

## К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАСТЕНИИ, КОМОРБИДНОЙ С СИСТЕМНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ

Мителев Д.А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

В пользу высокой распространенности (от 17 до 210 на 1000 человек) психических расстройств пограничного уровня среди общего населения свидетельствуют результаты многочисленных современных исследований. В структуре всех психических заболеваний их часть составляет около 80 %. За последние 65 лет, по данным ВОЗ, количество невротических расстройств возросло в 24 раза. От 20 до 64 % пациентов подросткового возраста из числа всех тех, которые обратились к врачам общей практики, имеют те или другие невротические расстройства (неврастения, депрессивное невротическое расстройство и др.) [1-3].

Неврастения, как одно из наиболее ярких и часто встречающихся заболеваний, проявляется повышенной возбудимостью и раздражительностью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью в результате взаимного влияния конституциональных, соматогенных и экзогенных факторов. Неврастения формируется на фоне определенных особенностей личности и органической неполноценности, что приводит к формированию психического конфликта. Наличие у детей и подростков личностных особенностей является одним из важнейших условий возникновения у них под воздействием психотравмирующей ситуации срыва компенсаторно-адаптационных возможностей организма и невротических расстройств. Для неврастении характерно последовательное включение в патологический процесс различных систем организма: вегетативная дисфункция, сенсомоторные расстройства, аффективные нарушения. До настоящего времени остаются открытыми вопросы лечения данной патологии в детском и подростковом возрасте, учитывая изменившиеся микросоциально-средовые факторы, возросшую учебную нагрузку, сравнительно узкий спектр психофармакологических препаратов, адаптированных для детской практики [2, 4].

Реалии современной жизни таковы, что наличие у подростка сочетанной патологии (сердечнососудистой, эндокринной, неврологической и т.д.), к сожалению, стало обыденным явлением. Наиболее часто в качестве «фона» для развития какого-либо заболевания в подростко-

вом возрасте выступает дисплазия соединительной ткани, что подтверждено и для различных форм невротических расстройств результатами комплексного исследования 300 подростков, проведенное в клинике ГУ «ИОЗДП АМНУ». СДСТ представляет собой нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного процесса построения внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов. Вовлеченность центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата проявляется синдромами вегетативной и цереброваскулярной недостаточности, периферической цервикальной недостаточности, липотимическими и синкопальными состояниями, эмоциональными нарушениями, невротическими реакциями, нарушениями статики и координации, миофасциальными синдромами [5]. В психологическом статусе больных с СДСТ отмечается неадекватность самооценки, низкая социальная смелость и эмоциональная устойчивость, высокая ситуационная тревожность, неэффективность компенсаторных реакций на стресс в сочетании с высоким конформизмом, аутизацией и снижением динамических показателей психической деятельности, трудности в адаптации к обучению в школе. Распространенность недифференцированных вариантов СДСТ в популяции составляет 10-30%, а если учесть и фактор «накопления» отдельных признаков, то этот показатель может достигнуть 50-70%.

Таким образом, теоретические предпосылки и повседневная клиническая практика подтверждают типичность формирования у подростка невротического расстройства на фоне СДСТ, что обуславливает определенные диагностические и тактико-терапевтические трудности в связи с наличием общих патогенетических «точек приложения» и взаимного потенцирования симптоматики.

### Цель исследования

Совершенствование способов лечения невра-

стении, коморбидной с системной дисплазией соединительной ткани у подростков.

### Методы исследования

В исследование были включены 24 подростка в возрасте от 14 до 18 лет с неврастенией (неблагоприятным типом течения), коморбидной с СДСТ, которые составили основную группу и 20 подростков контрольной группы (сопоставимой по полу и возрасту) с тем же диагнозом. Общая продолжительность исследования составила три месяца. Наличие СДСТ устанавливалась на основании фенотипических признаков, их количественного и качественного соотношения в соответствии с диагностическими критериями Т. Милковской-Димитровой и А. Каркашева. Эффективность лечения изучали на основании оценки динамики психопатологических (балльная оценка по методике Ю.А. Александровского), соматоневрологических симптомов и нейрофизиологических показателей. Наряду с этим использовали визуально-аналоговую шкалу интенсивности головной боли, психологические тесты – тест Люшера, диагностический опросник А.Е. Личко тест Спилбергера-Ханина, тест качества жизни, тест Тулуз-Пьерона, тест на запоминание 10 слов для определения степени улучшения эмоционального и когнитивного состояния в процессе терапии. Оценка динамики состояния подростков по всем шкалам осуществляли до начала лечения, через один и три месяца после лечения.

### Результаты и их обсуждение

Подростки основной и контрольной групп проходили курс лечения в стационаре, а затем продолжали терапию и выполняли назначенные рекомендации в амбулаторных условиях. Все пациенты получали базовую терапию – седативные препараты, вегетостабилизаторы, витамины группы В, препараты улучшающие мозговое кровообращение. Помимо этого, подросткам первой группы дополнительно назначался препарат пантокальцин в дозе 0,25 г 3 раза в день, а также проводилась поверхностная металлоидгольчатая терапия в области мышц спины и шеи аппликатором Н.Г. Ляпко. Дополнительно они обучались приемам ежедневной мышечной релак-

сации с использованием стретч-гимнастики.

Клинико-психопатологическое исследование подростков страдающих неврастенией с неблагоприятным типом течения показало идентичность синдромокомплексов в основной и контрольной группе (табл. 1). Длительность психогенного заболевания более одного года зарегистрирована у больных обеих групп.

У всех исследуемых подростков регистрировался неврастенический синдромокомплекс (собственно астенические проявления, нарушения сна, вегетативная дисфункция), умеренные когнитивные расстройства, церебральная органическая недостаточность. Одним из ведущих

**Таблица 1**  
**Клиническая характеристика основных предикторов терапевтической эффективности у подростков с неврастенией, коморбидной с СДСТ**

Основные клинические показатели	Количество наблюдений			
	Основная группа (N=23)		Контрольная группа (N=30)	
	n	%±m	n	%±m
Пол: - мужской - женский	10 14	41,7 58,3	9 11	45,0 55,0
Возраст: - подростки 12-13 лет - подростки 14-18 лет	4 20	16,7 83,3	3 17	15,0 85,0
Длительность заболевания: - до 6 месяцев - до 1 года - больше 1 года	0 0 24	0,0 0,0 100,0	0 0 20	0,0 0,0 100,0
Наличие сопутствующей патологии: - есть - нет	13 11	54,2 45,8	12 8	60,0 40,0
Тип течения конфликта: - острый - затяжной - хронический	0 1 23	0,0 4,2 95,8	0 0 20	0,0 0,0 100,0
Направленность конфликта: - межличностный - внутриличностный - смешанный	2 18 4	8,3 75,0 16,7	1 16 3	5,0 80,0 15,0
Микросоциальное окружение (тип социогаммы): - благоприятный - неблагоприятный	9 15	37,5 62,5	8 12	40,0 60,0
Неврологический дефицит: - есть - нет	19 5	79,1 20,9	17 3	85,0 15,0
Клинический синдром: - тревожно-депрессивный - нервной анорексии - девиантного поведения	17 11 24	70,8 45,8 100,0	15 9 20	75,0 45,0 100,0

симптомов была головная боль смешанного этиопатогенетического характера, когда на фоне измененных свойств сосудистой стенки диспластического генеза и нарушения регуляции тонуса сосудов происходило присоединение головной боли напряжения, столь характерной для неврастении, но реализующейся в условиях неоптимального двигательного стереотипа.

Периодические боли в области спины регистрировались у большинства подростков обеих групп (91,7 и 90,0%, соответственно). Наиболее частыми они были в шейном отделе (ШОП) (95,8 и 95,0%), несколько реже их локализация была в грудном (54,1 и 55,0%) и пояснично-крестцовом (29,0 и 20,0%) отделах позвоночника. Хронический характер болевого синдрома отмечался у 70,8% основной группы и 75,0% контрольной, а острые, внезапно возникающие боли имели место в 20,0% случаев, соответственно. Отмечалась определенная взаимосвязь между возникновением болевого синдрома и рядом провоцирующих факторов. Так, физическая нагрузка была причиной боли в спине в половине случаев, длительное положение сидя также приводило к подобному результату. Следует отметить, что боли в области спины (особенно в ШОП) часто сопровождалась хрустом и ощущением щелчков при движениях. В ряде случаев, наблюдалась иррадиация цервикалгии в двуглавую (16,7 и 15,0%) и трехглавую (4,2 и 5,0%) мышцы, что характерно для склеротомного характера болевого синдрома. У 20,9% подростков основной группы и 20,0% контрольной отмечалось чувство слабости в верхних конечностях, а 29,1 и 30,0% из них, соответственно, испытывали различные парестезии в области кистей и в теменно-затылочной области.

Среди патологических изменений опорно-двигательного аппарата у подростков с СДСТ отмечалось отсутствие или сглаженность разной степени шейного и поясничного лордоза, грудного кифоза, шейный и поясничный гиперлордоз, грудной гиперкифоз, анатомически длинная или короткая шея, гипермобильность, функциональные блоки в одном или нескольких позвоночно-двигательных сегментах, плоскостопие.

Практически у всех исследуемых обеих групп зарегистрирован хронический тип конфликта (95,8 и 100,0%, соответственно). Установлено, что направленность конфликта в исследуемых группах была преимущественно внутриличностной (75,0% в основной и 80,0% в контрольной). Неблагоприятный тип микросоциального окружения доминировал как в основной (62,5%), так

и контрольной (60,0%) группе.

Следует отметить, что непосредственно сама СДСТ является источником формирования устойчивых психопатологических симптомокомплексы за счет высокого уровня стигматизации (астеническая конституция, дефицит массы тела, диспластичность лица, ушных раковин, деформации позвоночника, грудной клетки, непропорциональный рост и т.д.). Психопатологические расстройства коррелируют со степенью тяжести СДСТ и сопровождаются вегетативной дисфункцией с висцеро-вегетативными пароксизмальными состояниями и паническими атаками, периферической вегетативной недостаточностью, что существенно изменяет качество жизни подростка.

Неврологический дефицит в виде синдрома периферической цервикальной недостаточности, церебральной ангиодистонии, ликворной гипертензии, рассеянной микроочаговой неврологической симптоматики имели 79,1% больных основной и 85,0% контрольной группы.

Динамику клинико-психопатологических, психологических симптомов и динамическую характеристику конфликта у подростков с неврастением коморбидной с СДСТ в основной и контрольной группе представлено в таблице 2.

Анализ клинических данных у подростков основной группы, которые дополнительно получали пантокальцин и рефлексотерапию с воздействием на зоны биологически активных точек в области мышц спины и шеи показал существенную позитивную динамику в процессе лечения. Так, головная боль полностью регрессировала после курса терапии через один месяц и обратной динамики в анамнезе не наблюдалось. Значительно уменьшилась частота и выраженность дорсалгий, а пролонгация эффекта была достигнута за счет регулярных самостоятельных занятий стретч-гимнастикой. Достоверно уменьшился и ряд висцеро-вегетативных проявлений: кардиалгии, гастралгии, диспноэ с сохранением лишь отдельных показателей в анамнезе через три месяца с незначительным удельным весом.

Показатели церебральной гемодинамики в основной группе по данным реоэнцефалографии после проведенного лечения свидетельствовали о нормализации сосудистого тонуса, улучшении венозного оттока из полости черепа, уменьшении асимметрии кровенаполнения.

Среди когнитивных расстройств через один месяц достоверно снизился процент больных с признаками нарушения работоспособности (75,0% до лечения и 37,5% через месяц после лечения). Через три месяца все показатели на-

Таблица 2

**Динамика клинико-психопатологических симптомов и психологических показателей  
у подростков основной и контрольной групп с неврастенией, коморбидной с СДСТ  
на фоне терапевтического вмешательства**

Признаки	Количество наблюдений												
	Основная группа (N=20)						Контрольная группа (N=24)						
	до лечения		через 1 месяц		через 3 месяца		до лечения		через 1 месяц		через 3 месяца		
	n	%±m	n	%±m	N	%±m	n	%±m	n	%±m	n	%±m	
<b>Клинико-психопатологические симптомы</b>													
Головная боль напряжения	24	100,0	0	0,0***	0	0,0	20	100,0	11	55,0*	9	45,0	
Кардиалгии	13	54,2	3	12,5**	3	12,5	11	55,0	6	30,0*	5	25,0	
Гастралгии	10	41,7	2	8,3**	2	4,2#	10	50,0	8	40,0	5	25,0	
Боли в спине	12	50,0	0	0,0***	0	0,0	12	60,0	9	45,0	9	45,0	
Диспное	3	12,5	0	0,0***	0	0,0	2	10,0	1	5,0*	3	15,0#	
Психические нарушения: - снижение памяти	12	50,0	12	50,0	5	20,8#	12	60,0	12	60,0	10	50,0	
- снижение трудоспособности	18	75,0	9	37,5*	5	20,8#	17	85,0	10	50,0*	10	50,0	
- снижение концентрации внимания	18	75,0	10	41,7*	5	20,8#	18	90,0	12	60,0*	15	75,0	
Раздражительность	24	100,0	9	37,5**	6	25,0#	20	100,0	10	50,0*	10	50,0	
Тревога	21	87,5	8	33,3*	0	0,0###	18	90,0	12	60,0*	17	85,0#	
Депрессия	8	33,3	4	16,6*	0	0,0###	6	30,0	2	10,0*	3	15,0	
Агрессивность	19	79,2	10	41,6*	0	0,0###	18	90,0	12	60,0*	14	70,0	
Дисфория	7	29,2	1	4,2**	0	0,0###	6	30,0	5	25,0	5	25,0	
Утомляемость	24	100,0	6	25,0***	2	8,3#	20	100,0	11	55,0*	11	55,0	
Анорексия	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Расстройство поведения	11	45,8	9	37,5	4	16,7#	9	37,5	8	40,0	8	40,0	
Напряженность	24	100,0	4	16,7***	0	0,0###	20	100,0	10	50,0*	16	80,0#	
Нарушения сна: - пресомнические расстройства	16	66,7	7	29,2*	3	12,5#	12	60,0	3	15,0**	5	25,0	
- инрасомнические расстройства	18	75,0	7	29,2**	3	12,5#	14	70,0	7	35,0*	7	35,0	
Расстройство адаптации	20	83,3	11	45,8**	5	20,8#	18	90,0	7	35,0*	8	40,0	
<b>Характеристика психотравмирующей ситуации</b>													
Направленность конфликта:	- межличностный	16	69,6	12	52,1	5	21,7#	17	56,6	15	50,0	14	46,4
	- внутриличностный	2	8,7	1	4,3*	0	0,0###	3	10,3	1	3,3*	1	33,3##
	- смешанный	5	21,7	3	13,0	1	4,3#	10	33,3	3	10,0*	3	10,0
Тип течения конфликта:	- острый	4	17,4	0	0,0***	0	0,0	7	23,3	3	10,0*	2	6,6
	- затяжной	1	4,3	0	0,0***	0	0,0	3	10,0	1	0,0***	0	0,0
	- хронический	18	78,2	9	39,1*	4	17,3#	20	66,6	14	46,6*	14	46,6
<b>Характеристика психологических показателей</b>													
Уровень депрессии:- отсутствие	- минимальный	0	13,0	0	0,0***	15	65,2###	0	0,0	5	16,6***	0	0,0
	- умеренный	3	78,3	1	4,3***	4	17,4##	3	10,0	5	16,6	5	16,0
	- выраженный	18	7,0	15	65,2***	4	17,4##	2	90,0	20	66,6*	21	70,0
		2	8,7	1	4,3*	0	0,0###	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Уровень стресса:	- отсутствие	0	0,0	10	0,0	16	69,5	0	0,0	3	10,0***	3	18,0
	- низкий	1	4,3	1	4,3	2	8,6#	2	6,6	3	10,0	3	10,0
	- средний	21	91,3	10	43,4**	5	21,7	24	80,0	16	53,5*	24	80,0#
	- высокий	1	4,3	0	0,0***	0	0,0	4	13,3	0	0,0***	0	0,0
Уровень тревоги:	- отсутствие	0	0,0	0	0,0	12	52,2###	2	6,6	0	0,0***	0	0,0
	- низкий	1	4,3	12	4,3	15	65,2###	3	10,0	5	16,6	5	16,0
	- средний	22	95,6	0	52,1*	3	13,0##	25	83,3	19	63,5*	16	53,3
	- высокий	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Статистическая значимость различий показателей

\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001 – до лечения и через 1 месяц после лечения

# - p<0,05; ## - p<0,01; ### - p<0,001 – до лечения и через 3 месяца после лечения

рушения когнитивных функций, в сравнении с начальными показателями и результатами после одного месяца терапии, значительно уменьшились. Расстройства памяти, снижения работоспособности и стойкости внимания имела лишь 1/5 больных основной группы.

Отмечалась существенная положительная динамика в основной группе и умеренная в контрольной через один месяц после лечения в виде снижения раздражительности (100,0 и 37,5%, соответственно), тревоги (87,5 и 33,3%), агрессивности (79,2 и 41,6%), утомляемости (100,0 и 25,0%). Все эти показатели имели выраженную позитивную динамику и через три месяца после лечения с полным регрессом психопатологии.

Таким образом, сравнительный анализ эффективности лечения подростков с неврастенией позволил выявить более значимую устойчивую положительную динамику психопатологической и неврологической симптоматики в основной группе, лечебная тактика в которой была сформирована с учетом патогенетических механизмов СДСТ. В свою очередь, умеренные нестойкие позитивные клинические изменения в контрольной группе (ввиду отсутствия специфических методов коррекции диспластикозависимых состояний в тактике лечения) подтверждают необходимость учета данной коморбидной патологии.

## Выводы

1. Среди патологических состояний, которые оказывают непосредственное влияние на формирование клинической картины, и участвует в формировании неблагоприятного типа течения неврастенией у подростков, одно из ведущих мест принадлежит системной дисплазии соединитель-

лений детско-подростковой психиатрии // Журн. неврологии и психиатрии. 1991. Т. 91, № 6. С. 13-16.

2. Александровский Ю.А. О некоторых общих подходах к профилактике и терапии пограничных психических расстройств // Арх. психиатрии. 2001. № 4 (27). С. 16-18.

3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Уч. пособие / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. 496 с.

4. Характеристика психотравмирующих факторов и их роль в психогенезе невротических расстройств у подростков / Е.А. Михайлова, Т.Ю. Проскурина, Т.Н. Матковская, Д.А.

ной ткани.

2. СДСТ сама непосредственно обуславливает формирование комплекса вегетативных, сосудистых, вертеброневрологических, психопатологических симптомокомплексов, что приводит к потенцированию клинических проявлений невротического расстройства (эффект суммирования), возникающего на ее фоне.

3. Применение в терапии препаратов с ноотропными, вегетостабилизирующими и нейропротекторными свойствами (пантокальцин) у подростков с неврастенией, коморбидной с СДСТ, направлено на коррекцию церебральной органической недостаточности, регистрируемую у этих больных.

4. Использование поверхностной металлоигольчатой терапии (аппликаторы Н.Г. Ляпко) в сочетании со стретч-гимнастикой позволяет более эффективно купировать головную боль напряжения, ликвидировать мышечный гипертонус, восстановить оптимальный двигательный стереотип.

5. Предложенные методы лечения подростков с неврастенией, коморбидной с СДСТ, подтвердили хорошую переносимость, низкую себестоимость, эффективность воздействия на ведущие симптомокомплексы как невротического расстройства, так и дисплазии соединительной ткани.

6. Учет диспластической патологии при лечении подростков с неврастенией позволяет достичь положительных результатов в более короткие сроки и обеспечить стойкую ремиссию без дополнительной психофармакотерапии.

## Литература

1. Ковалев В.В., Шевченко Ю.С. Проблема невротических состояний в свете современных представ-

Мителев // Материалы I Конгр. Рос. об-ва шк. и универ. медицины и здоровья. 2008. С. 144.

5. Мительов Д.А. Неврологічні прояви системної дисплазії сполучної тканини у підлітків: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харків., 2006. 20 с.

*Поступила в редколлегию 22.12.2008*

**К проблеме лечения неврастении, коморбидной с системной дисплазией соединительной ткани у подростков / Д.А. Мителев / Медицина и... – 2008. – № 4. – С. 41-45.**

*Проведен анализ формирования основных клинико-психопатологических и неврологических проявлений неврастении на фоне системной дисплазии соединительной ткани (СДСТ) у подростков, а также клиническая апробация новых методов лечения сочетанной патологии.*

**Ключевые слова:** неврастения, системная дисплазия.

**До питання лікування неврастенії, коморбідної із системною дисплазією сполученої тканини у підлітків / Мітелєв Д.А. // Медицина і... – 2008. – № 4. – С. 41-45**

*Проведено аналіз формування основних клініко-психопатичних та неврологічних проявів неврастенії на тлі системної дисплазії сполученої тканини (СДСТ) у підлітків, а також клінічна апробація нових методів лікування сполученої патології.*

**Ключові слова:** неврастенія, системна дисплазія.

**To a problem of treatment of a neurasthenia, komorbid with system displastic a connecting fabric at teenagers / D.A.Mitelev // Medicine and ... – 2008. – № 4. – P. 41-45**

*The analysis of formation of the basic clinic psychopathological and neurologic displays of a neurasthenia against system dysplastic a connecting fabric (СДСТ) at teenagers, and also clinical approbation of new methods of treatment connecting pathologies is carried out.*

**Keywords:** neurasthenia, system dysplastic.