



УДК: 371. 927

РЕЧЕВАЯ И НЕРЕЧЕВАЯ СИМПТОМАТИКА МОТОРНОЙ АЛАЛИИ**Г. В. Жарова***ФГУ «Санкт Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий»
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Моторная алалия является одним из самых распространенных речевых нарушений у детей, кроме того, зачастую это нарушение приводит к затруднениям не только речевого развития ребенка, но и осложняет процесс развития психологических и мыслительных операций, школьного обучения. По этим причинам изучение моторной алалии представляет собой безусловно высоко практически значимое направление деятельности логопедической науки.

Материал и методы. Нами было обследовано 50 детей в возрасте от 4 до 5 лет, обратившихся в клинику по поводу моторной алалии. В процессе изучения анамнеза пациентов было выявлено, что большинство детей подверглось действию комплекса различно сочетавшихся друг с другом отрицательных факторов эндогенного и экзогенного характера.

Среди этиологических факторов можно выделить внутриутробную энцефалопатию, менингиты, неблагоприятные условия развития, интоксикацию плода, врожденные отягощенные, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнениями на мозг.

По данным В. А. Ковшикова (1994) неблагоприятные факторы в анамнестическом изучении встречались, как правило, у большего количества обследованных. По нашим данным, 67 % детей в группе обследованных родилось от 3-ей и более поздних по порядку следования беременностей. Возраст 56 % родителей в период рождения ребенка был от 35 до 40 и более лет, т. е. недостаточно благоприятный для рождения [3].

Патология беременности отмечена нами у 81 % матерей. У 50 % матерей на протяжении всей беременности был токсикоз. Из других отрицательных факторов обнаружены: угрожающий выкидыш – 14 %, психотравмы – 24 %, неправильное положение плода – 5 %. Возможно, что эти факторы могли неблагоприятно повлиять на развитие плода и на течение родов.

34 % детей родилось раньше либо позже срока. Патологические роды были в 58 % случаев. В родах 23 % детей получили травмы головы, 68 % родились в асфиксии.

Следует обратить внимание на большой процент детей, рожденных в асфиксии – 68 %. Как известно, при асфиксии (особенно при сильной) поражаются многие отделы нервной системы. Правомерно предположить, что именно эта множественность поражений могла вызвать у определенного числа детей нарушения в формировании межсистемных мозговых связей, столь необходимых для нормального генеза и деятельности многоуровневых и полимодальной языковой системы. На роль асфиксии в картине речевого развития обращают внимание и другие авторы [5].

Недоразвитие мозга может быть врожденным или рано приобретенным в доречевом периоде – органические повреждения мозга при алалии имели место в пренатальном или раннем постнатальном периоде. Условно доречевым периодом считаются первые три года жизни ребенка, когда идет интенсивное формирования клеток коры головного мозга. Изучая анамнез детей, страдающих алалией, можно отметить, что весь процесс становления речи при этом нарушении происходит в условиях патологического состояния ЦНС.

После изучения анамнестических данных нами исследовалось понимание речи. Известно, что дети с моторной алалией понимают значение большинства слов. Они, как правило, без ошибок соотносят услышанные слова с соответствующими картинками и по этому показателю приближаются к норме. Однако у них наблюдается резкое расхождение между достаточным пониманием значения слов и возможность их называния вследствие неустойчивости звуковых образов слов, трудностей воспроизведения слогового ряда.

Несмотря на то, что главным образом при алалии страдает экспрессивная речь, нами были выявлены недостатки в понимании обращенной речи, в частности, это касается понимания



лексико-грамматических конструкций, абстрактных и обобщенных понятий, оттенков значений слов, значений предлогов и падежей. Недостаточное понимание обращенной речи нами было выявлено у всех детей.

Но основным речевым симптомом моторной алалии является системное недоразвитие именно экспрессивной речи.

Детям с алалией свойственны не только значительная задержка в сроках развития механизма экспрессивной речи, но и его патологическое развитие.

Например, некоторые смычные ([Т], [Т'], [И']) часто появляются раньше некоторых сонорных ([М], аффиката [Ч] нередко опережает появление свистящих)

В процессе обследования наблюдались замены родительного падежа дательным (шапка мальчику/мальчика), винительного – предложным (нашел гриба/гриб), творительного – родительным (копать совка/ совком) и т. д. Звук [ш] заменяется не только звуками [т][т'][с][с'], что характерно для нормы, но и звуками [ч] (шишка – чишка), [щ] (катушки – катушки), [ф] (шапка – фапка), [х] (шарик – харик), [д] (шуба – дуба); звуки [в], [в'] заменяются не только на звуки [б], [б'], но и на [л'] (веник – лелик), [д] (девочка – дедочка), и даже на звук [р] (диван – диран).

Дети с алалией «не знают», как должным образом следует оперировать с имеющимися у них звуками и словами.

Е. Ф. Собо́тович отмечает, что основным при моторной алалии является нарушение овладения знаковой формой языка, т. е. правилами сочетания и использования знаков в процессе порождения речи. У детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в практике порождения высказывания, могут быть несформированными как операции выбора, так и операции комбинирования, следствием чего оказывается нарушенным языковое (и речевое) оформление высказывания. Нарушаются все аспекты лексико-грамматического структурирования: выбора слов и порядок их расположения, грамматическое маркирование и звуковое оформление высказывания [7].

Речь долгое время остается бедной, поражает оборотами, не свойственными родному языку. По выражению Н. Н. Трауготт, ребенок как бы перерастает свои речевые возможности: оформлению мыслей детей более младшего возраста, хотя сами мысли, их содержание находятся на стадии более высокого развития.

Характерной особенностью речи является для этой группы детей название одного и того же предмета или явления по-разному.

Таблица 1

Варианты названия предметов при моторной алалии

«зима»	змея	жук
нема	юзя	зук
зина	зея	шук
мина	земля	жа
нима		

Дети, с моторной алалией длительное время задерживаются на этапе однословных предложений. Дальнейшее расширение предложения выражается в том, что дети начинают соединять в предложение названия отдельных элементов ситуации, не оформляя эти связи грамматически: мама ш (мама шьет).

При обследовании грамматического строя речи отмечается замедленность и неравномерность его развития, недостатки формообразования и формоизменения, неусвоение грамматических категорий, примитивность используемых фраз, что приводит к тому, что ребенок не умеет лексически и грамматически правильно оформить мысль.

Выявляются трудности построения фразы и усвоения грамматического строя, недостаточность развития подражательной (в том числе и подражательно-речевой) деятельности, непол-



ноценность всех форм произвольной речи. Большие затруднения испытывает ребенок при овладении сложными логико-грамматическими конструкциями, отражающими пространственные отношения предметов. Выявляется хаотичность рассказа, бедность выразительности оформления, однотипности и примитивности средств связи. Дети не умеют отбирать факты, важные для раскрытия темы, находить нужные слова, застревают на второстепенных деталях, забывают основное содержание.

Никто из обследованных нами детей не смог грамотно составить предложение по картинке, рассказ по серии сюжетных картинок, все дети делали ошибки при назывании предметных картинок. Кроме того, затруднения в выполнении задания вызывали у детей негативизм и отрицательные эмоции.

Таким образом, у детей с моторной алалией недоразвитие речи сочетается с несформированностью мотивации общения, с нарушением активности разных компонентов деятельности. Отсутствие стремления к общению связано с трудностями общения и усугубляет их.

При обследовании нами были выявлены также неречевые симптомы моторной алалии: общая моторная неловкость детей, неуклюжесть, дискоординация движений, замедленность или расторможенность движений, понижение моторной активности, недостаточная ритмичность, нарушение динамического и статического равновесия (не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т.д.). Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук.

У детей отмечается недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности.

При алалии имеются особенности памяти: сужение ее объема, быстрое угасание возникших следов, ограниченность удержания словесных раздражителей и т. д. Особенно страдает вербальная память – произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целые тексты.

М. Е. Хватцев (1959), С. С. Ляпидевский (1969), и др. подчеркивают, что интеллект у детей вторично изменен в связи с состоянием речи, хотя положительной корреляции между уровнем недоразвития языка и интеллекта прямо не устанавливается [8, 6].

У детей есть познавательные интересы, достаточно развита и трудовая деятельность, но отмечается замедление темпа мыслительных процессов.

Малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Однако в большинстве случаев у детей с моторной алалией интеллектуальные расстройства являются вторичными. И наличие речевого нарушения, в частности, моторной алалии, не говорит об умственной отсталости.

Принимать за умственную отсталость результаты запущенного речевого состояния даже при значительных соматических дефектах, как подчеркивает Н. И. Жинкин (1958), нельзя [1].

Проведение успешного коррекционного процесса с детьми с моторной алалией требует тщательного и всестороннего обследования, позволяющего определить причины нарушения речи и пути его преодоления в структуре комплексного медико-педагогического воздействия. По нашим данным, совпадающим с данными других исследователей, причиной моторной алалии является повреждение речевых зон коры головного мозга у детей в дородовом, родовом и раннем послеродовом периодах.

Точный диагноз «моторная алалия» ставится после динамического обследования по окончании курса коррекционных занятий.

Для постановки точного диагноза «моторная алалия» необходимо учесть все речевые и неречевые симптомы, обследование ребенка при этом строится по следующим направлениям:

1. Изучение анамнеза.
2. Обследование понимания речи.
3. Обследование лексико-грамматического строя речи.
4. Изучение интеллектуальных возможностей.
5. Обследование общей и мелкой моторики.
6. Обследование внимания, памяти.
7. Прогнозирование динамики коррекционного процесса.



ЛИТЕРАТУРА

1. Жинкин М. И. Механизмы речи. /М. И. Жинкин. – М., Просвещение, 1958. – 370 с.
2. Жукова Н. С. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. – /Н. С. Жукова. М., Просвещение, 1973. – 220 с. с ил.
3. Ковшиков В. А. Экспрессивная алалия: учебное пособие / В. А. Ковшиков. – СПб.: САТИС (больш. БУР). 1994. – 79 с.
4. Кузьмина Н. И. Воспитание речи у детей с моторной алалией / Н. И. Кузьмина, В. И. Рождественская – М.: Просвещение, 1977. – 143 с.
5. Мастюкова Е. М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии / Е. М. Мастюкова // Дефектология, – 1981. – № 6. С. 13–20
6. Патология речи у детей и подростков. / Под редакцией С. С. Ляпидевского. – М.: Медицина, 1969. – 288 с.
7. Собонович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции. / Е. Ф. Собонович. М.: Классикстиль, – 2003 г. 160 с.
8. Хватцев М. Е. Логопедия. / М. Е. Хватцев – М.: Учпедгиз, 1959. – 475 с.

УДК: 216. 211–002. 2–08

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

М. К. Икромов, З. С. Гуломов

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абу-али ибн Сина
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. А. Гаффарова)*

*ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования*

*(Зав. каф. высоких технологий в оториноларингологии и логопатологии –
засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Хронический ринит является одним из самых распространенных заболеваний, которым страдает от 15 до 30 % населения Земного шара. Проблема затрудненного носового дыхания является одной из наиболее актуальных в области оториноларингологии. Существует множество факторов, приводящих к затруднению носового дыхания, это могут быть хронический гипертрофический ринит, аллергический ринит, искривление носовой перегородки и т. д. [3, 4, 5].

Решающая роль в формировании воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух принадлежит нарушениям мукоцилиарной системы [4]. Анатомо-функциональное единство мукоцилиарной системы обуславливает ответ слизистой оболочки верхних дыхательных путей на поступление аллергенов, микроорганизмов, частиц пыли. Независимо от первопричины и особенностей патогенеза различных форм ринита существуют и общие для любых его форм механизмы, лежащие в основе развития болезни, а именно, гиперреактивность вегетативно-сосудистой системы полости носа, аллергическое воспаление и иммунологические изменения слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, эндокринно-вегетативные нарушения [4, 6, 7].

Существует множество консервативных и хирургических методов лечения хронического ринита: от примитивной каустики до методов лазерной деструкции нижних носовых раковин [2, 4]. Уменьшение размеров нижних носовых раковин достигается воздействием низких и высоких температур, скальпеля и ультразвука [1, 3, 5].

Целью нашего исследования явилось наиболее оптимальное лечение хронического гипертрофического ринита методом ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин в сочетании с фитотерапией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 80 больных в возрасте от 15 до 55 лет, из них 45 человек страдали аллергическим, 20 – гипертрофическим (кавернозная форма) и еще 15 – вазомоторным ринитом. Помимо обычного осмотра ЛОР-органов обследование включало в себя эндоскопическое исследование полости носа, переднюю риноманометрию, опреде-