

Таким образом, повышение САД и ДАД во время суточного голодания, вероятно, связано с повышенным содержанием адреналина в крови, поскольку голодание является стрессовым состоянием для организма.

Библиографический список

1. Глазырина И. Л. Эта разная медицина. – М. : Знание, 1992. – 96 с.
2. Ереско П. И. Нет, не слаб человек! // Здоровье. – 1961. – № 5. – С. 9–10.
3. Катков А. Ю. Антигипоксическая эффективность алиментарного голодания // Физиологический журнал имени И. М. Сеченова. – 1982. – № 9. – С. 1282–1285.
4. Куджини П., Кавасаки Т., Кальма и др. Циркадианный ритм артериального давления: хронобиологические критерии нормотонии и гипертонии // Физиология человека. – 1991. – Т. 17. – № 4. – С. 73–79.
5. Куприянович Л. И. Местонахождение биологических часов в живых организмах и их регуляция // Биологические ритмы и сон. – М. : Наука, 1976. – С. 38–45.
6. Шапошникова В. И. Биоритмы – часы здоровья. – М. : Советский спорт, 1991. – 66 с.

© Кожухова В. К.

УДК 159.97

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: ПУТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ

А. И. Мелёхин

Детский сад № 437 комбинированного вида, г. Москва, Россия

NEUROCOGNITIVE DEFICIENCY AT WITH A DELAY OF MENTAL DEVELOPMENT OF CEREBRAL AND ORGANIC GENESIS: REHABILITATION WAY

A. I. Melehin

Kindergarten № 437 combined type, Moscow, Russia

Summary. This article concretizes concept neurocognitive deficiency. Describes key psychiatric and neurologic symptoms at children with a delay of mental development. The description of symptoms of neurocognitive deficiency is provided in article at children with a delay of mental development of cerebral and organic genesis. It is led examples of system approach to rehabilitation of children with this type of the detained development.

Key words: neurocognitive deficits; impaired mental function; detained development; mental development.

В разрабатываемом федеральном государственном стандарте начального образования детей с задержкой психического развития указано на то, что, «как и все, дети с ограниченными возможностями здоровья (*далее – ОВЗ*), дети с задержкой психического развития церебрально-органического генеза (*далее – ЗПР ЦОГ*) могут реализовать свой потенциал социального и психического развития при условии вовремя начатого и адекватно организованного системного лечения, обучения и воспитания, обеспечивающего удовлетворение как общих с нормально развивающимися детьми, так и особых образовательных потребностей, заданных спецификой данного типа дизонтогенеза» [5, с. 3].

На данный момент среди детей с ОВЗ дети с ЗПР ЦОГ составляют самую многочисленную группу, состав которой характеризуется выраженной *неоднородностью и полиморфизмом*. В табл. 1 представлены данные о количестве детей с ОВЗ, посещающих дошкольные образовательные учреждения Восточного административного округа г. Москвы (на 01.09.2012 г.).

Распределение категорий детей с ОВЗ, посещающих дошкольные образовательные учреждения ВАО г. Москвы

Категории детей	Кол-во детей (в %)
Нарушение слуха	19
Нарушение зрения	25
Нарушение речи	69
Нарушение опорно-двигательного аппарата	37
Задержка психического развития	71
Нарушение интеллекта	35

Наибольший удельный вес в структуре нервно-психических расстройств у детей занимают нарушения интеллектуально-мнестической (когнитивной) сферы органического генеза, требующие комплексных мер по их смягчению и предупреждению. Степень и характер дефицитарности напрямую зависят от церебральных нарушений и вовлеченных в патологический процесс тех или иных морфофункциональных структур головного мозга [1].

В рамках клинико-психологического исследования ЗПР ЦОГ стоит говорить о том, что все когнитивные нарушения следует рассматривать с точки зрения системно-динамического принципа с учетом детской психиатрии, неврологии, эндокринологии, нейропсихологии и патопсихологии [2]. Например, появление новой генерации лекарственных средств, обладающих мягким анксиолитическим, вегетотропным, ноотропным, нейропротекторным действием, включенных в схему терапии «нейрокогнитивного дефицита» и психолого-педагогической коррекции, способствует улучшению эмоционального состояния, повышению когнитивных функций, усилению мнестических функций. Например, см. [6].

Нейрокогнитивный дефицит – это генерализированный (т. е. в процесс задержки вовлечены различные структуры мозга, различные нарушения эндокринной системы и т. п.) процесс, нарушающий полноценное психическое развитие и функционирование [7; 8]. Многочисленные авторы утверждают наличие гетерогенной клинико-психопатологической структуры дефекта при диспропорциональном психическом развитии детей с ЗПР ЦОГ (Г. Р. Новикова, И. Ф. Марковская, Т. А. Власова, К. С. Лебединская, Н. Л. Белопольская, В. Б. Никишина и др.)

Сегодня у большинства детей на первый план выступает препатологическое состояние наиболее рано созревающих – подкорковых и стволовых – систем головного мозга. Незрелость этих структур, а также их корковых проекций – лобно-теменных зон – частично определяет задержку психического развития ребенка [1]. По мнению И. Ф. Марковской, нарушения ВПФ при ЗПР могут быть разделены на два вида – *частные* и *общие*, причем такое разделение проведено с учетом локализации нарушений, а не только в основании преобладающей симптоматики, как в исследованиях В. В. Лебединского и его последователей. Частные нарушения связаны с дефицитарностью высших корковых функций, обеспечивающих прием, переработку, категоризацию и хранение информации. Они возникают при дисфункции задних отделов головного мозга.

Проведённое нами клинико-психологическое обследование 160 старших дошкольников (5–6 лет) с ЗПР ЦОГ, посещающих дошкольные образовательные учреждения комбинированного вида ВАО г. Москвы, не наблюдающихся у невролога и психиатра, не принимающих медикаментозное лечение, позволило выявить у 84 % из них различные особенности психического развития, такие как нарушение тонких форм зрительного гнозиса, речи, внимания, памяти и временно-пространственных представлений. Также отмечено наличие перинатальной патологии, после рождения практически все дети наблюдались у невролога с различными вариантами перинатального поражения ЦНС.

Отмечалась психиатрическая микросимптоматика. У большинства дошкольников с ЗПР ЦОГ наблюдались проявления широкого спектра *неврологических синдромов*: неврозоподобный спектр, энурез, заикание, транзиторное тикозное расстройство, хроническое двигательное тикозное расстройство, фобическое

расстройство, церебрастения, тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте, нарушение активности и внимания, гиперкинетическое расстройство поведения и эпилептиформный спектр. Наблюдаемая неврологическая симптоматика представлена в табл. 2.

Таблица 2

Характер и частота неврологических нарушений у старших дошкольников с ЗПР ЦОГ

Типы нарушений	ЗПР ЦОГ, средние показатели (M ± m) n = 160
1. Черты незрелости ЦНС без признаков органического повреждения	18 %
2. Минимальная мозговая дисфункция (рассеянная симптоматика, легкая очаговая симптоматика)	76 %
3. Признаки очагового поражения ЦНС	53 %
4. Пирамидная недостаточность	37 %
5. Экстрапирамидная недостаточность	54 %
6. Стволовая симптоматика	64 %
7. Вегетативные расстройства	87 %
8. Церебрально-эндокринные дисфункции	18 %
9. Негрубые сомато-неврологические дисплазии	24 %

Дополнительный анализ анамнестических данных выявил наличие признаков как недоразвития, так и органической неполноценности ЦНС у старших дошкольников с ЗПР ЦОГ (табл. 3).

Таблица 3

Типы неврологических и психиатрических нарушений у старших дошкольников с ЗПР ЦОГ

Типы нарушений	ЗПР ЦОГ, средние показатели (M ± m) n = 160
1. Задержка развития статических и моторных функций	72 %
2. Задержка речевого развития (в т. ч. с явлениями дислалии)	82 %
3. Задержка становления навыков опрятности	64 %
4. Психомоторная расторможенность	67 %
5. Психическая вялость, гиподинамия	78 %
6. Церебрастенические явления	65 %
7. Аффективная возбудимость	21 %
8. Фебрильные судорожные припадки	7 %

Полученные нами результаты полностью подтверждают описанную В. Ф. Шалимовым и Н. В. Вострокнутовым *психопатологическую картину ЗПР ЦОГ* [3].

Таким образом, нейрокогнитивный дефицит у детей с ЗПР ЦОГ характеризуется дезавтоматизацией динамической и пространственной основы предметных действий; сужением объема оперативной слухоречевой памяти; истощением; длительным периодом вработываемости; схематичностью образов-представлений, заменой их образами непосредственно воспринимаемых предметов; дефицитарностью ориентировочно-исследовательской деятельности при решении мыслительных задач; ошибками в запоминании, воспроизведении заданной программы действий, в ее составе и последовательности; высоким и повы-

шенным уровнем тревожности, нарушением произвольного внимания и мнестических функций, задержкой речевого развития.

Доминирующая дефицитарность познавательной деятельности (незрелость большинства ВПФ) обусловлена наличием резидуальных мозговых нарушений, повреждений (обычно в раннем периоде) в основном подкоркового уровня. Признаки незрелости задних отделов менее выражены и компенсируются быстрее, чем симптомы функциональной недостаточности передних отделов и дефицита подкорковых структур мозга, главным образом нижнестволовых отделов. Замедлено функциональное созревание левого полушария. Отмечается наличие стойкой аспонтанности, инертности, истощаемости психической деятельности (И. Ф. Марковская, Н. М. Пылаева, И. И. Мамайчук, В. Ф. Шалимов).

В заключении стоит отметить, что психологу необходимо учитывать качественное своеобразие «нейрокогнитивного дефицита» у детей при задержке психического развития церебрально-органического генеза, владея знаниями в области детской неврологии, психиатрии и нейропсихологии.

Библиографический список

1. Злаковская М. В. Задержка психического развития (клинико-психологические, сравнительно-возрастные и реабилитационные аспекты) : дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2004.
2. Лубовский В. И., Новикова Г. Р., Шалимов В. Ф. Принципы диагностики психического дизонтогенеза и клиническая систематика задержки психического развития // Дефектология. – 2011. – № 5. – С. 17–24.
3. Новикова Г. Р., Вострокнутов Н. В., Шалимов В. Ф. Медико-психолого-социальное сопровождение детей с пограничными психическими расстройствами в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида // Психологическая наука и образование. – 2007. – № 2. – С. 73–82.
4. Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. – М. : Медицина, 1983. – Т. 2. – 480 с.
5. Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования детей с задержкой психического развития / под ред. И. А. Коробейников, Е. Л. Инденбацм, Н. В. Бабкина. – М. : Просвещение, 2013. – 48 с.
6. Шалимов В. Ф. Опыт применения препарата «Тенотен детский» у детей с задержкой психического развития // Доктор. – 2009. – № 4. – С. 75–81.
7. Ganguli M., Blacker D. Classification of Neurocognitive Disorders in DSM-5: A Work in Progress // The American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2011. – № 19. – P. 205–210.
8. Horn K., Roessner V. Neurocognitive performance in children and adolescents with bipolar disorder: a review // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2011. – № 20. – P. 433–450.

© Кожухова В. К.