

Милютина Ульяна Владиславовна

преподаватель

ФГБОУ ВО «Армавирский государственный

педагогический университет»

г. Армавир, Краснодарский край

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

К ДИАГНОСТИКЕ АЛАЛИИ И АФАЗИИ У ДЕТЕЙ

***Аннотация:** статья посвящена современным подходам к диагностике алалии и афазии – тяжёлых речевых нарушений различного генеза. Рассматриваются этиопатогенетические основы, классификации, клинические критерии и методы дифференциальной диагностики. Особое внимание уделяется роли мультисциплинарного подхода, включающего неврологическое, логопедическое, нейропсихологическое и инструментальное обследование. Показано, что точная диагностика является основой для выбора стратегии коррекционно-реабилитационных мероприятий и определяет прогноз развития речи у детей.*

***Ключевые слова:** алалия, афазия, дифференциальная диагностика, нейро-визуализация, логопедическое обследование, дети, речевые нарушения.*

Своевременное и точное распознавание тяжёлых речевых расстройств у детей остаётся одной из приоритетных задач современной неврологии, логопедии и детской психиатрии. Наиболее трудными для диагностики являются состояния, обозначаемые терминами «алалия» и «афазия» [1]. Несмотря на кажущуюся схожесть клинических проявлений, эти нарушения имеют принципиально различный патогенез, что определяет необходимость их чёткого разграничения уже на ранних этапах обследования. От того, насколько верно установлен диагноз, напрямую зависит выбор стратегии коррекционно-реабилитационных мероприятий и, в конечном счёте, прогноз речевого и общего психического развития ребёнка.

Алалия представляет собой системное недоразвитие речи или её полное отсутствие, обусловленное органическим поражением речевых зон коры головного

мозга, произошедшим внутриутробно или в первые три года жизни ребёнка, то есть в период до формирования речи [5]. В отличие от алалии, афазия – это утрата уже сформировавшейся речи в результате локального поражения головного мозга, вызванного травмой, опухолью, нейроинфекцией или сосудистым заболеванием, наступившая после завершения процесса речевого онтогенеза [4]. Таким образом, ключевое различие заключается в том, что при алалии речь изначально не формируется, тогда как при афазии происходит её распад на фоне ранее нормального речевого развития.

По данным эпидемиологических исследований, алалия встречается у полутора процентов детей дошкольного возраста и у полупроцента школьников. Частота моторной алалии составляет примерно 2,7 случая на тысячу детей до семи лет, причём мальчики страдают этим расстройством заметно чаще девочек [1]. Распространённость афазии у детей значительно ниже и обычно связана с черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями (менингитами, энцефалитами) или сосудистыми катастрофами, что делает каждое такое наблюдение особенно значимым для клинициста.

Цель настоящей работы – систематизировать современные представления о диагностике алалии и афазии, выделить наиболее информативные методы обследования и представить алгоритм дифференциально-диагностического поиска, который может быть использован в практической работе неврологов, логопедов и нейропсихологов.

В современной логопедии и неврологии принято выделять три основные формы алалии: моторную (или экспрессивную), сенсорную (или импрессивную) и смешанную (сенсомоторную). Каждая из этих форм имеет свои характерные клинические проявления, которые необходимо учитывать при постановке диагноза [5].

Моторная алалия обусловлена первичной несформированностью экспрессивной речи вследствие поражения коркового отдела речедвигательного анализатора, прежде всего центра Брока и его проводящих путей. При этой форме у ребёнка наблюдается отсутствие или крайняя ограниченность активной речи при

относительно сохранном понимании обращённой речи. Словарный запас таких детей резко ограничен и не превышает, как правило, десяти-сорока слов даже в старшем дошкольном возрасте. Характерны выраженные аграмматизмы, искажение звуко-слоговой структуры слов, а также позднее появление первых слов и фраз. Нередко у детей с моторной алалией выявляются сопутствующие неврологические симптомы, такие как нарушение осанки и походки, плоскостопие, раскоординация движений, а также леворукость или амбидекстрия [5].

Сенсорная алалия возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария, а именно центра Вернике, и проявляется нарушением понимания речи при полностью сохранном периферическом слухе. Основным симптомом здесь является нарушение восприятия и осмысления речи окружающих. Возникает так называемый феномен «отчуждения смысла слова», когда между звуковой оболочкой слова и его значением разрывается связь. Дети с сенсорной алалией часто демонстрируют эхολалии – неосознанное повторение услышанных слов и фраз, а также повышенную речевую активность, получившую название логореи, при крайне низкой информативности высказываний. У многих из них отмечается гиперакузия – повышенная чувствительность к звукам, которые для большинства людей являются безразличными [1].

Смешанная, или сенсомоторная, алалия представляет собой наиболее тяжёлую форму системного недоразвития речи, при которой страдают как экспрессивная, так и импрессивная её стороны. У таких детей нарушено как понимание обращённой речи, так и способность к самостоятельному речевому высказыванию, что делает их коррекцию особенно сложной и длительной.

Афазия у детей, в отличие от алалии, возникает после трёх лет, когда речь уже в основном сформирована. В основе современных классификаций афазии лежат представления А.Р. Лурия о системной организации высших психических функций [7]. Согласно этой классификации, выделяют моторную афазию, при которой нарушается собственная речь при относительной сохранности понимания; сенсорную афазию, характеризующуюся нарушением понимания речи при сохранном физическом слухе; акустико-мнестическую афазию, при которой

возникают трудности удержания речевой информации в слухоречевой памяти; семантическую афазия, проявляющуюся нарушением понимания сложных логико-грамматических конструкций; и амнестическую афазия, при которой ребёнок испытывает трудности называния предметов [7].

Важно подчеркнуть, что в отличие от алалии, при афазии у ребёнка наблюдается избирательность поражения какой-либо одной или нескольких подсистем речи – лексической, грамматической или фонетической, тогда как при алалии имеет место тотальное, системное недоразвитие всех сторон речи. Это различие имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение, поскольку определяет подходы к восстановительному обучению.

Диагностика алалии и афазии носит комплексный, мультидисциплинарный характер. Она включает в себя обследование у невролога, логопеда, медицинского психолога, отоларинголога и, при необходимости, других специалистов. Только интеграция данных, полученных разными методами, позволяет с достаточной уверенностью разграничить эти состояния и выбрать правильную тактику ведения пациента [1; 2].

Первым и обязательным этапом диагностики является клинико-anamнестический метод. Врач и логопед тщательно анализируют течение беременности и родов, обращая внимание на гипоксию плода, токсикозы, резус-конфликт, родовые травмы и асфиксию новорожденного. Не менее важно оценить раннее психомоторное развитие ребёнка: сроки появления гуления, лепета, первых слов и фраз. Выясняются перенесённые заболевания, особенно нейроинфекции и черепно-мозговые травмы, а также социально-психологические факторы, такие как двуязычие в семье, недостаточность речевой активности или порочные методы воспитания. При подозрении на афазия особое значение приобретает установление точного момента утраты речи и связи этого события с конкретным повреждающим фактором – травмой, инфекцией или сосудистым заболеванием.

Логопедическое обследование направлено на оценку всех компонентов речевой системы. Исследуется импрессивная речь, то есть понимание обращённой речи, способность выполнять инструкции, понимание сложных лексико-

грамматических конструкций. Оценивается экспрессивная речь – состояние активного словаря, фразовой речи, грамматического строя и произносительной стороны речи. Обязательно проверяется фонематический слух – способность дифференцировать близкие по звучанию фонемы, а также состояние связной речи, умение строить развёрнутые высказывания и пересказывать текст. Параллельно оцениваются неречевые психические функции: внимание, память, мышление. Как отмечает Н.С. Жукова, логопедическое обследование при алалии должно проходить в три этапа: сначала изучение условий воспитания и динамики речевого развития на основе беседы с родителями и анализа документов, затем оценка уровня сформированности языковых средств и, наконец, исследование коммуникативных навыков [4].

Нейропсихологическое обследование, построенное на принципах синдромного анализа А.Р. Лурия, позволяет установить топикку поражения и выявить первичные механизмы, лежащие в основе речевого дефекта [7]. В ходе такого обследования исследуются кинестетический и кинетический праксис, слухоречевая и зрительная память, пространственные представления, а также выявляются нарушения программирования и контроля речевой деятельности [2].

Среди инструментальных методов диагностики важнейшее место занимает нейровизуализация, прежде всего магнитно-резонансная томография головного мозга. Этот метод наиболее информативен для визуализации структурных изменений. При алалии могут выявляться очаги недоразвития или повреждения в речевых зонах коры – лобных, височных, теменных отделах доминантного полушария. Однако нормальная картина МРТ не исключает диагноза алалии, поскольку функциональные нарушения могут не сопровождаться грубыми структурными изменениями. При афазии, особенно сосудистого или травматического генеза, нейровизуализация, как правило, демонстрирует чёткие очаговые изменения. Электроэнцефалография позволяет зарегистрировать региональное замедление основной активности, умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности, а иногда и эпилептиформную активность. Этот метод особенно полезен для исключения эпилептических энцефалопатий, которые могут проявляться

регрессом речи. Обязательным является аудиологическое обследование, включающее отоскопию, аудиометрию и исследование слуховых вызванных потенциалов, для исключения тугоухости как причины отсутствия или недоразвития речи.

Лабораторная диагностика проводится по показаниям. Она может включать метаболические панели для исключения наследственных нарушений обмена веществ, молекулярно-генетическое исследование при подозрении на генетический синдром, а в отдельных случаях – исследование ликвора при подозрении на нейроинфекцию.

Дифференциация алалии и афазии базируется на ключевом критерии – времени возникновения речевого дефекта и его динамике. При моторной алалии патологические факторы действуют в пренатальный и ранний постнатальный период, то есть до трёх лет, и в основе расстройства лежит недоразвитие речи как целостной системы. Симптомы поражения головного мозга при этом неярко выражены и носят диффузный характер. Речь на фоне коррекции постепенно развивается, регресса не наблюдается, но необходима длительная целенаправленная коррекция [4; 5]. При детской моторной афазии повреждающие факторы действуют после трёх лет, и механизмом нарушения является избирательность поражения какой-либо из подсистем речи. Наблюдаются очаговые симптомы локального поражения головного мозга. В острую фазу происходит резкая утрата речи, затем возможно спонтанное, хотя бы частичное, восстановление речи [7].

Дифференциальная диагностика алалии проводится также с задержкой речевого развития, дизартрией, расстройствами аутистического спектра и нарушениями слуха. При задержке речевого развития темп овладения речью замедлен, но структура речи развивается пропорционально возрасту, тогда как при алалии имеет место системное, диспропорциональное недоразвитие всех компонентов языка [3]. При дизартрии страдает произносительная сторона речи вследствие нарушения иннервации речевого аппарата, тогда как при алалии первично нарушен процесс программирования и порождения речевого высказывания. В отличие от расстройств аутистического спектра, при алалии отсутствуют характерные для аутизма нарушения коммуникативного поведения, стереотипии и

эмоциональной отгороженности, а контакт и потребность в общении сохранены [8; 9]. Отличие от нарушений слуха устанавливается на основании аудиологического обследования: при сенсорной алалии слух физически сохранён, но нарушена функция речеслухового анализатора на корковом уровне [1].

На основе анализа литературных данных и клинического опыта может быть предложен следующий алгоритм дифференциальной диагностики алалии и афазии. Первым шагом является первичный осмотр неврологом и логопедом, в ходе которого оцениваются жалобы, собирается анамнез, выясняется время возникновения и динамика речевого дефекта. Затем проводится обследование слуха сурдологом с обязательной аудиометрией для исключения сенсоневральной тугоухости. Далее следует развёрнутое логопедическое обследование, включающее количественную и качественную оценку всех компонентов речевой функции [4]. Параллельно или на следующем этапе проводится нейропсихологическое тестирование, позволяющее определить структуру дефекта и выявить первичные механизмы [2; 7]. Инструментальное обследование, включающее МРТ и ЭЭГ, а при необходимости и другие методы, служит для верификации органического поражения. Обязательна психолого-педагогическая диагностика, направленная на оценку интеллекта, поведения и эмоционально-волевой сферы [6]. Наконец, в сложных случаях наиболее надёжным методом дифференциации алалии и афазии является динамическое наблюдение в течение трёх-шести месяцев, позволяющее оценить характер изменения речевых нарушений во времени [1].

Таким образом, диагностика алалии и афазии в детском возрасте представляет собой сложный многоступенчатый процесс, требующий участия специалистов разного профиля – невролога, логопеда, нейропсихолога, отоларинголога. Ключевым дифференциально-диагностическим критерием является возраст дебюта и характер речевого нарушения: алалия – это первичное недоразвитие речи, возникающее в доречевом периоде, афазия – утрата уже сформировавшейся речи после трёх лет [4; 5; 7]. Точная диагностика определяет прогноз и выбор адекватной стратегии коррекционно-реабилитационных мероприятий: при алалии требуется длительное целенаправленное формирование речи, при афазии –

восстановление утраченных навыков. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку стандартизированных протоколов нейропсихологической и инструментальной диагностики с учётом возрастных нормативов, а также на создание единых клинических рекомендаций по ведению детей с тяжёлыми нарушениями речи [3].

Список литературы

1. Motor and sensory alalia: diagnostic difficulties / М.Ю. Бобылова, А.А. Капустина, Т.А. Браудо [и др.] // Российский журнал детской неврологии. – 2017. – Т. 12. №4. – С. 32–42. DOI 10.17650/2073-8803-2017-12-4-32-42. EDN SZXXLJ
2. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии / Т.Г. Визель. – М.: Аст, 2005. – 384 с. EDN QLKVVP
3. Гречаный С.В. Неспецифическое расстройство экспрессивной речи как форма ЗПП: современные проблемы диагностики, диффдиагностики, лечения / С.В. Гречаный // Круглый стол «Пересекающиеся пространства детской неврологии и психиатрии». – 2025. – С. 1–5.
4. Жукова Н.С. Логопедия: Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – Екатеринбург: АРД ЛТД, 1998. – 160 с.
5. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия / В.А. Ковшиков. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001. – 96 с.
6. Левина Р.Е. Педагогические вопросы патологии речи у детей / Р.Е. Левина // Специальная школа. – 1967. – Вып. 2. – С. 72–81.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Академический проект, 2000. – 512 с.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). – Arlington: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
9. International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10). – Geneva: World Health Organization, 1992. – 675 p.