

М.В. Чельшева

ДИНАМИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

МГУ им. М.В. Ломоносова, факультет психологии, кафедра клинической психологии

Актуальность темы исследования обусловлена рядом факторов. В России с каждым годом проявляется тенденция к увеличению частоты черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей. Вместе с тем значительно возросли возможности реанимации и нейрохирургии, что дает возможность сохранять жизнь большому числу пострадавших с тяжелой ЧМТ. Одна из существенных особенностей нейротравматологической клиники – это тенденция к удлинению комы. По данным ряда исследований, полнота восстановления психической деятельности (а, следовательно, и уровень социальной адаптации) прямо коррелирует с длительностью комы. Но только в единичных исследованиях по изучению ЧМТ уделяется внимание динамике посткоматозного восстановления психической сферы. Несмотря на значительное число работ, посвященных нейропсихологическому анализу нарушений высших психических функций (ВПФ), возникающих вследствие тяжелой ЧМТ, нейропсихологическая специфика детской ЧМТ остается практически не разработанной областью. Изучение динамики нейропсихологических синдромов у детей после ЧМТ как самостоятельное исследование не проводилось.

Цель нашего исследования состояла в нейропсихологическом изучении особенностей нарушения ВПФ и их динамики у детей, перенесших тяжелую ЧМТ с длительным коматозным состоянием. Задачи исследования заключались в описании особенностей нейропсихологических симптомов у детей после травмы, описание динамики нейропсихологических симптомов на разных этапах посттравматического восстановления и сравнение особенностей восстановления различных психических функций, сравнение динамики восстановления различных ПФ у детей младшей и старшей возрастных групп. В работе использовался комплекс методик нейропсихологического исследования, разработанный А.Р. Лурией и его последователями.

Проведенное исследование показало, что при тяжелой ЧМТ после коматозного состояния у детей, как и у взрослых, возникают грубые нарушения ВПФ, при этом наиболее ярко выступают неспецифические нарушения – повышенная истощаемость, инактивность, снижение продуктивности всех видов психической деятельности. Динамика нейропсихологических симптомов характеризуется постепенным уменьшением общемозговой симптоматики с дальнейшим проявлением и некоторым регрессом локальных симптомов. При этом у детей после тяжелой ЧМТ восстановление психической деятельности может интенсивно протекать по крайней мере в течение 3 лет после ЧМТ (у взрослых этот период по данным отдельных исследований ограничен 1 годом). Выявлено несовпадение в динамике неврологической и нейропсихологической симптоматики. Нейропсихологическая симптоматика отражает более тонкие изменения в состоянии нарушений.

Найдены различия в восстановлении разных психических функций (ПФ). В ходе исследования у всех детей были выявлены нарушения двигательных, гностических, мнестических, речевых и интеллектуальных функций. Эти нарушения

носили на разных этапах восстановления разную степень выраженности. В обеих возрастных группах наблюдалась четкая положительная динамика в состоянии зрительного гнозиса, нарушения которого регрессировали достаточно быстро. У всех больных медленно регрессировали нарушения произвольной регуляции ВПФ и поведения в целом; кроме того, восстановление этих функций не было устойчивым. У всех больных в обеих группах выявлялись нарушения памяти. Состояние зрительной памяти во многом определялось состоянием зрительно-пространственной сферы. В целом, мнестические нарушения регрессировали очень медленно. В обеих возрастных группах практически без динамики остались интеллектуальные нарушения.

Найдены различия в характере восстановления разных ПФ в младшей и старшей возрастной группах: в младшей группе выявляются а) более стабильные двигательные нарушения б) более грубые нарушения зрительно-пространственных функций.

В целом, раньше восстанавливались функции, обеспечиваемые работой задних отделов мозга, по сравнению с теми, в которых ведущая роль принадлежит передним структурам (в двигательных функциях – праксис позы, зрительный гнозис). Такое более раннее восстановление функций, обеспечиваемых задними отделами головного мозга, по сравнению с функциями, обеспечиваемыми передними его отделами, и разница в восстановлении зрительно-пространственных и двигательных функций у детей разных возрастных групп (в младшей возрастной группе восстановление хуже), хорошо соотносится с данными литературы относительно последовательности созревания определенных зон мозга и формирования функций в онтогенезе. Таким образом, можно предполагать (хотя эти результаты предварительны), что при восстановлении после ЧМТ медленнее будут восстанавливаться функции, более поздно формирующиеся в онтогенезе.

Проведенное исследование дает возможность предполагать, что в детском возрасте даже после длительного коматозного состояния возможно относительно удовлетворительное восстановление психической сферы. Но при этом выявляется ряд параметров, от которых в большой степени зависит это восстановление: форма поражения (тяжесть ЧМТ) – наиболее грубые и устойчивые дефекты ВПФ возникают вследствие тяжелых диффузных поражений мозга (ДАП); качество лечения, включающее объем, своевременность и регулярность оказываемой терапии; социальная среда (большое значение для восстановления ребенка имеет поведение родственников – прежде всего родителей).