

Задержки психического развития у детей (аналитический обзор)

Емелина Д.А.¹, Макаров И.В.^{1,2}

¹ Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Резюме. В научном обзоре авторы анализируют основные современные проблемы в исследовании задержек психического развития у детей. Освещены вопросы этиологии, диагностики, дифференциальной диагностики, клинической картины заболевания, включены в обзор и эпидемиологические данные. Особое внимание уделено анализу имеющихся классификаций ЗПР как в российской, так и в зарубежной литературе. Приведены собственные рекомендации и будущие подходы к научному пониманию задержек психического развития в детском возрасте.

Ключевые слова: задержки психического развития — дети — ЗПР — психический дизонтогенез — эпидемиология.

Developmental delay in children (analitical review)

Emelina D.A.¹, Makarov I.V.^{1,2}

¹ Bekhterev V.M. National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

Summary. In this scientific review authors analyze actual questions of the study of developmental delay in children. The issues of etiology, diagnostic, clinical features are outlined as well as epidemiological data. Paper also includes the analysis of present native and international classifications and suggests our own recommendations and prospective approaches to scientific concept of developmental delay in childhood.

Key words: developmental delay — children — mental dysontogenesis — epidemiology

Задержка психического развития — вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью и имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе [5, 10, 12]. Интерес к проблеме ЗПР не уменьшается с прошлого столетия. Для описания этой достаточно разнородной по клиническим проявлениям группы отечественные и зарубежные авторы использовали множество различных названий: «псевдонормальные», «дети пограничной черты», «субнормальные», «слабо одаренные», «умственно недоразвитые» и т. д. [7].

В настоящее время в отечественной детской психиатрии наиболее широко используется термин «задержка психического развития» (ЗПР), предложенный Г.Е. Сухаревой [21]. В современной англоязычной литературе наиболее часто можно встретить следующие термины: общая задержка развития (global developmental delay), отставание развития (developmental retardation), недостаточность развития (developmental disability), речевая/языковая задержка (speech/language delay) [30].

Стоит отметить, что в разных странах имеет своя специфика подхода к изучению ЗПР. В отличие от отечественных представлений, европейская и американская модель ЗПР не делает акцент

на пограничном уровне нарушений и на их обратимости. В зарубежной литературе данное понятие используется для временного обозначения проблем развития у детей до 5 лет, когда невозможно использование тестовых методик для определения уровня интеллекта [25, 30]. Выраженность же нарушений может быть от самых легких проявлений до достаточно тяжелых. В соответствии с отечественной моделью ЗПР определяется как пограничное состояние между нормой и легкой умственной отсталостью, хотя многими авторами отмечалось, что такой подход не всегда может быть применим к детям младшего дошкольного возраста. Это связано с тем, что динамика развития индивидуума в таком раннем возрасте часто бывает непредсказуемой, а выраженные нарушения внимания и незрелость эмоционально-волевой сферы делают невозможным применение психологических методик для оценки интеллектуального развития.

Классификации. Как в России, так и за рубежом единых принципов систематики задержек психического развития не существует, однако попытки классифицировать эту обширную и разнородную группу расстройств ведутся давно. Наиболее полная классификация задержек психического развития, на наш взгляд, была предложена В.В. Ковалевым [12], она является многоосевой и включает в себя дифференциацию состояний по этиологическим и патогенетическим механизмам, а также частично по клиническим проявлениям.

Особого внимания заслуживают классификации ЗПР по клиническим проявлениям в зави-

симости от сопутствующих психопатологических синдромов.

С.С. Мнухин [15], исходя из особенностей клинической картины, подразделял все состояния общего психического недоразвития у детей на две обширные группы — стеническую и астеническую. Стеническая группа включала в себя возбудимых и торпидных. В группе с астенической формой были описаны проявления инфантилизма, невропатические расстройства, психомоторная расторможенность, шизоформные и другие синдромы.

Ф.М. Гайдуком [5] выделялись следующие клинические варианты ЗПР в зависимости от ведущего психопатологического синдрома: простой, церебрастенический, гипердинамический, невропатический, с патохарактерологическими реакциями, с патохарактерологическим формированием личности, с психопатоподобным синдромом и недифференцированный.

Н.К. Асановой [2] были описаны различные варианты психопатоподобного синдрома у детей с ЗПР и частота их встречаемости. Авторы выделили следующие варианты: повышенной аффективной возбудимости, нарушений влечений, двигательной расторможенности, психической неустойчивости, импульсивно-эпилептоидный и полиморфный.

К.С. Лебединская [13] описывала у таких детей церебрастенический синдром, неврозоподобный синдром, синдром психомоторной возбудимости, аффективные нарушения, психопатоподобные нарушения и апатико-адинамические расстройства. А.Г. Зотов [11] подразделил ЗПР резидуально-органического генеза на следующие типы: энцефалопатическая форма, церебрастенический вариант, неврозоподобный вариант, гиперкинетический (психомоторный) вариант, аффективный вариант, психопатоподобный вариант, эпилептиформный вариант и апатико-адинамический вариант.

Н.Л. Белопольская [7] описывала различные клинические проявления органического инфантилизма, положив в основу особенности эмоционального фона. У детей с повышенным эйфорическим настроением описывались импульсивность, психомоторная расторможенность и негативизм в отношении занятий, а при преобладании пониженного настроения — склонность к робости, боязливости и страхам.

Необходимо отметить, что основной проблемой клинических классификаций ЗПР является отсутствие общепринятой классификации психопатологических синдромов в детской психиатрии. Поэтому часто одни и те же психопатологические синдромы у разных авторов носят разные названия. Например, синдром эмоциональной лабильности, хорошо известный во взрослой психиатрии, в детской психопатологии может носить следующие названия: повышенной аффективной возбудимости, аффективной неустойчивости, невропатический, и т.д. В связи с этим, несмотря на обширное количество клинических классификаций, общепринятой до сих пор не существует.

Что касается зарубежной литературы, в большинстве англоязычных публикаций психопатологические феномены, осложняющие течение ЗПР обычно рассматриваются как сопутствующие состояния, и классифицируются в соответствии с действующими классификациями (DSM-5 или ICD-10). В соответствии с данными литературы, наиболее часто встречающиеся коморбидные расстройства при ЗПР включают в себя СДВГ, расстройства аутистического спектра, оппозиционное расстройство, тревожные расстройства, речевые расстройства [29]. Также нередко можно встретить описание близкого к синдрому аффективной неустойчивости деструктивного расстройства поведения, отражающего нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах у детей с интеллектуальными нарушениями [28]. Распространенность сопутствующих психопатологических расстройств среди детей с ЗПР по данным англоязычной литературы составляет от 37 до 42% [39].

Место ЗПР в международных классификациях. В современных классификациях таких как МКБ-10 и DSM-V такого диагноза, как ЗПР нет. В России для обозначения пограничных интеллектуальных нарушений, с началом в детском возрасте используют шифр F83-89. Для обозначения изолированных речевых расстройств — F80-82. Надо отметить, что критерии МКБ для этих рубрик не ограничивают применение указанных шифров в подростковом и зрелом возрасте.

Вот как выглядят критерии МКБ-10:

Расстройства, включенные в этот блок, имеют общие черты:

- а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте;
- б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов.

В большинстве случаев страдают речь, зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребенка, хотя более легкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.

Если же в основе задержки психического развития лежит резидуально-органическое повреждение головного мозга, нередко используются шифры F06.7 и F06.8. В большей части случаев, ЗПР кодируется в соответствии с МКБ-10 как синдром, входящий в структуру того или иного психического, неврологического или соматического заболевания.

По данным ВОЗ, имеющиеся классификации не разрабатывались специально для детского возраста и поэтому не могут учитывать всех особенностей психопатологии раннего возрастного периода. В США в дополнение к имеющимся классификациям используется Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и

развития в младенчестве и раннем детстве. Она представляет собой результат работы большого коллектива специалистов Европы и Северной Америки, которая была проведена в 1987-94 гг. в Национальном центре клинических программ по раннему детству в Арлингтоне (США). При создании классификации использовалась определенная база данных — множество конкретных случаев, которые оценивались в процессе экспертной дискуссии. Она носит новаторский характер, так как описывает ряд диагностических категорий, не выделенных в предыдущих классификационных системах, а также фокусирует внимание клинициста на специфических проблемах раннего детского возраста.

Эпидемиологические показатели. Данные о распространенности ЗПР в Российской Федерации весьма разноречивы. Это объясняется размытостью критериев постановки диагноза, отсутствием такого понятия, как ЗПР в МКБ-10, а также тем, что в отношении ЗПР как нозологической единицы последние десятилетия не проводились эпидемиологические исследования. По данным О.В. Масловой и соавт. [14], распространенность ЗПР у детей в возрасте до 3 лет составляет 1,2% как самостоятельное нозологическое состояние, или 8-10% в структуре общей психической патологии.

В.М. Волошин и соавт. [4] отмечает, что более 70 % учащихся учреждений общего среднего образования испытывают значительные сложности в усвоении базовой школьной программы обучения.

По данным МО РФ на 2010 год, свыше 60% детей младшего дошкольного возраста можно отнести к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Приблизительно у 35% из них еще в дошкольном возрасте были диагностированы расстройства нервно-психической сферы. Количество детей, неспособных усвоить стандартную школьную программу, выросло за последние 20 лет в 2-2,5 раза, достигнув 30% и более [3].

По данным О.А. Сергеевой и соавт. [19] на 2015 г., ЗПР наблюдается у 25% детского населения.

Голощанов А.В. [6] приводит данные, что около 20% детей на момент поступления в школу имеют задержки психического развития, и около 50% всех детей не способны адекватно усваивать школьную программу.

Большинство Европейский и Американских источников указывает, что распространенность ЗПР составляет 1-3 % детского населения [31, 35].

В некоторых источниках приводятся и значительно более высокие цифры. По данным исследования, проведенного в США в 2003 г., от 10 до 20% детей имеют нарушения развития [27]. Исходя из еще одного исследования, в США по данным на 2008 год, среди детей, поступающих в школу 17,8% имели различные расстройства психического развития [32]. Масштабное эпидемиологическое исследование, проведенное в 18 стра-

нах с низким и средним уровнем дохода в 2009 г., выявило, что в среднем 23% детей в возрасте от 2 до 9 лет имеют интеллектуальные нарушения [33].

Этиология. Среди причин ЗПР выделяют две основные группы: биологические и психосоциальные, которые в большинстве случаев действуют сочетано [12, 40]. Биологические факторы представлены широким спектром влияний, включая разнообразные экзогенные вредности (соматические, инфекционные, эндокринные заболевания матери, интоксикации, токсикозы и патологии течения беременности, несовместимость по резус-фактору, недоношенность, асфиксия, алкоголизм родителей, механические травмы, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы в первые годы жизни и т.д.), действующие в ante-, intra- и перинатальном периоде. Они отмечаются в анамнезе у 60-72% детей с ЗПР [5, 21, 22].

ВОЗ предлагает так называемую концепцию жизненного цикла, в которой все факторы риска делятся в хронологическом порядке: действующие до зачатия, в пренатальном и перинатальном периоде, в периоде новорожденности и в первые годы жизни.

Исследования в отношении значимости различных факторов, влияющих на формирование ЗПР, проведенные М.В. Злоказовой [10], показывают, что чаще всего этиология задержки психического развития имеет многофакторный характер со значительным влиянием наследственности, перинатальной патологии и социальных факторов.

По мнению ряда авторов [12, 21, 22], степень патогенности неблагоприятного фактора зависит от его специфики, интенсивности, остроты, темпа, времени воздействия и стадии развития плода. Считается, что наиболее значимы экзогенные, действующие в первый триместр беременности.

Среди постнатальных факторов риска наиболее часто упоминаются такие как нейроинфекции, сепсис, нарушения питания, тяжелые инфекционные заболевания на первых годах жизни и т.д. [12, 26]. Однако, на их долю приходится лишь небольшая часть детей с ЗПР.

Другую обширную группу представляют собой генетические факторы [5, 10, 12, 21]. По результатам исследования, проведенного Р. Stankiewicz и А.Л. Beaudet [38], микроматричный хромосомный анализ подтвердил наличие хромосомной патологии в 17% случаев расстройств развития неуточненного генеза. По данным Miller et al. [36] из 21698 детей с нарушениями развития хромосомные аномалии были подтверждены у 20% обследуемых, что подчеркивает необходимость проведения хромосомного микроматричного анализа в этиологически неясных случаях нарушений развития у детей.

Среди психосоциальных факторов ведущее место по данным зарубежной литературы принадлежит уровню образования родителей, сенсорной и социальной депривации, материнской депрессии, жестокому обращению с ребенком [40].

Аналогичные данные можно встретить и в отечественной литературе. Отмечено, что большин-

ство детей с ЗПР воспитывались в условиях семейной дисгармонии, эмоционально-психической депривации, в семьях с низким культурным, образовательным и социальным уровнем [22].

Патогенез. Патогенез пограничных форм интеллектуальной недостаточности мало изучен. По мнению М.С. Певзнер [18], основным механизмом «задержек психического развития» является нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга, главным образом относящихся к лобным отделам коры больших полушарий, которые обеспечивают осуществление сознательных актов человеческого поведения и деятельности. По В.В. Ковалеву [12], в одних случаях преобладает механизм задержки темпа развития наиболее молодых функциональных систем мозга, в других, сопряженных с более стойкой интеллектуальной недостаточностью — механизм негрубого органического повреждения мозга с выпадением структурных и функциональных элементов, необходимых для осуществления более высокого уровня интеллектуальных процессов.

По данным большинства отечественных исследователей, при ЗПР резидуально-органического генеза патогенетический механизм в большинстве случаев одинаков. Действующий фактор приводит к гибели нейронов или их отростков. На месте погибших клеток остается органический и функциональный дефект, величина которого зависит от объема поврежденных тканей. Такой дефект может в дальнейшем заполниться ликвором с образованием псевдокисты, а затем и кисты. Такие случаи нередки после перенесенной внутриутробно герпетической инфекции. Также дефект может кальцифицироваться, этот вариант исхода часто становится причиной развития эпилептических приступов. Третий вариант — дефект замещается соединительной тканью, что ведет к прерыванию уже образованных межнейронных взаимодействий. Для восстановления передачи импульсов организм формирует «обходные» пути. Время, необходимое на восстановление межнейронных связей, зависит от многих факторов, в том числе от генетически заложенной способности тканей ЦНС к восстановлению [17, 23].

Клиника ЗПР

Дизонтогенетическая форма. К дизонтогенетической форме ЗПР относятся синдромы инфантилизма. При простом психическом инфантилизме [12], к которому относится также выделенный Г.Е. Сухаревой [21] гармонический инфантилизм, психическая незрелость охватывает все сферы деятельности ребенка, в том числе и интеллектуальную, однако преобладают явления эмоционально-волевой незрелости. Это выражается в свойственных детям более младшего возраста повышенной эмоциональной живости, неустойчивости, непосредственности, беспечности, беззаботности, преобладании мотива получения непосредственного удовольствия, чрезмерной доверчивости и внуша-

емости. Игровые интересы продолжают преобладать и в школьном возрасте. Все это создает феномен «школьной незрелости», выявляющейся с началом школьного обучения.

У большинства детей при этом интеллектуальная недостаточность имеет вторичный характер, определяемый, главным образом, отставанием в созревании компонентов формирующейся личности. Динамика описываемых состояний благоприятная. С возрастом, особенно при правильно организованном воспитании и обучении, проявления психического инфантилизма могут сглаживаться иногда вплоть до полного исчезновения, а интеллектуальная недостаточность — компенсироваться.

Энцефалопатическая форма. В отличие от дизонтогенетических форм ЗПР, признаки замедления темпа созревания часто обнаруживаются уже в раннем развитии этих детей и касаются почти всех сфер, в значительной части случаев вплоть до соматической. В неврологическом состоянии часто встречаются признаки гидроцефалии, нарушения черепно-мозговой иннервации, явления выраженной вегетососудистой дистонии. Стойкая неврологическая симптоматика остаточного характера констатируется у 52-90% детей [13].

В структуре ЗПР церебрально-органического генеза почти всегда имеется набор энцефалопатических расстройств (церебрастенических, неврозоподобных, психопатоподобных, эпилептиформных, апатико-адинамических), которые свидетельствуют о повреждении ЦНС [8, 13]. Эти сопутствующие психопатологические феномены обычно и обуславливают особенности клинической картины.

М.В. Злоказова [10] отмечает, что встречаемость тех или иных психопатологических синдромов обусловлено возрастом. В более младшем возрасте наблюдается преобладание таких состояний, как гиперкинетическое расстройство, простейшие неврозоподобные реакции (тики, энурез, логоневроз), синдром повышенной аффективной возбудимости, речевые расстройства, истероформный синдром. Неврозоподобные состояния связаны в большей степени с «соматогенными» факторами: инфекциями, соматическими заболеваниями, метеорологическими условиями и т.д. [1, 12]. Для них характерно отсутствие связи с психотравмирующей ситуацией, ухудшение симптоматики к концу учебного года, равнодушное отношение к ним со стороны детей, преобладание астенических нарушений.

Для более старшего возраста характерны разнообразные невротические расстройства — анксиозные, депрессивные, истерические, астенические и системные многосимптомные нарушения [9, 22]. Для невротических реакций при ЗПР характерны такие особенности, как отсутствие осознания болезни, неустойчивость ведущего синдрома, преобладание наиболее простых форм, относительно легкая обратимость при благоприятных условиях. Отмечено, что к невротическим реакциям больше склонны дети с тормозимой и астениче-

ской формой ЗПР [5, 9]. Также в более старшем возрасте возрастает частота психопатоподобных расстройств и делинквентного поведения. По данным литературы, психопатоподобные нарушения встречаются в 15-17 % случаев. Ф.М. Гайдук [5] описывает различные типы нарушений поведения у 90% детей с ЗПР органического генеза.

По данным Lucia Margari и соавт. [34], среди детей в возрасте от 7 до 14 лет, имеющих проблемы в обучении, сопутствующая психопатологическая симптоматика наблюдалась у 62,2%. Наиболее распространённым являлось гиперкинетическое расстройство — 33%, затем тревожное расстройство — 28,8%, диспраксия наблюдалась у 17,8%, речевые расстройства — у 11% и расстройство настроения — у 9,4%. D. Anangstopoulos [24] среди наиболее часто встречающихся психопатологических расстройств у детей с проблемами в обучении описывает синдром гиперактивности, расстройство поведения, делинквентное поведение и депрессивное расстройство. Риск развития делинквентного поведения возрастает в подростковом возрасте, и часто бывает связан с низким социальным статусом и такими чертами личности, как импульсивность и эмоциональная лабильность. E. Wriedt [41] изучив 257 детей и подростков с интеллектуальными нарушениями обнаружил, что сопутствующие психопатологические феномены наблюдались в 57% случаев и включали: расстройство адаптации, гиперкинетическое расстройство, расстройство поведения, эмоциональные расстройства и аутистические проявления.

Дифференциальная диагностика. Основные затруднения вызывает дифференциальная диагностика ЗПР и олигофрении [16]. Особенно важно различать умственную отсталость и ЗПР церебрально-органического генеза. В качестве основных отличительных признаков в литературе [7, 12, 16, 21] описываются следующие:

1. Для нарушений познавательной деятельности при ЗПР характерны парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. При умственной отсталости отмечается тотальность и иерархичность нарушений психической деятельности ребенка.

2. В сравнении с умственно отсталыми детьми у детей с ЗПР гораздо выше потенциальные возможности развития их познавательной деятельности, и в особенности высших форм мышления — обобщения, сравнения, анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования.

3. Для развития всех форм мыслительной деятельности детей с ЗПР характерна скачкообразность ее динамики. В то время как у умственно отсталых детей данный феномен экспериментально не выявлен.

4. В отличие от умственной отсталости, при которой страдают собственно мыслительные функции — обобщение, сравнение, анализ, синтез, — при задержке психического развития страдают предпосылки интеллектуальной деятельности. К ним относятся такие психиче-

ские процессы как внимание, восприятие, сфера образов-представлений, зрительно-двигательная координация, фонематический слух и другие.

5. При обследовании детей с ЗПР в комфортных для них условиях и в процессе целенаправленного воспитания и обучения дети способны к плодотворному сотрудничеству с взрослым. Они хорошо принимают помощь взрослого и даже помощь более продвинутого сверстника.

6. Игровое предъявление заданий повышает продуктивность деятельности детей с ЗПР, в то время как для умственно отсталых дошкольников оно может служить поводом для непроизвольного соскальзывания ребенка с выполнения задания.

7. У детей с ЗПР имеется интерес к предметно-манипулятивной и игровой деятельности. Игровая деятельность детей с ЗПР, в отличие от таковой у умственно отсталых дошкольников, более развита и носит более эмоциональный характер.

8. Для детей с ЗПР характерна большая яркость эмоций, которая позволяет им более длительное время сосредоточиваться на выполнении заданий, вызывающих их непосредственный интерес.

9. Большинство детей с ЗПР дошкольного возраста в различной степени владеют изобразительной деятельностью. У умственно отсталых дошкольников без специального обучения изобразительная деятельность не возникает.

10. В соматическом облике детей с ЗПР в основном отсутствует диспластичность.

11. В неврологическом статусе детей с ЗПР обычно не отмечается грубых органических проявлений, что типично для умственно отсталых дошкольников. Однако и у детей с задержкой можно увидеть неврологическую микросимптоматику.

12. Патологическая наследственная отягощенность более типична для анамнеза умственно отсталых детей и практически не отмечается у детей с задержкой психического развития.

Основные затруднения, возникающие при дифференциальной диагностике ЗПР с умственной отсталостью, связаны с необходимостью полной и точной оценки структуры и уровня нарушений интеллектуальной деятельности ребёнка. Кроме того, качественная неоднородность детей с ЗПР требует внутренней дифференциации, которая должна рассматриваться как обязательное условие для оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медицинской коррекции. В любом случае, по мнению отечественных исследователей, диагноз задержки темпа психического развития не может оставаться позднее 11-14 [16], а по данным зарубежных авторов — после 5 лет. Стоит отметить, что в зарубежной литературе не приводится критериев разграничения ЗПР и умственной отсталости, так как диагноз ЗПР носит функцию временного до того момента, как ребенку исполнится пять лет, и после уточнения уровня интеллектуального развития с помощью теста Векслера, он может быть пересмотрен в сторону постановки диагноза умственная отсталость.

Также необходимо отметить, что в возрасте 3-4 лет дети с выраженными степенями ЗПР представляют большие трудности в дифференциальной диагностике с умственной отсталостью, особенно в случаях, когда в клинической картине присутствуют осложняющие психопатологические синдромы. Зачастую диагноз выраженной задержки психоречевого развития ставится в связи с невозможностью точного определения степени интеллектуального отставания ребенка на момент обследования, и с поправками на возможную динамику на фоне коррекции осложняющих психопатологических расстройств [8].

Кроме того, актуальным в последнее время становится вопрос дифференциальной диагностики ЗПР и аутизма, особенно когда в структуре ЗПР имеются расстройства развития речи. Так, дети с сенсо-моторной алалией, семантико-прагматическим расстройством могут демонстрировать нарушения социального взаимодействия, эхолалии, приверженность определенным стереотипам в быту.

Гипердиагностика аутизма иногда наблюдается в группе ЗПР церебрально-органического генеза. Действительно, во многих случаях имеют место отдельные проявления аутистического поведения (двигательные стереотипии, гипопрозеция, примитивные, монотонные игры и т. д.), которые, однако, в отличие от аутизма, как аномалии психического развития, имеют фрагментарный характер и имеют тенденцию к полному исчезновению по мере развития психических функций ребенка.

Диагностика. Определенную сложность вызывают вопросы психологической диагностики ЗПР при проведении общей дифференциальной диагностики. Связано это с тем, что неоднородность данной группы пациентов лимитирует применение психологических методик. Надо отметить, что применение любого тестирования может быть затруднено не только в связи с возрастными ограничениями, но и с сопутствующими психопатологическими феноменами у ребенка с ЗПР — например, выраженным негативизмом, нарушениями внимания, речевыми расстройствами.

Наиболее часто в психиатрии для определения уровня психического развития ребенка используется тест Векслера. Данная методика может быть применена у детей с возраста 3,5 лет, однако многими исследователями отмечается, что результаты не могут быть основанием для постановки диагноза в таком возрасте, скорее обследование дает дополнительную информацию для клинициста об особенностях ребенка. В большинстве Европейских стран и США данная методика включена в стандарты диагностики для детей с 5 лет. В ряде иностранной литературы прослеживается тенденция к выделению трех основных этапов диагностики проблем в развитии: скрининга, наблюдения (уточнения) и собственно, диагностики. Такой подход к диагностике нарушений развития у детей обуславливает раннее выявление проблем (обычно на 1-2 году жизни), и раннее начало лечения и реабилитации.

В России раннее выявление детей с ЗПР ложится на плечи детских неврологов и педиатров. В неврологической практике имеется множество шкал психомоторного развития ребенка, одна из наиболее известных и удобных — исследование профиля развития по Сквицкому И.А. [20]. Данная методика предусматривает также оценку динамики развития ребенка за определенное время.

К детским психиатрам дети с ЗПР обычно попадают после 3-4 лет, а при наличии легких степеней и отсутствии осложняющих психопатологических синдромов — только после начала обучения в школе. Кроме теста Векслера, из психологических методик для ранней диагностики ЗПР Д.Н. Исаевым, В.Н. Поповым [7] успешно использовались методики Г.В. Пантюхиной «Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни», Детский скрининговый тест оценки развития детей, методика Стэнфорд-Бине.

Диагностирование ЗПР включает также и поиск возможных причин развития данного состояния. Американским обществом детских неврологов были разработаны стандарты диагностических мероприятий для детей с задержками развития [37]. Так, кроме психологического тестирования, обследование ребенка с ЗПР обязательно должно включать обследование функций слуха и зрения, лабораторные тесты, исключающие метаболические нарушения, генетическое обследование (исключение синдрома ломкой X-хромосомы, синдрома Ретта и других генетических заболеваний), проведение ЭЭГ, исследование гормонального статуса, при необходимости — проведение МРТ головного мозга.

Заключение. Проблема нарушения психического развития в настоящее время занимает одну из ведущих позиций среди всей психической патологии детского возраста, что объясняется неуклонным ростом количества пациентов с данной патологией за последние несколько десятилетий. Поиск возможных причин сложившейся ситуации обуславливает увеличение исследований, посвященных этиологическим и патогенетическим механизмам нарушений развития. И тем не менее, можно констатировать, что на сегодняшний день не существует единых принципов систематики ЗПР. Такая ситуация скорее всего связана с тем, что не существует единой точки зрения по поводу самостоятельности данного диагноза. Большинство авторов ЗПР рассматривается как группа различных по этиологии и патогенезу синдромов, имеющих сходную клиническую картину. Тем не менее, выявление нозологической принадлежности данного состояния имеет решающее значение. Необходимо развивать стандарты диагностики интеллектуальных нарушений у детей с использованием развернутого генетического обследования, исключения нарушений метаболизма, гормональных нарушений. Развитие такой этиопатогенетической систематики крайне важно для определения тактики медикаментозной терапии.

Не менее важна и клиническая систематика, так как особенности реабилитации и динами-

ка состояния напрямую зависит от ведущих психопатологических феноменов. Еще одним открытым вопросом остаются возрастные границы постановки диагноза ЗПР. Проблема заключается в том, что диагноза «пограничная интеллектуальная

недостаточность» не существует, а очень многие из тех детей, у кого была диагностирована ЗПР, в течение всей последующей жизни могут демонстрировать разнообразные расстройства, препятствующие успешному обучению и адаптации.

Литература

1. Александровский Ю.А., Бардеништейн Л.М., Аведисова А.С. Психотерапия пограничных психических расстройств. — М.: Медицина. — 2000. — 250 с.
2. Асанова Н.К. Патологические формы девиантного поведения у детей с задержкой психического развития: Дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1988. — 256 с.
3. Виноградов-Савченко В.В. Реабилитация детей с задержкой психического развития. Методическое пособие. — Омск: БУ РЦДП. — 2015. — 45 с.
4. Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.С. и др. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Соц. и клин. психиатрия. — 2002. — №2. — С. 5-10.
5. Гайдук Ф.М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М. — 1988. — 38 с.
6. Голощапов А.В. Зарубежные методы профилактики и коррекции задержек психического развития у детей. Метод ритмической стимуляции Х. Бломберга и нейрофизиологической интеграции неонатальных рефлексов С. Г. Блайт (электронный ресурс). URL: <http://mosi.ru/ru/conf/articles/zarubezhnye-metody-profilaktiki-i-korrekcii-zaderzhek-psihicheskogo-razvitiya-u-detey>
7. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2011. — № 3. — С. 11-16.
8. Емелина Д.А., Макаров И.В. Особенности динамики клинических вариантов задержки психического развития резидуально-органического генеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2016. — Т.116. — С. 2-16.
9. Захаров Н.П. Невротические и неврозоподобные расстройства при задержке психического развития у детей младшего школьного возраста (клиника, динамика, прогноз): Дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1991. — 268 с.
10. Злоказова М.В. Задержка психического развития (клинико-психологические, сравнительно-возрастные и реабилитационные аспекты): Дис. ... докт. мед. наук. — 2004. — 316 с.
11. Зотов А.Г. К вопросу лечения детей с задержкой психического развития // Русский медицинский журнал. — 2010. — № 20. — С. 1257.
12. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М.: Медицина. — 1979. — 608 с.
13. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Дефектология. — 2006. — № 3. — с. 15-27.
14. Маслова О.И., Горюнова А.В., Сергиенко Н.С. и др. Диагностика и структура неврологических синдромов психического дизонтогенеза детей раннего возраста. — М. — 2001. — 22 с.
15. Мнухин С.С. О клинико-физиологической классификации состояний психического недоразвития у детей // Труды психоневрологического института им. Бехтерева. — Л. — 1961. — Т.25. — С. 67-79.
16. Незнанов Н.Г., Макаров И.В. Глава 30. Умственная отсталость // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 653-681.
17. Парцалис Е.М. Факторы риска нарушения когнитивного развития у детей // Новые исследования. — 2013. — №2. — с. 4-22.
18. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой развития // Дефектология. — 1972. — № 3. — С. 3-9.
19. Сергеева О.А., Филипова Н.В., Барыльник Ю.Б. Проблема психологической готовности к школьному обучению детей с задержкой психического развития // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2015. — № 5. — Том5. — С. 712.
20. Скворцов И.А., Апекушина О.А., Петракова В.С. и соавт. Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей до 7 лет и психологическая коррекция нарушений. Методическое пособие. — М.: Тривола. — 2002. — 28 с.
21. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — Т.2. — М. — 1959. — 406 с.
22. Улба П.П. Задержка психического развития у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Тарту. — 1987. — 26с.
23. Aicardi J. Diseases of the Nervous System in Childhood. — Cambridge University Press. — 2007. — 966 p.
24. Anagnostopoulos D.C. Comorbidity of learning disorders // Archives of Hellenic Medicine. — 2001. — V.18. — P. 457-465.
25. Ashrafi, M. Approach to Mental Retardation and Global Developmental Delay // Iranian Journal of Child Neurology. — 2011. — Vol.5. — № 1. — P. 1-8.
26. Bear L.M. Early identification of infants at risk for developmental disabilities // Pediatr. Clin. North Am. — 2004. — V. 51. — P. 685-701.
27. Benedict R.E., Farel A.M. Identifying children in need of ancillary and enabling services: a population approach // Soc Sci Med. — 2003. — V.57. — P. 2035-2047.

28. Cole P. M., Michel M.K., Teti L.O. The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective // *Monographs of the Society for Research in Child Development*. — 1994. — V.59. — P. 73–100.
29. Crnic K., Hoffman C., Gaze C. et al. Understanding the Emergence of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delays // *Infants and Young Children*. — 2004. — Vol.17. — № 3. — P.223–235.
30. Dornelasa L.F., Duarteb N.M.C., Magalhaesa L.C. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations // *Rev Paul Pediatr*. — 2015. — Vol. 33. — № 1. — P. 88–103.
31. Fenichel M. *Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach*. 6th ed. — Philadelphia: Saunders. — 2009. — P. 119–152.
32. Gazca M. *Rebooting Development with a Rhythmic Motor Intervention*. — Masters Thesis. — 2012. — 117 p.
33. Gottlieb C.A., Maenner M.J., Cappa C. et al. Child disability screening, nutrition, and early learning in 18 countries with low and middle incomes: data from the third round of UNICEF's Multiple Indicator Cluster Survey // *Lancet*. — 2009. — V.374 (9704). — P. 1831–1839.
34. Margari L., Buttiglione M., Craig F. et al. Neuropsychopathological comorbidities in learning disorders // *M C Neurology*. — 2013. — Vol.13. — P. 198–204.
35. McDonald L., Rennie A., Tolmie J. et al. Investigation of global developmental delay // *Arch Dis Child*. — 2006. — Vol.91. — P. 701–705.
36. Miller D., Aradhya S., Biesecker L. et al. Consensus statement: chromosomal microarray is a first-tier clinical diagnostic test for individuals with developmental disabilities or congenital anomalies // *Am J Hum Genet*. — 2010. — Vol.86. — № 5. — P. 749–764.
37. Shevell M., Ashwal S., Donley D. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. — 2003. — Vol. 60. — P. 367–380.
38. Stankiewicz P., Beaudet A.L. Use of array CGH in the evaluation of dysmorphology, malformations, developmental delay, and idiopathic mental retardation // *Curr. Opin. Genet. Dev*. — 2007. — № 7. — P. 182–192.
39. Stromme P., Diseth T. Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: Data from a population-based study // *Developmental Medicine and Child Neurology*. — 2000. — Vol.42. — P. 266–270.
40. Walker S.P., Wachs T.D., Gardner J.M. et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries // *Lancet*. — Vol. 369. — P. 145–157.
41. Wriedt E., Wiberg A., Sakar V. et al. Psychiatric disorders and neurological comorbidity in children with intellectual disability // *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. — 2010. — V.38. — P. 201–207.

Transliteration

1. Aleksandrovskij YU.A., Bardenshtejn L.M., Avedisova A.S. *Psikhofarmakoterapiya pogranichnykh psikhicheskikh rasstrojstv*. — M.: Meditsina. — 2000. — 250 s.
2. Asanova N.K. *Patologicheskie formy deviantnogo povedeniya u detej s zaderzhkoj psikhicheskogo razvitiya: Dis. ... kand. med. nauk*. — M. — 1988. — 256 s.
3. Vinogradov-Savchenko V.V. *Reabilitatsiya detej s zaderzhkoj psikhicheskogo razvitiya. Metodicheskoe posobie*. — Omsk: BU RTSDP. — 2015. — 45 s.
4. Voloshin V.M., Kazakovtsev B.A., Shevchenko YU.S. i dr. *Sostoyanie i perspektivy razvitiya detskoy psikiatricheskoy sluzhby v Rossii* // *Sots. i klin. psikiatriya*. — 2002. — №2. — S. 5–10.
5. Gajduk F.M. *Zaderzhki psikhicheskogo razvitiya tserebral'no-organicheskogo geneza u detej: Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk*. — M. — 1988. — 38 s.
6. Goloshchapov A.V. *Zarubezhnye metody profilaktiki i korrektsii zaderzhek psikhicheskogo razvitiya u detej. Metod ritmicheskoy stimuljatsii KH. Blomberga i nejrofiziologicheskoy integratsii neonatal'nykh refleksov S. G. Blajt (ehlektronnyj resurs)*. URL: <http://mosi.ru/ru/conf/articles/zarubezhnye-metody-profilaktiki-i-korrekcii-zaderzhek-psikhicheskogo-razvitiya-u-detey>.
7. Emelina D.A., Makarov I.V. *Zaderzhki tempa psikhicheskogo razvitiya u detej (obzor literaturnykh dannyx)* // *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. — 2011. — № 3. — S. 11–16.
8. Emelina D.A., Makarov I.V. *Osobennosti dinamiki klinicheskikh variantov zaderzhki psikhicheskogo razvitiya rezidual'no-organicheskogo geneza* // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. — 2016. — T.116, № 4–2. — S. 12–16.
9. Zakharov N.P. *Nevroticheskie i nevrozopodobnye rasstrojstva pri zaderzhke psikhicheskogo razvitiya u detej mladshego shkol'nogo vozrasta (klinika, dinamika, prognoz): Dis. ... kand. med. nauk*. — M. — 1991. — 268 s.
10. Zlokazova M.V. *Zaderzhka psikhicheskogo razvitiya (kliniko-psikhologicheskie, sravnitel'no-vozzrastnye i reabilitatsionnye aspekty): Dis. ... dokt. med. nauk*. — 2004. — 316 s.
11. Zotov A.G. *K voprosu lecheniya detej s zaderzhkoj psikhicheskogo razvitiya* // *Russkij meditsinskij zhurnal*. — 2010. — № 20. — S. 1257.
12. Kovalev V.V. *Psikiatriya detskogo vozrasta (rukovodstvo dlya vrachej)*. — M.: Meditsina. — 1979. — 608 s.

13. Lebedinskaya K.S. Osnovnye voprosy kliniki i sistematiki zaderzhki psikhicheskogo razvitiya // Defektologiya. — 2006. — № 3. — S. 15-27.
14. Maslova O.I., Goryunova A.V., Sergienko N.S. i dr. Diagnostika i struktura nevrologicheskikh sindromov psikhicheskogo dizontogeneza detej rannego vozrasta. — M. — 2001. — 22 s.
15. Mnukhin S.S. O kliniko-fiziologicheskoy klassifikatsii sostoyanij psikhicheskogo nedorazvitiya u detej // Trudy psikhonevrologicheskogo instituta im. Bekhtereva. — L. — 1961. — T.25. — S. 67-79.
16. Neznanov N.G., Makarov I.V. Glava 30. Umstvennaya otstalost' // Psikhiaetriya: natsional'noe rukovodstvo / Pod red. T.B. Dmitrievoy, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova, V.YA. Semke, A.S. Tiganova. — M.: GEHOTAR-Media. — 2009. — S. 653-681.
17. Partsalis E.M. Faktory riska narusheniya kognitivnogo razvitiya u detej // Novye issledovaniya. — 2013. — № 2(35). — S. 4-22.
18. Pevzner M.S. Klinicheskaya kharakteristika detej s zaderzhkoj razvitiya // Defektologiya. — 1972. — №3. — S. 3-9.
19. Sergeeva O.A., Fillipova N.V., Baryl'nik YU.B. Problema psikhologicheskoy gotovnosti k shkol'nomu obucheniyu detej s zaderzhkoj psikhicheskogo razvitiya // Byulleten' meditsinskih internet-konferentsij. — 2015. — №5. — Tom5. — S. 712.
20. Skvortsov I.A., Apeksimova O.A., Petrakova V.S. i soavt. Issledovanie profilya razvitiya psikhonevrologicheskikh funktsij u detej do 7 let i psikhologicheskaya korrektsiya narushenij. Metodicheskoe posobie. — M.: Trivola. — 2002. — 28 s.
21. Sukhareva G.E. Klinicheskie lektsii po psikhiaetrii detskogo vozrasta. — T.2. — M. — 1959. — 406 s.
22. Ulba P.P. Zaderzhka psikhicheskogo razvitiya u detej mladshego shkol'nogo vozrasta: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — Tartu. — 1987. — 26 s.

Сведения об авторах

Макаров Игорь Владимирович — д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном ФО, Председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров. E-mail: ppsy@list.ru

Емелина Дарья Андреевна — младший научный сотрудник отделения детской психиатрии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. E-mail: dashaberkos@mail.ru