

На правах рукописи

ЕМЕЛИНА Дарья Андреевна

**ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА:
КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, ДИНАМИКА, ПРОГНОЗ**

Специальность: 14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: **Макаров Игорь Владимирович,**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные **Гречаный Северин Вячеславович,**
оппоненты: доктор медицинских наук, доцент, заведующий
кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Пашковский Владимир Эдуардович,
доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

Ведущая организация – ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 07 июня 2018 г. в 10 часов 30 минут на заседании совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Центра и на его сайте по адресу: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан 07 мая 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

доктор медицинских наук
Бутома Борис Георгиевич

Актуальность темы. Задержкой психического развития (ЗПР; синоним: задержка психоречевого развития – ЗПРР) принято считать различные по этиопатогенезу состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и недоразвитием познавательной деятельности по типу олигофрении.

Несмотря на расхождения в эпидемиологических данных, большинство современных источников указывает на значительный рост данной патологии среди детского населения (Макаров И.В., Пашковский В.Э., Софронов А.Г., 2013; Гречаный С.В., 2017). Так, по данным В.В. Виноградова-Савченко (2015), число детей, неспособных усвоить стандартную школьную программу, выросло за последние 20 лет в 2-2,5 раза, достигнув 30% и более. По данным О.А. Сергеевой и соавт. (2015), ЗПР наблюдается у 25% детского населения. А.В. Голощапов (2015) приводит данные, что около 20% детей на момент поступления в школу имеют задержку психического развития и около 50% всех детей в силу различных причин не способны адекватно усваивать школьную программу. Несмотря на превалирующий характер ЗПР в числе нервно-психической патологии, за последние 20-30 лет в психиатрической литературе появлялись лишь единичные исследования, посвященные этому вопросу (Злоказова М.В., 2004).

В настоящее время выделяется две основные формы ЗПР: дизонтогенетическая и энцефалопатическая. Основным этиологическим фактором энцефалопатической формы ЗПР является резидуально-органическое поражение головного мозга, в связи с чем многими авторами эта группа задержек обозначается как ЗПР резидуально-органического генеза. В отличие от органической деменции эти состояния носят более обратимый характер, что позволяет включать их в группу пограничных форм интеллектуальной недостаточности. В то же время во многих источниках

отмечается увеличение количества случаев перинатальной энцефалопатии новорожденных. Так, по данным МЗ РФ (Филлипова Н.В., 2016), в период с 2000 по 2011 год отмечается более чем двукратный рост энцефалопатии новорожденных, при этом перинатальная гипоксия и асфиксия занимают первое место среди всей патологии (43%).

Задержка психического развития является достаточно часто встречающимся последствием перинатальной энцефалопатии новорожденных. При этом в психопатологической структуре ЗПР резидуально-органического генеза почти всегда имеется набор сопутствующих энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-адинамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС. Данные о распространенности различных синдромов при ЗПР разноречивы, недостаточно исследований в отношении осложняющих ЗПР психопатологических состояний в группе детей младшего и дошкольного возраста, нет общепринятой клинической классификации ЗПР резидуально-органического генеза у дошкольников. Кроме того, сопутствующие психопатологические синдромы могут маскировать интеллектуальные нарушения, приводя к диагностическим ошибкам.

Еще одним открытым вопросом остаются возрастные границы постановки диагноза ЗПР. По данным большинства отечественных источников (Незнанов Н.Г., Макаров И.В., 2009; Макаров И.В., Пашковский В.Э., Софронов А.Г., 2013), диагноз задержка психического развития не должен оставаться после достижения ребенком 7-8, в крайнем случае – 11 лет. Однако очень часто описываются случаи, когда уровень интеллектуального развития остается на пограничном уровне, не достигая нормативных показателей и не удовлетворяя требованиям постановки диагноза умственная отсталость.

Следующим актуальным вопросом является разработка эффективных программ коррекционного обучения детей с ЗПР. По данным С.А. Котовой

и др. (2010), обучение таких детей в массовой школе может ухудшать состояние ребенка. В то же время и практика работы с ними в коррекционных классах показывает, что неравномерность развития полностью не компенсируется, что обусловлено качественной неоднородностью пациентов с ЗПР.

Таким образом, клиническая неоднородность пациентов с ЗПР резидуально-органического генеза требует дальнейшего изучения данной патологии с целью разработки общепринятой клинической классификации, необходимой для качественной лечебной и коррекционной работы.

Цель исследования – выделение клинических вариантов ЗПР резидуально-органического генеза на основе ведущего психопатологического синдрома у детей дошкольного возраста, а также установление характера влияния этих синдромов на клинику и динамику интеллектуальных расстройств.

Задачи исследования:

1. Выявление частоты встречаемости осложненных форм в структуре ЗПР резидуально-органического генеза и их качественная характеристика.
2. Выделение клинических вариантов ЗПР резидуально-органического генеза на основе ведущего психопатологического синдрома у детей дошкольного возраста.
3. Изучение влияния сопутствующих психопатологических синдромов на выраженность и динамику интеллектуальных нарушений при ЗПР резидуально-органического генеза.
4. Оценка интеллектуального профиля пациентов для каждого варианта осложненной ЗПР.

Научная новизна. Впервые выделены клинические варианты ЗПР резидуально-органического генеза у детей дошкольного возраста. Дана научно обоснованная развернутая психопатологическая характеристика проявлений задержки психического развития у дошкольников в зависимости от ведущего психопатологического синдрома.

Ведущий синдром в структуре задержки психического развития резидуально-органического генеза в рамках предложенной модели является прогностически значимым критерием. Произведен расчет относительного риска неблагоприятного прогноза для каждого из вариантов осложненной ЗПР. Выявлены формы, характеризующиеся наименее благоприятным прогнозом.

Приведены характеристики интеллектуального профиля пациентов при каждом из вариантов осложненной ЗПР.

Практическая значимость исследования. Систематика наиболее часто встречающихся сопутствующих психопатологических синдромов у детей с ЗПР способствует более качественной клинической оценке пациентов, облегчает проведение дифференциальной диагностики с клинически сходными состояниями. Результаты исследования позволяют повысить эффективность выявления наиболее сложных для диагностики пациентов с ЗПР, имеющих сопутствующие психопатологические синдромы, с возможностью положительной динамики показателей уровня интеллекта при условии смягчения осложняющих нарушений.

Выделение сопутствующего психопатологического синдрома позволяет индивидуализировать терапевтический подход к пациенту, а также дает возможность разработать специализированные программы дефектологической коррекции, направленные как на компенсацию интеллектуальных расстройств, так и на смягчение сопутствующих поведенческих нарушений.

Установленное влияние сопутствующего (осложняющего) психопатологического синдрома на динамику интеллектуальных нарушений позволяет дать наиболее точный прогноз всего заболевания.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. В клинической картине ЗПР резидуально-органического генеза у детей дошкольного возраста более чем в половине случаев встречаются сопутствующие психопатологические синдромы.

2. У дошкольников с ЗПР резидуально-органического генеза наиболее часто встречаются следующие осложняющие состояния: гиперкинетический синдром, синдромы алалии, синдром психической атонии, синдром эмоциональной лабильности, неврозоподобные синдромы.

3. Сопутствующие психопатологические синдромы негативно влияют на клиническую картину, динамику и прогноз задержки психического развития у детей-дошкольников.

4. У пациентов дошкольного возраста с осложненными формами ЗПР неравномерность развития интеллектуальных функций сохраняется даже после достижения нормального уровня интеллекта.

Публикации и апробация работы. По материалам диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 6 – статьи в журналах из Перечня рецензируемых научных изданий ВАК, 1 – глава в монографии, 7 – публикации в материалах научных конференций.

Результаты диссертационного исследования представлялись в форме докладов на следующих конференциях: 1) Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (Санкт-Петербург, 2014), 2) Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» (Санкт-Петербург, 2014), 3) VIII Российский форум «Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения» (Санкт-Петербург, 2016).

Диссертационная работа соответствует специальности 14.01.06 – психиатрия (по областям исследований: п. 4 – разработка клинической систематики ЗПР резидуально-органического генеза у дошкольников, выявление и разработка проблем диагностики различных клинических форм данного состояния, прогнозирования динамики и исхода заболевания в зависимости от клинической формы; п. 2 – дана подробная

психопатологическая характеристика клинических вариантов в зависимости от ведущего психопатологического феномена).

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработан план исследования, изучены имеющиеся литературные данные, выбраны необходимые для исследования методики, разработаны индивидуальные регистрационные карты исследуемых, проведен анализ медицинской документации, оценка психического статуса клинико-психопатологическим методом, статистический анализ полученных результатов.

Внедрение. Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, используются при обучении интернов, клинических ординаторов, аспирантов, психологов института и слушателей программ профессиональной переподготовки. Полученные в ходе проведенного исследования данные могут быть использованы в процессе непрерывного профессионального образования психиатров, а также для повышения квалификации специалистов в области психологии и коррекционной педагогики.

Структура и объем работы. Содержание диссертационного исследования изложено на 189 страницах машинописного текста. Работа состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и списка литературы (197 источников, из них 129 – на русском и 68 – на иностранных языках).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования.

Объектом исследования послужили 179 детей с задержкой психического развития резидуально-органического генеза в возрасте от 3 до 7 лет, прошедших все этапы исследования. Диагноз ЗПР резидуально-

органического генеза шифровался следующими шифрами МКБ-10: F 83 (Смешанное специфическое расстройство развития), F 06.7 (Легкое когнитивное расстройство) и F 06.8 (Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью). Среди обследованных представленность неосложненной ЗПР резидуально-органического генеза составила 45 человек. Пациенты этой группы не обнаруживали грубых нарушений поведения, признаков дезадаптации в дошкольном учреждении, нарушений в коммуникативной сфере. У остальных 134 пациентов наравне с отставанием в развитии были диагностированы различные психопатологические синдромы, в соответствии с которыми пациенты были разделены на 5 групп: ЗПР с гиперкинетическим синдромом; ЗПР с синдромами алалии; ЗПР с синдромом психической атонии; ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности; ЗПР с неврозоподобными синдромами. Сравнительный анализ проводился между пациентами с осложненными и неосложненной формами ЗПР для выявления характера влияния сопутствующих психопатологических феноменов на динамику интеллектуальных нарушений. Сравнительный анализ экспериментальной группы и группы сравнения выявил сопоставимость данных групп по возрасту и полу. Средний возраст испытуемых как в исследуемой группе, так и в группе сравнения составил $4,8 \pm 1,2$ лет, медиана – 5 лет. Численность мальчиков преобладала над численностью девочек в соотношении 4 : 1.

Методы исследования

1. Клинико-психопатологический метод, который включал подробный сбор анамнестических сведений в процессе беседы с родителями (опекунами), анализ предоставляемой родителями (опекунами) медицинской документации о состоянии здоровья ребенка, анализ информации, полученной от педагогов, дефектологов, воспитателей детского сада, оценка психического статуса обследуемых в процессе осмотра и беседы. Диагностика задержки психического развития и психопатологических

синдромов осуществлялась на основании описания клинико-психопатологических синдромов и диагностических критериев в работах Г.Е. Сухаревой (1959, 1965), В.В. Ковалева (1979), С.Г. Обухова (2003), Б.С. Фролова, В.Э. Пашковского (2004), В.И. Крылова (2017), а также критериев МКБ-10. Кроме психиатра все дети были обследованы неврологом, психологом и логопедом.

2. Инструментальные методы исследования предусматривали проведение рутинной ЭЭГ, МРТ головного мозга, при необходимости проводился видео-ЭЭГ-мониторинг ночного сна, осмотр глазного дна офтальмологом, доплерография сосудов шеи и головы.

3. Клинико-катамнестический метод заключался в отслеживании отдаленных исходов интеллектуальных нарушений у пациентов. Срок катамнеза составил от 1 до 4 лет, в зависимости от возраста первичного обращения пациента. Оценка степени компенсации интеллектуальных нарушений проводилась с помощью методики «Тест Векслера», средний возраст пациентов на момент проведения катамнестического обследования составил 8,2 года.

4. Экспериментально-психологический метод обследования включал применение следующих психологических методик: детский вариант теста Векслера (WISC, адаптированный А.Ю. Панасюком, 1973); методика «Недостающие предметы» (Белопольская Н.Л., 2008); метод исключения четвертого лишнего (Белопольская Н.Л., 2009); складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена» (Левченко И.Ю., 2000). Кроме того, для всех детей применялся опросник «Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей по И.А. Скворцову» (Скворцов И.А., 2002). Применение методик в зависимости от возраста пациентов представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Применение методик в зависимости от возраста пациента

Первичный осмотр				
3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
1. Профиль развития психоневрологических функций у детей по И.А. Скворцову. 2. Недостающие предметы. 3. Исключение четвертого лишнего. 4. Складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена»	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей по И.А. Скворцову. 2. Недостающие предметы. 3. Исключение четвертого лишнего. 4. Складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена»	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей по И.А. Скворцову 2. Тест Векслера При невыполнении теста Векслера: 3. Недостающие предметы. 4. Исключение четвертого лишнего. 5. Складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена»	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей по И.А. Скворцову 2. Тест Векслера	1. Профиль развития психоневрологических функций у детей по И.А. Скворцову 2. Тест Векслера

5. Результаты исследования заносились в специально разработанную анкету, а затем – в компьютерную базу данных. Дальнейший статистический анализ проводился с помощью программы Statistica for Windows (v. 10). Для оценки однородности состава сравниваемых групп применялся критерий Колмогорова – Смирнова с поправкой Большева. Для сравнения характеристик качественных показателей применялись непараметрические методы – показатель соответствия (χ^2) с поправкой Йетса, точный критерий Фишера. Для оценки влияния качественных характеристик на исход состояния использовался показатель относительного риска, а также метод бинарной логистической регрессии. Достоверным считался уровень значимости $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Исследование выявило, что представленность неосложненной ЗПР резидуально-органического генеза составила всего 25% (45 человек), тогда как у остальных 134 пациентов (75%) наравне с отставанием в развитии были диагностированы различные психопатологические синдромы.

В соответствии с основными психопатологическими синдромами пациенты были разделены на 5 групп, что отражено на диаграмме (рис. 1).

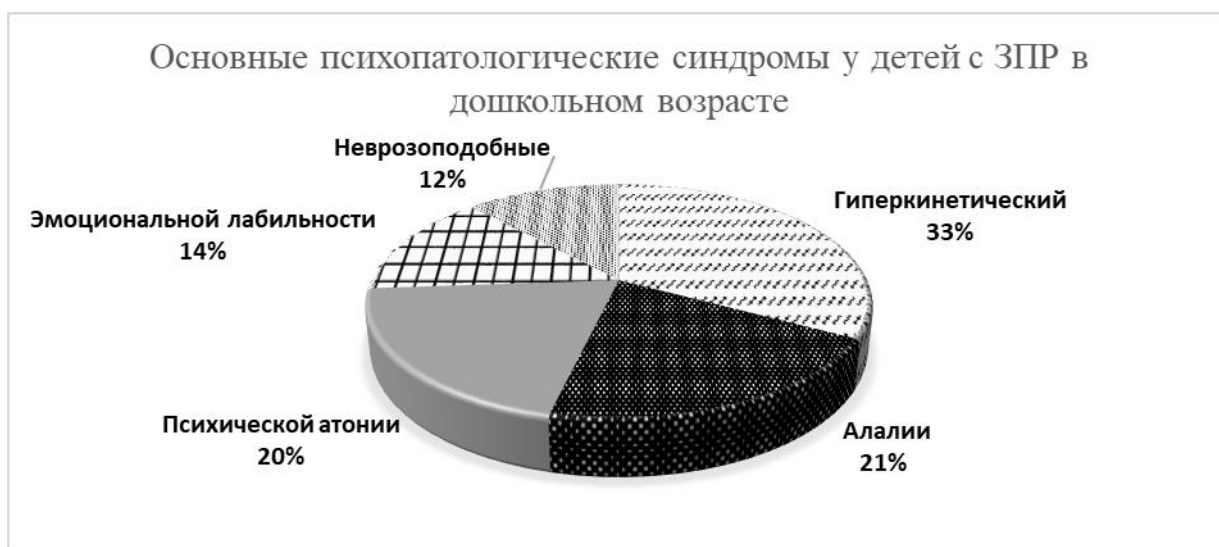


Рисунок 1. Распределение психопатологических синдромов

Наиболее часто у детей дошкольного возраста с ЗПР можно наблюдать гиперкинетический синдром (33%). Следующими по частоте встречаемости являются специфические расстройства речевого развития – сенсомоторная и моторная алалия (21%). Почти так же часто имеет место синдром психической атонии (20%). Несколько реже встречается синдром эмоциональной лабильности (14%), и самыми немногочисленными оказались неврозоподобные синдромы (12%).

Распределение пациентов в группах по степени тяжести имело достоверные отличия ($p \leq 0,05$), что представлено на диаграмме (рис. 2).

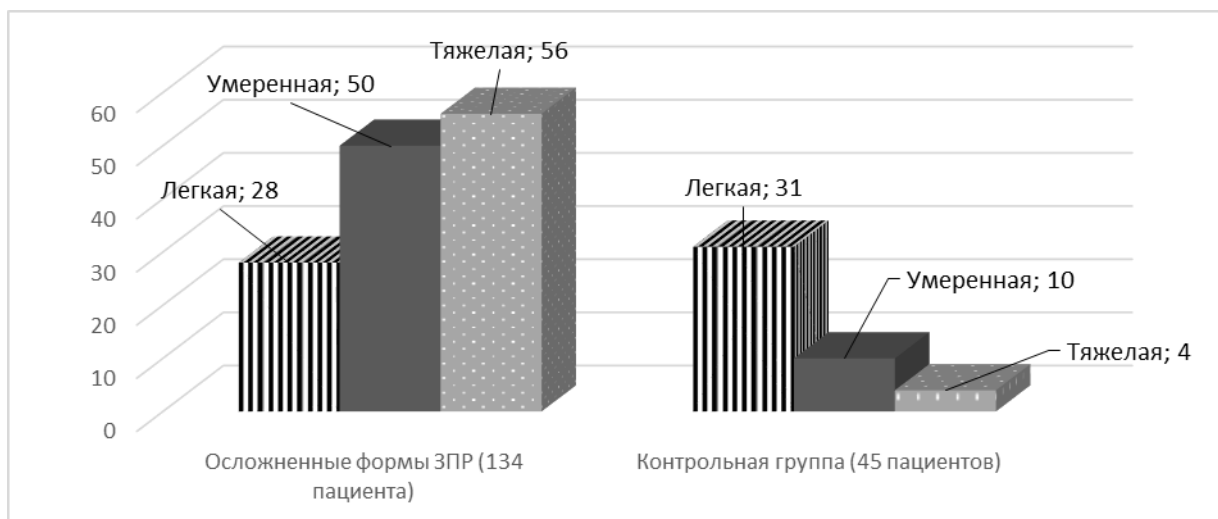


Рисунок 2. Распределение по степени тяжести в группах

Среди осложненных форм легкая степень ЗПР отмечена у 28 пациентов (20,9%), умеренная – у 50 (37,3%) и выраженная – у 56 (41,8%). В группе сравнения легкая степень ЗПР диагностирована у 31 пациента (68,9%), умеренная – у 10 (22,2%) и выраженная – у 4 (8,9%). Данное распределение может быть объяснено осложняющим влиянием сопутствующей психопатологической симптоматики на проявления задержки психического развития.

Распределение ЗПР по степени тяжести в различных группах отражено на диаграмме (рис. 3).

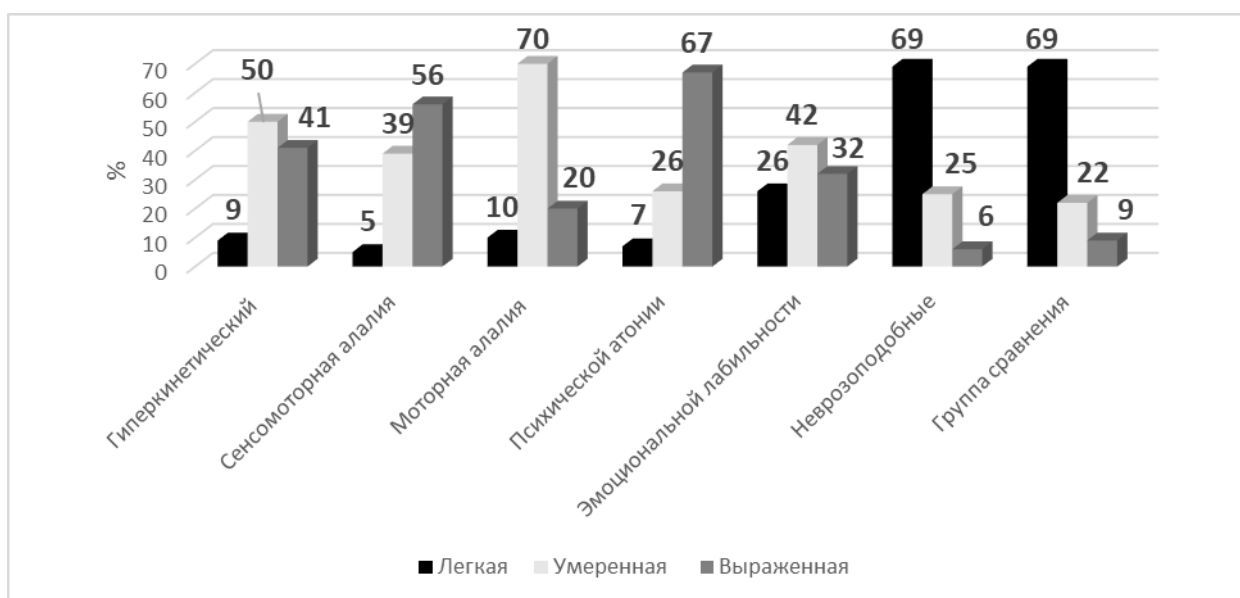


Рисунок 3. Распределение ЗПР по степени тяжести в группах

Исследование показало, что наибольшее число пациентов с выраженной ЗПР наблюдалось в группах с синдромом психической атонии (18 человек, 67%) и сенсомоторной алалии (10 человек, 56%), что позволяет сделать вывод о наибольшем осложняющем влиянии синдрома психической атонии и синдрома сенсомоторной алалии на глубину интеллектуальных нарушений при ЗПР. При синдроме психической атонии наиболее отягощающими симптомами являются гипопрозекия, снижение психического тонуса, малая инициативность и низкая познавательная активность. При сенсомоторной алалии такое же негативное влияние оказывает нарушение понимания речи, следствием чего является невозможность полноценного усвоения информации, поступающей из окружающего мира.

В группах ЗПР с неврозоподобными синдромами анализ психопатологической структуры, напротив, выявил преобладание легких степеней ЗПР, отсутствие грубых поведенческих расстройств и выраженных нарушений отдельных психических функций.

2. Статистически значимых различий в распределении перинатальных факторов риска в группах с осложненной и неосложненной формами ЗПР выявлено не было. Распределение перинатальных факторов риска по частоте встречаемости в исследуемой группе приводится в таблице 2. Наиболее часто встречающимися перинатальными факторами риска являлись внутриутробная гипоксия плода, рецидивирующая угроза прерывания беременности, гестоз, тяжелый токсикоз, выраженная гипербилирубинемия в периоде новорожденности, обострение соматической патологии у матери в течение беременности, асфиксия в родах. Один или несколько из перечисленных факторов риска встретились у всех обследованных нами пациентов. Таким образом, можно сделать вывод о значимости гипоксии в патогенезе ЗПР резидуально-органического генеза и об отсутствии взаимосвязи между отдельными перинатальными факторами риска и сопутствующими ЗПР психопатологическими синдромами.

Таблица 2 – Распределение перинатальных факторов риска

Факторы риска	Количество пациентов	%
Внутриутробная гипоксия плода	102	56,9
Рецидивирующая угроза прерывания беременности	86	48
Гестоз	51	28,4
Выраженный ранний токсикоз	44	24,4
Выраженная гипербилирубинемия в периоде новорожденности	42	23,6
Обострение почечной патологии у матери во время беременности	33	18,7
Обвитие пуповиной плода	25	13,8
Слабость родовой деятельности	25	13,8
Длительный безводный период	23	13
Асфиксия плода в родах	20	11,4
Инфекции, передающиеся половым путем	17	9,7
Стрессы у матери во время беременности	12	6,5
Недоношенность	12	6,5
Резус-конфликт матери и плода	6	3,2
TORCH-инфекции у матери во время беременности	6	3,2
Многоплодная беременность	4	2,4
Хроническая никотиновая интоксикация во время беременности	4	2,4
Употребление алкоголя во время беременности	3	1,6
Переношенная беременность	3	1,6

3. Анализ психопатологической структуры различных типов ЗПР выявил особенности, характерные для каждого варианта.

Гиперкинетический синдром: преобладание нарушения внимания и чрезмерная двигательная активность; страдает устойчивость и сосредоточенность внимания; быстро заинтересовываются и быстро теряют интерес; выражена импульсивность; отдают предпочтение подвижным играм.

Синдром сенсомоторной алалии: нарушение понимания обращенной речи; истощаемость слуховой функции; неустойчивое слуховое внимание;

понимание улучшается за счет подкрепления со стороны зрительного анализатора (жест, контекст ситуации и т.д.); лучше справляются с невербальными заданиями; эхолалии; нарушение коммуникативного поведения; стремление к постоянству окружения, тревожность. **Синдром моторной алалии:** грубое нарушение экспрессивной речи; нарушены все стороны речи (произносительная, лексическая и грамматическая); импрессивная речь относительно сохранна; бывает хорошо развита жестовая речь; лучше справляются с невербальными заданиями. **Синдром психической атонии:** низкий психический тонус; гипопрозеция; снижение интенсивности эмоций; низкая инициативность; низкая познавательная активность; двигательные стереотипии; стереотипные игры, игры неигровыми предметами. **Синдром эмоциональной лабильности:** взрывчатость аффекта; сила аффекта неадекватна силе раздражителя; застойность аффекта; импульсивность; часты примитивные демонстративные реакции; агрессивные и аутоагрессивные действия; реакции негативизма; дезадаптация в детском коллективе. **Церебрастенический синдром:** повышенная истощаемость психических процессов; ундулирующая работоспособность; низкий темп работы; работоспособность выше в первой половине дня; нарастание отвлекаемости внимания и эмоциональной лабильности по мере утомления; часто сопутствуют вегетативная дисфункция и головные боли. **Моносимптомные неврозоподобные расстройства:** части детей присущи психастенические черты, повышенная тревожность, боязливость; впечатлительность, гиперсенситивность; психосоматические реакции; наличие страхов, логоневроза, тиков, энуреза.

4. Проведенное катамнестическое исследование показало, что временные задержки темпа психического развития среди осложненных форм ЗПР составили только 38% всех наблюдений, тогда как в группе неосложненной ЗПР компенсация интеллектуальных расстройств наблюдалась в 78% случаев, что позволяет говорить о менее благоприятном исходе задержки психического развития при наличии сопутствующих

психопатологических синдромов. Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе с осложненными формами ЗПР в 2,8 раза выше, чем в группе сравнения ($p \leq 0,05$). При этом катamnестические данные среди изучаемых групп были различными. Расчёт относительного риска неблагоприятного исхода при различных сопутствующих психопатологических синдромах отражен в таблице 3.

Наименее благоприятный прогноз выявлен при сочетании ЗПР с синдромом психической атонии и сенсомоторной алалии (компенсация интеллектуальных нарушений отмечена только у 14,2% и 27,7% пациентов соответственно). Анализ с помощью метода бинарной логистической регрессии также подтвердил достоверное влияние на частоту неблагоприятного исхода синдромов психической атонии и сенсомоторной алалии ($p \leq 0,05$).

Таблица 3 – Относительный риск неблагоприятного исхода в группах

Варианты ЗПР	Относительный риск ($p \leq 0,05$)
Гиперкинетический синдром	2,8
Сенсомоторная алалия	3,2
Моторная алалия	2,7
Синдром психической атонии	3,8
Синдром эмоциональной лабильности	2,4
Церебрастенический синдром	1,2
Моносимптомные неврозоподобные расстройства	0,9

Несколько лучше прогноз при сочетании ЗПР с гиперкинетическим синдромом (компенсация интеллектуальных расстройств у 38,6% детей), моторной алалией (компенсация интеллектуальных расстройств у 40% детей) и синдромом эмоциональной лабильности (компенсация интеллектуальных расстройств у 47,3% детей).

Наиболее благоприятной была динамика ЗПР в группах с церебрастеническим синдромом и моносимптомными неврозоподобными расстройствами (компенсация интеллектуальных расстройств у 72,7% и у 80% детей соответственно).

5. Катamnестическое наблюдение показало, что неравномерность развития интеллектуальных функций сохраняется даже при нормальном уровне интеллекта, с западением разных компонентов интеллекта в разных группах. В норме показатели по различным субтестам методики Векслера должны быть больше или равны 10. В группах пациентов с осложненными формами ЗПР показатели более чем по одному субтесту были значительно ниже нормативных, несмотря на суммарную оценку $IQ \leq 90$ баллов. В группе с неосложненной формой ЗПР показатели по всем субтестам находились в границах нормы, за исключением субтеста «Недостающие детали», позволяющего оценить наблюдательность, перцептивное внимание и сосредоточенность. Надо отметить, что данный субтест является интегративным и может отражать нарушение созревания коры лобных областей (что в целом характерно для пациентов с ЗПР). Низкие показатели по данному тесту отмечались во всех группах осложненной ЗПР за исключением ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами. В целом средний разброс между минимальной и максимальной шкальной оценкой в группах с осложненными формами ЗПР составил 6,6 баллов, тогда как в группе сравнения – 4,2.

Интеллектуальный профиль пациентов в группе ЗПР с гиперкинетическим синдромом характеризовался низкими показателями всех субтестов, отражающих функцию внимания: «Арифметика» (активное внимание), «Повторение цифр» (пассивное слухоречевое внимание), «Недостающие детали» (перцептивное внимание, сосредоточенность), «Кодирование» (концентрация, переключаемость, распределение внимания). Кроме того, низкие показатели были получены еще по двум субтестам: «Понятливость» (отражает характеристики социального интеллекта, умение

абстрагироваться от конкретной ситуации, применять имеющиеся знания в жизненных ситуациях) и «Сходство» (может говорить о недостаточном развитии функции обобщения, однако надо отметить, что показатели данного субтеста в группе близки к норме – 9,7). Таким образом, можно говорить, что нарушения внимания у данных пациентов сохраняются, несмотря на нормальные показатели общего интеллекта по методике Векслера и сглаживание клинических проявлений гиперкинетического синдрома (уменьшение гиперподвижности и импульсивности).

Интеллектуальный профиль в группах с сенсомоторной и моторной алалией характеризовался низкими баллами по всем субтестам вербальной части теста и, соответственно, низким показателем вербального интеллекта, в то время как невербальный показатель соответствовал норме. Такие результаты можно объяснить недостаточным пониманием сложных инструкций в случае сенсомоторной алалии и нарушением экспрессивной речи в случае моторной алалии. Средний показатель вербального интеллекта в группе ЗПР с сенсомоторной алалией составил 87,3 балла, в группе ЗПР с моторной алалией – 81,4. Кроме того, низкие показатели были получены по субтестам «Недостающие детали» и «Кодирование», однако у пациентов с сенсомоторной алалией адекватность оценки данного субтеста была затруднена в связи с недостаточным пониманием инструкции, в отличие от пациентов с моторной алалией. Несмотря на сходные показатели, пациенты из группы ЗПР с моторной алалией лучше адаптировались в школе, что может быть связано с отсутствием нарушений понимания речи и сохранной контактностью. Несмотря на лексико-грамматические нарушения речи, дети были способны поддерживать диалог со сверстниками, принимали участие в совместных играх, активно включались в учебный процесс. У пациентов с сенсомоторной алалией сохранялись нарушения понимания сложных речевых оборотов, развернутых многокомпонентных инструкций, сложности с пониманием скрытого смысла, неспособность поддерживать полноценный

диалог. Это приводило к изоляции внутри детского коллектива, неуспеваемости по гуманитарным предметам.

Интеллектуальный профиль в группе ЗПР с синдромом психической атонии демонстрировал снижение показателей по всем субтестам, кроме заданий «Кубики Коса» и «Сложение фигур», оценивающих особенности наглядно-образного мышления. В первую очередь нужно отметить, что средние шкальные оценки по всем субтестам в данной группе были ниже, чем в остальных группах и в группе сравнения, так как у большей части детей сохранялись интеллектуальные нарушения. Полученные данные позволяют говорить о нарушениях внимания у пациентов этой группы (причем всех его видов), низком уровне относительно простых бытовых знаний, недостаточном осмыслении происходящих вокруг событий, низком социальном интеллекте, при достаточной сохранности аналитико-синтетических возможностей интеллекта (нормативный балл по субтестам «Кубики Коса», «Сложение фигур»).

Структура интеллектуального развития в группе ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности характеризовалась низкими оценками по субтестам «Понятливость» (отражает характеристики социального интеллекта, умение абстрагироваться от конкретной ситуации, применять имеющиеся знания в жизненных ситуациях) и «Недостающие детали» (наблюдательность, перцептивное внимание). Полученные результаты могут обуславливать наличие у большинства этих пациентов неконструктивных моделей поведения, проявляющихся в частых конфликтах, стремлении получить желаемое криком, истерическими реакциями, а также в нарушении внимания вследствие недостаточного эмоционально-волевого контроля поведения. Таким образом, полученные данные могут объяснять наличие у пациентов этой группы импульсивности, нарушений контроля поведения и эмоций, снижение способности прогнозировать ситуацию и выбирать правильное решение.

Особенности интеллектуального профиля пациентов из группы ЗПР с церебрастеническим синдромом заключались в менее выраженном, чем в других группах, и более равномерном снижении показателей по большинству субтестов, без значительных различий между вербальным и невербальным показателями. Снижение показателей ниже нормы отмечалось по субтестам, отражающим характеристики внимания: «Повторение цифр», «Недостающие детали», «Арифметика», «Кодировка», «Последовательные картинки». Субтест «Кодировка» отражает также скорость формирования новых навыков, и оценка может снижаться при истощаемости психических процессов. Кроме того, низкая оценка получена по субтесту «Понятливость», отражающему характеристики социального интеллекта, умение абстрагироваться от конкретной ситуации, применять имеющиеся знания на практике. Полученные данные позволяют говорить о нарушении свойств внимания, сниженной работоспособности, медленной скорости формирования новых навыков, сложностях с использованием накопленного объема знаний в жизненных ситуациях.

В группе пациентов ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами интеллектуальный профиль отличался низкими оценками по субтестам «Понятливость», «Повторение цифр» и «Арифметический», что может указывать на нарушение функции внимания и, возможно, обуславливать сложность переноса имеющихся знаний на жизненные ситуации. В этой группе средний результат по субтесту «Кубики Коса», отражающему аналитико-синтетические способности в присутствии зрительного эталона, был наиболее высоким – 13,7 (в группе сравнения – 12,4) и показатель по субтесту «Недостающие детали» соответствовал норме. Это может свидетельствовать о достаточно хорошо развитых перцептивных способностях, наблюдательности.

ВЫВОДЫ

1. Среди 179 дошкольников с ЗПР резидуально-органического генеза представленность неосложненной формы составляет 25% (45 человек). У данной группы пациентов в клинической картине на первый план выступают отставание в интеллектуальном развитии, незрелость эмоционально-волевой сферы. Пациенты этой группы не обнаружили грубых нарушений поведения, признаков дезадаптации в дошкольном учреждении, нарушений в коммуникативной сфере. У остальных 134 пациентов (75%) наравне с отставанием в развитии диагностированы различные психопатологические синдромы, влияющие на клиническую картину, поведение, адаптацию.

2. В соответствии с преобладающими психопатологическими нарушениями выделено 5 групп ЗПР у детей: с гиперкинетическим синдромом; с синдромами алалии; атоническая форма ЗПР; с синдромом эмоциональной лабильности; с неврозоподобными синдромами. Наиболее часто у детей дошкольного возраста с ЗПР наблюдается гиперкинетический синдром (33%). Следующими по частоте встречаемости являются специфические расстройства речевого развития – сенсомоторная и моторная алалия (21%). Почти так же часто имеет место синдром психической атонии (20%). Несколько реже встречается синдром эмоциональной лабильности (14%), и самой немногочисленной оказалась группа с неврозоподобными синдромами (12%).

3. Анализ психопатологической структуры различных типов осложненных форм ЗПР выявил, что в клинической картине каждого варианта на первый план выступали симптомы, характерные для ведущего психопатологического синдрома, оттесняя на второй план интеллектуальные нарушения. Полученные данные позволяют говорить о менее благоприятном исходе задержки психического развития при наличии сопутствующих (осложняющих) психопатологических синдромов. Расчет относительного риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе с

осложненными формами ЗПР в 2,8 раза выше, чем в группе сравнения. Временные задержки темпа психического развития среди осложненных форм ЗПР составили только 38% всех наблюдений. Представленность умеренной и выраженной степеней ЗПР в группах позволяет сделать вывод о наибольшем осложняющем влиянии на ЗПР синдрома психической атонии и синдрома сенсомоторной алалии. Осложняющее влияние подтверждается и данными катамнеза: наименее благоприятный прогноз выявлен при сочетании ЗПР с синдромом психической атонии и сенсомоторной алалии.

4. Катамнестическое исследование показало, что неравномерность интеллектуального развития сохраняется у пациентов с осложненными формами ЗПР после достижения нормативных показателей уровня интеллекта (по методике Векслера). Анализ успешности выполнения различных субтестов методики в каждой группе позволил выявить сохраняющееся влияние ведущего психопатологического синдрома на интеллектуальный профиль пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Целесообразно использование в клинической практике детского психиатра предложенной систематики осложненных форм задержек психического развития резидуально-органического генеза у детей дошкольного возраста. Применение данной типологии позволит оценить тяжесть заболевания в целом, а не только уровень когнитивного дефекта.

2. Выделение ведущего психопатологического синдрома у детей с ЗПР резидуально-органического генеза облегчает дифференциальную диагностику, способствует выбору правильной тактики коррекционных мероприятий, позволяет оценить динамику интеллектуальных нарушений и прогноз заболевания.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах из Перечня рецензируемых изданий ВАК

1. Емелина, Д.А. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 3. – С. 11–16.
2. Емелина, Д.А. Задержки психического развития у детей дошкольного возраста: клиническая типология коморбидных психопатологических синдромов / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 2. – С. 52–56.
3. Емелина, Д.А. Особенности динамики коморбидных психопатологических синдромов у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2015. – № 5–6. – С. 42–45.
4. Емелина, Д.А. Особенности динамики различных клинических вариантов ЗПР резидуально-органического генеза / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 4. – Вып. 2. – С. 12–16.
5. Емелина, Д.А. Задержки психического развития резидуально-органического генеза (обзор) / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – № 3 (16). – С. 106–112.
6. Емелина, Д.А. Нарушения речевого развития у детей / И.В. Макаров, Д.А. Емелина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27. – № 4. – С. 101–105.

Другие научные публикации

7. Емелина, Д.А. Клиническая картина задержки психоречевого развития у детей с сенсомоторной алалией / Д.А. Емелина, Н.В. Бокова // Когнитивные и речевые расстройства у детей: научно-практическая конференция; сб. тезисов под ред. проф. В. И. Гузевой. – СПб., 2010. – С. 9–10.

8. Емелина, Д.А. Глава 12. Задержки темпа психического развития у детей / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и Техника, 2013. – С. 273–289.

9. Емелина, Д.А. Клиническая картина задержек психического развития у детей дошкольного возраста с коморбидным аутистическим синдромом / Д.А. Емелина // XII Мнухинские чтения «Аутизм: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема». – СПб.: Виктория Плюс, 2014. – С. 72–75.

10. Емелина, Д.А. Клиническая картина задержек психического развития у детей дошкольного возраста с коморбидным гипердинамическим синдромом / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?: сб. тезисов под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2014. – Ч. 2. – С. 90–91.

11. Емелина, Д.А. Клиническая картина задержек психического развития, осложненных синдромом аффективной неустойчивости / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. мат-лов / под ред. Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. – СПб.: Альта Астра, 2014. – С. 66–67.

12. Емелина, Д.А. Особенности поведения и адаптации детей с ЗПР, осложненной коморбидным церебрастеническим синдромом / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // XIII Мнухинские чтения «Расстройства личности, адаптации и поведения в детском и подростковом возрасте». – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 89–90.

13. Емелина, Д.А. Клиника и динамика задержек психоречевого развития с аутистическим синдромом / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // VIII Российский форум с международным участием «Педиатрия Санкт-Петербурга: опыт, инновации, достижения»: сб. тезисов. – СПб.: ИТЦ «Символ», 2016. – С. 38–39.

14. Емелина, Д.А. Особенности динамики различных клинических вариантов ЗПР резидуально-органического генеза / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – [Электронное издание]. – СПб.: Альта Астра, 2017. – С. 195–196.