

Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием Пантокальцина®

Т.А. Лазебник,
В.Н. Румянцева,
Н.А. Шейде, Т.В. Назаренко,
О.Ф. Красавцева

В последние годы и родители, и педагоги часто жалуются на задержки речевого развития у детей раннего и дошкольного возраста. Дети поздно начинают говорить, мало и плохо разговаривают, их речь бедна и примитивна. Специальная логопедическая помощь нужна практически каждой группе детского сада. Такая картина наблюдается не только в нашей стране, но и во всем мире.

Как показали специальные исследования, 25% четырехлетних детей страдают серьезными нарушениями в речевом развитии. В середине 70-х годов XX в. дефицит речи наблюдался только у 4% детей того же возраста. За последние 20 лет число речевых нарушений возросло более чем в 6 раз (1).

В основу логопедического заключения при обследовании дошкольников с нормальным интеллектом заложены характеристики нарушения речи согласно симптоматической (психолого-педагогической) и клинико-педагогической классификациям, раскрывающим меха-

низм, формы и виды речевых расстройств.

Психолого-педагогическая классификация учитывает вид и степень выраженности нарушений различных компонентов речи. В данной классификации присутствуют следующие группы нарушений речи:

1) фонетическое нарушение речи (ФНР) или нарушение произношения отдельных звуков (НПОЗ). При ФНР нарушены фонетическая сторона речи (звукопроизношение, звуко-слоговая структура речи, просодика) в комплексе или какие-либо отдельные компоненты фонетического строя речи (например, только звукопроизношение или звукопроизношение и звуко-слоговая структура слова);

2) фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР). При ФФНР наряду с нарушением фонетической стороны речи имеется и недоразвитие фонематических процессов: фонематического восприятия (слуховой дифференциации звуков), фонематического анализа и синтеза, фонематических

представлений;

3) лексико-грамматическое недоразвитие речи (ЛГНР). При ЛГНР у детей присутствует нормальное звукопроизношение, относительно сохранены фонематические процессы (чаще всего в результате логопедического воздействия), однако отмечаются ограниченный словарный запас и нарушение грамматического строя речи;

4) общее недоразвитие речи (ОНР I, II и III уровня), а также нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НОНР). При ОНР у детей нарушены все компоненты языковой (речевой) системы: фонетико-фонематическая сторона речи, лексическая система, грамматический строй.

Клинико-педагогическая классификация (Волкова Л.С. и соавт., 1999) является в большей степени «симптоматической», т.е. отражает преимущественно клиническую картину речевого расстройства. Она включает:

1) нарушения устной речи:

- нарушения фонационного оформления высказывания (произносительной стороны речи), наиболее значимыми клиническими проявлениями которых являются:

- *дисфония (афония)* – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата (проявляется в виде нарушений силы, высоты и тембра голоса);
- *брадилалия* – патологически замедленный темп речи;
- *тахилалия* – патологически ускоренный темп речи;

Среди ноотропных средств препаратом выбора для лечения речевых расстройств у детей является отечественный препарат Пантокальцин® (гопантенная кислота) производства ОАО «Валента Фарм», который благодаря своему составу эффективно улучшает показатели психоречевого развития детей, действуя при этом мягко и безопасно. Курс терапии Пантокальцином® составляет от 1 до 4 месяцев, в отдельных случаях – до 6 месяцев. Через 3-6 месяцев возможно повторение курса лечения.

– *заикание* – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным сокращением мышц речевого аппарата;

– *дислалия* – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;

– *ринолалия* – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (речь невнятна, монотонна, искажено произношение всех звуков);

– *дизартрия* – нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органическим поражением ЦНС и расстройствами иннервации речевого аппарата. Общими клиническими признаками дизартрии являются нарушения мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры;

• нарушение структурно-семантического оформления высказывания:

– *алалия* – отсутствие или недоразвитие речи вследствие поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном периоде или в раннем (доречевом) периоде развития ребенка (синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, дисфазия развития);

– *афазия* – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальным поражением речевых зон коры головного мозга в результате черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения, нейроинфекции и других заболеваний ЦНС;

1) нарушения письменной речи:

• *дислексия* – частичное специфическое нарушение процесса чтения;

• *дисграфия* – частичное специфическое нарушение письма (2, 4).

Классификация, представленная далее (РГПУ им. Герцена, 2001), является вариантом пересечения двух классификаций: клинико-педагогической и психолого-педагогической:

1) ФНР или НПОЗ:

- дислалия;
- дизартрия или стертая дизар-

трия;

- нарушения голоса;
- ринолалия.

2) ФФНР:

- дислалия;
- дизартрия или стертая дизартрия;
- ринолалия.

3) ЛГНР:

- выход из моторной (сенсорной) алалии;
- по типу задержки речевого развития;
- при задержке психического развития (ЗПР);
- невыясненного генеза.

4) ОНР I, II, III уровня, НОНР:

- моторная алалия;
- сенсорная алалия;
- сенсомоторная алалия;
- дизартрия или стертая дизартрия;
- по типу задержки речевого развития;
- при ЗПР;
- невыясненного генеза.

5) нарушения темпа и ритма речи:

- заикание;
- тахилалия;
- брадилалия;
- спотыкание (полтерн).

В терапии речевых нарушений у детей большая роль отводится логопедическим занятиям, психотерапии. Медикаментозное лечение является комплексным и включает в себя седативные препараты, витамины, особая роль отводится ноотропным лекарственным средствам (4).

Среди ноотропных средств препаратом выбора для лечения речевых расстройств у детей является отечественный препарат Пантокальцин® (гопантеновая кислота) производства ОАО «Валента Фарм», который благодаря своему составу эффективно улучшает показатели психоречевого развития детей, действуя при этом мягко и безопасно.

Фармакологическое действие Пантокальцина® прежде всего обусловлено его принадлежностью к группе ноотропных препаратов. Спектр действия Пантокальцина®

связан с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты. Препарат обладает нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Пантокальцин® повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах. Пантокальцин® обладает противосудорожным действием, уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочиванием поведения и оказывает активизирующее влияние на работоспособность и умственную деятельность.

Спектр действия Пантокальцина® связан с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты. Препарат обладает нейрометаболическими, нейропротекторными и нейротрофическими свойствами. Пантокальцин® повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах. Пантокальцин® обладает противосудорожным действием, уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочиванием поведения и оказывает активизирующее влияние на работоспособность и умственную деятельность.

Основными показаниями к назначению Пантокальцина® являются:

- когнитивные нарушения при органических поражениях головного мозга и невротических расстройствах;
- психоэмоциональные перегрузки, снижение умственной и физической работоспособности, нарушение концентрации внимания и запоминания;
- задержка психического, речевого, моторного развития или их сочетания;
- детский церебральный паралич;
- заикание;
- эпилепсия (в составе комбинированной терапии);
- последствия перенесенных нейроинфекций и черепно-

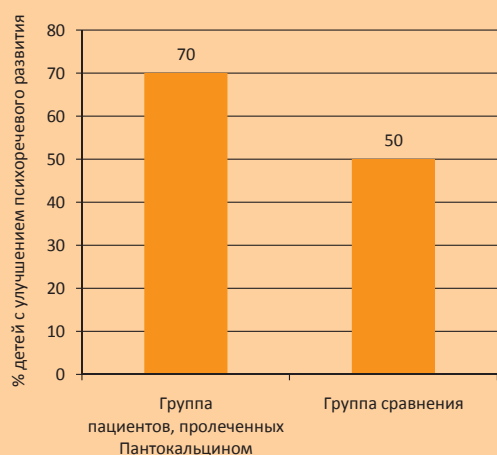


Рисунок 1. Сравнение показателей психоречевого развития в исследуемых группах после лечения

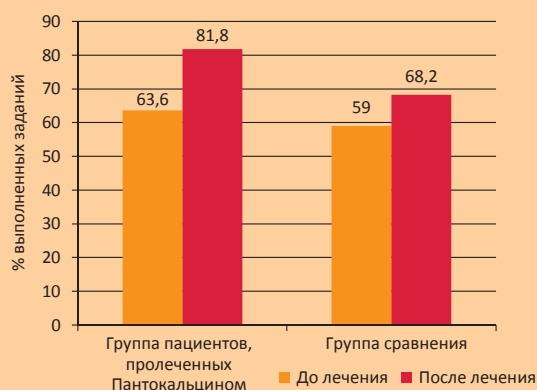


Рисунок 2. Динамика выполняемых заданий по мелкой моторике в исследуемых группах

мозговых травм;

- комплексная терапия цереброваскулярной недостаточности, вызванной атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга, сенильной деменции (начальной формы), резидуальных органических поражений мозга у лиц зрелого возраста и пожилых людей;

- церебральная органическая недостаточность у больных шизофренией (в комбинации с нейрореплетиками, антидепрессантами);

- экстрапирамидные гиперкинезы.

Режим дозирования Пантокальцина®:

- средняя разовая доза для детей – 0,25-0,5 г; суточная – 0,75-3 г;

- средняя разовая доза для взрослых – 0,5-1 г; суточная – 1,5-3 г.

Курс терапии Пантокальцином® составляет от 1 до 4 месяцев, в отдельных случаях – до 6 месяцев. Через 3-6 месяцев возможно повторение курса лечения.

Побочные действия препарата выражены незначительно и могут проявляться в виде аллергических реакций, ринита, конъюнктивита, кожной сыпи.

Противопоказаниями являются острые тяжелые заболевания почек, а также повышенная чувствительность к препарату (3).

На базе городского дошколь-

ного образовательного учреждения №5 Невского района г. Санкт-Петербург было проведено исследование по применению препарата Пантокальцин® в терапии речевых нарушений у детей.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения препарата Пантокальцин® при нарушениях речи у детей дошкольного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У всех включенных в исследование детей в основу постановки и обоснования диагноза «Специфические расстройства развития речи и языка» была положена классификация МКБ-10 (F 80). Было обследовано 20 детей с речевыми нарушениями. С целью сравнительной оценки эффективности действия Пантокальцина® все пациенты были разделены на 2 группы.

Основную группу (I) составили 10 детей в возрасте от 4 до 6 лет с ОНР III уровня, получавшие терапию Пантокальцином® в течение 1 месяца. У 5 детей резидуальная энцефалопатия и задержка речевого развития сочетались с двигательными нарушениями, а у 5 детей – с синдромом дефицита внимания.

Группу сравнения (II) составили 10 детей (8 детей с ОНР III уровня; 2 детей – с ФФНР) в возрасте от 4 до 6 лет, не получавшие Пантокальцин®. У 7 детей резидуальная энцефалопатия и задержка речевого развития сочетались с двигательными нарушениями, а у 3 детей – с синдромом дефицита внимания.

Основным этиологическим фактором специфических расстройств у включенных в исследование пациентов явилось гипоксическо-ишемическое поражение центральной нервной системы в родах, подтвержденное анамнестическими, клиническими данными и дополнительными методами исследования (ультрасонография головного мозга и электроэнцефалография).

Психологическое обследование детей I и II групп включало исследование процесса мышления, слу-



Таблица. Количество выполняемых заданий по мелкой моторике в исследуемых группах

Группы	Количество выполненных заданий, %		Количество невыполненных заданий, %	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная группа	63,6	81,8	36,4	18,2
Группа сравнения	59,0	68,2	40,9	31,8

На фоне приема Пантокальцина® у детей отмечалось улучшение концентрации внимания и запоминания, познавательной деятельности, а также развитие мелкой моторики пальцев рук. Эффективность и безопасность применения Пантокальцина® являются основанием для более широкого использования препарата в педиатрической практике для лечения речевых нарушений у детей.

ПАНТОКАЛЬЦИН®

ВНИМАНИЕ К НЕВНИМАТЕЛЬНОМУ



ПАНТОКАЛЬЦИН®
(гопантенвая кислота 0,25 г и 0,5 г)

**Препарат выбора при поведенческих нарушениях у детей:
СДВГ, нарушения когнитивного развития, энурез.**

- Уменьшает агрессивность, тревожность, расторможенность детей
- Снижает моторную возбудимость и упорядочивает поведение
- Улучшает память, концентрацию внимания
- Сочетает мягкий стимулирующий и умеренный седативный эффекты
- Высокая безопасность



Мониторинг обследования основной группы детей на протяжении месяца приема Пантокальцина® позволил установить улучшение показателей психоречевого развития у 70% детей (в группе сравнения аналогичный показатель составил 50%); улучшение мелкой моторики у всех детей основной группы на 18,2% (в группе сравнения – на 9,2%); улучшение концентрации внимания; более успешное выполнение заданий на зрительное восприятие в основной группе, в отличие от группы сравнения. Переносимость препарата была хорошей, все пациенты основной группы завершили курс терапии Пантокальцином®.

хоречевой и зрительной памяти, процесса восприятия, общей эрудиции.

Неврологическое обследование состояло из оценки неврологического статуса, мелкой моторики (оценивалась по количеству выполненных заданий из 22 предложенных ребенку), когнитивных функций ребенка, четкости произношения звуков, речи, словарного запаса, грамматического построения речи, внимания, импульсивности, гиперактивности (по общепринятым методикам).

Назначение Пантокальцина® согласовывалось с родителями детей и производилось под динамическим наблюдением специалистов: педиатра, невролога, логопеда, психолога, воспитателей и родителей. В течение первых 3 дней пациенты I группы получали Пантокальцин® по 1 таблетке (250 мг) 1 раз в день, затем по 1 таблетке (250 мг) 2 раза в день после еды в течение 30 дней. Клинико-психологическое обследование проводилось до начала и после завершения курса терапии Пантокальцином® (1 месяц).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психоречевое развитие. Улучшение показателей психоречевого развития в основной группе на

фоне лечения было отмечено у 70% детей, при этом у 50% детей с резидуальной энцефалопатией, задержкой речевого развития и синдромом дефицита внимания динамика была наиболее выраженной. Улучшение показателей психоречевого развития было зафиксировано неврологом, логопедом и родителями детей.

В группе сравнения положительная динамика отмечалась только у 50% детей, преимущественно в произношении (рисунок 1).

Мелкая моторика. Количество выполняемых заданий по мелкой моторике детьми основной группы и группы сравнения отражено в таблице и на рисунке 2.

На фоне лечения в основной группе число выполняемых заданий по мелкой моторике увеличилось на 18,2%, а в группе сравнения – на 9,2%. Улучшение наблюдалось преимущественно у пациентов с сочетанием резидуальной энцефалопатии, задержки речевого развития и двигательных нарушений.

Результаты психологического обследования. При повторном психологическом обследовании детей основной группы была выявлена четкая положительная тенденция по следующим параметрам: устойчивость и концентрация внимания, зрительное восприятие. Была положительная динамика в интеллек-

туальной сфере: у детей стал более быстрый темп мышления, дети стали лучше использовать подсказки. Психологом и педагогами была отмечена положительная динамика в эмоционально-личностной сфере: стабилизировалось настроение, уменьшилась тревожность и плаксивость, снизился уровень агрессивных реакций, расширился репертуар и сюжетная линия игровых действий.

Таким образом, мониторинг обследования основной группы детей на протяжении месяца приема Пантокальцина® позволил установить:

- улучшение показателей психоречевого развития у 70% детей (в группе сравнения аналогичный показатель составил 50%);
- улучшение «мелкой моторики» у всех детей основной группы на 18,2% (в группе сравнения – на 9,2%);
- улучшение концентрации внимания;
- более успешное выполнение заданий на зрительное восприятие в основной группе, в отличие от группы сравнения.

Переносимость препарата была хорошей, все пациенты основной группы завершили курс терапии Пантокальцином®.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные проведенного исследования позволяют сделать вывод о положительном влиянии Пантокальцина® на показатели психоречевого развития детей с общим недоразвитием речи (ОНР III уровня). На фоне приема Пантокальцина® у детей отмечалось улучшение концентрации внимания и запоминания, познавательной деятельности, а также улучшение развития мелкой моторики пальцев рук.

Эффективность и безопасность применения Пантокальцина® являются основанием для более широкого использования препарата в педиатрической практике для лечения речевых нарушений у детей.



Литература

1. <http://logopediya.com>.
2. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях

дошкольного образовательного учреждения. Сборник методических рекомендаций РГПУ им. А.И. Герцена. С-Пб. 2001.

3. Инструкция к препарату Пантокальцин®.
4. Лазебник Т.А., Чутко Л.С., Кропотова Ю.Д., Иова А.С. Современные аспекты диагно-

стики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей. Методическое пособие. С-Пб., 2002.