

ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Нервная система является самой уязвимой системой в организме. В процессе роста и развития ребенка она претерпевает существенные изменения. Критическими периодами для нервной системы являются возраста: период новорожденности, 1-2 года, 2-4 года, 6-8 лет, 12-16 лет. В период новорожденности мозговая ткань мало дифференцирована, нервные клетки расположены на поверхности мозга. С возрастом увеличивается поверхность головного мозга, клетки мигрируют в вещество мозга, увеличивается сеть мозговых сосудов. Только в 15-16 лет мозговые процессы приближаются к взрослому состоянию, а к 20 годам становятся как у взрослого. В периоды бурного роста происходит рассогласование нервной, эндокринной и сосудистой регуляции. Соматическое развитие в пубертатный период опережает нервно-психические процессы, что приводит к функциональным расстройствам нервной системы. В 12-16 лет отмечаются значительные поведенческие изменения: резкие, порывистые не только движения, но характерна и порывистость психологических процессов: конфликтность, взрывная реакция на замечания. Различные невротические проявления всегда присутствуют у детей, оставшихся без родителей. Среди невротоподобных состояний наиболее часто встречаются невроз нарушения сна, заикание, энурез - недержание мочи, энкопрез - недержание кала, навязчивые действия.

Неврозы - основной источник патологического развития характера, ведущий фактор трудновоспитуемости и правонарушений, развития различных соматических заболеваний. Это обратимые состояния, если своевременно уделить им внимание.

Нашими эмоциями управляет вегетативная нервная система, центром которой является ее отдел - гипоталамус. Это часть подкорковой зоны, которая первой реагирует на все вредоносные факторы: алкоголь, лекарства, вирусы и т.д., это самая чувствительная область нервной системы, начиная с внутриутробного периода. Различные отделы гипоталамуса несут ответственность за чувство насыщения, полового развития, терморегуляции, сна, состояние кожи и т.д. При поражении этого отдела алкоголем, наркотическими веществами, вирусами развиваются различные патологические состояния, такие как булемия - отсутствие чувства сытости, гиперсексуальность, проявляется склонность к бродяжничеству, характерны грубость, мстительность, агрессивность. Эмоциональная неустойчивость - характерное состояние для детей, оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации.

В настоящее время самой распространенной проблемой среди детского и подросткового возраста, которая приводит к нарушениям поведения и трудностям в обучении является гиперактивное расстройство поведения с дефицитом внимания. Причиной этому являются минимальные мозговые дисфункции, которые являются последствием перинатального повреждения

головного мозга. Перинатальные поражения нервной системы объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод перечисленных выше вредоносных факторов во время беременности, во время родов и в первые дни после родов. Патогенными факторами также могут быть заболевания матери во время беременности, токсикозы, инфекции, интоксикации, нарушение обмена веществ, акушерская патология (узкий таз, неправильное положение плода и т.д.). Помимо этого определенную роль играют химические вещества, излучение. Установлена роль генетических факторов. Имеет значение время воздействия вредоносного фактора на плод.

Проявления минимальных мозговых дисфункций можно объединить в несколько состояний:

- расстройства развития речи
- расстройства развития школьных навыков
- расстройства развития двигательных функций
- поведенческие и эмоциональные расстройства

На практике часто наблюдается сочетание вышеперечисленных симптомов.

По современной международной классификации болезней гиперактивное расстройство с дефицитом внимания характеризуется несоответствием нормальным возрастным характеристикам, снижением адаптационных возможностей, нарушением внимания, гиперактивностью и импульсивностью. Первые симптомы появляются в возрасте до 7 лет, сохраняются постоянно на протяжении длительного времени, как минимум 6 месяцев. Эти проявления сохраняются в различных ситуациях и в различной обстановке (дома, в школе).

Основные признаки невнимательности:

- ребенок не может удерживать внимание на деталях, допускает ошибки из-за небрежности
- с трудом сохраняет внимание во время заданий, игр
- складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь
- не может справиться до конца с предложенным ему заданием
- сопротивляется выполнять школьное и домашнее задание, требующее умственного напряжения
- часто теряет вещи
- отвлекается на посторонние стимулы
- проявляет забывчивость

Гиперактивность характеризуется:

- беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится
- часто встает в классе во время уроков
- проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, пытается куда-нибудь залезть
- не может играть тихо и спокойно
- находится в постоянном движении
- часто болтлив

Проявления импульсивности характеризуются:

- отвечает на вопросы, не задумываясь и не дослушав их до конца
- с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях
- мешает другим, пристаёт к окружающим во время беседы или игры.

Может быть сочетание всех трех проявлений данного синдрома или преобладание какого-либо из них. Этот синдром встречается чаще у мальчиков, чем у девочек. Данный диагноз считается обоснованным лишь в тех случаях, когда наблюдаемые у ребенка симптомы характеризуются значительной степенью выраженности, постоянством и сочетаются друг с другом. Отдельные и временные характеристики в поведении детей, даже если они имеют сходства, не могут считаться основанием для данного диагноза. Это может быть на фоне болезни, в ситуациях протеста или когда ребенок хочет привлечь к себе внимание, т.е. когда имеют место психологические конфликты, психотравмирующие факторы. Все эти симптомы проявляются и при психических расстройствах.

Дети с гиперактивностью и дефицитом внимания отличаются от сверстников высокой двигательной активностью уже в первые два года жизни. Их невозможно удержать от постоянных перемещений по дому, они повсюду забираются и все хватают руками. Ребенок постоянно оказывается в опасной ситуации, часто получает травмы, если его оставить без присмотра.

С возрастом ребенок остается чрезвычайно подвижным, его избыточная активность всегда бесцельна и не соответствует требованиям конкретной обстановки. Но оказавшись в новой обстановке с незнакомыми людьми, его гиперактивность тормозится на фоне волнения.

Наиболее выраженная гиперактивность наблюдается в дошкольном и младшем школьном возрасте. В дальнейшем это проявляется неусидчивостью, суетливостью, беспокойством в виде таких проявлений, как: что-то крутит в руках или трясет ногами. Импульсивность проявляется в ходе событий, которые не совпадают с желанием ребенка, он ломает игрушки, обижает детей. Эти дети не могут учиться на собственных ошибках. Не смотря на постоянные наказания со стороны взрослых, ситуации эти повторяются изо дня в день. У таких детей часто бывает энурез, энкопрез.

Но надо отметить, что у таких детей все же существует избирательная заинтересованность, когда они могут часами уделять время любимому занятию.

После 7-9 лет гиперактивность ослабевает. Но импульсивность и нарушение внимания сохраняются на весь период школьного обучения. Для подростков с данным синдромом характерны несамостоятельность, безответственность. Трудности в организации и выполнении поручений. Многих подростков отличают безрассудное поведение, сопряженное с неоправданным риском, трудности в соблюдении правил поведения, неподчинении требованиям взрослых. Они склонны к вовлечению в подростковые группировки, совершению правонарушений, употреблению наркотиков и алкоголя.

Все эти симптомы сохраняются и в зрелом возрасте у 20-30% пациентов, трансформируются и проявляются рассеянностью, забывчивостью, отсутствием навыков планирования, частой сменой работы, проблемами в семейной жизни, конфликтностью и т.д.

Раннее выявление гиперактивного синдрома с дефицитом внимания и проведение коррекционных мероприятий с применением эффективных современных методов позволяет достичь значительных результатов. **К таким мероприятиям относятся:**

-медикаментозные методы лечения. Обратившись к специалисту, ребенку будут назначены препараты, необходимые для улучшения мозговых процессов

-особое внимание должно быть уделено организации режима дня и особенно физической деятельности и закаливанию. К сожалению, многие забывают об этом и часто недооценивают значение физической деятельности для развития ребенка.

Организации режима дня вашему вниманию будет предложена отдельная тема.

-методом коррекции может служить эстетическое воспитание ребенка. Музыкаотерапия в виде музыкально-ритмических занятий или прослушивание музыки перед сном: музыкальный ритм изменяет деятельность нервной системы, создает радостное настроение, воспитывает активное внимание.

Следующей важной проблемой являются расстройства школьной адаптации. Институтом мозга человека РАН им. Н.П.Бехтерева были обследованы в 2009 году 336 детей с явлениями школьной дезадаптации в возрасте 7-14 лет. Из них у 49,7% были выявлены тревожные расстройства. Эти явления, как говорилось ранее, чаще проявляются у детей с минимальными мозговыми дисфункциями, примерно у половины таких детей стоит этот диагноз, и особенно его проявления, связанные с синдромом гиперактивности и дефицита внимания. Второй по распространенности причиной школьной дезадаптации являются неврозы и неврозоподобные синдромы. На третьем месте стоит умственная отсталость, аффективные расстройства. Т.е. зная диагноз ребенка, вы сможете вовремя и правильно подготовить ребенка к школе, правильно определить его маршрут обучения.

Под школьной дезадаптацией понимают нарушения приспособления личности ребенка к условиям обучения в школе. Наиболее часто эти проявления регистрируются в начале обучения в 1 классе, при переходе из младшей школы в среднюю в 5 классе, при окончании средней школы в 7-9 классах.

В настоящее время рассматриваются 3 основных компонента школьной дезадаптации:

-когнитивный, который проявляется в неуспеваемости, недостаточности знаний и навыков

-личностный, т.е. определяющий отношение к обучению

-поведенческий, который проявляется в нарушении поведения в школе

Дополнительно к этим компонентам можно добавить психоневрологический, к проявлениям которого относятся тревожные расстройства, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, тики, головные боли, астенические расстройства. Данные патологические состояния могут выступать как в качестве причины школьной дезадаптации, так и являться следствием ее появления.

Одним из наиболее частых проявлений школьной дезадаптации является возникновение тревожных расстройств. Тревога представляет неприятное эмоциональное состояние и проявляется чувством неопределенности, ожиданием плохих событий, предчувствиями. Это патологические состояния. Развитие их происходит при взаимодействии психологических, биологических и средовых факторов. Факторы риска включают родительскую тревожность, "тревожный" темперамент ребенка с тенденцией к замкнутому стилю поведения, травматические, негативные и стрессовые события в жизни ребенка. Поведение таких детей характеризуется робостью, застенчивостью, подавлением эмоций в обществе незнакомых людей или в непривычной обстановке. Причинами тревожности могут быть негативные требования к ребенку, неадекватные, чаще завышенные требования, несовпадения между ожиданиями взрослых и достижениями ребенка.

Проявляются тревожные состояния в виде жалоб на постоянную нервозность, мышечное напряжение, дрожь, потливость, сердцебиение, головные боли, головокружение, боли в животе. У детей младшего школьного возраста тревожные состояния часто сочетаются с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, у старших - с развитием страхов, депрессий, формированием низкой самооценки, склонностью к суициду.

Если родитель в течение всей дошкольной жизни ребенка принимает активное участие в его воспитании, знает особенности его характера, он не будет предъявлять завышенных требований к ребенку, будет любить ребенка таким, какой он есть. Необходимо поддерживать ребенка, особенно, если это ребенок из детского дома, не злиться на его неудачи, а учить тому, с чем он возможно никогда не был знаком на протяжении всей своей жизни вне семьи. Огромную роль в формировании нервных связей играет общение ребенка с окружающим миром при помощи взрослых. Основным качеством, которое надо проявлять взрослым при воспитании детей является терпение. И еще надо помнить, что поощрение ребенка дает больший результат, чем наказание.

Следующей актуальной проблемой, с которой часто приходится сталкиваться, воспитывая ребенка из детского дома, является проблема **нарушения мочеиспускания**. Энурез отнесен к категории психических и поведенческих расстройств и определяется как стойкое непроизвольное мочеиспускание днем и, или ночью, не соответствующее физиологическому возрасту ребенка.

Известно, что мальчики в 2 раза чаще страдают энурезом, чем девочки. От времени появления выделяют первичный и вторичный энурез. При первичном энурезе ребенок с первых лет жизни не имеет длительных, в

течение 3-6 месяцев, периодов, когда он просыпался сухим. В большинстве случаев первичный энурез проявляется только ночью. Вторичный энурез - состояние, когда ребенок начинает снова мочиться в постель после значительного периода ремиссии в течение не меньше 3 месяцев. При вторичном энурезе отмечается связь с различными урологическими, неврологическими, психическими или эндокринными заболеваниями. Чаще распространен первичный энурез и также чаще ночной, чем дневной. Для возникновения энуреза основой являются неврологические расстройства, задержка созревания нервной системы, анатомо-функциональные изменения со стороны моче-выводящих органов, инфекции моче-выводящих путей.

Наиболее популярной гипотезой возникновения энуреза является задержка созревания нервной системы. Задержка темпов созревания центральной нервной системы и развитие энуреза являются следствием раннего органического поражения головного мозга, связанного с патологией беременности и родов. Обычно таким детям ставят диагноз перинатального поражения центральной нервной системы гипоксического и травматического генеза. Под влиянием гипоксии (недостаточного кислородного снабжения) возникают нарушения мозгового кровообращения, которые сохраняются длительное время после рождения и являются одной из причин формирования органической патологии и нарушениями психомоторного развития. Клиническими проявлениями этого состояния являются поражения вегетативной нервной системы, о чем говорилось ранее, и в том числе нейрогенные дисфункции мочевого пузыря. Так, довольно распространенными являются сочетания энуреза с гиперактивностью, энуреза и нарушений поведения у детей и подростков. В норме к 3-4 годам или даже раньше у ребенка должен сформироваться волевой контроль мочеиспускания, в этот же период родители активно формируют у ребенка навыки опрятности. Таким образом, развитие волевого контроля мочеиспускания зависит от родительских усилий и является одним из этапов психического развития детей. Имеет значение и характер сна. Чаще всего эпизоды ночного энуреза отмечаются на границе стадий сна. Считается, что во время заполнения мочевого пузыря, при переходе глубокого сна в поверхностный, импульсации от мочевого пузыря оказывается недостаточно для пробуждения ребенка, что и завершается мочеиспусканием в постель в сонном состоянии. Имеет значение и наследственная предрасположенность к этому заболеванию.

Хочется подчеркнуть влияние психологических факторов и стресса в прогрессировании энуреза. В исследованиях последних лет показано, что не психопатология ведет к энурезу, а напротив, энурез приводит к поведенческим аномалиям и проблемам социальной адаптации, причем нарушения поведения у детей 5 лет и старше отмечаются вне зависимости от частоты энуреза. Установлен несомненный факт, что после излечения энуреза у детей наблюдаются положительные психологические изменения.

Чтобы выбрать тактику лечения энуреза, необходимо обратиться к врачу. В последние годы наиболее эффективными считаются два основных

направления терапии: коррекция поведения и медикаментозная терапия. Считается, что такие методы, как ограничение приема жидкости, частые пробуждения для опорожнения мочевого пузыря, гипноз не имеют никаких научных доказательств пользы от их применения.

Важную роль в лечении энуреза играет мотивационная терапия, которая направлена на установление позитивных отношений между ребенком и родителями. Родителям необходимо помочь избавиться от чувства вины ребенка. Необходимо убедиться, что сам ребенок уже созрел и готов избавиться от этого недуга. Время отхода ко сну должно быть спокойным, рекомендуется чтение сказок или разговор на нейтральную тему. Перед тем как лечь в постель, ребенок должен обязательно помочиться, его постель должна быть достаточно жесткой. При очень глубоком сне спящего ребенка рекомендуется несколько раз перевернуть во сне. Следует сократить потребление продуктов, содержащих кофеин, таких как шоколад, чай, кофе, газированные напитки. Родителям не следует акцентировать внимание на неудачах, но не забывать похвалить ребенка, когда ему удастся не помочиться в постель.

Выбор медикаментозной терапии остается за врачом.

Частым вариантом дисфункций мочевого пузыря является нестабильный мочевой пузырь, что проявляется синдромом частого дневного мочеиспускания, стрессовым недержанием, недержанием мочи при смехе и т.д. Причиной указанного типа может также являться перинатальная энцефалопатия. Терапия должна быть комплексной с применением средств, нормализующих обменные процессы в центральной нервной системе, седативных препаратов, физиотерапии и благоприятного эмоционального комфорта, созданного ребенку.

ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ (ответить на вопросы письменно):

1. Синдром гиперактивности проявляется бесцельной двигательной активностью и болтливостью?
2. Согласны ли Вы, что энурез может быть причиной нарушений поведения?

Вопрос	Да	Нет
1.Нервная система в процессе развития человека претерпевает существенные изменения, мозговая деятельность заканчивает свое созревание к 20 годам		
2.Гипоталамус-отдел мозга, который управляет нашими эмоциями и отвечает за половое развитие, чувство насыщения, терморегуляцию, сон		
3.Мозговые дисфункции могут проявляться в расстройстве развития речи, школьных навыков, поведенческих и эмоциональных нарушениях		

4.Синдром гиперактивности с дефицитом внимания чаще встречается у девочек		
---------------------------------------------------------------------------	--	--

Ответьте на вопросы "да" или "нет"

3.Какие негативные факторы во время беременности женщины могут оказывать патологическое влияние на плод?

4.Как Вы поняли проявление синдрома гиперактивности, и как он может влиять на обучение в школе?

5.Встречались ли Вы в жизни с такими детьми и как находили с ними общий язык. Чем смогли заинтересовать ребенка?

6.Какое участие родителей в лечении ребенка, страдающего энурезом?