

**КЛИНИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ  
У ДЕТЕЙ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ****Владимир Федорович Прусаков, Марина Владимировна Белоусова,  
Марина Анатольевна Уткузова***ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», кафедра детской неврологии,  
420061, г. Казань, ул. Галеева, д.11, e-mail lama\_lama@mail.ru*

Реферат: Приведены современные сведения о проблеме минимальной мозговой дисфункции у детей. Освещены клинические особенности и нарушения поведения у детей с данным расстройством. Отмечена эффективность кортексина в лечении 168 детей в возрасте от 4 до 9 лет с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы в форме минимальной мозговой дисфункции.

Ключевые слова: минимальная мозговая дисфункция, нарушения поведения, гиперактивность, кортексин, психолого-педагогическая коррекция.

БАШ МИЕ ФУНКЦИЯЛ•РЕ МИНИМАЛЬ Д•Р•••Д•  
БОЗЫЛГАН БАЛАЛАРНЫ• ҮЗ•ҮЗЛ•РЕН ТОТЫШЫ  
ҮЗГ•РҮНЕ• КЛИНИК БИЛГЕЛ•РЕ •М АЛАРНЫ  
КОРРЕКЦИЯЛ•Ү

Владимир Федорович Прусаков, Марина Владимировна  
Белоусова, Марина Анатольевна Уткузова

«Казан дәүләт медицина академиясе» өстәмә һәм белем бирү дәүләт мәгариф учреждениесе, балалар неврологиясе кафедрасы, 420061, Галиев урамы, 11-йорт,  
e-mail: lama\_lama@mail.ru

Балаларда баш мије функцияларене минималь дәрсәдә бозылуы проблемасы хақында заманча мәгълүматлар туплап бирелә. Леҗе үзгәрешләр күзәтелгән балаларны үз-үзләрен тотышындагы клиник үзгәрешләр һәм үзенчәлекләр тасвирлана. Үзгәч нерв системасыны баш мије функциясе бозылу формасындагы перинаталь зарарлануы ачыкланган 4 яшьтән 9 яшькә кадәрле 168 баланы дәвалауда кортексинны нәтиҗәлеҗе билгеләп күрсәтелә.

Төп төшенчәләр: баш мије функцияларене минималь дәрсәдә бозылуы, кешене үз-үзен тотышы үзгәрү (бозылу), гиперактивлык, кортексин, психологик-педагогик коррекция/

TREATMENT AND CORRECTION OF BEHAVIORAL  
DISORDERS IN CHILDREN WITH MINIMAL  
CEREBRAL DYSFUNCTION

Vladimir Fedorovich Prusakov, Marina Vladimirovna  
Belousova, Marina Anatolievna Utkuzova

«Kazan state medical academy», chair of children's  
neurology, 420061, Kazan, Galeev Street, 11,  
e-mail lama\_lama@mail.ru

There were presented contemporary data on problem of minimal cerebral dysfunction in children. Clinical peculiarities and behavioral disorders in children were revealed. Cortixin effectiveness in treatment of 168 children, aged 4 to 9, and having after-effects of prenatal lesions of the CNS in the form of minimal cerebral dysfunction, was noted.

Key words: minimal cerebral dysfunction, behavioral disorders, hyperactivity, Cortixin, psychologic and pedagogical correction.

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) у детей представляют собой наиболее распространенную форму нервно-психических нарушений в детском возрасте [11]. По данным отечественных и зарубежных исследований, частота ММД среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 5—20% [6, 11]. В многочисленных работах отечественных и зарубежных авторов показана существенная роль минимальной мозговой дисфункции в развитии пограничных нервно-психических расстройств и поведенческих нарушений в детском и подростковом возрасте [8, 9, 10, 2, 14, 17]. Некоторые авторы предлагают считать данное состояние фактором высокого риска формирования социально-психологической дезадаптации, приводящей к развитию психогенных расстройств [3].

Несомненный интерес представляет обсуждение психопатологических проявлений ММД [5]. Клиническую картину ММД определяют несколько ключевых синдромов: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), минимальной статико-моторной недостаточности, «диспраксии-дисгнозии» (легкие нарушения функционирования корковых анализаторов второй сигнальной системы — дисфазия, дисграфия, дискалькулия, диспраксия, дисгнозия). Описаны два варианта ММД: неврологический (дизонтогенетический) — с преобладанием церебрастенических жалоб и психоневрологический (энцефалопатический) — с преобладанием поведенческих и невротических нарушений, синдрома «диспраксии-дисгнозии», что в настоящее время и рассматривается в качестве истинного ММД [11].

По мнению большинства авторов, в клинической картине ММД доминируют нарушения поведения (у 90% детей). В клинической картине психических расстройств у детей с ММД нарушения поведения чаще всего протекают по двум вариантам — с гиперактивностью и с

гиподинамией [16]. В основном имеют место гиперактивность и эмоциональная лабильность, обусловленные задержкой биологического созревания ассоциативных структур головного мозга, которая приводит к нескоординированной, несогласованной деятельности различных его отделов [7]. Двигательная расторможенность как проявление гипертормозимости при ММД энергорасточительная, непроизводительная. Она не связана с ситуацией, не преследует игровых или других конкретных целей, не мотивирована и с трудом поддается воспитательно-педагогической коррекции. У детей с ММД нередко наблюдается амбивалентное поведение с характерными агрессивностью, неуправляемостью, плаксивостью, истеричностью, иногда эмоциональной тупостью [15]. Диагностические критерии данного синдрома приведены в литературе, освещающей проблемы СДВГ [1].

Гиподинамический синдром в рамках ММД встречается редко. Некоторые авторы [16] отмечают взаимосвязь между развитием гиподинамического синдрома и наличием резидуальных явлений вследствие перенесенной внутренней гидроцефалии. Дети с гиподинамическим синдромом вялые, апатичные, малоподвижные. Они не проявляют интереса к игрушкам и занятиям, не участвуют в играх со сверстниками; в учебе медлительны, неторопливы, долго не могут справиться с заданием, чем вызывают нарекания педагогов [4].

Н.Н. Заваденко [6, 7] выделяет возрастные особенности поведенческих нарушений у детей. Так, в дошкольном возрасте среди детей с ММД преобладают гипертормозимость, двигательная расторможенность или, наоборот, медлительность, моторная неловкость, рассеянность, отвлекаемость, непоседливость, повышенная утомляемость, а также инфантилизм и импульсивность. Школьникам свойственны слабая психоэмоциональная неустойчивость при неудачах, неуверенность в себе, заниженная самооценка. Нередки страхи и социальные фобии, вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение. В подростковом возрасте у ряда детей с ММД нарастают нарушения поведения, агрессивность, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается успеваемость, появляется тяга к употреблению психоактивных веществ.

Дети с ММД нередко испытывают трудности в обучении, с трудом усваивают знания в рамках школьной программы, отстают в учебе от сверстников [12]. Однако причина этих проблем

не связана с интеллектуальным дефектом или с «первичной» задержкой психического развития. Интеллект у детей с ММД сохранен, однако его развитию и проявлению «мешают» гиперактивность, беспокойное и неуправляемое поведение, неусидчивость, рассеянность, т.е. симптоматика, связанная с генерализацией возбуждения в головном мозге. Родители и педагоги, не подозревая о «болезненности» данных проявлений, расценивают отклонения в поведении как признаки плохого воспитания и «трудного» характера ребенка. Неврологическая симптоматика как основной маркер ММД со временем нивелируется, а поведенческие нарушения, не скорректированные в детстве, закрепляются. Поэтому запоздалая диагностика и несвоевременное лечение малоэффективны для решения уже имеющихся многолетних проблем. Нарушения поведения и синдром гиперактивности с дефицитом внимания — это не только медицинская, но и психосоциальная и педагогическая проблема, требующая комплексного мультидисциплинарного подхода. В рамках биопсихосоциальной модели личности комплексный подход представляет собой сочетание биологической терапии (с учетом возраста и клинических проявлений) и психотерапевтических, психолого-педагогических и социальных методов воздействия.

Для медикаментозной коррекции расстройств поведения и гиперактивности традиционно используют ноотропные препараты. Одним из препаратов выбора является кортексин, производимый отечественной компанией «Герофарм» и известный как высокоэффективное ноотропное и нейропротекторное средство [13]. По результатам многочисленных исследований и публикаций отмечено, что препарат не только оказывает положительное влияние при нарушениях познавательных функций, улучшает концентрацию внимания, процессы запоминания и воспроизведения информации, связанные с кратковременной памятью, но и повышает способность к приобретению и сохранению навыков и оказывает модулирующее влияние на поведение. Препарат широко применяется отечественными неврологами и психиатрами в комплексной реабилитации детей с резидуально-органическим поражением ЦНС, с отставанием в развитии высших корковых функций, с гиперактивностью и расстройствами поведения.

Мы убедились в высокой эффективности кортексина в лечении синдрома гиперактивности у детей с ММД. Под наблюдением были 168 пациентов в возрасте от 4 до 9 лет, у которых

регистрировались последствия перинатального поражения ЦНС в форме минимальной мозговой дисфункции. Поводом для обращения к психоневрологу были нарушения поведения, непоседливость и гиперактивность, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, невнимательность.

Кортексин назначали в виде внутримышечных инъекций в дозе 10 мг в сутки (детям массой тела более 20 кг). Продолжительность курса — 10 инъекций через день, в первую половину дня. Клинически значимый эффект наблюдался у 99 (58,9%) детей: у 62 (36,9%) поведение улучшилось после первого курса терапии, у 37 (22%) — к концу первого месяца после окончания курса лечения кортексином. Снижение избыточной активности, появление уравновешенности в поведении и возможность проведения педагогической, психологической и воспитательной коррекции, повышение концентрации внимания имели место у детей в течение 1,5—3 месяцев с момента окончания терапии. По результатам наших наблюдений в динамике, ни у одного из пациентов в течение 1,5—2 лет не была зарегистрирована отрицательная динамика ЭЭГ на фоне приема кортексина. Медикаментозная терапия сопровождалась психокоррекционной работой с ребенком и с членами его семьи. Замечено, что кортексин не только оказывает положительный эффект в терапии ММД у детей, но и обеспечивает повышение эффективности психолого-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию поведенческих нарушений.

Целью психокоррекционной работы являлась нейтрализация актуальных неблагоприятных социальных и психологических факторов в окружении ребенка с созданием адекватных условий для его развития дома и в школе. Для реализации этих задач использовались методики индивидуальной и групповой психотерапии, проводились родительские тренинги, направленные на изменение поведения взрослых по отношению друг к другу и к ребенку, организацию режима дня и места для занятий, поведенческую терапию с преобладанием позитивных аспектов воспитательной коррекции.

В современных условиях минимальная мозговая дисфункция остается весьма актуальной междисциплинарной проблемой. Назрела необходимость объединить усилия врачей, психологов и специалистов в области образования для разработки и внедрения в практику комплексного биопсихосоциального подхода,

позволяющего осуществить полный спектр медикаментозных и психокоррекционных мероприятий по ранней диагностике и своевременной адекватной, квалифицированной коррекции детей с данной патологией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов, И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 128 с.
2. Буторина, Н.Е. Типология пограничных психических расстройств резидуально-органического генеза у детей младшего школьного возраста / Н.Е. Буторина, Т.И. Колесниченко // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — №1. — С.12—14.
3. Гиндикин, В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. — М.: Триада-Х, 1999. — 266 с.
4. Гурьева, В.А. Психопатология подросткового возраста / В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин. — Томск, 1994. — 310 с.
5. Ермолина, Л.А. Предпочтительные возрастные синдромы в детско-подростковой психиатрии (клинико-эпидемиологические аспекты проблемы) / Л.А. Ермолина, О.Д. Сосякало // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — №4. — С. 66—69.
6. Заваденко, Н.Н. Диагностика и лечение когнитивных и поведенческих нарушений у детей. Применение церебролизина в их комплексной коррекции. — Метод. пособие для врачей — М., РГМУ, 2005. — 89 с.
7. Заваденко, Н.Н. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей. / Н.Н. Заваденко, А.С. Петрухин, Н.Ю. Суворинова, М.В. Румянцева, А.А. Овчинникова. — Метод. реком. — М.: РКИ Соверо-пресс, 2001. — 40 с.
8. Илеишова, Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков. — Алма-Ата, 1990. — 157 с.
9. Какорина Е.П. Перинатальная энцефалопатия — ведущая патология детей первого года жизни и ее медико-социальные последствия // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1995. — №6. — С. 11—13.
10. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
11. Ковтун, О.П. Минимальная мозговая дисфункция у детей / О.П. Ковтун, О.А. Львова, А.В. Сулимов. — Метод. реком. — Екатеринбург, 2003. — 33 с.
12. Корсакова, Н.К. Неудавшиеся дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников / Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе, Р.Ю. Балашова. — М., 1997. — 123 с.
13. Кортексин — пятилетний опыт отечественной неврологии [Под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова]. — СПб:Наука, 2005. — 224 с.
14. Осипенко, Т.Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. — М.: Медицина, 1996. — 288 с.
15. Халецкая, О.В. Клинические варианты минимальной мозговой дисфункции у детей дошкольного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Пермь, 1993. — 18 с.
16. Яременко, Б.Р. Минимальные дисфункции головного мозга у детей / Б.Р. Яременко, А.Б. Яременко, Т.Б. Горянова. — СПб: Деан, 1999. — 128 с.
17. Fernald, L.C. Stress response in school-age children who have been growth retarded since early childhood / L.C. Fernald, S.M. Grantham-McGregor. — Am. J. Clin. Nutr. — 1998 Sep. — Vol : 68(3): — P. 691—698.

Поступила 09.02.09.

