

Purpose. To study the diagnosis features of AP in children. To improve the quality of endoscopic diagnosis of AP in children.

Material and methods. It was performed the retrospective analysis of the endoscopic diagnosis of AP in 58 patients admitted to the surgical department of Dnipropetrovsk Regional Children's Clinical Hospital and ambulatory examined being the referrals from gastroenterologists and pediatricians .

Results. The children with the abnormal pancreas were examined according to the standard accepted in the clinic. Esophagogastroduodenoscopy is of great value for the diagnosis verification algorithm of AP. AP endoscopic description is based on a number of typical macroscopic features specific to this malformation. The alertness when doing esophagogastroduodenoscopy is formed on the basis of the knowledge of a number of macroscopic AP symptoms in children, that enables to make a definite diagnosis. The early diagnosis of AP in children is based on the implementation of esophagogastroduodenoscopy regardless of the age of a child; the antrum should be paid much attention, especially the greater curvature at a distance of 3-6 cm from the pylorus.

Key words: endoscopic diagnosis , aberrant pancreas , children.

Відомості про авторів:

Дігтяр Валерій Андрійович - д.м.н., професор, зав. кафедрою дитячої хірургії ДЗ «ДМА». Адреса: Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел.: (056) 713-63-11.

Камінська Маріанна Олегівна - к.м.н., доцент кафедри дитячої хірургії ДЗ «ДМА». Адреса: Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.

УДК 616-053.2

© О.О. ДРЕВІЦЬКА, 2014

О.О. Древіцька

ІНТЕЛЕКТ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОГРАНИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика

Вступ. Зростає частота пограничних психічних розладів (ППР) у дітей молодшого шкільного віку. При цьому недостатньо досліджено роль інтелекту в патогенезі різних ППР.

Мета. Вивчити показники інтелекту при різних ППР у дітей молодшого шкільного віку для розробки відповідних заходів психологічної корекції та психопрофілактики.

Матеріал і методи. Обстежено 168 пацієнтів 7-10 років з різними ППР, з них 42 дитини з невротичними розладами, 46 - з неврозоподібними, 45 - з емоційно-поведінковими і 34 дитини з порушеннями розвитку шкільних навичок. Інтегративні показники інтелекту дитини (вербального і невербального) за тестом Векслера (WISC) надали можливість провести диференціацію ряду клінічних проявів ППР. Для статистичної обробки отриманих даних використовувалося χ^2 - розподіл.

Результати. Понад половини з числа досліджених (53,0%) мали вербальний інтелект від 70 до 85 балів за тестом Векслера (вербальний пограничний когнітивний дефіцит – ВПКД), ще 23,8% дітей з ППР мали вербальний і невербальний інтелект в межах від 70 до 85 балів (загальний пограничний когнітивний дефіцит – ЗПКД). Тільки у 23,2% (39) дітей 7-10 років з ППР вербальний і невербальний інтелект були вищі за 85 балів, ці діти частіше були амбулаторними пацієнтами, рідко виникала необхідність їх перебування в стаціонарі: 9,7% пацієнтів стаціонару і 44,6 % амбулаторних з числа обстеження

ПЕДІАТРІЯ

($p \leq 0,001$). У 63% дітей з неврозоподібними розладами спостерігався ЗПКД. У 64,4% пацієнтів з емоційно-поведінковими розладами відзначався ВПКД. Виділення серед пацієнтів з ППР підгруп когнітивного функціонування було важливим для розробки та проведення специфічних заходів психологічного супроводу та оптимальної реабілітації при різних ППР.

Висновки. Вивчення інтелекту як чинника ризику і модифікації ППР у дітей молодшого шкільного віку сприяє створенню системи відповідної реабілітації та профілактики ППР.

Ключові слова: пограничні психічні розлади, діти, молодший шкільний вік, інтелект, пограничний когнітивний дефіцит.

ВСТУП

До пограничних психічних розладів (ППР) відносять психічні порушення, що межують з нормою і характеризуються відсутністю психотичної симптоматики і розумової відсталості [1-2]. Зростання частоти ППР у дітей диктує необхідність їх детальнішого дослідження [3-4]. Це особливо актуально щодо періоду становлення стереотипу соціальної взаємодії дитини в молодшому шкільному віці [5]. При дослідженні ППР автори наукових робіт особливу увагу звертають на емоційну сферу [6-8], однак результати досліджень показали суттєву роль когнітивного дефіциту при виникненні та розвитку ППР у дітей молодшого шкільного віку.

Мета. Дослідити показники інтелекту дітей молодшого шкільного віку з різними ППР для розробки відповідних заходів психологічної корекції та психопрофілактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 168 пацієнтів 7-10 років, які з 2008 по 2012 рік лікувалися у дитячому Центрі психічного здоров'я (ЦПЗ), що поєднує стаціонарні та амбулаторне психіатричні відділення на базі КМКПНЛ №1 м. Києва. За діагностичними категоріями було сформовано декілька груп:

1. Група дітей з невротичними розладами (НР) – 42 пацієнта. В їх етіопатогенезі провідну роль грали психологічні чинники: гостра або хронічна психотравма, внутрішні психологічні конфлікти.

2. Хворі з неврозоподібними розладами (група НПР), 46 дітей; в їх патогенезі значну роль відіграло органічне ушкодження ЦНС. В анамнезі у дітей цієї групи мали місце фактори, які вплинули на нервову систему, (частіше в ранньому онтогенезі – токсикози вагітності, ускладнені пологи, порушення розвитку дитини на першому році життя, хронічні соматичні захворювання).

3. Група дітей з емоційно-поведінковими розладами (ЕПР) – 45 дітей. В їх клінічній картині домінували емоційно-поведінкові порушення.

4. Група дітей з легкою когнітивною недостатністю і порушеннями розвитку шкільних навичок (ПРШН) – 34 дитини. У цю групу включено дітей з мовними розладами, легкою когнітивною недостатністю і затримками розвитку шкільних навичок.

Розподіл за клінічними групами, гендерними ознаками, проведенням стаціонарного чи амбулаторного лікування та відповідні діагнози у групах наведено у таблиці.

Розподіл обстежених дітей за клінічними групами, гендерними ознаками, формами лікування (амбулаторне та стаціонарне) та у відповідності з діагностичними рубриками

Діагностичні групи / кількість дітей:	НР / 42		НПР / 46		ЕПР / 45		ПРШН/ 35	
	Х	Д	Х	Д	Х	Д	Х	Д
Стать	Х	Д	Х	Д	Х	Д	Х	Д
Кількість дітей (за статтю)	20	22	24	22	24	21	18	17
Лікувалися стаціонарно (98)	11	9	16	16	16	15	8	7
За групами	20		32		31		15	
Лікувалися амбулаторно (70)	12	10	8	6	8	6	11	9
За групами	22		14		14		20	
Рубрики і підрубрики основних діагнозів	F95-98; F4		F95-98 F06-07		F90-93		F80-81	
Рубрики коморбідних діагнозів	F80-81; F06		F90-94 F80-83		F95-98 F80-81 F06-07		F80-81	

Примітка: Х – хлопчики, Д – дівчатка.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Як видно з таблиці, переважна більшість дітей, які лікувалися амбулаторно, були діти підгруп з НР і ПРШН: діти з невротичними розладами і діти зі специфічними розладами розвитку шкільних навичок. Зазвичай їх батьки зверталися з приводу неважких мононеврозів, адаптаційних реакцій, помірних затримок мовного розвитку, а також через труднощі засвоєння дітьми тих чи інших шкільних навичок. При таких відносно легких розладах діти амбулаторно проходили курси реабілітації у логопедів, психологів, психотерапевтів, і були краще адаптовані до соціуму, аніж ті діти, які лікувались у стаціонарі.

Оскільки показники інтелекту мають достатню надійність в їх прогностичній сутності, особливу увагу звернено саме на них. Обстеження дітей з тривалими ускладненими ППР, які лікувалися у психіатричному стаціонарі показало, що переважна їх більшість (92,9%) мали показники інтелекту до 95 балів. Інтегративні показники щодо рівня інтелекту дитини (вербального і невербально) тесту Векслера (WISC) [9] надали можливість провести диференціацію ряду клінічних проявів ППР. Для статистичної обробки отриманих психодіагностичних даних використовувалися непараметричні методи статистичного аналізу, зокрема χ^2 -розподіл.

Окремо проаналізовано показники вербального і невербального інтелекту дітей, які з приводу ППР лікувалися у ЦПЗ. Ці показники зіграли

важливу інтегруючу роль у подальшій типологізації ППР. Для цього було звернено увагу та обрано діапазон показників інтелекту від 70 до 85 балів, орієнтуючись на наступні характеристики, що представлені в науковій літературі: «при таких показниках у США хлопців не беруть на службу в армію», діти не можуть якісно засвоїти програму 9 класів середньої школи [10].

Стан інтелекту суттєво відображався на клінічних проявах ППР у дітей, через те, умовно, всіх досліджених було розподілено на 3 підгрупи за рівнями когнітивного функціонування (рис.):

1) діти, у яких рівень вербального і невербального інтелекту був від 70 до 85 балів – із загальним пограничним когнітивним дефіцитом (далі – ЗПКД);

2) пацієнти з вербальним пограничним когнітивним дефіцитом (далі – ВПКД), коли тільки рівень вербального інтелекту був від 70 до 85 балів;

3) діти з легким когнітивним дефіцитом (ЛКД), коли вербальний і невербальний інтелект були вищими за 85, однак до 95 балів, і діти без когнітивного дефіциту, з умовно «нормальним інтелектом» (НІ), коли рівень вербального і невербального інтелекту були вищими за 95 балів.

Більша частина пацієнтів основної групи (53,0%), які лікувалися в ЦПЗ з приводу розладів пограничного рівня, мали вербальний інтелект від 70 до 85 балів за тестом Векслера (ВПКД), ще 23,8% дітей з ППР мали вербальний і невербальний інтелект, який був у межах від 70 до 85 балів (ЗПКД). Тільки 23,2% (39) дітей 7-10 років з ППР мали вербальний і невербальний інтелект понад 85 балів, з них 16% – з ЛКД.

У пацієнтів із ЗПКД спостерігалася клініко-психологічна і періодична соціальна дезадаптація за умов додаткових психогенних факторів: психотравм, негативного ставлення батьків, однолітків або вчителів, а також при наявності у дитини несприятливих характерологічних особливостей.

Діти з ВПКД частіше мали поведінкові (зокрема емоційно-поведінкові та гіперкінетичні розлади), тики, заїкання. Так мовою мимовільних рухів у дітей проявлялася несвідома компенсація нездатності вербалізувати ті переживання, що тривожили. ВПКД приводив до того, що шкільні оцінки були нижчі, ніж рівень невербального розуміння, і це породжувало почуття недооціненості, образи, внутрішній протест. При дисоціації показників вербального-невербального інтелекту понад 10 балів можна було спостерігати періодичні агресивно-протестні – як своєрідну компенсацію недостатньої вербальної спроможності пацієнтів.

Клініко-психологічні особливості пацієнтів при показниках інтелекту понад 85 балів (підгрупа з ЛКД і НІ) були найменш проблемними: ці діти швидко адаптувалися у ЦПЗ, прагли до контактів із психологами та лікарями, психологічна і психотерапевтична робота з ними мали хороший відгук і позитивні результати. Обстеження цієї підгрупи показали зменшення ролі біологічних факторів у походженні пограничних психічних розладів, але збільшення – значимої для дитини психотравми. Частіше ці діти були пацієнтами амбулаторного прийому, рідко була необхідність їх стаціонарного лікування: 9,7% пацієнтів стаціонару і 44,6% амбулаторних пацієнтів з числа обстежених у ЦПЗ ($p \leq 0,001$).

Наочно можна спостерігати характеристики інтелекту у підгрупах, представлений на рис. За динамікою кольорової гамми помітно, як від ПРШН і НР (від амбулаторного рівня до стаціонарного рівня розладів) зростає відсоток ВПКД, а також відбувається зростання ЗПКД у підгрупах від ЕПР до

НПР, що свідчить про суттєву роль інтелекту в проявах ППР: ВПКД слугувало підгрунтям для ПРШН, НР, ЕПР, тоді як ЗПКД – щонайбільше для НПР.

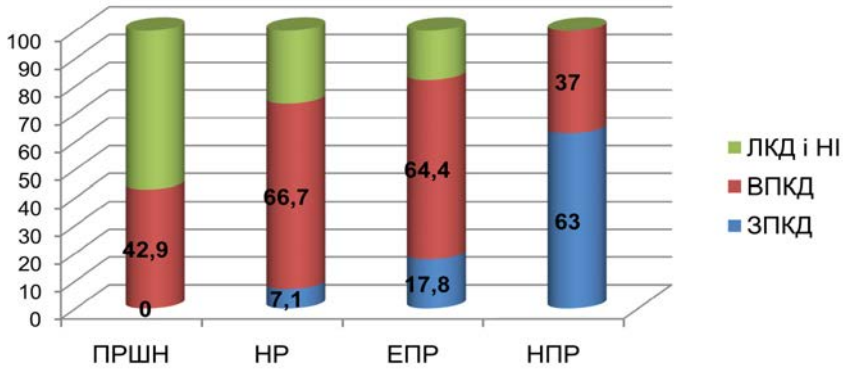


Рис. Характеристика інтелекту дітей з ППР у різних групах

Виділення серед пацієнтів з ППР підгруп когнітивного функціонування було важливим для розробки і проведення специфічних заходів психологічного супроводу та оптимальної реабілітації. Залежно від наявності (відсутності) ВПКД і ЗПКД відрізнялися підходи реабілітації дітей у аспектах задіяності логопедичної та дефектологічної служб.

У підсумку слід зазначити значну роль когнітивної сфери при ППР, на що слід звернути особливу увагу шкільних психологів і педагогів, необхідно змінити ставлення батьків і вчителів до дітей із ВПКД і ЗПКД, створювати для них сприятливі умови перебування у школі, що відповідали б рівню їх здібностей, оцінювати результати засвоєння предметів такими дітьми за їх особистими успіхами, без порівняння з іншими.

ВИСНОВКИ

1. У 53,0% дітей молодшого шкільного віку, що були обстежені у ЦПЗ з приводу ППР показники вербального інтелекту були в межах 70-85 (вербальний пограничний когнітивний дефіцит – ВПКД); ще у 23,2% пацієнтів показники не тільки вербального, але і невербального інтелекту були в такому діапазоні (загальний пограничний когнітивний дефіцит – ЗПКД).

2. Особливої уваги потребують хворі з показниками інтелекту на рівні ЗПКД, з них більшість (63,0%) була в групі дітей з НПР.

3. Пацієнти з ВПКД були представлені у всіх групах ППР, а при ЕПР виразно спостерігалися «ножиці» вербального-невербального інтелекту (від 10 балів і більше).

4. При ППР у дітей молодшого шкільного віку особливу увагу слід звертати на пограничний когнітивний дефіцит з метою відповідних заходів реабілітації дітей і психопрофілактики дидактогенії.

Література

1. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия / Александровский Ю. А. – М.: Литература, 2010 – 272 с.

ПЕДІАТРІЯ

2. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
3. Мишиев В. Д. Медико-статистическая характеристика психического здоровья и психиатрической помощи населению города Киева / Мишиев В. Д. // Психічне здоров'я. – 2012. – № 3 (36). – С. 9-11.
4. Мешков В. М. Деякі регіональні особливості стану психічного здоров'я дітей кївського регіону / Мешков В. М. // Психічне здоров'я. – 2012. – № 3 (36). – С. 93-103.
5. Прихожан А. М. Младший школьник // Рабочая книга школьного психолога / Дубровина И. В., Акимова М. К., Борисова Е.М. [и др.]; под ред. И. В. Дубровиной. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – С. 73-96.
6. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс: психосоматические и сомато-психические расстройства у детей / Исаев Д. Н. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
7. Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия / Захаров А. И. – СПб: Союз, 2000 – 336 с.
8. Шалимов В. Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами: дис. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Шалимов Валерий Федорович. – М. - 2007 – 356 с.
9. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Векслера (WISC) [Электронный ресурс] / Панасюк А. Ю. – М., 1973. – Режим доступа: <http://psylab.info/> Тест_Векслера
10. Интеллект. Большая психологическая энциклопедия. – Режим доступа: <http://psychology.academic.ru/814>

О.О. Древицкая

Интеллект детей младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Введение. Возрастает частота пограничных психических расстройств (ППР) у детей младшего школьного возраста. При этом недостаточно исследована роль интеллекта в патогенезе разных ППР.

Цель. Изучить показатели интеллекта при разных ППР у детей младшего школьного возраста для разработки соответствующих мер психологической коррекции и психопрофилактики.

Материал и методы. Обследовано 168 пациентов 7-10 лет с разными ППР, из них 42 ребенка с невротическими расстройствами, 46 – с неврозоподобными, 45 – с эмоционально-поведенческими и 34 ребенка с нарушениями развития школьных навыков. Интегративные показатели интеллекта ребенка (вербального и невербального) теста Векслера (WISC) предоставили возможность провести дифференциацию ряда клинических проявлений ППР. Для статистической обработки полученных данных использовалось χ^2 - распределение.

Результаты. Более половины исследуемых (53,0%) имели вербальный интеллект от 70 до 85 баллов по тесту Векслера (вербальный пограничный когнитивный дефицит – ВПКД), еще 23,8% детей с ППР имели вербальный и невербальный интеллект в пределах от 70 до 85 баллов (общий пограничный когнитивный дефицит – ОПКД). Только у 23,2% (39) детей 7-10 лет с ППР вербальный и невербальный интеллект был выше 85 баллов, эти дети чаще были

амбулаторними пацієнтами, рідко виникала необхідність їх перебування в стаціонарі: 9,7% пацієнтів стаціонара і 44,6% амбулаторних із числа обстежених ($p \leq 0,001$). У 63% дітей з невротоподібними розладами відзначалося наявність ОПКД. У 64,4% пацієнтів з емоційно-поведінчeskими розладами відзначалася ВПКД. Виділення серед пацієнтів з ППР підгруп когнітивного функціонування було важливим для розробки і проведення специфічних заходів психологічного супроводження і оптимальної реабілітації при різних ППР.

Висновки. Изучение интеллекта как фактора риска и модификации ППР у детей младшего школьного возраста способствует созданию системы соответствующей реабилитации и профилактики ППР.

Ключевые слова: пограничные психические расстройства, дети, младший школьный возраст, интеллект, пограничный когнитивный дефицит.

O.O. Drevitska

Intelligence of primary school children with borderline mental disorders

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. The frequency of borderline mental disorders (BMD) is increasing in primary school age children. The role of intelligence of the various pathogenesis BMD is not investigated enough.

Objectives. Examine the indicators of intelligence in different BMD of primary school aged children, to develop appropriate measures of psychological correction and psychoprophylaxis.

Material and methods. 168 patients were examined, 7-10 year olds with different BMD, including 42 children with neurotic disorders, 46 – with similar to neurosis, 45 – with emotional and behavioral disorders and 34 children with school skill disabilities. Integrative indicators of child intelligence (verbal and nonverbal) Wechsler test (WISC) provided an opportunity to differentiate a number of clinical manifestations of BPD. Statistical analysis of the data used χ^2 -distribution.

Results. More than half of subjects (53.0%) had a verbal intelligence of 70 to 85 points on the Wechsler test (general border cognitive deficits – GBCD), another 23.8% of children with BMD had a verbal and non-verbal intelligence in the range of 70 to 85 points (verbal border cognitive deficits –VBCD). Only 23.2% (39) children 7-10 years old with BMD have verbal and nonverbal intelligence above 85 points, these children were more often out-patients, they rarely needed to stay in hospital: 9.7% and 44.6 % of outpatient examination ($p \leq 0,001$). 63% of children with similar neurotic disorders had GBCD. In 64.4% of patients with emotional and behavioral disorders – VBCD. Allocation of patients with BPD subgroups of cognitive functioning was important for the development and implementation of specific measures of psychological support and rehabilitation.

Conclusions. The study of intelligence as a risk factor, modification and repairing of children of primary school age contributes to the creation of appropriate rehabilitation and prevention of BMD.

Key words: borderline mental disorders, children, primary school age, intelligence, border cognitive deficits.

Відомості про автора:

Древіцька Оксана Остапівна – к. мед. н., доцент кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе, 103 А, тел.: (044) 468-32-17.