



Учреждение
“ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА”

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ
К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Материалы Республиканской конференции с международным участием,
посвященной 50-летию
Гомельской областной клинической психиатрической больницы
9-10 июня 2011 года*

Гомель, 2011

УДК 616.89-07-08(081)

ББК 56.14

Н76

Состав редакционного совета:

С. А. Игумнов, директор Учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», д.м.н., профессор;

В. И. Моторенко, главный врач У «ГОКПБ»;

Н. А. Васильков, начальник Управления здравоохранения Гомельского облисполкома;

В.И. Бронский, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии УО «Гомельский государственный медицинский университет», д.м.н., доцент;

С. С. Станкевич, зам. главного врача У «ГОКПБ»;

Е. Г. Новогран, зав. оргметодотделом У «ГОКПБ».

Рецензент доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии УО «Гомельский государственный медицинский университет», к.м.н. *Шилова О.В.*

Н76 Новые подходы к диагностике и лечению психических расстройств.

• Материалы республиканской конференции с международным участием / Ред. кол. С. А. Игумнов и др. – Гомель: ГОКПБ, 2011. – 146с.

В сборнике представлены материалы конференции «Новые подходы к диагностике и лечению психических расстройств», которые освещены современные клинические, психологические и социальные аспекты диагностики, лечения и реабилитации пациентов с психическими расстройствами.

УДК 616.89-07-08(081)

ББК 56.14

Гомель, У «ГОКПБ», 2011

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИНАМИКЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА С НАЧАЛОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Шустер Э.Е.

Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь

5484

Гиперкинетическое расстройство (ГР) является наиболее распространенным видом психической патологии детского возраста. По данным современных эпидемиологических исследований оно встречается у 3 – 5% в общей популяции. В настоящее время расстройство рассматривается как следствие нарушения развития нервной системы, возникшее в детском возрасте. Предполагается, что в этиологии основную роль играют генетические факторы. Вместе с тем, установлено, что развитие этого расстройства вызывают, хотя и значительно реже, и другие факторы, например: недоношенность, повреждения, обусловленные травмой в пренатальном и (или) перинатальном периоде, интоксикация и инфекционные заболевания в раннем детстве. Считается, что эти факторы оказывают воздействие как самостоятельно, так и способствуют высвобождению наследственной предрасположенности.

В отечественной психиатрии длительное время ГР рассматривалось, как заболевание с благоприятным исходом. Основные проявления гипердинамического синдрома в виде общего моторного беспокойства приходится на дошкольный и младший школьный возраст. Традиционно считается, что при благополучном стечении обстоятельств происходит обратное развитие процесса и проявление синдрома постепенно ослабевает. К 15-16 годам гипердинамичные дети практически ничем не отличаются от сверстников.[1]

В последние годы появились работы, где приводятся данные о том, что в значительном числе случаев ГР переходит из детского возраста в зрелый. В нескольких проспективных исследованиях дети с гиперкинетическим расстройством с дефицитом внимания наблюдались до периода зрелости. В первом исследовании, проведенном Weiss G [2], где он проследил за состоянием 63 из 104 детей начальной когорты в среднем до 25 лет (21-23 года), указывается, что примерно у половины обследуемых зрелого возраста оставались симптомы расстройства разной степени тяжести, нарушающих их деятельность. Во втором исследовании, проведенном Manuzza и его коллегами, были изучены 91 субъект мужского пола, 88% из них страдали в детстве гиперкинетическим расстройством, средний возраст испытуемых составил 25,5 года. При катамнестическом обследовании диагноз ГРДВ в соответствии с критериями DSM-III-R был установлен только у 8%, что

свидетельствует о значительном смягчении симптомов этого расстройства в период между подростковым и зрелым возрастом. Вместе с тем, показатели распространенности антисоциального расстройства личности и расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, в этой когорте были высокими [3].

До настоящего времени валидность диагноза ГРДВ у взрослых, его место в классификации психических расстройств остаётся спорным. По данным таких исследователей как Borland, Neckam, Morrison и др. [4], которые проводили поперечное исследование на протяжении 1980-1997 годов, где изучался предполагаемый синдром ГРДВ зрелого возраста - его профиль симптоматики и структура, сходны с таковыми при ГРДВ детского возраста. Авторы указывали, что, ГРДВ взрослых приводит к таким же нарушениям межличностных и профессиональных отношений, ухудшению когнитивных функций, как и синдром детского возраста. Другая группа авторов, в частности Klein, Manuzza, Fischer и др. указывают на относительную значимость симптомов невнимательности, гиперактивности и импульсивности для установления диагноза у взрослых. Вполне возможно, по их мнению, что повреждение головного мозга в зрелом возрасте, например травмы или инфекционные заболевания, могут вызвать нарушение внимания или гиперактивность/импульсивность, подобные тем симптомам, которые наблюдаются при ГРДВ. Доступные в настоящее время объективные данные не позволяют достаточно четко отграничить основные характерные признаки ГРДВ от аналогичных признаков, обусловленных другими расстройствами центральной нервной системы. Диагностика у взрослых также усложняется из-за сопутствующих или других психических расстройств имеющих с ГРДВ общую симптоматику: расстройства личности, аффективные, тревожные, соматоформные расстройства.

Целью настоящей работы является изучение и анализ отдаленной динамики ГР у лиц зрелого возраста. Для исследования были отобраны пациенты, последовательно поступавшие в психоневрологический диспансер или консультированные районными психоневрологами в течение 5 лет с 1989 г. по 1994 г. Первичное обращение к психиатру приходилось на возраст 6-10 лет, средний возраст 7,2 года. Имеющаяся у пациентов клиническая симптоматика удовлетворяла клинико-диагностическим критериям диагноза «Гиперкинетическое расстройство с нарушением активности и внимания» и «Гиперкинетическое расстройство поведения» – шифр МКБ – 10 F 90.0 и F 90.1. Проводилось проспективное изучение отдаленной динамики заболевания у 113 юношей. Длительность наблюдений 8-10 лет, средняя длительность – 8,4 года. Возраст на момент последнего обследования 16-21 год. Сведения собирались путем личного осмотра на амбулаторном приеме, в период работы призывной военно-врачебной комиссии. Анализировались данные медицинской документации (истории болезни, амбулатор-

ные карты диспансерных больных, акты СПЭ) и также информация, полученная из инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних.

Все подростки были обследованы клинико-психопатологически, экспериментально-психологически и электроэнцефалографически. Электроэнцефалографическое исследование проводилось как минимум дважды: при первичном обращении к психиатру (при постановке диагноза гиперкинетического расстройства) и при повторном обследовании в подростковом и юношеском возрасте.

В зависимости от степени компенсации гиперкинетических расстройств, пациенты были разбиты на две клинические группы. В первую вошли 63 юноши, средний возраст 16,8 года, которые в младшем школьном возрасте обнаруживали гиперкинетические нарушения, но в 16 - 17 лет, во время прохождения приписной комиссии в военкомате, были признаны здоровыми и годными к службе в армии. Вторую клиническую группу составили 50 юношей 18-21 года (средний возраст 18,7 года). У этой категории больных проявления гиперкинетического расстройства длительно сохранялись в виде невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Они обнаруживали бескомпромиссность и категоричность суждений, оппозиционность во взаимоотношениях со взрослыми, нарушение дисциплинарных требований. Достаточно часто это приводило к школьной дезадаптации и как следствие - к уходам из школы и из дому. В эту же группу вошли все случаи употребления психоактивных веществ (33%, 17 наблюдений) и противоправных действий (9,8%, 5 наблюдений). В период призыва на воинскую службу они проходили амбулаторно или стационарно военно-психиатрическую экспертизу.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные: у 26 (52%) пациентов выявлено расстройство личности эмоционально-неустойчивого типа, 14 (28%) систематически наблюдались наркологами по поводу злоупотребления психоактивными веществами, органическое расстройство личности с легким снижением познавательной деятельности диагностировано у 10 (20%) исследуемым.

Резидуально-органическая неполноценность, имевшая место в раннем детском возрасте, в ряде случаев, находила свое выражение в изменениях биоэлектрической активности головного мозга. Результаты анализа электроэнцефалограмм (63 исследуемых первой группы, 50 исследуемых второй группы) отражали изменения биоэлектрической активности в форме дезорганизованного типа ЭЭГ, гиперсинхронного типа, медленного типа и снижения порога судорожной готовности.

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 имел достоверного различия в группах (1-я гр.- 27,8%, 2-я гр.-24,6% $P_{1-2} > 0.05$).

Таким образом, основываясь на результатах проведенного исследования, можно сделать следующие выводы: расстройство ГРДВ, возникшее в детском возрасте в менее половине случаев переходит в зрелый возраст, однако клинические проявления у взрослых отличаются от таковых у детей. Относительная значимость невнимательности, импульсивности и гиперактивности остаётся весьма спорной и недостаточной для валидации ГРДВ зрелого возраста. Кроме того, у этой категории пациентов особенно часто отмечаются расстройства личности и расстройства, вызванные употреблением ПАВ. Вследствие этого, проблема коморбидности поднимает ряд важных вопросов, в первую очередь, является ли ГРДВ детского возраста предиктором к развитию выше перечисленных патологий или же оно непосредственно трансформируется в расстройства личности у взрослых, или же расстройства вызванные злоупотреблением ПАВ. Перечисленные вопросы остаются спорными, и свидетельствуют о том, что до настоящего времени валидность диагноза ГРДВ у взрослых остаётся недостаточно надежной.

Анализ данных ЭЭГ исследований подтверждают тот факт, что перinataльные вредности, ведущие к формированию микроорганического радикала, широко представлены в детском возрасте, как при гиперкинетическом расстройстве с нарушением активности и внимания, так и поведения. Однако в дальнейшем, к юношескому возрасту, роль биологического фактора утрачивает своё значение, что находит отражение в результатах ЭЭГ исследования. Это позволяет предположить, что в механизме трансформации гиперкинетического расстройства в расстройство личности и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ в период зрелости, на первый план выступают иные причины, вероятно, микросоциального характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев // Пособие для врачей. – М.- 1985. – 608 с.
2. Weiss, G. Psychiatric status of hyperactives as adult: Acontrolled prospective 15-years follow-up of 63 hyperactive children./ G. Weiss // Journal of the American Academy of the Child Psychiatry. – 2003.- №50.- p. 211-230.
3. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, outcome rank, and psychiatric status./ S. Mannuzza [et all]. // Archives of General Psychiatry.- 2007. - №67. – p. 565-576.
4. Borland, B.L. Hyperactive boys and their brothers: a 25- years follow-up study./ B.L.Borland, H.K. Heckman // Archives of General Psychiatry.- 2005. - №59. – p. 669-676.