

© Козлова Е.В., Заваденко Н.Н., 2013

Е.В. Козлова, Н.Н. Заваденко

ДИСФАЗИЯ РАЗВИТИЯ: КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница
Департамента здравоохранения г. Москвы

Формирование речи – одна из основных характеристик общего развития ребенка. Для ребенка речь – важнейшее средство связи с окружающим миром, возможность взаимодействия, источник информации, развития мышления.

К наиболее тяжелым расстройствам речи у детей относится алалия (по международным классификациям – «дисфазия» или «дисфазия развития») – системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон в доречевом периоде. Причиной дисфазии развития (ДР) может быть раннее органическое повреждение ЦНС в связи с патологией течения беременности и родов. Получает подтверждение роль наследственных факторов в формировании как речевых способностей, так и нарушений развития речи. ДР является наиболее распространенным нарушением речевого развития на этапе, когда речь уже имеется, но при этом нарушена способность говорить, тогда как понимание речи может варьировать, но развито значительно лучше. Наиболее часто встречающиеся варианты (экспрессивное и смешанное экспрессивно-импрессивное расстройства) проявляются запаздыванием развития экспрессивной речи по сравнению с развитием понимания, при этом экспрессивная речь характеризуется рядом клинических отклонений. В отечественной психолого-педагогической классификации ДР наряду с другими клиническими вариантами отставания развития речи у детей рассматривается с позиций общего недоразвития речи (ОНР). ОНР – нарушенное формирование всех компонентов речевой системы в их единстве (звуковой структуры, фонематических процессов, лексики, грамматического строя, смысловой стороны речи) у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом. При ОНР наблюдаются позднее появление речи, скудный запас слов, аграмматизмы, дефекты произношения и фонематического образования. Три уровня речевого недоразвития обозначаются как 1 – отсутствие общепотребительной речи, 2 – начатки речи и 3 – развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе.

ОНР встречается с высокой частотой – до 5–10% детского населения в возрасте до 6 лет. В результате в дальнейшем растет число детей, испытывающих зна-

чительные трудности социальной адаптации, не способных полностью усвоить программу массовых дошкольных и школьных учреждений. Между тем, возрастная динамика и исходы ДР к школьному возрасту остаются недостаточно изученными.

Целью исследования явилась оценка особенностей нервно-психического развития детей с ДР в ходе клинико-катамнестического исследования.

110 детей (87 мальчиков, 23 девочки) с установленным в возрасте 3–4 года диагнозом ДР (или расстройства развития экспрессивной речи – F 80.1 по МКБ 10) и 1–2 уровнями ОНР прошли повторное клиническое, неврологическое и психолого-логопедическое обследование в возрасте 7–9 лет. Одновременно тщательно анализировали данные амбулаторных карт и других медицинских документов пациентов за прошедший период. Из изучаемой группы исключались дети, у которых отставание в развитии речи обуславливалось снижением слуха, тяжелой умственной отсталостью, выраженной соматической или врожденной эндокринной патологией, неполноценным питанием, а также влиянием неблагоприятных социальных факторов (недостаточным общением и воспитанием).

Отсутствие к возрастному периоду 7–9 лет каких-либо психоневрологических отклонений установлено только у 8 детей (7,3%). Чаще всего диагностировались следующие патологические состояния, сопровождавшиеся существенными трудностями в школьном обучении: синдром дефицита внимания с гиперактивностью – 39 пациентов (35,5%), расстройства формирования письменной речи (дислексия и дисграфия) – 15 (13,6%), дислалия с ОНР 3-го уровня – 13 (11,8%). Ряд пациентов находились под динамическим наблюдением невролога с такими диагнозами, как церебрastenический синдром с невротическими реакциями – 8 (7,3%), синдром вегетативной дисфункции с частыми головными болями – 6 (5,5%), хронические моторные тики – 6 (5,5%), ночной энурез – 3 (2,7%).

У 7 (6,3%) пациентов с первоначальным диагнозом ДР в ходе дальнейшего наблюдения были подтверждены аутистические расстройства, в т.ч. детский аутизм (2 детей) и синдром Аспергера (5 детей). В отдельных

случаях пациенты продолжали наблюдаться с такими диагнозами, как умственная отсталость легкая или умеренная (3), эпилепсия (1), шизотипическое расстройство (1).

Таким образом, проявления ДР в раннем возрасте могут служить предвестниками ряда психоневрологических расстройств, формирование клинической картины которых проходит через стадию ОНР (дислексия и дисграфия, синдром дефицита внимания, аутизм). В дру-

гих случаях ДР может обуславливаться перинатальными повреждениями ЦНС, последствия которых к младшему школьному возрасту полностью не преодолеваются даже при положительной динамике в речевом развитии (дислалия, церебрастенический синдром, невротические реакции, синдром вегетативной дисфункции). Полученные результаты подтверждают необходимость своевременной диагностики и ранней комплексной коррекции нарушений развития речи у детей.