

The article is devoted to problem of research and activization of speech interaction by the middle-age preschool children with general speech underdevelopment. The experimental method of research and generalized date of analyze are represented in this article.

Keywords: speech unerdevelopment, communication, activization.

Отримано 18.09.2010 р.

УДК: 81-028.31-053.4

І.В. Миколайчук

СПЕЦИФІКА РОЗВИТКУ МОВЛЕННЕВОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З НАСЛІДКАМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЦНС

У статті розглядаються причини виникнення та особливості мовленнєвого розвитку дітей немовлячого віку внаслідок уражень центральної нервової системи у перинатальний період.

Ключові слова: перинатальна патологія ЦНС, мовлення, немовлячий вік.

В статье рассматриваются причины возникновения и особенности речевого развития детей первого года жизни вследствие поражений центральной нервной системы в перинатальный период.

Ключевые слова: перинатальная патология ЦНС, речь, младенческий возраст.

Повноцінний розвиток дитини в період раннього дитинства є визначальним для її розвитку на протязі всього наступного життя. Ранній вік відноситься до критичних періодів онтогенезу в становленні всіх органів і систем.

В останні роки спостерігається наростання частоти перинатальних уражень нервової системи, в результаті чого значно збільшилася кількість дітей, які мають не тільки порушення моторного розвитку різного ступеня тяжкості, але і психічного, в тому числі мовленнєвого розвитку. У результаті зростає кількість дітей, які відчують значні труднощі соціальної адаптації, не здатних повністю засвоїти програму масових дошкільних та шкільних установ.

Особливості патологічного розвитку дітей раннього віку з наслідками ураження центральної нервової системи (ЦНС) обумовлені тим, що саме в перинатальному періоді відбуваються найбільш важливі зміни, які безпосередньо чи опосередковано впливають на процеси структурної і функціональної організації ЦНС. Неонатологи відносять перинатальний період до етапу розвитку плоду з 28 тижня внутрішньоутробного розвитку до перших 7 днів постнатального життя (період ранньої адаптації). В перекладі з латинської мови термін «перинатальна патологія» означає слабкість головного мозку [5].

В наш час недостатньо дослідженою та актуальною залишається проблема розвитку мовленнєвої сфери дітей раннього віку

Чимало наукових досліджень зарубіжних (Stelly, P.M. Lewin, T. Montgomeri), та вітчизняних науковців (Л.П. Бадалян, К.А.Семенова, М.Д. Гютнер, Ю.І. Барашнєв, Є.І. Капранова, Є.Е. Мельникова, Є.А. Морозова, А.С. Петрухін, Н.Н. Володін, В.М. Шкловський, Т.А. Соколова, Н.А. Білоусова, Є.Є. Шунько, С.П. Катоніна, Н.П. Шабалов та ін) присвячено питанням перинатальної патології ЦНС. Зокрема вони визначали особливості розвитку органів та їх функцій внаслідок ураження ЦНС. Тоді, як проблема розвитку мовленнєвої сфери дітей раннього віку з перинатальною патологією ЦНС досліджена не достатньо і залишається актуальною в наш час.

Так, наприклад, Stelly (1746 р.) вперше описав паралічі руки у новонароджених і зв'язав їх виникнення з пологовою травмою.

У 1938 році P. Lewin в результаті експериментальних досліджень, проведених на приматах, прийшов до висновку, що важкі форми рухових розладів обумовлені органічним ураженням лобних зон мозку в останні терміни внутрішньоутробного розвитку [7].

На думку Ю.І. Барашнева, А.С. Буркової та ін. не варто недооцінювати роль перинатальних уражень ЦНС у формуванні дитячої патології. Так, як у структурі дитячої інвалідності ураження нервової системи складають близько 50%, при цьому 70-80% випадків припадає на перинатальні ураження [2].

А.С. Петрухін вказував на роль етіологічних факторів, які викликають пошкодження нервової системи плоду і новонароджених, можуть впливати у внутрішньоутробному, інтранатальному і неонатальному періодах, а інфекційні і генетичні фактори мають значення ще до зачаття.

Вітчизняний акушер М.Д. Гютнер (1945 р.) назвав перинатальні пошкодження «найпоширенішими захворюваннями», які нам навряд чи вдасться подолати за відсутності чітко виробленої стратегії, що об'єднує зусилля багатьох спеціалістів.

Нервова система плоду та новонародженого, особливо центральна її частина, до якої відноситься головний і спинний мозок, дуже чутлива до впливу різних факторів. Правильний розвиток і функціонування нервової системи новонародженого багато в чому залежить від умов його внутрішньоутробного життя і характеру родового акту, який є важким випробуванням не тільки для матері, але і для немовляти.

Серед різноманіття патологічних станів перинатального періоду найбільш значимими причинами, які призводять до порушення нормального ходу розвитку головного мозку плоду відносять перш за все:

1. церебральну гіпоксію-ішемію.
2. родову травму ЦНС.
3. інфекції ЦНС.
4. системні дисметаболічних і токсико-метаболічні порушення [1,2,8].

Найбільш частою причиною перинатальних пошкоджень ЦНС є гіпоксично-ішемічні ураження мозку (ГП) - 47% [8], наслідки яких займають провідне місце в структурі захворюваності і смертності у дітей неонатального періоду та раннього віку. Вірджинією Апгар в 1956 р. запропонована шкала оцінки в балах стану новонародженої дитини, в якій проводиться оцінка частоти серцебиття, дихання, м'язового тону, рефлекторної збудливості, забарвлення шкіри. Згідно з даними В. Апгар, шкалу можна використовувати не тільки для визначення ступеня тяжкості асфіксії дитини, але і для прогнозування ранньої неонатальної смертності дітей [2].

До моменту народження головний мозок дитини є незрілим, особливо великі півкулі [6]. Найбільш високі компенсаторні можливості має саме незрілий мозок, що знаходиться у стадії бурхливого розвитку. Головним чинником ушкоджень у цієї категорії дітей є гіпоксія, яка приводить як до гіпоксемії, так і до ішемії мозку [2,8]. Гостра важка асфіксія в основному викликає зміни в стовбурових структурах, менш виражена тривала асфіксія – дифузні кіркові порушення. Проте не у всіх дітей, які перенесли важку гіпоксію, спостерігаються важкі неврологічні наслідки. Їхній головний мозок, внаслідок гіпоксичному впливу, володіє цілим рядом особливостей, які оцінюються як феномени самозахисту [2,7].

Розвиток ембріона в умовах гіпоксії, за даними К.А. Семенової (1980р.) є основною причиною виникнення патології розвитку плоду, а вплив на мозок комплексу неблагоприємних факторів може призводити до виникнення дитячого церебрального паралічу.

Не менш важливе місце серед умов виникнення перинатальної патології ЦНС займає родовий травматизм, який спостерігається у 10% новонароджених. Під час пологів відбувається стиснення голівки, що і призводить, власне, до родової травми. У чистому вигляді механічна травма відбувається в 40% випадків. Це може статися під час пологів при невідповідності розміру голівки і родових шляхів. Іноді до травми можуть призвести патологічні занадто стрімкі пологи, пологи з використанням щипців або вакуум-екстракції.

Основне клінічне значення, серед пологових травм новонароджених, мають внутрішньочерепні родові травми, що супроводжуються пошкодженням центральної нервової системи: набряком головного мозку і внутрішньочерепними крововиливами (найчастіше – наслідок важкої внутрішньоутробної асфіксії плоду).

На думку Л. О. Бадаляна (1984), при внутрішньочерепній родовій травмі порушення мозкового кровообігу розвиваються в усіх відділах мозку, тому в клінічній картині переважають дифузні неврологічні розлади.

Розрізняють легку, середньої тяжкості і тяжку ступінь внутрішньочерепної пологової травми; остання призводить до смерті новонародженого в перші години (дні) після народження або ж до розвитку стійких органічних змін центральної і периферичної нервової системи (розумова відсталість, паралічі, парези і т. д.). У гострому періоді внутрішньочерепної травми спостерігаються ознаки порушення центральної нервової системи новонародженого: загальне занепокоєння, крик, прискорене судомне дихання, судоми, безсоння і інші, які поєднуються з пригніченням рефлексів смоктання і ковтання. Період збудження змінюється станом гноблення з загальною млявістю, зниженням м'язового тону, слабким криком, блідістю шкірних покривів. Характерні часті напади вторинної асфіксії.

Розглядаючи мовленнєвий статус дітей немовлячого віку даної категорії, можна сказати, що ступінь вираженості мовленнєвого порушення напряму залежить від характеру неврологічних проявів уражень ЦНС в перинатальний період.

Є.Ф. Архіпова, описуючи особливості розвитку дітей першого року життя з перинатальною енцефалопатією і ДЦП, наголошує на наявності у них стійких дефектів розвитку артикуляційних органів та їх функцій. А саме, у частини дітей спостерігається неправильна форма твердого піднебіння, недорозвиток нижньої щелепи, масивний язик. Для деяких дітей притаманна асиметрія обличчя, згладженість носо-губних складок. Форма язика і його положення в значній мірі залежить від загального м'язового тону дитини, від впливу патологічних тонічних рефлексів на м'язи язика. Так, у більшості випадків язик сильно напружений і у викрученому вигляді відтягнутий назад, або випрямлений і витягнутий вперед, що найчастіше поєднується гіперкінезами і тремором язика. Інколи це поєднується з гіперкінезами мимічної мускулатури. Також може спостерігатися гіпотонус м'язів язика, губ, звисання нижньої щелепи, відсутність смоктальних рухів. Для більшості дітей характерним є слабкий, не модульований, пронизливий голос, хоча відмічається і асинхронність голосу, дихання і артикуляції. [1]

Як зазначають Л.Т. Журба і Є.М. Мастюкова, період новонародженості можна лише умовно віднести до періоду до мовленнєвого розвитку. Мається на увазі становлення передумов мовлення від народження до 1 року. Звуки, які вимовляє немовля і які називаються голосовими реакціями, невіддільні від його життєво важливих фізіологічних функцій. Крім крику, до голосових реакцій новонароджених відносять кашель, чхання, звуки при смоктанні, позіхання. Часом дитина вимовляє окремі гортанні звуки, середні між «а» і «е». Різні патологічні стани можуть приводити до ускладнення або неможливості здійснення навіть цих примітивних голосових реакцій. М'язова слабкість артикуляційної і дихальної мускулатури робить крик дитини коротким, слабким, високого тону, а іноді настільки тихим, що тільки за мимічними реакціями можна здогадатися, що дитина плаче. Звуки, які вимовляються при крикові, можуть набувати носового відтінку при бульбарних і псевдобульбарних порушеннях, аномалії будови носоглотки. У дитини зі слабкістю дихальної мускулатури, крім того, ослаблений або відсутній кашель, новонароджений погано чхає, не вимовляє гортанних звуків. Голосові реакції новонародженого можуть мати збіднілий характер, або взагалі відсутні, внаслідок пригнічення центральної нервової системи.

Описавши особливості психофізичного розвитку дітей першого року життя, вони виділили 5 вікових періодів, які характеризуються певними патологічними проявами психічного, моторного і мовленнєвого розвитку немовля: I період – розвиток дитини від народження до 1 міс., II – 1-3 міс., III – 3-6 міс., IV – 6-9 міс., V – 9-12 міс. Вони визначали роль бульбарних і псевдобульбарних розладів, які є наслідком ураження ЦНС у перинатальний період [3].

Дослідження Є.М. Мастюкової показують, що часто у дітей з тяжкими вадами мовлення мовленнєві порушення поєднуються з неврологічною і психопатологічною симптоматикою, яка є наслідком ураження ЦНС. У багатьох дітей з порушенням мовленнєвого розвитку при неврологічному обстеженні виявляються різні, зазвичай не різко виражені рухові порушення. Вони характеризуються змінами м'язового тону, легкими гемі- і моно парезами, порушеннями координації рухів, недостатньою диференціацією моторики пальців рук, а також не сформованістю загального і орального праксису. Часто в таких дітей виявляються порушення артикуляційної моторики у вигляді легких парезів, тремору і насильницьких рухів язика, які обумовлюють прояв стертої форми дизартрії [4].

Слід відмітити те, що мовленнєві порушення у дітей раннього віку з наслідками перинатальної патології ЦНС проявляються уже з перших хвилин життя дитини. Так, у дітей 1-го місяця життя серед загальномозкових симптомів особливої уваги заслуговує тривалість і вираженість синдрому пригнічення ЦНС. При цьому з різним ступенем порушуються функції черепних нервів, що клінічно виявляється в першу чергу у відсутності безумовних оральних автоматизмів (пошукового, хоботкового, смоктального, ковтального) і значними труднощами при проведенні ентального годування. Крім того до ранніх ознак, що відображають дисфункцію бульбарної групи черепних нервів можна віднести: відсутність крику (афонія), слабкий крик з носовим відтінком, монотонний, не модульований крик. Наявність неонатальних судом є клінічно значущими ознаками раннього органічного ураження ЦНС і визначає необхідність проведення поглибленого інструментального обстеження головного мозку.

Вік від 2-3 міс. характеризується формуванням активного гуління, появою «комплексу пожвавлення», зорового і слухового зосередження, формуванням примітивних емоційних реакцій. У цей період особливо значущими ознаками майбутніх мовних розладів є – відсутність гуління, збереження бульбарних розладів або формування псевдобульбарних порушень (пожвавлення рефлексів орального автоматизму, поява спастичності в м'язах язика, утруднення при годуванні), відсутність реакцій фіксації погляду і простежування за об'єктом, відсутність адекватних рухових і

мімічних реакцій на звернене мовлення та його емоційне забарвлення [5]. Характерним також є носовий відтінок голосу, при ураженні бульбарної мускулатури; слабкість (відсутність) мімічних реакцій, що є наслідком одно- чи двостороннього парезу лицьового нерву [3].

Період 4-6 місяців в нормі характеризується появою справжнього гуління, що відрізняється від попереднього етапу великою різноманітністю звуків, інтонацією, появою в кінці періоду поєднання губних звуків з голосними («ба», «па»). Даний період є початковим етапом переходу від гуління до лепету. При перинатальних ураженнях ЦНС можлива затримка розвитку даного періоду, що поєднується з затримкою темпів психо-моторного розвитку. У дітей в першу чергу знижено комунікативні функції – зорове і слухове зосередження, низький інтерес до навколишнього, сповільнений статико-моторний розвиток. Гуління і лепет монотонні, тихі, без модуляції та інтонації [5]; відсутні елементи звукових самонаслідувань [3].

Крім вираженої затримки психомоторного розвитку, виявляються порушення іннервації мімічних та мовленнєвих м'язів. Прогресують трофічні розлади в м'язах язика, глотки при бульбарних порушеннях виявляються, як афонія так і носовий відтінок вокалізації (ринофонія). Активація рефлексів оральної групи, які до цього періоду повинні практично згаснути, спостерігається при формуванні дитячого церебрального паралічу. Порушення, що спостерігаються при цьому, проявляються у вигляді спастичності м'язів рота, язика, неправильного положення язика в порожнині рота і його гіперкінезів, поширених оральних синкінезій, що перешкоджає появі гуління. Для дітей даної групи характерними є алалія, дизартрія, анартрія.

Наступні періоди мовленнєвого розвитку (6-9 і 9-12 місяців) характеризуються формуванням лепету і до кінця 11-12 місяців – складів і односкладових слів. Лепет є закономірним продовженням істинного гуління і виявляється в нормі з'єднанням окремих артикуляційних рухів в лінійну послідовність. Цей етап характеризується також удосконаленням рухів губ, язика, м'якого піднебіння, удосконалюється функція дихання, подовжується довільний видих, дитина регулює гучність і висоту голосу залежно від ситуації. При загальній затримці психомоторного розвитку без грубих симптомів ураження нервової системи в ці періоди може зберігатися примітивне гуління або рудиментарний лепет у вигляді одноманітності, монотонності голосових реакцій, неможливості довільного контролю гучності і висоти голосу. Крім того, звичайно має місце слабкість слухових реакцій (недостатність слухової уваги, утруднення визначення джерела звуку в просторі, порушення диференціювання сприйняття голосу і його тембру).

У дітей, які перенесли важке перинатальне ураження ЦНС, до 6-9 місяців зазвичай формуються виражені рухові порушення, характерні для різних форм ДЦП, при яких чітко проявляються порушення тону м'язів язика, губ, оральні гіперкінези, оральні синкінезії. Діти відчувають проблеми з жуванням, ковтанням, закашлюються при їжі і питті, не можуть пити з чашки. Гуління може бути рудиментарним або відсутнім, лепету немає, порушена синхронізація дихання і голосових реакцій, якщо вони є, дихання і їжі. Продовжують спостерігатись бульбарні і псевдобульбарні ознаки уражень ЦНС перинатального генезу. Рухи органів артикуляційного апарату починають набувати більш цілеспрямованого характеру. У цих дітей зазвичай спостерігаються важкі мовленнєві розлади (дизартрія, алалія, загальний недорозвиток мовлення, анартрія, заїкання, ринолалія) [3, 5].

Аналіз наукової літератури показав, що для дітей раннього віку з наслідками ураження ЦНС в перинатальний період характерні стійкі неврологічні (рухові розлади, ДЦП, кіркові сенсорні порушення) та мовленнєві порушення (дизартрія, алалія, загальний недорозвиток мовлення) різного ступеню складності.

Для дітей цієї групи найбільш яскравими прогностичними показниками патологічного розвитку мовленнєвої сфери є: парез губ, згладження носогубних складок, слабкість м'язів язика, а головне відсутній, маломодульований чи неадекватний крик дитини. Характерним є затримка гуління, його неінтонованість, запізнення розвитку фази лепету (іноді він з'являється до двох років, коли в нормі – до чотирьох-шести місяців), його не зверненість до дорослого. При цьому лепет характеризується фрагментарністю, бідністю звукових комплексів, назалізуються голосні – о, е, и, і; приголосні – п, б, д. Порушення інтонації іноді компенсується виразністю міміки обличчя, очей.

З вище сказаного можна зробити висновок, що уся корекційна робота з дітьми даної категорії повинна проводитись безпосередньо на ранніх етапах розвитку дитини та при тісній взаємодії лікарів, логопеда, дефектолога і батьків.

Список використаних джерел

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие для студентов пед. вузов. – М.: АСТ : Астрель, 2007. – 224 с.
2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. – Москва: Триада-Х, 2001. – 640 с.

3. Журба Л.Т., Мастокова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981. – 272 с.
4. Мастокова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии). – М.: ВЛАДОС, 1997. – 304 с.
5. Особенности речевого развития в раннем возрасте у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы. Ранняя диагностика речевых нарушений и их коррекция. – М.: Российская Ассоциация Специалистов Перинатальной Медицины, 2005 – 38 с.
6. Титова Н.С. Перинатальная патология ЦНС у новорожденных: Учебное пособие для студентов и врачей-интернов. – Харьков: ХГМУ, 2002. – 86 с.

The article discusses the causes and features of language development of children ages nemovlyachoho due to lesions of the central nervous system in perinatal period.

Keywords: perinatal CNS pathology, speech, nemovlyachyyu age.

Отримано 18.09.2010 р.

УДК 376.016-056.264

О.І. Олефір

ЗАВДАННЯ ТА ДЖЕРЕЛА РОЗВИТКУ ЛЕКСИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ МОВЛЕННЯ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ТПМ НА УРОКАХ ЧИТАННЯ

У статті висвітлюються основні завдання та джерела розвитку і корекції лексичної сторони мовлення на уроках читання у спеціальній школі.

Ключові слова: лексика, молодші школярі, урок читання, тяжкі мовленнєві порушення.

В статье рассматриваются главные задания и источники развития и коррекции лексической системы на уроках чтения в специальной школе.

Ключевые слова: лексика, младшие школьники, урок чтения, тяжелые речевые нарушения.

Відомо, що одним із найголовніших надбань у молодшому шкільному віці є оволодіння рідною мовою. У зв'язку з цим особливого значення набуває проблема мовленнєвого розвитку школярів, позитивне вирішення якої допоможе учням оволодіти рідною (українською) мовою як засобом пізнання та спілкування. Найбільш гостро ця проблема постає перед дефектологами, які відчувають значні труднощі у навчанні дітей мови та мовлення. Аналіз публікацій, присвячених проблемі організації навчально-корекційної діяльності учнів з ТПМ свідчить, що більшість молодших школярів після надання допомоги правильно виконують різноманітні мовленнєві завдання. Питання розвитку та корекції мовленнєвої діяльності (зокрема окремих її складових) молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення у спеціальній літературі ґрунтовно досліджувалося в працях Л.Баряєва, Е.Данілавічюте, С.Бойкова, С.Іваненко, Т.Алтухової, О.Сафонова, Т.Берник, Л.Трофименко, Т.Лагун, М.Білоус, О.Красільникової, Л.Токар, Т.Сергеевої та ін. Крім того, проблеми розвитку мовлення присвячені наукові розробки лінгводидактиків (А.Богуш, Н.Виноградова, Г.Коваль, Л.Щерба, Л.Фесенко, Л.Паламар), психологів та психолігвістів (Л.Виготський, О.Леонтєв, О.Лурія, С.Рубінштейн, Д.Ельконін, Є.Костенко, Н.Чепелева). Результати проведеного експериментального дослідження М.Гріншпуна, Р.Левіної, О.Мастокової, Н.Серебрякової, Є.Соботович, Л.Трофименко, Г.Чиркіної показали наявність у молодших школярів із ТПМ обмеженого словникового запасу, переважання пасивної лексики над активною, порушення зв'язності висловлювання, що проявляється порушенням зв'язку слів у реченнях, переважання простих непоширених речень, неадекватне вживання слів та значна кількість граматичних і синтаксичних помилок. Діти не можуть аргументовано розкрити тему висловлювання, визначити його основну думку, не дотримуються логіки викладу. Будуючи зв'язне висловлювання, часто відходять від теми, роблять різноманітні привнесення, які не стосуються змісту висловлювання [5, 4]. Зазначені порушення безперечно вказують на недоліки лексичної сторони мовлення таких учнів. Аналіз публікацій,