

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ПО ОРГАНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Канд. мед. наук И. Б. ДАЦЕНКО

NEUROLOGICAL STATE OF ADOLESCENTS WITH ORGANIC DISORDERS OF PERSONALITY FORMATION

I. B. DATSENKO

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены результаты неврологического и, в частности, вегетологического обследования подростков с мозговой дисфункцией, эмоционально-поведенческими расстройствами и нарушением формирования личности. Указана необходимость такого обследования при наличии в анамнезе детей и подростков факторов риска развития резидуально-органической патологии.

Ключевые слова: подростки, мозговая дисфункция, неврологический статус.

The findings of neurological, in particular, vegetological investigation of adolescents with cerebral dysfunction, emotional neurotic disorders and personality formation disorders, are presented. The necessity of this examination at presence of risk factors of residual organic pathology development is emphasized.

Key words: adolescents, cerebral dysfunction, neurological state.

Укрепление психического здоровья и обеспечение гармоничного формирования личности подростков представляет собой одну из важнейших задач цивилизованного общества. Нарушение формирования личности влечет за собой развитие ее социальной и микросоциальной дезадаптации, повышает риск возникновения у подростков психических расстройств, прежде всего, пограничного уровня — невротических и расстройств личности, искажений и задержек психического развития [1–3].

Расстройства поведения у детей и подростков описаны многими исследователями. Их изучали В. С. Подкорытов, Л. Т. Шестопалова [4], В. А. Гурьева [5] и др. По данным разных исследователей, признаки органической недостаточности ЦНС, большей частью на уровне минимальной мозговой дисфункции, диагностируются у взрослых и подростков с асоциальными формами поведения весьма часто — по разным данным от 20 до 90% случаев [6–9]. В то же время проблема трансформации нарушений поведения у подростков с мозговой дисфункцией в органическое расстройство личности остается практически не разработанной. В частности, вне внимания исследователей до сих пор остаются неврологические нарушения у этих пациентов, которые во многом обуславливают их микросоциальную и социальную дезадаптацию.

Целью настоящего исследования явилось изучение развития и клинических проявлений имеющих у подростков с мозговой дисфункцией неврологических расстройств.

Под нашим наблюдением в период с 1992 по

2007 год были 209 подростков мужского пола в возрасте от 10 до 18 лет с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности, находившихся на стационарном лечении в детском психоневрологическом отделении Центральной клинической больницы «Укрзалізниці».

У всех этих больных имели место различные пренатальные и/или перинатальные патогенные факторы — иммуноконфликт между матерью и плодом, внутричерепная родовая травма и др., которые привели к перинатальному гипоксическо-ишемическому поражению головного мозга. Эти больные составили основную группу обследуемых. 50 подростков того же возраста с подобными поражениями ЦНС, у которых не наблюдалось нарушения формирования личности и расстройств поведения, составили группу сравнения.

При неврологическом обследовании у всех пациентов была выявлена та или иная резидуальная органическая микросимптоматика: ослабление или нарушение акта конвергенции; горизонтальный мелкоразмашистый нистагм; недостаточность функции VII и XII пар черепных нервов по центральному типу; повышение сухожильных рефлексов или их анизорефлексия по продольной оси тела; легкая асимметрия брюшных рефлексов; наличие двусторонних патологических стопных знаков (преимущественно экстензорной группы). Постоянный горизонтальный мелкоразмашистый нистагм (с элементами тоничности и монокулярности), значительное снижение или отсутствие корнеальных рефлексов наблюдались у 38±3% обследованных. У 43±3% пациентов выявлялись

изменения мышечного тонуса по типу диффузной мышечной гипотонии, легкой асимметрии мышечного тонуса. У $47\pm 3\%$ имели место легкие вестибуло-атактические явления — нарушение статики и координации.

Описанная резидуальная органическая неврологическая микросимптоматика проявлялась в различных сочетаниях с разной степенью выраженности. Анализ и обобщение полученных клинических данных дали возможность следующим образом классифицировать выявленные у наших пациентов неврологические синдромы:

цефалгический синдром (у 129 пациентов, $62\pm 3\%$);

гидроцефальный синдром, который проявлялся в различных вариантах: умеренная наружная или наружно-внутренняя гидроцефалия, внутренняя умеренная симметричная или асимметричная гидроцефалия (у 143, или $68\pm 3\%$);

синдром вегетативной дистонии с перманентным или пароксизмальным течением ($112,53\pm 3\%$);

синдром пирамидной недостаточности, одно- или двусторонний (у 162, $77\pm 3\%$);

легкий вестибуло-атактический синдром (у 98, $47\pm 3\%$);

астенический синдром (у $84,40\pm 3\%$);

синдром сенсорной недостаточности: по полиневритическому типу, в дистальных отделах конечностей (у $19,8\pm 3\%$); по гемитипу (у 24 пациентов, $12\pm 3\%$).

При *цефалгическом синдроме* наиболее частыми были жалобы подростков на головные боли, преимущественно в височных, лобных, затылочных областях с ощущением давления, распирающего. С учетом клинических проявлений головных болей мы систематизировали имеющийся цефалгический синдром следующим образом: хронические головные боли напряжения (ХГБН, $51\pm 3\%$); вазомоторно-мигреноподобный тип головной боли ($7\pm 3\%$); гипертензионная головная боль ($10\pm 3\%$); мигренозная головная боль ($6\pm 3\%$).

Подавляющее большинство больных с ХГБН ($92\pm 3\%$) находились на диспансерном учете по поводу соматических заболеваний — дискинезии желчевыводящих путей, хронического бронхита, частых пневмоний, бронхиальной астмы, аллергодерматоза. При анализе клинической картины ХГБН по ее частоте и длительности мы выделили среди обследованных две подгруппы: с постоянной, «с утра до вечера», ежедневной, монотонной, слабоинтенсивной головной болью ($26\pm 4\%$) и с непостоянными, возникающими периодически головными болями ($73\pm 4\%$).

Вазомоторно-мигреноподобные головные боли наблюдались преимущественно у подростков с выраженными вегетативно-дистоническими явлениями.

При *синдроме вегетативной дистонии* мы выделили в качестве критериев тяжести последней следующие признаки: наличие вегетативных кризов (пароксизмальный тип течения); манифеста-

ция вегетативной дистонии в раннем школьном возрасте (7–8 лет); выраженность головных болей преимущественно в утренние часы; синкопальные (обморочные) состояния.

Наиболее тяжелым проявлением течения синдрома вегетативной дистонии у наших пациентов были вегетативные кризы, которые мы расценивали как клиническое проявление срыва адаптационных систем головного мозга, что соответствует данным литературы. Клиническими критериями вегетативного криза у наших пациентов были полисистемные вегетативные расстройства; наличие эмоционально-аффективных проявлений; приступообразный (пароксизмальный) характер. Проявлениями перманентного течения вегетативной дистонии у подростков являлись, помимо изменений кожных покровов, нарушение терморегуляции, кардиалгии, абдоминальный синдром, в основе которого лежала дискинезия желчевыводящих путей, обменно-эндокринные нарушения.

Синдром пирамидной недостаточности у находившихся под нашим наблюдением подростков проявлялся в двух вариантах — одностороннем и двустороннем (преимущественно в ногах). Односторонний синдром пирамидной недостаточности наблюдался у $26\pm 3\%$ обследованных и проявлялся односторонней легкой гиперрефлексией сухожильных рефлексов, появлением патологических симптомов Бабинского, Чеддока на стороне гиперрефлексии, легким центральным парезом мимической мускулатуры и мышц языка на стороне гиперрефлексии. Двусторонняя пирамидная недостаточность была отмечена у $51\pm 3\%$ пациента в виде гиперрефлексии сухожильных рефлексов с расширением рефлексогенной зоны (преимущественно в ногах), выявлении двусторонних патологических стопных знаков сгибательной группы (у $34\pm 3\%$ пациентов). Односторонняя пирамидная недостаточность позволила выявить преимущественную латерализацию церебральных расстройств.

Подростки с *вестибуло-атактическим синдромом* предъявляли жалобы на периодическое ощущение неустойчивости — состояние, когда «предметы плывут или кружатся», ощущения проваливания. При усилении таких состояний могла возникать тошнота. При выполнении координаторных проб у всех пациентов с этим синдромом выявлялись легкие нарушения при их выполнении, а также нарушения при выполнении проб на статическую устойчивость.

Клиническими критериями *астенического синдрома* у наших пациентов были такие ключевые признаки, как быстрая утомляемость, преимущественно в когнитивной сфере, снижение концентрации внимания, неспособность к интеллектуальным усилиям, эмоциональная лабильность, низкий порог фрустрации, быстро наступающее чувство физического истощения.

У 38% подростков неврологические нарушения сочетались с дизэмбриогенетическими стигмами,

что также косвенно свидетельствует о негативном влиянии на организм плода в процессе онтогенеза пренатальных вредностей.

Вегетативные расстройства, особенно церебрального уровня, как это имело место у обследованных нами подростков с мозговой дисфункцией, являются психовегетативными. Поэтому при эмоционально-поведенческих и личностных расстройствах характер вегетативных нарушений в определенной степени может отражать их тяжесть и глубину. Функциональное состояние вегетативной нервной системы подростков с мозговой дисфункцией является клиническим отражением состояния надсегментарных вегетативных систем, которые организуют адаптивное поведение подростка.

Элементы диэнцефально-вегетативного симптомокомплекса — бледность кожных покровов, гипергидроз ладоней и стоп, тахикардия (более 90 ударов в 1 мин) или брадикардия — единичные, а также в различных сочетаниях и с разной степенью выраженности были обнаружены нами практически у всех обследованных.

При вегетологическом обследовании мы изучили функциональное состояние вегетативной нервной системы подростков с мозговой дисфункцией и разными типами формирования личности. Результаты этих исследований представлены в таблице.

Состояние вегетативной нервной системы подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности

Показатель функционального состояния ВНС	Частота исследуемых показателей у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности	
	возбудимого круга, $n = 175$	тормозного круга, $n = 34$
Вегетативный тонус		
симпатикотония	61±4	35±8
парасимпатикотония	28±4	59±9
амфотония	11±4	6±4
Вегетативная реактивность		
недостаточная	28±4	62±8
извращенная	56±4	24±7
избыточная	11±4	6±4
нормальная	6±4	9±5

Данные таблицы свидетельствуют о том, что почти у 2/3 подростков с нарушением формирования личности возбудимого круга значительно преобладали симпатикотонические реакции. Высокий уровень симпатикотонии сохранялся у пациентов этой группы в течение всего периода наблюдений. При симпатикотонии у больных отмечалась блед-

ность и сухость кожных покровов, сосудистый рисунок не был выражен; эти подростки были склонны к различным экзематозным высыпаниям. Парасимпатикотония наблюдалась у подростков этой группы значительно реже. У пациентов с ваготоническим исходным тономом наблюдался акроцианоз кистей и стоп, общий гипергидроз или гипергидроз ладоней и стоп, склонность к появлению угревой сыпи (преимущественно в период пубертата), периорбитальных отеков, высокая частота аллергических реакций. Повышение парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы обнаружено нами у 17±3% пациентов с нарушением формирования личности по агрессивному и 9±3% пациентов — по расторможенному типам.

У подростков с нарушениями формирования личности тормозного круга достоверно чаще, чем при нарушениях возбудимого круга ($p < 0,05$), выявлялись парасимпатикотонические проявления.

Изучение вегетативной реактивности также позволило выявить ряд характерных особенностей в каждой из выделенных групп пациентов. Так, извращенная вегетативная реактивность достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалась у подростков с нарушением формирования личности возбудимого круга, в то время как недостаточность вегетативной реактивности обнаружена у большинства пациентов тормозного круга ($p < 0,05$).

Группа сравнения характеризовалась выявлением у большинства из них показателей вегетативного тонуса и вегетативной реактивности, соответствующих нормальным.

Весьма часто встречающиеся нарушения показателей исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности косвенно отражают высокую степень дисбаланса лимбико-гипоталамо-стволовых структур у подростков с мозговой дисфункцией и эмоционально-поведенческими и личностными расстройствами.

Обобщая результаты исследования показателей вегетативной регуляции обследованных нами пациентов, следует указать, что у подавляющего большинства из них имеются достаточно выраженные симптомы поражения вегетативной нервной системы, которые убедительно свидетельствуют о нарушении функционального состояния гипоталамо-стволовых структур головного мозга. Полученные в этом исследовании данные дают возможность обосновать использование для диагностики следующего сочетания клинических вегетативных проявлений.

1. Недостаточная вегетативная реактивность с ваготоническим типом исходного вегетативного тонуса и брадикардией является симптомокомплексом, характерным для подростков с нарушением формирования личности тормозного круга, а также для больных с элементами психического инфантилизма в сочетании с нарушением формирования личности возбудимого круга.

2. Наличие выраженной симпатикотонии в сочетании с извращенной вегетативной реактивнос-

тью характерно для пациентов с нарушением формирования личности возбудимого круга.

Большой удельный вес нарушений вегетативной нервной системы в клинической картине неврологических нарушений у подростков с мозговой дисфункцией и нарушением формирования личности объясняется поражением гипоталамо-стволового отдела головного мозга, где сосредоточены центры вегетативной регуляции организма.

Можно предположить, что при поражении структур головного мозга нарушается взаимодействие психовегетативных процессов, что приводит к утрате приспособительного характера реакций организма и негативно влияет на диапазон адаптивных эмоционально-поведенческих возможностей подростка с мозговой дисфункцией.

Одним из патогенетических факторов вегетативных надсегментарных расстройств может служить нарушение межполушарного взаимодействия. Специализация больших полушарий мозга является важным условием нормального развития и функционирования личности. Межполушарная дезинтеграция характеризуется нарушением физи-

ологического взаимодействия между полушариями мозга. Общим для всех церебральных процессов является то, что они отражают нарушение интегративных механизмов мозга, неполноценность адаптивных приспособительных функций. Психовегетативные расстройства являются уже отражением этих общих нарушений в виде «синдрома дезинтеграции».

В целом проведенное нами исследование позволяет заключить, что перинатальное поражение структур головного мозга, независимо от преимущественной топики повреждения, всегда ведет к раннему возникновению дисфункции лимбико-ретикулярных структур. В свою очередь это влечет за собой эмоционально-поведенческие и личностные расстройства у подростков и тесно связанные с ними нарушения вегетативных функций. Отсюда следует необходимость тщательного неврологического и, в частности, вегетологического обследования детей и подростков с наличием в анамнезе факторов риска развития мозговой дисфункции с целью диагностики и своевременной коррекции выявляемых нарушений.

Л и т е р а т у р а

1. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. СПб.— Питер, 2005.— 1120 с.
2. Луценко А. Г. Асинхронии психосексуального развития: Монография.— Харьков: Основа, 1996.— 208 с.
3. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин.— Харьков: Основа, 2001.— 274 с.
4. Подкорытов В. С., Шестопалова Л. Т. Невротические расстройства у детей и подростков-«чернобыльцев»: Монография.— К.: Центр социальных экспертиз и прогнозов Ин-та социологии НАНУ, 1999.— 264 с.
5. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин и др.— М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.— 488 с.
6. Скворцов И. А. Неврология развития: Руков. для врачей.— М.: Литерра, 2008.— 544 с.
7. Гойда Н. Г. Стан та основні напрямки реформування системи психіатричної допомоги дитячому населенню України // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні. Вип. II: Матеріали республіканської конференції дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України».— Харків, 1999.— С. 3–7.
8. Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горячкова Т. Б. Минимальная мозговая дисфункция у детей.— СПб.: СОЛИТ-ДЕАН, 1999.— 125 с.
9. Берденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б. Патологическая агрессия подростков.— М.: ИД Медпрактика, 2005.— 260 с.

Поступила 30.05.2008