

К проблеме классификации клинических форм детской невропатии

Буторин Г.Г.¹, Бенько Л.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет», Челябинск

² ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск

Резюме. Особым направлением в изучении невропатии является разработка её типологии. Невропатия представляется клинико-нозологической формой, которая диагностируется преимущественно в детской практике. Это позволило установить не только клинику, но и типологию невропатических нарушений с онтогенетических позиций. К главным признакам невропатии относят незрелость вегетативной регуляции, повышенную возбудимость и повышенную истощаемость. Нередко нарушение возникает при совместном действии различных факторов, оформляя синдром смешанного генеза, в основе которого лежит биопсихосоциальный субстрат. Это наименее изученный и мало описанный в литературе вариант. В работе с биопсихосоциальных позиций представлена типология в виде четырёх невропатических синдромов: синдром истинной невропатии, синдром органической невропатии, синдром невропатии психогенного происхождения, синдром невропатии смешанного генеза.

Ключевые слова: невропатический синдром, критерии невропатии, истинная невропатия, органическая невропатия, невропатия психогенного генеза, невропатия смешанного генеза.

To the problem of classification of clinical forms of the pediatric neuropathy

Butorin, G.G.¹, Benko L.A.²

¹ South-Ural State Humanitarian-pedagogical University», Chelyabinsk

² South Ural State Medical University», Chelyabinsk

Summary. The particular direction in the study of neuropathy is the development of its typology. Neuropathy appears to be clinical and nosological form, which is diagnosed mainly in pediatric practice. That is why it is possible to establish not only the clinical signs, but also a typology of neuropathic disorders with ontogenetic positions. The main symptoms of neuropathy include immaturity of autonomic regulation, increased excitability and increased exhaustion. The violation often occurs when the combined effect of the various factors entering into the syndrome of mixed origin, which is based on the biopsychosocial substrate. It is the least studied and poorly described in the literature variant. The study with a biopsychosocial position presents a typology of four neuropathic syndromes: the syndrome of true neuropathy, syndrome of organic neuropathy syndrome neuropathy psychogenic syndrome neuropathy of mixed origin.

Key words: neuropathic syndrome, criteria of neuropathy, neuropathy is a true, organic neuropathy, neuropathy psychogenic genesis, neuropathy mixed origin.

Актуальность

Особым направлением в изучении невропатии является разработка типологии этой группы нарушений, которая важна как для уточнения критериев невропатии, так и для обоснования адекватных методов терапии и профилактики. Исходом в разработке типологии невропатии послужило выделение Т.П. Симсон [28], наряду с её конституционально-генетической формой, экзогенной невропатии, обусловленной недоразвитием или повреждением тех или иных систем центральной нервной системы.

Следует заметить, что большинство авторов наряду с общим сходством клинических проявлений невропатической симптоматики устанавливали и различия, разделяющие психопатологическую симптоматику на классификационные формы, описание которых в психиатрической литературе, в том числе в психиатрии детского возраста, весьма ограничено. Исследователи, затрагивающие клинические характеристики невропа-

тии, предлагали не только своё понимание этого состояния, но и свою классификацию, которая зависела от целевой установки специалиста и предназначалась для решения разных задач (диагностических, этиологических, теоретических и др.). Вместе с тем, всеми признается, что клинико-психопатологическая дифференциация невропатии остается далеко незавершенной.

Анализ многочисленных работ свидетельствует, что клинические признаки детской невропатии, которые описываются в специальной литературе укладываются в определенные патологические рамки. Результаты собственных исследований подтвердили основные результаты большинства исследователей невропатического синдрома и его структуры. В частности, сегодня можно с полным основанием утверждать, что основу невропатии составляет врожденная или рано приобретенная (в первые три года) незрелость вегетативной регуляции, которая сопровождается повышенной возбудимостью и психической истощаемостью, что приводит к симптомам утраты пси-

хического равновесия и общей астенизации организма и центральной нервной системы.

Однотипные клинические проявления невропатических синдромов, отмеченные в многочисленных исследованиях, позволяют говорить о наличии конкретных облигатных диагностических критериев. Такие базисные признаки невропатического синдрома с полным основанием можно рассматривать как общие диагностические и представить следующим образом.

- Обязательное начало заболевания или еще в младенчестве («врожденная детская нервность»), или на ранних этапах онтогенеза («приобретенная детская нервность»).
- Основа невропатических состояний представлена дисфункцией высших центров вегетативной регуляции, которая связана с их функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости, а центральное место в структуре синдрома занимает незрелость вегетативной регуляции, повышенная нервно-психическая возбудимость и повышенная истощаемость. Наблюдаются специфические резидуально-неврологические симптомы.
- Динамики синдрома находится в тесной связи с уровнем биологической зрелости центральной нервной системы.
- Симптоматический комплекс представлен соматовегетативными расстройствами, апраксией развития, или двигательными расстройствами, речевыми нарушениями, соматической ослабленностью.
- Течение отличается непрерывным характером, с возрастом синдром либо исчезает, либо заменяется другой симптоматикой, при этом лёгкая недостаточность в повреждённой сфере может наблюдаться в течение всей жизни.

На фоне возрастных изменений одни и те же облигатные симптомы могут быть напрямую связаны с разными факультативными, и таким образом определять вариант синдрома. При этом если облигатные симптомы являются для синдрома ведущими и определяют его специфику, то факультативные могут проявляться в структуре синдрома в разнообразных комбинациях и формировать вариант синдрома. Таким образом, именно облигатные симптомы невропатических синдромов, в силу принадлежности к одной и той же категории, определяют их общие диагностические критерии. В свою очередь, так как факультативные симптомы связаны с облигатными патогенетическими механизмами, то они создают систему этиопатогенетических вариантов.

Проведенные исследования обосновывают положение о том, что невропатия не является самостоятельной клинико-нозологической формой, как это считал Э.Крепелин [22]. Правомочнее говорить о группе синдромов разного происхождения, которым наряду с общими признаками свойственны и определенные различия, обусловленные особенностями их этиологии и патогене-

за. При этом эта группа расстройств диагностируется преимущественно в детской практике, поскольку их проявления тесно связаны с перинатальной патологией и занимают существенное место в детской психиатрической клинике. Это положение для многих авторов стало основанием в стремлении установить не только клинику, но и типологию невропатических нарушений с онтогенетических позиций.

Обсуждение клинического содержания проблемы

В.И. Гарбузов [11] различает две формы невропатии: раннюю (возникающую с момента рождения) и позднюю (с 4–7 месяцев жизни). Автор считает, что при поздней форме предвестниками невропатии могут быть агония кишечника, вялое сосание, плохое прибавление в весе, общая пассивность.

Е.И. Кириченко, Л.Б. Журба [17] в первых работах разграничивали два варианта невропатических состояний у детей. «Истинные» невропатии, согласно авторам, обусловлены врожденной конституциональной недостаточностью нервной системы, «невропатоподобные» состояния рассматривались как одно из ранних проявлений резидуально-органической недостаточности головного мозга, возникающее в результате повреждений центральной нервной системы в антенатальном и интранатальном периодах (органическая невропатия по С.С.Мнухину).

С клинических позиций наиболее обоснованной представляется типология, представленная в работах В.В. Ковалёва [19; 20], которая была разработана на основании как собственного клинического опыта, так и результатов исследований его сотрудников. По мере накопления материала ими были выделены три клинико-этиологических типа невропатических синдромов: синдром истинной невропатии, синдром органической невропатии, синдром невропатии смешанного генеза. С этого времени авторы всех последующих работ, посвященных невропатии, стали придерживаться этой классификации.

В настоящее время в отечественной литературе невропатия рассматривается как группа синдромов различного генеза, к главным признакам которой относят незрелость вегетативной регуляции, повышенную возбудимость и повышенную истощаемость. Мы полагаем, что правы те авторы, которые считают, что клинические варианты невропатии можно принять как условно обобщённые и условно разделённые между собой формы. При этом следует согласиться с мнением, что на практике очень трудно отграничить конституционально-наследственные факторы от других патогенных причин (органических, соматогенных, психогенных и др.), тем более что нередко невропатический синдром возникает при их совместном действии, оформляя синдром невропатии смешанного генеза, в основе которого лежит биопсихосоциальный субстрат. Это наиме-

нее изученный и мало описанный в литературе синдром.

В настоящее время с биопсихосоциальных позиций достаточно обоснованной, по нашему мнению, представляется типология в виде четырёх невротических синдромов: синдром истинной невротии, синдром органической невротии, синдром невротии психогенного происхождения, синдром невротии смешанного генеза. В обобщенном виде они могут быть представлены следующим образом.

Признаки *синдрома истинной* (конституциональной, «ядерной») невротии как врождённой конституциональной недостаточности нервной системы начинают проявляться в возрасте 3–4 месяцев жизни. В её происхождении Е. Крепелин, а затем и Т.П. Симсон, большое значение придавали наследственности, наблюдая в семьях детей-невротиков накопление лиц с различными психическими и аффективными расстройствами. Роль наследственности в генезе невротии подтверждала и Г.Е. Сухарева, замечая, что нередко в семейном анамнезе наблюдаются так называемые «нервные субъекты», у которых имеются признаки повышенной эмоциональной возбудимости, астении, тревожности, мнительности. В дальнейшем причинный фактор при истинной невротии рассматривался больше с точки зрения конституции.

В онтогенетическом аспекте основные признаки синдрома истинной невротии наиболее четко были отражены в работах В.В. Ковалёва [19; 20]. Несколько позже Г.В. Козловской и А.В. Горюновой [21] были уточнены её признаки, которые по их мнению, проявляются главным образом в младенческом и раннем детском периоде.

В числе «истинных» форм невротии преимущественно конституционально-генетического происхождения некоторыми авторами описывается группа детей, у которых впоследствии диагностируется шизофрения [3; 6; 18; 20; 26; 28; 30; 31]. Полученные данные свидетельствуют о том, что в большинстве этих случаев у детей-невротиков наблюдается семейная отягощенность нервно-психическими заболеваниями, в том числе и шизофренией.

Следует заметить, что уже в первых научно-методических разработках по психоневрологической диспансеризации детей, выполненных в Психоневрологическом отделе Ленинградского института охраны здоровья детей и подростков (Институт ОЗДиП), можно обнаружить описание таких типологий, когда наряду с конституциональной невротией выделялись её шизоидные, циклоидные и эпилептоидные варианты.

Так, согласно Е.С. Никитиной и А.И. Аристовой [25], в случаях, когда отец болен шизофренией, шизоидная невротия у детей выявлялась в 63% наблюдений. В то же время среди всех детей, обследованных с шизоидной невротией у 78% отцов и 64% матерей выявлялись черты шизоидного спектра («шизотимики»). Свообразную форму нервноности у детей раннего возраста при

начальной («функциональной» по И.П. Павлову) стадии ранней детской шизофрении описали Е.А. Осипова, О.Ф. Ижболдина [26], Т.П. Симсон и В.П. Кудрявцева [29], А.Н. Чехова [33]. Такую невротию часто определяли как эндогенную.

Как указывает В.Я. Гиндикин [12], в редких случаях невротия является следствием шизофренического шуба, иногда весьма кратковременного, имевшего место в раннем детском возрасте. Тогда слабость и вялость этих больных может быть проявлением астенического дефекта, а функциональные соматовегетативные расстройства — проявлением соматизирования. В этих случаях возможен положительный эффект от малых доз нейролептиков и антидепрессантов: соматическое состояние нормализуется, что не исключает возможности последующих шизофренических шубов.

Установленные В.М. Башиной [1] показатели преморбидного развития детей, впоследствии заболевших ранней детской шизофренией, позволили уточнить их состояние в доманифестный период. На основании результатов исследования автор даёт характеристику выделенных ею групп с нормальным, искажённым, стигматизированным и задержанным развитием. Клинические проявления стигматизированного и искажённого развития близки к тому, что наблюдалась нами и были описаны в литературе как проявление невротической конституции — «конституциональной невротии» по М.О. Гуревичу [13].

Позднее Г.В. Козловская и А.В. Горюнова [21] заключают, что шизотипический диатез представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения (в данном случае к шизофрении) в общей группе недифференцированных психических диатезов. К таким диатезам, по мнению авторов, может быть отнесена невротия как форма психовегетативного диатеза или предрасположения к личностным аномалиям (астенической психопатии) и психосоматическим заболеваниям. Однако проблема диатезов по отношению к другим психическим заболеваниям, помимо шизофрении, мало разработана и, по мнению авторов, требует дальнейших исследований.

Результаты проведенного Н.Е. Буториной [6] масштабного изучения психофизического развития детей от больных шизофренией родителей показали, что основой нарушений онтогенеза этих детей являлась биологически обусловленная патология «природно-психических свойств личности» (по В.В. Ковалёву), особая аномальная конституция — особый дизонтогенез, признаки которого наблюдались с рождения и выражались своеобразным невротическим состоянием с повышенной вегетативной возбудимостью, вегетовисцеральной дисфункцией и реактивной лабильностью. Сравнительно-возрастной анализ и определение клинко-онтогенетических закономерностей позволил установить у потомков от больных шизофренией родителей преобладание нарушений шизоидного спектра стенического, асте-

нического и смешанного вариантов (описанных в литературе как возбудимых и сенситивных шизоидов). При этом стеническому варианту были свойственны слабость инстинктивной деятельности, дисгармония психического развития в виде раннего интеллектуального созревания и отставания в становлении моторики, аутистические установки, хорошо развитое абстрактное мышление. При астеническом варианте были типичны в раннем детстве гипостенический невропатический синдром, задержка моторного развития, низкая активность, легкая ранимость и повышенная впечатлительность.

Таким образом, анализ проведенных исследований позволяет утверждать, что в нервно-психических расстройствах эндогенной (конституциональной) невропатии существуют общие клинические закономерности, которые можно синтезировать в обще-диагностические (базисные) критерии истинной формы невропатии:

- в семейном анамнезе выявляются психические расстройства и расстройства поведения, а признаки аномальной конституции у детей обнаруживаются с рождения и проявляются биологически обусловленной патологией темперамента инстинктов и влечений;
- своеобразии эндогенной невропатии определяется сочетанием аутистических установок и структурой невропатической симптоматики с нестабильностью вегетативных функций и реактивной лабильностью, что обуславливает врождённую конституциональную аномалию развития — дизонтогенез по типу «искажённого»;
- ряд признаков «искажённого» дизонтогенеза, которые несут определённую прогностическую информацию, могут рассматриваться как признаки повышенного риска заболевания шизофренией;
- наибольшим риском заболевания шизофренией отличаются дети с выраженными нарушениями шизоидного спектра, несмотря на разнообразие которых, можно отметить ряд идентичных признаков:
- малая привязанность к объектам реального мира,
- слабость социальных контактов, избирательная активность, уход в свой мир,
- ускоренное интеллектуальное созревание с необычным характером мышления,
- несовершенство моторики с задержкой становления навыков самообслуживания и тонкой ручной умелости,
- раннее речевое развитие со слабой потребностью контактов.

Существенно, что чем больше этиологическая роль эндогенного фактора, тем больше на первый план выступают личностные изменения. Как свидетельствуют исследования, ряд признаков эндогенной невропатии может рассматриваться в качестве прогностических факторов. Такая оценка позволяет понимать синдром истинной невро-

патии как невропатическую форму диатеза, как предрасположение к вазовегетативным реакциям и другим функциональным психовегетативным и психосоматическим расстройствам.

Синдром органической (энцефалопатической) невропатии. В изучении невропатии, возникающей в результате экзогенно-органических воздействий в перинатальном и раннем постнатальном периоде, большой вклад внесли отечественный детские психиатры. Как считает большинство из них, при органической невропатии её признаки наблюдаются с рождения и включают симптомы как невропатии, так и органического поражения центральной нервной системы. Такая структура симптомокомплекса в его клиническом понимании рядом авторов рассматривается как психоневрологический синдром. В частности, М.И. Буянов (1986) трактует невропатию как определенное психоневрологическое расстройство в период от рождения и до 5–7-летнего возраста.

Приоритет в постановке многих вопросов проблемы резидуально-органических психических расстройств у детей принадлежит С.С. Мнухину [24]. В созданную им клинко-физиологическую классификацию этих расстройств автор включает «органические» или «резидуальные» невропатии, главным проявлениям которых он считает:

- повышенную возбудимость и неустойчивость вегетативных реакций;
- нарушение сна, аппетита;
- чувствительность к любым внешним раздражителям;
- неустойчивость настроения;
- наличие рассеянных неврологических симптомов (отклонения со стороны черепно-мозговой иннервации, односторонние пирамидные знаки и нарушение координации, асимметрия силы движения и др.).

Близкое описание органической невропатии дают Е.И. Кириченко и Л.Т. Журба [17], наблюдавшие таких детей с первых дней жизни уже в родильном доме и выявившие у них признака невропатии, которым они дали определение «невропатоподобные состояния» (органическая невропатия по С.С. Мнухину). Как отмечают авторы, наличие органического фона в виде диффузных и очаговых неврологических симптомов обуславливало особенности невропатии, проявления которой носили монотонный, однообразный характер и зависели от степени и характера органических повреждений и терапевтических мер. Ведущими в клинике расстройств были соматовегетативные проявления, а возникавшие моносимптомные реакции носили в основном неврозоподобный характер.

Д.Н. Исаев и В.Е. Каган [15] при легком органическом поражении центральной нервной системы к клинической картине невропатии относят:

- сомато-вегетативные расстройства,
- нарушение ритма сон-бодрствование,
- аноректические тенденции,
- расстройства пищеварения,

- необычную чувствительность к метеорологическим факторам,
- предрасположенность к аллергическим реакциям,
- психомоторную нестабильность,
- непереносимость сильных раздражителей,
- неспособность к длительному напряжению.

Недостаточная активность в школе, по их мнению, связана с легкой истощаемостью и эмоциональной возбудимостью. При отсутствии возможности разрядки и переключения на другие занятия и интересы эти дети неспособны реализовать нормальные интеллектуальные возможности.

Синдром органической невропатии при благоприятном варианте течения может редуцироваться. В случаях значительного поражения головного мозга в перинатальном периоде он трансформируется в симптоматику следующего уровня реагирования (4–7 лет) — психомоторного.

В.В. Ковалёв [18; 20] рассматривает органическую невропатию как синдром, зачастую включенный в структуру резидуально-органических нервно-психических расстройств, возникающих в результате внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга. Он полагает, что её клиническая симптоматика отличается от «истинной» невропатии. Синдром характеризуется такими признаками:

- обнаруживается с рождения, носит более грубый и монотонный характер;
- сочетается с разнообразными резидуально-неврологическими симптомами;
- сопровождается повышением внутричерепного давления;
- может наблюдаться задержка развития психомоторики и речи, двигательная расторможенность и склонность к реакциям протеста и невротическим реакциям;
- старше года обнаруживается церебрастенический и гипердинамический синдром, инертность психических процессов, недостаточность целенаправленной деятельности, повышенная отвлекаемость и истощаемость;
- интеллект детей (IQ) в пределах нормы (85–115).

Г.В. Козловская [21, с. 475], характеризуя симптоматику перинатальных энцефалопатий вследствие родовой травмы, органическую невропатию причисляет к наиболее распространённым психическим нарушениям, возникающим в период раннего детства.

Многолетнее изучение проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств, свидетельствует о том, что органическая невропатия является первым этапом в дальнейшем развитии различных резидуально-органических психосиндромов [79]. Как свидетельствуют проведенные исследования, в клинике и динамике органической (энцефалопатической) невропатии важная роль принадлежит признакам церебрастении, включенным в её симптоматику. При этом к основным про-

явлениям церебральной астении относятся элементы эмоционально-гиперстетической слабости, при которой повышенная утомляемость, истощаемость сочетались с нетерпимостью даже незначительного эмоционального напряжения, а также с явлениями гиперестезии, снижением порога переносимости различных психогенных, физиогенных, вестибулярных, климатических и других раздражителей.

Суммируя данные собственных исследований и диагностические описания органической невропатии, приведённые в специальной литературе, нами были определены её основные (базисные) диагностические критерии:

- общие диагностические критерии невропатического синдрома;
- сочетание невропатической и резидуально-неврологической симптоматики, которая входит в структуру резидуально-органических психосиндромов;
- синдром возникает в результате внутриутробных и перинатальных органических поражений головного мозга, проявление синдрома обнаруживается сразу после рождения;
- невропатическая симптоматика зависима от неврологических нарушений, она груба и монотонна, психические процессы инертны;
- слабо выражена реакция «общего оживления» на положительные стимулы, вялость реакции, её быстрая истощаемость;
- повышенная возбудимость, боязливость, склонность к невропатическим реакциям;
- нередко наблюдается задержка развития эмоционально-волевых функций по типу органического инфантилизма (по С.К. Лебединской) и интеллекта (лёгкие расстройства познавательной деятельности в рамках ММД);
- коэффициент интеллектуального развития (IQ) в пределах нормы (85–115).

Синдром невропатии психогенного происхождения. В работах многих детских психиатров указывается определённая роль психосоциальных факторов в генезе невропатии. Так, В.И. Твердохлебов [32] при клинко-психопатологическом и социально-психологическом обследовании учащихся массовых школ с трудностями поведения обнаружил среди них подростков с патохарактерологическим развитием личности аффективно-возбудимого варианта и с социально-педагогической запущенностью. Из них в более чем 70% случаев были обнаружены признаки измененной «почвы»: невропатия, резидуально-церебральная органическая недостаточность, черты психического инфантилизма.

В предыдущих исследованиях [25] нами были рассмотрены нарушения психологического развития, детерминированные депривационными условиями, создаваемыми семьями с хронической психогенной атмосферой и неблагоприятными условиями воспитания. Было выяснено, что нарушенная структура семьи, дестабилизирующие при-

емы воспитания имеют прямую связь с формированием и становлением депривационных психических состояний. Более того депривационному развитию была свойственна более или менее сложная, но непрогредиентная динамика, связанная с процессами компенсации, декомпенсации и репарации нарушенных психических функций. Изученный тип депривационного развития как варианта психического дизонтогенеза имел все характеристики, аналогичные понятию «семейно-педагогическая запущенность», определяющие эту своеобразную группу преимущественно непатологических нарушений. При этом введение в терминологическое пространство понятия «депривационное развитие» позволяет избежать неопределенности и разноплановой трактовки понятия «семейно-педагогической запущенности».

Таким образом, клиничко-психологическая характеристика детской невропатии психогенного происхождения и её обще-диагностические признаки представляются следующим образом.

- Первые признаки невропатического синдрома у этих детей появляются к концу либо первого этапа онтогенетического развития (к 3–4 годам), либо в начале дошкольного возраста, что существенно отличает моменты формирования синдрома в этой когорте детей от других форм невропатии. Известно, что в начале дошкольного возраста социальные контакты становятся основой развития познавательной деятельности, при этом социальное развитие ребёнка реализуется через отношение взрослого, либо в сотрудничестве с ним.
- Если ребёнок растёт и воспитывается в депривационных условиях, они могут стать причиной фрустрации, определяющей возникновение невропатического синдрома, базисными признаками которого являются: повышенная психомоторная и аффективная возбудимость, быстрая истощаемость, впечатлительность, общая соматическая и вегетативная дисфункция.
- К основным диагностическим признакам психогенной невропатии относится своеобразное становление психомоторных функций. Несмотря на то, что формирование статокинетических функций происходит в соответствии с возрастом, выполнение целенаправленных движений и действий затруднено из-за несовершенства тонкой моторики. При своевременном формировании слогов и слов освоение активного словаря идёт с явным запаздыванием, а этап развёрнутых предложений задерживался на 1,5–2 года.
- При завершении первого возрастного критического периода (3–4 года) невропатические признаки структурируются и могут утяжеляться, при сохранении выраженных психогенных условий как микро-, так и макросреды, а психические состояния депривационного генеза носят слож-

ный многовекторный характер, включающий различные биопсихосоциальные механизмы психогенеза. Отчетливыми становятся проявления темперамента, определяющего эмоционально-волевые характеристики.

- В дошкольном возрасте невропатическая симптоматика может послабляться, но чаще всего трансформируется в признаки других расстройств, определяющих нарушения психологического развития и затрудняющих социально-психологическую адаптацию.
- Вариабельность клинических признаков депривационной невропатии позволяет выделить два её клиничко-психологических варианта: гиперстенический (с преобладанием психомоторной и аффективной возбудимости, неустойчивости вегетативных функций) и гипостенический (с преобладанием вялости, малой активности, с разнообразной соматической и вегетативной дисфункцией).
- Установлено существование единого депривационного синдрома как последствия психической депривации, который по степени тяжести проявлений располагается в континууме от легких депривационных реакций, через разнообразие депривационных состояний, до выраженного депривационного развития с формированием патологических новообразований в структуре личности, обусловленных эмоционально-волевой дисфункцией.

Таким образом, данные клиничко-психологических характеристик депривационного развития, полученные в результате исследований психогенного происхождения невропатии, позволяют с полным основанием утверждать, что понятие депривационного развития раскрывает содержание термина «микросоциально-психологическая запущенность» и может с успехом заменить его в клиничко-психологическом тезаурусе «Нарушения психологического развития».

Нередко невропатия возникает при совместном воздействии двух или трёх этиологических факторов, чаще оформляя *синдром невропатии смешанного генеза*. Это наименее изученный и мало описанный в литературе синдром. Своеобразие синдрома этого типа зависит от установления преимущественного влияния патогенного фактора — конституционального или энцефалопатического. Так, признаку повышенной возбудимости конституционального происхождения присуща напряжённость и вязкость аффекта, стеничность, инертность эмоционально-волевых проявлений, нарушение контактов, которые зависят от напряженности аффекта или от аутистических установок. При преобладании органического генеза аффект легко истощается, больше выражен астенический радикал, нарушение контакта с окружающими чаще проявляется в форме недоверчивости, робости, пугливости.

Несмотря на порой нечеткую малосимптомную клиническую картину, имеется достаточно

данных, чтобы отличить эту форму от других как по симптоматологии, так и по характеру развития. Вместе с тем диагностический ранг будет ассоциироваться с той формой, которая имеет преимущества в общей структуре расстройств.

Б.П. Калачев, Л.Ф. Кремнева [16] при изучении клинических особенностей пограничных расстройств у детей раннего возраста (от 1 до 3,5 лет), посещавших специализированные детские ясли, выявили у них с первых месяцев жизни признаки конституционально-энцефалопатической невропатии с легкой степенью неврологических органических нарушений, которые имели тенденцию к сглаживанию. В психопатологической симптоматике у этих детей диагностировались приходящие невротические реакции с моносимптомными проявлениями, затяжные невротические состояния, и у одной пятой части наблюдались реактивные состояния с более сложной и полиморфной симптоматикой. Невротические состояния развивались в случае длительного непрекращающегося воздействия психотравмирующего фактора.

Признаки вегетативно-висцеральных дисфункций при конституциональной невропатии отражают неспособность вегетативной нервной системы новорожденного (в силу её врожденной неполноценности) относительно быстро адаптироваться к автономному существованию, то в случаях церебральной (перинатальной) патологии эти же признаки указывают на поражение нервной системы [14; 23].

При достаточной личной сохранности органическая неполноценность может составлять лишь «фон», на котором возникают конституционально-генетически обусловленные изменения, выраженность которых не всегда зависит от энцефалопатических нарушений. Диагностически этот тип невропатических нарушений можно представить следующим образом:

- соответствие общим диагностическим критериям невропатического синдрома;
- сочетание невропатической симптоматики с признаками органической энцефалопатии лёгкой или средней тяжести;
- невропатические проявления возникают с рождения, но их выраженность часто не зависит от степени тяжести энцефалопатических нарушений;
- у детей рано появляются черты требовательности, капризности, эгоцентризма, одновременно с этим — робости, застенчивости, адинамии;
- с первого критического периода (3–4 года) нередко наблюдается повышение или изменение влечений;

- могут возникать аффект-респираторные приступы, сногворения, сомнамбулизм, ночные страхи;
- психогенные воздействия в дошкольном возрасте вызывают моносимптомные неврозы и неврозоподобные расстройства, характерные для этого возраста (ночные страхи, энурез, тики, заикание); наблюдается склонность к истерическим реакциям;
- на первый план в школьном возрасте выступает эмоциональная неустойчивость (лабильность настроения, несдержанность, повышенная раздражительность, обидчивость); дети быстро утомляются, их работоспособность снижена;
- психическое развитие этих детей (IQ) в пределах средней или высокой нормы (от 85–95 до 115–130).

Заключение

В контексте изложенного можно согласиться с мнением большинства авторов, что на настоящем этапе формы невропатии еще до конца не раскрыты. В то же время не вызывает сомнения тот факт, что во всех её формах лежит биопсихосоциальный субстрат как основа общности их явлений, но с акцентами в динамике их разновидностей. И что невропатия, начинающаяся в раннем детском возрасте, является исходным пунктом её динамики и прогноза.

Патогенез резидуальных энцефалопатических состояний до настоящего времени окончательно не установлен, хотя считается, что повреждения головного мозга возникают чаще всего, как результат действия патологических факторов, приводящих к нарушению мозгового кровотока, цитотоксическому отеку, внутричерепной гипертензии, проявлению иммунопатологических процессов и т.д. Сложность и многофакторность проблемы требуют особой методологической стратегии, которая должна опираться на полидисциплинарную оценку, базироваться на выявлении всех факторов биологического и социального порядка, участвующих в формировании патологических проявлений. Вместе с тем, как показывает опыт работы, такой полидисциплинарный диагноз не должен оказаться на уровне «коллективного» диагноза, представляющий собой компиляцию всего собранного материала. Необходимо, чтобы он проходил через систему взаимосвязей, расшифровывающих общие механизмы, а диагностика опиралась на оценку нарушения функционирования всех уровней: биологического, физического, психологического и социального.

Литература

1. Башина В.М. Ранняя детская ишизофрения: статистика и динамика. — М.: Медицина. — 1980. — 248 с.
2. Буторин Г.Г., Н.Е. Буторина. Донозологические психические состояния депривационного генеза в детском возрасте. — Челябинск: Изд-во АТОКСО. — 2007. — 366 с.
3. Буторин Г.Г., Буторина Н.Е. Клинические и клинико-динамические проблемы детской и

- подростковой невропатии. — Челябинск: Изд-во Сити-Принт. — 2015. — 252 с.
4. Буторин Г.Г. Синдром детской невропатии: содержание, критерии и принципы диагностики // Сибирский психологический журнал. — 2015. № 56. С.109-121.
 5. Буторин Г.Г., Бенько Л.А. Клинические проявления на начальном этапе формирования детской невропатии: аналитический обзор // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2016. №3. — С. 22-30.
 6. Буторина Н.Е. Особенности нарушений психофизического развития детей от больных шизофренией родителей : дис. ... д-ра. мед. наук — М.-Челябинск, 1979. — 285 с.
 7. Буторина Н.Е., Ретюнский К.Ю. Затяжные системные расстройства в детском возрасте : клиника, патогенез, терапия. — Екатеринбург : «Экспресс-дизайн», 2005. — 280 с.
 8. Буторина Н.Е. Органическая форма невропатии как синдром раннего детского возраста // Мнухинские чтения : Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) / Материалы конференции. — СПб., 2007. — С. 101-104.
 9. Буторина Н.Е., Благинина Н.А. Клинические особенности резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей младшего школьного возраста: полидисциплинарные аспекты. — Челябинск : Изд-во Сити-Принт, 2011. — 260 с.
 10. Буянов М.И. О динамике пограничных психоневрологических расстройств // Неврозы у детей и подростков : Тезисы докладов Всесоюзной конференции, М. 17-18 декабря 1986. — М., 1986. — С. 30-34.
 11. Гарбузов В.И. Нервные дети : советы врача. — Л. : Медицина, 1990. — 176 с.
 12. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. М. : КРОН-ПРЕСС, 1997. — 576 с.
 13. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. — М.: Госметиздат, 1932. — 231 с.
 14. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М. : Медицина, 1981. — 271 с.
 15. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Дифференциальный диагноз неврозов и неврозоподобных синдромов при резидуально-органических поражениях головного мозга // IV симпозиум детских психиатров социалистических стран : тезисы докладов, 16-18 ноября 1976. — М., 1976. — С. 211-215.
 16. Калачев Б.П., Кремнева Л.Ф. Клинические особенности пограничных психических расстройств невротического уровня у детей раннего возраста // Неврозы у детей и подростков : тезисы докладов Всесоюзной конференции, М. 17-18 декабря 1986. — М., 1986. — С. 75-77.
 17. Кириченко Е.И., Журба Л.Т. Клинико-патогенетическая дифференциация форм невропатии у детей раннего возраста // IV симпозиум детских психиатров социалистических стран: тезисы докладов, 16-18 ноября 1976. — М., 1976. — С. 223-227.
 18. Ковалев В.В. Непроцессуальные неврозоподобные состояния у детей и подростков (вопросы систематики и отграничения) // Журн. невропатол. и психиатр. — 1971. — Т. 71. — Вып. 10. — С. 1518-1524.
 19. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. — М.: Медицина. — 1979. — 608 с.
 20. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина. — 1985. — 288с.
 21. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Особые формы дизонтогенеза в группах высокого риска по психической патологии // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова В 2-х т. — М.: Медицина. — 1999. — Т. 2. — С. 715-721.
 22. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. Москва, Издание А.А. Карцева. — 1910. — 874 с.
 23. Мастюкова Е.М. Психическое развитие школьников, страдающих моторной алалией // Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых: Сб. науч. тр. — М.: Наука. — 1980. — С.50-55.
 24. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: труды Лен. педиатрического мед. ин-та / Под ред. С.С. Мнухина. — Л. — 1968. — Т. 51. — С. 5-22.
 25. Никитина Е.С., Аристова А.И. Неврозы детей и неврозы родителей // Новое в психологии детского возраста. — Л.-М.: Гос. изд-во биологической и медицинской литературы. — 1935. — С. 47-58.
 26. Осипова Е.А., Ижболдина О.Ф. Врожденные невропатические состояния в детском возрасте // Вопросы психоневрологии детей и подростков. — М.: Медгиз. — 1934. — Т. 2. — С. 131-151.
 27. Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. — М.-Л.: Гос. мед. изд-во. — 1929. — 256с.
 28. Симсон Т.П. К проблеме так называемых детских психоневрозов (Патологическое развитие личности в раннем детском возрасте) // Труды 1-го Украинского съезда невропатологов и психиатров. — 1935. — С. 799-807.
 29. Симсон Т.П., Кудрявцева В.П. Клиника, этиология и патогенез шизофрении у детей и подростков // Шизофрения у детей и подростков. — М.: Медгиз. — 1959. — С. 11-52.
 30. Сухарева Г.Е. Современное состояние вопроса о детской нервности // Вопросы психоневрологии детей и подростков: сб. статей. — М.: Медгиз, — 1934. — С. 97.
 31. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медгиз. — 1959. — Т.2. — С. 407 с.
 32. Твердохлебов В.И. О соотношении биологических и социальных факторов в формировании некоторых форм нарушений поведения у подростков // Материалы к 3-й Всероссийской научной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 15-18 ноября 1971. — М. — 1971. — С. 170-172.

33. Чехова А.Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. — М.: Медицина. — 1963. — 136 с.

References

1. Bashina V.M. Rannyya detskaya shizofreniya: statika i dinamika. — M.: Meditsina. — 1980. — 248 s.
2. Butorin G.G., N.E. Butorina. Donozologicheskie psikhicheskie sostoyaniya deprivatsion-nogo geneza v detskom vozraste. — Chelyabinsk: Izd-vo ATOK-SO. — 2007. — 366 s.
3. Butorin G.G., Butorina N.E.. Klinicheskie i kliniko-dinamicheskie problemy detskoj i podrostkovoj nevropatii. — Chelyabinsk: Izd-vo Siti-Print. — 2015. — 252 s.
4. Butorin G.G. Sindrom detskoj nevropatii: sodержanie, kriterii i printsipy diag-nostiki // Sibirskii psikhologicheskii zhurnal. — 2015. — № 56. — S. 109-121.
5. Butorin G.G., Ben'ko L.A. Klinicheskie proyavleniya na nachal'nom etape formirovaniya detskoj nevropatii: analiticheskii obzor // Obozrenie psixiatrii i meditsinskoj psikhologii. — 2016. — №3. — S. 22-30.
6. Butorina N.E. Osobennosti narushenii psikhofizicheskogo razvitiya detei ot bol'nykh shizofreniei roditelei : dis. ... d-ra. med. nauk — M.—Chelyabinsk. — 1979. — 285 s.
7. Butorina N.E., Retyunskii K.Yu. Zatyazhnye sistemnye rasstroistva v detskom vozras-te : klinika, patogeneza, terapiya. — Ekaterinburg : «Ekspress-dizain». — 2005. — 280 s.
8. Butorina N.E. Organicheskaya forma nevropatii kak sindrom rannego detskogo vozras-ta // Mnukhinskie chteniya : Uspekhi detsko-podrostkovoj psixiatrii i psixoterapii (istoricheskii i mezhdistsiplinarnyi podkhod) / Materialy konferentsii. — SPb. — 2007. — S. 101-104.
9. Butorina N.E., Blaginina N.A. Klinicheskie osobennosti rezidual'no-organicheskikh nervno-psikhicheskikh rasstroistv u detei mladshogo shkol'nogo vozrasta: polidistsip-linarnye aspekty. — Chelyabinsk : Izd-vo Siti-Print. — 2011. — 260 s.
10. Buyanov M.I. O dinamike pogranychnykh psikhonevrologicheskikh rasstroistv // Nevrozy u detei i podrostkov : Tezisy dokladov Vsesoyuznoi konferentsii, M. 17-18 dekabrya 1986. — M. — 1986. — S. 30-34.
11. Garbuzov V.I. Nervnye deti : sovety vracha. — L. : Meditsina. — 1990. — 176 s.
12. Gindikin V.Ya. Leksikon maloi psixiatrii. — M. : KRON-PRESS. — 1997. — 576 s.
13. Gurevich M.O. Psikhopatologiya detskogo vozrasta. — M.: Gosmetizdat. — 1932. — 231 s.
14. Zhurba L.T., Mastyukova E.M. Narushenie psikhomotornogo razvitiya detei pervogo goda zhizni. — M. : Meditsina. — 1981. — 271 s.
15. Isaev D.N., Kagan V.E. Differentsial'nyi diagnoz nevrozov i nevrozopodobnykh sindromov pri rezidual'no-organicheskikh porazheniyakh golovno-mozga // IV simpozium detskikh psixiatrov sotsialisticheskikh stran : tezisy dokladov, 16-18 noyabrya 1976. — M. — 1976. — S. 211-215.
16. Kalachev B.P, Kremneva L.F. Klinicheskie osobennosti pogranychnykh psikhicheskikh rasstroistv nevrologicheskogo urovnya u detei rannego vozrasta // Nevrozy u detei i podrostkov: tezisy dokladov Vsesoyuznoi konferentsii, M. 17-18 dekabrya 1986. — M. — 1986. — S. 75-77.
17. Kirichenko E.I., Zhurba L.T. Kliniko-patogeneticheskaya differentsiatsiya form nevropatii u detei rannego vozrasta // IV simpozium detskikh psixiatrov sotsialisticheskikh stran: tezisy dokladov, 16-18 noyabrya 1976. — M. — 1976. — S. 223-227.
18. Kovalev V. V. Neprotsessual'nye nevrozopodobnye sostoyaniya u detei i podrostkov (voprosy sistematiki i ogranicheniya) // Zhurn. nevropatol. i psixiatri. — 1971. — T.71. — Vyp.10. — S. 1518-1524.
19. Kovalev V.V. Psixiatriya detskogo vozrasta : rukovodstvo dlya vrachei. — M.: Meditsina. — 1979. — 608 s.
20. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevanii u detei i podrostkov. — M.: Meditsina. — 1985. — 288 s.
21. Kozlovskaya G.V., Goryunova A.V. Osobyie formy dizontogeneza v gruppakh vysokogo riska po psikhicheskoi patologii // Rukovodstvo po psixiatrii / Pod red. A.S. Tiga-nova V 2-kh t. — M.: Meditsina. — 1999. — T.2. — S. 715-721.
22. Krepelin E. Uchebnik psixiatrii dlya vrachei i studentov. — Moskva, Izdanie A.A. Kartseva. — 1910. — 874 s.
23. Mastyukova E.M. Psikhicheskoe razvitie shkol'nikov, stradayushchikh motornoi alaliei // Preodolenie rechevykh narushenii u detei i vzroslykh : Sb. nauch. tr. — M.: Nauka. — 1980. — S. 50-55.
24. Mnukhin S.S. O rezidual'nykh nervno-psikhicheskikh rasstroistvakh u detei // Rezidu-al'nye nervno-psikhicheskije rasstroistva u detei : trudy Len. pediatricheskogo med. in-ta / Pod red. S.S. Mnukhina. — L., 1968. — T.51. — S. 5-22.
25. Nikitina E.S., Aristova A.I. Nevrozy detei i nevrozy roditelei // Novoe v psikhologii detskogo vozrasta. — L.-M. : Gos. izd-vo biologicheskoi i meditsinskoj literatury. — 1935. — S. 47-58.
26. Osipova E.A., Izhboldina O.F. Vrozhdennye nevropaticheskie sostoyaniya v detskom vozraste // Voprosy psikhonevrologii detei i podrostkov. — M.: Medgiz. — 1934. — T.2. — S. 131-151.
27. Simson T.P. Nevropatii, psikhopatii i reaktivnye sostoyaniya mladencheskogo vozrasta. — M.-L. : Gos. med. izd-vo. — 1929. — 256s.
28. Simson T.P. K probleme tak nazyvaemykh detskikh psikhonevrozov (Patologicheskoe razvitie lichnosti v rannem detskom vozraste) // Trudy 1-go Ukrainskogo s'ezda nevropatologov i psixiatrov. — 1935. — S. 799-807.

29. Simson T.P., Kudryavtseva V.P. *Klinika, etiologiya i patogenez shizofrenii u detei i podrostkov // Shizofreniya u detei i podrostkov.* — М.: Medgiz. — 1959. — S. 11–52.
30. Sukhareva G.E. *Sovremennoe sostoyanie voprosa o detskoj nervnosti // Voprosy psikho-nevrologii detei i podrostkov : sb. statei.* — М.: Medgiz. — 1934. — S. 97.
31. Sukhareva G.E. *Klinicheskie lektsii po psikhiatrii detskogo vozrasta.* — М.: Medgiz. — 1959. — Т. 2. — 407 s.
32. Tverdokhlebov V.I. *O sootnoshenii biologicheskikh i sotsial'nykh faktorov v formirovanii nekotorykh form narushenii povedeniya u podrostkov // Materialy k 3-i Vserossiiskoi nauchnoi konferentsii po nevrologii i psikhiatrii detskogo vozrasta, M. 15–18 noyabrya 1971.* — М. — 1971. — S.170–172.
33. Chekhova A.N. *Techenie shizofrenicheskogo protsesa, nachavshegosya v detskom vozraste.* — М.: Meditsina. — 1963. — 136 s.

Сведения об авторах:

Буторин Геннадий Геннадьевич — д. псих. н, профессор кафедры теоретической и прикладной психологии ФГБОУ ВО «Южно-уральский государственный гуманитарно-педагогический университет», Челябинск. E-mail: g1966@mail.ru

Бенько Лариса Александровна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФГБОУВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск. E-mail: larisbenco@mail.ru