

муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение города
Новосибирска «Детский сад № 14 «Алёнка»

Консультация

«Причины и виды речевых нарушений»



Новосибирск, 2023 г.

Этиология речевых нарушений издавна интересовала человечество (*этиология* в переводе с греческого языка обозначает учение о причинах). Ещё в глубокой древности греческий философ и врач Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) видел причину ряда речевых нарушений, в частности заикания, в поражении мозга. Другой греческий философ Аристотель (384-322 гг. до н.э.), связывая процессы речеобразования с анатомическим строением периферического речевого аппарата, усматривал причины речевых расстройств в нарушении последнего.

Таким образом, уже в исследованиях античных учёных наметились два направления в понимании причин речевых нарушений. Первое из них, исходившее от Гиппократа, ведущую роль в возникновении речевых нарушений, отдавало поражениям головного мозга; второе, берущее начало от Аристотеля, - нарушениям периферического речевого аппарата. На последующих этапах изучения этиологии речевых нарушений сохранились эти две точки зрения. Эти выводы были подтверждены подлинно научными фактами. Мозг специализирован для речи. В 1861 г французский врач Поль Брока показал наличие в головном мозге поля, специально относящегося к речи. Поле находится в складках лобной доли. Область Брока контролирует поток слов от мозга ко рту. Каждую минуту две сотни слогов четко синхронизируют нашу речь. Когда слова услышаны, звуки доходят до слуховой области коры, откуда переходят в виде неврологического кода к соседней области Вернике (открытие сделано Вернике в 1874 г). Эта область находится в левой височной доле и делает нас способными понимать речь.

Под причиной нарушений речи в логопедии понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых последнее не может возникнуть. Таким образом, существует две группы причин, приводящим к нарушениям речи: внутренние (эндогенные) и внешние (экзогенные). Остановлюсь подробно на каждой группе причин.

В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют *внутриутробную патологию* (воздействие в период внутриутробного развития). Внутриутробная патология часто сочетается с повреждением нервной системы ребёнка при родах. Такие поражения нервной системы ребёнка объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в первые дни после рождения. Сюда относятся:

1. Заболевания матери во время беременности (сердечные заболевания, заболевания печени, почек, легочные заболевания диабет, гипотония, положительная антиглобулиновая проба, инфекционные заболевания мочевого тракта) общие заболевания, требующие лечения.
2. Отягщенная наследственность (диабет, гипертония, пороки развития, генетические и психические заболевания).
3. Аллергии матери.
4. Перенесенные переливания крови.
5. Токсикоз беременности, не зависимо от срока беременности.
6. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода (по резус-фактору, системе АВО и другим антигенам эритроцитов). Резус или групповые антитела, проникая через плаценту, вызывают распад эритроцитов плода. В результате из эритроцитов выделяется токсическое для ЦНС вещество - непрямой билирубин. Под его влиянием поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к специфическим нарушениям звукопроизводительной стороны речи в сочетании с нарушением слуха.
7. Многообразная акушерская патология (узкий таз, затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод, обвитие пуповиной, неправильное предлежание плода многоплодная беременность, многоводие, недостаточность плаценты).
8. Курение во время беременности, употребление алкоголя. В настоящее время изучена клиническая картина различных нарушений развития плода и ребёнка алкогольно - эмбриопатического генеза (происхождения), сочетающаяся с нарушениями речи. Научно доказано влияние алкоголя (даже минимальные дозы: пиво, коктейли, слабое вино) на возникновение различных дефектов речи, описан алкогольный эмбриопатический синдром, включающий отставание физического, речевого и умственного развития.
9. Состояние после лечения бесплодия, преждевременных родов (до конца 37 недели беременности), осложненных родов (кесарева сечения), 2 и более выкидышей (абортов).
10. Короткий промежуток между двумя беременностями (менее 1 года).
11. Маленький рост будущей матери.
12. Аномалии скелета (нарушение осанки матери). При плохой осанке зачастую возникает перекосяк костей таза, что затрудняет роды, к тому же тонус матки, а она ведь тоже состоит из мышц, понижен или повышен. Матка иннервируется из спинномозговых сегментов на пояснично-крестцовом уровне. Это приводит к слабости родовой деятельности.
13. Беременности до достижения 18 лет или после 40 лет.

14. Особые психические нагрузки (семейного или профессионального характера), нагрузки социального характера (экономические и материальные трудности, проблемы интеграции).

Основные причины повреждения нервной системы - *гипоксия и родовая травма*.

Гипоксия - это недостаточное снабжение кислородом тканей плаценты и плода.

Причиной гипоксии плода могут быть: пороки сердца у матери; бронхиты, связанные с курением во время беременности; ранние токсикозы (от 4 недель до 4 месяцев); гистозы; патология пуповины, узлы на ней, слишком короткая пуповина. Гипоксия развивается и в том случае, если мать страдает анемией (низкий гемоглобин).

В результате развивается хроническая плацентарная недостаточность, и у плода уже значительно нарушается созревание структур головного мозга. Происходит это по следующей причине. Представьте себе роды. Матка стремительно выталкивает тело ребёнка, туловище толкает перед собой массивную голову, которая раздвигает родовые пути, при этом толкает-то при помощи слабой, неразвитой шейки - ведь ребёнок научится держать голову, на этой шейке спустя недели. Давление на шею, на шейные позвонки достигает нескольких десятков килограммов. А в шейных позвонках проходят необычайно важные позвоночные артерии, которые снабжают кровью мозг. Под давлением позвонки ротируют, смещаются влево-вправо, задевают нежную артерию. Отсюда - спазм артерии. В итоге - мозг на голодном пайке. Даже при кратковременной гипоксии в нервной системе плода и новорожденного возникают нарушения мозгового кровообращения. Длительно и неоднократно возникающие гипоксические состояния приводят к резким нарушениям мозгового кровообращения, к гибели нервных клеток, отвечающих за речь, внимание, поведение. У недоношенных детей гипоксические повреждения захватывают, в основном, подкорковые структуры мозга. У детей, родившихся в срок, чаще всего поражается кора головного мозга. Такие повреждения часто становятся своего рода переходным этапом между острым и хроническим поражением мозга и составляют основу легкой дисфункции мозга.

Родовая травма - это местное повреждение плода, вызванное механическим воздействием непосредственно на плод во время родов.

Во время родов страдает позвоночник и, в первую очередь, его шейный отдел. Даже в процессе нормальных родов при прохождении ребенка через родовые пути происходит переразгибание головки в шейном

отделе, соскальзывание затылочной кости по отношению к 1-му шейному позвонку. В результате возможно патологическое смещение 2-х первых шейных позвонков по отношению друг к другу или состояние подвывиха. Травмируется система позвоночных артерий, по которым получает кровь ствол и другие отделы мозг. Возникает хроническая ишемия-недостаточность мозгового кровообращения, поэтому и расстраиваются функции головного мозга. А в результате страдают те его структуры, которые отвечают за речь, внимание, поведение, эмоции.

Для нормального речевого развития ребенка общение должно быть значимым, проходить на эмоциональном положительном фоне и побуждать к ответу. Ему недостаточно просто слышать звуки (радио, телевизор, магнитофон), необходимо, прежде всего, прямое общение с взрослыми на основе характерной для данного возрастного этапа ведущей формы деятельности. Важным стимулом развития речи является изменение формы общения ребёнка с взрослым. Так, если не происходит замена эмоционального общения, характерного для 1 года жизни, на предметно-действенное общение с 2-3-летним ребенком, то появляется серьёзная угроза возникновения задержки психического развития. Речь ребёнка нарушается и задерживается в отсутствие эмоционального положительно окружения.

Речь развивается по подражанию, поэтому некоторые речевые нарушения (заикание, нечеткость произношения, нарушение темпа речи) могут иметь в своей основе подражание.

Речевые нарушения часто могут возникать при различных психических травмах (испуг, переживание в связи с разлукой с близкими людьми, длительная психотравмирующая ситуация в семье). Это задерживает развитие речи, а в ряде случаев, особенно при острых психических травмах, вызывает у ребёнка, психогенные речевые расстройства: мутизм (полный отказ от речевого общения), невротическое заикание. Также влияет общая физическая слабость организма, незрелость, обусловленная недоношенностью, рахит. Различные нарушения обмена веществ, заболевания внутренних органов.

В заключение хочу сделать вывод: *любое общее или нервно-психическое заболевание ребёнка первых лет жизни обычно сопровождается нарушением речевого развития.*

Дизартрия - нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Термин "дизартрия" образован от греческих слов *arthron* - сочленение и *dys* - частица, означающая расстройство.

Это неврологический термин, т.к. возникает дизартрия при нарушении функции черепно-мозговых нервов нижнего отдела ствола, ответственных за артикуляцию.

Стертая форма - одна из форм дизартрии. В последнее время в процессе логопедической практики все чаще встречаются дети, нарушения речи которых схожи с проявлениями сложных форм дислалии, но с более длительной и сложной динамикой обучения и коррекции речи. Тщательное логопедическое обследование и наблюдение выявляют у них ряд специфических нарушений: нарушения двигательной сферы, пространственного гнозиса, фонетической стороны речи (в частности, просодических характеристик речи), фонации, дыхания и другие, что позволяет сделать вывод о наличии органических поражений центральной нервной системы.

Опыт практической и исследовательской работы показывает, что очень часто сложно диагностировать легкие формы дизартрии, ее дифференциации от других речевых расстройств, в частности - дислалии, в определении путей коррекции и объема необходимой логопедической помощи детям со стертой формой дизартрии. Учитывая распространенность данного речевого нарушения среди детей дошкольного возраста, можно сделать вывод, что в настоящее время назрела очень актуальная проблема - проблема оказания квалифицированной логопедической помощи детям со стертой формой дизартрии.

Легкие (стертые) формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших воздействие различных неблагоприятных факторов в течение пренатального, натального и раннего постнатального периодов развития. Среди таких неблагоприятных факторов можно отметить: токсикоз беременности; хроническую гипоксию плода; острые и хронические заболевания матери в период беременности; минимальное поражение нервной системы при резус-конфликтных ситуациях матери и плода; легкую асфиксию; родовые травмы; стрые инфекционные заболевания детей в младенческом возрасте и т.д.

Воздействие этих неблагоприятных факторов приводит к возникновению ряда специфических особенностей в развитии детей. В ранний период развития у детей со стертой формой дизартрии отмечаются двигательное беспокойство, нарушения сна, частый, беспричинный плач. Кормление таких детей носит ряд особенностей: наблюдаются трудности в удержании соска, быстрая утомляемость при сосании, малыши рано отказываются от груди, часто и обильно срыгивают. В дальнейшем плохо

приучаются к прикорму, неохотно пробуют новую пищу. За обедом такой ребенок долго сидит с набитым ртом, плохо пережевывает и неохотно глотает пищу, отсюда частые поперхивания во время еды. Родители детей с легкими формами дизартрических расстройств отмечают, что в дошкольном возрасте они предпочитают каши, бульоны, пюре твердым продуктам, так что накормить такого ребенка становится настоящей проблемой. В раннем психомоторном развитии также можно отметить ряд особенностей: становление статодинамических функций может несколько запаздывать или оставаться в пределах возрастной нормы. Дети, как правило, соматически ослаблены, часто болеют простудными заболеваниями. Анамнез детей со стертой формой дизартрии отягощен. Большинство детей до 1-2 лет наблюдались у невропатолога, в дальнейшем этот диагноз был снят.

Раннее речевое развитие у значительной части детей с легкими проявлениями дизартрии незначительно замедлено. Первые слова появляются к 1 году, фразовая речь формируется к 2-3 годам. При этом довольно долго речь детей остается неразборчивой, неясной, понятной только родителям. Таким образом, к 3-4 годам фонетическая сторона речи у дошкольников со стертой формой дизартрии остается несформированной.

В логопедической практике часто встречаются дети с нарушениями звукопроизношения, имеющие в заключение невропатолога данные об отсутствии в неврологическом статусе очаговой микросимптоматики. Однако коррекция речевых нарушений у таких детей обычными методами и приемами не приносит эффективных результатов. Следовательно, встает вопрос о дообследовании и более детальном изучении причин и механизмов возникновения данных нарушений.

При тщательном неврологическом обследовании детей с подобными речевыми расстройствами с применением функциональных нагрузок выявляется неярко выраженная микросимптоматика органического поражения нервной системы. Эти симптомы проявляются в виде расстройства двигательной сферы и экстрапирамидной недостаточности и отражаются на состоянии общей, мелкой и артикуляционной моторики, а также мимической мускулатуры.

Общая моторная сфера детей со стертой формой дизартрии характеризуется неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Может встречаться небольшое ограничение объема движений верхних и нижних конечностей, при функциональной нагрузке возможны содружественные движения (синкенезии), нарушения мышечного тонуса.

Часто при выраженной общей подвижности движения ребенка со стертой формой дизартрии остаются неловкими и непродуктивными.

Наиболее ярко недостаточность общей моторики проявляется у дошкольников с данным нарушением при выполнении сложных движений, требующих четкого управления движениями, точной работы различных мышечных групп, правильной пространственной организации движений. К примеру, ребенок со стертой формой дизартрии несколько позднее своих сверстников начинает захватывать и удерживать предметы, сидеть, ходить, прыгать на одной и двух ногах, неуклюже бегают, лазает на шведской стенке. В среднем и старшем дошкольном возрасте ребенок долго не может научиться ездить на велосипеде, кататься на лыжах и коньках.

У детей со стертой формой дизартрии наблюдаются также и нарушения мелкой моторики пальцев рук, которые проявляются в нарушении точности движений, снижении скорости выполнения и переключения с одной позы на другую, замедленном включении в движение, недостаточной координации. Пальцевые пробы выполняются неполноценно, наблюдаются значительные затруднения. Данные особенности проявляются в игровой и учебной деятельности ребенка. Дошкольник с легкими проявлениями дизартрии неохотно рисует, лепит, неумело играет с мозаикой.

Особенности состояния общей и мелкой моторики проявляются и в артикуляции, так как существует прямая зависимость между уровнем сформированности мелкой и артикуляционной моторики. Нарушения речевой моторики у дошкольников с данным видом речевой патологии обусловлены органическим характером поражения нервной системы и зависят от характера и степени нарушения функционирования двигательных нервов, обеспечивающих процесс артикуляции. Именно мозаичность поражения двигательных проводящих корково-ядерных путей и определяет большую комбинативность речевых нарушений при стертой форме дизартрии, коррекция которых требует от логопеда тщательной и детальной разработки индивидуального плана логопедической работы с таким ребенком. И, конечно, такая работа представляется невозможной без поддержки и тесного сотрудничества с родителями, заинтересованными в исправлении нарушений речи своего ребенка.