

## ДЕТИ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ: СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И МИШЕНИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

*А. Н. Алехин, Н. Г. Туровская*

*Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена,  
Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра общей и клинической психологии*

В статье освещаются данные клинико-психологических исследований нарушений психического развития у детей с судорожными пароксизмальными состояниями эпилептической и неэпилептической природы, анализируются возможные механизмы этих нарушений.

*Ключевые слова:* судорожные пароксизмальные состояния, эпилепсия, нарушения психического развития.

## CHILDREN WITH PAROXYSM IN PAST HISTORY: THE STRUCTURE OF MENTAL DEVELOPMENT DISORDERS AND TARGETS OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION

*A. N. Alekhin, N. G. Turovskaia*

Findings of clinical psychological studies of mental development disorders in children with paroxysmal seizures of epileptic and non-epileptic origin are presented in the article. Plausible mechanisms of the disorders development are analyzed.

*Key words:* convulsive paroxysms, epilepsy, mental development disorders.

Актуальность выявления особенностей психического развития детей, перенесших в анамнезе или хронически страдающих судорожными пароксизмальными состояниями, определяется, в первую очередь, широкой распространенностью в детской популяции данной нервно-психической патологии. Распространенность судорог у детей составляет 17—20 случаев на 1000 детского населения [1—3].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление структуры и механизмов психического дизонтогенеза детей с судорожными пароксизмальными состояниями и обоснование содержания и направления необходимой в данном случае психокоррекционной помощи.

Так как анализ данных анамнеза показал, что у 91,67 % испытуемых пароксизмальные состояния развились на фоне резидуальной или текущей церебрально-органической патологии, мы предположили, что подавляющее число судорожных пароксизмов у детей возникает на фоне преморбидной мозговой недостаточности. С целью выявления нарушений психической деятельности, вызванных непосредственным действием пароксизмальных состояний, в качестве контрольной мы использовали группу детей без пароксизмов и эпилептиформной активности на ЭЭГ в анамнезе, но с резидуальной или текущей (атрофические изменения в тканях головного мозга) церебральной патологией. Всего в исследовании приняли участие 107 человек детей в возрасте 6—10 лет и их родители (законные представители).

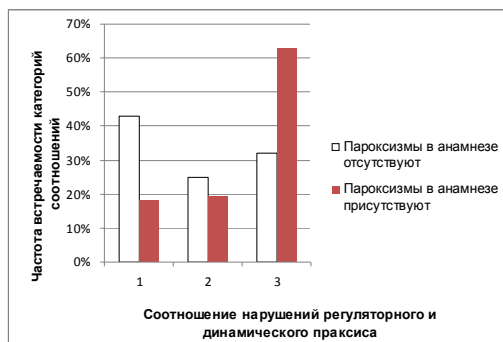
### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве методов исследования использовались клинико-биографический метод, методика нейропсихологической диагностики детей (Цветкова Л. С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л. А., 2003), наблюдение за поведением ребенка в процессе обследования. Статистический анализ полученных результатов был проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных вследствие проведенного нейропсихологического исследования результатов показал, что у 62,69 % испытуемых, имевших в анамнезе пароксизмальные состояния различной этиологии, отмечается определенное соотношение состояний функций динамического и регуляторного праксиса: показатели несформированности (дефицитарности) динамического праксиса выше, чем регуляторного праксиса; у 19,40 % испытуемых состояния указанных функций идентичны по количественным показателям, у 17,91 % — несформированность (дефицитарность) динамического праксиса ниже, чем регуляторного.

У 68 % испытуемых, не имевших в анамнезе пароксизмальных состояний, картина соотношения в состояниях указанных функций имеет противоположный характер: симптом преобладания нарушений динамического праксиса над нарушениями регуляторного праксиса не отмечается (рис. 1).

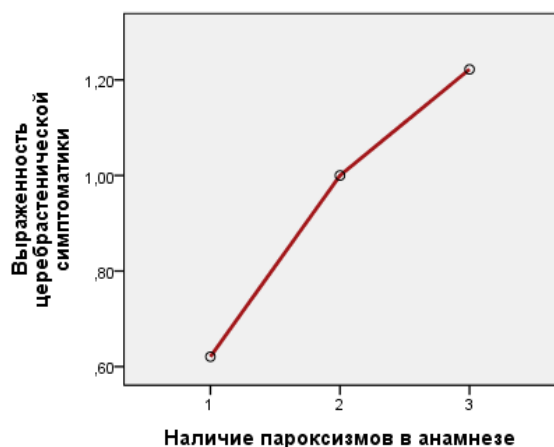


1 — нарушение (несформированность) регуляторного праксиса превосходит нарушение (несформированность) динамического праксиса; 2 — состояния регуляторного и динамического праксиса идентичны по количественным показателям; 3 — нарушение (несформированность) динамического праксиса превосходит нарушение (несформированность) регуляторного праксиса.

\* Различия частот, в зависимости от наличия пароксизмов, статистически значимы ( $p < 0,01$ ) в категориях 1 и 3 по критерию  $\chi$ -квадрат.

Рис. 1. Соотношение нарушений регуляторного и динамического праксиса у детей с церебрально-органической патологией, имевших и не имевших в анамнезе судорожные пароксизмальные состояния

Результаты исследований показали, что судорожные пароксизмы по сравнению с иной церебрально-органической патологией приводят также к более грубым церебрастеническим нарушениям ( $F = 6,444$ ;  $p = 0,013$ ) и патологии кинестетического праксиса ( $F = 5,569$ ;  $p = 0,020$ ) (рис. 2).



1 — пароксизмы отсутствовали в анамнезе; 2 — пароксизмы присутствовали в анамнезе, но сменились ремиссией; 3 — пароксизмы присутствуют в настоящий момент.

Рис. 2. Влияние судорожных пароксизмальных состояний в анамнезе на выраженность церебрастенической симптоматики

Особое внимание было обращено на анализ соотношения симптомов патологии психических функций и признаков нарушения биоэлектрической ак-

тивности головного мозга. Если выявление нередко сопровождающей мозговую дисфункцию фоновой ЭЭГ дезорганизованного типа сочетается с ослаблением регуляторного фактора ( $F = 5,692$ ;  $p = 0,020$ ), оптико-пространственного фактора ( $F = 5,115$ ;  $p = 0,027$ ), внимательности ( $F = 5,787$ ;  $p = 0,018$ ) и усилением модально-неспецифических нарушений памяти ( $F = 6,494$ ;  $p = 0,013$ ), то наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ отрицательно влияет на состояние динамического праксиса ( $F = 3,636$ ;  $p = 0,030$ ), кинестетического праксиса ( $F = 3,307$ ;  $p = 0,041$ ) и способности понимания логико-грамматических конструкций ( $F = 3,191$ ;  $p = 0,046$ ).

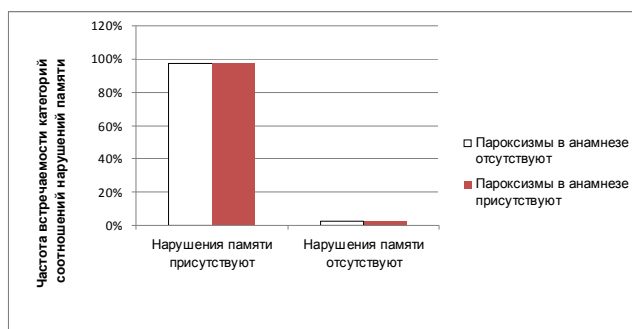
При этом на состояние динамического праксиса, по данным дисперсионного анализа, одинаково отрицательно влияет любая локализация очага эпилептиформной активности (в лобных отделах —  $F = 6,156$ ;  $p = 0,015$ ; центральных отделах —  $F = 7,975$ ;  $p = 0,006$ ; в височных отделах —  $F = 7,543$ ;  $p = 0,007$ ; в теменных отделах —  $F = 4,678$ ;  $p = 0,033$ ; в затылочных отделах —  $F = 6,477$ ;  $p = 0,013$ ; в правом полушарии —  $F = 7,408$ ;  $p = 0,008$ ; в левом полушарии —  $F = 5,852$ ;  $p = 0,018$ ). Патологию динамического праксиса вызывает даже, так называемая, «латентная» эпилепсия ( $F = 4,351$ ;  $p = 0,040$ ).

Таким образом, можно предположить, что пароксизмальные состояния, в первую очередь, грубо нарушают фактор сукцессивной организации движений и действий. Предположительно, данный механизм лежит в основе формирования инертности психической деятельности, свойственной, в наибольшей степени, больным с эпилептическими пароксизмами. Увеличение количества пароксизмальных состояний в анамнезе приводит к более выраженному нарушению данной функции ( $F = 3,707$ ;  $p = 0,021$ ).

Обращает на себя внимание также выраженное отрицательное влияние пароксизмов не только на динамический, но и кинестетический праксис, следовательно, на состояние функций двигательного анализатора в целом. Следовательно, судорожные пароксизмы, являясь одной из форм психомоторного уровня нервно-психического реагирования (В. В. Ковалев, 1979), наносят выраженный ущерб развитию двигательной сферы ребенка, предупреждение нарушений которой должно стать одним из приоритетных направлений психокоррекционной работы с указанной категорией больных детей.

По нашим данным, у детей с церебрально-органической патологией в 97,14 % случаев отмечаются нарушения памяти. У детей с судорожными пароксизмами в анамнезе этот показатель равен 97,18 %, у детей без пароксизмов в анамнезе — 97,6 % (рис. 3).

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что нарушения памяти у детей с судорожными пароксизмальными состояниями могут возникать как вследствие пароксизмов, так и вследствие преморбидной церебрально-органической недостаточности.



\*Различия частот, в зависимости от наличия пароксизмов, статистически не значимы ( $p \approx 1$ ) по критерию хи-квадрат.

Рис. 3. Недифференцированные нарушения памяти у детей с церебрально-органической патологией, имевших и не имевших в анамнезе судорожные пароксизмальные состояния

Однако нарушения памяти, развивающиеся вследствие действия судорожных пароксизмов, в первую очередь, эпилептических, порой носят специфический характер. В ряде случаев родители отмечают феномен забывания детьми после приступа недостаточно упроченной в опыте информации. Так, мама испытуемого с однократным приступом с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами обратила внимание на то, что ее ребенок «до приступа знал таблицу умножения, после приступа все забыл». У отдельных детей на передний план среди нарушений памяти выходят явления амнестической афазии в виде трудностей узнавания и называния предметных изображений или трудностей идентификации предмета по его словесному обозначению («Прошу подать его сковородку, он не может вспомнить, что это такое», — отмечает мама одного из больных эпилепсией детей). Можно предположить, что в основе описанных нарушений непосредственной памяти лежит выраженное повреждающее действие пароксизмальной активности на мозговые нейрофизиологические процессы, что не противоречит данным, полученным другими исследователями.

Данное предположение подтверждается также наличием у детей с локальной пароксизмальной активностью очаговой симптоматики. Так, присутствие эпиактивности в лобных отделах оказывает отрицательное влияние на состояние регуляторного праксиса ( $F = 5,480$ ;  $p = 0,021$ ); в центральных отделах — кинестетического праксиса ( $F = 4,831$ ;  $p = 0,031$ ); теменных отделах — кинестетического праксиса ( $F = 4,720$ ;  $p = 0,032$ ), оптико-пространственного фактора ( $F = 9,303$ ;  $p = 0,003$ ) и т.п.

Факторный анализ показал, что у детей с любой церебральной патологией на первый план в картине психического дизонтогенеза выходят нарушения развития мышления и памяти. Однако у детей с пароксизмами в анамнезе более значимую роль имеют дифференциро-

ванные нарушения высших психических функций (в том числе, нарушения функций двигательного анализатора), нарушения кратковременной зрительной памяти и модально-неспецифические нарушения памяти.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Пароксизмальные состояния у детей приводят к нарушениям функций двигательного анализатора: динамического и кинестетического праксиса.

2. Нарушения динамического праксиса вследствие судорог преобладают над нарушениями регуляторного праксиса, усиливаются по мере увеличения количества приступов в анамнезе и не зависят от локализации очага эпилептиформной активности.

3. Пароксизмальные состояния по сравнению с другой церебральной патологией способствуют развитию более грубой церебральной симптоматики.

4. У детей с судорожными состояниями, так же как и у детей с церебрально-органической недостаточностью, не сопровождающейся развитием судорог, отмечаются нарушения слухоречевой памяти. Пароксизмы вызывают также нарушения кратковременной зрительной памяти и более выраженные модально-неспецифические нарушения памяти. Судорожные приступы могут приводить к утрате ребенком недостаточно упроченной в опыте информации, а также явлениям амнестической афазии.

4. Локальная эпилептиформная активность приводит к развитию у детей очаговой симптоматики. У детей с пароксизмами в анамнезе дифференцированные нарушения высших психических функций имеют больший удельный вес в картине психического дизонтогенеза по сравнению с детьми с церебральной патологией, не сопровождающейся приступами.

Следовательно, судорожные пароксизмальные состояния вносят свой особый вклад в структуру патологии психического развития детей и требуют более пристального внимания к предупреждению и элиминации дефектов развития двигательных функций, другой локальной корковой симптоматики и патологии функции поддержания оптимального тонуса психической деятельности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Детские болезни: Учебник / Баранов А. А. и др. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 880 с.

## Контактная информация

Туровская Наталья Григорьевна — преподаватель кафедры общей и клинической психологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: [turovskayanata@mail.ru](mailto:turovskayanata@mail.ru)