

# АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Проблема охраны психического здоровья молодежи является одной из наиболее актуальных и практически важных задач современной психиатрии. В общей структуре заболеваемости населения психическими расстройствами пограничные нарушения встречаются наиболее часто, что подтверждается данными медицинской статистики и специализированными исследованиями.

Показатели заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в детско-подростковой популяции на протяжении 10 лет превышают по темпам роста аналогичные показатели у взрослых практически в два раза. Доля лиц, уволенных с военной службы в связи с психическими расстройствами, составляет 45,9%. Как правило, большинство расстройств возникает и формируется в детско-подростковом возрасте.

Проведенные клинико-эпидемиологические исследования выявили не только высокую распространенность пограничных психических расстройств, но и сохраняющуюся тенденцию их роста. Следует отметить последовательное нарастание числа больных с невротическими расстройствами, характеризующимися длительным течением, склонностью к формированию невротического развития личности. Доминирующее положение традиционно занимает астенический невроз. Астеническая симптоматика встречается в инициальных периодах значительного числа как психических, так и соматических заболеваний, что позволяет рассматривать проявления астении как определенный прогностический фактор возможного развития патологии, и может быть использована для выделения отдельных групп пациентов, нуждающихся в профилактических и терапевтических мероприятиях. Совокупность биологических и психологических особенностей молодого возраста часто приводит к недооценке возникающих расстройств, молодые люди рассматривают возникновение астенических нарушений как малозначительный временный эпизод, не требующий терапевтического вмешательства. Попытки преодолеть «временное не-

домогание» самостоятельно могут вести к отягощению психотравмирующей ситуации и, следовательно, усилению симптоматики.

В современной официальной статистике приводятся данные о заболеваемости, болезненности, распространенности психических заболеваний, полученные на основании обращаемости пациентов в психиатрические учреждения. В то же время больные с пограничными расстройствами достаточно часто обращаются в медицинские учреждения соматического профиля, где и проходят лечение. Таким образом, довольно большая часть больных оказывается вне поля зрения врачей-психиатров либо обращается за специализированной помощью со значительным опозданием. В связи с этим возникает настоятельная необходимость разработки и совершенствования интеграции психиатрической и соматической служб.

Необходимость дальнейшего совершенствования профилактической, диагностической и терапевтической работы с молодежным контингентом населения обуславливает необходимость проведения этапных эпидемиологических исследований. Результаты эпидемиологических исследований позволяют получить представление о естественном распространении среди населения больных с различными психическими расстройствами, установить взаимосвязь между клиническими проявлениями и факторами, играющими определенную роль в возникновении и динамике заболеваний, оценить эффективность существующей системы учета, наблюдения, применяемых видов терапии и других реабилитационных мероприятий, определить объем необходимой психиатрической помощи. Наряду с нозологическими и синдромально сформированными формами заболеваний все большее внимание привлекают инициальные расстройства и предболезненные состояния. Результаты отдельных исследований свидетельствуют, что развитию собственно заболевания предшествует период предболезненных нарушений, характеризующихся полиморфной симптоматикой, не достигающей синдромального



КЛИНИЧЕСКИЙ ОСМОТР ПОДРОСТКА

уровня патологии, тем не менее значительно влияющей на самочувствие и адаптивные способности человека. Своевременное проведение профилактических и терапевтических мероприятий в период проявления предболезненных нарушений особенно эффективно препятствует возникновению и негативному развитию заболевания.

Проведено клинико-эпидемиологическое, катamnестическое исследование динамики астенических расстройств донозологического характера у подростков и юношей.

Цель и задачи исследования: определение прогностической значимости астенических нарушений, изучение динамики расстройств, выявление ведущего комплекса факторов риска возникновения и развития астенических состояний, разработка профилактических и терапевтических программ коррекции состояний.

Обследовались учащиеся массовых школ г. Москвы мужского пола, проживающие на территории одной детской поликлиники, возрастной интервал – 14–15 лет. Исследование проводилось по единой программе с использованием специализированного опросника-интервью для выявления отдельных признаков (симптомов) состояний школьников, включавшего в себя следующие пункты анамнеза: генеалогию, дополнительные факторы пре- и постнатального периодов, иные экзогенные процессы, особенности социальной адаптации, эмоциональное состояние, наблюдаемые соматические и психические расстройства, из психологических методик использовался патохарактерологический диагностический опросник (А.Е. Личко, 1985). Исследование носило массовый характер и соответствовало этапным диспансерным осмотрам подростков (оформление документации при переводе во взрослую поликлинику). Непосредственный осмотр проводился группой специалистов врачей-психиатров, что повышало достоверность полученных данных и снижало субъективность оценок. Определение соматического состояния обследованных осуществлялось врачами терапевтами и педиатрами. Исследование включало в себя базовое обследование с последующими катamnестическими осмотрами подростков. Исключались подростки с хроническими соматическими заболеваниями.

В ходе исследования выделена группа подростков мужского пола (86 человек), в состоянии которых



УЧАЩИЕСЯ ОДНОЙ ИЗ ШКОЛ

не менее двух недель, при отсутствии каких-либо соматических заболеваний, наблюдалась полиморфная астеническая симптоматика, возникавшая и усиливавшаяся при целенаправленной учебно-производственной деятельности.

При катamnестическом обследовании (срок катamnеза – два года) в 2/3 случаев в группе наблюдения отмечено усиление симптоматики и формирование синдромальных состояний, несколько отличавшихся друг от друга.

Сформированный астенический синдром отмечался в двух вариантах:

- аффективный тип – (47 человек; 54,65% от всей выделенной группы наблюдения) – доминирование в состоянии выраженной гипотимии с периодическими приступами раздражительности, наряду с умеренно выраженными соматовегетативными нарушениями, включавшими ортостатические обмороки, умеренные эпизодические головные боли напряжения, быструю утомляемость (при завышенных требованиях и задачах), снижение массы тела, нарушения фазы засыпания или поверхностный сон в сочетании с усилением дезадаптации в школьном коллективе. Как правило, родители таких подростков рассматривали проявления астенических нарушений как «капризность или следствие переходного возраста» и не считали необходимым медицинское вмешательство. Динамика данного синдрома носила временное усиленное проявление нарушений с периодами относительной формальной компенсации состояния;
- соматовегетативный тип – (23 человека; 26,74% от всей выделенной группы наблюдения) – доминирование в состоянии выраженной вегетативной лабильности, сопровождавшейся множественными жалобами на соматическое здоровье, а также головными болями (часто возникавшими периодически и без собственно ситуаций психофизического напряжения), субъективным ощущением физической слабости, выраженным гипергидрозом, частым отказом от выполнения каких-либо нагрузок, плаксивостью, трудностью в концентрации внимания при относительном сохранении школьной

адаптации. Родители (и сами подростки) рассматривали проявления нарушений как наличие какой-либо соматической патологии, охотно соглашались на проведение специализированных обследований и лечение.

Динамика данного варианта синдрома носила характер постоянного умеренно выраженного присутствия нарушений в состоянии подростка, без существенных колебаний интенсивности.

Купирование полиморфной астенической симптоматики отмечалось в 18,61% (у 16 человек) от всей группы наблюдения, преимущественно при разрешении психотравмирующих семейных ситуаций, а также при обращении за врачебной помощью и проведении фармако- и физиотерапевтических курсов лечения.

Следует отметить, что в случаях даже однократного обращения за врачебной помощью, чаще всего к врачам-терапевтам, и проведения курсов общеукрепляющей терапии наблюдалось снижение интенсивности симптоматики.

При анализе факторов, оказывавших влияние на возникновение и негативное развитие состояний, отмечены хронические психотравмирующие ситуации семейного характера – неполные и деформированные семьи, дефектные типы воспитания, алкоголизация одного или обоих родителей.

В ходе анализа причин нарушений факторы, оказывавшие влияние на возникновение и негативное развитие состояний, были объединены в три основные группы: биологические, социально-демографические, микросоциальные.

К биологическим факторам отнесены:

- наследственная отягощенность психическими заболеваниями;
- наследственная отягощенность соматическими заболеваниями;
- антенатальная и перинатальная вредности (токсикозы беременности, соматические заболевания первого года жизни).

К социально-демографическим факторам отнесены:

- образование родителей;
- социальное положение родителей (характер трудовой деятельности);
- возраст формирования нарушений.

К микросоциальным факторам отнесены:

- нарушение семейной ситуации (неполные или деформированные семьи);
- наличие конфликтных ситуаций в семье;
- патологические типы воспитания («кумир семьи», контрастные педагогические установки, «золушка», гипоопека).

При сопоставлении значимости отдельных комплексов факторов выявлены как общие закономерности, так и определенные различия, наблюдавшиеся в исследованных группах и вариантах состояний.

В группе наблюдения подростков-школьников наибольшее значение для формирования астенической симптоматики имели наследственная отягощенность соматическими заболеваниями, наличие ante- и пери-

натальных вредностей ( $r = 0,41$  и  $r = 0,35$  соответственно), социальное положение (характер производственной деятельности) ( $r = 0,31$ ), образование родителей имело меньшее значение ( $r = 0,28$ ). Из микросоциальных факторов ведущее значение имели нарушение семейной ситуации и конфликты в семье ( $r = 0,42$ ). При проведении сопоставления количества факторов, выявляемых при формировании донозологических состояний, определено, что в большинстве случаев для возникновения вариантов полиморфной астенической симптоматики необходимо наличие не менее двух факторов или комплекса факторов в целом.

При проведении катamnестического обследования отмечено, что переход донозологических состояний в сформированные невротические расстройства наблюдался в случаях увеличения количества психотравмирующих факторов, устойчивого сохранения психотравмирующих ситуаций, при расширении последних и присоединении нарушений учебной адаптации и трудностей в выполнении учебной программы.

Следует отметить ряд случаев купирования донозологической симптоматики при проведении общеукрепляющих (физио-, витаминотерапия) процедур врачами детских и студенческих поликлиник.

Терапия подростков с астеническими расстройствами проводилась в амбулаторных условиях и определялась вариантом нарушений.

При донозологической астенической симптоматике использовались психокоррекционные мероприятия, прежде всего собеседования с родителями и самими подростками, а также общеукрепляющие курсы терапии под контролем терапевтов (педиатров).

При сформированных астенических синдромах терапия включала:

- психотерапевтические мероприятия – рациональную психотерапию разрешения эмоционального конфликта (деактуализацию недостижимых целей);
- применение адаптогенов (гинсенг);
- применение анксиолитиков (диазепам) и антидепрессантов (трава зверобоя).

Психотерапия и адаптогены применялись во всех вариантах синдрома (длительность до 21 дня). Транквилизаторы и антидепрессанты – преимущественно при аффективном варианте астении (длительность до 7 дней). Купирование симптоматики различалось в зависимости от структуры нарушений. Так, донозологическая астеническая симптоматика купировалась в пределах полутора недель, интенсивность проявления симптоматики при аффективном варианте синдрома снижалась неравномерно – первоначально (18 дней) существенно уменьшались депрессивные переживания при относительно устойчивых проявлениях соматовегетативных нарушений. В целом купирование вегетативной симптоматики отмечалось к 28–35-му дню лечения, в отдельных случаях наблюдались рецидивы гипотимии. При соматовегетативном варианте синдрома купирование симптоматики носило сравнительно плавный, но длительный характер, достоверное сниже-

ние интенсивности нарушений фиксировалось к 35–42-му дню лечения.

Выводы:

- полученные результаты свидетельствуют, что полиморфная астеническая симптоматика имеет безусловное прогностическое значение и может рассматриваться как критерий выделения группы риска формирования невротических расстройств;
- существует настоятельная необходимость проведения специализированных профилактических и коррекционных мероприятий для подростков с нарушениями семейной и школьной адаптации

психологического и, в случае необходимости, медицинского характера;

- такие мероприятия могут быть проведены на базах детских поликлиник путем открытия кабинетов психологического консультирования и психотерапии;
- достаточно частое обращение при наличии астенической симптоматики за врачебной помощью к врачам общей практики обуславливает необходимость дополнительной специализированной подготовки врачей по вопросам ранней диагностики невротических расстройств у детей и подростков.

ЗАВЕДУЮЩИЙ ЛАБОРАТОРИЕЙ ПРОБЛЕМ  
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИЗЫВНИКОВ  
НИЦ ГОУ ВПО «ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА» К.М.Н., ДОЦЕНТ  
С. Ю. Палатов  
ВЕДУЩИЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК ЛАБОРАТОРИИ ПРОБЛЕМ МЕДИКО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИЗЫВНИКОВ  
НИЦ ГОУ ВПО «ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА» К.М.Н., ДОЦЕНТ  
М. А. Лебедев