

Уровень тревоги и депрессии у детей и подростков с хроническим болевым синдромом (на примере ювенильного идиопатического артрита)

Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Резюме. С целью изучения влияния уровня тревоги и депрессии на выраженность хронического болевого синдрома обследовано 216 пациентов с диагнозом ювенильный идиопатический артрит (ЮИА). Всем детям, включенным в исследование, проводилось традиционное ревматологическое обследование с оценкой активности заболевания и психометрическая оценка выраженности болевого синдрома, тревоги и депрессии. Сравнение различных клинических групп показало достоверно более высокие уровни выраженности тревоги и депрессии в случае наличия хронического болевого синдрома независимо от наличия активной или неактивной фазы ЮИА, что подтверждает необходимость применения доказательно обоснованных психологических вмешательств, таких как релаксационные техники и когнитивно-поведенческая терапия всем пациентам с ЮИА, страдающим болевым синдромом.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, хронический болевой синдром, ювенильный идиопатический артрит, психосоматические расстройства.

The level of anxiety and depression in children and adolescents with chronic pain syndrome (on the example of juvenile idiopathic arthritis)

Santimov A.V., Chasnyk V.G., Grechanyi S.V.

St. Petersburg State Pediatric Medical University

Summary. In order to study the effect of anxiety and depression on the severity of chronic pain syndrome, 216 patients with the diagnosis of juvenile idiopathic arthritis (JIA) were examined. All children included in the study underwent a traditional rheumatological examination, with an assessment of the disease activity, and a psychometric assessment of the severity of pain, anxiety and depression. Comparison of various clinical groups showed significantly higher levels of severity of anxiety and depression in the case of chronic pain syndrome regardless of the presence of active or inactive phase of JIA, which confirms the necessity of using evidence-based psychological interventions such as relaxation techniques and cognitive behavioral therapy in all patients with JIA suffering from pain.

Keywords: anxiety and depressive disorders, chronic pain syndrome, juvenile idiopathic arthritis, psychosomatic disorders.

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — это артрит неустановленной этиологии, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте до 16 лет [12]. Хроническая боль — один из самых частых и наиболее беспокоящих пациентов симптом ЮИА [8]. Она присутствует примерно у 50% всех первичных ревматологических пациентов. Кроме того, и у пациента, успешно получающего терапию по поводу ЮИА, дополнительно может развиться сопутствующий невоспалительный хронический болевой синдром. В таком случае, выраженность боли у пациента никак не зависит от уровня контроля над ЮИА, а определяется сопутствующим хроническим болевым синдромом [4, 21]. Первопричиной боли при ЮИА является, прежде всего, соматическое заболевание, но существуют и другие факторы, влияющие на выраженность болевого синдрома у детей, такие как генетические, демографические, психологические [4, 15, 20]. Было показано, что широкий спектр психосоциальных характеристик влияет на выраженность боли у детей с ЮИА, включая эмоциональные расстройства, ежедневный стресс, изме-

нения настроения, семейный анамнез боли, хронические болевые синдромы у родителей и применяемые детьми копинг-стратегии [15,20]. В то же время при исследовании выборки из 56 детей с ЮИА было показано, что уровень боли был напрямую связан с выраженностью детской тревожности [14]. В исследованиях, изучающих взаимосвязь стресса, настроения и симптомов ревматического заболевания, выявлено, что ежедневные колебания настроения и стрессовые события определяют тяжесть симптомов ЮИА у детей. Сниженное настроение и количество стрессовых событий особо значимо коррелировало с выраженностью боли, усталостью и скованностью суставов [15,16]. Чтобы исключить влияние соматического фактора на психический аспект боли при ЮИА, Memari A. H. et al. (2016) была исследована выборка детей и подростков в неактивной фазе болезни. Результаты показали, что дети с ЮИА продемонстрировали более высокий уровень тревожности, депрессии, замкнутости, соматических жалоб, симптомов поведенческих и агрессивных расстройств и социальных проблем по сравнению с контрольной группой [10]. Показано, что

высокий уровень стресса, депрессии и тревожности у детей с ЮИА связан с более высоким уровнем боли и худшим исходом заболевания по части влияния на школьную адаптацию и общественную деятельность [9,14,17]. Несмотря на общее признание психосоматической природы большинства ревматических заболеваний, представление о роли психических факторов в происхождении алгических проявлений ЮИА являются неполными и недостаточно учитывается при лечении этих расстройств. [2, 9,10]. Таким образом, актуальность настоящего исследования связана с отсутствием в настоящее время в отечественной литературе точных данных относительно распространенности хронического болевого синдрома при ЮИА и его связи с аффективными симптомами.

Цель исследования — оценка уровня тревоги и депрессии у пациентов с ЮИА в зависимости от активности заболевания и наличия или отсутствия хронического болевого синдрома.

Материал исследования:

В исследование включались пациенты, проходящие обследование в педиатрическом отделении №3 Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

Критерии включения:

1. Установленный диагноз ЮИА
2. Возраст от 2 лет до 17 лет 11 месяцев.
3. Согласие самих пациентов и их родителей

Критерии исключения:

1. Исключение диагноза ЮИА
2. Возраст младше 2 лет
3. Отказ пациентов или их родителей от участия в исследовании.

Всего 216 пациентов в возрасте от 2 лет 1 месяца до 17 лет 10 месяцев было включено в исследование. Среди обследованных было 66 мальчиков и 150 девочек, что соответствует литературным данным о гендерных закономерностях в распространенности ЮИА [1,19]. 74 пациента прошли стационарное обследование и лечение в связи с обострением ЮИА, то есть находились в активной фазе заболевания, тогда как у остальных 142 пациентов признаков активности заболевания выявлено не было. Из них 60 пациентов прошли плановое обследование, находясь в ремиссии заболевания, как медикаментозной, так и безмедикаментозной, тогда как остальные 82 пациента госпитализировались с подозрением на обострение ЮИА в связи с жалобами на боли в суставах, однако обострение ЮИА у них исключалась, а боли в суставах объяснялись сопутствующим невоспалительным хроническим болевым синдромом, так как в ходе обследования у данных пациентов была зарегистрирована неактивная фаза ЮИА. Неактивная фаза болезни устанавливается в случае отсутствия активного синовита, увеита, при нормальных показателях СОЭ и сывороточной концентрации СРБ, а также при отсутствии проявлений болезни согласно общей оценке врача по «Визуальной аналоговой шкале».

Методы исследования:

1. ревматологическое обследование с оценкой активности заболевания, включающей в себя подсчет числа суставов с активным артритом, числа суставов с нарушением функции (ограничением движений), оценку лабораторных показателей — скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и сывороточной концентрации С-реактивного белка (СРБ);
2. визуальные аналоговые шкалы (ВАШ) оценки пациентом (родителем) общего состояния здоровья ребенка, болевого синдрома и оценки врачом активности болезни;
3. опросник Ван Корффа. Использовался для оценки интенсивности болевого синдрома, степени и уровня социальной дезадаптации, класса хронической боли);
4. болевой опросник Мак-Гилла. Проводилась оценка индекса слов-дескрипторов и суммарного болевого ранга, сенсорных и аффективных компонентов боли;
5. опросник детской тревожности: вариант для школьников — шкала SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) [18], вариант для дошкольников — шкала PAS (The Preschool Anxiety Scale) [19]. По методике PAS было обследовано 69 пациентов в возрасте 2-8 лет (20 мальчиков и 49 девочек), чьи познавательные навыки на момент осмотра не позволили самостоятельно заполнять бланки тестов. Согласно инструкции опросника, на вопросы отвечали родители пациентов. По версии SCAS было обследовано 147 пациентов (46 мальчиков, 101 девочка). Согласно методике, тестировались как сами пациенты-школьники, так и их родители.
6. опросник депрессии CES-D (Center of Epidemiological Studies of USA — Depression) и шкала оценки депрессии Бека использовались для оценки уровня депрессии у пациентов школьного возраста
7. для статистической обработки полученных результатов использовались: критерий U Манна-Уитни, критерий Н Краскела-Уоллиса, методика оценки корреляционной связи по Спирмену (ρ). Полученные результаты оценивались как статистически значимые при уровне вероятности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Среди обследованных пациентов было только 74 пациента с активным артритом (АА), тогда как большую часть составили пациенты с ЮИА в неактивной фазе болезни (с артритом в анамнезе, но без объективных признаков активного воспалительного процесса на момент исследования) — 142 пациента. Среди всех обследованных детей было 111 пациентов с болевым синдромом (БС), 105 пациентов — без хронического болевого синдрома.

Таблица 1. Распределение пациентов по 4 клиническим группам

№	Группы	Количество пациентов		Мальчики		Девочки	
		Абс., чел	Отн., в %	Абс., чел	Отн., в %	Абс., чел	Отн., в %
1	Группа «БС-АА-»	60	27,8	23	34,8%	37	24,7%
2	Группа «БС+АА-»	82	38,0	22	33,3%	60	40,0%
3	Группа «БС-АА+»	45	20,8	10	15,2%	35	23,3%
4	Группа «БС+АА+»	29	13,4	11	16,7%	18	12,0%
Всего		216	100,0%	66	100,0%	150	100,0%

Таблица 2. Медианные значения шкал опросника PAS (младшая возрастная подгруппа)

Шкалы	Медианные значения				Межгрупповые различия по критерию Краскала-Уоллиса, χ^2 , p
	1) Группа «БС-АА-» n=22	2) Группа «БС+АА-» n=13	3) Группа «БС-АА+» n=27	4) Группа «БС+АА+» n=7	
Общая сумма тревоги	28,00 [22,75; 38,75]	37,50 [26,75; 50,50] p1=0,176	22,00 [17,00; 29,00] p1=0,026* p2=0,014*	32,00 [21,00; 48,00] p1=0,628 p2=0,526 p3=0,179	$\chi^2=8,941$ p=0,030*
Шкала «Генерализованная тревога»	6,50 [3,00; 8,00]	7,00 [4,25; 9,75] p1=0,261	5,00 [3,00; 7,00] p1=0,134 p2=0,019*	7,00 [4,00; 9,00] p1=0,500 p2=0,898 p=0,090	$\chi^2=7,137$ p=0,068
Шкала «Социальная тревога»	5,50 [3,00; 8,00]	9,50 [6,25; 13,00] p1=0,022*	5,00 [3,00; 8,00] p1=0,777 p2=0,016*	10,00 [4,00; 12,00] p1=0,181 p2=0,551 p3=0,165	$\chi^2=7,970$ p=0,047*
«Обсессивно-компульсивная» шкала	3,00 [1,00; 6,00]	2,50 [1,00; 3,75] p1=0,360	3,00 [1,00; 5,00] p1=0,714 p2=0,431	3,00 [1,00; 6,00] p1=0,784 p2=0,731 p3=0,880	$\chi^2=0,953$ p=0,813
Шкала «Телесные повреждения»	9,50 [5,00; 12,00]	7,00 [5,25; 13,50] p1=0,986	7,00 [3,00; 9,00] p1=0,085 p2=0,205	7,00 [4,00; 8,00] p1=0,258 p2=0,553 p3=0,915	$\chi^2=3,751$ p=0,290
Шкала «Сепарационная тревога»	6,00 [4,00; 9,25]	7,00 [5,25; 12,75] p1=0,270	4,00 [3,00; 6,00] p1=0,038* p2=0,015*	7,00 [2,00; 12,00] p1=0,778 p2=0,552 p3=0,227	$\chi^2=7,935$ p=0,047*

Примечания:

* — различия статистически достоверны по критерию U Манна-Уитни

p¹ — различие изучаемой группы пациентов с первой группойp² — различие изучаемой группы пациентов с второй группойp³ — различие изучаемой группы пациентов с третьей группой

Notes:

* — differences are statistically significant according to U Mann-Whitney criterion

P1 — difference of the studied group of patients with the first group

P2 — difference of the studied group of patients with the second group

P3 — difference of the studied group of patients with the third group

Шкалы	Медианные значения				Межгрупповые различия по критерию Краскала-Уоллиса, χ^2 , p
	1) Группа «БС-АА-» n=38	2) Группа «БС+АА-» n=69	3) Группа «БС-АА+» n=18	4) Группа «БС+АА+» n=22	
Общая сумма тревоги	23,00 [18,50; 31,50]	33,00 [25,00; 44,00] p1=0,001*	23,00 [19,00; 29,50] p1=0,874 p2=0,009*	34,00 [26,00; 46,75] p1=0,007* p2=0,718 p3=0,020*	$\chi^2=16,874$ p=0,001*
Шкала «Генерализованная тревога»	5,00 [2,50; 6,50]	6,00 [4,00; 8,00] p1=0,004*	6,00 [3,00; 6,00] p1=0,578 p2=0,062	6,00 [4,00; 9,00] p1=0,070 p2=0,805 p3=0,267	$\chi^2=9,861$ p=0,020*
Шкала «Социальная тревога»	6,00 [4,00; 8,50]	8,00 [5,00; 11,00] p1=0,003*	6,00 [3,00; 10,00] p1=0,772 p2=0,063	7,00 [4,00; 11,00] p1=0,125 p2=0,503 p3=0,255	$\chi^2=10,298$ p=0,016*
«Обсессивно-компульсивная» шкала	5,00 [3,00; 11,00]	5,00 [3,00; 8,00] p1=0,323	5,00 [3,00; 7,00] p1=0,948 p2=0,409	6,50 [4,00; 10,00] p1=0,081 p2=0,216 p3=0,138	$\chi^2=3,945$ p=0,267
Шкала «Телесные повреждения»	4,00 [2,00; 5,00]	5,00 [2,50; 6,00] p1=0,213	4,00 [3,50; 7,00] p1=0,566 p2=0,793	5,00 [4,00; 7,00] p1=0,070 p2=0,382 p3=0,362	$\chi^2=3,361$ p=0,339
Шкала «Сепарационная тревога»	3,00 [1,00; 6,00]	5,00 [2,00; 7,00] p1=0,083	3,00 [1,00; 4,00] p1=0,403 p2=0,018*	4,00 [1,75; 8,00] p1=0,390 p2=0,595 p3=0,200	$\chi^2=6,709$ p=0,082
Шкала «Паническое расстройство»	1,00 [0,00; 2,00]	3,00 [1,00; 6,50] p1=0,001*	1,00 [0,00; 2,00] p1=0,587 p2=0,003*	4,00 [1,00; 6,50] p1=0,001* p2=0,881 p3=0,011*	$\chi^2=25,183$ p=0,001*
Различие общей суммы тревоги согласно оценке пациентов и родителей	7,00	5,00 p=0,768	4,00 p=0,654	2,00 p=0,740	

Примечания:

* — различия статистически достоверны по критерию U Манна-Уитни

p¹ — различие изучаемой группы пациентов с первой группойp² — различие изучаемой группы пациентов с второй группойp³ — различие изучаемой группы пациентов с третьей группой

Notes:

* — differences are statistically significant according to U Mann-Whitney criterion

P1 — difference of the studied group of patients with the first group

P2 — difference of the studied group of patients with the second group

P3 — difference of the studied group of patients with the third group

Таким образом, все пациенты были разделены на 4 группы: 1) пациенты без алгических жалоб и без признаков воспалительного процесса (группа «БС-АА-»); 2) пациенты с алгическими жалобами и без признаков воспалительного процесса (группа «БС+АА-»); 3) пациенты без алгических жалоб с признаками воспалительного процесса (группа «БС-АА+»); 4) 2) пациенты с алгическими жалобами и с признаками воспалительного процесса (группа «БС+АА+»). Возраст пациентов с АА (медиана — 8,00, квартили — [5,00; 13,00]) был до-

стоверно ниже по сравнению с возрастом без АА (медиана — 11,00, квартили — [8,00; 14,00]) (p=0,003 по Манну-Уитни). Возраст пациентов с БС (медиана — 12,00, квартили — [9,00; 15,00]) достоверно превышал возраст пациентов без БС (медиана — 8,00, квартили — [5,00; 12,00]), p=0,0001 по Манну-Уитни). Распределение пациентов по группам с учетом пола представлено в таблице 1.

Медианные значения шкал опросника детской тревожности PAS пациентов младшей возрастной подгруппы представлены в таблице 2.

Общая сумма тревоги у пациентов дошкольников с признаками активности артрита, но без хронического болевого синдрома (3 клиническая группа, группа «БС-АА+») достоверно отличалась как от пациентов с хроническим болевым синдромом, но без признаков активности артрита (2 клиническая группа, группа «БС+АА-»), так и от пациентов, у которых на момент включения в исследование отсутствовал болевой синдром и не было выявлено признаков активности артрита. (1 клиническая группа, «БС-АА-»).

Результаты межгруппового сравнения медианных значений пациентов старшей возрастной подгруппы представлено в таблице 3.

Общий уровень тревоги у пациентов школьников с признаками активности артрита, но без хронического болевого синдрома (3 клиническая группа, группа «БС-АА+») и у пациентов, у которых на момент включения в исследование отсутствовал болевой синдром и не было выявлено признаков активности артрита. (1 клиническая группа, «БС-АА-»), достоверно отличался от общего уровня тревоги как у пациентов с хроническим болевым синдромом, но без признаков активности артрита (2 клиническая группа, группа «БС+АА-»), так и у пациентов с признаками активности артрита и хроническим болевым синдромом (4 клиническая группа, группа «БС+АА+»).

В таблице 4 представлены корреляционные взаимосвязи между шкалами «Опросника тревоги» по результатам самооценки и по результатам родительской оценки (старшая возрастная подгруппа).

Из таблицы 4 видно, что между оценкой детьми переживаний своей тревоги (общий суммарный балл) и оценкой детской тревоги их родителями существует умеренная корреляционная взаимосвязь ($\rho=0,605$, $p=0,0001$). Также выявлена умеренная корреляция между оценкой пациентами и их родителей таких компонентов тревожных расстройств, как генерализованная тревога ($\rho=0,494$, $p=0,0001$), социальная тревога ($\rho=0,569$, $p=0,0001$), страх перед телесными повреждениями ($\rho=0,557$, $p=0,0001$), сепарационная тревога ($\rho=0,521$, $p=0,0001$), паническое тревожное расстройство ($\rho=0,492$, $p=0,0001$). Также были выявлены умеренные корреляционные взаимосвязи между оценкой проявлений генерализованной тревоги детьми и оценкой проявлений у них социального тревожного расстройства их родителями ($\rho=0,417$, $p=0,001$), проявлений у них панического тревожного расстройства их родителями ($\rho=0,439$, $p=0,001$).

При оценке уровня депрессии у пациентов старшей возрастной подгруппы на основании самостоятельно заполненных опросников — шкалы депрессии Бека (вариант для подростков) и шкалы CES-D (The center for Epidemiologic Studies Depression Scale, между численными значениями суммарного балла депрессии, измеренного с помощью 2 разных методик, была выявлена сильная прямая корреляция (ρ Спирмен= $0,750$, $p=0,0001$).

Медианные значения шкалы депрессии Бека и шкалы CES-D пациентов 4-х клинических групп представлены в таблице 5.

Уровень депрессии у пациентов, у которых на момент включения в исследование отсутствовал хронический болевой синдром и не было выявлено признаков активности артрита (1 клиническая группа, «БС-АА-») достоверно отличался от уровня депрессии как у пациентов с хроническим болевым синдромом, но без признаков активности артрита (2 клиническая группа, группа «БС+АА-»), так и у пациентов с признаками активности артрита и хроническим болевым синдромом (4 клиническая группа, группа «БС+АА+»). Кроме того, уровень депрессии у пациентов 2 клинической группы достоверно отличался от уровня депрессии пациентов с признаками активности артрита, но без хронического болевого синдрома (3 клиническая группа, группа «БС-АА+»).

В таблицах 6 и 7 представлены корреляции между шкалами депрессии и шкалами тревоги по данным оценки пациентов и их родителей соответственно

Как видно из таблиц 6 и 7, получены корреляции между уровнем депрессии (как по данным шкалы Бека, так и по данным шкалы CES-D) с общим уровнем тревоги, генерализованной тревогой, социальной тревогой и паническим расстройством у детей и не было получено значимой корреляции между уровнем депрессии и обсессивно-компульсивным расстройством и страхом телесных повреждений, как по данным самооценки, так и по данным оценки родителями. Тогда как уровень депрессии (как по данным шкалы Бека, так и по данным шкалы CES-D) коррелировал с уровнем сепарационной тревоги на основании самооценки пациентом, но не коррелировал с уровнем сепарационной тревоги у пациента по данным оценки родителем.

Новым в нашей работе является то, что был использован опросник, изучающий отдельные компоненты тревоги. Пациенты с хроническим болевым синдромом в обеих возрастных подгруппах — дошкольники и школьники, как на основании самооценки пациентов, так и по данным опроса родителей, отличаются более высоким уровнем общей тревожности и отдельных ее компонентов (генерализованная тревога, социальная тревога, сепарационная тревога, обсессивно-компульсивная тревога, паническая тревога), тогда как уровень тревоги по шкале «Страх телесных повреждений» достоверно не различался в обеих возрастных подгруппах, что может говорить о том, что страх перед телесными повреждениями характерен для пациентов с ЮИА, вне зависимости от наличия или отсутствия хронического болевого синдрома. Зато социальная тревожность в группе с хроническим болевым синдромом без активного артрита оказалась достоверно выше.

Взаимосвязь между тревожностью, депрессией и болью характеризуется следующими закономерностями: 1) тревога и депрессия повышают со-

Таблица 4. Корреляционные взаимосвязи по методу Спирмена между шкалами «Опросника тревоги» по результатам самооценки и по результатам родительской оценки (старшая возрастная подгруппа)

	1'	2'	3'	4'	5'	6'	7'
1	0,605*	0,455*	0,472*	0,325	0,388	0,460*	0,498*
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2	0,540*	0,494*	0,417*	0,353	0,247	0,377	0,439*
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000
3	0,481*	0,280	0,569*	0,288	0,178	0,280	0,378
	0,000	0,001	0,000	0,000	0,031	0,001	0,000
4	0,326	0,185	0,208	0,397	0,202	0,192	0,263
	0,000	0,025	0,012	0,000	0,015	0,020	0,001
5	0,347	0,259	0,149	0,066	0,557*	0,275	0,244
	0,000	0,002	0,072	0,431	0,000	0,001	0,003
6	0,461*	0,367	0,332	0,085	0,362	0,521*	0,306
	0,000	0,000	0,000	0,311	0,000	0,000	0,000
7	0,482*	0,403*	0,359	0,237	0,277	0,341	0,492*
	0,000	0,000	0,000	0,004	0,001	0,000	0,000

Условные обозначения:

* — различия статистически достоверны

1. Общая сумма шкал (самооценка)

2. Шкала «Генерализованная тревога» (самооценка)

3. Шкала «Социальная тревога» (самооценка)

4. «Обсессивно-компульсивная» шкала (самооценка)

5. Шкала «Телесные повреждения» (самооценка)

6. Шкала «Сепарационная тревога» (самооценка)

7. Шкала «Паническое расстройство» (самооценка)

1': Общая сумма шкал (оценка родителями)

2': Шкала «Генерализованная тревога» (оценка родителями)

3': Шкала «Социальная тревога» (оценка родителями)

4': «Обсессивно-компульсивная» шкала (оценка родителями)

5': Шкала «Телесные повреждения» (оценка родителями)

6': Шкала «Сепарационная тревога» (оценка родителями)

7': Шкала «Паническое расстройство» (оценка родителями)

Convention:

* — differences are statistically significant

1. Total amount of scales (self-assessment)

2. Generalized anxiety scale (self-assessment)

3. Social anxiety scale (self-assessment)

4. «Obsessive-compulsive» scale (self-assessment)

5. Personal injury fears scale (self-assessment)

6. Separation anxiety scale (self-assessment)

7. Panic disorder scale (self-assessment)

1': Total amount of scales (parental assessment)

2': Generalized anxiety scale (parental assessment)

3': Social anxiety scale (parental assessment)

4': «Obsessive-compulsive» scale (parental assessment)

5': Personal injury fears scale (parental assessment)

6': Separation anxiety scale (parental assessment)

7': Panic disorder scale (parental assessment)

Таблица 5. Медианные значения шкалы депрессии Бека и шкалы CES-D

№	шкалы	Группа «БС-АА-» n=38	Группа «БС+АА-» n=69	Группа «БС-АА+» n=18	Группа «БС+АА+» n=22
1	шкала Бека	4,00 [1,00; 7,00]	11,00 [4,00; 17,75]	4,00 [3,00; 8,00]	8,50 [3,00; 13,25]
2	шкала CES-D	9,00 [5,00; 13,50]	15,00 [8,00; 24,00]	9,00 [5,50; 14,00]	14,50 [9,75; 19,50]

Таблица 6. Корреляционные взаимосвязи по методу Спирмена между шкалами депрессии и шкалами тревоги (самооценка пациентов)

	2	3	4	5	6	7	8	9
1	,745**	,607**	,580**	,560**	,359**	,176*	,421**	,571**
	,000	,000	,000	,000	,000	,038	,000	,000
2		,572**	,558**	,484**	,195*	,257**	,416**	,517**
		,000	,000	,000	,019	,002	,000	,000
3			,752**	,726**	,639**	,622**	,743**	,737**
			,000	,000	,000	,000	,000	,000
4				,523**	,390**	,414**	,470**	,546**
				,000	,000	,000	,000	,000
5					,373**	,301**	,445**	,493**
					,000	,000	,000	,000
6						,275**	,349**	,466**
						,001	,000	,000
7							,455**	,415**
							,000	,000
8								,503**
								,000

Условные обозначения:

* — различия статистически достоверны

Шкала депрессии Бека

Шкала CES-D

Общая сумма шкал тревоги (самооценка)

Шкала «Генерализованная тревога» (самооценка)

Шкала «Социальная тревога» (самооценка)

«Обсессивно-компульсивная» шкала (самооценка)

Шкала «Телесные повреждения» (самооценка)

Шкала «Сепарационная тревога» (самооценка)

Шкала «Паническое расстройство» (самооценка)

* — differences are statistically significant

1. Beck's depression scale

2. Scale CES-D

3. Total amount of anxiety scales (self-assessment)

4. Generalized anxiety scale (self-assessment)

5. Social anxiety scale (self-assessment)

6. «Obsessive-compulsive» scale (self-assessment)

7. Personal injury fears scale (self-assessment)

8. Separation anxiety scale (self-assessment)

9. Panic disorder scale (self-assessment)

матическую чувствительность; 2) негативные эмоциональные переживания могут вызывать боль; 3) негативные эмоциональные переживания могут возникать вследствие болевого синдрома; 4) боль и негативные эмоции являются сопутствующими феноменами вследствие схожих биологических основ [9, 13].

Несмотря на это в педиатрической практике психические расстройства при ревматических заболеваниях зачастую остаются нераспознанными, и пациенты не получают адекватной комплексной терапии. Считается, что трудности диагностики психических расстройств в ревматологии связаны с традиционным вниманием врачей лишь к соматическим симптомам заболевания. В рамках такого подхода симптомы тревоги и депрессии рассматриваются как закономерная реакция пациентов на тяжелое соматическое состояние, не требующая специального лечения [2,3,5].

Сравнение различных клинических групп показало достоверно более высокие уровни выра-

женности тревоги и депрессии в случае наличия хронического болевого синдрома независимо от наличия активной или неактивной фазы ЮИА, что подтверждает необходимость применения доказательно обоснованных психологических вмешательств, таких как релаксационные техники и когнитивно-поведенческая терапия всем пациентам с ЮИА, страдающим болевым синдромом. Кокрановский обзор подтвердил, что релаксация и когнитивно-поведенческая терапия эффективны в снижении уровня интенсивности боли у детей с хроническим болевым синдромом [6]. Когнитивно-поведенческая терапия ЮИА подразумевает образование пациентов в вопросах заболевания и его влияния на ежедневную активность, тренировке эффективных копинг-стратегий, управление связанными и не связанными с заболеванием стрессорами и предоставление рекомендаций по разработке и реализации долгосрочного плана по самоуправлению собственным состоянием [4]. Хотя когнитивно-поведенческая терапия по-

Таблица 7. Корреляционные взаимосвязи по методу Спирмена между шкалами депрессии и шкалами тревоги (оценка родителями)

	2	3	4	5	6	7	8	9
1	,745**	,463**	,380**	,459**	,279**	,114	,305**	,485**
	,000	,000	,000	,000	,001	,178	,000	,000
2		,415**	,356**	,404**	,135	,098	,338**	,400**
		,000	,000	,000	,107	,243	,000	,000
3			,776**	,769**	,575**	,563**	,752**	,708**
			,000	,000	,000	,000	,000	,000
4				,451**	,362**	,390**	,575**	,592**
				,000	,000	,000	,000	,000
5					,414**	,250**	,502**	,552**
					,000	,003	,000	,000
6						,144	,300**	,395**
						,085	,000	,000
7							,364**	,244**
							,000	,003
8								,433**
								,000

Условные обозначения:

* — различия статистически достоверны

Шкала депрессии Бека

Шкала CES-D

Общая сумма шкал тревоги (оценка родителями)

Шкала «Генерализованная тревога» (оценка родителями)

Шкала «Социальная тревога» (оценка родителями)

«Обсессивно-компульсивная» шкала (оценка родителями)

Шкала «Телесные повреждения» (оценка родителями)

Шкала «Сепарационная тревога» (оценка родителями)

Шкала «Паническое расстройство» (оценка родителями)

* — differences are statistically significant

1. Beck's depression scale

2. Scale CES-D

3. Total amount of anxiety scales (parental assessment)

4. Generalized anxiety scale (parental assessment)

5. Social anxiety scale (parental assessment)

6. «Obsessive-compulsive» scale (parental assessment)

7. Personal injury fears scale (parental assessment)

8. Separation anxiety scale (parental assessment)

9. Panic disorder scale (parental assessment)

могает пациентам стать более самостоятельными и способствует лучшим копинг-стратегиям, важно также научить родителей адаптивным реакциям на боль их детей для укрепления достижений реабилитации. Дети, родители которых принимали участие в психотерапии, показали улучшение, в плане выраженности болевого синдрома [11]. Развитию неэффективных копинг-стратегий у детей способствуют активное применение неэффективных копинг-стратегий в окружении ребенка, в первую очередь, его родителями [4,7].

Выводы

Уровень выраженности тревоги и депрессии не различается у пациентов с ЮИА, находящихся в активной и неактивной фазах заболевания.

У пациентов-школьников с ЮИА и хроническим болевым синдромом уровень выраженности

депрессии достоверно выше, чем у пациентов с ЮИА без хронического болевого синдрома

Пациенты с ЮИА и хроническим болевым синдромом отличаются более высоким уровнем общей тревожности и отдельных ее компонентов, как на основании самооценки пациентов, так и по данным опроса родителей, в сравнении с пациентами с ЮИА без хронического болевого синдрома

Необходимо дальнейшее изучение особенностей семейных взаимоотношений у детей и подростков с ЮИА, их взаимосвязи с выраженностью тревоги и депрессии для лучшего понимания природы хронической боли у пациентов с ЮИА и дополнительных методов ее лечения

Литература / References

1. Баранов А.А., Алексеева Е.И., Бзарова Т.М. и др. Протокол ведения пациентов с ювенильным артритом. Вопросы современной педиатрии. 2013; 12:37–56. [Baranov AA, Alekseeva EI, Bzarova TM et al. Protocol of management of patients with juvenile arthritis. Voprosy sovremennoy pediatrii—Current Pediatrics. 2013; 12 (1): 37–56].
2. Сантимов А.В., Трещевская А.А., Гречаный С.В. Психотерапевтический подход к лечению пациентов с хроническим болевым синдромом в практике детского ревматолога. Педиатр. 2017; 8:285–286. [Santimov AV, Treshchevskaya AA, Grechanyi SV. Psychotherapeutic approach to the treatment of patients with chronic pain syndrome in the practice of pediatric rheumatologist. Pediatr—Pediatrician. 2017; 8:285–286].
3. Ang DC, Choi H, Kroenke K, Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2005; 32(6):1013–1019.
4. Anthony KK, Schanberg LE. Assessment and management of pain syndromes and arthritis pain in children and adolescents. Rheum Dis Clin North Am. 2007; 33:625–660.
5. Azad N, Gondal M, Abbas N. Frequency of depression and anxiety in patients attending a rheumatology clinic. J Coll Physicians Surg Pak. 2008; 18(9):569–573. doi: 09.2008/JCSP.569573.
6. Eccleston C, Palermo TM, Williams AC, Lewandowski Holley A, Morley S, Fisher E, Law E. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 5. CD003968
7. Kashikar-Zuck S, Graham TB, Huenefeld MD, et al. A review of biobehavioral research in juvenile primary fibromyalgia syndrome. Arthritis Care Res. 2000; 13(6):388–397.
8. Lovell DJ, Walco GA. Pain associated with juvenile rheumatoid arthritis. Pediatr Clin North Am. 1989; 36(4):1015–1027.
9. Margetic B, Aukst-Margetic B, Bilic E, et al. Depression, anxiety and pain in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). Eur Psychiatry. 2005; 20:274–276.
10. Memari AH, Chamanara E, Ziaee V, Kordi R, Raeeskarami SR. Behavioral Problems in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Controlled Study to Examine the Risk of Psychopathology in a Chronic Pediatric Disorder. Int J Chronic Dis. 2016. doi: 10.1155/2016/5726236. Epub 2016 Aug 30.
11. Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, et al. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. Pain. 2010; 148(3):387–397.
12. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. Lancet. 2007; 3:767–778.
13. Robinson ME, Riley III JL. The Role of emotion in pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychosocial factors in pain. 1st ed. New York: Guilford Press. 1999; 74–88.
14. Ross CK, Lavigne JV, Hayford JR, et al. Psychological factors affecting reported pain in juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr Psychol. 1993; 18:561–573.
15. Schanberg LE, Anthony KK, Gil KM, Lefebvre JC, Kredich DW, Macharoni LM. Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease. Pediatrics. 2001; 108:E47.
16. Schanberg LE, Gil KM, Anthony KK, et al. Pain, stiffness, and fatigue in juvenile polyarticular arthritis: contemporaneous stressful events and mood as predictors. Arthritis Rheum. 2005; 52:1196–1204.
17. Sherry DD, Bohnsack J, Salmonson K, et al. Painless juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr. 1990; 116:921–923.
18. Spence, S. H. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. Journal of Abnormal Psychology. 1997; 106:280–297.
19. Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., Ingram, M. The structure of anxiety symptoms among pre-schoolers. Behavior Research and Therapy. 2001; 39:1293–1316.
20. Stinson JN, Luca NJ, Jibb LA. Assessment and management of pain in juvenile idiopathic arthritis. Pain Res Manag. 2012; 17:391–396.
21. Weiss JE, Luca NJ, Boneparth A, Stinson J. Assessment and management of pain in juvenile idiopathic arthritis. Paediatr Drugs. 2014; 16(6):473–481.

Сведения об авторах

Андрей Вячеславович Сантимов — аспирант кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: a.santimoff@gmail.com

Вячеслав Григорьевич Часнык — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: chasnuk@gmail.com

Северин Вячеславович Гречаный — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: svgrchany@mail.ru