, Республика Хакасия) составляет 16,0% от числа всех обследованных, синкопе чаще регистрировались в старшей возрастной группе (12-17 лет), чем в младшей (7-11 лет) и в 2 раза чаще у девочек (10,6%), чем у мальчиков (5,4%). Детей с пограничными оценками шкалы гиперактивности/дефицита внимания больше (14,4 и 8,3%, $p=0,0015$) в группе с синкопальными состояниями. Школьники с эпизодами синкопе в анамнезе отличались большим количеством лиц с пограничными (5,9 и 3,7%, $p=0,0871$) и отклоняющимися (11,4 и 4,8%, $p<0,0001$) оценками шкалы эмоциональных симптомов. Наличие синкопальных состояний у школьников ассоциируется с боль-

шим числом лиц, имеющих значительные отклонения в поведении (8,5 и 5,5%, $p=0,0539$) и большей долей лиц, имеющих проблемы во взаимоотношениях с другими детьми ($p=0,0235$).

Список литературы

1. Вариации психовегетативного статуса и адаптационные возможности школьников, проживающих в различных регионах Сибири / О.И. Зайцева [et al.] // Вестн. новых мед. технол. 2012. № 2. С. 139-141.
2. Лыткин В.А., Эверт Л.С., Прахин Е.И. Качество жизни детей и подростков с вазовагальными синкопе: матер. Всеросс. конгр. с международ. участием «Психосоциальные факторы и внутренние болезни: состояние и перспективы» (Новосибирск, 12-13 мая 2011 г.). // Сиб. мед. журн. (Томск), 2011 (Приложение 1). Т. 26. С. 154-155.
3. Погодина А.В., Долгих В.В., Валявская О.В. Цереброваскулярные аспекты патогенеза нейрокardiогенных синкопальных состояний. Вестник аритмологии. 2008. № 54. С. 42-48.
4. Показатели психоэмоционального статуса в оценке адаптации детей северян к новым климатогеографическим условиям проживания / Л.С. Эверт [et al.] // Вестн. новых мед. технол. 2013. № 2. С. 64-69.
5. Прогнозирование типа адаптации детей в условиях интенсификации учебного процесса / М.В. Макарова [et al.] // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2012. Т. 109 (2). С. 46-48.
6. Семенова Н.Б., Мартынова Т.Ф. Возможности использования теста Р. Гудмана для оценки психического здоровья детей и подростков республики Саха (Якутия) // Якут. мед. журн. 2012. № 2 (38). С. 67-69.
7. Факторы, провоцирующие развитие первичной головной боли у детей / Л.В. Васильева [et al.] // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2011. № 8. С. 19-20.
8. Эверт Л.С., Макарова М.В., Маслова М.Ю. Вариабельность сердечного ритма у младших школьников с различным уровнем адаптации к высоким учебным нагрузкам // Сиб. мед. обозрен. 2009. № 4 (58). С. 32-35.
9. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001. V. 40. P. 1337-1345.
10. Rutter M. Commentary: causal process leading to antisocial behavior // Dev. Psychol. 2003. Vol. 39. № 2. P. 372-378.