

учетом клинико-морфологических признаков демиелинизирующего процесса.

Литература

1. Бембеева, Р. Ц. Рассеянный склероз у детей / Р.Ц. Бембеева, С.В. Пилия, Э.Ю. Волкова // <http://www.ivrach.ru/2007/07>.
2. Евтушенко, С.К. Клинико-инструментальные и иммунологические исследования рассеянного склероза у детей / С.К. Евтушенко, В.Н. Ефименко // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – N 3- С. 61-63.
3. Шмидт, Т.Е. Рассеянный склероз: руководство для врачей / Т.Е. Шмидт, Н.Н. Яхно. // М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 277 с.
4. Ahorro, J.M. B. Multiple Sclerosis in Children / J.M. B. Ahorro, B.L. Banwell // <http://www.msnc.co.uk/index.cfm>.
5. Banwell, B. Multiple sclerosis in children: clinical diagnosis, therapeutic strategies, and future directions / B. Banwell [et al.] // Lancet Neurol. – 2007. – Vol. 6. – P. 887-902.
6. Barkhof, F. Comparison of MR imaging criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis / F. Barkhof [et al.] // Brain. – 1997. – Vol. 120. – P. 2059-2069.
7. Dalton, C. M. Application of the new McDonald criteria to patients with clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis / C.M. Dalton [et al.] // Ann Neurol. - 2002. Vol. 52. – P. 47-53.
8. Duquette. P. Multiple sclerosis in childhood: clinical profile in 125 patients / P. Duquette [et al.] // J. Pediatr. - 1987. – Vol. 111. - P. 359-363.
9. McDonald, W. I. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnostic of Multiple Sclerosis / W.I. McDonald [et al.] // Ann. Neurol. - 2000. –Vol.50. – P. 121-127.
10. Simone, I.L. Course and prognosis in early-onset MS: comparison with adult-onset forms / I.L. Simone [et al.] // Neurology. – 2002. – Vol. 59. – P. 1922-1928.
11. Tintore, N.M. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: application for first demyelinating episode / N.M. Tintore [et al.] // Neurology. - 2003. – Vol. 60. – P. 27-30.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДИСПОНИРУЮЩИЙ ФАКТОР В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

Шустер Э.Е.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь*

Гиперкинетическое расстройство (ГР) стало предметом система-

тического изучения с конца 50-х годов 20 века. По распространенности оно занимает одно из первых мест среди форм психической патологии в детском возрасте. Встречается у 5-10% школьников младших классов, причем, у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек [1]. Основным проявлением расстройства считаются общее двигательное беспокойство, неусидчивость, нарушение концентрации активного внимания. Наряду с этим у многих детей наблюдается агрессивность, взрывчатость, склонность к колебаниям настроения. Согласно традиционной для отечественной детской психиатрии точке зрения, наиболее интенсивно ГР проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста и полностью исчезает после 14-15 лет [2, 4]. В последние годы в ряде работ зарубежных авторов появились сообщения о том, что в значительном числе случаев дети, страдающие ГР, имеют высокий риск специфического неблагоприятного течения с формированием в юношеском возрасте антисоциального стереотипа поведения [3, 5, 6].

В настоящем сообщении ставилась цель – исследовать роль гиперкинетического расстройства детского возраста в формировании зависимостей к психоактивным веществам (ПАВ) в юности.

Было обследовано 50 подростков и юношей мужского пола, состоящих на наркологическом учете в связи с употреблением ПАВ, преимущественно алкоголя. Длительность наблюдений 2-6 лет. Возраст на момент последнего обследования 16-21 год.

Для оценки состояния больных использовалась медицинская документация (истории болезни, амбулаторные карты диспансерных больных, акты СПЭ), осмотр в период работы призывной военно-врачебной комиссии.

Контрольную группу составили 50 юношей в возрасте 18-21 года. Критерием отбора в эту группу явилось отсутствие у них зависимости к ПАВ, а также выраженных поведенческих нарушений, что подтверждалось анамнестическими и клиническими данными.

Все подростки были обследованы клинико-психопатологически, экспериментально-психологически и электроэнцефалографически.

Анамнестические сведения, полученные во время обследования, носили как объективный, так и субъективный характер. Анализировались данные медицинской документации, кроме того, проводился опрос родителей по специально разработанной анкете, включающей: анамнестические данные, особенности поведения, особенности семейного воспитания, характер увлечений, возраст первых проявлений

асоциальности, вопросы микросоциального окружения подростка. Изучались также сведения, полученные из инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних.

Результаты и обсуждение. В клинической группе у 28 пациентов состояние было квалифицировано, как употребление с вредными последствиями (F10.1) Подростки неоднократно задерживались милицией в нетрезвом состоянии в связи с нарушениями общественного порядка и хулиганскими действиями. Из них 4 проходили судебно-психиатрическую экспертизу и были признаны вменяемыми. У 18 юношей был диагностирован синдром зависимости от алкоголя (F10.2), при этом у 13 на момент обследования имело место воздержание от приема спиртных напитков (F10.20). Эпизодическое употребление спиртных напитков отмечено у 3 пациентов (F10.26) и систематическое у 2 (F19.25). У двух последних выявлено также сочетанное употребление алкоголя и наркотических веществ.

Четыре исследуемых перенесли психотические эпизоды: у 2 наблюдался делирий на фоне синдрома отмены (F10.4), у одного – состояние отмены осложнилось развернутым судорожным приступом и затем в течение года на фоне алкогольной интоксикации приступы дважды повторились. Один пациент со смешанным употреблением алкоголя и наркотиков перенес психотическое расстройство, преимущественно депрессивное.

В ходе исследования были получены следующие результаты. В клинической группе 19 пробандов (38%) наблюдались у детского психиатра. Первичное обращение приходилось на возраст 6-10 лет и было связано с нарушением адаптации в учебном коллективе. Имеющаяся у пациентов клиническая симптоматика удовлетворяла критериям ГР (F90). Диагноз гиперкинетического расстройства поведения им был установлен в стационаре или на амбулаторном приёме в Гродненском психоневрологическом диспансере.

В подростковом и юношеском возрасте у этой категории исследуемых клиническая картина в 11 случаях (22%) отвечала критериям диагностики употребления алкоголя с вредными последствиями, в 6 (12%) диагностировался синдром зависимости от алкоголя, в 2 (4%) наблюдениях имели место психотические эпизоды.

В контрольной группе у 8 (16%) подростков в детстве наблюдался гиперкинетический синдром, в связи с чем 4 из них лечились у детского психиатра амбулаторно и 4 за медицинской помощью не обращались. Вопрос об их психическом здоровье возник при прохожде-

нии воинской медицинской комиссии в 16-летнем возрасте. По результатам военно-психиатрической экспертизы они были признаны здоровыми и годными к службе в армии без ограничений.

Исследуемым клинической группы, в детстве страдавшим ГР, электроэнцефалографическое исследование проводилось как минимум дважды: при первичном обращении к психиатру (при постановке диагноза гиперкинетического расстройства поведения) и при повторном обследовании в подростковом и юношеском возрасте. Исследуемые без ГР в анамнезе и юноши контрольной группы обследованы однократно.

Измененные формы биоэлектрической активности при первичном обследовании наблюдались у 59,8% обследованных 1-й группы, 61,8% 2-й группы. В обеих группах преобладали ЭЭГ дезорганизованного типа (67,2%). Повторное обследование в юношеском возрасте 54 больных (86% детской когорты) 1-й группы и 27 (54% детской когорты) 2-й группы дало аналогичные результаты: в целом изменения на ЭЭГ определялись реже, но структура патологии и ее удельный вес не имели достоверного различия в группах (1-я гр. - 27,8%, 2-я гр. - 24,6% $P_1 - 2 > 0,05$).

Патологические формы воспитания (преимущественно гипоопека, жесткое воспитание, тип «Золушка»), связанные с алкоголизацией, криминальным поведением родителей, отмечены в 19 (38%) семьях клинической группы и в 7 семьях (14%) контрольной группы. ($P < 0,05$).

Выводы. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что ГР далеко не всегда имеет благоприятное течение и полностью исчезает в постпубертатном возрасте. В ряде случаев имеют место долговременные последствия, - как для индивида, так и для общества. У детей, страдающих этим расстройством, выявлен достоверно более высокий риск формирования в зрелом возрасте синдрома зависимости к ПАВ. Минимальная мозговая дисфункция, как одна из возможных причин развития ГР, к юношескому возрасту утрачивает своё значение, что подтверждается результатами ЭЭГ исследования. В механизме трансформации гиперкинетического расстройства в расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, на первый план выступают иные факторы, вероятно, микро-социального характера. Представленные данные позволяют рассматривать гиперкинетическое расстройство как предрасполагающий фактор для формирования синдрома зависимости ПАВ.

Литература

1. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей. //Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева 1993; 3:С. 74-90.
2. Качан В.Е. Социальная дезадаптация: Нарушение поведения у детей и подростков. М.:Медицина, 1996. - 31 с.
3. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. Перевод с англ. Под ред. К.С. Робсона. М.: Медицина 1999, С.186-198.
4. Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью. Психиатрия. Под ред. Р.Шейдера. М. 1998; С.222-236.
5. August G.J., Braswell J., Thuras P. Diagnostic stability of ADHD in a community sample of school- egged children screened for disruptive behavior.// J Abnormal Child-Psychol. 2008; 265: С.345-346.
6. Salvatore M., Ph.D.,Rachel G. Klein, Abrah Bessler Adult psychiatric status of hyperactivite boys grown up // American J. of Psychiatry 2008, 155: С.493-498.