

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено  
к печати решением  
Ученого Совета  
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева  
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Осложненные формы задержек психического развития у детей  
дошкольного возраста: клиника, динамика, прогноз**

*Методические рекомендации*

Санкт-Петербург  
2020

УДК: 616.899-053.2-085(075.4)

Осложненные формы задержек психического развития у детей дошкольного возраста: клиника, динамика, прогноз: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: И.В. Макаров, Д.А. Емелина, Р.Ф. Гасанов, А.С. Автенюк, И.В. Кравченко, Е.С. Прохоренко. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 13 с.

**Организация-разработчик:** федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Авторы-составители:** Макаров И.В., Емелина Д.А., Гасанов Р.Ф., Автенюк А.С., Кравченко И.В., Прохоренко Е.С.

**Рецензент:** Гречаный С.В. – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н., доцент.

#### **Аннотация**

Методические рекомендации затрагивают вопросы клиники, динамики, наиболее вероятных исходов задержек темпа психического развития у детей дошкольного возраста, при этом проводится анализ вариантов задержек психического развития (ЗПР), осложненных дополнительной психопатологической симптоматикой. Так, выделены пять основных типов осложненных форм ЗПР: с гиперкинетическим синдромом, с синдромами алалии, атоническая форма ЗПР, с синдромом эмоциональной лабильности, с неврозоподобными синдромами. В зависимости от осложняющего синдрома дан прогноз заболевания, а также степень влияния каждого из синдромов на уровень когнитивного снижения ребенка.

Методические рекомендации предназначены для детских психиатров, детских неврологов, педиатров.

ISBN 978-5-94651-070-7

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА .....	5
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЗПР У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА .....	6
ВЛИЯНИЕ ВЕДУЩЕГО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ .....	7
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЗПР .....	7
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЗПР .....	8
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	11
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	12
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	13

## **Осложненные формы задержек психического развития у детей дошкольного возраста: клиника, динамика, прогноз**

И. В. Макаров, Д. А. Емелина, Р. Ф. Гасанов, А. С. Автенюк,  
И. В. Кравченко, Е. С. Прохоренко

### **ВВЕДЕНИЕ**

Задержка психического развития (ЗПР) на протяжении последних десятилетий является самым распространенным диагнозом (диагностической группой). Несмотря на совершенство организации психиатрической помощи детям и подросткам, на появление новых коррекционно-педагогических методик и коррекционного сопровождения, количество детей, не способных адаптироваться к детскому саду и школе, растет (Макаров И. В., Пашковский В. Э., Софронов А. Г., 2013; Виноградов-Савченко В. В., 2015; Голощапов А. В., 2015; Гречаный С. В., 2017). При этом наиболее часто встречающейся формой остается ЗПР на фоне остаточных явлений органического поражения головного мозга.

По данным Е. М. Парцалис (2013), связь когнитивных расстройств с перинатальными нарушениями различной природы подтверждается большим количеством исследований. Перинатальная энцефалопатия трансформируется не только в когнитивные нарушения, но и в другие расстройства, при этом обнаружить какие-либо значимые структурные изменения при нейровизуализации в отдаленные периоды не всегда удается (Эйдемиллер Э. Г., 2004).

Нарушения могут носить функциональный характер, проявляться в сбое микроциркуляции, приводя к гипоксии и патологии на уровне метаболических процессов. В свою очередь описанные расстройства приводят к нарушению формирования взаимосвязей между различными отделами головного мозга (Witelson S., 1977).

Клиническая разнородность детей с ЗПР обусловлена различной этиологией. Чаще всего для клинической картины ЗПР характерно наличие широкого спектра сопутствующих неврологических и психопатологических состояний, которые негативно влияют на клиническую картину, динамику и прогноз когнитивных нарушений у детей-дошкольников.

Кроме того, сопутствующие психопатологические синдромы, маскируя основное расстройство, могут значительно осложнять дифференциальную диагностику, приводя к диагностическим ошибкам. Они также требуют учета при определении терапевтической тактики и программы реабилитации.

Попытки систематизировать такие сопутствующие феномены предпринимаются давно, но на сегодняшний день общепринятой классификации не существует (Лебединская К. С., 2006; Зотов А. Г., 2010; Емелина Д. А., Макаров И. В., 2014; Макаров И. В., 2019). Сложившаяся ситуация может быть связана с тем, что

психопатологические синдромы, характерные для детского и подросткового возраста, отражают тип психического реагирования, характерный для данного возрастного периода. В связи с этим психопатологические синдромы, свойственные определенным возрастным этапам, не встречаются, либо возникают как исключение в измененном виде в другие возрастные периоды. Это обуславливает необходимость систематизации психопатологических феноменов детского возраста с учетом возрастной периодизации.

Большинство проведенных ранее исследований было посвящено изучению и клинической систематике пограничных интеллектуальных нарушений у школьников, что связано с наибольшей частотой выявляемости ЗПР среди данной возрастной категории. Однако появление в последние десятилетия интереса к психическим нарушениям раннего детского возраста и требования к раннему вмешательству диктуют необходимость постановки диагноза в более раннем возрасте (Ashrafi M., 2011; Dornelasa L. F. et al., 2015; Yasin A. et al., 2017). Таким образом, изучение задержки психического развития в дошкольном возрасте и разработка клинической систематики представляются актуальными и практически значимыми задачами.

Еще один важный вопрос, связанный с проблемой ЗПР, состоит в ее прогностической неоднородности. Описаны следующие варианты прогнозов (Власова Т. А., 1984):

- 1) постепенное улучшение развития;
- 2) та же динамика, прерываемая возрастными кризисами;
- 3) развитие стойкого негрубого дефекта;
- 4) регресс формирования состояния.

Как правило, прогноз когнитивных нарушений зависит от состояния высших корковых функций и типа возрастной динамики их развития. В случае преобладания общих нейродинамических расстройств прогноз достаточно благоприятный. При наличии у пациентов выраженной дефицитарности отдельных корковых функций динамика состояния менее благоприятная, и, как правило, такие случаи требуют в дальнейшем исключения умственной отсталости. Также на прогноз интеллектуального развития значительное влияние оказывают сопутствующие ЗПР психопатологические синдромы.

### **Показания и противопоказания к применению метода**

Предлагаемая методика выделения осложненных форм ЗПР применима у детей дошкольного возраста и не имеет противопоказаний.

Объектом исследования, на основании которого построена методика, стали 179 детей с задержками психического развития в возрасте от 3 до 7 лет (из них 142 мальчика и 37 девочек).

Диагноз ЗПР шифровался следующими шифрами МКБ-10: F83 (Смешанное специфическое расстройство развития), F06.7 (Легкое когнитивное расстройство) и F06.8 (Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью).

Критериями включения пациентов в исследование были: 1) задержка психического развития; 2) возраст пациентов 3–7 лет.

Критериями исключения пациентов из исследования были: 1) нормальный уровень психического развития, 2) умственная отсталость, 3) возраст пациентов меньше 3 и больше 7 лет, 4) неврологическое и/или соматическое заболевание в стадии обострения.

### **Наиболее часто встречающиеся клинические варианты ЗПР у детей дошкольного возраста**

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

У пациентов с неосложненной ЗПР в клинической картине на первый план выступало отставание в интеллектуальном развитии, незрелость эмоционально-волевой сферы. Пациенты этой группы не обнаруживали грубых нарушений поведения, признаков дезадаптации в дошкольном учреждении, нарушений в коммуникативной сфере. В этой группе при первичном осмотре у 31 ребенка была диагностирована ЗПР легкой степени, у 10 — умеренной, у 4 — выраженной степени. Среди пациентов с неосложненной формой ЗПР мальчиков было 32, девочек — 13.

У остальных 134 пациентов (75%), включенных в исследование, наравне с отставанием в развитии были диагностированы различные психопатологические синдромы, в соответствии с которыми пациенты были разделены на 5 групп:

1. ЗПР с гиперкинетическим синдромом.
2. ЗПР с синдромами алалии.
3. Атоническая форма ЗПР.
4. ЗПР с синдромом эмоциональной лабильности.
5. ЗПР с неврозоподобными синдромами.

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%).

Такая высокая представленность гиперкинетического синдрома может быть объяснена с позиции теории уровней нервно-психического реагирования. Для детей дошкольного возраста характерен психомоторный уровень реагирования, в котором ведущим является гиперкинетический синдром. Высокая частота встречаемости речевых нарушений у детей дошкольного возраста также описывается в литературе (Злоказова М. В., 2004) — это может быть связано с тем, что пик первичной диагностики речевых расстройств приходится именно на дошкольный возраст, преимущественно на возраст трех-четырёх лет.

## **Влияние ведущего психопатологического синдрома на степень выраженности когнитивных нарушений**

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.

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.

## **Психопатологическая структура осложненных форм ЗПР**

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

*ЗПР с гиперкинетическим синдромом.* Для данной группы пациентов (24%) были характерны наибольшее нарушение функции внимания (отвлекаемость) и вытекающая из этого гиперподвижность. У пациентов с этим вариантом ЗПР страдает устойчивость и сосредоточенность внимания, они быстро заинтересовываются и быстро теряют интерес, отдают предпочтение подвижным играм, обнаруживают выраженную импульсивность.

*ЗПР с синдромом сенсомоторной алалии.* При данном варианте ЗПР ведущим является нарушение понимания обращенной речи, истощаемость слуховой функции, неустойчивое слуховое внимание. Такие пациенты лучше понимают речь при подкреплении со стороны зрительного анализатора (жест, контекст ситуации и т. д.), лучше справляются с невербальными заданиями. Яркими проявлениями сенсомоторной алалии являются эхолалии, нарушение коммуникативного поведения, стремление к постоянству окружения, тревожность в незнакомых ситуациях.

*ЗПР с синдромом моторной алалии.* Для этого варианта ЗПР характерно грубое нарушение экспрессивной речи, при котором нарушены все ее стороны — произносительная, лексическая и грамматическая. Импрессивная речь у таких

пациентов относительно сохранна, может быть хорошо развита жестовая речь, характерно более успешное выполнение невербальных заданий.

*ЗПР с синдромом психической атонии.* В этой группе у пациентов отмечалось снижение психического тонуса, гипопрозекия, снижение интенсивности эмоций, низкая инициативность, снижение познавательной активности, двигательные стереотипии, стереотипные игры, игры неигровыми предметами.

*ЗПР с синдром эмоциональной лабильности.* Для этого варианта ЗПР характерна взрывчатость аффекта, при которой сила аффекта неадекватна силе раздражителя. Отмечаются застойность аффекта, импульсивность, примитивные демонстративные реакции, агрессивные и аутоагрессивные действия, реакции негативизма, дезадаптация в детском коллективе.

*ЗПР с церебрастеническим синдромом.* У пациентов этой группы выявляется повышенная истощаемость психических процессов, ундулирующая работоспособность, низкий темп работы, нарастание отвлекаемости внимания и эмоциональной лабильности по мере утомления. Нередко отмечается вегетативная дисфункция и головные боли.

*ЗПР с моносимптомными неврозоподобными расстройствами.* У пациентов из этой группы были выражены психастенические черты, повышенная тревожность, боязливость, впечатлительность, гиперсенситивность. Кроме того, в клинической картине встречались психосоматические реакции, страхи, логоневроз, тики и энурез.

## **Особенности динамики осложненных форм ЗПР**

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 относительно риска показал, что вероятность неблагоприятного исхода в группе с осложненными формами ЗПР в 2,8 раза выше, чем в группе сравнения. При этом катамнестические данные среди изучаемых групп были различными.

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).

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).

Кроме того, катамнестическое 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. Необходимо отметить, что данный субтест является интегративным и может отражать нарушение созревания коры лобных областей (что в целом характерно для пациентов с ЗПР).

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 поддержать полноценный диалог. Это приводило к их 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 следует 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, истерикой, а также нарушений внимания вследствие недостаточного эмоционально-волевого контроля поведения. Таким образом, полученные данные могут объяснять наличие у пациентов этой группы импульсивности, нарушений контроля поведения и эмоций, нарушение способности прогнозировать ситуацию и выбирать правильное решение.

Особенности интеллектуального профиля пациентов из группы ЗПР с церебральным 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.

В дальнейшем такая неравномерность развития интеллектуальных функций может стать причиной школьной дезадаптации, стойкой неуспеваемости по отдельным предметам, привести к нарушению социального взаимодействия со сверстниками.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У большинства детей с ЗПР наравне с отставанием в развитии диагностируются различные психопатологические синдромы, влияющие на клиническую картину, поведение, адаптацию. В соответствии с преобладающими психопатологическими нарушениями можно выделить 5 основных клинических вариантов ЗПР у дошкольников: 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%).

Анализ психопатологической структуры 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.

У пациентов с осложненными формами ЗПР неравномерность интеллектуального развития сохраняется после достижения нормативных показателей уровня интеллекта (по методике Векслера). Анализ успешности выполнения различных субтестов методики демонстрирует сохраняющееся влияние ведущего психопатологического синдрома на интеллектуальный профиль пациентов после преодоления отставания в развитии.

Использование предложенной систематики осложненных форм задержек психического развития у детей дошкольного возраста позволяет оценить тяжесть заболевания в целом, а не только уровень когнитивного дефекта. В то же время выделение ведущего психопатологического синдрома у детей с ЗПР облегчает дифференциальную диагностику, способствует выбору правильной тактики коррекционных мероприятий, а также позволяет прогнозировать течение и исход заболевания.

### Список литературы

1. *Виноградов-Савченко В.В.* Реабилитация детей с задержкой психического развития: методическое пособие. Омск: БУ РЦДП, 2015; 45.
2. *Власова Т.А., Лубовский В.И., Цыпина Н.А.* Дети с задержкой психического развития. М.: Педагогика, 1984; 256.
3. *Голощапов А.В.* Зарубежные методы профилактики и коррекции задержек психического развития у детей. Метод ритмической стимуляции Х. Бломберга и нейрофизиологической интеграции неонатальных рефлексов С.Г. Блайт. Психологическое сопровождение образования: теория и практика: сб. статей по материалам VI Международной науч.-практ. конф., Йошкар-Ола, 24–26 декабря 2015 г. Йошкар-Ола: АНО ВПО «Межрегиональный открытый социальный институт», 2016: 103–108.
4. *Гречаный С.В.* Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. Учебное пособие для последипломного образования. СПб.: СПбГПМУ, 2017; 96.
5. *Детская психиатрия.* Учебник для вузов. Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005: 502–515.
6. *Емелина Д.А., Макаров И.В.* Задержки психического развития у детей дошкольного возраста: клиническая типология коморбидных психопатологических синдромов. Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2014; 2: 52–56.
7. *Злоказова М.В.* Значимость перинатальной патологии, социальных и наследственных факторов на формирование задержки психического развития. Российский психиатрический журнал. 2004; 4: 49–52.
8. *Зотов А.Г.* К вопросу лечения детей с задержкой психического развития. Русский медицинский журнал. Мать и дитя. Педиатрия. 2010; 20: 1257–1260.
9. *Лебединская К.С.* Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития. Дефектология. 2006; 3: 15–27.
10. *Макаров И.В.* Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Под общей ред. И.В. Макарова. СПб.: Наука и Техника, 2019: 341–357.

11. Макаров И. В., Паиковский В. Э., Софронов А. Г. Задержки психического развития у детей: учеб. пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013; 24.
12. Парцалис Е. М. Факторы риска нарушения когнитивного развития у детей: обзор. Новые исследования. 2013; 2(35): 4–22.
13. Ashrafi M. Approach to Mental Retardation and Global Developmental Delay. Iranian Journal of Child Neurology. 2011; 5(1): 1–8.
14. Dornelasa L. F., Duarteb N. M. C., Magalhães L. C. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. Rev. Paul. Pediatr. 2015; 33(1): 88–103.
15. Witelson S. Developmental dyslexia: Two right hemispheres and none left? Science, 1977; 195: 309–311.
16. Yasin A., Aksu H., Özgür E. et al. Speech and language delay in childhood: a retrospective chart review. ENT Updates. 2017; 7(1): 22–27.

### **Список сокращений**

ЗПР — задержка психического (психоречевого) развития

МКБ — международная классификация болезней

ЭЭГ — электроэнцефалограмма