

Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием Пантокальцина®

Т.А.Лазебник, В.Н.Румянцева, Н.А.Шейде,
Т.В.Назаренко, О.Ф.Красавцева

РГПУ им. Герцена, Санкт-Петербург

В последние годы и родители, и педагоги часто жалуются на задержки речевого развития: дети поздно начинают говорить, мало и плохо разговаривают, их речь бедна и примитивна. Специальная логопедическая помощь нужна практически каждой группе детского сада. Такая картина наблюдается не только в нашей стране, но и во всем мире. Как показали специальные исследования, 25% четырехлетних детей страдают серьезными нарушениями в речевом развитии. В середине 70 годов дефицит речи наблюдался только у 4% детей того же возраста. За 20 последних лет число речевых нарушений возросло более чем в шесть раз [2].

В основу логопедического заключения при обследовании дошкольников с нормальным интеллектом заложены характеристики нарушения речи согласно симптоматологической (психолого-педагогической) и клинико-педагогической классификациям, раскрывающим механизм, формы и виды речевых расстройств.

Симптоматологическая (психолого-педагогическая) классификация учитывает вид и степень выраженности нарушений различных компонентов речи. В данной классификации присутствуют следующие группы нарушений речи:

1. Фонетическое нарушение речи (ФНР) или нарушение произношения отдельных звуков (НПОЗ).

При ФНР нарушены фонетическая сторона речи (звукопроизношение, звуко-слоговая структура речи, просодика) в комплексе или какие-либо отдельные компоненты фонетического строя речи (например, только звукопроизношение или звукопроизношение и звуко-слоговая структура слова).

2. Фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР).

При ФФНР наряду с нарушением фонетической стороны речи имеется и недоразвитие фонематических процессов: фонематического восприятия (слуховой дифференциации звуков), фонематического анализа и синтеза, фонематических представлений.

3. Лексико-грамматическое недоразвитие речи (ЛГНР).

При ЛГНР у детей присутствует нормальное звукопроизношение, относительно сохранены фонематические процессы (чаще всего в результате логопедического воздействия). Однако отмечаются ограниченный словарный запас и нарушение грамматического строя речи.

4. Общее недоразвитие речи (ОНР I, II и III уровня), а также нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НОНР).

При ОНР у детей нарушены все компоненты языковой (речевой) системы: фонетико-фонематическая сторона речи, лексика, грамматический строй.

Клинико-педагогическая классификация (Л.С.Волкова и соавт., 1999г.) является в большей степени «симптоматической», то есть отражает преимущественно клиническую картину речевого расстройства. Она включает:

1. Нарушения устной речи.

1.1. Нарушение фонационного оформления высказывания (произносительной стороны речи).

Наиболее значимыми клиническими проявлениями нарушений устной речи являются:

- Дисфония (афония) – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется в виде нарушений силы, высоты и тембра голоса.
- Брадилалия – патологически замедленный темп речи.
- Тахилалия – патологически ускоренный темп речи.
- Заикание – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным сокращением мышц речевого аппарата.
- Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.
- Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Речь невнятна, монотонна, искажено произношение всех звуков.
- Дизартрия – нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органическим поражением ЦНС и расстройствами иннервации речевого аппарата. Общими клиническими признаками дизартрии являются нарушения мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры.

1.2. Нарушение структурно-семантического оформления высказывания.

- Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном периоде или в раннем (доречевом) периоде развития ребенка. Синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, дисфазия развития.
- Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением речевых зон коры головного мозга в результате черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, нейроинфекции и других заболеваний ЦНС.

2. Нарушения письменной речи.

- Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения.
- Дисграфия – частичное специфическое нарушение письма [3, 5].

Классификация, представленная далее (РГПУ им. Герцена, 2001 г.), является вариантом пересечения двух классификаций: клинико-педагогической и психолого-педагогической:

1. ФНР или НПОЗ:

- дислалия;
- дизартрия или стертая дизартрия;
- нарушения голоса;
- ринолалия.

2. ФФНР:

- дислалия;
- дизартрия или стертая дизартрия;
- ринолалия.

3. ЛГНР:

- выход из моторной (сенсорной) алалии;
- по типу задержки речевого развития;
- при задержке психического развития (ЗПР);
- невыясненного генеза.

4. ОНР I, II, III уровня, НОНР:

- моторная алалия;
- сенсорная алалия;
- сенсомоторная алалия;
- дизартрия или стертая дизартрия;

- по типу задержки речевого развития;
- при ЗПР;
- невыясненного генеза.

5. Нарушения темпа и ритма речи:

- заикание;
- тахилалия;
- брадилалия;
- спотыкание (полтерн).

В терапии речевых нарушений у детей большая роль отводится логопедическим занятиям, психотерапии. Медикаментозное лечение является комплексным и включает в себя седативные препараты, нейролептики, антидепрессанты, витамины, особая роль отводится ноотропным лекарственным средствам [5].

Среди ноотропных средств препаратом выбора для лечения речевых расстройств у детей является отечественный препарат Пантокальцин® (гопантенная кислота) производства ОАО «Валента Фарм», который благодаря своему составу эффективно улучшает показатели психо-речевого развития детей, действуя при этом мягко и безопасно.

Фармакологическое действие Пантокальцина®, прежде всего, обусловлено его принадлежностью к группе ноотропных препаратов. Спектр действия Пантокальцина® связан с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты. Препарат обладает нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Пантокальцин® повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах. Пантокальцин® обладает противосудорожным действием, уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочиванием поведения и оказывает активирующее влияние на работоспособность и умственную деятельность.

Основными показаниями к назначению Пантокальцина® являются:

- когнитивные нарушения при органических поражениях головного мозга и невротических расстройствах;
- психоэмоциональные перегрузки, снижение умственной и физической работоспособности, нарушение концентрации внимания и запоминания;
- задержка психического, речевого, моторного развития или их сочетания; детский церебральный паралич; заикание; эпилепсия (в составе комбинированной терапии);
- последствия перенесенных нейроинфекций и черепно-мозговых травм;
- комплексная терапия цереброваскулярной недостаточности, вызванной атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга, сенильной деменции (начальной формы), резидуальных органических поражений мозга у лиц зрелого возраста и пожилых людей;
- церебральная органическая недостаточность у больных шизофренией (в комбинации с нейролептиками, антидепрессантами);
- экстрапирамидные гиперкинезы.

Режим дозирования Пантокальцина®:

Средняя разовая доза для детей – 0,25–0,5 г; суточная – 0,75–3 г.

Средняя разовая доза для взрослых – 0,5–1 г; суточная – 1,5–3 г.

Курс терапии Пантокальцином® составляет от 1 до 4 мес, в отдельных случаях – до 6 мес. Через 3–6 мес возможно повторение курса лечения.

Побочные действия препарата выражены незначительно и могут проявляться в виде аллергических реакций, ринита, конъюнктивита, кожной сыпи.

Противопоказаниями являются острые тяжелые заболевания почек, а также повышенная чувствительность к препарату [4].

На базе городского дошкольно-образовательного учреждения №5 Невского района г. Санкт-Петербург было проведено пилотное исследование по применению препарата Пантокальцин® в терапии речевых нарушений у детей.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения Пантокальцина® при нарушениях речи у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы

У всех включенных в исследование детей в основу постановки и обоснования диагноза «специфические расстройства развития речи и языка» была положена классификация МКБ-10 (F 80). Были обследованы 20 детей с речевыми нарушениями. С целью сравнительной оценки эффективности действия Пантокальцина® все пациенты были разделены на 2 группы.

Основную группу (I) составили 10 детей в возрасте от 4 до 6 лет с ОНР III уровня, получавшие терапию Пантокальцином® в течение 1 мес. У 5 детей резидуальная энцефалопатия и задержка речевого развития сочетались с двигательными нарушениями, а у 5 детей – с синдромом дефицита внимания.

Группу сравнения (II) составили 10 детей (8 детей с ОНР III уровня; 2 детей – с ФФНР) в возрасте от 4 до 6 лет, не получавшие Пантокальцин®. У 7 детей резидуальная энцефалопатия и задержка речевого развития сочетались с двигательными нарушениями, а у 3 детей – с синдромом дефицита внимания.

Основным этиологическим фактором специфических расстройств у включенных в исследование пациентов явилось гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы в родах, подтвержденное анамнестическими, клиническими данными и дополнительными методами исследования (ультразвунография головного мозга и электроэнцефалография).

Психологическое обследование детей I и II групп включало исследование:

- процесса мышления;
- слухоречевой и зрительной памяти;
- процесса восприятия;
- общей эрудиции.

Неврологическое обследование состояло из оценки:

- неврологического статуса;
- мелкой моторики (оценивалась по количеству выполненных заданий из 22 предложенных ребенку);
- когнитивных функций ребенка: четкости произношения звуков, речи, словарного запаса; грамматического построения речи;
- внимания;
- импульсивности;
- гиперактивности (по общепринятым методикам).

Назначение Пантокальцина® согласовывалось с родителями детей и производилось под динамическим наблюдением специалистов: педиатра, невролога, логопеда, психолога, воспитателей и родителей. В течение первых 3 дней пациенты I группы получали Пантокальцин® по 1 таблетке (250 мг) 1 раз в день, затем по 1 таблетке (250 мг) 2 раза в день после еды в течение 30 дней. Клинико-психологическое обследование проводилось до начала и после завершения курса терапии Пантокальцином® (1 мес).

Результаты исследования

Психоречевое развитие

Улучшение показателей психоречевого развития в основной группе на фоне лечения было отмечено у 70% детей, при этом у 50% детей с резидуальной энцефалопатией, задержкой речевого развития и синдромом дефицита внимания динамика была наиболее выражена.

Пантокальцин®

Гопантеновая кислота 0,25 и 0,5 г

**Эффективный препарат для лечения
неврологических заболеваний у детей!**



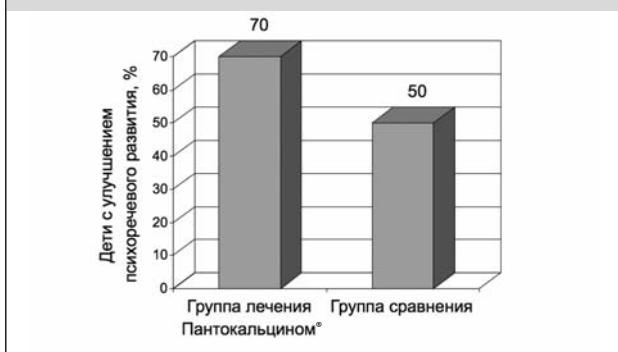
- Уменьшает агрессивность, тревожность, расторможенность детей
- Снижает моторную возбудимость и упорядочивает поведение
- Улучшает память, концентрацию внимания
- Сочетает мягкий стимулирующий и умеренный седативный эффекты
- Обеспечивает высокую безопасность



ОАО «Валента Фармацевтика»
119530, Москва, ул. Генерала Дорохова, д. 18, корп. 2
тел. (495) 933-60-80, 933-12-68 | факс (495) 933-60-81
moscowoffice@valentapharm.com | www.valentapharm.com
Регистрационное удостоверение МЗ РФ № PN 001397/01 от 07.09.2007

Количество выполняемых заданий по мелкой моторике в исследуемых группах				
Группы	Количество выполненных заданий, %		Количество невыполненных заданий, %	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Основная группа	63,6%	81,8%	36,4%	18,2%
Группа сравнения	59,0%	68,2%	40,9%	31,8%

Рис. 1. Сравнение показателей психо-речевого развития в исследуемых группах после лечения.



ной. Улучшение показателей психоречевого развития было зафиксировано неврологом, логопедом и родителями детей.

В группе сравнения положительная динамика отмечалась только у 50 % детей, преимущественно в произношении (рис. 1).

Мелкая моторика

Количество выполняемых заданий по мелкой моторике детьми основной группы и группы сравнения отражено в таблице и на рис. 2.

На фоне лечения в основной группе число выполняемых заданий по мелкой моторике увеличилось на 18,2%, а в группе сравнения – на 9,2%. Улучшение наблюдалось преимущественно у пациентов с сочетанием резидуальной энцефалопатии, задержкой речевого развития и двигательных нарушений.

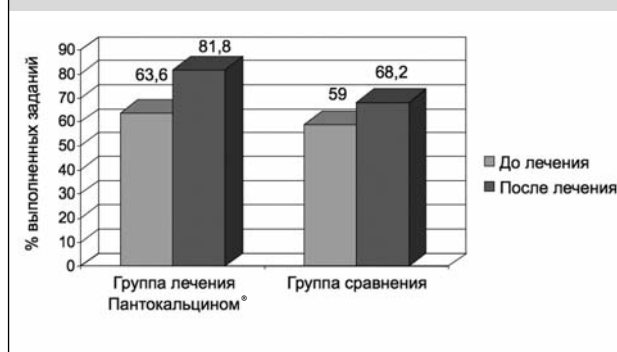
Результаты психологического обследования

При повторном психологическом обследовании детей основной группы была выявлена четкая положительная тенденция по следующим параметрам: устойчивость и концентрация внимания, зрительное восприятие. Была положительная динамика в интеллектуальной сфере: у детей стал более быстрый темп мышления, дети стали лучше использовать подсказки. Психологом и педагогами была отмечена положительная динамика в эмоционально-личностной сфере: стабилизировалось настроение, уменьшилась тревожность и плаксивость, снизился уровень агрессивных реакций, расширился репертуар и сюжетная линия игровых действий.

Таким образом, мониторинг обследования основной группы детей на протяжении месяца приема Пантокальцина® позволил установить:

- улучшение показателей психо-речевого развития у 70% детей (в группе сравнения аналогичный показатель составил 50%);

Рис. 2. Динамика выполняемых заданий по мелкой моторике в исследуемых группах.



- улучшение «мелкой моторики» у всех детей основной группы на 18,2% (в группе сравнения – на 9,2%);
- улучшение концентрации внимания;
- более успешное выполнение заданий на зрительное восприятие в основной группе, в отличие от группы сравнения.

Переносимость препарата была хорошей, все пациенты основной группы завершили курс терапии Пантокальцином®.

Заключение

Полученные в проведенном исследовании данные позволяют сделать вывод о положительном влиянии Пантокальцина® на показатели психо-речевого развития детей с общим недоразвитием речи III уровня. На фоне приема Пантокальцина® у детей отмечалось улучшение концентрации внимания и запоминания, познавательной деятельности, а также развитие «мелкой моторики». Эффективность и безопасность применения Пантокальцина® являются основанием для более широкого использования препарата в педиатрической практике для лечения речевых нарушений у детей.

Литература

1. Лазебник Т.А., Румянцева В.Н., Шейде Н.А., Назаренко Т.В., Красавцева О.Ф. Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием Пантокальцина // Эффективная фармакотерапия в педиатрии. 2010; 1: 12–16.
2. <http://logopediya.com/>
3. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения. Сборник методических рекомендаций РГПУ им. Герцена. С-Пб., 2001 г.
4. Инструкция к препарату Пантокальцин.
5. Лазебник Т.А., Чутко Л.С., Кропотова Ю.Д., Иова А.С. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей. Методическое пособие. С-Пб., 2002 г.