

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ
З ТЯЖКИМИ СЕНСОНЕВРАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ –
ПРЕТЕНДЕНТІВ НА КОХЛЕАРНУ ІМПЛАНТАЦІЮ**

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМНУ, проф. Д.І. Заболотний)*

У зв'язку з широким розмаїттям результатів, що відмічаються у реабілітаційному періоді в дітей після кохлеарної імплантації, виникла необхідність пошуку й аналізу причин подібної варіабельності.

Мета роботи – вивчити відхилення у психічній діяльності дітей – претендентів на кохлеарну імплантацію для визначення найбільш значущих факторів і можливої психокорекції в реабілітаційному періоді після кохлеарної імплантації.

Важливим завданням, що стоїть перед психологом у доопераційному обстеженні даної категорії хворих, є раннє виявлення й чітке розмежування дітей з затримкою психічного розвитку (ЗПР) та психічними розладами. Це стосується затримки розвитку когнітивних функцій, комунікативної, соціальної поведінки, а також аутистичних розладів та глибокої розумової відсталості. Рішення цього завдання набуває особливого значення не тільки в зв'язку з необхідністю своєчасного і спрямованого лікування дітей з тяжкими сенсоневральними порушеннями, але й з метою адекватної психокорекції та сурдопедагогічного супроводу в реабілітаційному періоді у дітей після кохлеарної імплантації.

Пацієнти, котрі спостерігалися нами, пройшли комплексне медико-психологічне обстеження в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України». Особливості психічного розвитку вивчалися у 50 дітей віком від 2 до 17 років з тяжкими сенсоневральними порушеннями

слуху, які стоять на черзі на кохлеарну імплантацію, з них було 30 хлопчиків та 20 дівчаток. Аналіз отриманих психодіагностичних даних здійснювався відповідно до розподілу хворих залежно від причини захворювання, а саме: 1-а група – 11 (22,00 %) обстежуваних з тяжкими формами сенсоневральної приглухуватості та глухотою невідомого генезу, 2-а група – 14 (28,00 %), з природженими спадковими порушеннями слуху, 3-я група – 5 (10,00 %) з розладами слуху після перенесеного менінгіту, 4-а група – 4 (8,00%) з порушеннями слуху після інфекційних захворювань, 5-а група – 2 (4,00 %) дітей після патологічних пологів, 6-а – 6 (12,00 %) з розладами слуху внаслідок тяжкої недоношеності, 7-а – 8 (16,00 %) з внутрішньоутробними порушеннями.

За медичними висновками, у всіх обстежуваних виявлено двобічне сенсоневральне порушення слуху з порогоми по повітряній провідності в межах – від 85 до 120 дБ. Також мали місце додаткові діагнози: лікворна гіпертензія, лейкоцистоз, цереброастенічний синдром і розлади мозкової діяльності на фоні гідроцефалії та асфіксії, травматична енцефалопатія, психофізичний інфантилізм.

Для вивчення відхилень в психічній діяльності дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою застосовувалися різні клініко-психологічні методи. Особливості розвитку дітей від народження до 3 років оцінювалися за стандартною шкалою психомоторного розвитку дітей раннього віку.

Для вивчення рівня психічного розвитку пацієнтів віком від 3 до 7 років використовувалась Мюнхенська функціональна діагностика розвитку. У обстежуваних віком від 6 до 17 років особливості когнітивного розвитку оцінювались за нейропсихологічними тестами та тестом Векслера.

Результати дослідження психічного розвитку дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою різного генезу порівняно з нормою показали наявність достовірних відмінностей середніх величин за t-критерієм Стьюдента за всіма показниками (таблиця).

Результати дослідження психічного розвитку дітей з сенсоневральною приглухуватістю та глухотою різного генезу

Групи обстежуваних	Оцінка психічних процесів, бали						
	сприйняття форми та кольору	увага	пам'ять	мислення	уява та гнучкість мислення	загальна інформативність	загальний бал за генезом
	(M ± m)						
1-а (n=11)	5,27 ± 0,12	4,00 ± 0,22	4,00 ± 0,25	5,20 ± 0,13	5,00 ± 0,11	4,50 ± 0,27	4,66 ± 0,20
2-а (n=14)	5,29 ± 0,13	4,36 ± 0,24	4,93 ± 0,21	5,36 ± 0,12	5,20 ± 0,25	4,25 ± 0,12	4,90 ± 0,12
3-я (n=5)	3,50 ± 0,24	3,00 ± 0,22	3,00 ± 0,25	3,50 ± 0,27	4,00 ± 0,21	3,50 ± 0,22	3,42 ± 0,25
4-а (n=4)	3,75 ± 0,14	3,50 ± 0,27	3,50 ± 0,22	3,60 ± 0,21	4,25 ± 0,27	4,50 ± 0,13	3,85 ± 0,31
5-а (n=2)	2,50 ± 0,22	2,00 ± 0,24	2,00 ± 0,25	2,00 ± 0,28	2,00 ± 0,25	2,50 ± 0,22	2,17 ± 0,25
6-а (n=6)	4,00 ± 0,16	3,67 ± 0,21	3,00 ± 0,27	3,50 ± 0,28	3,83 ± 0,30	3,83 ± 0,22	3,64 ± 0,22
7-а (n=8)	3,50 ± 0,14	3,20 ± 0,27	3,75 ± 0,22	4,13 ± 0,25	4,88 ± 0,2	3,27 ± 0,22	3,83 ± 0,30
Середній бал за шкалою	3,97 ± 0,14	3,39 ± 0,20	3,45 ± 0,21	3,90 ± 0,24	4,17 ± 0,27	3,80 ± 0,26	

Примітки: достовірна відмінність між групами хворих та нормою – P<0,05.

Оцінка результатів: високий рівень розвитку психічних процесів – 8-12 балів; середній рівень – 5-7 балів; низький рівень – 0-4 бали.

За результатами вивчення психічного розвитку дітей з тяжкими сенсоневральними порушеннями різного генезу в структурі порушень пізнавальних процесів найбільше переважали розлади уваги, пам'яті та комунікативної і соціальної поведінки.

З таблиці видно, що загальна оцінка психічних процесів вказує на затримку психічного розвитку (ЗПР) низького та середнього ступенів. Отримані дані свідчать про те, що психологічні розлади найчастіше виявлялися у хворих 5-ї групи, які мають порушення слуху внаслідок патологічних пологів (100,0 %), та 6-ї групи, котрі страждали на порушення слуху в зв'язку з тяжкою недоношеністю (83,0 %), а також у дітей 3-ї групи з розладами слуху після перенесеного менінгіту (80,0 %).

Супутні порушення психічного розвитку та ЗПР у дітей – претендентів на кохле-

арну імплантацію негативно впливають на їх здатність до навчання та на результати реабілітаційного періоду після кохлеарної імплантації. У структурі порушень пізнавальних функцій переважають розлади гностичної сфери, затримка розвитку когнітивних функцій, комунікативної та соціальної поведінки, а також прояви делінквентної поведінки: невротичні, агресивні і маніпулятивні прояви.

Вивчався також розвиток праксису, тобто здатність до виконання цілеспрямованих координованих дій та до мислення, що дає уявлення про мислення дитини та її просторову організацію. У формуванні динамічного стереотипу і рухового навичку, складових основи праксису, провідна роль належить лобним зонам кори головного мозку. Оскільки деякі рухові порушення не можна трактувати однозначно, ми аналізу-

вали їх в асоціації з результатами дослідження інших функцій індивідуально для кожного хворого. Отже, в основі неуспішності тестування та великої кількості помилок в пробах при нейропсихологічному вивченні праксису у дітей з тяжкими сенсоневральними порушеннями, можуть лежати як когнітивний, так і моторний недорозвиток, а також слабкість регуляторних функцій.

Таким чином, за результатами вивчення показників праксису виявлена найбільша кількість помилок у дітей з тяжкою недоношеністю (43,7 %) та після менінгіту (50,0 %). З'ясовано, що порушення вільної регуляції рухової функції проявляється в різній інертності рухів, в труднощах розуміння, перемикання на нову позу, повто-

рення попередніх рухів та послідовності рухових актів.

Отримані результати проведеної роботи вказують на необхідність розробки алгоритму ранньої діагностики і корекції когнітивних та поведінкових розладів з обов'язковим включенням психотерапевтичних дій, направлених на психопрофілактику й психокорекцію порушень психологічного здоров'я. Психологічна корекція психічних розладів та ЗПР у дітей з тяжкими порушеннями слуху має бути спрямована як на усунення когнітивних, так і неврологічних та поведінкових порушень, що дозволить покращити психічний і соматичний стан та сприяти підвищенню реабілітації дітей після кохлеарної імплантації.

Надійшла до редакції 01.04.13.

© Л.М. Вакуленко, А.І. Розкладка, 2013