

Рис. Павла Зарослова



# Разговорить молчуна

Что делать, если ребёнок не успевает за своими сверстниками, страдает речевыми расстройствами, а обычные средства не дают ожидаемого эффекта? Как обеспечить «прорыв»?

**К** трём годам дети должны начать «говорить». Это — старт: от него зависит очень многое. Но бывает и так — малыш даже не пытается говорить, мало играет, не любит слушать сказки, не смотрит даже мультики, не отзывается на своё имя. Логопед убеждает, что к нему ещё рано, невропатолог — что неврологических симптомов нет, на УЗИ мозга все структуры в норме («Зачем пришли? У него все в порядке с мозгами!»).

Следовательно, ребёнок здоров? Нет, вмешательство необходимо, и в раннем возрасте оно эффективнее, поскольку есть время сформировать то, что развито недостаточно, или ускорить то, что зреет медленно. После трёх лет интеллектуальное развитие ребёнка, степень его подготовленно-

сти к школе будут в значительной степени зависеть от уровня развития речи. Современная медицина имеет большие возможности для коррекции речи. Уже более 20 лет во многих научно-исследовательских и практических учреждениях здравоохранения используется метод транскраниальных микрополяризаций (ТКМП).

Многих родителей пугает сам термин, он действительно получился замысловатым, но связано это с тем, что спектр воздействий на мозг человека сегодня очень широк: это и переменные, и постоянные токи, и их сочетания, воздействие через кожу и через вживлённые электроды. Поэтому, чтобы не запутаться, в названии указали и то, что воздействие идёт через поверхность головы (транскраниально, то есть через

кожу и кости черепа), и то, что ток маленький (микро-), и то, что этот ток постоянный («поляризация»). Технически это напоминает процедуру электрофореза (и проводятся ТКМП на типовом серийном приборе поликлинического уровня безопасности, только лекарства при этом не используются). Ребёнок сидит на руках у родителей или вместе с другими детьми за столом и смотрит мультики, на голове у него — сеточка из тоненьких полимерных трубочек, под которые заправлены две влажные теплые тряпочки из фланельки. Сеанс длится 20 минут, причём под самим электродом ребёнок ничего не чувствует (ни жжения, ни покалывания, ни вибрации).

Есть дети, у которых речь почти на «кончике языка» и метод помогает после 1–2 процедур подтолкнуть этот процесс. Но есть дети, работа над речью которых требует больше времени, особенно если ребёнок понимает не всё, что ему говорят, а

только простые просьбы («дай», «принеси»). И речь — не единственная их проблема: в свои 3–4 года они не знают, где «большой», где «маленький», какого цвета кубики и ещё много других важных для развития психики вещей. И даже хуже: ребёнок может не реагировать на своё имя, не проситься в туалет (это хорошо знакомо родителям детей с тяжёлыми формами аутизма). В таких сложных случаях встречи со специалистами должны быть регулярными. Основная сложность в нашей работе — поддерживать усилия родителей в продвижении вперёд, но не уповать на блестящие перспективы. Если ребёнок попадает к нам первый раз в 7 лет, но не владеет навыками самообслуживания (сам не ест, не одевается, не просится в туалет), шансов пойти в обычную школу (а есть и такие заявки от родителей!) практически нет.

Помню, как ко мне на исследование пришла девочка, у которой банальная операция по удалению молочного зуба привела к тяжелейшей аллергической реакции, завершившейся отёком мозга с утратой зрения, речи, двигательных функций на несколько недель. Прошёл всего лишь год, и девочка пришла ко мне в кабинет своими ногами, неплохо ориентировалась в пространстве. Меня поразила скорость восстановления функций после такого тяжёлого заболевания. От её родителей я узнала, что в схему лечения был включён метод ТКМП. По закону парных случаев, через неделю я делала ЭЭГ ребёнку такого же возраста с диагнозом «детский церебральный паралич» также после курса ТКМП. Этот малыш с самого рождения отставал в развитии — не стоял, не ходил, не говорил, имел в анамнезе судорожные реакции на температуру. Лечение шло с небольшим улучшением, но его пришлось прекратить, поскольку к концу курса ребёнок попал в реанимацию с тяжёлым эпилептическим приступом.

Стараюсь во время работы с пациентами держать в голове эти две крайности возможностей ТКМП: от головокружительных успехов (и это не преувеличение) до побочных эф-

фектов, нередко слабо прогнозируемых. «Тяжёлые» дети могут переносить курс спокойно, несмотря на ограничения и опасения, а лечение детей с совершенно благополучным анамнезом может «сбоить» в самых неожиданных местах. Поэтому отрицательно отношусь к лёгкости, с которой некоторые специалисты пытаются брать за проведение ТКМП без обследований и необходимой медицинской квалификации.

Продолжительность курса зависит от возраста ребенка: сколько лет, столько и сеансов  $\pm 1$  (в 3–4 года этот курс состоит из 2–5 сеансов, в 5–6 лет — из 4–7 сеансов). Повторяемость курсов зависит от диагноза и возраста: чем младше ребёнок и чем «легче» проблема, тем меньше курсов (при общем недоразвитии речи второго-третьего уровня ребёнку показано 2–3 курса, которые он проходит до момента поступления в массовую школу; при задержке психического развития — 2–3 курса в год, и в школу он может попасть не только в массовую, но и коррекционную).

При благополучном сценарии результаты лечения обычно видны по ходу курса, то есть в течение двух-трёх месяцев, положительный эффект развивается и далее и сохраняется без угасания всю оставшуюся жизнь. Это — особенность ТКМП: данное воздействие вызывает изменения на уровне структур клетки, способствует формированию новых связей взамен повреждённых или неэффективных. Систематические курсы ТКМП необходимы в тех случаях, когда повреждённый мозг ребёнка не в состоянии «залатать дырки» своими силами.

Какие положительные сдвиги можно наблюдать ещё во время проведения курса ТКМП?

- Рост познавательной активности ребёнка, обычно пассивного («стал смотреть в окно», «начал обращать внимание на мультики, задерживаться около телевизора», «стал сам носить книжки, чтобы почитали», забрасывает вопросами «кто, что, зачем и почему?»).

- Увеличение общей активности, освоение новых видов двигательной

видов деятельности (игра в мяч, езда на велосипеде, плавание в бассейне), повышение координации движений; мелкой моторики. Повышается концентрация внимания и усидчивость в учебном процессе.

- Активное освоение речи — активно пополняется активный и пассивный словарь, улучшается грамматический строй речи, появляется потребность в общении со сверстниками и взрослыми.

- В эмоциональной сфере — оживление мимики, повышение настроения, ребёнок учится идентифицировать эмоциональное состояние других людей. У него проявляется самостоятельность и инициатива, снижается агрессивность, в играх усложняется сюжет. У младших школьников повышается скорость выполнения школьных работ, чтения, качества письма.

- У детей с грубым отставанием в развитии отмечаются изменения в сфере бытовых, гигиенических навыков (самообслуживания). Например, переход от жидкой пищи к твёрдой, от рожка для питья — к чашке, расширение предпочтений в еде, ребёнок начинал пользоваться горшком.

Дорогу осилит идущий, не надо раньше времени огорчаться, что ребёнок не такой, как все. Возможности детского мозга огромны (хотя и не безграничны). Если проблема уже обозначилась и мешает двигаться вперёд вместе со всеми, не надо прятать голову в песок («Поищу другого доктора, который скажет, что у нас все хорошо!»). Дети — как пластилин: пока он мягкий, его можно лепить, когда он застынет, его придётся долго разминать, прежде чем удастся придать желаемую форму. У нас появились пациенты старшего возраста — 16–18 лет, у которых положительные сдвиги начинают заявлять о себе через месяц-два после лечения. Детский мозг охотно откликается на вовремя предложенную помощь, и ростки новых перемен не замедлят о себе заявить!

**Надежда КОЖУШКО,**  
кандидат медицинских наук,  
Институт мозга (Петербург)