

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ПОВЕДЕНИЯ

А. В. Малахова

Екатеринбург

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о росте распространенности пограничных нервно-психических расстройств среди детей и подростков. Ведущее место среди детско-подростковой пограничной патологии занимают непсихотические психические расстройства резидуально-органического генеза, составляя от 43,6% до 65,9%.

В МКБ 10-го пересмотра (2) гиперкинетическое расстройство отнесено к классу «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F9), составляя группу «Гиперкинетические расстройства» (F90).

Клинические проявления гиперкинетического синдрома соответствуют представлениям о задержке созревания структур мозга, ответственных за регуляцию и контроль функции внимания. Отечественные авторы рассматривают его в общей группе искажений развития, относя синдром гиперактивности к продуктивно-дизонтогенетическим синдромам (1).

Как свидетельствует обзор публикаций, этиопатогенез указанных расстройств остается не до конца выясненным и, скорее всего, является многофакторным, в этой связи изучение формирования закономерностей гиперкинетических расстройств представляется достаточно важным.

Исследование проводилось на базе Свердловской областной клинической психиатрической больницы в Центре психического здоровья детей и подростков. Комплексному клинико-параклиническому обследованию были подвергнуты 136 детей, из них 125 мальчиков и 11 девочек в возрасте 6–11 лет, обращавшихся за консультацией, либо проходивших лечение в стационарных отделениях (дошкольного и школьного возраста) Центра психического здоровья детей и подростков.

Для уточнения этиопатогенеза гиперкинетических расстройств поведения было исследовано влияние биологических и средовых факторов на их возникновение. Выявлено, что клинические проявления при гиперкинетическом расстройстве поведения носят полиморфный характер и имеют различия в этиопатогенетических механизмах их формирования, отраженных в двух клинико-типологических вариантах: энцефалопатическом, характерном для резидуальной энцефалопатии (первая группа – 87 детей, 64%) и депривационном, обусловленном депривационными условиями микросоциальной среды (вторая группа – 49 детей, 36%).

Участие в механизмах этиологии и патогенеза гиперкинетического расстройства поведения патогенных биологических факторов было верифицировано данными нейропсихологического обследования, выявлена связь типологических вариантов с основными нейропсихологическими синдромами.

Топическая диагностика поражений головного мозга и структур межполушарного взаимодействия осуществлялась с помощью разработанной Всероссийским центром по детской неврологии методики адаптированного нейропсихологического исследования, предназначенного для детей дошкольного и младшего школьного возраста (3–5).

Сравнительный анализ распространенности нарушений нейропсихологических функций в первой и второй группах показал достоверные различия. Наибольшая распространенность и степень выраженности нейропсихологических расстройств была отмечена в группе энцефалопатического варианта гиперкинетических расстройств.

У детей первой группы с энцефалопатическим вариантом нейропсихологическая симптоматика характеризовалась несформированностью всех видов праксиса в разных сочетаниях и разной степени выраженности, что проявлялось затруднением в пробах на пространственный праксис, искажением пространственного компонента рисунка и графических стимулов. Также отмечалось снижение зрительного восприятия, слухоречевой памяти и речи, несформированность образно-предметной сферы, оптико-конструктивной деятельности. Данные нарушения объединены в синдром несформированности оптико-пространственных и квазипространственных процессов и являются проявлением функциональной недостаточности височно-теменно-затылочных отделов, преимущественно левого полушария.

Также у этих детей на фоне слабости нейродинамического и эмоционально-аффективного аспектов психической деятельности, недостаточности фоновых компонентов отмечалась несформированность реципрокной координации, обилие реверсий, несформированность фонематического слуха, «краевые» эффекты при исследовании памяти, что свидетельствует о функциональной недостаточности межполушарных взаимодействий и подкорковых образований. Часто наблюдалось нарушение слухоречевой памяти, зрительно-моторной координации, незрелость динамического праксиса, являющиеся проявлением функциональной недостаточности лобно-височно-теменных отделов.

У детей первой группы в нейропсихологическом статусе в качестве ведущей симптоматики встречалось изменение динамики двигательных и речевых процессов, особенно выраженные при утомлении, увеличении объема, зашумленности материала, темпа его подачи. Личностные характерологические качества, мотивационная сфера были сохранены, что обеспечивало наличие благополучной картины психического развития в целом. Синдром несформированности динамики двигательных и речевых процессов возникает при дисфункции премоторных отделов, их глубинных структур с вовлечением подкорковых образований – III блока.

У детей второй группы с депривационным вариантом в нейропсихологическом статусе в качестве ведущей симптоматики также отмечалось снижение зрительного восприятия, слухоречевой памяти и речи, несформированность образно-предметной сферы, оптико-конструктивной деятельности в легкой степени, характерные для функциональной недостаточности височно-теменно-затылочных отделов.

В этой группе также часто выявлялась функциональная недостаточность конвексимальной коры лобных долей мозга, которая проявлялась эмоционально-волевыми расстройствами, ослаблением функции контроля за протеканием собственной деятельности, динамическими трудностями, склонностью к упрощению программы. В большом количестве случаев встречалась тенденция к персеверациям, пропуски букв в письме, бедность образно-предметной сферы, слабое развитие речи.

Такие дети нуждались в постоянном контроле, который повышал эффективность работы, также как и дробление экспериментальной программы на последовательные подпрограммы.

В таблице представлена характеристика нейропсихологических синдромов при гиперкинетических расстройствах поведения.

Сравнительный анализ частоты встречаемости нейропсихологических симптомов в обеих группах выявил статистически достоверную разницу по всем синдромам ($p < 0,05$).

В подавляющем большинстве случаев были установлены многочисленные нарушения высших психических функций, что свидетельствует о диффузном поражении головного мозга, поэтому синдромы, возникавшие при поражении нескольких зон головного мозга, характеризовались «смешанным» характером.

Нейропсихологические синдромы при энцефалопатическом варианте свидетельствуют о функциональной недостаточности височно-теменно-затылочных отделов (50,6%), межполушарных взаимодействий, подкорковых образований (36,8%) и лобно-височно-теменных отделов (32,2%), а также дисфункции премоторных отделов, их глубинных структур с вовлечением подкорковых образований (29,9%); при депривационном варианте основным показателем нейропсихологического статуса является функциональная недостаточность конвексимальной коры лобных долей мозга (22,5%).

Степень установленных нейропсихологических нарушений при депривационном варианте была преимущественно легкой, при энцефалопатическом варианте встречались более выраженные нарушения нейропсихологических функций.

Таким образом, нейропсихологическое обследование позволило установить, что гиперкинетическое расстройство поведения обусловлено задержкой формирования определенных функциональных систем вследствие влияния различных неблагоприятных факторов, действовавших на ранних этапах онтогенеза, часто вызывая аномалии развития подкорковых структур. Поздние воздействия (пери-, постнатальные) в большей степени затрагивали высшие, корковые отделы мозга. Сопоставляя по-

Характеристика нейропсихологических синдромов при гиперкинетическом нарушении поведения

Нейропсихологические синдромы	Энцефалопатический вариант (n=87)		Депривационный вариант (n=49)	
	Абс.	%	Абс.	%
Функциональная недостаточность зоны ТРО - третичных височно-теменно-затылочных отделов больших полушарий коры головного мозга	44	50,6	15	30,6
Функциональная недостаточность лобно-височно-теменных отделов	28	32,2	8	16,3
Функциональная недостаточность срединных отделов, межполушарных комиссур	32	36,8	9	18,4
Функциональная недостаточность премоторной области головного мозга левого полушария (III блок)	26	29,9	8	16,3
Функциональная недостаточность конвексимальной коры лобных долей	12	13,8	11	22,5
Дефицитарность диэнцефальной области	14	16,1	5	8,2

казатели нейропсихологического статуса с характеристиками здоровья матери и перинатальной патологией можно констатировать, что во второй группе патогенные факторы биологического порядка не были ярко выражены и не приводили к грубым поражениям мозга. Однако их воздействие могло ограничивать или ослаблять защитно-приспособительные механизмы зреющего мозга, делая их более уязвимыми по отношению к другим неблагоприятным факторам. В разнообразных депривационных

условиях воспитания, при их раннем появлении и длительном действии адаптивные изменения способствовали нарушению онтогенетического развития.

Проведенная работа показывает эффективность нейропсихологического метода для диагностики гиперкинетических расстройств поведения, прогноза развития высших психических функций и определения наиболее адекватных коррекционных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 285 с.

2. Международная классификация болезней (10й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: ВОЗ «Оверлайт», 1994. – 300 с.

3. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.

4. Симерницкая Э.Г., Скворцов И.А. Методика адаптированного нейропсихологического исследования для детских невропатологов (методические рекомендации). – М., 1988. – 21 с.

5. Скворцов И.А., Адашинская Г.И., Нефедова И.В. Модифицированная методика нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушениях развития высших психических функций у детей // Учебно-методическое пособие. – М.: Тривола, 2000. – 50 с.

HYPERKINETIC BEHAVIOR DISORDERS IN JUNIOR SCHOOLCHILDREN

A. V. Malakhova

The author has studied the etiopathogenetic mechanisms of hyperkinetic behavior disorders and describes two variant of the disorder: encephalopathic and deprivational. These variants happen to be associated with neuropsychological syndromes, which play a role in specific clinical characteristics of hyperkinetic behavior disorders. On

the basis of domestic classification and the ICD-10, the author points out prevalent disorders. Thus, the children with deprivational variant of the disorder show more pronounced behavior disorders, which bring about more severe maladjustment because of emotional-volitional and behavior components.