

© Троицкая Л.А., 2005

Л.А. Троицкая

ДИНАМИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОСЛЕ НАПРАВЛЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Научно-практический центр медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, Москва

Изучением формирования мозговой организации психических процессов у детей занимается нейропсихология детского возраста. Основным методом синдромного психологического анализа дефицита психической деятельности у детей, страдающих эпилепсией (Э), был применен в нашем исследовании. Внедрение нейропсихологического луриевского анализа в практику установления причин детской дезадаптации в норме доказало его валидность и эффективность как дифференциально-диагностического, прогностического, профилактического и коррекционного инструмента [1—4]. Нейропсихологический метод обращен к проблеме онтогенеза в норме и патологии. Он позволяет оценить и описать те системно-динамические изменения перестройки, сопровождающие психическое развитие ребенка с точки зрения его мозгового обеспечения. Психические функции ребенка не даны ему изначально, они проходят длительный путь развития, начиная с внутриутробного периода. Этот путь отнюдь не прямая линия, он сложен и многогранен.

Целями исследования явились изучение структуры высших психических процессов у детей с симптоматической, идиопатической и парциальной формами Э; выявление индивидуальных особенностей развития детей с умственной отсталостью, задержкой развития и парциальностью психического дефекта с помощью объективной количественной и качественной оценки, разработанной на основе методов, применяемых в нейро- и патопсихологии; разработка адекватной педагогической коррекции по устранению выявленных нарушений высших психических процессов.

Проведено обследование 241 ребенка с фокальными формами Э в возрасте 7—16 лет. Верификацию диагноза проводили с помощью ЭЭГ-обследования и видео-ЭЭГ-мониторинга. На момент исследования больные находились в стадии подбора антиэпилептической терапии или уже получали соответствующие препараты в адекватных дозировках.

Дети были разделены на 3 группы по степени умственной отсталости: 1-я группа — 25 детей с тяжелой умственной отсталостью (олигофрения в степени имбецильности); 2-я группа — 53 ребенка с более легкой степенью умственной отсталости (олигофрения в степени дебильно-

сти); 3-я группа — 128 детей с парциальностью психического дефекта. У 35 детей при нейропсихологическом обследовании не было выявлено отклонений от нормы.

Характеристика психического развития детей 1-й группы представлена на рис. 1.

Как видно из рис. 1, у всех детей 1-й группы наблюдается недостаточность развития почти всех анализируемых сфер психической деятельности. Отмечались трудности общения. 17 из 25 детей не узнавали родителей и не реагировали на свое имя. Эмоциональные реакции отчетливо не дифференцировались. У всех детей полностью отсутствовала экспрессивная и импрессивная речь. 7 из 25 детей самостоятельно не ходили. У 8 больных наблюдались насильственные движения. Игровая и пред-

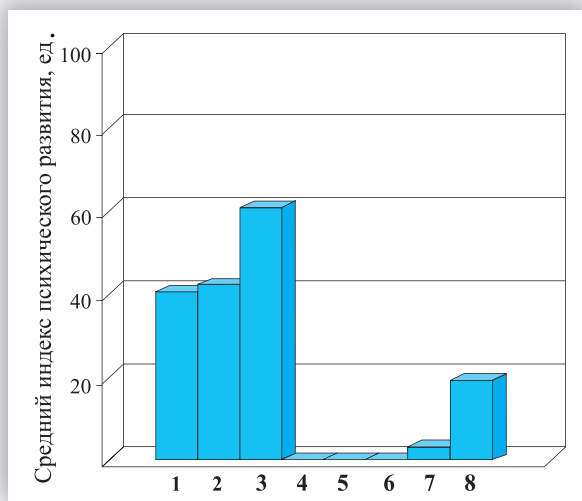


Рис. 1. Профиль психического развития у детей с фокальными формами эпилепсии 1-й группы. Здесь и на рис. 2—6: 1 — сфера общения, 2 — эмоционально-волевая деятельность, 3 — моторные функции, 4 — конструктивный праксис, 5 — предметная деятельность, 6 — игровая деятельность, 7 — навыки самообслуживания, 8 — речевая деятельность; в норме индекс психического развития равен 100 ед.

метная деятельности, а также навыки самообслуживания не были сформированы.

Анализ полученных данных свидетельствовал о том, что состояние психических процессов детей 1-й группы соответствовало умственной отсталости в степени имбецильности.

Характеристика психического развития детей 2-й группы представлена на рис. 2.

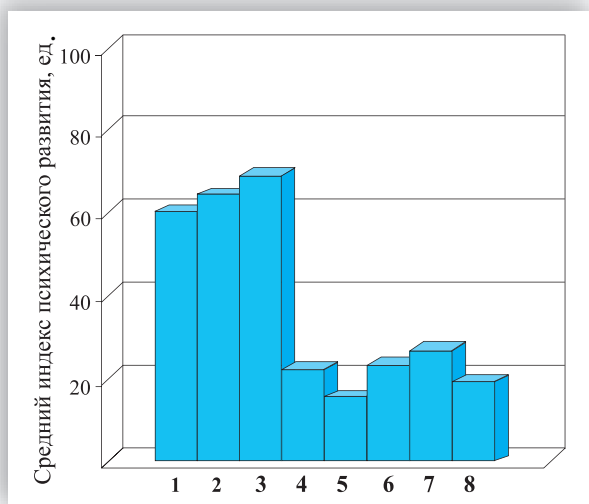


Рис. 2. Профиль психического развития у детей с фокальными формами эпилепсии 2-й группы.

Из рис. 2 видно, что исходный уровень развития детей 2-й группы имел следующие особенности. Отмечалась значительная недостаточность познавательной активности, имелись нарушения эмоционально-волевой деятельности: сужение объема восприятия, колебание и неустойчивость произвольного внимания, отвлекаемость и истощаемость при выполнении заданий. Все это, а также двигательная расторможенность и нарушение мелкой моторики затрудняли выполнение проб, проводимых при исследовании конструктивного праксиса. Из 53 детей у 11 отсутствовала фразовая речь, у остальных наблюдались значительные речевые нарушения: аграмматизмы, парафазии литеральные и вербальные, снижение фонематического слуха. Отчетливо проявлялась недостаточность мышления, которая заключалась в слабости обобщений, трудностях усвоения правил и общих понятий, отсутствии понимания их смысла. Педагогический уровень развития большинства детей был крайне низким: отсутствовали представления о числе и количестве, отмечались нарушения узнавания и названия основных цветов.

Проведенное начальное обследование детей 2-й группы позволило установить, что состояние психических процессов у детей соответствовало умственной отсталости в степени дебильности.

Для детей 3-й группы было характерно легкое течение заболевания. 107 человек из 128 больных учились по программе массовой школы, однако у всех детей выявлялась парциальность психического дефекта.

Характеристика психического развития детей 3-й группы представлена на рис. 3.

Из рис. 3 видно, что в структуре психической деятельности отмечается недостаточность эмоционально-во-

левой сферы, проявляющаяся в снижении работоспособности и объема произвольного внимания. Выявлены нарушения мелкой моторики и кинестетической основы действия. В структуре психического дефекта отмечается недоразвитие внутреннего плана действия. Уровень обобщений в основном не был снижен. Дети правильно усваивали инструкции, могли хорошо анализировать и синтезировать материал, понимали переносный смысл пословиц и поговорок. Однако адекватный характер суждений у них не был устойчив. Выполняя экспериментальное задание, они не удерживали правильный способ действия в течение длительного времени, правильные способы выполнения задания могли чередоваться с ошибочными. У одних детей это было связано с колебаниями внимания, у других — с забывчивостью, у третьих обобщенный характер выполнения задания прерывался решениями ситуационного порядка.

При нейропсихологическом исследовании у 3-й группы детей были выявлены нарушения графического и пространственного праксиса. Некоторые дети, обучавшиеся по программе массовой школы, не могли оценить положение стрелок на часах без циферблата. Не ориентировались в географической карте, путали восток и запад, не могли начертить схему расположения хорошо знакомых мест. Оказывались не в состоянии правильно воспроизвести расположение в пространстве рук экспериментатора в пробах Хэда или построить из заданных элементов какую-либо пространственно-ориентированную фигуру, испытывали значительные затруднения в графическом изображении стола, дома, куба и копировании объектов. У больных возникали затруднения в понимании сложных логико-грамматических структур, например, «брат отца» или «отец брата», конструкций с предлогами или отношения пространства «крест под квадратом», «квадрат под крестом», или отношений времени «весна перед летом» и «лето перед весной». У 26 из 128 детей отмечался также распад счетных операций, при этом целенаправленный характер счетной деятельности оставался сохранным. Как основная задача, так и общий план ее выполнения не нарушались, распадалась только исполнительная часть счетной операции, требующая сохранения дифференцированных «квазипространственных» синтезов, поэтому трудности у них появлялись лишь при

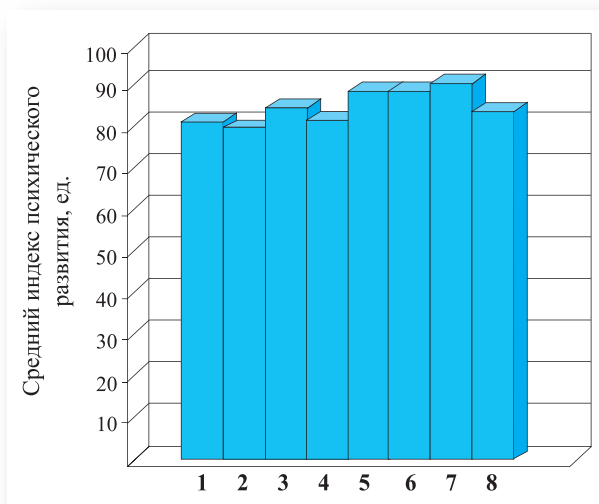


Рис. 3. Профиль психического развития у детей с фокальными формами эпилепсии 3-й группы.

выполнении определенных действий. Понимая, например, общий смысл предложенной им школьной задачи, они часто приходили в затруднение перед грамматической формулировкой отдельных входящих в ее состав условий. Не могли понять, что означает «на сколько больше» и «во сколько больше» или «было столько литров молока, из них израсходовано столько» и др. В результате эти дети оказывались беспомощными при решении задач, общий смысл которых был принципиально понятен, т.е. была выявлена диссоциация между потенциально сохранной интеллектуальной деятельностью и нарушением интеллектуальных операций, между сохранностью общего смысла и нарушением конкретных значений. Такого рода нарушения обычно характерны для синдрома, возникающего у больных-правшей с поражением теменно-затылочных отделов левого полушария, что приводит к распаду симультанных «квазипространственных» синтезов.

Проведенные коррекционные мероприятия с целью оптимизации познавательной деятельности и устранения выявленных нарушений психического развития детей с Э носили комплексный характер медико-психологической помощи. Психолого-педагогическая коррекция осуществлялась в трех аспектах — лекционно-просветительном, консультативно-рекомендательном, собственно коррекционной работе в форме индивидуальных и групповых занятий [5, 6].

Лекционно-просветительная работа была адресована в первую очередь родителям и заключалась в разъяснении выявленных нарушений в психическом развитии у ребенка. Родителей знакомили с основными закономерностями и возрастными особенностями на конкретных стадиях развития ребенка, объясняли трудности и проблемы каждого возрастного этапа развития и давали рекомендации по их преодолению. Кроме того, на этом этапе принимали во внимание своеобразие конкретной социальной ситуации развития ребенка.

Консультативно-рекомендательная работа строилась на основе прицельной диагностики причин переживаемых ребенком трудностей в развитии и предполагала формирование психологом и врачом систем рекомендаций, учет и выполнение которых родителями при активной роли самого ребенка могут содействовать как профилактике, так и преодолению негативных тенденций и трудностей в развитии.

Третья, наиболее трудоемкая, собственно коррекционная работа осуществлялась непосредственно психологом при активном содействии родителей, логопеда, учителей и воспитателей с группой детей или индивидуально с ребенком. Проводившие занятия учитывали эмоциональное отношение к ним ребенка [7—9], а также интересы и склонности самого ребенка. Например, коррекция мелкой моторики была направлена на развитие способности регулирования движений по силе, размаху, скорости, поэтому особое значение при этом приобретали рисование, лепка, аппликации, специальные графические упражнения (род занятий выбирал сам ребенок), а также проводили массаж и гимнастику для пальцев.

Коррекцию речевых нарушений проводили на основе формирования основных новообразований для данного возраста [10, 11]. Для детей с отсутствием экспрессивной речи проводили занятия по активизации речевой активности — артикуляционная гимнастика, массаж язычка и педагогические занятия с целью увеличения пассивного словарного запаса. У детей с дизартриями проводили занятия по устранению аграмматизмов, литеральных и вербальных парафазий, по улучшению звукопро-

изношения и состояния фонематического слуха. В задачи логопедической коррекции входило также формирование планирующей и регулирующей функции речи, обучение звуковому и словесному анализу слова.

Применение антиэпилептических препаратов зависело от формы Э и типа припадков. Лечение проводили базовым препаратом для данной формы Э. Стартовая доза составляла примерно $\frac{1}{4}$ от средней терапевтической. При хорошей переносимости препарата доза увеличивалась примерно до $\frac{3}{4}$ от средней терапевтической в течение 2—3 недель с последующим увеличением дозы до достижения максимального эффекта.

Медикаментозную терапию детей с симптоматической формой Э осуществляли ламотриджином (ламиктал) в дозе 0,1—0,5 мг/кг/сут, сукцинимидом (суксилеп) 20—50 мг/кг/сут и карбамазепином (финлепсин) 15—25 мг/кг/сут. Больные с идиопатическими формами Э получали сукцинимиды и вальпроаты. Средние терапевтические дозы для суксилепа составляли 10—15 мг/кг/сут в 2 приема, для депакина — 30—50 мг/кг/сут в 3—4 приема.

После проведенного курса медико-психической коррекции у детей всех трех групп отмечалась положительная динамика в структуре познавательной деятельности.

Существенное улучшение произошло в сфере общения (рис. 4). Все дети 1-й группы стали доступны контакту, пониманию обращенной речи в виде отдельных бытовых команд и элементарных инструкций к заданию. У 9 из 25 детей, прежде даже не реагирующих на имя и родителей, появился адекватный уровень реакций. Наряду с этим отмечалось снижение эгоцентрических эмоций, появление у 15 из 25 детей зрительного сосредоточения и произвольного внимания. В двигательной сфере наблюдалось улучшение моторных функций. Из 25 детей 1-й группы 9 до начала лечения самостоятельно не ходили, из них 4 ребенка спустя 3 месяца после начала лечения начали ходить, остальные — спустя 6 месяцев. У 12 детей отмечался регресс двигательных стереотипов и насильственных действий. Почти у всех (24) детей 1-й группы появились отдельные навыки самообслуживания и конструктивной деятельности, а также элементы предметной и игровой деятельности. В структуре речевой деятельности у детей 1-й группы также отмечалась положительная динамика. Если до начала лечения у всех детей экспрессивная речь отсутствовала полностью, то после проведения медико-психологической коррекции у 12 из 25 детей появилась фразовая речь в виде простых предложений (из 3—4 слов). У одного ребенка фразовая речь сформировалась полностью, остальные дети 1-й группы могли произнести только отдельные слова и слоги. Пассивный словарный запас у всех детей 1-й группы увеличился.

Однако полностью устранить имеющиеся нарушения интеллектуальных процессов не удалось. Например, появившаяся у детей фразовая речь имела значительные логопедические дефекты: аграмматизмы, литеральные и вербальные парафазии, нарушения фонематического строя речи. Кроме того, смыслообразующая функция речи была не сформирована, уровень обобщений отсутствовал, тенденция образования понятий прослеживалась только у 5 детей из 25, нарушения мелкой моторики рук были устранены частично. Необходимо отметить, что элементы игровой деятельности и конструктивного праксиса у детей (24) появились, возникла также адаптация к бытовым условиям и появились отдельные навыки самообслуживания и личной гигиены.

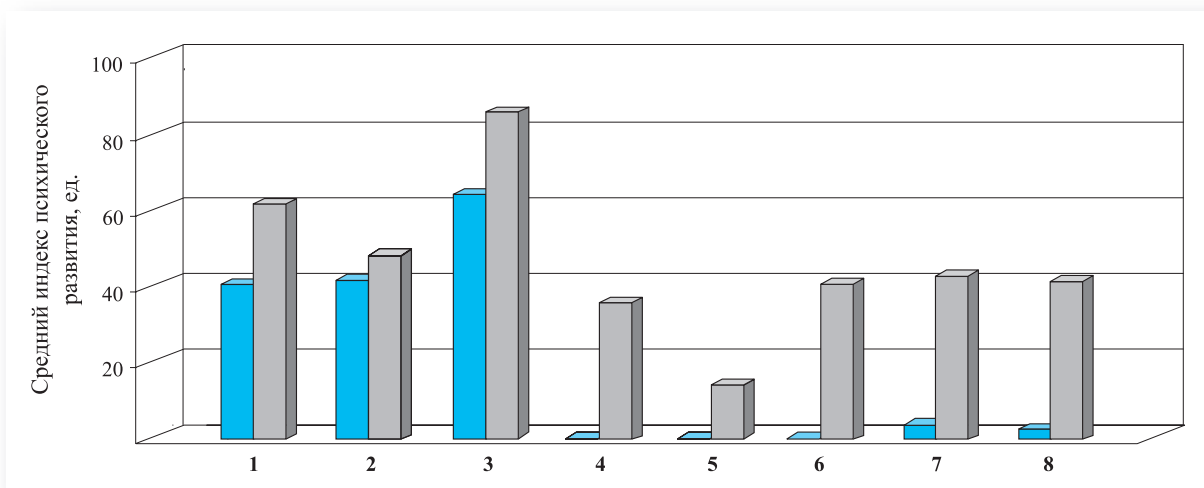


Рис. 4. Динамика среднего индекса психического развития у детей с фокальными формами эпилепсии 1-й группы на фоне лечения.

Здесь и на рис. 5 и 6: 1-й столбик — до лечения, 2-й столбик — после лечения.

Таким образом, темп прироста динамики психического развития у детей 1-й группы был очевиден: в итоге 2 лет наблюдения за детьми, включающего проведение комплексных медикаментозных и психолого-педагогических методов воздействия, общий коэффициент психического развития увеличился с 21,6 до 55.

Динамика показателей психического развития детей 2-й группы после проведенного комплекса медико-психологических мероприятий представлена на рис. 5.

Как видно из рис. 5, динамика психического развития по всем анализируемым сферам у детей 2-й группы имела аналогичный характер, что и у детей 1-й группы, только на качественно новой ступени, поскольку исходный уровень развития детей 2-й группы был выше и степень умственной отсталости менее значительной.

Существенные успехи наблюдались по улучшению «ключевых» сфер психических функций (внимание, речевая и предметная деятельность, произвольная регуляция поведения), которые непосредственно связаны с возможностью обучения ребенка, формированием лич-

ностных качеств и приобщением к дальнейшей трудовой деятельности.

Достигнутый определенный уровень активности познавательной деятельности позволил существенно улучшить произвольное внимание и проявить заинтересованность в результатах выполнения задания. Отмечалось также улучшение умственной работоспособности. Вследствие комплексного медикаментозного лечения и проведения логопедической коррекции удалось почти полностью устранить речевые нарушения в виде дефектов произношения, недостаточности развития фонематического слуха, трудности расчленения слов на звуки. Отмечались совершенствование грамматического строя речи и увеличение активного словарного запаса. Необходимо отметить, что полностью преодолеть нарушения интеллектуальной деятельности детям 2-й группы не удалось. В первую очередь это относится к структуре мышления. Уровень обобщений был снижен, в суждениях больных доминировали непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками

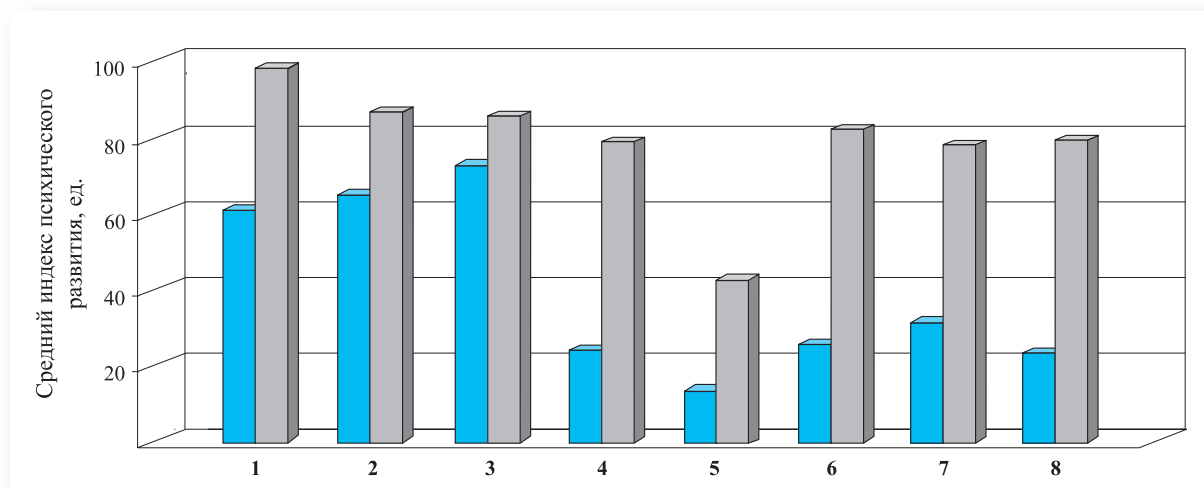


Рис. 5. Динамика среднего индекса психического развития у детей с фокальными формами эпилепсии 2-й группы на фоне лечения.

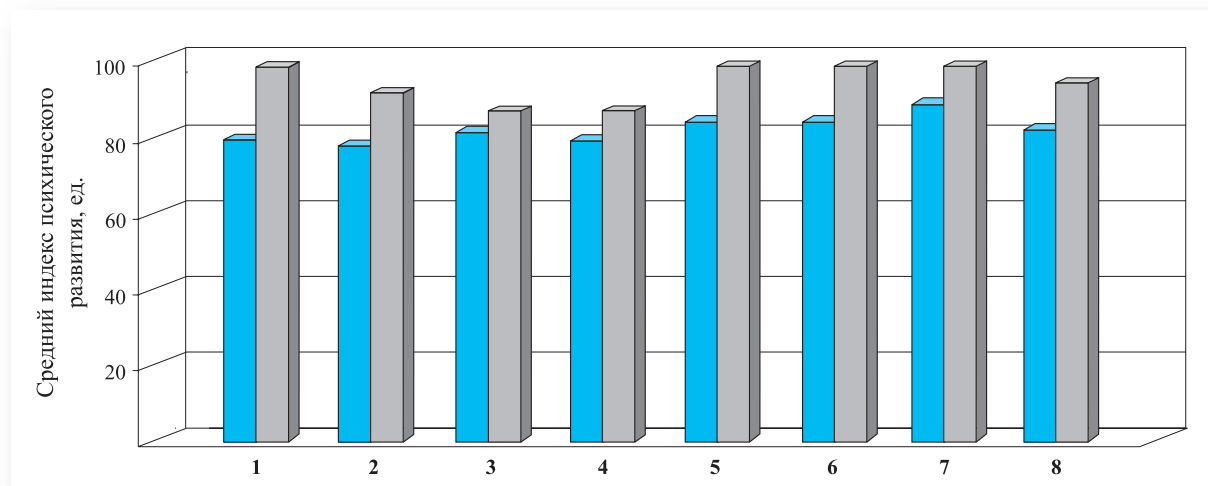


Рис. 6. Динамика среднего индекса психического развития у детей с фокальными формами эпилепсии 3-й группы на фоне лечения.

заменялось установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания дети были не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие, их решения носили конкретно-ситуационный характер. Отмечались также неустойчивость психических процессов, колебание внимания и забывание ранее усвоенного способа выполнения задания.

У детей 3-й группы после проведенного комплекса медико-педагогических мероприятий наблюдалась положительная динамика в структуре психических функций (рис. 6). Удалось в значительной степени устранить нейродинамические нарушения, т.е. нормализовать общее функциональное состояние, повысить умственную работоспособность, скорость и продуктивность выполнения задания, снизить неустойчивость и колебания внимания, преодолеть

нарушения кинестетической основы действия, достичь улучшения графического и динамического праксиса.

В результате проведенного комплекса медико-психологических мероприятий у детей всех трех групп с Э с различной степенью умственной отсталости была отмечена положительная динамика по всем анализируемым сферам, однако в различной степени. Наибольшие темпы психического развития выявлялись у детей 2-й группы по всем анализируемым сферам, кроме эмоционально-волевой деятельности, в которой наибольший темп психического развития был обнаружен у детей 1-й группы. Относительно незначительное улучшение показателей психического развития детей 3-й группы по сравнению с детьми первых двух групп, с нашей точки зрения, объясняется высоким исходным уровнем развития детей 3-й группы.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 2/2006, приложение № 12.

© Выборнов Ю.Д., 2005

Ю.Д. Выборнов

ПРОГНОЗ ВРЕМЕНИ ВЕРОЯТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ

Москва

В журнале «Клиническая медицина», 1984, № 8 опубликована статья проф. Г.П. Шульцева «О клинике герпетической инфекции». Один из абзацев этой статьи касается периодичности заболеваний: «Последовательность высыпания герпеса может быть удивительной. У больного на протяжении 30 лет вирус продельвал в организме определенный цикл и регулярно появлялся на губе в определенное время через 28—30 дней». Этот и другие примеры из медицинской практики указывают на необходи-

мость исследований периодичности заболеваний (ПЗ) человека, позволяющей прогнозировать время вероятных заболеваний и своевременно принимать профилактические меры. В приведенной статье вопросы прогнозирования не рассматривались, хотя ритм высыпания герпеса у мужчины позволял проводить прогноз, не прибегая к сложным расчетам и обеспечивая точность в пределах 2 суток. Такие случаи периодичности возникновения недугов встречаются очень редко. Автор исследовал ПЗ

Л.А. Троицкая

1. Вассерман Л.И. // Совр. психиатр. — 1998. — Спец. выпуск «Эпилепсия». — С. 22—26.
2. Громов С.А., Лобзин В.С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. — С.-Петербург, 1993. — 238 с.
3. Лурия А.Р. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1997. — № 7. — Вып.1. — С. 135—139.
4. 1-я Международная конференция памяти А.Р. Лурия. — М., 1998. — 368 с.
5. Максимова А.Л., Фрешер В. Психофармакотерапия эпилепсии. — Вена; Берлин, 1998. — 180 с.
6. Темин П.А. Диагностика и лечение эпилепсии у детей. — М.; Можайск, 1997.
7. Aldenkamp P. et al. // Acta Neurol. Scand. — 1996. — Vol. 93. — P. 253 —259.
8. Cohen H., Le Normand M.T. // Brain. Lang. — 1998. — Vol. 64, № 3. — P. 409 — 422.
9. Cohen M., Prather A., Town P., Hynd G. // Brain. Lang. — 1990. — Vol. 38, № 1. — P. 122—134.
10. Croona C., Kihlgren M., Lundberg S. // Med. Child. Neurol. — 1999. — Vol. 41, № 12. — P. 813—818.
11. Kudo T. et al. // Epilepsia. — 1998. — Vol. 39. — Suppl. 5. — P. 58.