

к антиобщественным поступкам.

У остальных 3-х обследованных катанестической группы заболевание характеризовалось затяжным течением, требовало продолжения терапевтического воздействия и не могло быть расценено ни как неблагоприятный, ни как благоприятный исход.

У большей части обследованных катанестической группы длительность заболевания была более 6 лет - 21 человек, у одного больного от 3 до 4 лет, и у 5 больных от 4 до 6 лет.

Проведенные исследования подтвердили предположение о том, что чем длительнее протекало заболевание, тем чаще отмечался неблагоприятный исход. Так, при давности заболевания более 6 лет неблагоприятный исход отмечен у 8 больных из 11.

Изучено влияние неблагоприятных социально-средовых факторов, воздействия повторных экзогенных вредностей и клинических особенностей заболевания на его исход. Среди прогностически значимых факторов уделено внимание условиям формирования личности и характеру семейных взаимоотношений.

Проведенный статистический анализ позволил выявить ряд закономерностей. Так, в группе больных с неблагоприятным исходом заболевания значительно чаще отмечались отрицательные семейные взаимоотношения - в 9 случаях из 11. В то же время благоприятный исход заболевания имел место преимущественно в семьях с правильными взаимоотношениями - 11 случаев из 16 - ( $F_j=21,20$ ;  $p>0,99$ ).

Высокую степень достоверности влияния на исход ППС имел также фактор повторных экзогенных воздействий: неблагоприятный исход при повторных экзогенных воздействиях отмечен в 8 из 11 наблюдений, благоприятный при отсутствии таковых - у 12 из 16 - ( $F_j=10,97$ ;  $p>0,99$ ).

Выявлена определенная зависимость меж-

ду степенью выраженности церебрастенических расстройств в клинике ППС резидуально-органического генеза и исходом заболевания. Так, при благоприятном исходе заболевания, церебрастенические расстройства в 10 случаях из 16 были слабо выражены, в то время как при неблагоприятном исходе в 7 случаях из 11 обнаружены выраженные церебрастенические проявления ( $F_j=5,05$ ;  $p>0,95$ ).

Рецидивирующий тип заболевания чаще всего завершался благоприятным исходом - 10 случаев из 11 ( $F_j=10,04$ ;  $p>0,99$ ).

Своевременность комплексной терапии во многом определяла исход ППС. При ранней, своевременной и комплексной терапии благоприятный исход отмечен в 12 случаях из 16 и, напротив, несвоевременное начало лечения приводило в 8 случаях из 11 к неблагоприятному исходу. Критерий Фишера - 5,14; вероятность влияния фактора  $p>0,95$ .

Влияние некоторых рассматриваемых факторов на исход изученных вариантов ППС было различным. Так, в группе больных с повышенной аффективной возбудимостью неблагоприятный исход заболевания коррелировал с семейной дисгармонией, в то время как

в группе больных с психической неустойчивостью - с церебрастеническими расстройствами. Влияние повторных экзогенных вредностей, типа течения заболевания и своевременности начала терапии на исход ППС, не зависело от их клинической типологии.

Таким образом, проведенные исследования позволили оценить особенности динамики и исходов ППС резидуально-органического генеза, выявить зависимость динамики и, соответственно, исходов заболевания от целого ряда факторов, главными из которых можно считать условия воспитания, возрастные кризы и повторные экзогенно-органические вредности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аксентьев С.Б. Клинические варианты нарушения поведения у детей и подростков с перинатальными повреждениями центральной нервной системы. - Первая Всесоюз. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 1974, с. 3-5.

2. Аксентьев С.Б. Структурно-функциональные основы нарушения поведения у детей с психопатоподобными состояниями органического генеза. - Материалы VI съезда невропатологов и психиатров УССР. Харьков. 1978, с. 493-434.

3. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Медицина, 1976, 244 с.

4. Алимов Х.А. Клиника психопатоподобных состояний после

инфекционных менинго-энцефалитов и их судебно-психиатрическая оценка: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Ташкент, 1959. -21 с.

5. Вроно М.С. К вопросу о психопатоподобных состояниях в отдаленном периоде мозговых инфекций у детей. - Материалы республ. науч.-практ. конф. по вопросам детской невропатологии и психиатрии. Херсон. 1961. с. 54-56.

6. Гиндикин В.Я. Типовые ошибки при установлении диагноза психопатия в детском и подростковом возрасте. - В кн.: Тез. докл. VI Всерос. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. Ставрополь. М., 1978, С. 130-132.

7. Гонюкова С.Г. Профилактика к коррекция школьной дезадаптации у детей в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.- Тез. докл. республ. научн. конф. Харьков. 1980, с. 24-26.  
 8. Гурьева В.А. Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. - М.: Медицина, 1980. - 272с.  
 9. Гурьева В.А. с соавт. Журнал невропатологии и психиатрии. - М., 1991, № 3, С. 64-68.  
 10. Зинченко С.Н. Клинические варианты и дифференцированное лечение психопатоподобных состояний, возникающих на резидуально-органическом фоне: Учебное пособие М., 1975.  
 11. Ибатов А.Н. Варианты динамики и структуры постинфекционного психопатоподобного эксплозивного синдрома. - Судебно-психиатрическая экспертиза: Сб. науч. работ № 28. - М., 1977, с. 38-46.  
 12. Кербинов О.В. Клиническая динамика психопатий и неврозов: Актовая речь. - М., 1962. - 19 с.  
 13. Ковалев В.В. Закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков с позиций динамического подхода. - Материалы III Всерос. конф. по неврологии и психиатрии

детского возраста. М., 1971. - С. 135-139.  
 14. Ковалев В.В. Постинфекционные церебрастенические и неврозоподобные состояния у детей и подростков. - Материалы пленума Всесоюз. науч. мед. общества невропатологов и психиатров. Ташкент. - 1972. - С. 47-51.  
 15. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.  
 16. Колегова В.А. О регрессивной динамике пограничных форм резидуальных нервно-психических нарушений после мозговых инфекций и травм. - Первая Всесоюз. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 1974, С. 154-155.  
 17. Коркина М.В. с соавт. Психиатрия, руководство для студентов мед. институтов. М., 1995. - С. 520-536.  
 18. Пивень Б.Н. Социальная и клиническая психиатрия. М., 1994, С. 102-107.  
 19. Klicpera C., Heyse I. Henfigkeit frunkindlicher Hirnshaden die Kinder mit Verhaltenseformungen - Psychiat. Neurol. med. psychol., 1981, Vol. 27. № 4. P. 213-218.  
 20. Gomes R.L., Janowsky D., Zetin M. Adult psychiatric diagnosis and symptoms compatible with the hyperactive child syndrom. - J. clin. Psychiatr., 1981. Vol. 42, № 10. - P. 389-394.

*А.Л. Вольфогель*

## **КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОПОДІБНИХ СТАНІВ РЕЗІДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІСЦІ**

Донецький державний медичний університет

Вивчені деякі особливості клініки та динаміки психопатоподібних станів резидуально-органічного генезу (ППС) у осіб чоловічої статі в дитячому, підлітковому та юнацькому віці. За допомогою клініко-динамічного методу досліджені дві групи хворих - з переважанням синдрому психічної нестабільності - 39 осіб, та підвищеної афективної збудливості - 41 особа.

Визначені клінічні ознаки "групи ризику", вдалося виявити залежність клінічних проявів та динаміки ППС від станів вікового розвитку, а також від різних додаткових чинників, головними з яких є умови виховання, вікові кризи та екзогенно-органічні шкідливості, що повторюються. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - № 1 (3). - С. 59-63).

*A.L. Voltfogel*

## **CLINICAL AND DINAMICS PECULIARITIES OF PSYCHOPATHIC-LIKE STATES OF RESIDUAL-ORGANIC GENESIS THAT HAD BEGINED IN CHILDHOOD AND ADOLESCENT TIME**

Donetsk State Medical University

Some peculiarities of residual-organic psychopathic-like states dynamics in male patients of children and adolescent age were studied.

Two groups of patients with preveailing of syndrom of psychic incontination (39 persons) and of increased affective exitement (41 persons) were described.

Clinical sighns of the " group of risk " were ascertained. The connection between the clinical manifestations and the stages of age development were established. As the main agent of the age development peculiarites of the conditions of the breeing, age crises and repeated exgonic-organic harms were signed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 59-63).

Поступила в редакцию 30.04.97

**КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**

УДК: 616.895.4..616.85;575

*В.Н. Кузнецов***КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНО-ДИСТИМИЧЕСКИХ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Кафедра психиатрии Киевской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины

Ключевые слова: непсихотические аффективные расстройства, неврозоподобные состояния, церебральный синдром, психоорганический синдром, церебральная резидуально-органическая недостаточность.

В процессе сужения и клинической дифференциации группы неврозов были выделены неврозоподобные состояния резидуально-органического и соматогенного характера. Условная классификация этих состояний была предложена в 1971 году В.В.Ковалевым [1]. К депрессивно-дистимическим неврозоподобным состояниям резидуально-органического генеза отношение различных исследователей неоднозначно, в научной литературе существуют единичные сообщения, характеризующие их клинику, патогенез и течение [2, 3, 4]. Целью данного сообщения является опыт длительного наблюдения детей и подростков с неврозоподобными состояниями резидуально-органического генеза в клинике кафедры детской психоневрологии Киевского института усовершенствования врачей МЗ Украины. Группу непсихотических аффективных расстройств резидуально-органического генеза составили 46 детей и подростков в возрасте 8-15 лет. Аффективные расстройства непсихотического уровня по своим феноменологическим проявлениям были сходны с депрессивными неврозами, но в отличие от последних не имели в своей основе психогенно-определяющих этиопатогенетических механизмов. Все случаи неврозоподобных расстройств имели общую патогенетическую основу - функциональную или функционально-органическую несостоятельность преимущественно гипоталамо-ретикулярно-лимбических структур мозга в связи с воздействием на "висцеральный мозг", этиологически различных факторов. Гипоталамическая резидуально-органическая недостаточность была обусловлена черепно-мозговой травмой в 10 случаях, внутричерепной инфекцией в 12 случаях, интоксикацией и другими вредностями, включая травмы и инфекции внутриутробного периода в 13 случаях, асфиксией в родах в 13

случаях, токсикозом беременности в 26 случаях, угрозой выкидыша в 12 случаях, слабостью родовой деятельности в 14 случаях, затяжными родами в 10 случаях, операцией наложения щипцов в 6 случаях. Во всех случаях отмечено сочетанное патогенное влияние антенатальных, натальных, а иногда и постнатальных вредностей на формирование церебральной резидуально-органической недостаточности.

В раннем детстве у большинства пациентов данной группы констатировались симптомы врожденной или возникшей в раннем возрасте незрелости вегетативной регуляции - невропатии, которая проявлялась повышенной потливостью, диатезами, диспептическими явлениями, аллергическими реакциями, неспецифическими колебаниями температуры, склонностью к анорекции, срыгиваниям, рвоте. У них также отмечались повышенная эмоциональная возбудимость, нарушение формулы сна - бодрствования, проявления неустойчивости и поверхностности сна, неустойчивость настроения, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, общая психомоторная расторможенность, суетливость. Экспериментально-психологическое исследование выявляло тугоподвижность и инертность психических процессов, недостаточную самокритичность, ослабление мнестических функций, истощаемость и нагружаемость психики, преобладание конкретного, вязкого мышления, повышенную внушаемость, слабость концентрации и истощаемость внимания.

Клиническая картина депрессивно-дистимических неврозоподобных состояний включала выраженные аффективные нарушения самого широкого диапазона в рамках пограничного уровня патологии. Изменения настроения появлялись на фоне общей астении, вялости, малоподвижности. Дети были беспричинно угнете-

ны, проявляли выраженную слезливость, причем плач носил однообразный, маловыразительный и психологически непонятный характер. Нередко присоединялись дисфорические компоненты, проявляющиеся в виде недовольства, гневливости, вспыльчивости, раздражительности и тревожности. У более младших детей в структуре депрессивных невротоподобных расстройств отмечались страхи, капризность, плаксивость, недовольство нередко с дисфорическим оттенком. У больных с невротоподобными состояниями травматического генеза отмечалась гиперестезия к яркому свету и звукам, иногда психосенсорные расстройства. У детей школьного возраста и подростков отмечался четко выраженный депрессивный аффект, в структуре которого отчетливо регистрировались тревожность, ипохондрические высказывания, раздражительность и недовольство окружающим. У двенадцати подростков отмечены преходящие мысли о своей никчемности и бесполезности жизни, хотя ни у одного исследуемого не наблюдались суицидальные тенденции. У многих пациентов отмечались головокружения, тошнота, непереносимость езды в транспорте, приступы головных болей, гипергидроз, сосудисто-вегетативные расстройства и нарушения сна. Ухудшение состояния возникало под влиянием физической или интеллектуальной нагрузки, перегревания, переутомления, гиперинсоляции, незначительных переживаний, не достигающих значения психогенного конфликта, температурного дискомфорта и других факторов. В отличие от психогеннообусловленной депрессии у наблюдаемых больных отмечалась "органичность", которая проявлялась в снижении психической активности, интеллектуальной продуктивности, снижением работоспособности в сочетании с повышенной раздражительностью, несдержанностью, повышенной истошаемостью активного внимания, ограничением его объема. Отсутствовала интеллектуальная переработка клинических проявлений и сомато-вегетативных нарушений. У многих больных отмечались нарушения сна, который был поверхностным, нередко с кошмарными сновидениями, тревожной легкой пробуждаемостью, при которой отсутствовало ощущение сна.

Диагностика депрессивно-дистимических невротоподобных состояний основывалась на анализе клинических проявлений, их динамике и учете данных параклинических исследований. Общими особенностями, отличающими их от депрессивного невроза были: внешнее сходство с клиническими проявлениями невроза при от-

сутствии связи их происхождения с психотравмирующими факторами; четкая связь психопатологических расстройств с церебральной резидуально-органической недостаточностью; определенная бедность, выраженное однообразие, монотонность, относительная стереотипность клинических проявлений; отсутствие психологической понятности в содержании психопатологических проявлений; отсутствие внутренней интеллектуальной переработки клинических феноменов и переживания внутреннего конфликта; отсутствие выраженной, тесной связи симптомов болезни со структурой личности больного; наличие в клинической картине симптомов, свидетельствующих об изменениях функционально-органического или органического характера в гипоталамо-лимбических отделах мозга. В клинической картине отмечалось патопластическое участие церебрастенического или психоорганического синдромов. Поэтому при диагностике депрессивно-дистимических невротоподобных состояний учитывался астенический или церебрастенический фон, клинически проявляющийся в истошаемости и нагружаемости психической деятельности, утомляемости, непереносимости жары и других проявлений температурного дискомфорта, головными болями, головокружениями, лабильностью настроения, иногда сонливостью, а у более младших детей выраженной капризностью и раздражительностью. Проявлением церебральной резидуально-органической недостаточности были замедленность становления психомоторных и речевых функций и другие признаки задержки темпа психического развития, которые учитывались в диагностике при ретроспективном анализе анамнестических данных. Многие дети плохо приспосабливались к детскому коллективу, проявляли робость, пассивность, эмоциональную недостаточность, повышенную аффективную возбудимость и гипердинамичность, в связи с чем были трудными в воспитательном отношении. У восьми детей в анамнезе были указания на эпилептиформные припадки. В психическом статусе у всех исследуемых помимо аффективных расстройств обнаружены замедление процессов восприятия, нарушение устойчивости внимания и целенаправленности психической деятельности, тугоподвижность мышления, нередко назойливость и прилипчивость, некоторое снижение критики. Экспериментально-психологическое исследование выявляло выраженную отвлекаемость внимания, некоторое ослабление ретенционной функции памяти, преобладание конкретно-образного мышления, инертность, истошae-