

УДК 616.89-008.441-07-053.66

*В.И. Пономарёв*

## ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ФОРМЕ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО САМОПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Харьковской национальной университет имени В.Н. Каразина

Ключевые слова: физическое и психомоторное развитие, подростки, зависимость от летучих органических соединений, обсессивно-компульсивные самоповреждения кожных покровов, коморбидность

Физическое и психомоторное развитие являются высоко значимыми показателями состояния здоровья подростка: их параметры служат объективными критериями индивидуальной оценки роста, характеризуя, развитие в целом [1].

Анализ источников показал, что при комплексной оценке состояния здоровья социально-дезадаптированных детей и подростков стран СНГ, которые имеют общие с Украиной социально-экономические проблемы, практически не выявляются здоровые лица с физиологическим уровнем функционирования организма, нормальным психическим и физическим развитием [1,2]. Показатели нормативного физического развития и морфо-функциональной зрелости социально-дезадаптированных детей и подростков, а именно к этой категории относятся под-

ростки с различными видами аддикций, значительно отличаются от их социально адаптированных сверстников [2,3]. У большинства социально-дезадаптированных подростков регистрируется дисгармоничное и значительно дисгармоничное развитие [4], что фактически означает снижение функциональных резервов организма и способности к адаптации, в широком смысле слова.

Целью исследования являлось изучение физического и психомоторного развития подростков, страдающих зависимостью от летучих органических соединений и проявляющих несуйцидальные формы аутоагрессивного поведения в форме обсессивно-компульсивных самоповреждений кожных покровов, для доказательного выделения возможных коморбидизирующих факторов, связанных с развитием.

### Материал и методы исследования

Были обследованы 32 подростка мужского пола в возрасте от 12 до 14 лет из социально-неблагополучных семей, находившихся на лечении в КУОЗ «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3» и КУОЗ «Областной психоневрологический диспансер» (г. Харьков), с зависимостью от летучих органических соединений (ЛОС) (F18.2. по критериям МКБ-10). У всех пациентов течение основного заболевания было отягощено обсессивно-компульсивными самоповреждениями кожных покровов (F42.8).

Контрольную группу составили 20 здоровых подростков, учеников средних школ г. Харькова и Харьковской области.

Отнесение испытуемых к подростковой группе осуществлялось на основании критериев «Схемы возрастной периодизации» На-

учного центра здоровья детей РАМН [5]. Оценка физического развития проводилась с учётом ориентировочных возрастных показателей, представленных в руководстве для врачей «Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге» [6], а также стандартах оценки физического развития детей и подростков [7]. Психомоторное развитие подростков групп сравнения изучали с помощью Шкалы оценки психомоторного развития Озерецкого-Гельница [8]. Идентификацию обсессивно-компульсивных самоповреждений кожных покровов осуществляли на основании диагностических критериев МКБ-10 и дополнительных (критериев дифференциации), описанных акад. РАМН, проф. Смулевичем А.Б. с соавт. [9].

## Результаты исследования и их обсуждение

Обсессивно-компульсивные расстройства с самоповреждениями кожных покровов (F42.8) в нашем исследовании были представлены невротической эксфолиацией и эксфолированными акне, наблюдаемыми у 22 (68,75%) и 10 (31,25%) пациентов, соответственно.

И невротические эксфолиации (НЭ), и эксфолированные акне (ЭА) – представляли собой компульсивные повторные действия, сопровождавшиеся самоповреждениями, расчесываниями кожных покровов. Все НЭ хронологически оформлялись до формирования признаков зависимости от ЛОС и были причинно связаны с различными психотравмами в препубертатном периоде. ЭА отлича-

лись от НЭ тем, что компульсии, сопровождавшиеся аутодеструктивными действиями, проявлялись не на субстрате здоровой кожи, а формировались на фоне дискомфорта, связанного с реально существующим заболеванием – акне.

Исследование проводили согласно перечню морфологических признаков физического развития: длина тела (см), вес тела (кг) и окружность грудной клетки (см). На основании результатов антропометрических исследований были определены средние величины основных показателей физического развития для каждой возрастной группы подростков в интервале от 12 до 14 лет (см. табл.1).

Таблица 1

**Средние показатели физического развития испытуемых подростков с зависимостью от ЛОС и коморбидным самоповреждением кожных покровов**

Возраст, лет	Численность группы, чел.	Длина тела (в см)		Вес тела (в кг)		Окружность грудной клетки (в см)	
		M±m	σ	M±m	σ	M±m	σ
12	14	140,70±0,87	5,14	32,80±1,00	5,92	65,80±0,36	2,10
13	11	147,10±0,87	5,14	34,50±0,85	5,02	65,40±3,75	6,15
14	7	153,20±0,73	5,86	40,40±0,50	4,03	69,10±0,24	1,95

При исследовании учитывали точный возраст испытуемых. В соответствии с общепринятой методологической установкой возрастное группирование детей старше 7 лет проводилось с интервалом в один год.

Индивидуальная оценка физического развития каждого испытуемого использовалась для групповой оценки физического развития, при которой определялась (в %) доля подростков с гармоническими, дисгармоническими и значительно дисгармоническими показателями. Все испытуемые находились в одном возрастном интервале: от 12 до 14 лет. Результаты исследования оценивались по шкале регрессии длины тела.

Оценивая результаты изучения длины тела в группах сравнения мы наблюдали (см. табл.2) достоверное ( $p<0,01$ ) преобладание у подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов низких (9,40%) и ниже средних (46,90%) показателей длины тела, в отличие от контрольной группы, где наоборот, у испытуемых преобладали средние, выше среднего и высокие показатели (45,00%, 20,00%, 10,00%). Полученные данные означали преобладание субнормативности показателя длины тела в группе подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов и нормативности соответствующего показателя у здоровых испытуемых.

Таблица 2

**Результаты исследования длины тела здоровых испытуемых и подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов**

Показатели длины тела	Группы сравнения			
	Основная, n=32		Контрольная, n=20	
	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
Низкая	3	9,40 %	1	5,00%
Ниже средней	15	46,90%	4	20,00%
Средняя	12	37,50%	9	45,00%
Выше средней	2	6,25%	4	20,00%
Высокая	–	–	2	10,00%

Субнормативные данные получены и при оценке веса тела и окружности грудной клетки

в основной группе. По результатам исследования физического развития в основной группе

подростков было установлено преобладание показателей дисгармоничного и значительно дисгармоничного физического развития. В контрольной группе, напротив, было установлено значительное преобладание показателей гармоничного физического развития.

Исследование психомоторного развития проводили согласно исследовательскому алгоритму, предложенному Шагинян Е.В. [8]. Так как нижняя возрастная граница в исследованном контингенте составляла 12 лет, а верхняя – 14 лет, в исследовании основными являлись Тест №8 («Тест для детей в возрасте 11-12 лет») и Тест №9 («Тест для детей в возрасте 13-14 лет»). В тех случаях, когда испытуемый не выполнял тесты своего возраста, мы использовали тесты более младшего возраста (Тест №7 – «Тест для детей в возрасте 9 лет»). Успешное выполнение испытуемым тестовой задачи своего номинального возраста оценивалось баллом; неуспешное выполнение задачи – «минусом» (за исключением тех тестов, в которых задание касалось верхних или нижних конечностей, где полный балл ставился только в том случае, если испытуемый выполнил задание для обеих конечностей. В случаях, когда задание было выполнено частично, ставился S балл). Подсчет результатов происходил следующим образом: за основу брался тот год по шкале, на котором испытуемый выполнил все задания. К этому году

прибавлялась сумма баллов, полученных при выполнении тестов для других возрастных ступеней. Каждый балл был равен 2 месяца, г балла – одному месяцу. Испытуемые 12-13 лет за каждый из выполненных тестов для возрастных групп 13-14 и 15-16 лет получали по два балла и за частичное выполнение теста – один балл; испытуемые 14-15 лет за каждый из выполненных тестов для возрастной группы 15-16 лет получали также по два балла, за частичное выполнение теста – один балл. Испытуемые в возрасте 12, 14 лет получали по одному баллу при выполнении тестов, соответствующих их возрастной группе, и г балла за частичное выполнение теста.

Легкой степенью моторной отсталости по оценочным критериям Шагинян Е.В. [8] – Гордеева В.И. – Александрович Ю.С. [10], мы считали диапазон от 1 до 1,5 лет, средней – от 1,5 до 3 лет, от 3 до 5 лет – глубокая степень отсталости, более 5 лет – «моторная идиотия».

Результаты применения Шкалы оценки психомоторного развития Озерецкого-Гельница [8] отражены в табл. 3.

Из данных табл. 3, следует, что нормативное психомоторное развитие было установлено у 100,00% здоровых подростков и только у 6,25% наших пациентов. Среди подростков с задержкой достоверно преобладали лица с легкой степенью психомоторного развития ( $p < 0,001$ ).

Таблица 3

**Результаты исследования психомоторного развития здоровых испытуемых и подростков с зависимостью от ЛОС и самоповреждением кожных покровов**

Показатели психомоторного развития	Группы сравнения			
	Основная, n=32		Контрольная, n=20	
	абс.ч., чел.	отн.ч., %	абс.ч., чел.	отн.ч., %
Нормативное психомоторное развитие	2	6,25	20	100,00%
Задержка психомоторного развития	30	93,75	–	–
Легкая степень	22	73,33	–	–
Средняя степень	8	26,67	–	–
Глубокая степень	–	–	–	–
«Моторная идиотия»	–	–	–	–

**Выводы.**

1. Подростки с зависимостью от ЛОС и несуйцидальными формами аутоагрессивного поведения (в виде компульсивных самоповреждений кожных покровов) достоверно чаще, чем их здоровые сверстники ( $p < 0,001$ ) характеризовались как имеющие субнормативные основные показатели физического развития и задержку психомоторного развития, что позволяет охарактеризовать их психофизические функциональные резервы и способность к адаптации как сниженные.

2. Большинство подростков с зависимостью от ЛОС и несуйцидальными формами аутоагрессивного поведения, в среднем, отставали от своих сверстников в физическом развитии на 1 год, а в психомоторном развитии – в среднем на  $1,30 \pm 0,87$  года.

3. Наличие устойчивой и сильной корреляционной связи ( $r=0,74$ , при  $p < 0,001$ ) между параметрами “сниженная функциональность и способность к адаптации” и “наличие коморбидности: F18.2, F42.8 по критериям МКБ–10”,

позволяет рассматривать “сниженную функциональность и способность к адаптации” в качестве коморбидизирующего фактора сочетанной патологии: зависимости от ЛОС, осложненной несуицидальными формами аутоагрессивного поведения (в виде компульсивных самоповреждений кожных покровов).

Результаты проведенного исследования в

дальнейшем будут использованы для изучения процессов формирования коморбидной патологии: зависимости от ЛОС, осложненной несуицидальными формами аутоагрессивного поведения, а также при разработке программ по профилактике и создании алгоритма дифференцированной терапии данной коморбидной патологии.

*В.І. Пономарьов*

## **ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ЛЕТКИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК І НЕСУЇЦИДАЛЬНОЮ АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ У ФОРМІ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО САМОУШКОДЖЕННЯ ШКІРЯНИХ ПОКРОВІВ**

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

З метою вивчення фізичного та психомоторного розвитку залежних від летких органічних сполук (ЛОС) з несуїцидальними формами аутоагресивної поведінки було обстежено 32 підлітка чоловічої статі у віці від 12 до 14 років з соціально-неблагополучних сімей з залежністю від ЛОС (F18.2). У всіх пацієнтів перебіг основного захворювання був обтяжений обсесивно-компульсивними самоушкодженнями шкіряних покровів (F42.8).

Підлітки із залежністю від ЛОС і несуїцидальними формами аутоагресивної поведінки достовірно частіше, ніж їх здорові однолітки, характеризуються як ті, що мають субнормативні основні показники фізичного розвитку і дизгармонійний фізичний розвиток, що означає зниження у них функціональних резервів і здатності до адаптації. Субнормативні показники фізичного розвитку і уповільнення його темпу можуть бути розглянуті в якості критеріїв об'єктивізації порушення соматофізичного компоненту нормативного розвитку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 39-42).

*V.I. Ponomaryov*

## **THE INDICES OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS WITH ADDICTION TO VOLATILE ORGANIC COMPOUNDS AND NON-SUICIDAL FORMS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR (OBSESSIVE AND COMPULSIVE SELF-DAMAGE OF INTEGUMENTS)**

V.N. Karasin Kharkiv National University

In order to study physical development of addicted to volatile organic compounds adolescents suffering from non-suicidal forms of autoaggressive behavior we examined 32 male adolescents from socially unsuccessful families in the age from 12 to 14 years, who were addicted to volatile organic compounds (F18.2). The course of the disease of all the patients was aggravated by obsessive and compulsive self-damage of integuments (F42.8).

Adolescents with addiction to VOC and non-suicidal forms of autoaggressive behavior reliably more often than their healthy contemporaries were characterized by subnormative basic indices of physical development and disharmonic physical development, which means decrease of their functional reserves and abilities to adaptation. Subnormative indices of physical development and retardation of its rate can be considered as criteria of objectivisation of disturbance of somathophysical component of normative development. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 39-42).

### *Литература*

1. Дьяченко В.Г. Руководство по социальной педиатрии [Текст] / В.Г. Дьяченко, М.Ф. Рзыкина, Л.В. Солохина / Под. Ред. В.Г. Дьяченко. — Хабаровск, Изд-во ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет. — 2010. — 412с.

2. Соболева Т.В. Изменение показателей физического развития детей за время пребывания в оздоровительном лагере [Текст] / Т.В. Соболева // Ярославский педагогический вестник. — 2011. — №2 — Том. III. — С.44–50.

3. Витрищак С.В. Показатели физического развития детей и подростков из социально незащищенных семей [Текст] / С.В. Витрищак // Український медичний альманах. — 2007. — Том 10, №4. — С.30–32.

4. Альбицкий В.Н. Состояние здоровья детей из социопатических семей [Текст] / В.Н. Альбицкий, Т.М. Сиган, С.А. Ананьин // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 1994. — №1. — С.8–11.

5. Баранов А.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий [Текст] / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина. — М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН,

2008. — 216с.

6. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге. — М.: Союз педиатров России, 1999. — 112с.

7. Ямпольская Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков [Текст] / Ю.А. Ямпольская // Педиатрия. — 2005. — №6. — С.73–76.

8. Шагинян Е.В. Методика Озерецкого-Гельница и особенности психомоторики у детей и подростков. Дисс. канд. мед. наук. — М., 1973. — 186с.

9. Смулевич А.Б. Проблемы психодерматологии: современные аспекты [Текст] / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженко, О.Л. Иванов [и др.]. — [http://www.rlsnet.ru/articles\\_405.htm](http://www.rlsnet.ru/articles_405.htm)

10. Гордеев В.И. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) — новый инструмент оценки развития детей [Текст] / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. — СПб.: Речь, 2001. — 200с.

Поступила в редакцию 23.03.2013