

Т.А. Захарычева¹, Е.А. Ларина²

РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МИНИМАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Дальневосточный государственный гуманитарный университет², г. Хабаровск

В последние десятилетия, в связи с достижениями новейших медицинских технологий (экстракорпоральное оплодотворение, пролонгирование патологической беременности, реанимация новорожденных), особую актуальность приобрела проблема повышения качества жизни детей с перинатальной патологией нервной системы. Удельный вес перинатальных поражений достигает 60-70% в структуре неврологических заболеваний. Но даже такие негрубые повреждения, как минимальная церебральная дисфункция (МЦД), хотя и не сопровождаются интеллектуальными расстройствами, существенно затрудняют обучение детей и их социальную адаптацию [1-4, 6, 7]. Поэтому проблемы своевременной диагностики, лечения и адекватной реабилитации детей с МЦД привлекают пристальное внимание как врачей различных специальностей — неонатологов, педиатров, неврологов, ортопедов и др., так и специалистов по коррекционной педагогике.

Цель исследования — изучить спектр речевых расстройств у детей младшего школьного возраста с минимальной церебральной дисфункцией.

Задачи исследования:

1. Выявить факторы риска формирования речевых расстройств у младших школьников с МЦД.
2. Изучить особенности неврологического статуса пациентов.
3. Исследовать спектр речевых расстройств у данной категории больных.

Авторы надеются, что междисциплинарный анализ механизмов языковых нарушений у детей младшего школьного возраста с МЦД вызовет интерес к данной проблеме у представителей медицинских специальностей и коррекционных педагогов.

Материалы и методы

Обследовано 60 детей (35 мальчиков и 25 девочек) в возрасте от 7 до 10 лет с общим недоразвитием речи (основная группа). Группу сравнения, адекватную по полу и возрасту основной группе, составили 32 ребенка с нормальным речевым развитием.

Изучали особенности анамнеза жизни посредством анализа медицинских карт амбулаторного больного, исследовали неврологический статус по общепринятой классической схеме, выполняли логопедическое обследование с помощью традиционной методики, модифицированной в соответствии с задачами исследования, оценивали качество дыхания по следующим параметрам: глубокое, ровное, поверхностное, неглубокое, затрудненное, со всхлипыванием на вдохе. Проведено психологическое обследование детей [5, 8-10] и анкетирование их родителей.

Резюме

Приведены результаты обследования 60 детей в возрасте от 7 до 10 лет с минимальной церебральной дисфункцией и общим недоразвитием речи. Изучены факторы риска формирования речевых расстройств, их спектр и особенности неврологического статуса пациентов.

Ключевые слова: расстройства речи, минимальная церебральная дисфункция.

T.A. Zakharycheva, E.A. Larina

SPEECH DISORDERS IN CHILDREN WITH MINIMAL CEREBRAL DYSFUNCTION OF YOUNGER SCHOOL AGE

Far Eastern State Medical University;
Far Eastern State Humanitarian University, Khabarovsk

Summary

The article contains data of examination of 60 patients at the age from 7 to 10, suffering from minimal cerebral dysfunction accompanied with speech disorders. The risks factors, peculiarity of speech disorders and neurological status are described.

Key words: speech disorders, minimal cerebral dysfunction.

Статистическая обработка результатов исследования производилась общепринятыми методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistic for Windows 5.0.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ факторов риска выявил их достоверное преобладание в основной группе ($p < 0,001$). Ведущим неблагоприятным медико-биологическим фактором у пациентов основной группы оказался отягощенный акушерский анамнез (100% случаев): инфекционные и соматические заболевания матери в период беременности (70% случаев), токсикоз различной степени тяжести первой (85%) или второй (23,3%) половины беременности; угроза прерывания беременности (31,6%); патология плаценты (10%); обвитие плода пуповиной (10%); патология родовой деятельности — слабость, стремительные роды, преждевременное отхождение околоплодных вод (90%); инструментальные роды — наложение акушерских щипцов (8,3%), оперативное родоразрешение (21,6%).

В периоде новорожденности у 30% детей была диагностирована асфиксия, у 33,3% — гипоксия плода, у

29,9% — натальные травмы головы и шейного отдела позвоночника, у 26,6% — легкая родовая травма.

Воздействие психосоциальных факторов, таких как социально-бытовые, психоэмоциональные и социальные особенности матерей, психологические особенности в семье и методы воспитания, было обнаружено в 100% случаев ($p < 0,001$).

Среди социально-бытовых наиболее значимыми оказались неудовлетворительные условия проживания (45% семей против 18,8% в группе сравнения), отсутствие у ребенка собственного рабочего места — детского уголка, письменного стола (86,7%).

Анкетирование матерей обнаружило высокий уровень психоэмоциональных стрессов и депрессивных состояний в период беременности (93,3%), страх родов — (76,7%), авторитарность стиля воспитания матерей на фоне большой занятости собственной профессиональной карьерой (68,3%).

Неблагоприятными семейными психологическими факторами являлись конфликты между родителями по вопросам воспитания (61,7%), беспокойная обстановка в семье (58,3%), частые ссоры между родителями в присутствии ребенка (51,7%), алкоголизм отца (48,3%), воспитание в неполной семье (35%). Установлены дефекты воспитания: с помощью криков (86,7%), физических методов наказания (68,3%). Нарушения режима дня отмечены в 61,7% случаев.

Результаты анкетирования позволили выявить у всех детей основной группы ряд эмоционально-волевых и личностных особенностей: повышенную возбудимость, обидчивость, неуверенность в себе, робость, тревожную мнительность в сочетании с озлобленностью, агрессивностью и склонностью к негативным реакциям. Также отмечались пассивность и инертность в деятельности, плохая организованность, низкая работоспособность, избалованность и конфликтность.

С диагнозом «перинатальные поражения ЦНС» на диспансерном наблюдении находились 86,6% детей основной группы. Расстройства общей моторики были выявлены у 95% пациентов, задержка физического развития — у 45%, нарушения зрения и слуха — у 25%. Задержка речевого развития (гуление, лепет, первые слова) имела место в 66,6% случаев, фразовая речь оказалась несформированной к полутора годам у 81,6% детей.

Пациенты основной группы обнаруживали патологические изменения в неврологическом статусе: негрубые расстройства мышечного тонуса (100%), оральные синкинезии (63,3%), замедление темпа движения при их повторении (55%); симптомы поражения краниальных нервов — птоз верхнего века (15%), асимметрия носогубных складок (51,6%), девиация языка (56,6%); гиперкинезы языка (68,3%) и тремор его кончика при повторных движениях и удержании позы (73,3%); цианоз языка (28,3%), гиперсаливация (48,3%). Нарушения дыхания имели место в 35% случаев: диагностировался преимущественно верхнеключичный и грудной тип дыхания, реже диафрагмально-реберный; преобладал мягкий способ подачи голоса при наличии у некоторых обследуемых твердой и придыхательной атаки. Нейропсихологическое обследование детей обнаружило в 100% случаев нарушения слухового гнозиса, мнестических функций и произвольного внимания.

Все вышеперечисленные симптомы свидетельствовали о негрубом поражении верхних слоев коры головного мозга, выполняющих ассоциативные функции. Кроме того, страдала и экстрапирамидная система (подкорково-мозжечковые ядра, ядра ствола мозга и проводящие пути), регулирующая мышечный тонус, последовательность сокращения речевых мышц, синхронность в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата и эмоциональную выразительность речи.

Логопедическое обследование обнаружило у пациентов основной группы легкую степень псевдобульбарной дизартрии, которая сопровождалась системным недоразвитием языковых средств и несовершенством ряда гностикопрактических функций: нарушением звукопроизношения (100%), несформированным пространственным восприятием (60%), плохой ориентацией во времени (46,7%), расстройствами двигательных функций (100%), ошибками в словообразовании (100%) и грамматическом строе (63,3%), нарушением слухомоторных координаций (48,3%). Выраженные двигательные затруднения проявлялись в общей, мелкой, мимической и артикуляционной моторике: повышенном тоне мышц, ограничении объема и скорости переключения движений, снижении тактильного осязания, быстрой утомляемости. Обнаружены признаки несформированности процесса письма с преобладанием ошибок дисграфического характера: отграничение речевых единиц (95%), ошибки звукового анализа (100%), обозначение мягкости согласных (78,2%), аграмматизмы (100%), неправильное употребление предлогов (33,3%), смешение букв по артикуляционно-акустическому сходству (100%), персеверации (13,3%), антиципации (15%), кинетическое смешение (31,6%).

Скрининг-диагностика детей с нормальным речевым развитием свидетельствовала о высоком и промежуточном (выше среднего) уровне сформированности интонационной стороны речи. Выявленные функционально незначимые несовершенства интонационной выразительности речи являлись онтогенетическими, не затрудняли процесс коммуникации и исправлялись детьми самостоятельно или под воздействием обучения.

Результаты скрининг-диагностики интонационной стороны речи у детей основной группы с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии свидетельствовали о грубых нарушениях интонационных подсистем. Высокий уровень выполнения диагностических заданий не был диагностирован, промежуточный (выше среднего) уровень наблюдался в единичных случаях. Большинство детей демонстрировали низкий, промежуточный (ниже среднего) или средний уровень сформированности интонационной стороны речи. Качественная интерпретация результатов использования мелодического, динамического и временного компонентов интонации выявила затруднения в различении коммуникативно-прагматических вариантов предложений (повествовательное — вопросительное — восклицательное) и их дифференциации. Преобладал простой или «сглаженный» мелодический контур, монотонность интонационного оформления высказывания, затруднения в использовании мелодических контрастов, что препятствовало точной передаче характерных признаков основных коммуникативных типов предложений, а также

затрудняло восприятие и оценку речи окружающими. Дети нуждались в постоянном стимулирующем материале и помощи логопеда. Наибольшие трудности у школьников возникали в процессе самостоятельной реализации различных компонентов интонации, предполагающих их слухопроизводительную дифференциацию.

В ходе выполнения проб диагностировался премоторный тип нарушения, реже височный тип расстройства. Дети затруднялись в определении «главного» слова в предложении, обладающего интонационно-смысловой активностью, воспроизведении словесных ударений, паузировании, интонационный навык не был сформирован.

Выводы

1. Неврологическое, психологическое и логопедическое обследования обнаружили у всех детей с речевыми расстройствами негрубые неврологические дефекты корково-подкорково-стволового уровня: изменения мышечного тонуса и другие экстрапирамидные расстройства; симптомы поражения краниальных нервов; нарушения слухового гнозиса, мнестических функций и произвольного внимания.

2. Особенностью речевых расстройств у детей с МЦД оказался их смешанный характер — псевдобульбарная дизартрия легкой степени в сочетании с системным недоразвитием языковых средств и несовершенством ряда гностико-практических функций.

3. Результаты изучения анамнеза, анкетных данных и медицинской документации детей младшего школьного возраста с МЦД свидетельствуют, что ведущими факторами риска развития речевых расстройств являются перинатальные повреждения ЦНС и неблагоприятное социально-психологическое воздействие в семье.

4. Несформированность интонационной стороны речи и интонационного навыка у младших школьников с общим недоразвитием речи и легкой степенью псевдобульбарной дизартрии существенно влияет на коммуникативные функции и приводит к сложностям усвоения учебного материала.

Л и т е р а т у р а

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста [под ред. Л.С. Цветковой]. - М., 2001. - 309 с.

2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - М.: Триада-Х, 2001. - 638 с.

3. Дудник П.В. Анализ психомоторного развития детей первого года жизни с гипоксическим поражением центральной нервной системы на фоне восстановительного лечения // Современные аспекты профилактики и оздоровления детей в условиях Крайнего Севера. - Якутск, 2003. - С. 122-126.

4. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. - М., 2000.

5. Лалаева Р.И., Бенедиктова Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников: Учебно-методическое пособие. - СПб.: Изд-во «СОЮЗ», 2003. - 224 с.

6. Ноговицина О.Р., Левитина Е.В. Исследование факторов риска развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Научный вестник Тюменской медицинской академии. - 2003. - № 5-6. - С. 39-40.

7. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. - СПб.: Питер, 2001. - 224 с.

8. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М., 2002. - 126 с.

9. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. - М.: ТЦ «Сфера», 2005. - 128 с.

10. Стамбулова Н.Б. Исследование психических процессов и двигательных качеств у школьников 8-12 лет. - Л., 1978 - 132 с.

Координаты для связи с авторами: Захарычева Татьяна Адольфовна — доктор мед. наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом психиатрии и наркологии ФПК и ППС ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-61-82-19, e-mail: dolika@inbox.ru; Ларина Елена Анатольевна — канд. пед. наук, доцент кафедры логопедии и олигофренопедагогики ДВГТУ, г. Хабаровск.

