

Альманах №25 "Дети с черепно-мозговой травмой. Междисциплинарная команда специалистов в реабилитации: взаимодействие медиков, педагогов и психологов"

Особенности афатических расстройств у детей и подростков с черепно-мозговой травмой

Н.В. Борисова Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ), Москва

А.И. Тютюкина Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ), Москва

Т.Г. Визель Алтайский государственный педагогический университет, Кафедра специальной педагогики и психологии (СПиП АлтГПУ), Барнаул

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) составляют 40 % от всех травматических повреждений у человека. Последствия и осложнения ЧМТ весьма разнообразны. Наиболее частым последствием ЧМТ являются афазии (системные нарушения речевой функции) или дизартрии, которые нередко сочетаются с патологией других высших психических функций (ВПФ). Особую проблему в плане теоретического изучения и его практического воплощения составляют афазии у детей, в том числе и афазии травматической этиологии.

Описания афазии у детей имеются в работах ряда авторов (С.Ю. Бенилова, Т.Г. Визель, Ю.А. Микадзе, А.Ю. Обуховская, А.В. Семенович, Э.Г. Симерницкая, Н.Н. Трауготт, М.Г. Храковская, Л.С. Цветкова и др.). Исследователи отмечают, что в клинической картине детской афазии имеются как сходства с афазиями у взрослых, так и отличия.

Сходства состоят в следующем. И у детей и у взрослых афазия возникает вследствие одних и тех же этиологических факторов. При этом у детей наиболее частым из них является черепно-мозговая травма. Разрывы аневризмы имеют место реже, как и опухоли; еще реже – инсульты (в отличие от этого, у взрослых инсульты занимают лидирующее место). Сходство детских и взрослых афазий состоит также в том, что у обоих контингентов имеет место распад уже сформировавшейся речи. Отсюда идентичность многих симптомов афазии у детей и взрослых, а также наличие в остром периоде заболевания значительного объема нейродинамических нарушений, зашумляющих основной синдром.

Отличия детских и взрослых афазий касаются, прежде всего, степени стойкости речепатологической симптоматики. Нарушения речи у детей носят менее стойкий характер, чем у взрослых, отмечаются чаще в остром периоде заболевания и имеют относительно быстрое обратное развитие. Как известно, это связано с высокой пластичностью детского мозга, в которой важное значение имеет редко упоминаемая в литературе функциональная активность межзональных связей.

Несмотря на имеющиеся разработки, проблема афазии у детей и подростков является, по-прежнему, недостаточно изученной, особенно, это касается процессов коррекционно-восстановительного обучения.

Наиболее распространенной и признанной является классификация афазий А.Р. Лурии, в которую входят: афферентная моторная, эфферентная моторная, динамическая, сенсорная (акустико-гностическая), акустико-мнестическая, семантическая. Наиболее редко у детей и подростков выявляется семантическая афазия в связи с несформированностью в детском возрасте третичной зоны перекрытия коры мозга (зоны ТРО). Диагноз семантическая афазия правомерен в возрасте после 12-13 лет.

К сожалению, в остром периоде не всегда бывает возможным провести полноценное логопедическое обследование из-за тяжести состояния пациентов или наличия у них повышенной истощаемости. У детей эти особенности острого периода заболевания выражены в еще большей степени в связи с незрелостью ВПФ, а также эмоционально-волевой сферы. Это обуславливает то, что в большинстве случаев логопед проводит блиц-обследование, направленное преимущественно на выявление речевых нарушений, используя различные модифицированные диагностические шкалы. Оценивается: состояние произносительной стороны речи, понимание обращенной речи, уровень состояния устной речи, чтения, письма, оральный и артикуляционный праксис, а также проводится не только качественный анализ, но и количественная оценка в баллах, для наглядного представления о динамике восстановления. Степень сложности диагностического материала варьируется от возраста ребенка и уровня сформированности у него речевой и других ВПФ. Для некоторых, в частности дошкольников, целесообразно подбирать упрощенные диагностические приемы, аналогичные стандартным логопедическим обследованиям детей с ОНР. Используется также метод наблюдения. Диагностическая процедура предваряется сбором анамнестических сведений о физическом, психоречевом развитии ребенка. Особое внимание обращается на то, насколько он владел речью до травмы. При этом необходимо учитывать возрастные параметры созревания ВПФ.

Диагностика в зависимости от состояния больного может занимать от 10 до 40 минут. По результатам диагностики логопед определяет форму речевых расстройств у пациента, степень их выраженности (легкая, средняя, грубая) и ведущий дефект; оценивает особенности протекания нейродинамических процессов.

По данным Симерницкой Э.Г. клиническая картина речевых нарушений у детей становится сходной с афазией у взрослых с 6-летнего возраста. До этого возраста речевые нарушения сходны с алалией, хотя речевое развитие у ребенка до момента травматического воздействия на головной мозг могло быть нормальным, после ЧМТ речь нарушается, но диагноз «афазия» ставится только, когда речь у ребенка уже сформирована. При варианте, когда у ребенка в анамнезе до ЧМТ отмечалась задержка речевого развития по типу алалии, после повреждения клиническая картина речи усугубляется. Опыт показывает также, что у дошкольников речевые нарушения восстанавливаются сложнее. Со слов родителей у них появляются или обостряются эмоционально-поведенческие нарушения: дети становятся более капризными, а еще чаще агрессивными. Вместе с тем установлено, что у всех детей компенсаторные возможности выше, чем у взрослых пациентов. Пластичность детского мозга позволяет преодолевать нарушения в более короткие сроки и получать положительную динамику раньше. В настоящее время в реабилитационные отделения нередко поступают пациенты - билингвы, у которых страдает речевая коммуникация и на родном и на не родном языках. Помощь таким пациентам должна оказываться либо на родном языке, либо на обоих языках. Согласно нашим наблюдениям, помощь не на родном языке недостаточна для коррекции нарушений речи.

Восстановление речевой функции при любой из форм афазии требует системного подхода, т.е. подразумевает нормализацию всех нарушенных систем речевой функции, а также базисных по отношению к ней неречевых ВПФ. Установлено, что чем раньше начата логопедическая работа, тем лучше ее конечный результат, поэтому реабилитация начинается в первые дни, когда становится возможен даже самый минимальный контакт с ребенком. Принципы и приемы работы при разных формах афазии описаны в литературе. С подростками используются приемы и методы, разработанные для взрослых пациентов (возможно использование всех пособий по восстановлению афатических расстройств). В работе с дошкольниками преимущество отдается игровым приемам: игры, физминутки,

пальцевые гимнастики, элементы драматизации (сказки, сценки с помощью игрушек), логоритмики.

Цель исследования: изучение особенностей и динамики протекания афазии у детей и подростков с тяжелой и средней черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы исследования.

Исследование было проведено на базе Научного Института Неотложной Детской Хирургии и Травматологии (НИИ НДХ и Т). Обследовано 20 детей с травматической этиологией афазии. По возрастам и полу дети распределялись так: от 4 до 17 лет - 5 девочек и 15 мальчиков, среди них 4 ребенка дошкольного возраста.

Использовались следующие методы:

1. Диагностика состояния речевой функции и других ВПФ по комплексной нейропсихологической методике с использованием диагностических схем А.Р. Лурии, Л.С. Цветковой, В.М. Шкловского и Т.Г. Визель, включающих неречевые и речевые шкалы.
2. Коррекционно-восстановительное обучение.

Результаты.

У всех детей и подростков в самом остром периоде отмечалась преимущественно грубая моторная афазия и грубая сенсорная афазия, которые в дальнейшем проявлялись разными клиническими картинками. Среди них преобладала комплексная моторная афазия разной степени выраженности (у 17 детей - 85 % от общего числа изученных). У остальных детей имела место: 1) акустико-мнестическая афазия (у 12 детей - 60 %), особенностью которой было то, что она чаще всего проявлялась в рамках амнестического синдрома; 2) динамическая афазия (у 3 детей - 15 %), которая проявлялась как правило в рамках лобного синдрома. У 2 детей-левшей (10 %) отмечались неопознаваемые в остром периоде афазии.

Проведенное исследование подтвердило и уточнило представления о том, что: 1) у детей так же, как и у взрослых, ярко выступают нейродинамические нарушения и нарушения управляющих функций (в большей степени в звеньях контроля и регуляции), которые «зашумляют» истинную картину речевого дефекта; 2) в процессе восстановительного обучения, нейродинамические расстройства нивелируются быстрее, чем у взрослых. Дополнительно к этому нами выявлено, что нейродинамические трудности уходят несколько быстрее, чем трудности управляющих функций.

Следующий результат состоит в констатации того, что грубая сенсомоторная афазия регрессировала у детей быстрее, особенно ее сенсорный компонент. Среди более стойких расстройств отмечались моторные (с преобладанием эфферентного компонента), а также акустико-мнестические расстройства. Обнаружено также, что у всех детей с ЧМТ имелись амнестические расстройства, преимущественно в слухоречевой модальности. У всех детей, независимо от формы афазии, было выявлено нарушение номинативной функции, причем актуализация предикативного словаря осуществлялась гораздо лучше, чем номинативного - даже у детей с моторной афазией.

Письменная речь, звуко-буквенный анализ страдали у всех детей, в независимости от возраста и формы афазии. Это относится также к неполноценности динамического праксиса (в виде дезавтоматизации праксических действий). Нарушения кинестетического кистевого

и пальцевого праксиса оказались выраженными в меньшей степени. У детей с динамической афазией, как и у взрослых, отмечались значительные нарушения речевой коммуникации.

В восстановительном плане у детей-дошкольников, а также детей младшего и среднего школьного возраста отмечена высокая положительная динамика восстановления речевой и других ВПФ; у детей старшего школьного возраста симптоматика афазий была схожа с динамикой регресса афазий у взрослых. Это касается не только специфики проявлений афазии, но и известного факта возникновения серьезных трудностей коммуникации с окружающими и социализации в целом.

Анализ особенностей *восстановления у пациентов речевой функции* показал, что оптимальной тактикой обучения является соблюдение его поэтапности. На ранних этапах ставилась задача включения произвольных, автоматизированных уровней речевой деятельности. На последующих этапах заболевания коррекционно-восстановительного обучения применялись перестраивающие методики. Это еще раз демонстрирует: а) компенсаторную активность мозговых механизмов на ранних постморбидных стадиях за счет резервов викарриата, а также включения в компенсаторные процессы межзональных связей; б) необходимость поиска мозговых механизмов, позволяющих обойти первичный дефект, в более отдаленные периоды заболевания.

Суммируя результаты проведенного исследования, можно сделать вывод, что в основном они подтвердили имеющиеся представления об особенностях протекания детской афазии, их сходстве и различии с особенностями протекания афазии у взрослых. В качестве уточняющих эти представления мы расцениваем полученные нами новые данные о:

- количественном и возрастном распределении форм афазии у детей;
- закономерностях в степени выраженности отдельных симптомов;
- большей активности межзональных связей у детей, чем у взрослых;
- соблюдении этапности в восстановительном обучении;
- методическом содержании каждого из восстановительных этапов.

Приведем клинический пример из логопедической практики.

Мальчик, Лука (4 г.). Мальчик поступил в отделение реабилитации с диагнозом: последствия ОЧМТ (ушиб головного мозга средней степени тяжести, оскольчатый перелом левой теменной кости). В речевом статусе у ребенка выявлялись выраженные трудности, в двигательной сфере – правосторонний гемипарез (больше в руке). В эмоциональной сфере у ребенка отмечались повышенная лабильность, утомляемость, истощаемость, флуктуации возможностей, инактивность. Дома, со слов родителей, после произошедшей травмы, мальчик стал чаще капризничать, плакать, отказываться выполнять многие вещи, которые раньше делал с удовольствием (стал меньше играть, больше уставать, мог кричать, если что-то не нравилось, в связи с гемипарезом не использовал правую руку при выполнении бытовых действий). В преморбидном статусе у Луки была хорошо развита речь в соответствии с возрастной нормой, он очень активный и любознательный мальчик, правша (родственники тоже правши). Объективно при осмотре: Лука в ситуации обследования адекватного поведения, контактен, критика снижена. Отмечается инертность, истощаемость, инактивность, увеличение латентного периода, флуктуации возможностей. Жалобы со слов мамы на нарушения речи, замедленность темпа во всех видах деятельности. Глотание сохранено, жевание в норме. Выявляются нарушения тонуса мышц органов артикуляции. Лицо гипомимично. Язык - дистония. Голос глухой, маломодулированный.

Речевой выдох укорочен. Саливация умеренная. Звукопроизношение – замены некоторых звуков (как вариант дизонтогенеза в виде стертой дизартрии, а также как явления афферентной апраксии). Разборчивость речи в речевом потоке несколько снижена. Темп речи замедлен, ритм нарушен. Импрессивная речь. Понимание речи сохранено. Показ предметов затруднен, путает местами. Восприятие развернутой речи несколько замедленно. Экспрессивная речь. Собственная речь возможна, но затруднена, скудная. Речевая активность снижена. Со слов мамы до травмы была фразовая речь, ребенок любил выполнять различные развивающие задания. Выявляются трудности организации монологического высказывания, персеверации (повторы звуков, слогов и простых слов), аграмматизмы, перестановки, редкие парафазии. Повтор слов и фраз - с перестановками звуков и слогов, персеверациями, пропусками звуков. Называние возможно. Ответы чаще с латенцией. Составление рассказа затруднено. Выполнение невербальных заданий (с помощью картинного материала) осуществляется хорошо. Логопедический статус: моторная алалия, дизартрия, нейродинамические нарушения.

Программа восстановительного обучения:

1. Коррекция фразовой речи.
2. Коррекция произносительной стороны речи, голосовых характеристик.
3. Развитие фонематического анализа.

После курса восстановительного обучения в отделении реабилитации в речевом статусе у Луки отмечается выраженная положительная динамика. Лука стал более активно использовать правую руку (чаще стал сам брать в правую руку предметы, картинки на занятиях), нейропсихологом было рекомендовано дома развивать мелкую моторику и напоминать мальчику о включении правой руки в деятельность (если же он капризничает - не настаивать). Мальчик стал более спокойным, уменьшились эмоциональная лабильность, истощаемость (как дома, так и на занятиях), увеличилась активная работоспособность, Лука стал реже спрашивать «скоро ли закончится занятие?», стал меньше отвлекаться. Лицо - мимика стала более оживленной. Улучшилось выполнение произвольных артикуляционных движений, однако, остаются патологические синкинезии при движениях языка. Увеличилась сила голоса, модуляции стали более выраженными. Голос стал более звонким. Речевой активный выдох стал более плавным и продолжительным. Саливация умеренная. В речевом потоке разборчивость речи улучшилась. Звукопроизношение остается смазанным, сложные слова произносятся в замедленном темпе, с перестановками, заменами звуков. Поставлен звук «л», хотя в речи по-прежнему твердый звук заменяется на мягкий («л» - «ль»). Темп речи стал более быстрым, ближе к нормальному, ритм сохранен. Импрессивная речь. Понимание речи сохранено. Стал лучше удерживать в слухоречевой памяти предъявленные элементы. Экспрессивная речь. Собственная речь возможна, фраза стала более развернутой, актуализировалось больше слов. Персеверации стали отмечаться реже, отмечены аграмматизмы (характерные для афферентной апраксии), перестановки звуков и слогов, редкие парафазии. При выписке у мальчика отмечались положительные изменения во всех сферах деятельности и, в частности, в речевой. Родителям было рекомендовано для дальнейшего восстановления речевой функции мальчика продолжать логопедические занятия по месту жительства и в условиях отделений реабилитации. Это является крайне важным, учитывая тот фактор, что речь Луки еще не была полностью сформирована, а находилась в стадии развития.

Таким образом, все вышесказанное и приведенный пример не оставляет сомнений в том, что разработка проблем афазии у детей, в том числе и травматической этиологии,

является далеко не завершенной. Необходимо дальнейшее ее изучение, и прежде всего, поиск специальных методов и приемов восстановительного обучения, которые помогли бы более эффективно и качественно преодолевать имеющиеся у детей афатические нарушения.

1. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии: Учеб. для студентов / Т.Г. Визель. - М.: АСТ: Астрель, 2005; 384 с.
2. Доброхотова, Т.А. Нейропсихиатрия. - М.: Издательство БИНОМ, 2006; 304 с. ил.
3. Микадзе, Ю.А. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. - СПб.: Питер 2008; 288 с.: ил. - (серия «Учебное пособие»).
4. Обуховская, А.Ю. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков: диссертация ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Анна Юрьевна Обуховская; [Место защиты: Ленингр. гос. обл. ун-т им. А.С. Пушкина]. - Санкт-Петербург, 2009; 173 с.: ил.
5. Шкловский, В.М. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / В.М. Шкловский, Т.Г. Визель. - М.: «Ассоциация дефектологов», В. Секачев; 2000; 96 с.