

**Медицинский аспект диагностики и  
сопровождения детей с трудностями в  
обучении и развитии**

(для специалистов ПМПК Иркутской области)

Мамай Ирма Анзоровна, врач-психиатр ЦПМПК

# Актуальность

Трудности в обучении и развитии в большей степени возникают по причине когнитивных нарушений, которые представляют собой актуальную проблему в детской психоневрологии и встречаются у **20% детей и подростков**.

- **При когнитивных дефицитах нарушается :**
- **Восприятие (гнозис)** – способность к распознаванию информации, поступающей от органов чувств (зрение, слух, обоняние, осязание, вкус и тактильное чувство).
- **Память** – способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить полученную в течении жизни информацию.
- **Праксис** – способность приобретать, сохранять и использовать различные двигательные навыки.
- **Речь** – способность к вербальной (словесной) коммуникации (общению), которая включает в себя понимание обращенной речи, построение собственного речевого высказывания, чтение и письмо.
- **Управляющие функции** – способность управлять своей познавательной деятельностью и поведением (в том числе самостоятельно ставить перед собой ту или иную задачу и контролировать ее выполнение).
- **Мышление**

**Нарушение когнитивной деятельности может приводить к трудностям в обучении, девиантному поведению, психоэмоциональным нарушениям и, как крайнее следствие, к социальной дезадаптации и снижению качества жизни ребенка. В связи с этим, проблема нарушений когнитивного развития может выходить за рамки медико-педагогических вопросов и даже приобретать социальное значение.**

# Нормативные документы

**Задачи диагностики осуществляются с использованием медицинских документов:**

- Методические рекомендации по использованию МКБ-10 в Российской Федерации Министерства здравоохранения РФ от 1998г( в проекте МКБ-11 к 2022г)
- Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств Министерства Здравоохранения РФ( утверждаются по каждому заболеванию отдельно раз в 5 лет). В детской психиатрии не на все заболевания сформированы данные рекомендации.

# Классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности

(В.В.Ковалев , 1979)

## **I. Дизонтогенетические формы** пограничной интеллектуальной недостаточности.

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

- а) при простом психическом инфантилизме;
- б) при осложненном психическом инфантилизме:

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:

- а) при задержках развития речи;
- б) при отставании развития так называемых школьных навыков (чтение, письма, счёта);
- в) при отставании развития психомоторики.

3. Искажённое психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью (вариант раннего детского аутизма).

## **II. Энцефалопатические формы** пограничной интеллектуальной недостаточности.

1. Церебрастенические синдромы с запазданием развития школьных навыков.

2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших корковых функций.

3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.

4. Интеллектуальная недостаточность при общих недоразвитиях речи (синдромы алалии).

## **III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств.**

1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте или тугоухости.

2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.

## **IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства**

(социальная депривация, педагогическая запущенность).

# Факторы риска возникновения когнитивных нарушений

**К основным факторам риска для развития общей задержки развития и интеллектуальной недостаточности относятся:**

1. Перинатальная патология ЦНС(период беременности мамы и родов) (соматическая патология, алкоголизм наркомания матери, прием гормональных и антиэпилептических препаратов во время беременности, анемия и гестоз второй половины беременности, внутриутробная TORCH-инфекция, плацентарная недостаточность и гипотрофия плода, недоношенность, гипоксически-травматическое поражение мозга).
2. Врожденные пороки развития мозга головного мозга –структурные нарушения (шизэнцефалия, лиссэнцефалия, агирия, пахигирия, фокальная корковая дисплазия и т.д.).
3. Неврологические заболевания с ранним дебютом -ДЦП; эпилепсия , эпилептические синдромы, новообразования;
4. Экзогенные вредности на ЦНС, особенно до 3лет- общие тяжелые инфекции, нейроинфекции, особенно раннего возраста; токсические влияния ; длительные наркозы;ЧМТ и пр.
5. Генетические заболевания выявляются у 40% детей с когнитивными расстройствами, около 25-30% составляют хромосомные аномалии - синдром Дауна, синдром «кошачьего крика» (моносомия 5p), синдром Эдвардса (трисомия 18), трисомия 10p, частичная моносомия 12p и другие. Также встречаются хромосомные микроделеционные синдромы - Вильямса, Смита-Магениса, Миллера-Дикера, Ангельмана, Прадера Вилли и др).
6. Около 10% составляют наследственные заболевания обмена веществ ( фенилкетонурия), факотозы (нейрокожные синдромы с высоким риском опухолей нервной системы, напр. нейрофиброматоз Реклингхаузена, ангиоматиз Линдау и др) и дегенеративные заболевания, а также генетические нарушения, сочетающиеся с аутизмом (синдром Ретта с распадом нервно-психической деятельности и др).
7. Соматическая патология самого ребенка-общие заболевания ( врожденный гипотериоз с развитием когнитивных расстройств в виде нарушения счета, снижения памяти и концентрации внимания, заболевания сердца, легких, сахарный диабет, анемии, аденоидит).

## Виды патологии согласно действующей МКБ-10.

### Специфические расстройства развития речи **F 80** (Задержки речевого развития)

- **F 80** – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему нормальному уровню когнитивного функционирования ребенка. Интеллект сохранен или немного ниже, что связано с трудностями приобретения словарного запаса.

Здесь выделяют:

- • **F 80.0** *Специфическое расстройство артикуляции речи* – нарушение звукопроизношения, использование звуков речи не соответствует умственному развитию ребенка. В данную рубрику включаются *дислалия, расстройство фонологического развития*.
- • **F 80.1** *Расстройство экспрессивной речи* – нарушение разговорной речи, характеризуется бедностью словарного запаса, низким уровнем словесного общения, трудностями развернутого речевого высказывания, аграмматизмами, хотя понимание речи находится в пределах нормы. Сюда относится *общее недоразвитие речи, афазия развития*.
- • **F 80.2** *Расстройство рецептивной речи* – расстройство развития, при котором понимание речи ниже уровня, соответствующего его умственному развитию.
- • **F 80.3** *Приобретенная афазия с эпилепсией* (синдром Ландау-Клеффнера) - расстройство связано с пароксизмальной патологией на электроэнцефалограмме (далее – ЭЭГ) и эпилептическими приступами, с периодом нормального развития речи. При развитии расстройства теряются навыки рецептивной (понимание) и экспрессивной (самостоятельной) речи, но сохраняется общий интеллект.
- • **F 80.8** *Другие* расстройства развития речи – в МКБ-10 предложены *варианты*:
- **F 80.82** – задержка речевого развития, сочетающаяся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков. Такое сочетание расстройств развития достаточно часто встречается при последствиях родового травматизма.

# Специфические расстройства развития школьных навыков F 81

- **F81** – повреждена способность к нормальному приобретению школьных навыков с первых лет обучения при сохранном интеллекте. Сначала может быть задержка речи, которая, исчезая или смягчаясь к школьному возрасту, сменяется задержкой формирования навыков чтения и письма, а в подростковом возрасте на первый план выступают проблемы спеллингования.
- зависят от семейных факторов и обстоятельств, сопутствующих процессу обучения. Это могут быть:
  - слабость или незрелость волевого компонента личности
  - отсутствие (или очень низкий уровень) мотивации к школьному обучению
  - эмоциональная депривация в семье
  - этнические и социокультурные особенности

Здесь выделяют:

- **F81.0** Специфическое расстройство *чтения* – выражено многочисленными ошибками (замены, пропуски букв, несоблюдение их последовательности), сочетающееся с низким темпом чтения-*дислексия* развития.
- **F81.1** Специфическое расстройство *правописания (спеллингования)* – значительное расстройство письменной речи, характеризующееся многочисленными ошибками стойкого характера, сочетающимися с низким темпом письма. Другое название данного расстройства – *дисграфия*.
- **F81.2** Специфическое расстройство *арифметических навыков* – нарушение обучения счету – *дискалькулия* развития, как правило обусловлена несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе овладения навыками счета (внимания, памяти, абстрактно-логического мышления, зрительно-пространственного и зрительно-воспринимающего гнозиса).
- **F81.3** Смешанное расстройство *школьных навыков* – значительная недостаточность навыков *чтения, письма, счета*. Носит мозаичный характер, а школьная неуспеваемость – более выражена, чем при изолированных специфических расстройствах развития школьных навыков.

## Смешанные специфические расстройства психического развития (задержки психического развития) **F 83**

- **F83** – наличие у ребенка специфических расстройств развития речи, школьных навыков, зрительно-пространственных навыков, двигательных функций в сочетании с некоторой степенью нарушения когнитивных функций пограничного уровня.
- Расстройство психического развития **начинается в раннем детском возрасте**, и является прямым следствием нарушения биологических процессов созревания центральной нервной системы, протекающее постоянно, без ремиссий и рецидивов. По мере взросления симптоматика сглаживается, однако признаки расстройства психического развития могут сохраняться и во взрослом возрасте.
- Данная рубрика по клиническим характеристикам приближается к диагностической категории «**задержка психического развития**» в понимании отечественной детской психиатрии. В современных классификациях (МКБ-10 и DSM-V) **такого диагноза, как ЗПР нет**, как и нет четких возрастных критериев. В России для обозначения *пограничных интеллектуальных нарушений, с началом в детском возрасте* используют шифр **F83-89**.

## Лёгкое когнитивное расстройство F 06.7

- **F06.7** - снижение когнитивной продуктивности, включающее нарушение памяти, внимания, трудности в обучении и работоспособности и не достигающее до уровня деменции.
- Расстройство может предшествовать широкому спектру инфекционных и соматических болезней (как церебральных, так и системных), сопровождать их или следовать за ними, но при этом не обязательно должны присутствовать непосредственные признаки вовлечения в процесс головного мозга.
- Рассматривается в МКБ-10 в рубрике «Органические, включая симптоматические расстройства» F00-09, в разделе «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга и соматическим заболеванием» F 06.
- Если же в *основе задержки психического развития* лежит *резидуально-органическое повреждение головного мозга* (гипоксического, токсического, травматического, воспалительного характера (травмы гм, сосудистые расстройства гм, эпилепсия, новообразования, нейроинфекции, смешанные заболевания), нередко используются шифры F06.7 и F06.8.

## Умственная отсталость F 70-79

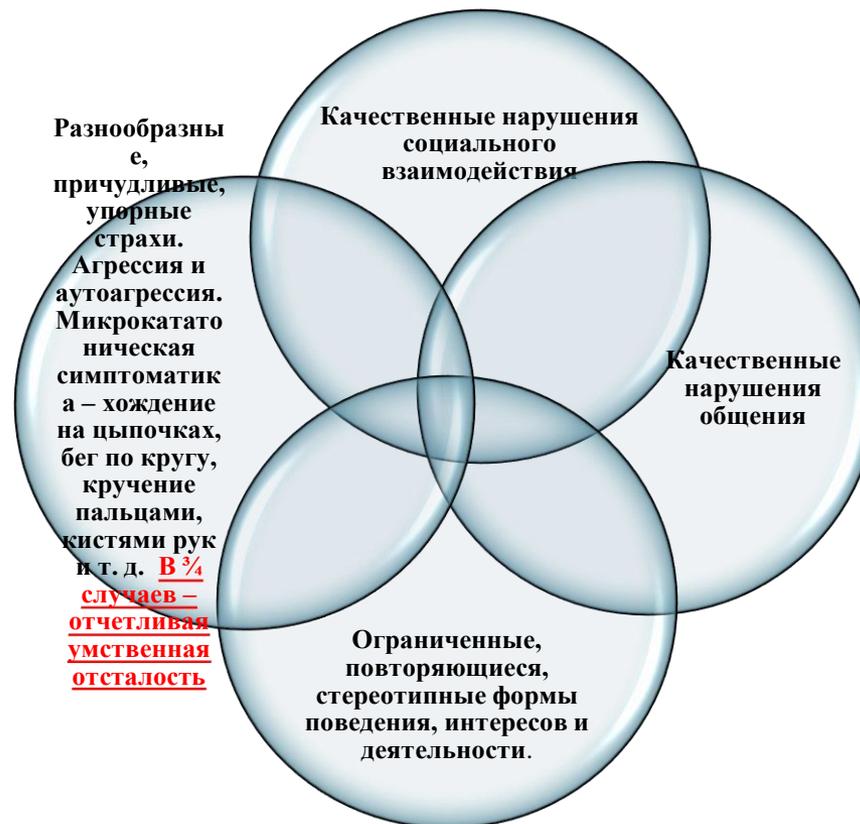
**Умственная отсталость** – состояние задержанного или неполного психического развития, характеризующееся нарушением интеллектуальных способностей (т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных)

- Для идентификации степени умственной отсталости используются диагностические критерии F 70 – F 73 (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая).
- F 70 – УО легкая (IQ 50-70, умственный возраст 9-12 лет)
- F 71 - УО умеренная (IQ 35-50, умственный возраст 6-9 лет)
- F 72 - УО тяжелая (IQ 20-35, умственный возраст 3-6 лет)
- F 73 - УО глубокая (IQ менее 20, умственный возраст менее 3 лет)
- F 79 – Умственная отсталость неуточненная

# Иные психические расстройства , при которых возможны когнитивные дефициты :

## 1. Детский аутизм F 84 (интеллект от нормы до разных степеней умственной отсталости )

Детский аутизм – аномалия психического развития, которая диагностируется при обязательном наличии всех критериев:



## 2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

**F 90.0** (превалируют нарушения внимания, интеллектуальная недостаточность отсутствует или есть расстройства школьных навыков)

**F 90.0** может быть одной из причин снижения успеваемости. Это распространенная форма нарушений в детском возрасте; проявляется расстройством внимания, двигательной расторможенностью и импульсивностью поведения. Нарушение внимания и/или явления гиперактивности приводят к тому, что *ребенок школьного возраста при нормальном или высоком интеллекте может иметь нарушения навыков чтения, письма, не справляться со школьными заданиями, совершать много ошибок в выполненных работах и не склонен прислушиваться к советам взрослых.*

- ▶ В МКБ-10 синдром рассматривается в разделе «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, *начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте*» в подразделе «Нарушение активности и внимания» **F90.0** и «Гиперкинетическое расстройства поведения **F90.1**». Здесь выделяют 3 варианта течения заболевания:
  - ▶ Дефицит внимания и гиперактивность;
  - ▶ Дефицит внимания без гиперактивности;
  - ▶ Гиперактивность без дефицита внимания.

## СДВГ

Клинические проявления заболевания характеризуются нарушением концентрации внимания и повышенной двигательной активностью ребенка с нарушением обучения и социальной адаптации (обязательный критерий для постановки диагноза!), возникающими *до 7 лет*, сохраняющимися на протяжении не менее 6 месяцев и не являющимися проявлением других заболеваний.

Такой ребенок является источником постоянного беспокойства для окружающих (родителей, педагогов, сверстников), т.к. часто ведет себя совершенно непредсказуемо, избыточно реагирует на внешние раздражители (реакция не соответствует ситуации). Такие дети с трудом адаптируются в коллективе, их отчетливое стремление к лидерству не имеет под собой фактического подкрепления. В силу своей нетерпеливости и импульсивности, они часто вступают в конфликт со сверстниками и учителями, что усугубляет имеющиеся нарушения в обучении. Ребенок не способен предвидеть последствия своего поведения, не признает авторитетов, что может приводить к антиобщественным поступкам. Особенно часто асоциальное поведение наблюдается в подростковом периоде, когда у детей с СДВГ возрастает риск формирования стойких нарушений поведения и агрессивности.

### 3. Детские психотические расстройства F 20

- ▶ Расстройства шизофренического спектра, которые встречаются у детей, но не так развернуты, по сравнению со взрослыми психозами и часто рудиментарны, поэтому диагностируются в других рубриках.
- ▶ Протекают часто по типу нарушений поведения, общения, эмоционально-волевого компонента (неадекватность эмоций), нарушений сна, приема пищи, неврозоподобной симптоматикой со страхами, навязчивостями, особыми вычурными увлечениями, Психозы при этом могут не отмечаться.
- ▶ **!Когнитивный дефицит** разной степени выраженности (с тенденцией к регрессу психической деятельности до дефектных форм, особенно при раннем возрастном начале заболевания).

Благодарю за внимание!