

Г.А. Черданцева, Л.В. Юсупова, С.И. Блохина

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ППЦНС

*Областная детская клиническая больница восстановительного лечения НПЦ
«Бонум», г. Екатеринбург
ФГУ НИИ ОММ «Росмедтехнологий»*

Актуальность

Здоровье детей – один из самых точных индикаторов состояния здоровья населения в целом. От глубины ее осознания зависит благополучие общества. Особенно значимо это для России в настоящее время.

За последние годы тенденция роста инвалидизирующей патологии среди детей продолжает нарастать. Растет число детей с состоявшейся инвалидностью. В России случаи детской инвалидности затрагивают более 2 млн. семей, причем 1 млн. – это тяжелые случаи инвалидизации с детства. Они обусловлены чаще всего: наследственными и врожденными болезнями, внутриутробными нейроинфекциями и токсико-метаболическими нарушениями у плода, осложнениями патологии беременности и родоразрешения. Сособую категорию составляют дети, перенесшие перинатальное поражение ЦНС. По данным статистических исследований с 2002г. отмечен рост поражений ЦНС с 63,4 до 87,8 на 1000 детского населения, а среди причин детской инвалидности патология нервной системы занимает первое место и составляет около 30%.

Проявления перинатального поражения центральной нервной системы лёгкой и средней степени тяжести на различных возрастных этапах развития ребёнка до сих пор мало изучены. Исходом ППЦНС тяжёлой степени часто является грубая органическая патология в виде ДЦП и умственной отсталости. Относительно лёгкие поражения ЦНС не всегда проявляются с первых дней жизни и часто недооцениваются. Такие дети формируют группу риска по нарушению нервно-психического развития в раннем детстве (5).

Если на первом году жизни такие дети наблюдаются и лечатся у невролога и педиатра, то в последующий период жизни не учитываются особенности развития эмоциональной и психической сферы. Это приводит к тому, что ребенок консультируется психиатром только при явных клинических нарушениях не ранее 3-х лет. Запоздавая коррекция вегетативных, эмоциональных нарушений может привести к формированию психосоматических заболеваний.

Профессор В.В.Ковалёв (3) обозначает уровень нервно-психического реагирования детей первых трех лет жизни как сомато-вегетативный (сенсомоторный). Доминирование соматовегетативных и двигательных нарушений является закономерностью данного этапа. Повреждение мозговых структур при ППЦНС в перинатальном периоде обуславливает появление неспецифической невропатии у детей раннего возраста

Цель исследования: на основании комплексного клиничко-анамнестического и психологического обследования оценить психическое здоровье детей раннего возраста, перенесших ППЦНС в периоде новорожденности.

Нами обследованы 90 доношенных детей, имеющих в возрасте трех лет психические нарушения. Из них 70 перенесли в периоде новорожденности ишемию легкой степени (1ст.), 20 детей страдали ишемией средней тяжести (2ст.). Все дети наблюдались на первом году жизни с ППЦНС. Контрольную группу составили 44 ребенка, родившиеся здоровыми, и не имевшие психических нарушений в 3 года.

Особенностью обследования мы считаем мультидисциплинарный, в том числе перинатальный подход: оценка перинатальных факторов риска, сомато-неврологическое и физическое здоровье в раннем возрасте, нервно-психическое развитие, психологическая оценка ребенка, а также было проведено анкетирование родителей с целью изучения психологического портрета семьи.

Психологическое обследование детей включало в себя оценку интеллектуального и эмоционального развития на основании методических рекомендаций С.Д. Забраминой и О.В.Боровика (2002г.) для проведения психолого-педагогического тестирования. Оценка социальной компетенции проводилась по модифицированной шкале измерения Долла, оценка психомоторного развития - по модифицированной шкале Гезелла (1, 2,4).

Нервно- психическое развитие детей оценивалось по следующим параметрам: состояние сенсорной активности, двигательная активность, речевое развитие, эмоциональная сфера, владение возрастными навыками, поведенческая и социальная адаптация детей. При оценке использовались средние (стандартные) показатели нервно-психического развития детей раннего возраста и диагностическая шкала оценки довербального и вербального развития детей.

Углублённому исследованию подлежали дети с возбудимостью, нарушениями сна, капризностью, неуправляемым поведением, повышенной подвижностью, неустойчивым настроением, плаксивостью, суетливостью, дневным и ночным энурезом, задержками в речевом, эмоциональном и психическом развитии, неотчётливым звукопроизношением, метеочувствительностью, неустойчивостью внимания с затруднениями в усвоении ребёнком зна-

ний, заиканием, быстрым темпом речи, нарушениями овладения навыками самообслуживания, трудностями в общении со сверстниками.

У всех детей, имеющих психические отклонения в три года, в анамнезе выявлен синдром невропатии от рождения до трёх лет. В 6,6% случаев имелись задержки в эмоциональном развитии до года; в 16,6% отмечены задержки в речевом развитии с 1 года до 2,5 лет.

У психически здоровых детей трёх лет не установлено отклонений в эмоциональном и речевом развитии, редко проявления невропатии отмечены до двух лет.

Анализ психического здоровья детей в возрасте 3 лет показал, что динамическое наблюдение неврологом детей с ишемией I ст. после 1-го года жизни практически не осуществляется у половины исследуемых, хотя нуждаются в этом до 80% детей с ППЦНС.

Все дети с ишемией II ст. до года жизни наблюдались неврологом не реже 1 раза в три месяца и, соответственно, чаще получали лечение, поскольку у них отмечались задержки в психомоторном развитии.

Ранняя диагностика органической невропатии (в возрасте до одного года) позволяет отнести детей, перенёвших ишемию I и II ст. тяжести в группу риска по развитию резидуальной церебро-органической недостаточности.

Повреждение структур головного мозга на ранних этапах онтогенеза приводят к возникновению речевого дизонтогенеза. Преходящий, временный характер негативных дизонтогенетических проявлений в детском возрасте обусловлен легкой степенью поражения головного мозга и его компенсаторными возможностями ().

Речевой онтогенез у детей с ППЦНС формируется по 3 направлениям: ускоренное развитие речи, замедленное развитие речи, своевременное развитие речи.

Ускоренное речевое развитие с появлением отдельных слов до 1 года и развёрнутой фразы до 1,5 лет выявлен нами у детей с ишемией I ст. в 10%, с ишемией II ст. не выявлен. Согласно заключению логопеда, у большей части детей с ускоренным речевым развитием установлены сопутствующие легко и умеренно выраженные нарушения звукопроизношения в форме дизартрии.

Своевременное речевое развитие с появлением отдельных слов к 1-му году и фразовой речи к 2 годам отмечено у перенёвших ишемию I ст. в 75%. Однако у половины детей имеют место нарушения звукопроизношения.

У детей, перенёвших ишемию II ст., своевременное развитие речи отмечено только в 40%. В данной группе у половины детей наблюдаются нарушения звукопроизношения в виде различных форм дизартрии. Отставание понимаемой речи выявлено у 15% детей.

Легко и умеренно выраженная задержка речевого развития отмечается у 15% при ишемии I ст. и 60% при ишемии II ст.

Легко и умеренно выраженные нарушения звукопроизношения представлены различными формами дизартрии (преимущественно стертой формой) в половине случаев у детей обеих групп и обусловлены недостаточностью иннервации речевого аппарата вследствие повреждения ядер черепно-мозговых нервов и корково-ядерных путей при перинатальном поражении головного мозга.

К дополнительным патогенным факторам возникновения психических расстройств относятся соматические заболевания с затяжным течением, неблагоприятно протекающие острые инфекции с явлениями общей интоксикации, черепно-мозговые травмы, экзогенные токсические воздействия. Так, при ишемии I ст. указанные факторы отмечаются у одной трети детей, при ишемии II ст. – в четверти случаев.

Невропатия также оказывает влияние на поведение и формирование характерологических особенностей. При обсуждении с родителями характерологических и поведенческих особенностей их детей в возрасте до 3-х лет выделены три подгруппы. Первые две подгруппы представлены детьми с формирующимся астеническим и возбудимым рисунком поведения. В связи с чем, родители испытывают значительные трудности в их воспитании и стремятся получить консультативную врачебно-психологическую помощь. Дети третьей подгруппы отличаются достаточной уравновешенностью, не вызывая беспокойства родителей.

Возбудимый тип при ишемии I ст. встречался у 58,6% детей, при ишемии II ст. у 75% детей. Астенический тип выявлялся редко: 4,3% и 5% детей, уравновешенный тип - у 37% и 20% детей, соответственно.

Дети с возбудимым типом поведения отличались повышенной раздражительностью, капризностью, сверхподвижностью, непреодолимым интересом к окружающему миру. Любая деятельность детей сопровождалась эмоциональным перевозбуждением с яркими аффективными реакциями, громким плачем, криком, моторным компонентом. Со сверстниками дети с возбудимыми чертами ведут себя агрессивно. Неудовлетворение желаний у них вызывает стереотипный эмоциональный всплеск, что является предпосылкой к нарушению адаптации в детском коллективе. Различные соматовегетативные расстройства, представленные диспепсией, гипергидрозом, нарушениями сна, аллергическими реакциями отмечались практически во всех случаях возбудимого типа.

Дети с астеническим рисунком поведения составляли незначительную часть. Им были свойственны плохая адаптация к новым условиям и обстановке. Внешне они проявляют застенчивость, робость, пугливость, плаксивость и тревожность. Чувствуют себя спокойно лишь в непосредственной близости с мамой или людьми из близкого окружения. Отсутствие инициативы и самостоятельности у детей-астеников среди незнакомых сверстников уже в раннем периоде ограничивают их коммуникативную активность. Деадаптация особенно бы-

стро проявлялась в детских яслях и садах, из-за чего нередко ребенка приходится выводить из ДДОУ на домашнее воспитание. Астенические черты характера формировались у детей на фоне вышеописанных соматовегетативных нарушений органической невропатии.

Дети с уравновешенным поведением составляли чуть более трети среди детей, перенёвших ишемию лёгкой степени тяжести. Спокойный нрав детей не доставлял родителям больших хлопот при уходе за ними, в связи, с чем родители не обращались за медицинской и психологической помощью к специалистам, хотя при обследовании у детей были выявлены соматовегетативные нарушения, которым не придавалось значения.

При анкетировании родители часто связывали возникновение невропатического синдрома комплекса с предшествующими острыми вирусными инфекциями (респираторными, кишечными), протекающими с затяжной лихорадкой, выраженной интоксикацией. Действительно, у каждого десятого ребёнка, перенёвшего ишемию I ст., манифестации психических расстройств предшествовало инфекционное заболевание. Указания на внешний «триггерный» фактор отсутствовало более чем в половине случаев в обеих группах.

В наших исследованиях степень ишемии мозга, перенесённая ребёнком в перинатальном периоде, коррелировала с частотой неврологических и соматических, расстройств в трёхлетнем возрасте.

При ишемии I ст., в структуре доминировали неврологически здоровые дети (25,7%). Из неврологических симптомов у каждого пятого отмечалась плосковальгусная деформация нижних конечностей, дизартрия, гипертензионно-гидроцефальный и миотонический синдромы – в 15,7% случаев, нарушения сна и астено-невротический синдром по 11,4%, у каждого десятого ребёнка встречались нарушение активности с дефицитом внимания, синдром вегето-сосудистой дистонии, реже – нарушения осанки, нейрогенный мочевой пузырь, ещё реже гипердинамический синдром. Соматически здоровые дети составляют всего 12,9%. Из соматических заболеваний чаще всего встречаются дискинезии желчевыводящих путей (22,9%), энтероколит (21,4%).

При ишемии II ст. неврологически здоровых детей было 15%, что значительно меньше, чем при ишемии I степени. Гипертензионно-гидроцефальный синдром установлен в 45% случаев, миотонический – в 40%, плосковальгусная деформация нижних конечностей выявлена у трети детей, астено-невротический синдром - у каждого четвёртого. Нарушения сна и нарушения осанки, дизартрия диагностируются у каждого пятого ребёнка.

Нейрогенный мочевой пузырь имеет место у 15% детей, нарушение активности с дефицитом внимания в 15%, гипердинамический синдром у каждого десятого ребёнка, синдром вегето-сосудистой дистонии в 5% случаев. Заболевания желудочно-кишечного тракта

(ДЖВП, энтероколит) встречаются в половине случаев. Соматически здоровые дети составляли 5%.

В структуре неврологических расстройств с одинаковой частотой в обеих группах выявляются пирамидная недостаточность (10%), поражения черепно-мозговых нервов (5%). Среди соматических заболеваний у каждого десятого ребенка диагностирован атопический дерматит.

Среди детей, перенёсших ишемию I ст., 85,7% имеют нормальное для данного возраста речевое развитие. В трети случаев обнаруживаются нарушения речи в виде неправильного звукопроизношения. У небольшого числа детей наблюдается общее недоразвитие речи, неврозоподобное заикание – 7,2% и расстройства пассивной речи у 5,7%.

Среди детей, перенёсших ишемию II ст., только 40% имеют нормальное речевое развитие. В структуре нарушений у половины детей наблюдаются нарушения звукопроизношения. Общее недоразвитие речи встречается редко (1-5%). Больше выражено отставание понимаемой (пассивной) речи – в 15,5% случаев, неврозоподобное заикание отмечается у каждого десятого ребенка.

У детей, перенёсших ишемию I ст., нормальные по возрасту показатели сенсорной активности зрения и слуха составили 85,7%. крупной (грубой) моторики – 74,3%, мелкой моторики – 60%, понимаемой (пассивной) речи – 94,3%, навыков и умений – 71,4%. С небольшой помощью взрослого шнурки завязывают только 27,1%.

Эмоционально активны были 51,4% детей, активно участвовали в ролевых играх 80%. Социальная адаптация и поведение соответствовали возрасту у 68,6% детей.

У детей, перенёсших ишемию II ст., картина выглядит аналогично предыдущей. Однако, достоверно увеличивается количество детей с запаздыванием развития: так сенсорная активность соответствует возрасту у 60% детей, крупная моторика – у 90%, мелкая – у 50%, понимаемая речь – у 85%, активная речь – у 40%, навыки и умения – у 40%, завязывают шнурки только 10%. Участвуют в ролевых играх 60% детей, эмоционально активны только 40%, поведение и социальная адаптация соответствуют возрасту у 30% обследованных.

Таким образом, постоянное наблюдение и лечение детей с рождения и до трёх лет позволяет выделить группу риска по психическим расстройствам.

Наиболее перспективной следует считать многоэтапную систему катamnестического наблюдения, которая должна решать чётко сформулированный перечень задач на каждом возрастном этапе развития ребёнка.

Проведенные исследования по формированию психического здоровья детей с ППЦНС показали, что дети с I и II степенью ишемии мозга в периоде новорожденности требуют диспансерного наблюдения невролога не менее 4 лет.

В критическом возрасте (3 года) эта категория детей нуждается в совместном осмотре педиатра, невролога, психиатра и психолога с целью формирования индивидуальной программы реабилитации.

Это может улучшить исход церебральной ишемии, речевое и психическое развитие и социальную адаптацию детей.

Для оптимизации выявления детей с нарушениями психики в раннем возрасте нами предлагается алгоритм формирования группы риска по психическим нарушениям для диспансерного наблюдения.

Алгоритм выделения детей с ППЦНС в группу риска по психическим нарушениям

Период новорожденности
Наличие церебральной ишемии I и II ст.

Амбулаторно-поликлинический этап:

До 1 года

- Невропатический синдром;
- Заболевания нервной системы у матери;
- Патология беременности;
- Профессиональные вредности у родителей;
- Ишемия ЦНС II ст.;
- ИВЛ;
- Судороги, судорожный эквивалент;
- Гипотрофия.

Старше 1 года

- Невропатический синдром;
- Задержка речевого развития;
- Страхи;
- Энурез;
- Диссомния;
- Отсутствие наблюдения и лечения детей с ишемией I и II ст. у невролога с 1 до 2 лет;
- Сохранение или приобретение других неврологических расстройств у детей в 2 года;
- Отсутствие коррекции неврологических расстройств у детей с 2-х до 3-х лет;
- Наличие неврологических расстройств в 3 года.

Семейное анкетирование

- Жалобы на повышенную возбудимость, нарушения сна, капризность, неуправляемое поведение, повышенную подвижность, неустойчивое настроение, плаксивость, суетливость, дневной и ночной энурез;
- Задержки в речевом, эмоциональном и психическом развитии (от 0 до 3 лет);
- Неотчётливое звукопроизношение;
- Метеочувствительность;
- Неустойчивость внимания с затруднениями в усвоении ребёнком знаний;
- Заикание;
- Быстрый темп речи;
- Нарушения овладения навыками самообслуживания;
- Трудности в общении со сверстниками.

Литература

1. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей.- СПб.: Речь, 2001- 200с.
2. Забрамная С.Д., Боровик О.В. Методические рекомендации к пособию «Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей»- М., Владос, 2002
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е перераб. и доп.-М., Медицина, 1995- 560 стр.
4. Пантюхина Г.В., Печера К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни /Под редакцией В.А.Доскина-М., 1996
5. Хабарова Н.М., Пиянзин А.И. Нервно-психическое развитие детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС // Материалы 9 Конгресса педиатров России. Актуальные проблемы педиатрии – Москва, 10-12 февраля 2004г. т. 3 приложение 1. стр. 433

О.А. Яргина, А.М. Чердиченко

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ, ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра педиатрии ФПК и ПП УГМА

Резюме. Приведены данные об оценке клинической, эндоскопической, гистологической симптоматики и психологического статуса у больных язвенной болезнью. Установлена высокой степени колонизация *H. pylori* (90,9 %). Изучено состояние вегетативной нервной системы и у большинства больных (82,5%) диагностирована гиперсимпатикотония.

В отличие от имеющихся работ, впервые описан психосоматический портрет больных школьного возраста с язвенной болезнью в сопоставлении с давностью болезни, характером абдоминальной боли и диспепсических расстройств.

Показано, что основные клинические проявления язвенной болезни чаще наблюдаются у экстравертов (38,3%), эмоционально нестабильных экстравертов и интровертов (36,2%) и эмоционально уравновешенных амбивертов (40,4 %).

Впервые проведено проспективное наблюдение за больными язвенной болезнью в течение 3 – 6 мес. после курса психокоррекционной терапии. Установлена положительная динамика субъективной и объективной клинической симптоматики, сопровождающаяся уменьшением числа больных с гиперсимпатикотонией (42,4% вместо 82,5% при первичном