

УДК 612.789-053.4:616-053.1

**ВЕДУЩИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ
НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА****А.В. Синельщикова, Н.Н. Маслова,**
ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*Синельщикова Анна Викторовна – e-mail: Anny777_06@mail.ru*

Нарушения речи у детей часто встречаются в практике врача – невролога. Осложненное течение беременности сказывается на дальнейшем развитии ребенка. Проанализированы амбулаторные карты 37 детей в возрасте от 3 до 7 лет с речевыми нарушениями. Среди осложнений беременности и родов выявлено влияние анемии, недоношенности, веса плода и метода родоразрешения на возникновение в дальнейшем речевых нарушений. Анализ этих факторов позволяет определить риск возникновения речевых расстройств в будущем.

Ключевые слова: дети, речевые нарушения, перинатальные факторы, дислалия, задержка речевого развития.

Speech disorders are frequent cases of neurologists' practice. Complications of pregnancy has an impact on the further development of the child. 37 medical reports of children aged from 3 to 7 years who have different speech disorders were analyzed here. It was found out that many different complications of pregnancy and the act of delivery have an effect on these speech disorders: there are anemia, prematurity, weight of a fetus and the method of the labor among them. The existence of these complications helps us to identify the risk of these speech disorders for the future.

Key words: children, speech disorder, perinatal factors, dyslalia, delayed speech development.

Введение

Частота перинатальных поражений нервной системы в последние несколько лет резко возросла [1]. В связи с этим значительно увеличилось количество детей, имеющих не только нарушения моторного развития разной степени тяжести, но и психического, в том числе речевого. Однако начинающие специалисты недостаточно хорошо разбираются в них [2, 3]. В результате количество детей, испытывающих значительные трудности социальной адаптации, увеличивается. Они, как правило, не способны полностью усвоить программу дошкольных и школьных учреждений.

В отечественной и зарубежной литературе в настоящее время нет единой классификации расстройств речевого развития. В России, в зависимости от ведущих неврологических нарушений, лежащих в основе речевых расстройств у детей, классификацию предложил Л.О. Бадалян [4]. Она

объединяет в себе клинико-логопедическую и топографо-анатомическую классификации [3, 4, 5, 6]. Но, на наш взгляд, наиболее приемлема зарубежная классификация, отражающая наличие неврологических и/или психических нарушений и топографию поражения головного мозга. Расстройства развития речи в ней обозначают термином «дисфазия развития» [7].

В практике врача-невролога встречаются следующие формы речевых нарушений (РН). Дисфазия развития в форме дислалии, когда нарушена способность говорить, тогда как понимание речи может быть затруднено, но при этом развито значительно лучше. Истинная дисфазия развития в чистом виде встречается достаточно редко и чаще сочетается с гиперактивностью и диспраксией. «Задержка речевого развития» (ЗРР), т. е. компоненты речи находятся на уровне развития, соответствующем речи ребенка более

младшего возраста. Кроме того, следует отметить речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями ЦНС (заикание, мутизм и сурдомутизм), и специфические нарушения речи (при ДЦП и другой грубой неврологической патологии). У таких детей отмечаются сопутствующие двигательные или когнитивные нарушения [2, 3, 7, 8].

Основа для формирования расстройств речевого развития закладывается ещё в перинатальном периоде [4, 9, 10]. В связи с этим необходимо выявлять перинатальные факторы, которые могут оказывать влияние на речевое развитие, для выделения групп риска по нарушениям речи среди детей с целью их ранней коррекции.

Цели и задачи

Целью исследования являлось определение связи развития речевых нарушений с перинатальными факторами, имеющимися в анамнезе у детей дошкольного возраста, и установление критериев включения детей в группу риска по речевым нарушениям.

Нами были поставлены следующие задачи:

- определение особенностей речевых расстройств у детей дошкольного возраста,
- оценка частоты встречаемости и распределение речевых нарушений по полу,
- выделение ведущих перинатальных факторов в развитии патологии речи среди детей дошкольного возраста.

Материал и методы

Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 130 детей, находившихся под наблюдением невролога в поликлинике. Из числа детей были выбраны пациенты с речевыми расстройствами – 28,5% от числа наблюдений (37 из 130 наблюдений). Средний возраст составил $4,62 \pm 1,27$ года, 32 мальчика (86,5%) и 5 девочек (13,5%).

Проводился анализ статистического распределения и корреляционной зависимости перинатальных факторов с вероятностью возникновения РР у детей дошкольного возраста. Оценка перинатальных факторов и разделение их на группы основывались на классификации О.Г. Фролова, Е.И. Николаева [8]. Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 for Windows. Параметрические данные были представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения, для проверки статистических гипотез в случае дихотомических признаков использовался точный критерий Фишера, а в случае порядковых и номинальных признаков – критерий χ^2 (Пирсона). Различия считались статистически значимыми при значении критерия $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Среди пациентов с речевыми нарушениями преобладали мальчики. Соотношение по полу составило 1:4 (таблица 1). РР были выявлены у 48,4% мальчиков, тогда как среди девочек встречались лишь в 13,5% случаев. Различия по полу можно считать значимыми, т. к. $p = 0,0013$.

Среди речевых расстройств были выделены следующие формы: дислалия отмечалась у 46% детей, причем в изолированном виде – в 65% случаев, а в сочетании с гиперактивностью у 35% детей. Задержка речевого развития – в 43,2%, из них у 12,5% отмечалась комбинация ЗРР с поведенческими и пароксизмальными нарушениями. Распределение сочетанных форм представлено на рисунке. Среди всех пациентов с нарушением речи 5% состави-

ли дети с заиканием, в 6,8% случаев имело место сочетание речевых нарушений с другой неврологической патологией (ДЦП и эпилепсией).

Среди комбинированных форм сочетание речевых расстройств с поведенческими нарушениям (21,6%) оказалось достоверным ($p < 0,05$). Таким образом, можно утверждать, что расстройство речевого развития влечет за собой поведенческие нарушения, которые разрушают социальную адаптацию ребенка.

У детей с РР были проанализированы осложнения беременности и родов, а также особенности перинатального периода, и выявлена наиболее значимая патология для развития речевых нарушений. Данные анализа представлены в таблице 2.

ТАБЛИЦА 1.
Распределение детей с речевыми нарушениями по полу

Пол	Речевых нарушений нет	Речевые нарушения есть	Всего
Мальчики	48 (51,6%)	32 (48,4%)	80
Девочки	45 (86,5%)	5 (13,5%)	50
Всего	95	37	130

ТАБЛИЦА 2.
Связь перинатальной патологии с развитием речевых нарушений у детей дошкольного возраста

Патология беременных	Факторы риска	Частота фактора	p - критерий
Экстрагенитальные заболевания	Анемия	13,50%	0,02
	Менее 35 недель	13,50%	0,015
Недоношенность	От 35 до 38 недель	0	-----
	От 3000 до 4000 г	23,08%	-----
Вес плода при рождении	Менее 3000 г	3,85%	0,189
	Более 4000 г	5,40%	0,026
Родоразрешение	Естественные	91,89%	-----
	Затрудненное выведение плечиков	2,70%	0,631
	Кесарево сечение	5,40%	0,047



Следует отметить, что корреляционный анализ проводился со всеми факторами риска согласно классификации О.Г. Фролова, Е.И. Николаева [8]. По нашим данным достоверно чаще встречались анемия, недоношенность менее 35 недель, крупный плод (вес плода при рождении более 4000 г), а также родоразрешение путем операции кесарева сечения. Связи РР с другими факторами риска не установлено.

Кроме оценки неблагоприятных перинатальных факторов был проведен анализ влияния перинатальной патологии ЦНС (проявившейся в возрасте от 0 до 12 мес.) на возникновение нарушений речи. Отмечено, что у детей с речевыми расстройствами в возрасте до года не обязательно наличие какой-либо клинически установленной перинатальной патологии в анамнезе.

Обсуждение

Расстройства развития речи (РРР) составили четвертую часть среди всей неврологической патологии у детей дошкольного возраста. Речевые нарушения достоверно преобладали среди мальчиков ($p=0,0013$). Основными нозологическими формами среди РРР можно считать дислалии (46%) и задержку речевого развития (43,2%). Кроме того, выявлено достоверное сочетание речевых расстройств с поведенческими нарушениями, что может существенно ухудшать школьную и социальную адаптацию детей.

Осложненное течение беременности оказывает огромное влияние на дальнейшее развитие ребенка, приводя к ограничению жизнедеятельности в связи с психоречевой патологией. Поэтому в группу повышенного риска развития речевых расстройств мы отнесли детей, в перинатальном анамнезе которых достоверно чаще встречались такие факторы, как анемия беременных ($p=0,020$); недоношенность менее 35 недель ($p=0,015$); крупный плод ($p=0,026$); операция кесарева сечения как возможный вариант родоразрешения ($p=0,047$).

Заключение

РР встречаются у детей дошкольного возраста, как в изолированном виде, так и в комбинации с другой неврологической патологией. Проанализированные перинатальные факторы риска развития патологии речи дают нам возможность выделять группы риска РР для ранней их коррекции. Следует отметить, что предупредить развитие речевых нарушений представляется возможным с учетом того, что грубая патология речи (в клинике ДЦП) в практике врача-невролога встречается лишь в 5,8% случаев и плохо поддается коррекции. Остальная часть РР является корригируемой при назначении адекватной медикаментозной терапии и совместной работе с логопедами.

Обязательными этапами динамического неврологического наблюдения за детьми на 1 году жизни являются: 1 месяц жизни (неонатальный период), 3 мес., 6 мес. и 12 месяцев. В эти декретированные сроки у детей высокого риска по развитию речевых нарушений следует оценивать не только стандартные безусловные рефлексy, но и признаки, отражающие предречевое развитие [2, 9]. В первом полугодии жизни к ним могут относиться отсутствие крика и гуления, недостаток адекватных двигательных и мимических реакций на обращенную речь и ее эмоциональную окраску. А также задержка перехода от гуления к лепету и от лепета к односложной речи, которая может сопровождаться отставанием темпов психомоторного развития [9]. Такие дети при наличии значимых перинатальных факторов формируют группу риска по задержке речевых функций. Таким образом, с ними должна проводиться работа еще на этапе неонатального периода. У ребенка важно стимулировать накопление чувственного опыта (зрительного, слухового, тактильного, моторного), являющегося залогом благоприятного психомоторного и речевого развития в дальнейшем (ребенок

манипулирует игрушками, тянет их в рот, бросает игрушки и прослеживает за их перемещением, переворачивается и ползет к заинтересовавшему его предмету).

На втором полугодии жизни осуществляется стимуляция психического и предречевого развития, которая связана с начальными формами воспитания и правильным формированием предметно-действенных функций [6, 9, 11, 12]. После 6 месяцев у ребенка обычно стимулируют перцептивные манипуляции (стимуляция повторных действий, целенаправленные действия различными предметами, предметно-действенное общение со взрослыми). Наряду с этим начинают стимулировать движения языка, жевательные движения, движения губ. Активизируют возможности распознавания интонационной окраски обращенной речи. Закрепляют и усиливают связь между словами, обозначающими предметы и конкретными объектами. Проводят стимуляцию лепета и начального слоогообразования с помощью соответствующих имитационных или подражательных игр («ладушки», «до свидания», «гуси-гуси» и др.) [6, 9, 13].

На всех этапах наблюдения за развитием ребенка должна осуществляться постоянная обратная связь между всеми специалистами: неонатологами, неврологами, психиатрами, окулистами, логопедами, психологами и педагогами.



ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 368 с.
Pal'chik A.B. Lekcii po ntvrologii razvitiya. 2-ye izd. M.: MEDpress-inform, 2013. 368 s.
2. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития: пер. с англ. М.: Когито-центр, 2000. 350 с.
Battervort G., Harris M. Principy psihologii razvitiya: per. s angl. M.: Kogito-center, 2000. 350 s.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. 126 с.
Vygotskij L.S. Problemy defektologii. M.: Prosveschenie, 1995. 126 s.
4. Бадалян Л.О. Невропатология. М.: Академия, 2000. 382 с.
Badalian L. O Nevropatologiya. Moskva. Akademya, 2000. 382 s.
5. Корнев А.Н. Дислексия и дисграфия у детей. СПб.: Гиппократ, 1995. 222 с.
Kornev A.N. Disleksiya i disgrafiya u detej. SPb.: Gippokrat, 1995. 222 s.
6. Логопедия / под ред. Волковой Л.С., Шаховской С.Н. 3-е издание. М., Владос, 1999. 678 с.
Logopediya / pod red. Volkovoj L.S., Shahovskoj S.N. 3-ye izdaniye. M., Vlados, 1999. 678 s.
7. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология. В 2 томах: пер. с англ. / под редакцией Заваденко Н.Н. М.: Теревинф, 2010. Т. 2. 336 с.
N'yokikt'yen Ch. Detskaya povedencheskaya nevrologiya. V 2 tomah: per. s angl. / pod redakciej Zavadenko N.N. M.: Terevinf, 2010. T. 2. 336 s.
8. Фролова О.Г., Глинская С.В., Пугачёва Т.Н., Гудимова В.В. Новые методы анализа и оценки репродуктивных потерь. Вестник акушера-гинеколога № 2. 1994. С. 7.
Frolova O.G., Glinskaya S.V., Pugachyova T.N. Gudimova V.V. Novyye metody analiza i ocenki reproduktivnyh poter'. Vestnik akushera-ginekologa № 2. 1994. S. 7.
9. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. М.: Прогресс, 1979. 319 с.
Bauer T. Psihicheskoye razvitye mladenca. M.: Progress, 1979. 319 s.
10. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М.: Медицина, 1969. 160 с.
Luriya A.R. Vysshieye korkovyye funkicii cheloveka. M.: Medicyna, 1969. 160 s.
11. Выготский Л.С. Лекции по психологии. СПб.: Союз, 1999. 142 с.
Vygotskij L.S. Lekcii po psihologii. SPb.: Sojuz, 1999. 142 s.
12. Дружинин В.Н., Ушаков Д.В. Когнитивная психология. М.: ПЕР СЭ, 2002. 480 с.
Druzhinin V.N., Ushakov D.V. Kognitivnaya psihologiya. M.: PER SE, 2002. 480 s.
13. Шкловский В.М. Заикание. М. 1994. 248 с.
Shklovskij V.M. Zaikaniye. M. 1994. 248 s.