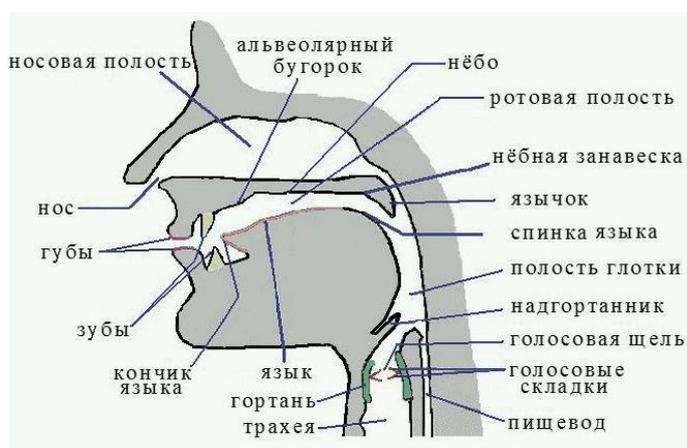


Виды и особенности речевых нарушений

Сивакова А.А.

Белорусский государственный университет информатики и
радиоэлектроники
г.Минск, Республика Беларусь

Речь – наиболее совершенная форма коммуникации, позволяющая людям взаимодействовать друг с другом, излагать мысли. Речь – одно из важнейших средств связи человека с окружающим миром, одна из важнейших высших психических функций, которая организует и связывает другие психические процессы, такие как восприятие, память, мышление, воображение, произвольное внимание. В то же время, речевая функция является одним из самых сложноорганизованных физиологических процессов в организме, т. к. требует одновременного участия зрительного, слухового, двигательного и кинестетического анализаторов, согласованной деятельности сразу нескольких корковых центров, полноценной периферической иннервации мышц языка, гортани, мягкого неба, правильной координации дыхания и произношения звуков. [10]



[11]

Для детей речь имеет особое значение, так как способность к коммуникации тесно связана с познавательной функцией (ребенок приобретает навыки общения со сверстниками, формируется внутренняя речь, целенаправленное поведение, способность к программированию интеллектуальной деятельности).

Расстройства и дефекты речи могут быть следствием незавершенного процесса речевого развития в детском возрасте или могут возникнуть и в более старшем возрасте по причине заболеваний мозга, нервов или органов речи. Риск приобрести расстройства и дефекты речи при этом соответствует

степени поражения первопричинным заболеванием (заболеванием, влияющим на речевой аппарат).

У пациентов, перенесших инсульт, нарушения речи наблюдаются более чем в 30% случаев и являются вторым по значимости и распространенности дефектом после двигательных нарушений [9]. В результате расстройства речевой функции затрудняются коммуникативные способности, снижается возможность общения с близкими, что ведет к нарастанию фрустрации, депрессии и, в итоге, к социальной депривации этих пациентов.

Частичное или полное отсутствие понимания и воспроизведения речи — **алалия**. При этом расстройстве у больного поражена часть мозга, отвечающая за разговорное восприятие. Системные нарушения лечатся комплексно: в специализированных учреждениях по типу санаториев. Одновременно доктора воздействуют на пораженный, не способный правильно функционировать, участок медикаментами и работают непосредственно с пациентом, развивая его навыки и умения.

Смазанное произношение и нечленораздельность — **дизартрия**. Развивается как у детей, так и у взрослых, вследствие инфекций или кровоизлияний в мозг. Это нарушение фонетической и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной или периферической нервной системы. Понять, что говорит больной, невозможно или почти невозможно. Применяется медикаментозная и рефлексотерапия (массаж языка, иглоукалывание), логопед регулярно проводит артикуляционную гимнастику.

Клиническая картина дизартрии включает наряду с выраженными формами стертые, которые трудны для правильной квалификации [12, 13, 14, 15, 16]. Затрудняет диагностику дизартрии у взрослых отсутствие распада речи. Независимо от клинического варианта дизартрии, она является признаком поражения центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц и связок речедвигательного аппарата.

По уровню локализации пораженного отдела нервной системы различают следующие формы дизартрий:

1. **Бульбарную**, связанную с поражением ядер, корешков или периферических отделов бульбарной группы черепно-мозговых нервов. Для бульбарной дизартрии характерны арефлексия, амимия, расстройство сосания, глотания твердой и жидкой пищи, жевания, гиперсаливация, вызванные атонией мышц полости рта. Артикуляция звуков невнятная и крайне упрощенная. Все разнообразие согласных редуцируется в единый щелевой звук; звуки не дифференцируются между собой. Типичны назализация тембра голоса, дисфония или афония.

2. **Псевдобульбарную**, связанную с поражением корковоядерных проводящих путей. При псевдобульбарной дизартрии характер расстройств определяется спастическим параличом и мышечным гипертонусом. Наиболее ярко это проявляется в нарушении движений языка: большие трудности вызывают попытки поднять кончик языка вверх, отвести в стороны, удержать в определенном положении. При псевдобульбарной дизартрии затруднено переключение с одной артикуляционной позы на другую. Типичны избирательное нарушение произвольных движений, появление синкинезий; обильное слюнотечение, усиление глоточного рефлекса, поперхивание, дисфагия. Речь больных с псевдобульбарной дизартрией смазанная, невнятная, имеет носовой оттенок; грубо нарушено нормативное воспроизведение гласных звуков, свистящих и шипящих.

3. **Экстрапирамидную** (подкорковую), связанную с поражением подкорковых узлов и их связей с различными отделами головного мозга. Для этой формы дизартрии характерно наличие гиперкинезов – непроизвольных насильственных движений мышц, в т. ч. мимических и артикуляционных. Гиперкинезы могут возникать в покое, однако обычно усиливаются при попытке речи, вызывая артикуляционный спазм. Отмечается нарушение тембра и силы голоса, просодической стороны речи; иногда у больных вырываются непроизвольные гортанные выкрики. При подкорковой дизартрии может нарушаться темп речи по типу брадилалии, тахилалии или речевой дизаритмии (органического заикания). Подкорковая дизартрия часто сочетается с псевдобульбарной, бульбарной и мозжечковой формами.

4. **Мозжечковую**, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей. Типичным проявлением мозжечковой дизартрии служит нарушение координации движений мышц, участвующих в речевом процессе, следствием чего являются тремор языка, толчкообразная, скандированная речь, отдельные выкрики. Речь замедленна и невнятна; в наибольшей степени нарушается произношение переднеязычных и губных звуков. Этой форме дизартрии часто сопутствуют атаксия, нистагм и другие координаторные нарушения.

5. **Корковую**, обусловленную очаговыми поражениями коры головного мозга. Корковая дизартрия по своим речевым проявлениям напоминает моторную афазию и характеризуется нарушением произвольной артикуляционной моторики, но при этом отсутствуют расстройства речевого дыхания и фонации. По локализации различают кинестетическую постцентральную корковую дизартрию (афферентную корковую дизартрию) и кинетическую премоторную корковую дизартрию (эфферентную корковую дизартрию). Однако при корковой дизартрии имеется только артикуляционная апраксия, тогда как при моторной афазии страдают не только артикуляция звуков, но и чтение, письмо, понимание речи, использование средств языка.

Выделяют четыре степени тяжести дизартрии: 1-я степень (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения могут быть выявлены только логопедом при специальном обследовании; 2-я степень – дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но в целом речь остается понятной; 3-я степень – понимание речи пациента с дизартрией доступно только близкому окружению и частично посторонним людям; 4-я степень – речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия). [17]

Явно выраженное искажение одного или ряда звуков получило название **дислалии**. Косноязычные (распространенный термин в немедицинских кругах) люди нуждаются в курсе приемов логопеда, на которых при помощи скороговорок, гимнастики, упражнений, они учатся правильному произношению. В редких случаях возникает необходимость в пластике — если причина дислалии в патологии артикуляционного аппарата.

Мутизм - прекращение речевого развития из-за психической травмы.

Ринолалия - это нарушение тембра голоса, вызванное анатомическими дефектами речевого аппарата.

Афазия или **афазия** (от др.-греч. ἀ- — отрицательная частица и φάσις — проявление, высказывание) — это локальное отсутствие или расстройство уже сформировавшейся речи^[1] (в отличие от алалии) с нарушением восприятия речи при сохранении слуха.

Чаще всего афазия возникает вследствие инсультов: ишемического и геморрагического (наиболее часто при смешанной и тотальной форме). Также причинами афазийного расстройства могут быть:

- Опухоли головного мозга.
- Трепанация черепа и другие вмешательства в черепную коробку.
- Энцефалит и другие воспалительные процессы мозга.
- Прогрессирующие заболевания ЦНС.
- Разного рода черепные травмы.

Виды афазий:

Моторная афазия возникает при поражении задних отделов лобной доли – так называемого центра Брока доминантного полушария. В большинстве случаев данный вид афазии развивается остро в сочетании с гемипарезом и гемигипестезией в результате инсульта в бассейне средней мозговой артерии.

Артикуляторная моторная афазия возникает при поражении нижних отделов теменной области и, по сути, является своеобразной формой апраксии речи. Первичным дефектом при этой афазии является нарушение

артикуляторных движений: при выполнении по заданию движений языком и губами больной не может найти нужное положение, например, подуть, пощелкать языком, надуть щеки или повторить отдельные звуки. В тяжелых случаях больные не в состоянии произнести не только слова, но и отдельные звуки, в более легких случаях они общаются с помощью речи, в которой часто возникают поиски разных звуков и звуковые замены.

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия возникает при поражении верхневисочных отделов так называемой зоны Вернике доминантного полушария. В качестве первичного дефекта рассматривается речевая слуховая агнозия, лежащая в основе нарушений фонетического слуха. У пациентов расстроено восприятие на слух звуков речи – фонем, они не могут различить на слух звонкие и глухие, мягкие и твердые звуки.

Акустико-амнестическая афазия возникает в результате первичного нарушения импрессивной речи при поражении средних и задних отделов височной области доминантного полушария. В отличие от сенсорной афазии понимание отдельных фонем при этой форме афазии сохранено. Лингвистический дефект локализован на следующем этапе распознавания речевых стимулов – невозможным становится синтез фонем в слова. Кроме того, у пациентов нарушено удержание в слухоречевой памяти серии слов: из 3 предъявленных на слух слов больной может повторить 1–2 слова или показать 1–2 картинки (чаще 1-ю и 3-ю). Неспособность к удержанию в памяти речевой информации, воспринятой на слух, приводит к недостаткам понимания длинных сложных речевых отрезков. Устная речь относительно сохранна, но слова подбираются с трудом.

В большинстве случаев у одного больного имеется несколько разновидностей нарушения речи одновременно, что связано с анатомической близостью зон контроля речи в головном мозге. Тогда говорят о смешанной афазии. Наиболее выраженной формой смешанной афазии является тотальная афазия, которая возникает при обширных инфарктах в бассейне средней мозговой артерии, когда зона ишемического повреждения охватывает как заднелобные, так и височные отделы доминантного полушария головного мозга. Следовательно, страдает как инициация речи, так и фонематический слух. Клиническая картина характеризуется сочетанием симптомов сенсорной и моторной афазии (сенсомоторная афазия).

Необходимо отметить, что об афазии можно говорить только при утрате уже сформированной речевой функции, относительно сохраненных интеллектуальных качествах и в отсутствие выраженных психических нарушений у пациентов

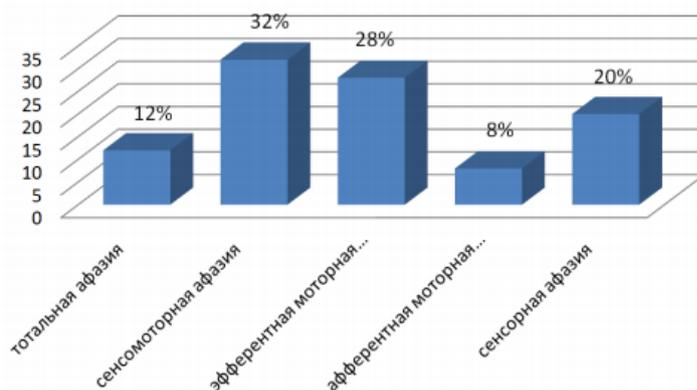


Рис. 1. Доли распределения больных по формам афазии

Нарушения развития речи сказываются на общем формировании личности детей, их интеллектуальном росте и поведении, затрудняют обучение и общение с окружающими [2, 3].

Под задержками речевого развития обычно понимают отставание в формировании речи от возрастных нормативов у детей в возрасте до 3–4-х лет. Между тем данная формулировка подразумевает широкий круг расстройств развития речи, имеющих разные причины. Определяющим для формирования речи является период от первого года жизни до 3–5-х лет. В это время интенсивно развиваются мозг и его функции. Любые нарушения в развитии речи – повод для безотлагательного обращения к специалистам – врачу (педиатру, детскому неврологу, ЛОР-врачу, детскому психиатру), логопеду, психологу. Это тем более важно, что именно в первые годы жизни отклонения в развитии мозговых функций, в т. ч. речи, лучше всего поддаются коррекции. [1]

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. [5]

Среди нарушений произносительной стороны речи наиболее распространенными являются избирательные нарушения в ее звуковом оформлении при нормальном функционировании всех остальных операций высказывания.

Эти нарушения проявляются в дефектах воспроизведения звуков речи: искаженном (ненормативном) их произнесении, заменах одних звуков другими, смешении звуков и, реже, их пропусках.

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита:

- Ротацизм – дефект произношения Р Ръ
- Ламбдацизм – Л Ль

- Сигматизм – С Сь З Зь Ц Ш Щ Ж Ч
- Йотацизм – Й
- Каппацизм – К Кь
- Гаммацизм – Г Гь
- Хитизм – Х Хь.

В тех случаях, когда отмечается замена звука, то к названию дефекта добавляют приставку парарапаротацизм, параламбдацизм и др. [6]

Беспокойство должны вызывать дети, которые не пытаются говорить в 2–2,5 года. Однако определенные предпосылки для неблагополучия в речевом развитии родители могут заметить и раньше. На первом году жизни должны настораживать отсутствие или слабая выраженность в соответствующие сроки гуления, лепета, первых слов, реакции на речь взрослых и интереса к ней; в один год – ребенок не понимает часто употребляемых слов и не имитирует звуки речи, не реагирует на обращенную к нему речь, а для привлечения внимания к себе прибегает только к плачу; на втором году – отсутствие интереса к речевой активности, пополнения пассивного и активного словаря, появления фраз, неспособность понять простейшие вопросы и показать изображение на картинке.

На 3–4-м годах жизни высокую настороженность должны вызывать признаки неблагополучного формирования речи в сравнении с нормальными характеристиками ее развития, которые приводятся в таблице 1. [1]

Признаки нормального развития	Признаки неблагополучного развития
Ребенок активно пользуется речью, задает вопросы, для него это основное средство общения.	Ребенок не обращается ко взрослым за помощью или с вопросами, не пользуется речью, делает всё сам.
Обладает достаточным для своего возраста словарным запасом, без труда называет знакомые предметы.	Словарный запас ограничен, не может назвать знакомые предметы.
В высказываниях ребенка многословные предложения, хорошо понимает объяснения и рассказы.	В речи отсутствуют простые предложения, нет понимания простых объяснений или рассказов о прошлом (будущем).
Отвечает на вопросы, выполняет просьбы и инструкции.	Не отвечает на простые вопросы, не выполняет простые просьбы и не понимает простые инструкции.

Речь понятна окружающим, хотя в ней могут быть неточности.	Речь непонятная окружающим, ребенок старается дополнять ее жестами или проявляет безразличие к тому, понимают ли его другие.
Охотно повторяет слова и фразы которые слышит.	Отсутствует желание повторять, делает это неохотно.
Прислушивается к своей речи, старается исправлять ошибки сам или по просьбе взрослых	Не достаточно внимателен к ошибкам или вовсе их не замечает, просьбы не дают результата.
Активно разговаривает со знакомыми и родными, может проявлять стеснение при общении с незнакомыми людьми.	Одинаково общается со знакомыми и незнакомыми людьми.
Речь соответствует возрастным нормативам	Речь отстает от уровня речи сверстников

Таблица 1 – признаки нормального и неблагоприятного развития

При обследовании устной речи у детей проводится экспресс-диагностика. В структуру экспресс-диагностики входят следующие компоненты: состояние органов артикуляционного аппарата, фонематических процессов, состояние навыков звукового анализа и синтеза, грамматического строя речи, словарного запаса, связной речи, чтения, оптико-пространственных ориентировок. На основании результатов диагностики составляется аналитическая справка о речевом развитии, проводится сравнительный анализ с предыдущими годами, представляются таблицы, диаграммы, делаются выводы и даются рекомендации. Анализ речевого развития позволяет увидеть частотность речевых нарушений, тенденции, сделать соответствующие выводы и наметить оптимальные пути коррекции речевых дефектов.

Отсутствие помощи в раннем возрасте детям с недоразвитием речи приводит к формированию целого ряда последствий: нарушения общения и обусловленные ими трудности адаптации в детском коллективе и контактах с другими людьми, незрелости в эмоциональной сфере и поведении, недостаточной познавательной активности. Это подтверждают данные проведенного исследования с целью оценки показателей возрастного развития детей с дисфазией (Дисфазия наступает вследствие поражения участков коры головного мозга, отвечающих за речевое развитие. Эти сбои происходят в период вынашивания ребенка, либо в раннем возрасте, еще до того, как малыш учится говорить.[7]) [4].

Список использованных источников:

1. Русский медицинский журнал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Zaderghki_razvitiya_rechi_u_detey_prichinydiagnostika_i_lechenie/#ixzz6EZGV21YY
2. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2006. 380 с.
3. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология. Т. 2. М.: Теревинф, 2010. 336 с.
4. Заваденко Н.Н., Ефимов М.С., Заваденко А.Н., Щедеркина И.О., Давыдова Л.А., Дороницева М.М. Нарушения нервно-психического развития у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015. Т. 94. № 5. С. 143–149.
5. «Логопедия» под ред. Волковой Л.С.
6. Сайт Логопед [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sites.google.com/site/logopedonlain/home/dislalia>
7. Дисфазия: симптомы, диагностика и лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.akmecenter.com/services/7-disfazija-simptomu-diagnostika-i-lechenie.html>
8. Нарушения звукопроизношения у детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.logopedplus.ru/articles/narusheniya-zvukoproiznosheniya-u-detey/metodika-raboty-po-korreksii-zvukoproiznosheniya/>
9. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М.: Ассоциация дефектологов, В. Секачев, 2011
10. О.В. КУРУШИНА, д.м.н., А.Е. БАРУЛИН, д.м.н., Е.А. КУРАКОВА, Х.Ш. АНСАРОВ Волгоградский государственный медицинский университет - НАРУШЕНИЯ РЕЧИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА
11. Дефекты речи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://diktory.com/defekty_rechi.html
12. Архипова, Е.Ф. Стёртая дизартрия у детей : учебное пособие / Е.Ф. Архипова – М. : АСТ : Астрель, 2006. – 319 с.
13. Балашова, И.Н. Языковые способности правого полушария / И.Н. Балашова // Актуальные вопросы логопатологии : материалы конференции логопедов здравоохранения РФ. 10-11 февраля 2009. – СПб., 2009. – С. 167-170.
14. Балашова, И.Н. Речевые нарушения мозжечка различного генеза / И.Н. Балашова // Современные аспекты организации и оказания медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара : сб. научно-практических работ. – СПб., 2002. – № 3. – С. 255-259.
15. Винарская, Е.Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская. –М. : АСТ, 2006. –141 с.

16. Винарская, Е.Н. Нарушения звуковой системы речи при бульбарной дизартрии взрослых / Е.Н. Винарская, С.Н. Шур // Очерки по патологии речи и голоса. – М. : Просвещение, 1967. – Вып. 3.– С. 128-135

17. О.В. КУРУШИНА, д.м.н., А.Е. БАРУЛИН, д.м.н., Е.А. КУРАКОВА, Х.Ш. АНСАРОВ Волгоградский государственный медицинский университет
НАРУШЕНИЯ РЕЧИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ