

Г.А. Каркашадзе, Л.С. Намазова-Баранова, А.К. Геворкян, О.И. Маслова, А.М. Мамедьяров, Н.С. Сергиенко, Л.А. Осипова, Т.Ю. Гогберашвили

Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Амбулаторная обращаемость за детской специализированной неврологической помощью: структура и основные закономерности

Контактная информация:

Каркашадзе Георгий Арчилович, кандидат медицинских наук, детский невролог, заведующий отделением когнитивной педиатрии НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 2, тел.: +7 (495) 967-14-20, e-mail: karkashadze@nczd.ru

Статья поступила: 14.04.2014 г., принята к печати: 17.09.2014 г.

В статье представлен анализ амбулаторных обращений родителей в консультативно-диагностический центр за специализированной неврологической помощью. Приведена структура неврологической патологии, возрастные и гендерные особенности ее распределения. Установлено, что наиболее распространены нарушения высших психических функций. Также приведен анализ недооценки родителями отдельных неврологических отклонений. Представлены рекомендации по оптимизации оказания специализированной неврологической амбулаторной помощи детям.

Ключевые слова: дети, неврологическая амбулаторная помощь, структура детской неврологической обращаемости, когнитивные нарушения, нарушения речи.

(Педиатрическая фармакология. 2014; 11 (5): 82–92)

ВВЕДЕНИЕ

Неврологическая помощь детскому населению страны является одной из насущной задач отечественной педиатрической службы [1]. Однако, ее организация — процесс сложный, что обусловлено многообразием и распространенностью неврологических нарушений у детей. В настоящее время организация неврологической помощи детям несет в себе наследие эпохи СССР, т.е. когда она была заложена. Несоответствие современным реалиям прежних подходов к решению проблем ограничивает потенциал неврологической помощи детям. В первую очередь требуют ревизии установки, вытекающие из идеи оказания специализированной помощи исключительно в круглосуточных стационарах.

Уже ни для кого из специалистов не секрет, что максимальный объем специализированной медицинской помощи, включая неврологическую, должен оказываться на амбулаторном уровне. И действительно, за последние годы на территории Российской Федерации, в частности в крупных городах, открылось множество центров, оказывающих неврологическую помощь детям в амбулаторном формате [2]. При этом внутри амбулаторной помощи происходит разграничение функций. Амбулаторные приемы в государственных поликлиниках большей частью ориентированы на профилактику и отбор кандидатов на специализированное лечение [3]. Специализированная же амбулаторная помощь оказывается в лечебно-диагностических центрах.

G.A. Karkashadze, L.S. Namazova-Baranova, A.K. Gevorkyan, O.I. Maslova, A.M. Mamedyarov, N.S. Sergiyenko, L.A. Osipova, T.Y. Gogberashvili

Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

Outpatient Specialized Pediatric Neurological Care Appeal Incidence: Structure and Primary Regularities

The article presents an analysis of outpatient specialized neurological care appeals to the consultative-diagnostic center and the neurological pathology structure, as well as age and gender peculiarities of its breakdown. The authors revealed that higher mental dysfunctions are the most widespread. They also provide an analysis of underestimation of separate neurological deviations by parents. The article provides recommendations on outpatient specialized pediatric neurological care delivery optimization.

Key words: children, outpatient neurological care, pediatric neurological appeal incidence structure, cognitive disorders, speech disorders.

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2014; 11 (5): 82–92)

Цель и методология исследования

Учитывая изменения структуры оказания неврологической помощи, мы провели исследование с целью определить закономерности оказания специализированной амбулаторной неврологической помощи детям в современных условиях. Основываясь на результатах этого исследования, можно будет предложить ряд организационных мер по совершенствованию амбулаторной неврологической помощи детскому населению страны.

В качестве учреждения был избран консультативно-диагностический центр Научного центра здоровья детей. Проводилась обработка данных всех неврологических приемов за 2013 г. Спецификой работы Центра является оказание единой помощи по обязательному медицинскому, добровольному медицинскому страхованию и платным обращениям граждан. Амбулаторный поток пациентов формируется из направлений амбулаторных учреждений первичного звена (государственных поликлиник), других медицинских учреждений и самостоятельных обращений. Неврологическая помощь заключается в диагностике и терапии тех состояний, лечение которых целесообразно проводить амбулаторно. Данный вид помощи можно назвать специализированной амбулаторной, и ее анализ более показателен в качестве отражения основных тенденций обращаемости за неврологической помощью детям, так как: 1) включает в себя окончательную, то есть более точную диагностику патологических состояний; 2) менее ориентирован на профилактическую обращаемость по сравнению с первичной амбулаторной помощью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего было проанализировано 334 случая обращения родителей с различными жалобами психоневрологического спектра. Из них 186 случаев составляли первичные обращения, 148 — повторные. Предметом анализа в основном были случаи первичной обращаемости, как более адекватно отражающие актуальность проблематики на общепопуляционном уровне. Повторная обращаемость иногда зависит от таких частных факторов, как наличие или отсутствие узкоспециализированных направлений деятельности, неодинаковая успешность лечения и диагностики различных состояний в учреждении, конкретным врачом, то есть отражает актуальность проблематики уже в преломлении местных учрежденческих факторов, поэтому не может считаться столь же объективной в оценке общепопуляционных тенденций.

Возрастная характеристика амбулаторной обращаемости за специализированной неврологической помощью

Для детской неврологии характерна специфика манифестации отдельных состояний в определенные возрастные периоды. Именно поэтому все случаи обращаемости были разбиты на возрастные группы (рис. 1).

Как видно, обращаемость по возрастным группам представлена достаточно равномерно, но несколько больше обращений фиксируется в диапазоне от 4 до 7 лет (дети дошкольного возраста). Актуальность этого периода обусловлена тем, что в этом возрасте уже становятся отчетливо заметными неотягощенные когнитивные и поведенческие нарушения, которые до 3 лет родителям бывает трудно определить в рамках обычного для такого возраста недостаточно контролируемого поведения ребенка. Кроме того, в этот период дебютируют невротические реакции и такие их проявления, как тики и заика-

Рис. 1. Количество обращений по возрастным группам

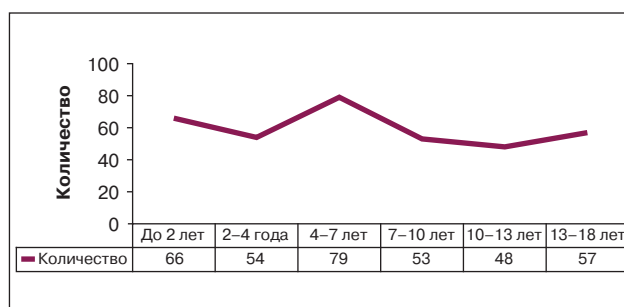
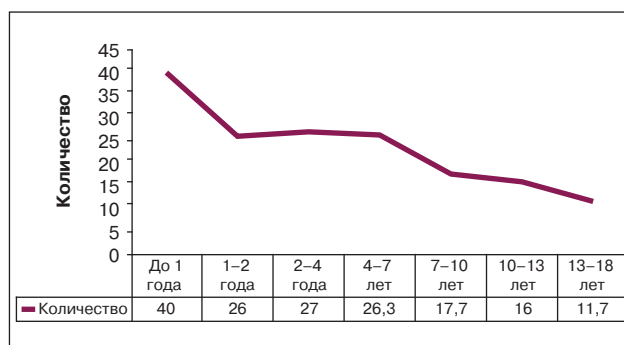


Рис. 2. Количество обращений на год жизни ребенка



ние; становится очевидной проблема энуреза. Также повышается общая настороженность родителей к тем или иным симптомам неврологического неблагополучия, особенно связанным с познавательной деятельностью, перед началом этапа школьного обучения.

Однако, более точной представляется структура обращаемости, пересчитанная на год жизни ребенка, поскольку временные промежутки содержат неодинаковое количество лет: например, в возрастной период от 13 до 18 лет входит 5 лет, а в возрастной период до 1 года — 1 год. Если проанализировать обращаемость в пересчете на год жизни ребенка, наиболее активная ее форма фиксируется для детей первого года жизни, а в дальнейшем она равномерно снижается (рис. 2).

Таким образом, в пересчете на год жизни большая обращаемость к неврологу детей дошкольного возраста оказалась иллюзорным явлением, а на самом деле, по мере взросления детского населения обращаемость к детскому неврологу равномерно падает. Наиболее очевидной причиной снижения обращаемости с возрастом нам представляется не снижение заболеваемости, а мотивы самой обращаемости: в первые годы жизни она носит в большей степени диспансерный, профилактический характер и, соответственно, является более массовой. В первые годы жизни поведение ребенка, особенно с учетом недостаточного развития речи, трудно интерпретируется родителями. И лишь по мере взросления детей, когда состояние нервной системы, поведение и психика в целом становятся более понятными для родителей, профилактические мотивы обращаемости уступают мотивам актуальной проблематики. Подтверждением этому служит повозрастной анализ первичной и повторной обращаемости (рис. 3).

Высокая доля повторной обращаемости свидетельствует о большем удельном весе хронических и тяжелых состояний, а превалирование первичной обращаемости, напротив, — о большем удельном весе нехрониче-

Рис. 3. Распределение первичных и повторных обращений в возрастном аспекте (в %)

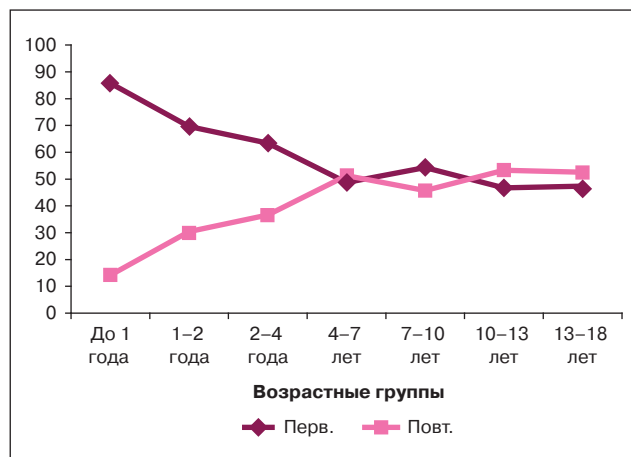
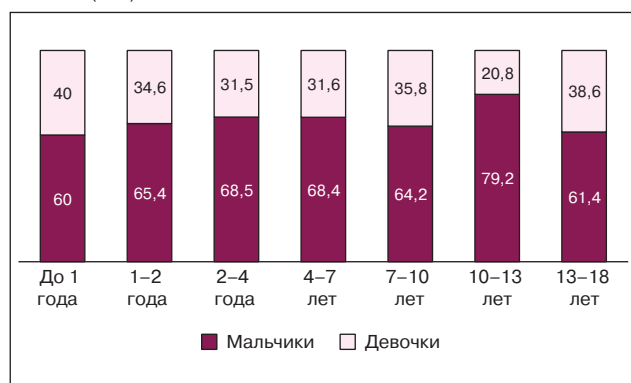


Рис. 4. Распределение обращаемости по полу в возрастном аспекте (в %)



ских и легких состояний. Судя по полученным данным, до 1 года и далее до 4 лет доля повторной обращаемости невысока, но к старшему дошкольному возрасту увеличивается, составляя примерно половину случаев, и такая структура сохраняется в последующие возрастные периоды. Таким образом, соотношение первичной и повторной обращаемости косвенно свидетельствует о ее мотивах: первые годы жизни она носит в большей степени профилактический характер, а ближе к школьному возрасту и в дальнейшем отражает конкретную актуальную проблематику.

Гендерная структура амбулаторной обращаемости за специализированной неврологической помощью

Хорошо известно о большей предрасположенности мальчиков к неврологическим заболеваниям (рис. 4). Наши данные еще раз продемонстрировали этот факт. Мальчики составили 68,2% ($n = 228$), девочки — 31,8% ($n = 106$). В возрастном аспекте гендерная структура имеет определенные колебания.

Соотношение мальчиков и девочек наиболее приближено к равновесному у детей до 1 года, что, по-видимому, связано с упомянутым выше профилактическим характером обращаемости. Далее, по мере взросления отмечается плавное нарастание обращаемости мальчиков, достигающее пика к 10–13 годам. Очевидно, что к этому периоду возрастает удельный вес относительно более тяжелой, хронизированной патологии, что находит отражение в гендерной структуре. Однако, подростковый период характеризуется ростом обращаемости девочек. Это может быть связано с манифестацией в этом возрасте состояний вегетативного круга, которые ассоциированы с эндокринной и эмоционально-личностной перестройкой и в большей степени проявляются у девочек.

Подтверждает гендерную специфику различных видов неврологической патологии следующий анализ (рис. 5).

В наибольшей степени мальчикам присущи такие состояния, как когнитивные нарушения, нарушения сна, неэпилептические пароксизмы, церебрастении, навязчивые действия и энурез. Для девочек наиболее характерны головные боли и носовые кровотечения. Эти состояния, самостоятельные или включенные в дисфункцию вегетативной нервной системы, тесно увязаны с эмоциональной сферой и эндокринной перестройкой, что и обуславливает их гендерные особенности.

Таким образом, гендерное соотношение обращаемости обладает определенной возрастной спецификой, зависящей от характера обращаемости (профилактическая или проблеморазрешающая) и типа представленной неврологической патологии.

Структура психоневрологических нарушений

Для организаторов здравоохранения основной интерес представляет структура психоневрологических нарушений на амбулаторном уровне: с этой целью мы проанализировали первичную обращаемость по различным патологическим состояниям. При анализе резуль-

Рис. 5. Гендерная структура различных неврологических состояний

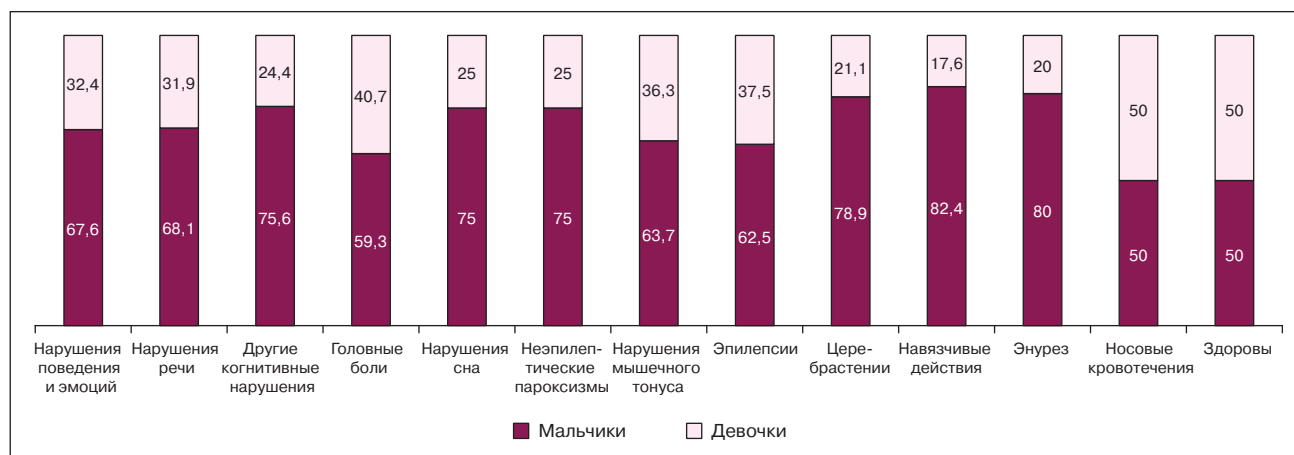


Рис. 6. Функциональная группировка неврологических расстройств при первичной обращаемости



Примечание. * — в том числе головные боли, головокружения, церебрастении; ** — в том числе тики, заикание, энурез, навязчивые движения.

татов следует иметь в виду, что один случай обращения мог представлять несколько типов неврологической патологии.

В первую очередь мы сгруппировали разнообразную патологию в группы расстройств, которые отражают нарушения различных функциональных звеньев нервной системы (рис. 6). Это должно помочь с расстановкой акцентов в организации амбулаторной помощи, подготовке неврологов, а также их узкой специализации.

Нарушения высшей психической деятельности являются самыми частыми причинами первичного обращения к неврологам на амбулаторном уровне. Обобщив данные с учетом коморбидности (сочетание нескольких видов нарушений у одного ребенка), было обнаружено, что те или иные нарушения психической деятельности отмечались у 62,5% первично обратившихся, что определяло их ведущее место в групповой структуре неврологических расстройств.

Ниже представлены данные по представленности отдельных психоневрологических расстройств (рис. 7).

На первом месте по частоте (почти в 40% случаев) находятся расстройства из группы нарушений поведения и эмоций. К этим состояниям относятся неврастения, нарушения поведения по гиперактивному типу, расстройство адаптации, фобическое тревожное расстройство в детском возрасте, расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи, социальное тревожное расстройство в детском возрасте, характерологические и патохарактерологические реакции и др. Высокая частота этих расстройств связана прежде всего с тем, что эмоциональные нарушения отражают нереализованность мотивов и желаний ребенка, а поведение является высшим цельным актом психики, консолидируя в себе все составляющие психического процесса. Таким образом, любая длительно существующая патология высших звеньев нервной системы, а также нереализованность мотивов вытекают в данную группу нарушений. Если посмотреть с другого ракурса, причина большей частоты этих расстройств обусловлена их спецификой: в генез эмоционально-поведенческих расстройств помимо обычных для любой патологии биологических факторов (генетика, гипоксии, травмы и пр.) вносят вклад и социальные аспекты, такие как

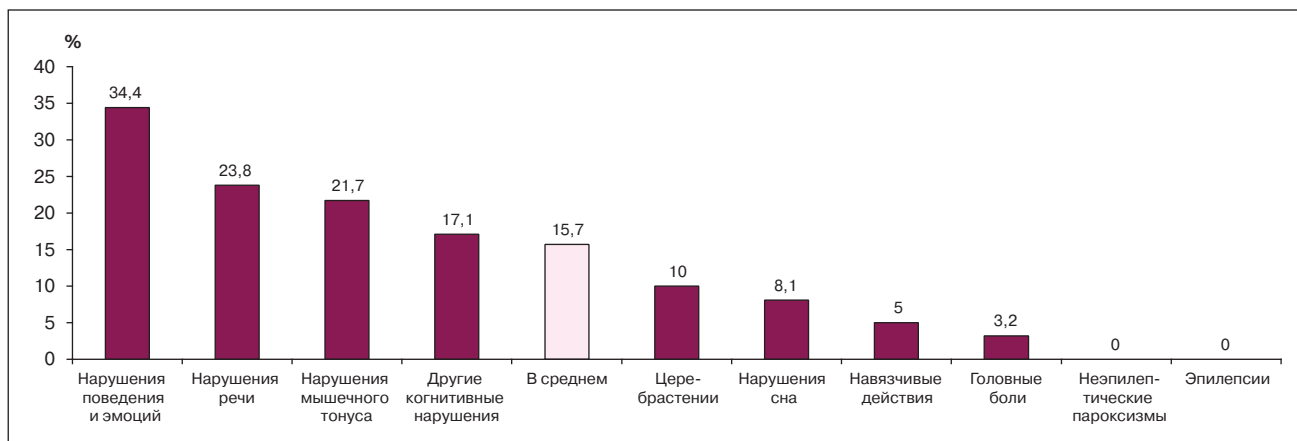
Рис. 7. Структура психоневрологических нарушений у детей при первичной обращаемости



детско-родительские отношения, педагогическое воздействие, влияние семьи, школы и других институтов общества [4, 5].

Как известно, традиционно в России основной поток первичной обращаемости по поведенческим проблемам ориентирован на детских неврологов, особенно для детей раннего и дошкольного возраста, а первичная обращаемость к психиатрам невысока. В связи с этим необходимо отметить, что по факту обучения детские неврологи гораздо лучше готовы к диагностике нарушений двигательной сферы и пароксизмальных феноменов. Наш опыт показывает, что углубленная диагностика этих состояний неврологами с грамотным включением в комплекс работы психологов и логопедов достаточно редка [4, 6]. При этом здесь следует вести речь о недооценке проблемы не только неврологами, но и родителями. Так, на рис. 8 отражено, что нарушения поведения и эмоций являются самой недооцененной проблемой при первичном обращении родителей к неврологу (в 1/3 случаев родители не жалуются на эти расстройства). На втором месте по частоте (27%) — нарушения речи: задержки речевого развития, нарушения экспрессивной, импрессивной речи, дислексии, заикания. Речевые расстройства у детей действительно широко распространены и представляют серьезную проблему, в случае неадекватного решения которой неизбежны социальные осложнения и изменение личности [4, 5, 7, 8]. Однако, и для данной группы расстройств характерна их частая недооценка родителями (почти в 24% процентах случаев; см. рис. 8).

Помимо речевых нарушений, часто (22%) отмечались и другие когнитивные нарушения: задержка психического развития, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, парциальный когнитивный дефицит, легкое ког-

Рис. 8. Доля случаев, когда родители первично не жаловались на диагностированные врачом расстройства

нитивное расстройство. Умственная отсталость и аутизм отмечались всего в нескольких случаях. Таким образом, основу этих нарушений составляли исходно нетяжелые когнитивные нарушения. Эта группа расстройств также регулярно, хотя и несколько реже (в 17,1% случаев), недооценивается родителями. Возрастная структура недооценки аналогична речевым расстройствам и в основном относится к детям до 4 лет.

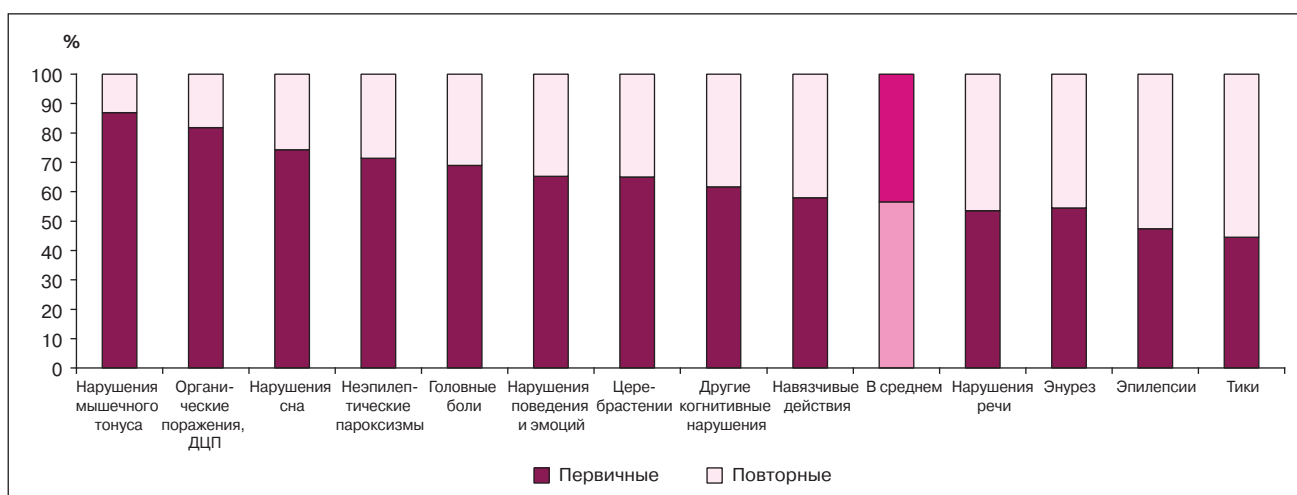
Головные боли отмечались у 22% обратившихся, представляя собой самые частые из непсихических патологических состояний. Родители четко акцентированы на этом виде расстройств, всего в 3,2% случаев не указывая их в жалобах (в старших возрастных группах); в случаях с детьми дошкольного возраста родители даже делали акцент на не существующую в реальности головную боль у детей с развитым воображением.

Нарушения сна фиксировались у 13,8% первично обратившихся. Эта группа расстройств настолько актуальна, насколько и неоднозначна в отношении диагностики: она гетерогенна, включает в себя различные по происхождению процессы, начиная от остановки дыхания, бессонницы и заканчивая сногворениями или ночными страхами. Если следовать клинической логике, эта группа отклонений должна называться не расстройствами сна, а расстройствами во время сна. Один из сложных вопросов заключается в том, какие феномены и события сна

считать патологией в клиническом значении, то есть влекущими за собой последствия в отношении физического и психического благополучия индивида. Это касается сногворений, ночных пробуждений, так называемых доброкачественных миоклоний, ночных страхов и т.п. В зависимости от того, как подходить к трактовке подобных эпизодов, может варьировать конечная статистика. В связи с этим вопросы о реальной частоте данных расстройств остаются открытыми.

Традиционно важным поводом обращения к неврологу остаются пароксизмальные расстройства — эпилептические и неэпилептические. Суммарно они отмечались у 24,5% первично обратившихся. Большинство как эпилептических, так неэпилептических пароксизмальных состояний являются предметом амбулаторной неврологии; они достаточно равномерно фиксируются во всех возрастных периодах. Организация помощи пациентам с эпилепсиями, включая информированность родителей, хорошо отработана, поэтому для них характерна высокая частота повторных визитов (рис. 9).

Как известно, спектр неврологических заболеваний крайне разнообразен. Помимо выше перечисленных, еще десять видов различной патологии (органические поражения центральной нервной системы, церебрастения, мышечные дистонии, тики, энурез и др.) фиксируется в 1–10% случаев первичной обращаемости к детскому

Рис. 9. Доля первичных и повторных амбулаторных приемов при различных видах психоневрологической патологии

неврологу. Более редкие состояния были объединены в категорию «другие» заболевания.

С возрастом структура обращаемости меняется: до 7 лет преобладают все виды расстройств высшей психической деятельности, в особенности нарушения речи; с 7 до 10 лет проблематика речевых и других когнитивных нарушений фиксируется уже не чаще большинства других актуальных неврологических состояний, а после 10 лет и вовсе реже них; нарушения поведения и эмоций все еще самые частые в возрасте до 10 лет, но после уступают первенство головным болям. Очевидно, снижение частоты речевых и других когнитивных нарушений после 7 лет связано с тем, что часть из них (примерно 50%) компенсируется, теряя, таким образом, актуальность. В структуре обращаемости детей старше 10 лет головные боли занимают ведущее место (рис. 10). Известно, что у детей преобладают головные боли напряжения, которые в своем большинстве являются реакцией на эмоциональные стрессы и когнитивные нагрузки. Таким образом, можно говорить о том, что после 10 лет прямые проявления когнитивных и поведенческих расстройств отмечаются реже, но на первый план выходят симптомы физического неблагополучия, ассоциированные с когнитивной и эмоциональной сферой. Пароксизмальные состояния регистрируются достаточно равномерно во все возрастные периоды.

Следует обратить внимание на наличие в структуре первичной обращаемости здоровых пациентов, при этом конкретные жалобы отсутствовали у 10,9% родителей. Это еще раз свидетельствует о том, что амбулаторная неврологическая служба наполнена не только лечебным, но и профилактическим контентом.

Коморбидность психоневрологических расстройств

Как видно из представленных выше данных, у одного пациента может наблюдаться несколько патологических состояний. Наличие у одного пациента более одного вида психоневрологической патологии отмечалось в 72,7% случаев. Таким образом, детская неврологическая патология на амбулаторном уровне обладает высокой коморбидностью. Была также проанализирована дополнительная клиническая картина для различных психоневрологических расстройств (рис. 11).

Наибольшая коморбидность характерна для нарушений сна. Это еще раз подтверждает, что среди общепринятой группы отклонений находятся патогенетически и клинически разнородные состояния, немалая часть

Рис. 10. Возрастная динамика обращаемости по отдельным нарушениям (на год жизни)



которых не обладает первичной спецификой, что и отражает высокий удельный вес сочетанной с ней другой неврологической патологии.

Высокая коморбидность церебрастений можно признать условной, так как ввиду классификационных особенностей мы фиксировали в качестве самостоятельных состояний головные боли, которые на самом деле часто нужно расценивать как проявления церебрастений, а не как параллельное состояние. Так как головные боли, по нашим данным, составили более половины в структуре коморбидности церебрастений, реальную картину органического психосиндрома следует признать на порядок ниже 95%.

Более умеренной сопутствующей симптоматикой, чуть выше 50%, характеризуются эпилепсии и нарушения речи. Это свидетельствует о том, что данные состояния обладают более выраженной индивидуальной спецификой, первичностью и менее зависимы от тотальности анатомо-функциональных нарушений нервной системы. Эпилептическая активность является специфической формой нейрональной активности и может ограничиваться пароксизмальностью, не отражаясь на основных моз-

Рис. 11. Частота коморбидной психоневрологической патологии при различных состояниях

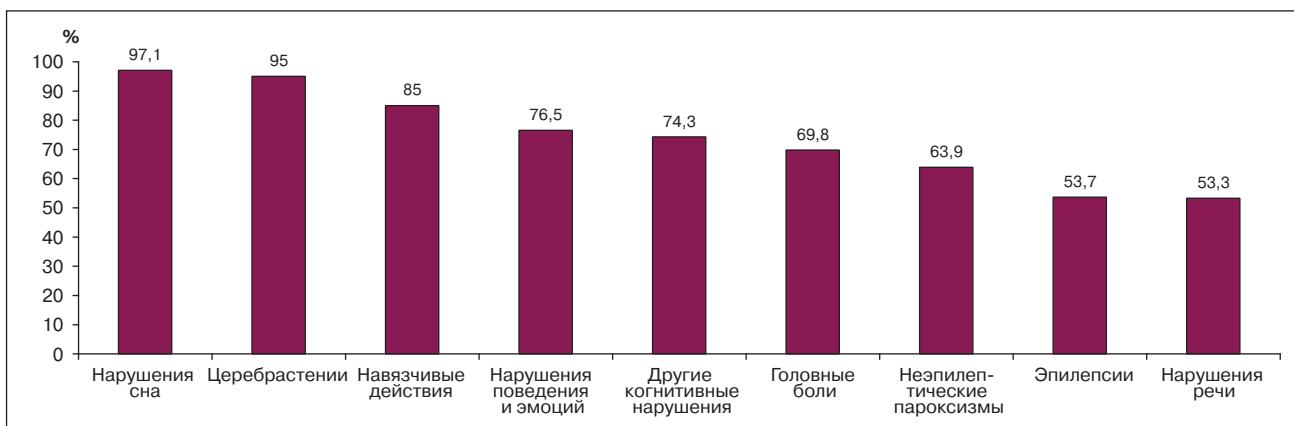
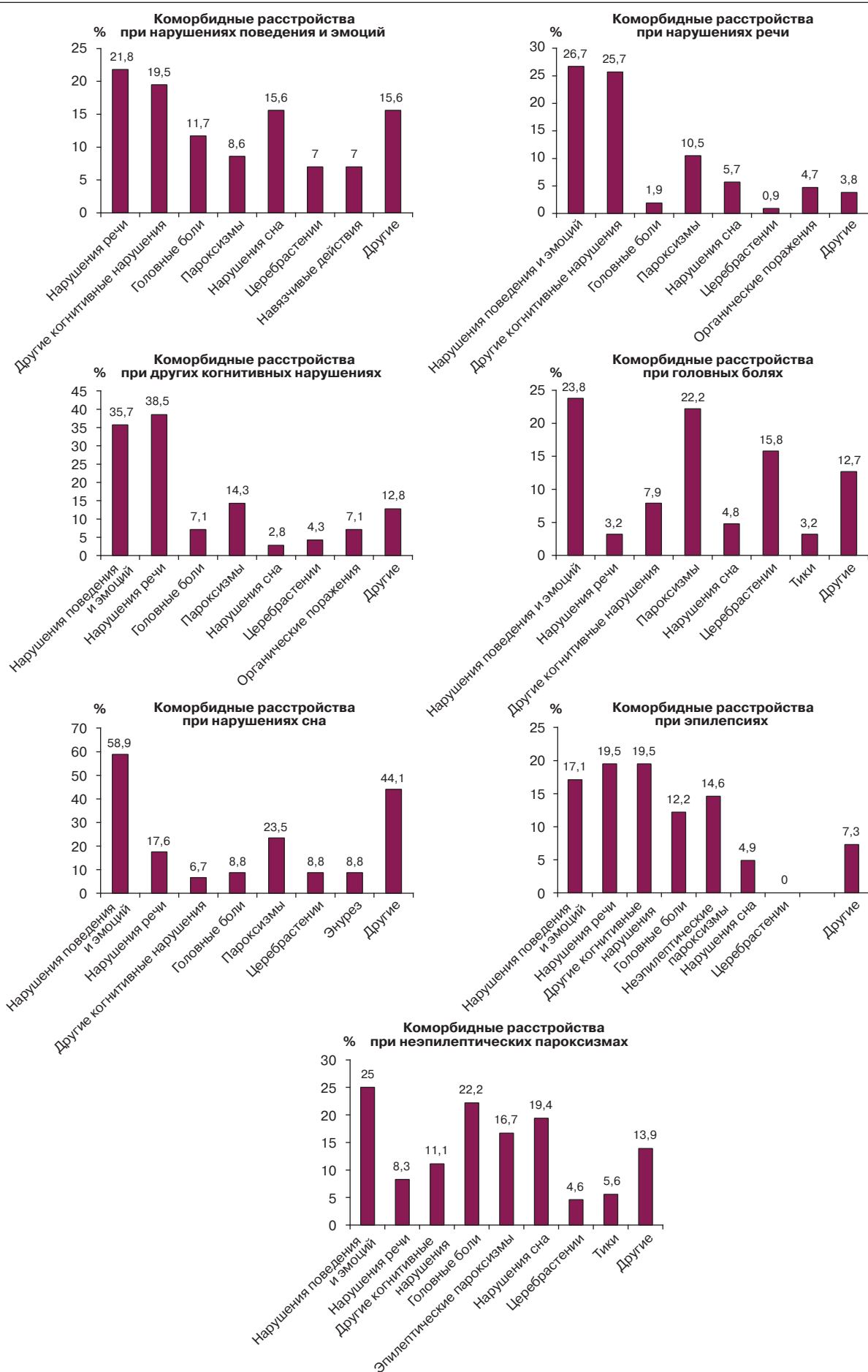


Рис. 12. Структура коморбидности для различных патологических состояний



говых функций. Известно, что идиопатические (первичные, доброкачественные) эпилепсии составляют до 30% всех эпилепсий; очевидно также, что на амбулаторном уровне идиопатических эпилепсий регистрируется гораздо больше (в нашей группе идиопатические эпилепсии составляли 48,8%, что и определило их невысокую коморбидность).

Речевая функция основана на высшем и наиболее сложном анатомо-функциональном уровне организации нейронального взаимодействия, к тому же она зависит от социальных факторов, поэтому ее патология может развиваться самостоятельно, без других нарушенных звеньев высшей нервной деятельности. Подтверждает относительно обособленное положение речевых расстройств и тот факт, что в структуре их коморбидных состояний (рис. 12) резко преобладают нарушения поведения и эмоций, а также другие когнитивные нарушения (состояния из круга родственных нарушений высших психических функций), в то время как патология других функциональных зон мозга практически не представлена. Схожая структура дополнительной клинической симптоматики характерна и для других когнитивных нарушений.

В отличие от них нарушения поведения и эмоций сочетаются с разнообразной палитрой состояний. Это может быть связано с тем, что эмоциональные расстройства часто осложняются и проявляются через другие функциональные зоны мозга нарушениями сна, головными болями, тиками, навязчивыми движениями и другими состояниями.

Головные боли часто сочетаются с нарушениями поведения и эмоций, церебрастениями, что подтверждает их высокую зависимость от эмоционального и общего психического истощения. Также они часто сочетаются с пароксизмальными состояниями, преимущественно неэпилептическими, вероятно, за счет их совместной ассоциации с расстройствами вегетативной нервной системы.

Более чем в половине случаев нарушения сна сочетаются с нарушениями поведения и эмоций. Исходя из этой информации, сложно судить о характере этой связи (какое из расстройств первично), но авторский опыт наблюдений свидетельствует о первичности эмоционально-поведенческих нарушений в большинстве случаев. Впрочем, окончательный ответ может дать лишь специальное исследование.

Недооценка родителями отдельных патологических состояний

В исследовании мы также анализировали соответствие жалоб родителей пациентов окончательному диагнозу врача. По этому показателю можно судить о том, насколько адекватно родители актуализируют те или иные расстройства при первичном обращении к врачу.

Как уже отмечалось, наиболее недооцененной проблемой остаются нарушения поведения и эмоций. Обычно, когда родители жалуются на головные боли, симптоматику вегетативного круга у ребенка старшего возраста, они при этом не упоминают о сопутствующих им тревожности или страхах, которые чаще всего в таких ситуациях и являются первичной проблемой. У детей младшего возраста недооцениваются проблемы патологической привязанности ребенка к родителям, неадекватного детско-родительского взаимодействия, неусидчивости. Часто не принимаются во внимание расстройства адаптации к детскому саду и школе. Дополнительный анализ

Рис. 13. Возрастная структура неактуализации проблем родителями



(рис. 13) показывает, что если говорить о возрастных особенностях, действительно, в отличие от других состояний эта группа расстройств недооценивается во все возрастные периоды, начиная с 2 лет, когда поведение ребенка уже поддается дифференцировке врачом. Пик недооценки приходится на дошкольный возраст (от 4 до 7 лет). По-видимому, это обусловлено тем, что родители в данный возрастной период все еще не придают поведению и эмоциям особого значения, в то время как врачу они уже очевидны. Без сомнения, недостаточная актуализация проблемы родителями и неврологами взаимосвязана: с одной стороны, отсутствие жалоб исключает из диагностического поиска в условиях короткого амбулаторного приема поведенческие расстройства, с другой стороны, если в системе здравоохранения проблема недостаточно актуализирована, родители не будут ориентированы на внимание к этому кругу расстройств.

Также часто (в 24%) недооцениваются речевые нарушения. Это в основном касается возрастной группы до 3–4 лет (не говоря уже о сегменте до 2 лет) и проявляется недооценкой речевого отставания, необоснованным расчетом на самопроизвольный скачок речевого развития, как правило, с опорой на единичные примеры самопроизвольных положительных исходов среди знакомых (см. рис. 13). В целом недооценка речевых нарушений в отношении детей в возрасте до 4 лет фиксировалась в 72% случаев. Между тем, как известно, исходя из специфики формирования когнитивных функций, эффективность лечебных мероприятий этих состояний находится в прямой зависимости от сроков начала лечения.

Другие когнитивные нарушения упускаются родителями из виду в возрасте от 2 до 4 лет, но в этот период возрастает врачебная диагностика подобных состояний (тогда как до 2 лет нетяжелые когнитивные расстройства для врача неочевидны). Таким образом, полученные нами возрастные пики не всегда отражают реальность: в некоторых ситуациях они фиксируют разницу не только в родительских подходах, но и в диагностике этих состо-

яний. Очевидно, если врач не может точно диагностировать легкое когнитивное расстройство в 1,5 года, это не означает, что его на самом деле нет. Соответственно, и реальная родительская недооценка для такого возраста будет не ниже, чем для детей более старшего возраста.

Недооценку мышечных дистоний у детей до 1 года, строго говоря, сложно вменять родителям, учитывая, что проблема часто незаметна неспециалисту. Однако, мы оставили эту позицию, исходя из специальных соображений. Известно, что мышечные дистонии у детей до 1 года являются гипердиагностируемым явлением, что во многом обусловлено субъективностью техник измерения и оценки мышечного тонуса, а также кратковременностью амбулаторного приема, что с учетом вариативности мышечного тонуса младенца, в свою очередь, провоцирует врача на ошибки. В такой ситуации необходима максимальная привязка диагностики к другим факторам. Степень выраженности нарушений, заметная родителям, может служить одним из таких факторов, так как может свидетельствовать о выраженности нарушения тонуса и постоянности его проявления.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования, с одной стороны, отражают фундаментальные процессы формирования, перестройки и патологизации нервной системы ребенка, с другой — испытывают влияние отдельных моментов организации специализированной неврологической амбулаторной помощи детскому населению. Соответственно, основные выводы специалистов должны касаться соответствия текущей организации специализированной амбулаторной помощи отраженным популяционным закономерностям неврологической заболеваемости.

В оценке и интерпретации результатов проведенное исследование имеет лимиты, один из которых заключается в ограничении исследования рамками Москвы и Московского региона. Детское население Москвы испытывает особую техногенную, экологическую и социальную нагрузку, связанную, прежде всего, с условиями жизни в крупнейшем мегаполисе страны, а также с концентрацией в столице государства высокомотивированного к экономическому и социальному успеху населения. Соответственно, следует осторожно экстраполировать результаты исследования на всероссийский масштаб, исключив, прежде всего, из аналогий территории с удаленными от крупных городов сельским и малочисленным городским населением. Другое ограничение связано с особенностями диагностики многих психоневрологических состояний в России. Определенные состояния из групп нарушений сна, поведений и эмоций, когнитивных нарушений, мышечных дистоний и других не имеют общепринятых стандартов диагностики, поэтому результаты данного исследования могут не совпадать с результатами других наблюдений или сложившихся из личного опыта представлениями отдельных специалистов. Подобные моменты могут ставить под сомнение объективность полученных данных. Однако, сами расхождения могут и должны быть предметом дискуссий, что, таким образом, следует признать еще одним результатом проведенной работы.

Анализ возрастной динамики показал, что обращаемость к неврологу по мере взросления детей падает: с учетом анализа повторной обращаемости это свидетельствует, скорее всего, о смене тренда обращаемости родителей — от профилактического к проблеморазре-

шающему. Выделение профилактической составляющей в первые годы жизни ребенка может быть обусловлено комплексом факторов:

- 1) характерной для отечественной педиатрии актуализацией диспансеризации и профилактических подходов;
- 2) активной вакцинацией;
- 3) характерной материнской тревожностью в отношении здоровья детей младшего возраста;
- 4) обусловленными физиологией нервной системы ребенка младшего возраста трудностями трактовки родителями его поведения.

Однако, профилактическая составляющая обращаемости (напомним, у 10,9% родителей жалобы вообще отсутствовали) косвенно свидетельствует о том, что первичное амбулаторное звено неполностью справляется с этой миссией.

В целом в структуре неврологической патологии представлено 17 различных классов расстройств с частотой более 1%, что демонстрирует чрезвычайное разнообразие состояний, с которыми приходится сталкиваться неврологу. В связи с этим необходимо отметить, что структура представленной в отечественных руководствах и учебниках информации не соответствует указанной структуре патологии: в научной литературе, а также на конференциях подробно освещаются лишь отдельные состояния (такие как эпилепсия, рассеянный склероз, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, редкие заболевания и некоторые другие), но не весь актуальный спектр и в несоответствующем объеме [4, 9, 10]. Результатом является недостаточная подготовленность специалистов для работы в указанном звене здравоохранения, в то время как именно в амбулаторном звене сосредоточен основной объем помощи неврологическим пациентам.

Для неврологических состояний характерна высокая коморбидность (72% случаев представлены более чем одним видом расстройств). Это определяет высокую интенсивность работы невролога в условиях ограниченного по времени приема и в сочетании с большим разнообразием патологии формирует основные требования к ней: умение быстро, но квалифицированно выделить и установить основные патогенетические пути развития и клиническую манифестацию различных расстройств, а также определить взаимосвязь между ними. Такая работа подразумевает обязательное наличие широкой квалификации, способности к алгоритмизированному мышлению по большому кругу состояний одномоментно, умение варьировать в зависимости от клинической ситуации технику приема — осмотр, опрос, беседа. На наш взгляд, следует обратить внимание на предложенные требования при подготовке специалистов данного профиля.

В функциональной структуре неврологических нарушений преобладают расстройства высшей психической деятельности (у 62,5% детей), которые фиксируются в 2–4 раза чаще других расстройств, включая болевые синдромы, двигательные нарушения и пароксизмальные состояния. Это резко диссонирует с текущей ситуацией в обучении неврологов и освещении неврологических проблем: как известно, большее внимание уделяется двигательным и пароксизмальным расстройствам [9–12]. После нормативно оформленного упразднения специальности «психоневролог» в 70-е гг. прошлого столетия сформировалась и укоренилась тенденция относиться к области интересов неврологии преимущественно

расстройства, связанные с двигательной и чувствительной сферой. По мере «дрейфа» неврологии, с одной стороны, и сосредоточения психиатрии на так называемом большом психиатрическом круге (аутизм, шизофрения, умственная отсталость, депрессия) — с другой, большая группа нетяжелых когнитивных и эмоциональных нарушений осталась на периферии внимания специалистов. Между тем поток родителей с жалобами этого спектра расстройств в силу инерции, а также по ряду других причин [4] самоорганизовался в сторону детской неврологии. Детские неврологи в своей массе, как уже было сказано, ориентированы на диагностику и лечение двигательных расстройств; когнитивные и поведенческие расстройства являются уделом специализации достаточно узкого круга специалистов.

Как показывают результаты нашего исследования, текущие реалии заключаются в превалировании расстройств психического спектра в амбулаторной практике детского невролога. И это ставит вопрос об актуализации проблематики нарушений высших психических функций в амбулаторной детской неврологии и смещении акцентов в подготовке специалистов. Прежде всего, это касается нарушений поведения и эмоций (неврастении, невротические реакции, нарушение поведения по гиперактивному типу, расстройство адаптации, фобическое тревожное расстройство в детском возрасте; расстройство поведения, ограничивающееся рамками семьи; характерологические и патохарактерологические реакции и др.), которые составляют до 40% в структуре патологических состояний в амбулаторной детской неврологии. По нашим данным, грубые ошибки ведения пациентов с подобными расстройствами отмечаются в 42,8% случаев, не говоря уже о том, что многие неврологи не готовы возглавлять (а не механически визировать заключения) работу комплексных групп с включением психологов и логопедов. Родители также далеко не всегда предъявляют жалобы на эмоциональные и поведенческие расстройства (в 34% случаев, по данным нашего исследования). Это свидетельствует в первую очередь о недооценке проблемы со стороны системы здравоохранения, так как, в конечном счете настороженность родителей в отношении той или иной патологии зависит от их информированности через беседу с врачом, интервью и публикации специалистов в научно-популярных изданиях и телепередачах, наглядный материал в медицинских центрах и т.д. Недооценка этих состояний чревата формированием измененной личности со всеми социально значимыми последствиями, а также присоединением обширного круга неврологических и психосоматических осложнений.

Еще одной распространенной (в 27,5% случаев), но также недооцениваемой родителями проблемой (в 24%) является группа нарушений речи. Хотя, по данным нашего исследования, пик диагностики речевых нарушений приходится на возрастной диапазон от 2 до 4 лет, в данном случае имеет смысл обратиться к ограничениям оценок результатов исследования. В массовой практике детской неврологии диагностика речевых расстройств отличается от принятого в нашем учреждении и, как правило, существенно запаздывает с достижением пика к возрасту 4–6 лет. По нашим данным, 72% родителей отмечают проблемы нарушения речи именно в возрасте до 4 лет. Можно сказать, что запаздывание неврологической диагностики следует за этим фактом, если оставить за скобками глубинные общеорганизационные причи-

ны. Речевые нарушения являются самой частой когнитивной причиной школьной неуспешности и социальной дезадаптации детей. С учетом результатов исследования актуален вопрос акцентирования массовой диагностики данных расстройств на возрастной период от 1 до 3 лет, поскольку успешность лечения напрямую зависит от сроков его начала.

Для спектра других когнитивных нарушений, большинство из которых составляли задержки психического развития, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, парциальный когнитивный дефицит и легкое когнитивное расстройство, характерны такие же закономерности: высокая частота (22%) и недооценка родителями в основном в детском возрасте до 4 лет. Проблематика нетяжелых когнитивных нарушений схожа с речевыми нарушениями, что подтверждается данными об их высокой взаимосочетаемости. Таким образом, в организационном аспекте имеет смысл говорить о комплексе речевых и других когнитивных нарушений.

Снижение регистрации речевых и других когнитивных нарушений у детей школьного возраста, безусловно, нужно оценивать как их компенсацию примерно в половине случаев, но также, видимо, следует говорить о возможности манифестации в этом возрасте их осложнений либо трансформации в другие неврологические симптомы. Результаты анализа структуры патологических состояний с учетом представлений об их генезе позволяют говорить о том, что в возрасте после 7–10 лет идет замещение прямой симптоматики нарушений высших психических функций их непрямыми проявлениями, такими как головные боли, тики и навязчивые действия. Подтверждением этому служит высокая коморбидность указанных симптомов нарушениям поведения и эмоций. Подобная закономерность позволяет актуализировать вопрос о необходимости учета неврологами психоэмоциональной составляющей в качестве ведущего патогенетического фактора развития головных болей, тиков, навязчивых движений и нарушений сна в диагностике и лечении последних.

Нарушения сна представляют собой особую проблему детской неврологии. Результаты нашего исследования указывают на то, что остаются вопросы теоретико-дефиниционного свойства, ставящие под сомнение специфичность объединения всех состояний, связанных со сном, в единую родственную группу, как это обычно принято. Неслучайно, что именно для нарушений сна в традиционном понимании коморбидность составила почти 100%; также обращает на себя внимание ассоциация с нарушениями поведения и эмоций (в 58% случаев). Основные пункты дискуссии, которые вытекают из анализа результатов исследования и нашего опыта работы, таковы:

- 1) первичность или вторичность, можно сказать, право на нозологическую самостоятельность, некоторых нарушений сна;
- 2) определение клинического веса отдельных нарушений сна и критерии их верификации;
- 3) патогенетическая и клиническая гетерогенность состояний, традиционно объединяемых в группу нарушений сна.

Нам представляется, что немалая часть вопросов и противоречий заложена в самом принципе объединения этих состояний в одну группу: то, что необычная симптоматика наблюдается во время сна, еще не обосновывает их родственный характер. Если руководствоваться этим принципом, следует объединить в отдельную группу весь

спектр заболеваний, который реализуется в бодрствовании, но всем очевидно, что происхождение и проявление этих состояний настолько различны, что такое объединение лишено клинического смысла.

Результаты исследования в отношении пароксизмальных состояний (эпилептических и неэпилептических) подтверждают представление о них, как об одной из важнейших проблем детской неврологии, серьезно оцениваемой родителями детей всех возрастных групп. Следует отметить, что эпилептические и неэпилептические пароксизмальные состояния не являются родственными, что подтвердило наше исследование, и обладают невысокой взаимосочетанностью: например, при эпилепсиях неэпилептические пароксизмы фиксируются всего в 14% случаев. Единственным, но важным клиническим критерием их объединения в группу является необходимость дифференциальной диагностики между ними.

ВЫВОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо выделение форм обучения и переподготовки неврологов, работающих в формате амбулаторной специализированной помощи для развития у них специальных навыков работы в заданном режиме.
2. В учебниках и руководствах общеневрологического плана необходимо привести объем и структуру информации в соответствии с частотой различной неврологической патологии в массовом сегменте здравоохранения. Ввиду обширности материала имеется необходимость издания отдельных руководств по амбулаторной детской неврологии.
3. Следует активизировать комплекс организационных мероприятий (подготовка, повышение квалификации

специалистов, информационные мероприятия, организационно-методическая работа) с целью актуализации диагностики расстройств высшей психической сферы детскими неврологами.

4. Необходимо организовать комплекс мер по развитию диагностики речевых и других когнитивных нарушений у детей до 3-летнего возраста.
5. В диагностике и лечении головных болей, тиков, навязчивых действий, нарушений во время сна специалисты должны учитывать ведущий вклад в генез этих состояний психоэмоциональной составляющей.
6. Необходимо активизировать дискуссии с выходом в публикационные решения на предмет соответствия общепринятой в детской неврологии группировки нарушений сна клиническим принципам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты данной работы ставят целый ряд организационных вопросов, но одновременно поднимают и некоторые клинические, и общетеоретические вопросы. Определенные методические ограничения, а также оценочный характер отдельных положений, выводов и заключений оставляют открытым поле для дискуссий. Актуализированная исследованием тематика требует развития в других публикациях, докладах на различных информационных площадках и рабочих встречах организаторов и ведущих специалистов детской неврологии.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Алтунин В.В., Альбицкий В.Ю., Асламзян Л.К., Ахмедуллина Д.И., Батырова З.К., Беляева И.А., Боровик Т.Э., Буслаева Г.Н., Бушуева Т.В., Ваташадзе Н.Д., Винярская И.В., Вишнёва Е.А., Галицкая М.Г., Геворкян А.К., Горелова Ж.Ю., Зоркин С.Н., Ивановский А.Я., Ивардава М.И. и др. Профилактическая педиатрия. Руководство для врачей. Под ред. А.А. Баранова. Москва: Союз педиатров России. 2012.
2. Гаврилова Т.А., Каркашадзе Г.А., Намазова Л.С. Обращение за платной медицинской помощью в консультативно-диагностический центр Москвы. *Вопросы современной педиатрии*. 2007; 6 (5): 22–23.
3. Методические рекомендации по определению мощности амбулаторно-поликлинической помощи Департамента здравоохранения г. Москвы от 12.09.1994.
4. Каркашадзе Г.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Актуальные проблемы диагностики и лечения легких когнитивных нарушений у детей. *Педиатрическая фармакология*. 2011; 8 (5): 37–41.
5. Маслова О.И., Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Каркашадзе Г.А., Мамедьяров А.М., Лазарев М.Л., Мурадова О.И., Константиныни Т.А., Аникин А.В., Кузенкова Л.М., Лазуренко С.Б., Немкова С.А., Ильин А.Г. Современные аспекты изучения когнитивной сферы ребенка. *Педиатрическая фармакология*. 2012; 9 (6): 72–78.
6. Гогберашвили Т.Ю., Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Маслова О.И. Нейропсихологические методы в педиатрии: возможности и перспективы применения. *Педиатрическая фармакология*. 2011; 8 (6): 83–87.
7. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учебно-методическое пособие. СПб.: МиМ. 1997. 286 с.
8. Заваденко Н.Н., Козлова Е.В. Лекарственная терапия при дисфазии развития у детей. *Фарматека*. 2013; 1 (254): 56–60.
9. Абрамова М.Ф. и др. Клиническая детская неврология. Руководство для врачей. Под ред. А.С. Петрухина. Москва. 2008.
10. Гузева В.И. и др. Руководство по детской неврологии. Под ред. В.И. Гузевой. Изд. 3-е, перераб. Москва. 2009.
11. Петрухин А.С. Детская неврология. Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по дисциплине «Нервные болезни» по специальности 060103.65 «Педиатрия». Москва. 2009.
12. Бадалян Л.О. Детская неврология. Учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по дисциплине «Нервные болезни» по специальности 060103.65 «Педиатрия». 3-е изд. Москва. 2010.