**Учитель-логопед**

**Ивняковской школы**

**Куманяева Ольга Юрьевна**

**Детские афазии**

**Детские афазии** – это гетерогенная группа патологий ЦНС, которые проявляются частичной или полной потерей ранее присутствовавшей речи. Кроме того, они могут сопровождаться нарушениями чтения, письма, восприятия, счета, эмоциональными и поведенческими реакциями.

Основа диагностики детских афазий – непосредственная оценка речевых и неречевых функций ЦНС, а также определение структурных и функциональных нарушений коры головного мозга при помощи КТ, МРТ и ЭЭГ.

Лечение включает в себя прохождение курса специального восстановительного обучения и ликвидацию этиологического фактора (по возможности). При синдроме Ландау-Клеффнера также проводится противосудорожная терапия.

Общие сведения

Детские [афазии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia) – это группа полиэтиологических нарушений центральной нервной системы, которые характеризуются частичной или тотальной потерей речевых функций у детей с ранее сформировавшейся речью.

В [педиатрии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pediatrics/) такие состояния встречаются редко – данные патологии больше распространены у взрослых. Детские афазии чаще наблюдаются у мальчиков.

В детском возрасте афазии проявляются менее разнообразно, чем у взрослых, поскольку речь у детей не столь развита. Чем младше ребенок – тем менее разнообразны клинические симптомы детской афазии. Также для пациентов детского возраста характерен быстрый регресс возникших симптомов – спустя несколько месяцев речевые функции могут полностью восстановиться.

Причины детских афазий

Детская афазия – это гетерогенное состояние. Он развивается в результате поражения речевых систем ЦНС в период сформированной речи. В большинстве случаев подобные состояния диагностируются на фоне [черепно-мозговых травм](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury) и патологии сосудов, кровоснабжающих головной мозг – внутренней сонной или средней мозговой артерии. Среди ЧМТ ведущую роль играют открытые повреждения, сопровождающиеся потерей мозгового вещества. Закрытые травмы головного мозга провоцируют детские афазии значительно реже.

Также в роли этиологических факторов выступают опухоли, аневризмы, [гематомы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/hematoma), [абсцессы головного мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cephalopyosis), [энцефалит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/encephalitis).

При [синдроме Ландау-Клеффнера](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/Landau-Kleffner) потеря речи возникает совместно с эпилептическими припадками. Точная этиология этой формы детской афазии не установлена. По мнению многих авторов, она может быть вызвана генетической или приобретенной структурной склонностью к эпилептиформной активности. Развитие приобретенной эпилептической афазии предположительно может провоцировать ранее перенесенный энцефалит.

Классификация детских афазий

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) детские афазии можно разделить на две группы:

1.**Детские афазии, возникшие в результате органического или структурного изменения коры головного мозга**. Сюда относятся речевые нарушения вследствие опухолей, травм, патологии сосудов и др. В зависимости от места поражения и патогенетических механизмов эта группа разделяется на подгруппы, которые будут рассмотрены далее.

2. **Синдром Ландау-Клеффнера или приобретенная эпилептическая детская афазия**. В данном случае речевые нарушения возникают без органических патологий головного мозга, основой их развития является эпилептиформная активность.

Отдельно стоит выделить сочетание этих синдромов. Данное состояние развивается в тех ситуациях, когда на фоне новообразования, гематомы или других структурных изменений головного мозга появляются судорожные приступы, существенно утяжеляющие клиническую картину и стимулирующие прогрессирование детской афазии.

Симптомы детских афазий

Характерный возраст для детских афазий – 3-7 лет. Однако во многих случаях время начала заболевания зависит от того, в какой момент подействовал этиологический фактор – возникла гематома или произошла травма. В зависимости от речевых и неречевых симптомов, а также локализации поражения в педиатрии и логопедии выделяют следующие формы структурных детских афазий:

-акустико-гностическая или сенсорная,

-акустико-мнестическая,

-моторные,

-динамическая.

Присутствующей у взрослых [семантической формы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/semantic-aphasia) в детском возрасте не наблюдается, поскольку в этом периоде еще не сформирована система символически-знакового обобщения сигналов.

[**Акустико-гностическая**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/acoustic-gnostic-aphasia)  или сенсорная форма.

Зона поражения – задняя 1/3 верхней темпоральной извилины левой половины головного мозга. Эта форма детской афазии возникает из-за нарушения акустического анализа и обработки звуков речи, что характеризуется поражением фонематического слуха. Клинически проявляется нарушением всех форм устной и письменной речи, чтения и устного счета, ритмическим воспроизведением. Также у таких детей наблюдается чрезмерная тревога и возбудимость, эмоциональная нестабильность.

[**Акустико-мнестическая афазия**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/acoustic-mnestic-aphasia).

Локализация поражения – средние и задние участки темпоральной области. Суть этой детской афазии – повышение тормозимости слуховых следов, приводящее к нарушению слуховой и речевой памяти. Также присутствует дефект зрительных и предметных образов-представлений. Такие дети не понимают подтекста, аллегорий, не могут называть предметы. Отмечается умеренное нарушение устной речи и ее восприятия. Может возникать повышенная активность и эмоциональная нестабильность, тревога.

[**Афферентная моторная афазия**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/afferent-motor-aphasia). Место поражения – нижние париетальные участки доминирующего полушария. Патогенетически основывается на нарушениях кинестетического восприятия. Основной признак – аномалии мелких артикуляционных движений губ и языка. Такие дети или неспособны к экспрессивной речи или имеют большое количество литеральных парафазий. Непроизвольная и автоматизированная (песни, стихи) речь, письмо и чтение сохранены.

[**Эфферентная моторная форма**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/efferent-motor-aphasia) детской афазии. При этой форме поражаются задние лобные участки. Страдает инертность сформировавшихся стереотипов, что проявляется персеверациями. Способность к устным высказываниям минимальная или полностью отсутствует. Могут сохраняться отдельные звуки, автоматизированная речь. Наблюдается нарушение чтения, письма, [апраксия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/apraxia).

[**Динамическая афазия**](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dynamic-aphasia). Крайне редкая форма в педиатрии, может наблюдаться у детей старших возрастных групп. Локализация патологического очага – задние лобные отделы. Патогенетически данная разновидность заболевания обусловлена дефектами внутренней речи, нарушением сукцессивной организации высказывания. Проявляется расстройством продуктивной речи, неспособностью активного общения – нормальные предложения заменяются стереотипами или шаблонами, глаголы полностью отсутствуют. Больные с данной формой детской афазии почти никогда ничего не спрашивают и не вступают в диалоги, но охотно отвечают на поставленные вопросы. Чтение и письмо могут быть сохранены.

**Синдром Ландау-Клеффнера**. Локализация пароксизмальной активности может быть разной, наиболее часто поражаются височные области. Потеря речи может происходить как резко (чаще всего), так и постепенно, на протяжении нескольких месяцев. Также теряется способность к восприятию речи, возможны нарушения поведения и эмоциональной сферы – гипервозбудимость, [эмоциональная лабильность](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/psycho-emotional/emotional-lability). Характерная черта данной формы детской афазии – судорожные припадки, которые, однако, наблюдаются не у всех больных.

Диагностика детских афазий

Диагностика детских афазий включает в себя сбор анамнестических данных, объективный осмотр и общение с ребенком, лабораторные и инструментальные методы исследования. При выяснении анамнеза у родителей устанавливают этиологические факторы (травмы, сопутствующие заболевания), а также динамику симптомов от возникновения до момента обследования. При объективном осмотре ребенка обращают внимание на возможные неврологические расстройства, которые могут указывать на характер поражения головного мозга. При общении с ребенком [педиатр](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician) или [детский психиатр](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/psychiatric-consultation/child-psychiatrist) оценивают способность пациента к устной речи, письму, чтению и счету, другие речевые и неречевые функции, что позволяет определить форму детской афазии.

Лабораторные анализы, как правило, малоинформативны. В некоторых случаях они могут указывать на возможную этиологию (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево при абсцессе и т. д.). Среди инструментальных методов применяются [ЭЭГ](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/eeg), [рентгенография черепа](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/X-ray-neurology/skull), КТ и МРТ. ЭЭГ используется для оценки активности того или иного участка коры головного мозга, а при синдроме Ландау-Клеффнера – для выявления эпилептиформных припадков.

[Рентгенография](https://www.krasotaimedicina.ru/diagnostics/X-ray/) и [КТ черепа](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ct-neurology/skull) показаны при травмах головы, поскольку позволяют определить состояние костей черепа, диагностировать их переломы. [МРТ головного мозга](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mri-neurology/brain) – наиболее информативный метод оценки структуры ЦНС. Она почти всегда дает возможность установить этиологический фактор детской афазии и распространенность патологического процесса и определить дальнейшею терапевтическую тактику.

Лечение детских афазий

Лечение детских афазий подразумевает специальное восстановительное обучение под контролем [логопеда](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist). Его суть заключается в активации компенсаторных механизмов головного мозга при помощи прямых и непрямых способов.

Прямые методы показаны на ранних сроках, основаны на использовании активации резервных способностей клеток.

Непрямые или обходные методы компенсируют утраченные функции за счет функциональных перестроек. В зависимости от ситуации и формы детской афазии в качестве материалов для обучения применяются тексты, карточки, картинки, компьютерные программы, различные предметы, однако ведущую роль играют упражнения с логопедом.

Эффективность восстановительного обучения зависит от целого ряда факторов: формы и длительности заболевания, тяжести поражения ЦНС, этиологического фактора, возраста ребенка и момента начала терапии. Детский мозг очень пластичен, поэтому при легких формах зачастую наблюдается быстрый регресс симптомов.

При структурных детских афазиях легкой степени тяжести способность к коммуникации возвращается на протяжении 3-5 недель, при средней – через 1-6 месяцев.

При синдроме Ландау-Клеффнера помимо обучения может использоваться соответствующее медикаментозное противосудорожное лечение. Однако даже на фоне позитивной динамики возрастной нормы достичь удается достаточно редко.

Прогноз и профилактика детских афазий

Прогноз при детской афазии зачастую благоприятный. При ранней диагностике и своевременно начатом восстановительном обучении на протяжении первых нескольких недель или месяцев удается добиться быстрого регресса патологии. При тяжелых формах поражения ЦНС или синдроме Ландау-Клеффнера прогноз сомнительный. Прогностически неблагоприятным признаком считается отсутствие позитивной динамики на протяжении первых нескольких недель.

Специфической профилактики детских афазий не существует. Неспецифические меры подразумевают исключение всех возможных этиологических факторов: раннюю диагностику и лечение фоновых заболеваний ЦНС и сосудов, которые могут вызвать ишемию коры головного мозга, минимизацию риска травм головы.