

Н. Г. ТУРОВСКАЯ
(Волгоград)

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Освещаются вопросы нарушения речи у детей с пароксизмальными состояниями, результаты современных зарубежных и отечественных психологических исследований речевых нарушений при эпилепсии, поднимается проблема необходимости изучения патологии речи при неэпилептических пароксизмальных состояниях.

Ключевые слова: *речь, речевое развитие, нарушения речи, пароксизмальные состояния, эпилепсия, неэпилептические пароксизмальные состояния.*

Актуальность исследования особенностей нарушений речи у детей, страдающих пароксизмальными состояниями, в первую очередь, определяется частотой встречаемости указанной патологии в детском возрасте: 17–20 случаев на 1000 [6]. Изучение патологии речевой сферы важно также потому, что, с одной стороны, речь как системная функция не может оставаться интактной при любом направлении действия патологического процесса, с другой – множественность функций речи определяет ее ведущую роль в социально-психологической адаптации.

В настоящий момент интенсивно изучаются нарушения речи у детей с эпилепсией. Так, исследования Л. А. Троицкой показали, что среди различных нарушений речи в детском возрасте при данном заболевании отмечаются задержка речевого развития (у 16% детей), нарушения фонетико-фонематического слуха (19%), снижение слухоречевой памяти (13%), общее недоразвитие речи (2%), сенсомоторная афазия (2%), дизартрия, связанная с миоклонией языка (1%) [7].

Различную степень нарушения языковых функций у детей с самой благоприятной в прогностическом отношении формой эпилепсии – роландической – отмечают С. Monjauze, E. Northcott и др. [13–14].

Как указывает Д. Н. Исаев, одно из частых явлений при эпилепсии – нарушение словесной памяти. В первую очередь, у больных эпилепсией страдают долговременная память и запоминание слов вне контекста. Расстройства памяти и речи коррелируют с нарушениями словесного отвлеченного мышления. Наблюдаются замедленность интеллектуальных процессов, трудности в восприятии и осмыслении, подыскивании слов и формулировании мыслей. Явления амнестической афазии обуславливают такое речевое расстройство, как олигофазия, при которой больной не может назвать обычный предмет, найти нужное слово для выражения мысли. Нередко употребляются слова с наибольшим количеством слогов: уменьшительные слова (*рученька, карандашик*), деепричастия (*заглядевши, работавши*) [4].

Речь больных эпилепсией, страдающих частыми судорожными припадками, может быть медленной (с растянутым произношением слов), скандированной (с паузами), заикающейся, шепотной. Наблюдаются случаи афазии, иногда развивающейся в связи с припадками [5].

Особую разновидность речевых нарушений при эпилепсии представляет так называемая дисфазия развития, которая характеризуется нарушениями экспрессивной речи – экспрессивная дисфазия [9; 11]. Данное расстройство проявляется пароксизмальной активностью на электроэнцефалограмме, с чем и связывают патологическое влияние на развитие функции речи. Дисфазию развития принято связывать с эпилептическим очагом в области нижней лобной доли или в височно-теменной области левого полушария [8]. У больных эпилепсией детей более низкие по сравнению со здоровыми результаты чтения и письма, в частности написания диктантов [2].

В настоящий момент предпринимаются попытки выделения ведущих факторов и механизмов, определяющих речевые нарушения при эпилепсии в детском возрасте. По мнению Л. А. Троицкой, факторами, значимыми для возникновения нарушений речи при эпилепсии у детей, являются дебют заболевания в возрасте до 1 года, наличие правосторонних парциальных припадков и лобнодолевая локализация эпилептического очага [7].

Среди различных видов припадков, встречающихся в анамнезе у детей с нарушениями развития речи, наиболее часто отмечаются парциальные приступы (в 25% случаев), на втором месте по встречаемости (16%) – инфантильные спазмы. Исследования Л. А. Троицкой показали, что в группе детей с нарушениями речи выявляются следующие формы парциальной эпилепсии: симптоматическая (85% случаев), идеопатическая роландическая (2%), криптогенная (6,5%) [7].

По данным Р. S. Fastenau и др., дети с симптоматической и криптогенной эпилепсией показывают более низкие результаты по субтесту «Словесная память» по сравнению с детьми с идеопатической эпилепсией. Дети с тонико-клоническими приступами идеопатической природы и локализационно-обусловленными формами криптогенной эпилепсии показывают более низкие результаты по субтесту «Письмо» по сравнению с детьми с локальными формами идеопатической эпилепсии. Дети, получающие антиэпилептическое лечение, показывают результаты по субтестам «Словесная память», «Язык» ниже, чем дети, не получающие такого лечения [10].

Л. О. Бадалян отмечал, что результаты чтения ниже у пациентов с миоклоническими приступами, парциальными приступами с вторичной генерализацией и генерализованными тонико-клоническими судорогами, левополушарной эпилептогенной активностью [2]. Более позднее исследование Л. И. Вассермана показало, что у больных с нарушениями слухо-речевой памяти и экспрессивной речи отмечаются большая длительность заболевания и частота припадков, смешанная форма эпилепсии и вторично-генерализованные комплексные парциальные припадки височной эпилепсии, постпароксизмальные транзиторные психические расстройства и клинически относительно стойкие изменения личности [3]. Т. Ю. Аскоченская определила, что у детей с эпилепсией с большей частотой, чем у здоровых детей, встречается изменение речевой доминантности полушарий мозга [1].

К сожалению, до сих пор нет единого мнения по поводу влияния латерализации очага эпилептиформной активности на специфику нарушения развития психических функций в детском возрасте. Так, Л. И. Вассерман и др. указывают на то, что нарушения речевых функций, в первую очередь, характерны для левополушарных очагов [3]. Однако С. Helmstaedter и др. утверждают, что связь снижения словесной памяти с локализацией очага эпилептической активности в левом полушарии появляется только в зрелом возрасте, когда полусферическая специализация становится полной [12]. Нарушения таких характеристик речи, как высота, ритм и интонация, наблюдаются у больных с правосторонним височным очагом эпилептической активности [15].

Таким образом, приведенные выше результаты исследований показывают, что нарушения речевых функций при эпилепсии в детском возрасте – явление достаточно распространенное, но недостаточно изученное. До сих пор остается неясной картина речевых нарушений у детей с судорожными пароксизмальными состояниями неэпилептической природы (фебрильными судорогами, аффект-респираторными приступами и т.п.). Психологические исследования в данной области могут позволить выявить пути предупреждения и элиминации патологии речи и психического развития в целом у детей с указанной нервно-психической патологией и, следовательно, способствовать их максимальной социально-психологической адаптации.

Литература

1. Аскоченская Т. Ю. Нарушения психических процессов в начальной стадии эпилепсии у детей : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 1990.
2. Бадалян Л. О. Невропатология : учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений. 2-е изд., испр. М. : Академия, 2001.
3. Вассерман Л. И. Психодиагностика при эпилепсии // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. 2011. № 1. URL : http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_1_6/nomer/nomer10.php.
4. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста : учебник для вузов. 3-е изд. СПб. : СпецЛит, 2007.
5. Невский Ф. М. Об эпилептическом нарушении речи // Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. 1987. Т. XIX. № 3. С. 78–102.
6. Сенаторова А. С., Черненко Л. Н., Шапко М. В. Педиатру о судорожных состояниях у детей // Дитячий лікар. 2011. №3. С. 8–16.

7. Троицкая Л. А. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2009.
8. Ardilla A., Lopez M. Paroxysmal aphasia // *Epilepsia*. 1988. № 29. P. 630–634.
9. Echenne B., Cheminal R., Rivier F. [et al.]. Epileptic encephalographic abnormalities and developmental dysphasias: a study of 32 patients // *Brain and Development*. 1992. № 14. P. 216–225.
10. Fastenau P. S., Johnson C. S., Perkins S. M. [et al.]. Neuropsychologic status at seizure onset in children. Risk factors for early cognitive deficits // *Neurology*. 2009. № 73. P. 526–534.
11. Gordon N. Cognitive functions and epileptic activity // *Seizure*. 2000. № 9. P. 184–188.
12. Helmstaedter C. and Elger C. E. Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? // *Brain*. 2009. № 132. P. 2822–2830.
13. Monjauze C., Tuller L., Hommet C. [et al.]. Language in benign childhood epilepsy with centro-temporal spikes abbreviated form: rolandic epilepsy and language // *Brain Lang*. 2005. № 92. P. 300–308.
14. Northcott E., Connolly A. M., Berroya A. [et al.]. The neuropsychological and language profile of children with benign rolandic epilepsy // *Epilepsia*. 2005. № 46. P. 924–930.
15. Perrine K., Kiolbasa T. Cognitive deficits in epilepsy and contribution to psychopathology // *Neurology*. 1999. Vol. 53. Suppl. 2. P. 39–48.



Speech disturbance of children with paroxysmal conditions: clinical and psychological aspect

There are covered the issues of speech disturbance of children with paroxysmal conditions, the results of the modern foreign and domestic psychological investigations of speech disturbance with epilepsy, touched upon the issue of necessity of speech pathology investigation in non-epileptic paroxysmal conditions.

Key words: *speech, speech development, speech disturbance, paroxysmal conditions, epilepsy, non-epileptic paroxysmal conditions.*