

Е.И. Онопричук

Ю.А. Треймут

Н.В. Иванова

НИИЛОР, ГОУССА и РЕЧИ, Санкт-Петербург, Россия

Специфические расстройства развития речи у детей дошкольного возраста. Эффективность кортексина

Расстройства речи – сложный комплекс повреждений ЦНС разного уровня: кора, подкорка, диэнцефальная область, ствол мозга. Структура этих повреждений разнообразна – участки атрофии и ишемии, кисты и опухоли, сосудистые нарушения, обуславливающие биологическую недостаточность определенных систем и зон мозга [1–2]. На этом фоне возникает дисфункция не только мозговых, но и сенсорных систем. Имеют значение также условия среды, предъявляющей повышенные требования к отстающим в развитии или незрелым психическим функциям. В клинической картине у детей с общим недоразвитием речи кроме специфических нарушений экспрессивной речи часто встречаются: нарушения внимания и памяти, недоразвитие эмоционально-волевой сферы, нарушения поведения, низкая работоспособность и др. [3]. Перечисленные условия вызывают необходимость комплексного подхода как к диагностике, так и к абилитации многочисленных синдромов, сопровождающих речевую патологию.

В последние десятилетия в терапии резидуальных перинатальных повреждений ЦНС у детей активно применяются церебральные стимуляторы, ноотропы, церебральные вазодилататоры и т.д. [4]. В настоящее время отмечаются значительные успехи в области применения новых лекарственных средств пептидной структуры, оказывающих стимулирующее, церебропротекторное, ноотропное, противосудорожное действие, восстанавливающее функции головного мозга. Одним из наиболее перспективных полипептидных препаратов является «Кортексин» [3–5].

Под наблюдением находились 40 детей от 5 до 6 лет, имеющих специфические расстройства экспрессивной речи (F80.1 по МКБ 10).

Речь детей была представлена развернутой фразой с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития [6]. Характерным являлось недифференцированное произношение звуков (в основном это свистящие, шипящие, аффрикаты и соноры), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы. Отмечались нестойкие замены, при этом звук в разных словах произносился по-разному; смешения звуков, когда изолированно ребенок произносил определенные звуки верно, а в словах и предложениях их взаимозаменял.

Правильно повторяя вслед за логопедом трех-четырёхсложные слова, дети нередко искажали их в

речи, сокращая количество слогов. Множество ошибок наблюдалось и при передаче звуконаполняемости слов: перестановки и замены звуков и слогов, сокращения при стечении согласных в слове. На фоне относительно развернутой речи наблюдались неправильный выбор многих лексических значений, затруднения в актуализации слов. В активном словаре преобладали существительные и глаголы. Отмечалась недостаточность слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создавало трудности в использовании вариантов слов, детям не всегда удавались подбор однокоренных слов, образование новых слов с помощью суффиксов и приставок. Нередко они заменяли название части предмета названием целого предмета, нужное слово другим, сходным по значению.

В свободных высказываниях преобладали простые распространенные предложения, почти не употреблялись сложные конструкции.

Отмечался аграмматизм: ошибки в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Большое количество ошибок наблюдалось в использовании как простых, так и сложных предлогов.

У детей выявлялась недостаточность фонематического восприятия, неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом.

Все дети были разделены на 2 группы: контрольную и основную. Речевые навыки у всех детей исследовались по 5-балльной системе (предложенной авторами) до начала комплексного лечения и после его окончания. Проводилось обследование всех компонентов языковой системы: фонетико-фонематического, лексико-грамматического строя, связной речи.

При анализе показателей различных сторон речи до начала лечения установлено, что они были практически одинаковыми в обеих группах детей. В результате обследования пациентов выделены ведущие механизмы декомпенсации патологического процесса и определены задачи консервативной терапии. Как и предполагалось, дети имели выраженные нарушения со стороны фонетико-фонематических процессов и лексико-грамматические нарушения.

Обе группы детей получали однотипный комплекс медико-психолого-логопедической помощи в течение 5 нед. Лечение состояло из общепринятых средств: сосудистые препараты, витамины группы В,

биостимуляторы и др., физиотерапия, логоритмика, логопедический массаж, индивидуальные ежедневные занятия с логопедом и психологом. Кроме общего для всех детей комплекса абилитации дети основной группы (20 чел.) получали кортексин («Герофарм», Санкт-Петербург). Курс лечения – 10 в/м инъекций в дозе 0,5 мг на кг (не более 10 мг в сутки) ежедневно в 0,5%-ном растворе новокаина.

После окончания курса лечения дети обеих групп имели положительную динамику в состоянии речи: улучшились звукопроизношение и слоговая структура слова; доступнее стали как простые, так и сложные формы фонематического анализа и синтеза; расширилась и обогатилась лексика, улучшилась грамматика, увеличился объем связной речи.

При сравнении результатов лечения детей выявились четкие, достоверные различия ($p < 0,01$) между основной и контрольной группами.

В основной группе наиболее заметным было улучшение сложных форм фонематического анализа, что является залогом успешного усвоения чтения и письма будущих школьников. Практически все показатели различных сторон речи у детей, получивших терапию кортексином, равномерно возросли. В то же время в контрольной группе улучшение речи было неравномерным: улучшились звукопроизношение и простые формы фонематического анализа, а грамматический строй остался без изменений (таблица).

Показатели состояния различных сторон речи детей, получавших курсы восстановительной терапии с использованием традиционного метода (В. 5 лет) и кортексина (А. 5 лет), представлены на рис. 2 а и б.

Как правило, данная категория детей не ограничивается тяжелыми речевыми нарушениями. В анамнезе у этих детей имеются перинатальная энцефалопатия, задержка раннего психомоторного и речевого развития, частые соматические заболевания.

Задержке речевого развития сопутствуют расстройство регуляции процессов возбуждения и торможения, нарушение вегетативных функций, повышенная утомляемость, психоэмоциональная неустойчивость, нарушение поведения и двигательная расторможенность, а также снижение уровня психических процессов (памяти, внимания).

Для исследования разных видов памяти использовались следующие методики: методика «10 предметов»; тест «10 слов»; методика «Пиктограмма»; тест «Корректирующая проба»; методика «Разрезные картинки»; тест «Коробочка форм»; методика «Эталоны», разработанная в лаборатории Л.А. Венгера; методика «Зрительный диктант» [7–8].

Были выявлены следующие нарушения внимания: повышенная отвлекаемость (нарушение концентрации внимания), генерализация внимания (зависимость внимания от внешних воздействий), «застреванность» (нарушение переключаемости), слабая способность переходить с одного объекта на другой, ограниченный объем внимания (неспособность

Динамика улучшения состояния различных сторон речи у пациентов в процессе комплексного лечения (%)

Показатели	Основная группа	Контрольная группа
1. Звукопроизношение	50	22
2. Слоговая структура слова	18	9
3. Простые формы фонематического анализа	60	36.3
4. Сложные формы фонематического анализа	83	50
5. Синтез	87	44
6. Обобщение	36	18
7. Подбор глаголов	20	9
8. Подбор прилагательных	57	37
9. Словоизменение	33	25
10. Словообразование	44	20
11. Диалог	23	15
12. Монолог	30	20

Примечание: % улучшения показателей по сравнению с фоновыми данными; достоверность различий по всем показателям ($p < 0,01$).

воспринимать в данный момент нужный объем информации).

Слабые дети первые 2 – 5 мин. выполняют задания правильно, но затем быстро устают и начинают делать много ошибок.

Ошибки импульсивных детей с быстрым темпом деятельности и отсутствием ориентировки связаны с неумением организовать свою деятельность, сосредоточиться на задании. Большое количество стимулирующего материала отвлекает и рассеивает внимание ребенка, поэтому его количество было уменьшено. О детях, которые переставали делать ошибки, можно с уверенностью сказать, что причина их отставания – не отклонения в развитии познавательной деятельности, а низкая организация деятельности, низкая концентрация внимания, расторможенность. В этом случае ребенок нуждается в коррекционной работе, направленной на формирование построения плана деятельности, умение ориентироваться в задании (рис. 1).

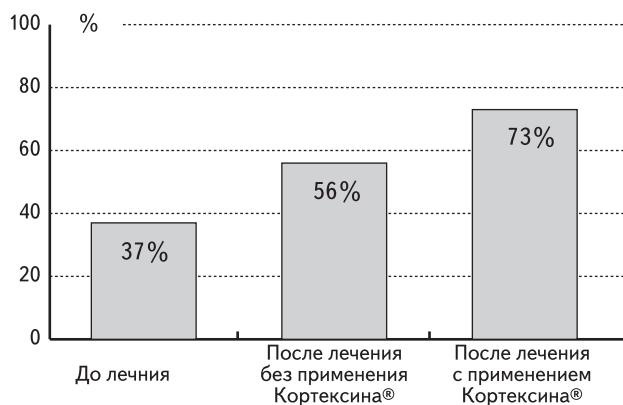


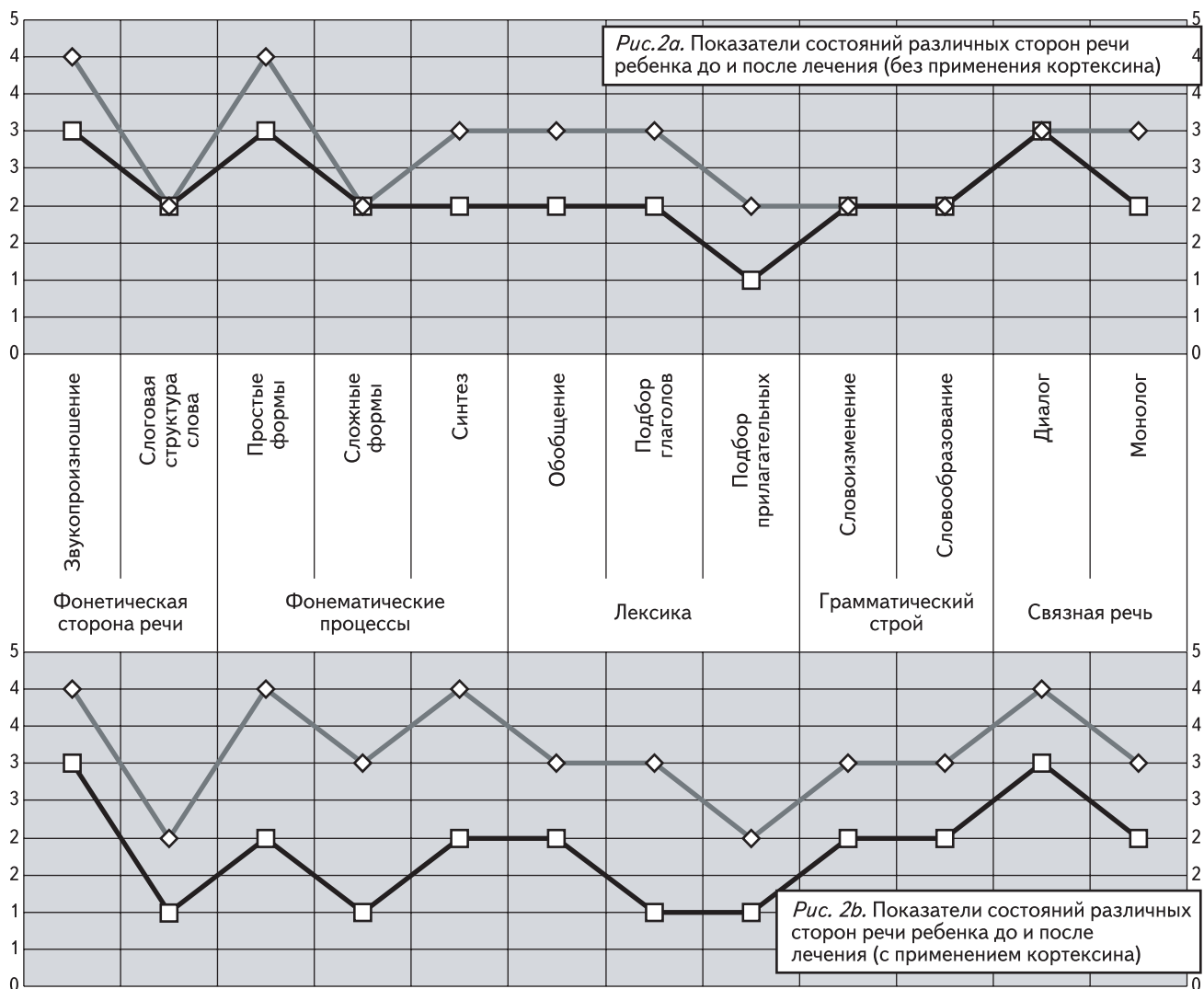
Рис. 1. Изменение среднего показателя объема памяти у пациентов, получивших лечение (%).

Примечательно, что уже спустя 2 нед. в группе детей, получавших кортексин, была отмечена положительная динамика. Увеличился объем образной памяти, повысился уровень произвольной регуляции поведения, улучшились работоспособность и устойчивость внимания. Это проявлялось в стойком увеличении количества просмотренных знаков, то есть наличии процесса «вработываемости», который к концу задания сменялся постепенным снижением количества просмотренных знаков. Полученные данные свидетельствуют о значи-

тельном улучшении функции внимания и отсутствии признаков быстрого истощения.

У детей контрольной группы положительная динамика данных показателей была достоверно менее выражена ($p < 0,05$).

Представленный материал, подтверждая известные в литературе данные [5] о высокой эффективности кортексина как при функциональных, так и при органических заболеваниях головного мозга, доказывает эффективность и широкие возможности этого препарата в комплексном лечении расстройств речи, особенно у детей.



Список литературы

1. Пальчик А.Б., Шабанов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных // Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000.
2. Яременко Б.Р., Яременко А.Б. Минимальная дисфункция головного мозга. СПб., 1999.
3. Чутко Л.С., Кропотов Ю.Д., Рыжак Г.А. Применение кортексина в лечении Синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков: Методические рекомендации. СПб., 2003. 40 с.
4. Шабанов Н.П., Скоромец А.А., Шумилина А.П., Середа Ю.В., Платонова Т.Н., Федоров О.А. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике // Вестник Военно-медицинской академии. 2001. № 1 (5).
5. «TERRA Medica — Кортексин». 2004. № 1. 24 с.
6. Учебник по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М.: Владос, 1999.
7. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. М.: LINKA-PRESS, 1998.
8. Детская практическая психология / Под ред. Т.Д. Марцинковской. М.: Гардарики, 2004.
9. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения. СПб.: Детство-Пресс, 2001.