
ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ

© Великанова Л. П., 2004

Л. П. Великанова

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра наркологии и психотерапии Астраханской государственной медицинской академии
(зав. доц. Л. П. Великанова), г. Астрахань, РФ

В современных условиях остро встают проблемы здоровья всех групп населения, так как его ухудшение в последние годы приобрело стойкую тенденцию. По сравнению со взрослыми ухудшение здоровья детей и подростков происходит более интенсивно и по большему числу заболеваний. С конца 80-х годов появились сообщения ученых многих стран о замедлении процессов акселерации и даже о децелерации [10]. От 40% до 70% российских школьников имеют отклонения психического здоровья [11].

Репрезентативными клинико-эпидемиологическими сплошными и выборочными исследованиями установлено, что основной тенденцией в современном мире является значительный рост показателей заболеваемости и болезненности пограничными (непсихотическими) психическими расстройствами. Среди всех психических больных, взятых под диспансерное наблюдение (учтенных) в 1988 г., больные с пограничными психическими расстройствами составили 41,1%, причем на долю детского населения пришлось 33,7% всех консультативных больных с пограничными психическими расстройствами [1]. В детском возрасте больные с пограничными психическими расстройствами составляют более 70% всей психической болезненности, значительная часть которых не выявляется.

По данным официальной статистики, в последние годы среди населения России продолжает интенсивно расти число больных с психосоматическими расстройствами, реактивными состояниями и последствиями органических поражений ЦНС.

Поликлинический учет психических заболеваний по-прежнему не отражает в достаточной степени психическую болезненность, особенно по пограничной патологии, фиксирует в основном активную обращаемость населения преимущественно с развернутыми формами патологии и выраженной дезадаптацией. Показатели, по данным

государственной статистики, значительно ниже показателей истинной распространенности, полученных в результате эпидемиологических исследований. В популяции существует постоянный резерв неучтенных больных, сохранению которого способствуют опасения и страх перед обращением к специалистам, появление альтернативной медицины, часто практикующих врачей.

Исследования факторов, формирующих здоровье людей, показали, что из них около 50% относится к социально-экологическим условиям и образу жизни, 18—25% — к биологическим и генетическим, 10—20% — к природно-климатическим и средовым влияниям, 10—15% — к организации системы здравоохранения [12]. Экологические факторы заняли доминирующее место среди прочих причин, влияющих на здоровье.

В Астраханском регионе источником экологической опасности является промышленная разработка газоконденсатного месторождения и связанное с ней непосредственное нейротоксическое и вторичное психогенное (стрессогенное) воздействие, что обуславливает объективно существующие предпосылки более раннего срыва психической адаптации [5, 13].

Динамический анализ распространенности и выявляемости психических и поведенческих расстройств непсихотического уровня у жителей санитарно-защитной зоны АГК за период с 1994 по 1998 гг. выявил их заметный рост [2]. Также возросло число детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью.

Нами был проведен клинико-динамический анализ структуры обращений в психотерапевтический кабинет ДГКТП № 1 г. Астрахань (глав. врач — канд. мед. наук Э. А. Хасьянов) за 10 лет (1992—2002 гг.). Эта поликлиника — одна из немногих в городе, в которой осуществляется психолого-психотерапевтический прием.

Анализировали данные по 1003 детям и подросткам в возрасте от 2 до 16 лет (средний возраст $9,2 \pm 0,16$ года), проживающим в г. Астрахань и области. Оценивали сравнительную динамику выявленной патологии в различные временные периоды: 1992—1995 гг., 1995—1999 гг., 1999—2002 гг.

У подавляющего большинства консультированных детей и подростков обнаруживались резидуальные органические (РО) поражения ЦНС различной степени выраженности в сочетании с непсихотической нервно-психической, психосоматической и личностной патологией. Распространенность органической патологии на протяжении 10 лет практически оставалась стабильной: 88,2% за период 1992—1995 гг.; 91,2% за период 1995—1999 гг. и 87,8% за период 1999—2002 гг. ($p > 0,05$) [6, 7].

В их этиологии основную роль играли перинатальные факторы (интоксикации, инфекции, гипоксия во внутриутробном периоде, родовые травмы, асфиксия плода; инфекции, травмы и интоксикации в раннем постнатальном периоде). Как известно, состояние здоровья и жизнеобеспечивающих функций в перинатальном и постнатальном периодах является основой здоровья человека, его адаптивных или патологических форм реагирования в последующем.

В экологически неблагоприятных районах закономерны увеличение частоты патологического течения беременности, рост мертворождаемости, ухудшение показателей физического развития детей, повышение общей заболеваемости и заболеваний нервной системы [12]. Экологические факторы начинают действовать на здоровье ребенка задолго до его рождения. Состояние здоровья матери, частота осложнений беременности и родов и детская патология находятся в тесной зависимости [14]. Как показал анализ наших данных, частота перинатальной патологии (ПП) за период 1992—1995 гг. составила 47,2%, за период 1995—1999 гг. — 53,4%, а за период 1999—2002 гг. — 71,1% (рис. 1). Наметившийся рост этого показателя достиг высокой степени достоверности между вторым и третьим периодами ($p < 0,001$), что согласуется с прогнозами НИЦ г. Астрахань «Экологическая медицина», результатами других исследований [14]. $\frac{1}{3}$ детей этой группы (32,6%) до годовалого возраста наблюдались у невропатолога и получали лечение по поводу перинатальной энцефалопатии (ПЭП).

В формировании органической и другой нервно-психической патологии помимо перинатальных факторов заметно увеличивалась роль и других заболеваний (инфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы) и составляла соответственно по периодам 14,5%, 19,8% и 37,4%. Тенденция к их росту, наметившаяся при сравнении 1-го и 2-го периодов, достигла статистической достоверности ($p < 0,001$) между 2-м и 3-м периодами. Достоверно чаще ($0,001 < p < 0,01$) в последний период стали встречаться сочетания пери- и постнатальных факторов (ПНН).

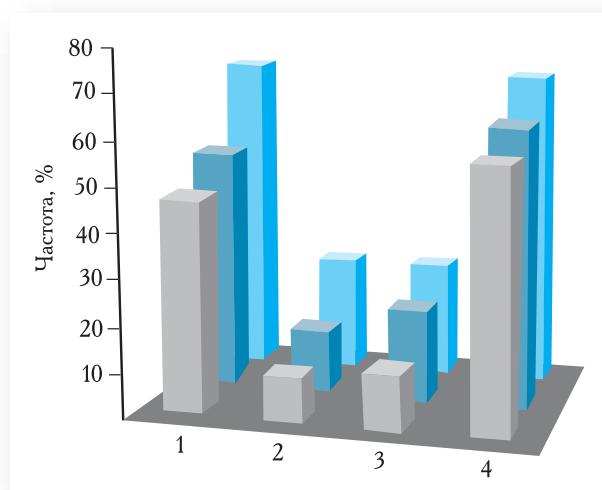


Рис. 1. Динамика структуры этиологических факторов, участвующих в формировании резидуальной органической патологии у детей и подростков. 1 — перинатальная патология, 2 — пери- и постнатальная патология, 3 — наследственные факторы, 4 — болезни патологической зависимости; здесь и на рис. 2: 1-й столбик — 1992—1995 гг., 2-й столбик — 1995—1999 гг., 3-й столбик 1999—2002 гг.

Роль отягощенной наследственности (наличие алкоголизма и наркоманий у родителей, психические заболевания по прямой линии, задержка психического развития и умственная неполноценность у родственников I степени родства) в период с 1992 по 1999 гг. усиливалась ($0,01 < p < 0,05$), однако за последний период частота участия наследственных факторов (НФ) стабилизировалась. В этот же временной промежуток (с 1992 по 1999 гг.) среди неблагоприятной наследственности наметился рост частоты болезней патологической зависимости (БПЗ) — наркоманий и алкоголизма ($0,01 < p < 0,05$), что явилось отражением актуальной наркологической ситуации в стране. За последние 3 года его влияние оставалось неизменным.

Число клинических форм с преобладанием симптомов РО расстройств нервно-психической сферы в указанные периоды времени составило 68,5%, 73,4% и 87,8% соответственно и достоверно увеличилось в последние 3 года ($p < 0,001$) (рис. 2).

Как правило, все обращения к специалистам были связаны с явными и выраженными проявлениями дезадаптации. Однако разнообразные начальные патологические симптомы отмечались окружением ребенка в предшествующие несколько месяцев и даже лет. Чаще всего они характеризовались эмоционально-волевыми расстройствами, несостоятельностью познавательных процессов и вторичными нарушениями поведения (как правило, защитными формами в виде реакций избегания, активного и пассивного протеста). Инициаторами направления к специалистам являлись школьные психологи, педагоги, воспитатели, сами

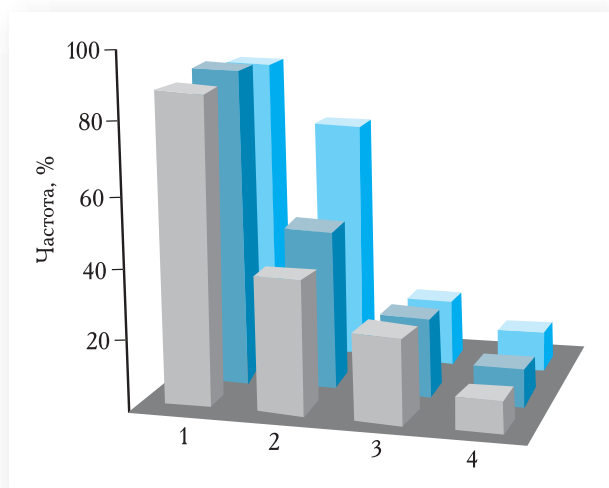


Рис. 2. Динамика частоты выявления различных форм резидуальной органической патологии у детей и подростков.
1 — РО, 2 — ЭПФ, 3 — ДФ, 4 — СФ.

родители, врачи-педиатры, что свидетельствует о повышении уровня медицинских знаний специалистов различного профиля и населения. Этому немало способствуют циклы с медико-психологической тематикой (этапы развития психики ребенка, психологические особенности детского и подросткового возраста, характерологические психологические и патохарактерологические реакции, начальные проявления психических расстройств у детей и подростков и др.) в программах курсов областного Института усовершенствования учителей, которые отличаются большой востребованностью у слушателей.

Число энцефалопатических форм (ЭПФ) (с преобладанием симптомов повреждения и распада) стойко доминировало и составляло соответственно периодам 38,2%, 45,6% и 70,2%. Наметившийся рост в 3-м периоде подтвердился с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$). Среди ЭПФ неврозоподобные синдромы стабильно составляли большинство, за ними по численности следовали психопатоподобные, церебральные расстройства. Эпилептиформные, дизэнцефальные и гидроцефалические синдромы встречались в единичных случаях.

Как правило, дети с такими расстройствами обращали на себя внимание еще в дошкольном периоде отклоняющимся поведением, чрезмерной подвижностью, страхами, но в поле зрения медицинских работников попадали при выраженной дезадаптации. Причинами последней являлось помещение в детские дошкольные учреждения, начало или переход на другую ступень школьного обучения, периоды возрастных кризов, психические травмы, соматические заболевания. Следует заметить, что достаточно часто в последний период наблюдения дезадаптация возникала при интенсификации учебных нагрузок (перевод в лицей, в школу с экспериментальными программами), несоответствии методик и технологий обучения возможностям детского организма.

Дизонтогенетические формы (ДФ) (в виде недоразвития отдельных структур мозга либо задержки темпа их развития) чаще проявлялись отставанием речевого развития и психомоторики, реже синдромами резидуальной олигофрении. В поле зрения специалистов дети с описанной патологией попадали в период начала школьного обучения. Выявленная симптоматика служила основанием для перевода в классы компенсирующего обучения, коррекции, реабилитации, вспомогательные школы. Их частота оставалась стабильной ($p > 0,05$) и составила в соответствующие периоды 24,5%, 21,2% и 18,2%. По данным областного психоневрологического диспансера (ОПНД) [2], отмечен рост числа детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью. Представляется, что такое «расхождение» показателей объясняется преимущественным адресным направлением этого контингента — в ОПНД и медико-педагогические комиссии (МПК).

3-ю группу составили РО расстройства смешанного генеза (смешанные формы — СФ) с относительно равномерным участием дизонтогенетического и энцефалопатического компонентов. Она оставалась стабильно ($p > 0,05$) самой малочисленной (8,7%, 8,4% и 9,8%) и была представлена преимущественно гипердинамическим синдромом и в единичных случаях детским церебральным параличом.

Важным моментом патогенеза РО расстройств является их склонность к регрессионной динамике. Однако наличие неблагоприятных внешних воздействий, отсутствие своевременной медицинской, социальной, психолого-педагогической коррекции приводят к формированию различных форм и степеней социально-психологической дезадаптации, стойкой соматической (психосоматической) патологии, личностным деформациям. Этому способствуют недостаточная осведомленность педиатров о начальных проявлениях психических и поведенческих расстройств непсихотического характера, формализованный подход при оценке психического здоровья при оформлении в детские дошкольные учреждения и школу. Кроме того, в случае успешной диагностики отклонений психического здоровья возникает проблема реализации комплексной специализированной медико-психологической помощи как в сельских районах, так и в городе. Явно не хватает соответствующим образом подготовленных специалистов и организационных структур.

В наших исследованиях, на фоне имеющейся органической патологии, диагностировались невротические реакции и состояния, патохарактерологические реакции и формирования личности

(краевые психопатии впоследствии), психосоматические расстройства — 41,5%, 44, 9% и 69,4% соответственно указанным периодам. За последние 3 года их число достоверно возросло ($p < 0,001$). Выделенные с учетом ведущих клинических симптомов и синдромов на момент консультирования, они тем не менее не исключали наличия коморбидных РО симптомов, служащих патологической «почвой» и выступающих в виде дополнительных факторов риска возникновения указанных расстройств.

Следует особо упомянуть психосоматическую патологию. По мнению некоторых авторов [3, 9], психосоматические расстройства у детей и подростков представляют одну из основных междисциплинарных проблем здравоохранения. Фактически по многим нозологическим и нозологически неспецифическим формам функциональной психосоматической патологии, распространенность которых по данным РАО и РАМН достигает 90%, дети и подростки не получают адекватной медицинской и психологической помощи [4]. В наших исследованиях их доля закономерно возрастала ($0,01 < p < 0,05$) и составила по периодам 4,7%, 10,1% и 16,9%.

Обращает внимание увеличение сложных форм пограничной нервно-психической патологии — наличие сочетанных невротических и невротоподобных расстройств, ассоциированных органических, невротических, психосоматических симптомов, синдромов и нозологий. Случаи эндогенных заболеваний были единичны.

Таким образом, частота РО поражения головного мозга и рост ЭПФ в структуре этой патологии на ранних возрастных этапах обусловлены воздействием скрытых или недостаточно выявляемых повреждающих социальных и экологических факторов.

Учитывая большую патопластическую роль церебрально-органической недостаточности в формировании широкого спектра нервно-психических расстройств, необходимо более тщательное их выявление и лечение.

Особого внимания заслуживает ПЭП, которая после «снятия с учета» продолжает существовать в латентной субкомпенсированной форме и под влиянием провоцирующих факторов в последующем является причиной срыва механизмов адаптации и развития пограничной нервно-психической и психосоматической патологии. При ее выявлении требуется медицинское сопровождение детей не только в течение первого года жизни, но и на протяжении всего дошкольного периода [8].

Частота обращаемости детей и подростков с психической патологией к специалистам непсихиатрических учреждений в определенной мере связана с неадекватной организацией психиатрической

помощи детскому населению неблагополучных районов и в некоторой степени с недостаточной обеспеченностью детскими психиатрами и психологами.

С целью преодоления неблагоприятной тенденции в сфере психического здоровья детского населения необходимо целенаправленное изучение факторов и средств, защищающих от стрессового воздействия, с использованием их в практической деятельности специалистов.

Для усиления саногенеза и гармонического развития личности следует применять систему позитивной профилактики психической заболеваемости детей и подростков с использованием системного подхода при обязательном взаимодействии психиатров, педиатров, психологов, психотерапевтов и педагогов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства (Руководство для врачей). — Ростов-на-Дону, 1997. — 576 с.
2. Андреев М. К., Лазарев А. А., Селезнев С. Б., Бучин В. Н. // Актуальные вопросы психиатрии и неврологии. — Т. 17. — Астрахань, 1999. — С. 17—22.
3. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. // Конгресс «Охрана психического здоровья детей и подростков». — М., 1998. — С. 119.
4. Брызгунов И. П., Чичерин Л. П., Ли В. М. // Там же. — С. 15.
5. Бучин В. Н., Селезнев С. Б. // Научно-практ. конф. «Экология и здоровье». — Пенза, 1993. — Ч. II. — С. 70—71.
6. Великанова Л. П. // Медико-экологические аспекты адаптации. — Астрахань, 1996. — С. 29—34.
7. Великанова Л. П. // Теоретические вопросы современной медицины, биологии и общественного здоровья. — Т. 20. — Астрахань, 2001. — С. 41—47.
8. Жданова Л. А., Шелкопляс Е. В., Бобошко И. Е. и др. // Конгресс «Охрана психического здоровья детей и подростков». — М., 1998. — С. 20—21.
9. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей. — СПб., 2000. — 512 с.
10. Костюченкова Е. А., Крутилина Л. Н., Костюченкова В. Н. // Международная научно-практическая конференция «Экология и здоровье детей России». — Смоленск, 2000. — С. 87—88.
11. Слободская Е. Р., Сафронова М. В., Савина Н. Н. // *Вопр. псих. здоровья детей и подростков.* — 2001. — № 1. — С. 32—40.
12. Пивоваров Ю. П., Демин В. Ф., Князев Ю. А., Ключников С. О. // Экопатология детского возраста. — М., 1995. — С. 25—31.
13. Улезко А. В., Шашков В. Б., Чуканов А. Н. // Юбилейная научная сессия АГМИ. К 75-летию со дня основания. — Астрахань, 1993. — С. 260—263.
14. Черкасов Н. С., Бахмутова Л. А., Глоба О. В. и др. // Научно-практическая конференция «Экология региона и состояние здоровья детей г. Астрахань». — Астрахань, 2002. — С. 8.